

Практические аспекты ведения пациентов с поражением почек в свете новых европейских рекомендаций

14-15 сентября в Киеве состоялась научно-практическая конференция «Артериальная гипертензия и почки», посвященная проблемам артериальной гипертензии (АГ) и персонифицированной нефрологии, нефрологии детского возраста.

Мероприятие было организовано Восточноевропейской нефрологической академией (Renal Eastern Europe Nephrology Academy, REENA) и кафедрой нефрологии и почечноренальной терапии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев). В рамках научной программы были рассмотрены случаи редких нефрологических заболеваний, современные подходы к терапии инфекций мочевых путей, вопросы контроля АГ и ренопротекции.



Заведующий кафедрой нефрологии и почечноренальной терапии НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дмитриевич Иванов посвятил свой доклад возможностям ренопротекции у пациентов с АГ.

— Хорошо известно, что блокаторы ренин-ангиотензиновой системы (РААС), к которым относятся ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и сартаны, способны не только снижать уровень артериального давления (АД), но и улучшать прогноз у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП). Критериями прогрессирования ХБП (в т. ч. возникшей на фоне длительного течения АГ) являются расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) и уровень альбуминурии (или соотношение альбумин/креатинин мочи).

Нужно отметить, что рСКФ — важный критерий, определяющий выбор блокатора РААС. К примеру, у лиц с гиперфильтрацией на I стадии диабетической нефропатии современные клинические руководства не рекомендуют использовать блокаторы РААС из-за повышения риска кардиоваскулярных событий. Напротив, наша практика показывает, что у таких пациентов могут быть рассмотрены небольшие дозы ИАПФ / сартанов, которые будут способствовать нормализации рСКФ. Не менее взвешенным должен быть подход к ведению пациентов со снижением рСКФ <30 мл/мин/1,73 м², у которых блокаторы РААС могут оказывать негативное влияние на рСКФ.

Поэтому основной нишей для блокаторов РААС с целью нефропротекции является их назначение пациентам с рСКФ 90-30 мл/мин/1,73 м². У больных с рСКФ 60-90 мл/мин/1,73 м² может быть рассмотрено сочетанное назначение ИАПФ и сартанов для достижения максимального нефропротекторного эффекта, однако эта рекомендация не внесена в клинические кардиологические руководства и остается дискуссионной.

Одной из предпочтительных молекул для пациентов с АГ и ХБП в классе сартанов является ирбесартан.

В сравнении с лозартаном ирбесартан обладает более выраженным гипотензивным эффектом и в дозе 150 мг обеспечивает снижение как систолического (САД), так и диастолического (ДАД) АД. В исследовании S. Opagir и соавт. (2001) однократный прием ирбесартана в дозе 150 мг приводил к более значимому снижению САД и ДАД, чем однократное применение 50 мг лозартана или 80 мг валсартана.

В исследовании IDNT была продемонстрирована эффективность ирбесартана в торможении континуума диабетической нефропатии на ранних (микроальбуминурия) и поздних (протеинурия с почечной недостаточностью) стадиях. Нормализация экскреции белка с мочой была отмечена у трети пациентов, принимавших ирбесартан в течение года. В этой группе наблюдалось снижение риска развития терминальной почечной недостаточности на 23% по сравнению с группами, получавшими плацебо или антагонист кальциевых каналов (p=0,07). При сопоставлении с группой плацебо оказалось, что с назначением ирбесартана риск удвоения величины сывороточного креатинина уменьшился на 33% (p=0,003).

В исследовании IRMA 2 ирбесартан обеспечивал не только адекватный контроль АД, но и достоверное снижение альбуминурии, причем этот эффект был дозозависимым. В группе плацебо частота нарастания альбуминурии почти в 3 раза превышала таковую в группе ирбесартана.



Согласно данным ретроспективного исследования ICE приверженность пациентов к терапии ирбесартаном была выше, чем к лечению другими сартанами. Говоря о приверженности, нельзя не упомянуть современный препарат **Ко-Ирбесан**[®], представленный в Украине компанией Nobel. В составе **Ко-Ирбесана** — 150 или 300 мг ирбесартана и 12,5 мг гидрохлортиазида. Это оптимальная комбинация для эффективного контроля АД в течение 24 ч и профилактики прогрессирования ХБП.

Таким образом, **Ко-Ирбесан**[®] отвечает требованиям к выбору современного антигипертензивного препарата для достижения целевого АД в сочетании с доказанным нефропротекторным эффектом.

В качестве вспомогательного средства в комплексной терапии АГ при эпизодах гиперактивности симпатической системы может быть рекомендовано использование экстракта пассифлоры — **Алора**[®]. Гарманооловые алкалоиды в составе экстракта способны снижать тонус гладкомышечных клеток и благодаря этому оказывать мягкое спазмолитическое и гипотензивное действие. **Алора**[®] имеет успокаивающее, противотревожное влияние, способствует наступлению спокойного сна. Эти свойства могут быть эффективно использованы у эмоционально лабильных пациентов с АГ, которые чувствительны к эмоциональным перегрузкам и реагируют на них подъемами АД. Важно, что **Алора**[®] не вызывает привыкания, синдрома отмены. Курс лечения составляет 10-30 дней.



Тему профилактики и лечения поражений почек у больных с АГ продолжил в своем докладе **заведующий кафедрой терапии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Игорь Геннадьевич Березняков**.

— Почки представляют собой уникальный орган, поскольку они не только участвуют в регуляции АД, но и сами являются мишенью при его повышении.

У больных с АГ и сахарным диабетом или ХБП медикаментозное лечение следует назначать при АД ≥140/90 мм рт. ст. У лиц с сахарным диабетом и ХБП при лечении АГ препаратами выбора являются ИАПФ или сартаны. У пациентов с ХБП без диабета с соотношением альбумин/креатинин мочи (Albumin-to-Creatinine ratio, ACR) <30 мг/ммоль лечение назначают по общим правилам. Если ACR превышает 30 мг/ммоль, к антагонисту ренин-ангиотензин-альдостероновой системы добавляют диуретик. Выбор последнего зависит от функции почек у пациента. При СКФ >30 мл/мин/1,73 м² может быть рекомендован гидрохлортиазид, причем допускается двукратное назначение в сутки, в т. ч. в высоких дозах. При СКФ <30 мл/мин/1,73 м² предпочтение следует отдавать петлевым диуретикам. Целевые цифры САД для пациентов с ХБП составляют 130-139 мм рт. ст., в то время как у больных без ХБП в возрасте 18-65 лет европейские эксперты рекомендуют снижать АД менее 130/80 мм рт. ст. Индивидуализация лечения должна быть проведена

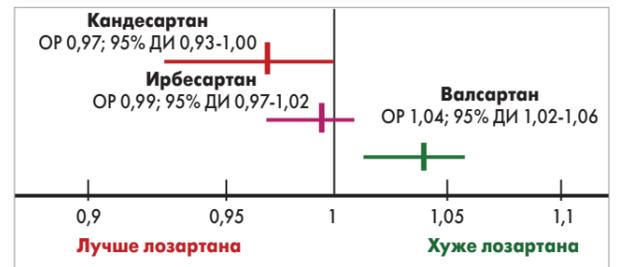


Рис. Общая смертность у больных, использовавших различные блокаторы рецепторов ангиотензина II, по сравнению с принимавшими лозартан (ITT, мультивариантный регрессионный анализ) (Lin J.-W., Chang C.-H., Caffrey J.L. et al., 2014)

в зависимости от переносимости и влияния на функцию почек и электролитный баланс.

Блокаторы ренин-ангиотензиновой системы эффективнее других антигипертензивных средств в уменьшении протеинурии и рекомендуются в качестве компонента терапии у больных АГ с микроальбуминурией или протеинурией. Какой группе препаратов отдать предпочтение — ИАПФ или сартанам? Опубликовано большое количество клинических исследований и обзоров, которые приводят достаточно противоречивые результаты. В некоторых из них исследователями сделан вывод, что существенной разницы между этими группами препаратов нет. Видимо, более значительную роль играет выбор конкретной молекулы.

В классе сартанов одной из предпочтительных молекул для пациентов с АГ и ХБП, кроме ирбесартана, является кандесартан.

В обсервационном исследовании, проведенном J.W. Lin и соавт. (2014), были проанализированы 690 463 случая назначений разных молекул сартанов из базы данных Тайваньского национального медицинского фонда страхования. Длительность приема сартанов больными составляла от 2,8 до 4,1 года. Уровень смертности оценивали, используя национальный реестр смертности. За единицу была принята смертность у больных, принимавших лозартан.

Результаты этого исследования выявили статистически значимые различия в отношении риска смерти среди разных молекул сартанов.

Оказалось, что кандесартан превосходил валсартан и лозартан по способности предотвращать неблагоприятные события (рис.).

Таким образом, в лечении АГ к преимуществам кандесартана можно отнести большую продолжительность действия, способность предотвращать утренний подъем АД, церебро- и кардиопротекторные эффекты, способность снижать риск появления новых случаев СД. Препарат оказывается эффективным средством в лечении нефропатии разного генеза, в т. ч. и у больных с выраженным снижением функции почек.

На украинском рынке не так давно появился препарат кандесартана **Кантаб**[®] 8 и 16 мг № 28, который может быть рекомендован для контроля АГ, в т. ч. у пациентов с ХБП.



В указанной когорте пациентов, согласно европейским рекомендациям, сартаны рационально комбинировать с диуретиком. Такая комбинация представлена в препарате **Ко-Ирбесан**[®] компании Nobel. Этот препарат содержит 150 мг или 300 мг ирбесартана и 12,5 мг гидрохлортиазида в 1 таблетке. Фиксированная комбинация обеспечивает более высокую приверженность к лечению, а также раннюю и долговременную защиту почек у пациентов с АГ.

Подготовила **Мария Марчук**