

Органопротективные возможности блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у пациентов высокого кардиоваскулярного риска

Интервью с ассистентом кафедры пропедевтики внутренней медицины №2 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, врачом-нефрологом, кандидатом медицинских наук Е.В. Карпенко



Е.В. Карпенко
 ассистент кафедры пропедевтики
 внутренней медицины №2
 Национального медицинского
 университета имени А.А. Богомоль-
 ца, врач-нефролог,
 кандидат медицинских наук

В настоящее время в Украине, как и во всем мире, отмечается прогрессирующий рост заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Бесспорно, смертность возрастает при наличии артериальной гипертензии, сахарного диабета или хронической болезни почек. О возможностях органопротекции, в частности – нефропротекции, у пациентов с высоким кардиоваскулярным риском на страницах нашего издания рассказывает ассистент кафедры пропедевтики внутренней медицины №2 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, врач-нефролог, кандидат медицинских наук Е.В. Карпенко.

Елена Вячеславовна, расскажите, пожалуйста, какие задачи и проблемы решает врач-нефролог в своей ежедневной практике?

Врач-нефролог в своей практике ежедневно сталкивается с проблемой терминальной почечной недостаточности, являющейся конечной стадией течения хронической болезни почек (ХБП). Это состояние инвалидизирует больных, значительно ухудшает качество их жизни и требует применения методов заместительной почечной терапии. Пациенты с заболеваниями почек в большинстве случаев имеют поражение сердечно-сосудистой системы, что определяет очень высокий кардиоваскулярный риск и требует применения определенных профилактических мероприятий. Профилактика и лечение кардиоваскулярных осложнений являются приоритетом первого порядка национальных систем здравоохранения практически во всех странах мира. В прогрессировании ХБП и развитии кардиоваскулярных осложнений существенное значение придается гиперактивации ренин-ан-

гиотензин-альдостероновой системы (РААС), системной эндотелиальной дисфункции, дислипидемиям.

Термин «кардиоваскулярный риск» (КВР) является одним из понятий доказательной медицины и клинической эпидемиологии – науки, методы которой позволяют делать обоснованные выводы об эффективности и безопасности тех или иных вмешательств. Как известно, некоторые факторы риска практически невозможно модифицировать: отягощенный по сердечно-сосудистым заболеваниям семейный анамнез, мужской пол, возраст. Некоторые факторы полностью зависят от стиля жизни (курение, несбалансированное питание, недостаточная физическая активность, избыточная масса тела), часть представлена симптомами или синдромами (артериальная гипертензия – АГ, метаболический синдром), субклиническими признаками поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка – ЛЖ, альбуминурия, повышение жесткости артерий и др.), часть относится к так называемым патофизиологическим факторам риска (дислипидемия, инсулинорезистентность, гипергликемия, эндотелиальная дисфункция, повышенное содержание в крови С-реактивного белка, гипергомоцистеинемия, гиперурикемия). У большинства пациентов наблюдается сочетание нескольких факторов кардиоваскулярного риска. Во многих случаях наблюдается именно комбинация нескольких факторов: курение, избыточная масса тела, АГ, поражение почек и гиперхолестеринемия. Риск заболеваемости и смертности в таких случаях нередко оценивается как высокий.

Насколько повышен уровень кардиоваскулярного риска у пациентов с хронической болезнью почек в сравнении с общей популяцией?

Кардиоваскулярный риск у пациентов с ХБП значительно превышает средний уровень в популяции. По данным Европейской почечной ассоциации и почечных реестров США поражение сердечно-сосудистой системы является наиболее частыми причинами смерти больных ХБП. В недавно проведенных эпидемиологических исследованиях продемонстрировано, что до терминальной стадии ХБП доживают лишь около 10% больных, остальные 90% погибают на более ранних этапах. Так, уровень кардиальной летальности у больных ХБП 2–5-й стадии в 5–20 раз выше, чем в общей популяции. В современных рекомендациях расширен перечень «почечных маркеров» поражений органов-мишеней: включено определение клиренса креатинина или скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта–Голта (Cockcroft–Gault) или MDRD как более точных индексов

кардиоваскулярного риска на фоне дисфункции почек. Повышение экскреции альбумина с мочой в пределах 30–300 мг в сутки свидетельствует о наличии микроальбуминурии, которая является ранним маркером поражения почек и проявлением системной эндотелиальной дисфункции. Часто микроальбуминурия может быть единственным показателем, позволяющими подтвердить наличие субклинического течения ХБП и является независимым фактором кардиоваскулярных осложнений, повышает вероятность развития хронической почечной недостаточности (ХПН) и смерти пациента.

Какие классы препаратов, действующих на РААС, применяют сегодня в клинической практике?

В настоящее время в клинической практике имеется 4 класса препаратов, действующих на РААС. Это ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА), антагонисты альдостерона и прямые ингибиторы ренина. Каждый из этих классов лекарственных средств занимает важное место в лечении пациентов с высоким кардиоваскулярным риском. Для ряда представителей препаратов, влияющих на РААС, в крупных рандомизированных исследованиях представлены доказательства многообразного органопротективного потенциала. Одна из ключевых позиций в современных рекомендациях по ведению пациентов высокого КВР – необходимость применения антигипертензивных препаратов, способных не только снижать артериальное давление, но и обладать выраженными кардио-, нефро-, ангио- и церебропротективными свойствами, а также улучшать прогноз. Результаты большого количества исследований свидетельствуют, что таким требованиям в наибольшей степени отвечают блокаторы РААС. Поэтому в настоящее время ведение пациента высокого риска невозможно без использования в качестве базисной терапии ИАПФ и БРА.

Какими преимуществами обладают эти препараты и на какие свойства ориентируетесь Вы, назначая те или иные медикаментозные средства одного из этих классов?

В сравнении с ИАПФ у БРА существует ряд преимуществ: они обладают широким профилем безопасности и переносимости, значительно реже вызывают гипотензию и коллаптоидные реакции, не обладают гипотоническим эффектом первой дозы, а внезапная отмена препарата не сопровождается синдромом «рикошета»; толерантность или эффект «ускользания» наблюдаются значительно реже. При использовании БРА значительно реже встречаются такие нежелательные эффекты, свойственные ИАПФ, как сухой кашель, гиперкалиемия, ангионевротический отек. Возникающие в редких случаях побочные эффекты не являются серьезными, не требуют отмены препарата. БРА действуют вне зависимости от возраста, пола, расы, при любом варианте гемодинамики, что выгодно отличает их от других классов антигипертензивных препаратов. Однако следует помнить о том, что максимальный антигипертензивный эффект проявляется через более длительное время – от 2 до 4–5 недель (в зависимости от химической структуры сартана).

Как правило, выбор между представителями этих классов определяется конкретной клинической ситуацией. Вместе с тем, важным преимуществом сартанов является отличная переносимость и высокая приверженность терапии. Первым представителем сартанов, доказавшим свою эффективность у пациентов высокого риска, был лозартан. Нефропротективные свойства лозартана были убедительно продемонстрированы в крупном рандомизированном исследовании RENAAL (Reduction of Endpoints in NIDDM with the All Antagonist Losartan), в котором принимали участие больные с АГ, сахарным диабетом 2-го типа и нефропатией. В настоящее время лозартан – первый представитель своего класса с доказанной способностью влиять на гиперурикемию. Способность лозартана снижать уровень мочевой кислоты имеет важное значение для пациентов с кардиоваскулярной патологией, так как уровень мочевой кислоты является независимым фактором риска развития ишемической болезни сердца и смертности от сердечно-сосудистых причин.

На мой взгляд, при выборе антигипертензивного средства необходимо принимать во внимание эффективность и безопасность препарата, органопротективные свойства, а также учитывать его фармако-экономические преимущества. Оптимальное соотношение цена/качество предлагает нам компания Рихтер Гедон в препарате Сентор (лозартан в дозе 50 мг и 100 мг). А примером эффективной комбинации лозартана с диуретиком является препарат Ко Сентор, который представлен на рынке Украины в трех дозировках: лозартан 50 мг или 100 мг в комбинации с гидрохлоротиазидом в дозе 12,5 мг, а также лозартан в дозе 100 мг в комбинации с гидрохлоротиазидом в дозе 25 мг.

Беседу вела Юлия Когут



КОНТРОЛЬ НАД ГИПЕРТЕНЗИЕЙ



*Теперь доступен
в фиксированных
комбинациях!*

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Комфортная терапия АГ,
продлевающая жизнь

лозартан®
СЕНТОР

Ко-СЕНТОР®
гидрохлоротиазид+лозартан



Рихтер Геденон

Создано в 1961 году

Представительство "Рихтер Геденон" в Украине: 01054, г.Киев, ул.Тургеневская, 17-б.
Тел./факс: (044) 492-99-10, тел.: (044) 492-99-19, 492-99-11, e-mail: ukraine@richter.kiev.ua, www.richter.com.ua

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕПАРАТЕ

СОСТАВ: 50 мг или 100 мг лозартана калия. **ФОРМА ВЫПУСКА:** таблетка, покрытая оболочкой. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:** простые препараты антагонистов ангиотензина II. **Код АТС:** C09CA 01. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Артериальная гипертензия. Артериальная гипертензия и гипертрофия левого желудочка с целью уменьшения риска осложнений и смертности вследствие сердечно-сосудистых нарушений; Сахарный диабет II типа с нефропатией, для замедления прогрессирования заболевания почек, а также для уменьшения протеинурии. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** 1 таблетка 1 раз в сутки, в тот же период дня, независимо от приема пищи. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность к компонентам препарата, беременность, период кормления грудью. **ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ:** При применении препарата возможно развитие ангионевротического отека, включая отек гортани и языка, что приводит к обструкции дыхательных путей и/или отеку лица, губ. Такой эффект редко возможен при лечении лозартаном. Осложнение терапии наиболее вероятно у пациентов, у которых ранее наблюдался ангионевротический отек при применении других препаратов, в том числе и ингибиторов АПФ. **ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ:** Наиболее часто сообщалось о головной боли, головокружении, нарушении сна, тахикардии, заложенности носа, воспалении носоглотки, заболевании полости носа, инфекций верхних дыхательных путей, боли в животе, диареи, боли в грудной клетке, слабости, утомляемости, отека. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА:** По рецепту. Полная информация о препарате содержится в инструкции по медицинскому применению.