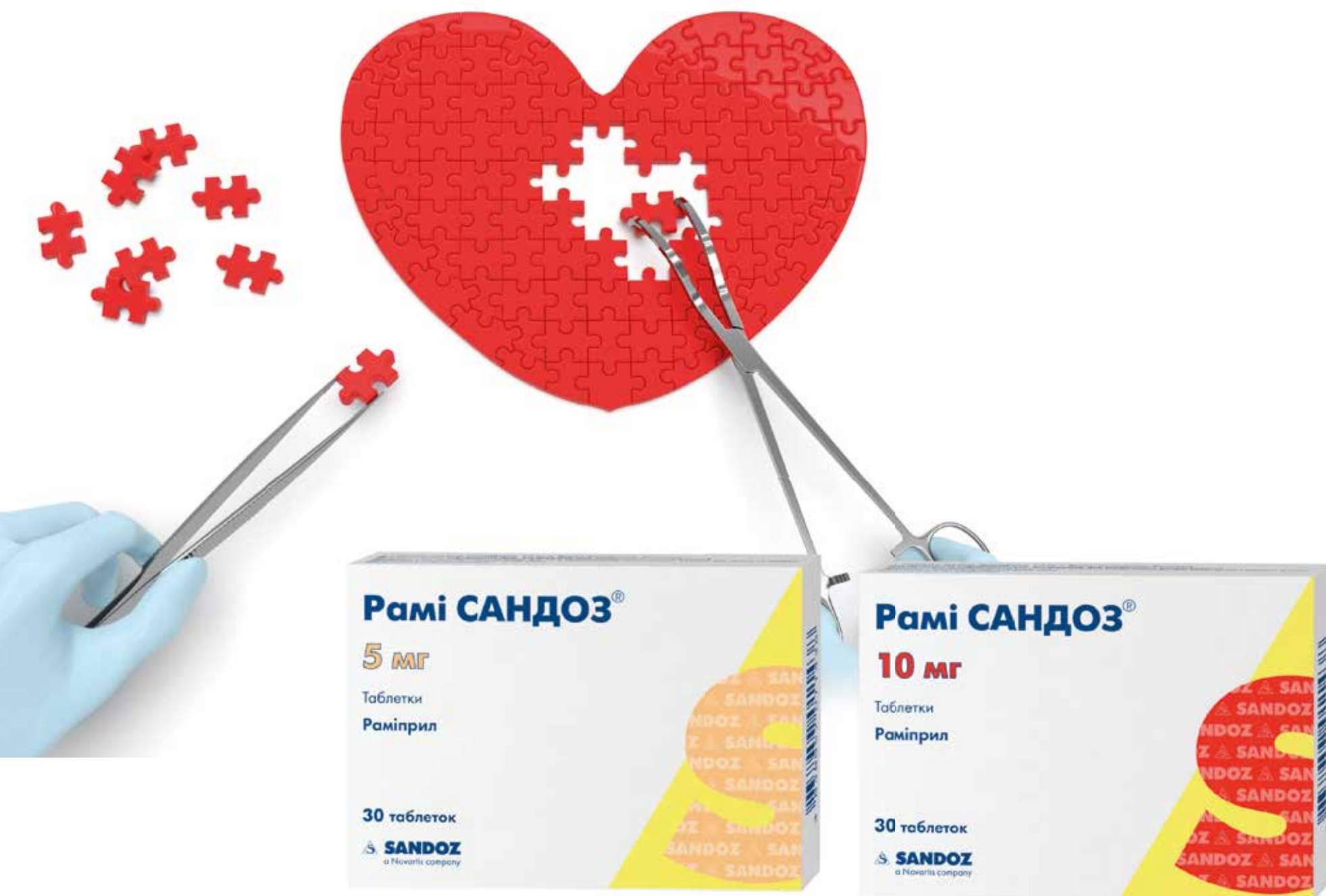


# РАМІ САНДОЗ® - ЕФЕКТИВНИЙ КОНТРОЛЬ АТ ТА ЗАХИСТ НИРОК



- 🧩 Доведена ефективність препарату<sup>3</sup>
- 🧩 Широкий спектр показань<sup>2</sup>
- 🧩 Збалансованість виведення:  
нирки 60%, печінка 40 %<sup>1</sup>
- 🧩 Застосовується 1 раз на добу,  
незалежно від прийому їжі<sup>2</sup>

1. Клиническая фармакология ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента: что действительно важно для клинической практики А.В. Хапалюк Лечебное дело №6(16)-2010 ст 54-62. 2. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Рамі Сандоз®. 3. Мається на увазі доведена біоеквівалентність препарату Рамі Сандоз® оригінальному препарату.

#### Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу Рамі Сандоз® (Ramipril)

Діюча речовина: Приймається 1 таблетка містить раміприлу 2,5 мг або 5 мг, або 10 мг. Лікарська форма. Таблетки. Фармакотерапевтична група. Код АТХ С09А А05. Показання. Лікування артеріальної гіпертензії. Профілактика серцево-судинних захворювань: зниження серцево-судинної захворюваності та летальності у пацієнтів з: вираженим серцево-судинним захворюванням атеротромботичного генезу; цукровим діабетом, які мають щонайменше один фактор серцево-судинного ризику. Лікування захворювання нирок: початкова клубочкова діабетична нефропатія, про яку свідчить наявність мікроальбумінурії; виражена клубочкова діабетична нефропатія, про яку свідчить наявність макропротеїнурії, у пацієнтів, які мають щонайменше один фактор серцево-судинного ризику; виражена клубочкова недіабетична нефропатія, про яку свідчить наявність макропротеїнурії  $\geq 3$  г/добу. Лікування серцевої недостатності, що супроводжується клінічними проявами. Вторинна профілактика після перенесеного гострого інфаркту міокарда: зменшення летальності під час гострої стадії інфаркту міокарда у пацієнтів з клінічними ознаками серцевої недостатності за умови початку лікування більше ніж через 48 годин після виникнення гострого інфаркту міокарда. РП: UA/11299/01/02, UA/11299/01/03. Категорія відпуску. За рецептом.

Препарат має протипоказання та може викликати побічні реакції. Для більш детальної інформації дивитись повну інструкція для медичного застосування лікарського засобу.

**SANDOZ** A Novartis  
Division

Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за телефоном, електронною адресою або за допомогою сайту: +380 (44) 389 39 30, drugs\_safety.ukraine@novartis.com, www.sandoz.ua. Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я. 4-15-PAM-PEЦ-1217

# Як вплинути на кардіоренальний континуум у пацієнтів із хронічною хворобою нирок?

За матеріалами VIII Науково-практичної конференції Асоціації аритмологів України (17-18 травня, м. Київ)

**Збільшення рівня серцево-судинної захворюваності належить до чинників, які зумовлюють зростання поширеності хронічної хвороби нирок (ХХН). Водночас при зниженні функції нирок починають діяти специфічно ниркові чинники ризику, що не тільки прискорюють прогресування ниркової патології, а й зумовлюють розвиток серцево-судинних захворювань (ССЗ) (P. Stevens et al., 2014; М.Г. Бубнова та співавт., 2017).**

Навіть незначне погіршення функції нирок у додіалізних пацієнтів із ХХН призводить до збільшення ризику розвитку ССЗ і смерті, а зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) із 75 до 15 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> збільшує ризик серцево-судинної смерті в 3 рази (М.Г. Бубнова та співавт., 2017). ХХН і ССЗ мають загальні чинники ризику (артеріальна гіпертензія (АГ), цукровий діабет 2 типу, ожиріння, дисліпідемія, похилий вік, куріння). Тож не дивно, що частота ССЗ серед хворих із дисфункцією нирок є достовірно вищою, ніж у загальній популяції.

АГ рано чи пізно призводить до погіршення ниркової функції. Дуже часто навіть при першому зверненні до лікаря в пацієнтів із підвищеним артеріальним тиском (АТ) під час діагностичного пошуку визначають ознаки ниркової дисфункції – альбумінурію, зниження ШКФ. У цих ситуаціях лікар має обирати антигіпертензивну терапію з урахуванням її впливу на функцію нирок. Переваги при цьому мають препарати з ренопротекторними властивостями.

Актуальні питання щодо підходів до ренопротекції в пацієнтів з АГ розглянув завідувач кафедри нефрології та нирково-замісної терапії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Дмитро Дмитрович Іванов.

Лектор ознайомив слухачів з алгоритмом діагностики ХХН у дорослих пацієнтів із чинниками ризику (в тому числі з ССЗ), який передбачає такі кроки:

- визначити рівень креатиніну сироватки та розрахувати ШКФ за методом СКД-ЕРІ (додаток yourGFR у Play Market). Для вперше виявленої ШКФ <60 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> тест слід повторювати протягом 2 тиж, щоб виключити гостре ураження нирок (ГУН);
- якщо ГУН виключено, дослідження повторюють через 3 міс або раніше;
- визначити в ранковій порції сечі співвідношення альбумін/креатинін (САК). Якщо САК >30 мг/г (>3 мг/ммоль), дослідження повторюють через 3 міс або раніше;
- якщо через ≥3 міс значення ШКФ <60 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> та/або САК >30 мг/г (>3 мг/ммоль) зберігаються, діагностують ХХН і проводять лікування відповідно до рекомендацій;
- якщо ШКФ ≥60 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> та/або САК <3 мг/ммоль у повторних тестах, діагноз ХХН не встановлюють, натомість рекомендується щорічний контроль вказаних показників (P. Stevens et al., 2014).

## Серцево-судинний ризик у пацієнтів із ХХН

Аналіз даних найбільшого на сьогодні дослідження Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium, яке проводили в декількох когортах – загальної популяції, пацієнтів високого ризику та хворих на ХХН (усього понад 1 млн осіб), показав зв'язок між наявністю альбумінурії / зниженням ШКФ і підвищенням рівня загальної та серцево-судинної смертності (K. Matsushita et al., 2010; R.T. Gansevoort et al., 2011).

Експерти Ініціативної групи з покращення глобальних наслідків захворювань нирок (KDIGO) й Національного інституту здоров'я та вдосконалювання клінічної практики Великої Британії (NICE) пропонують оцінювати серцево-судинний ризик у хворих на ХХН з огляду на альбумінурію та значення ШКФ (M. van der Velde et al., 2011) (табл.).

Зважаючи на тісні та багаторівневі взаємозв'язки між серцево-судинною системою та нирками, негативний вплив зниження ШКФ і альбумінурії на прогноз хворих

із ССЗ, пацієнтів із ХХН G3 (ШКФ – 30-59 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>) відносять до групи з високим, а пацієнтів із ХХН G4-5 (ШКФ <30 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>) – до групи з дуже високим серцево-судинним ризиком.

## Прогноз у пацієнтів із ХХН: на що потрібно звертати увагу?

Залежність серцево-судинного ризику від стану нирок представлено в концепції кардіоренального континууму. Відповідно до цієї концепції профілактичний вплив на стадії відсутності ураження органів-мішеней (зокрема нирок) і стадії субклінічного ураження здатний знизити ризик розвитку хронічної ниркової недостатності (ХНН) і зменшити смертність.

За наявності симптомного ураження органів-мішеней можливо лише уповільнення прогресування хвороби, що також є сприятливим впливом.

Важливе значення мають також зміни САК. Цьому показникові надають навіть більше значення, ніж лише альбумінурії. Для розрахунку ШКФ у дорослих пацієнтів застосовується формула СКД-ЕРІ, у дітей – формула Шварца (K. Matsushita et al., 2012). Існує також спеціальний додаток для мобільних пристроїв, що дає змогу розрахувати ШКФ за віком, статтю пацієнта та рівнем креатиніну.

У пацієнтів із передбачуваною гіперфільтрацією виконують пробу Реберга – Тареева чи реносцинтиграфію. Наразі гіперфільтрацію розглядають як несприятливий прогностичний чинник, що потребує корекції за допомогою інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ).

Отже, головними ознаками, на які слід звертати увагу при визначенні прогнозу ХХН, є альбумінурія (або САК), ШКФ та АГ. Усі ці ознаки реалізуються через судинний компонент ренокардіального континууму та структурні зміни нирок.

## Яка тактика антигіпертензивної терапії застосовується в пацієнтів з АГ і ХХН?

Згідно із сучасними рекомендаціями стратифікації ризику Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів (G. Mancía et al., 2013), усім пацієнтам із ХХН притаманний високий і дуже високий ризик, що зумовлює потребу в застосуванні комбінованої терапії навіть за умови незначного підвищення АТ.

Цільовим рівнем АТ для дорослих хворих із ХХН є ≤130/80 мм рт. ст.

Основними препаратами при ХХН є інгібітори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), тобто ІАПФ, блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) та прямі інгібітори реніну, а також вазодилатуючі β-блокатори (небіволлол) і β-блокатори з α-блокуючими властивостями (карведилол), селективні кальцієві блокатори (лерканідипін), діуретики. При зниженні ШКФ <30 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> слід відмінити ІАПФ та БРА з метою штучної індукції гіперфільтрації, проте їх застосування можна продовжити у хворих із високим кардіо-васкулярним ризиком (валсартан у малих дозах). На етапі ремодіалізу пацієнт може повернутися до терапії ІАПФ або БРА.

Таким чином, вибір препаратів для зниження АТ при ХХН визначається насамперед необхідністю нефро/кардіопротекції й має здійснюватися з урахуванням даних клінічних досліджень щодо їх впливу на ниркові та серцево-судинні наслідки, а також даних про безпеку застосування на цій стадії ХХН.



Д.Д. Іванов

## Які антигіпертензивні засоби мають перевагу при ХХН?

Вибір між ІАПФ та БРА є неоднозначним й іноді залежить тільки від рішення лікаря. Наприклад, ІАПФ мають перевагу перед сартанами в пацієнтів із нормотензією чи незначним підвищенням АТ, що також потребує ренопротекції за допомогою блокаторів РААС.

Представником групи ІАПФ, що має велику доказову базу клінічних досліджень і забезпечує захист усіх органів-мішеней, зокрема нирок, є раміприл.

Раміприл покращує кровообіг у нирках і стабілізує рівень гломерулярної фільтрації, в тому числі в пацієнтів із серцевою недостатністю. Він показаний для лікування ХХН (як діабетичного, так і недиабетичного походження) при будь-якому кліренсі креатиніну. У класичному дослідженні NOPE показано, що раміприл у пацієнтів з АГ на 24% знижує ризик прогресування нефропатії.

Вплив раміприлу на функцію нирок у пацієнтів з АГ був ретельно вивчений у спеціально організованому дослідженні REIN. Згідно з отриманими результатами раміприл ефективно знижує рівень протеїнурії та сприяє достовірному зниженню ризику кінцевої стадії ниркової недостатності в пацієнтів із хронічною нефропатією та протеїнурією. На тлі прийому раміприлу в пацієнтів із недиабетичною нефропатією вдвічі, порівняно з плацебо, знижувався комбінований показник «досягнення термінальної ХНН або подвоєння рівня креатиніну плазми». Слід пам'ятати, що для пацієнтів із порушеною функцією нирок характерні значні труднощі в досягненні цільових рівнів АТ, які є більш жорсткими, ніж у загальній популяції. Тому в більшості таких хворих раміприл слід використовувати як основу комбінованої терапії, до якої можна приєднати діуретики чи антагоністи кальцію.

## Довідка «ЗУ»

На українському фармацевтичному ринку зареєстрований якісний європейський генерик раміприлу – препарат Рамі Сандоз® у дозуваннях 2,5; 5 і 10 мг. Препарат від відомої європейської компанії Sandoz – це гарантія застосування сучасних міжнародних стандартів виробництва та високої якості продукту. Важливою перевагою препарату Рамі Сандоз® є його цінова доступність для пацієнтів. Своєю чергою, лікарі, призначаючи Рамі Сандоз®, можуть розраховувати на ті ефекти та результати лікування, що були отримані у відомих дослідженнях із раміприлом у різних категоріях пацієнтів: із АГ і множинними чинниками ризику, з порушенням функції нирок, із цукровим діабетом, гіпертрофією лівого шлуночка, ішемічною хворобою серця й іншими захворюваннями та станами, що зумовлюють високий серцево-судинний ризик.

Отже, раміприл (Рамі Сандоз®) – це той антигіпертензивний препарат, який можна призначити більшості пацієнтів з АГ і ХХН для ефективного контролю АТ, гальмування прогресування нефропатії та зниження серцево-судинного ризику.

Підготувала **Олександра Демецька**

3-71-РАМ-РЕЦ-0718

Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я.

Таблиця. Комбінований ризик прогресування ХХН і розвитку серцево-судинних ускладнень залежно від рівня ШКФ і вираженості альбумінурії (KDIGO, 2012; NICE, 2014)

Категорії ШКФ і альбумінурії та ризик несприятливих наслідків				Альбумінурія		
Категорії ШКФ (мл/хв/1,73 м <sup>2</sup> )	G1	Висока чи оптимальна	≥90	Низький	Помірний	Високий
	G2	Незначно знижена	60-89	Низький	Помірний	Високий
	G3a	Помірно знижена	45-59	Помірний	Високий	Дуже високий
	G3b	Істотно знижена	30-44	Високий	Дуже високий	Дуже високий
	G4	Різно знижена	15-29	Дуже високий	Дуже високий	Дуже високий
	G5	Ниркова недостатність	<15	Дуже високий	Дуже високий	Дуже високий