

Защита почек — ключевое звено в терапии артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа



Д.Д. Иванов

Современный арсенал медикаментозных средств, используемых для снижения артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), огромен. Учитывая частое сочетание АГ с поражением органов-мишеней, а также рядом других патологических состояний, выбор антигипертензивного препарата нередко становится сложной задачей.

О том, на что нужно обращать внимание при выборе терапии у пациента с АГ и сопутствующей патологией почек, рассказал **заведующий кафедрой нефрологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дмитриевич Иванов** в ходе мастер-класса «АГ и почки», который состоялся в рамках научно-практической конференции «Профилактика и лечение АГ в Украине» (17-19 мая, г. Киев).

— Согласно накопленным к настоящему времени данным субклиническое нарушение функции почек наблюдается у 1 из 4 пациентов с АГ. Еще более сложная ситуация складывается при ведении пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа: у 75% больных наблюдается поражение почек различной степени тяжести. Приведенные цифры отражают зарубежную статистику. В украинском эпидемиологическом исследовании СКИФ было показано, что у нас в стране почти 95% больных, находящихся на диспансерном наблюдении по поводу СД 2 типа, имеют те или иные признаки нарушения функции почек.

СД сам по себе является значимым фактором риска развития сердечно-сосудистых катастроф. Появление же у больного СД гиперфльтрации, а затем альбуминурии не только увеличивает риск развития необратимого поражения почек, но и в несколько раз повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (рис. 1). Кардиоваскулярная патология является основной причиной смерти в данной популяции. Только 1% пациентов с СД и поражением почек доживают до момента, когда становится необходимой почечнозаместительная терапия. Риск возникновения кардиоваскулярных событий коррелирует со степенью тяжести почечной недостаточности и степенью снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Уровень СКФ <60 мл/мин (ХБП IIIa-IIIb) входит в область критических

значений, при которых кардиоваскулярный риск резко возрастает. Поэтому при выборе препаратов для антигипертензивной терапии, особенно пациентам с СД 2 типа, необходимо обращать внимание на способность лекарственного средства предупредить или замедлить прогрессирование нарушения функции почек.

На сегодняшний день в арсенале врача есть большой выбор препаратов, использование которых может быть эффективным на любом этапе поражения почек. Оптимальным вариантом является профилактика возникновения поражения почек и появления микроальбуминурии. Однако при наличии поражения почек можно обеспечить снижение выраженности протеинурии и даже ее исчезновение.

Эффективность в предупреждении снижения СКФ, микроальбуминурии и предотвращения ее прогрессирования у больных СД 2 типа является специфическим классовым свойством ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА) и прямых ингибиторов ренина. Тем не менее этот эффект по-разному выражен у каждого из представителей классов в отдельности и имеет разную доказательную базу.

В ходе ряда исследований было показано, что большинство ингибиторов ренин-ангиотензиновой системы снижают выраженность альбуминурии у больных АГ и достоверно предотвращают прогрессирование поражения почек (вторичная профилактика), но лишь некоторые из них способны предупреждать

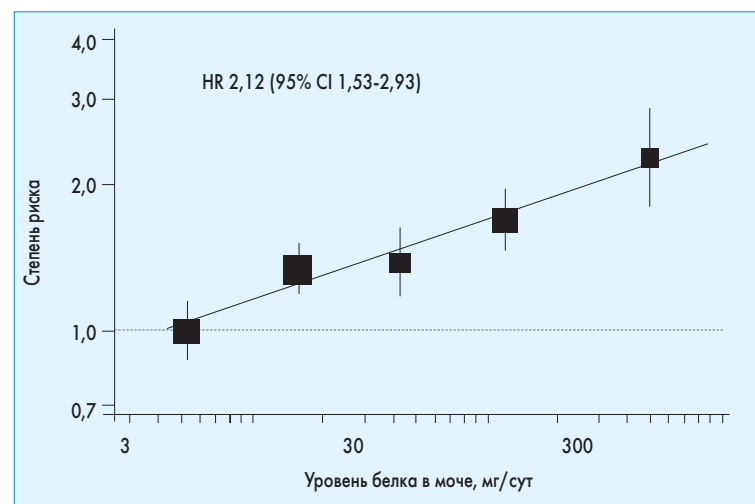


Рис. 1. Увеличение степени сердечно-сосудистого риска при увеличении уровня белка в моче (T. Niinomiya et al. J Am Soc Nephrol. 2009)

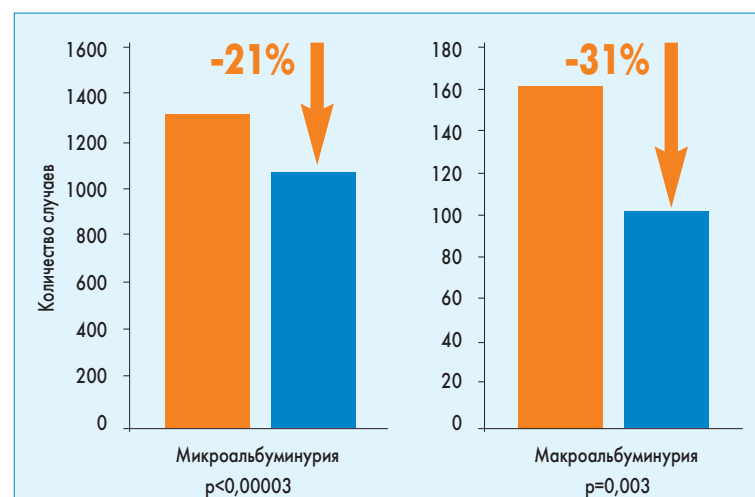


Рис. 2. Снижение риска развития микро- и макроальбуминурии на фоне терапии Нолипрелом Форте в сравнении со стандартной антигипертензивной терапией (B.E. De Galan et al. JASN. 2009; 20: 883-892)

Таблица. Анализ результатов клинических исследований с участием пациентов с АГ и СД 2 типа (L. Ruilope, G. Mancía, G. Chalmers Microcirculation in cardiovascular disease, 2010)

Исследование	Терапия	Период наблюдения (годы)	Δ АД (мм рт. ст.) vs контроль	(Микро)альбуминурия (RRR)		Почечные события vs контроль (RRR)	Смертность	
				Первичная профилактика	Вторичная профилактика		Общая	СС
IDNT ¹ n= 1715	Ирбесартан vs плацебо	2.6	-3.3	—	—	-23% P=0.003	NS	NS
RENAAL ² n= 1513	Лосартан vs плацебо	3.4	-2	—	-35% P<0.001	-25% P=0.006	NS	—
IRMA 2 ³ n= 590	Ирбесартан vs плацебо	2	-3	—	-38% P<0.001	-68% P<0.001	—	—
ADVANCE ^{4,5} n= 11 140	Нолипрел vs плацебо	4.3	-5.6	-21% P<0.0031	-22% P=0.001	-21% P<0.0001	-14% P=0.025	-18% P=0.027
ONTARGET RENAL ⁶ n= 25 620	Телмисартан vs рамиприл	4.7	-2.4	NS	NS	NS	NS	—
TRANSCEND RENAL ⁷ n= 5927	Телмисартан vs рамиприл	4.7	-4	-23% P=0.001	-42% P=0.018	NS	NS	—
DIRECT ⁸ n= 5231	Кандесартан vs плацебо	4.7	-2.6	NS	—	-5.53% P=0.024	—	—

возникновение микроальбуминурии (первичная профилактика).

В этой связи представляют интерес результаты исследования ADVANCE с участием более 11 тыс. пациентов с АГ и СД 2 типа. Больные были разделены на 2 группы: приема Нолипрела Форте и стандартной антигипертензивной терапии. В результате было показано, что назначение Нолипрела Форте снижает риск развития микроальбуминурии на 21%, а новых случаев макроальбуминурии – на 31% (рис. 2). Важно отметить, что пациенты контрольной группы получали стандартную антигипертензивную терапию, включающую в 73% случаев блокаторы ренин-ангиотензиновой системы (ингибиторы АПФ или БРА), что позволяет предположить превосходные нефропротекторные свойства Нолипрела Форте.

Остается открытым вопрос: может ли комбинация ингибитора АПФ и БРА за счет двусторонней блокады ренин-ангиотензиновой системы обеспечить дополнительные преимущества в лечении пациентов с поражением почек? Данные о почечных исходах в исследовании ONTARGET позволяют предположить, что нет, особенно у пациентов с незначительной альбуминурией и низким риском развития терминальной почечной недостаточности. Таким больным больше показана терапия ингибиторами АПФ или БРА в оптимальных дозах. В отношении пациентов с выраженной ХБП и более тяжелой протеинурией необходимы дальнейшие исследования для уточнения роли в их лечении комбинации ингибитора АПФ и БРА или других комбинаций, разработанных для угнетения ренин-ангиотензиновой системы.

Таким образом, сомнений в том, что риск возникновения сердечно-сосудистых событий коррелирует со степенью поражения почек, нет. При этом правильно подобранная антигипертензивная терапия не только эффективно снижает АД, но и оказывает нефропротекторное действие.

Однако результаты клинических испытаний с участием пациентов с СД 2 типа (IDNT, RENAAL, IRMA2, ADVANCE, DIRECT) либо включавших среди прочих и пациентов с СД 2 типа (ONTARGET, TRANSCEND) показывают, что снижение количества почечных исходов на фоне антигипертензивной терапии не всегда приводит к снижению общей и сердечно-сосудистой смертности (табл.).

На сегодняшний день Нолипрел – единственная фиксированная комбинация, для которой была доказана эффективность не только в улучшении функции почек на различных стадиях их поражения, но и в снижении смертности, что наиболее важно для пациента.

В Украине уже накоплен многолетний опыт применения Нолипрела и Нолипрела Форте в лечении АГ у пациентов с СД 2 типа. Появление в нашей стране Нолипрела Би-форте (периндоприла аргинина 10 мг/индапамида 2,5 мг) открывает новые

возможности в терапии АГ. Как было показано в исследовании PICHEL, назначение Нолипрела Би-форте приводит к выраженному снижению систолического АД в среднем на 28 мм рт. ст. и диастолического АД на 10 мм рт. ст., что позволяет нормализовать АД у 7 из 10 пациентов, в том числе у пациентов, у которых не удалось достичь контроля АД с помощью ранее проводимой терапии.

Кроме того, в клинических исследованиях показано, что использование Нолипрела Би-форте обеспечивает более эффективную защиту от осложнений. В исследовании PREMIER с участием пациентов с АГ и СД 2 типа использование

этого препарата способствовало более эффективному снижению альбуминурии по сравнению с максимальной дозой эналаприла 40 мг. Этот факт еще раз подчеркивает преимущества комбинированной терапии перед монорежимами.

Таким образом, правильный выбор тактики лечения является крайне важным для дальнейшего ведения больного. Правильно подобранный антигипертензивный препарат не только эффективно снизит АД, но и окажет протективное влияние на органы-мишени. Сегодня в терапии АГ на фоне СД 2 типа Нолипрел (Нолипрел®, Нолипрел® Форте, Нолипрел® Би-форте) можно считать препаратом выбора, поскольку это единственная фиксированная комбинация, для которой была доказана эффективность не только в сохранении функции почек на любом этапе их поражения, но и в снижении смертности. А наличие трех дозировок препарата позволяет быть более гибкими в терапии и дает возможность подобрать оптимальную дозу для каждого больного в зависимости от уровня АД.

Подготовил **Антон Проїдак**

32

Нолипрел® Би-форте

периндоприла аргинін 10 мг
индапамід 2,5 мг

Оригинальная комбинация с уникальными сосудистыми свойствами

НОВАЯ УДВОЕННАЯ СИЛА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД¹

Уже в Украине!

МАКСИМАЛЬНАЯ ЗАЩИТА СЕРДЦА, МОЗГА И ПОЧЕК ВАШЕГО ПАЦИЕНТА С АГ И СД 2 ТИПА²

1 таблетка в день
1 упаковка на месяц лечения

Перед употреблением внимательно читайте инструкцию.
Отпускается по рецепту.
ООО «Сервье-Україна»
01054, Киев, ул. Воровского, 24
Тел.: (044) 490-34-41, (044) 490-34-41