

УДК 616.61 – 002.2.

О. В. КАРПЕНКО

/Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна/

Ренопротекція при хронічній хворобі нирок у практиці сімейного лікаря

Резюме

Ренопротекція при хронічній хворобі нирок у практиці сімейного лікаря є актуальною проблемою з огляду на наявність зв'язку хронічної хвороби нирок та підвищеного ризику кардіоваскулярних подій. Висвітлені важливість ренопротекторного підходу при лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією та перспективи застосування в цьому контексті комбінації лізиноприлу та амлодипіну.

Ключові слова: хронічна хвороба нирок, ренопротекція, протеїнурія, гіперурикемія, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, лізиноприл, амлодипін

Поняття хронічної хвороби нирок (ХХН) використовують з 2002 року з ініціативи Національної нефрологічної спілки США, тоді ж була запропонована класифікація стадій захворювання. З 2005 року цей діагноз застосовують в Україні. Хронічна хвороба нирок є складною проблемою сучасної медицини, в її структурі переважають вторинні ураження нирок, особливо при цукровому діабеті та артеріальній гіпертензії. Зважаючи на важливість превентивної терапії, яка допоможе пацієнтам з ХХН сповільнити прогресування захворювання, на особливу увагу заслуговує питання ренопротекції в практиці сімейного лікаря. На тренінг-програмі «Мистецтво лікування: післядипломний курс професійного вдосконалення» було приділено увагу питанню ренопротекції при хронічній хворобі нирок у практиці сімейного лікаря. Доповідь на цю тему представила доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 2 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, кандидат медичних наук О. В. Карпенко.

Ренопротекція у цьому контексті розглядається як варіант превентивної терапії, а саме вона є основою сучасної профілактичної медицини і передбачає індивідуалізований підхід до пацієнта, особливо якщо йдеться про особу з високим кардіоваскулярним ризиком.

Актуальність проблеми полягає в тому, що пацієнт з хронічною хворобою нирок має у десятки разів вищий ризик смерті внаслідок кардіоваскулярних подій. Такий хворий має артеріальну гіпертензію, незалежні один від одного фактори кардіоваскулярного ризику, які потенціюють один одного (протеїнурія, артеріальна гіпертензія, зниження швидкості клубочкової фільтрації, гіперурикемія, ортостатична гіпотензія тощо). Резистентна артеріальна гіпертензія трапляється у таких пацієнтів частіше, ніж загалом у популяції. В практиці лікаря-нефролога не рідкісною є ситуація, коли ХХН вперше діагностують на термінальній стадії, коли виникає потреба в діалізі. Профілактичні заходи щодо сповільнення темпів прогресування ниркової недостатності, на жаль, часто залишаються поза увагою лікаря-терапевта. Зважаючи на це, важливо пам'ятати про особливості визначення хронічної хвороби нирок.

Про ХХН йдеться, якщо пацієнт відповідає будь-якому з критеріїв, перерахованих далі. Перший критерій – це ушкодження нирок в анамнезі тривалістю понад 3 місяці, виявлене за структурними або функціональними порушеннями нирок, зі зниженням швидкості клубочкової фільтрації або без нього, що проявляється однією або більше з таких ознак: порушення в аналізах крові або сечі; порушення, виявлені при візуалізаційних дослідженнях. Другий критерій – швидкість клубочкової фільтрації <60 мл/хв/1,73 м² протягом періоду понад 3 місяці, з іншими ознаками пошкодження нирок, наведеними вище, або без них.

У 33 % випадків ХХН становить діабетичне ураження нирок, яке розвивається внаслідок цукрового діабету 1-го та 2-го типів; у 19 % гломерулярні ураження, спричинені аутоімунними захворюваннями, системними інфекціями, дією токсичних речовин та ліків, а також пухлинами; у 21 % випадків ХХН – це васкулярні ураження, викликані патологією великих артерій, артеріальною гіпертензією, мікроангіопатіями. Кістозне ураження, спричинене аутосомно-домінантним та аутосомно-рецесивним полікістозом нирок, становить 6 % у загальній кількості ХХН, тубулоінтерстиціальна патологія внаслідок інфекцій сечових шляхів, сечокам'яної хвороби, обструкції сечовивідних шляхів, дії токсичних речовин, ліків, міхурово-сечовивідного рефлексу – 4 %. Тож серед нозологій переважає ураження нирок, спричинене цукровим діабетом та артеріальною гіпертензією, причому хронічна хвороба нирок розвивається швидко від початку захворювання, нерідко має малосимптомний характер на початкових стадіях.

Діагностика хронічної хвороби нирок на початковій стадії є актуальною проблемою, і ренопротекторні профілактичні підходи мають застосовуватися своєчасно. Зокрема йдеться про дії, які допоможуть визначити хворих та застосувати превентивні заходи на початкових стадіях ХХН, коли пацієнт перебуває під спостереженням лікаря-терапевта. Статистичні дані говорять про невтішний прогноз для таких пацієнтів: впродовж 5 років чверть хворих помирає від серцево-судинних подій, не потрапивши на консультацію до нефролога. Факторами прогресування ХХН є гіперактивність РААС з артеріальною гіпертензією, протеїнурія, гіперхолестери-

немія та дисліпідемія, гіперурикемія, анемія, гіперпаратиреоз, надмірне споживання білків з їжею.

Прогресування ниркової недостатності безпосередньо пов'язане з прогресуванням артеріальної гіпертензії, протеїнурії, гіперурикемії, і всі ці фактори разом призводять до підвищення кардіоваскулярного ризику. Зважаючи на це, особливе навантаження лягає на лікаря-терапевта та лікаря сімейної медицини, адже саме вони здійснюють спостереження за пацієнтами із ХХН переддіалізної стадії. Для виявлення факторів ризику необхідно застосовувати скринінгові методи дослідження таких пацієнтів. Дослідження є досить простими: загальний аналіз сечі, загальний аналіз крові, ультразвукове обстеження нирок, моніторинг показників азотистого обміну та електролітів у крові. Проведення скринінгових обстежень на ранніх стадіях захворювання є обов'язковими для призначення адекватної і своєчасної терапії.

У доповіді також було представлено механізм прогресування нефросклерозу на фоні артеріальної гіпертензії. Підвищення системного артеріального тиску спричиняє надмірне вироблення ангіотензину II, запускає каскадні реакції, хронічне запалення, оксидативний стрес, призводить до пошкодження клубочків, в умовах збільшення артеріального тиску розвивається внутрішньоклубочкова гіпертензія, посилюється протеїнурія, яка сприяє прогресуванню хронічної хвороби нирок.

Пацієнти з ХХН, хворі на цукровий діабет, потребують більш жорсткого контролю артеріального тиску. Якщо в загальній популяції цільовими значеннями є 140/90 мм рт. ст., то при цукровому діабеті та ХХН необхідно досягати нижчих показників – 130/80 мм рт. ст. Досягти цього дає змогу препарат – блокатор РААС, обов'язковий для стартової терапії. Необхідністю є доповнення антигіпертензивної терапії медикаментозною корекцією інших факторів ризику, що передбачає контроль гіперхолестеринемії та контроль глікемії. Всім пацієнтам також необхідно рекомендувати немедикаментозні підходи до лікування АГ, які включають зниження маси тіла, зменшення споживання солі, відмову від куріння. Згідно з рекомендаціями ESH-ESC 2013 року, оптимальною схемою є блокатори рецепторів ангіотензину II, блокатори кальцієвих каналів, інгібітори АПФ, тіазидні діуретики; не рекомендується поєднання інгібіторів АПФ та блокаторів рецепторів ангіотензину II. На окрему увагу заслуговує комбінація інгібіторів АПФ з антагоністом кальцію, з огляду на такий фактор, як ортостатична гіпотензія. На цю проблему звернула увагу Американська асоціація ендокринологів. З'ясувалося, що у пацієнтів з цукровим діабетом та хронічною хворобою нирок висока частота ортостатичної гіпотензії, що розглядається як фактор смертності за рахунок розвитку автономної полінейропатії. Згідно з рекомендаціями Американської асоціації діабету, лікування артеріальної гіпертензії у хворих на цукровий діабет має включати класи препаратів, які продемонстрували здатність знижувати серцево-судинні ускладнення при цукровому діабеті. До них належать інгібітори АПФ. Для досягнення цільових значень рівня артеріального тиску потрібна комбінована терапія. Зокрема, вдалою комбінацією є інгібітор АПФ лізиноприл та антагоніст кальцію амлодипін.

Ренопротекторний підхід до лікування найбільшої групи пацієнтів – тих, хто має цукровий діабет і артеріальну гіпертензію, –

вимагає, за умови призначення антигіпертензивної терапії, впливати на три фактори: контролювати артеріальну гіпертензію, зменшувати протеїнурію та сповільнювати прогресування хронічної хвороби нирок. Молекула лізиноприлу є третьою з тих, що увійшли в практику. Як представник інгібітора АПФ вона найменше спричиняє таку побічну дію, як кашель; період напіввиведення становить 12 годин, дія триває до 24 годин. Для лізиноприлу властивий дозозалежний гіпотензивний ефект, препарат не метаболізується в печінці, тому його рекомендують призначати пацієнтам із супутньою патологією печінки. Низка досліджень, проведених до 2000 року, показали органопротекторні властивості лізиноприлу при нефропатії, ретинопатії та органопротекторну дію на нервову систему. Початок антигіпертензивного ефекту спостерігається через 1 годину після прийому, пік дії – через 6–7 годин, тривалість дії – 24 години, стабільність дії досягається через 4–8 тижнів лікування. У разі припинення прийому лізиноприлу раптове підвищення артеріального тиску не відбувається.

Антагоніст кальцію амлодипін, в свою чергу, чинить антиатеросклеротичну дію. Це важливо в плані сповільнення темпів прогресування ниркової недостатності, що є наслідком як системного запалення, так і атеросклеротичного ураження та артеріальної гіпертензії. На окрему увагу заслуговує властивість комбінації лізиноприлу та амлодипіну зменшувати кількість побічних ефектів у вигляді набряків, властивих для дії антагоністів кальцію. У мікроциркуляторному руслі антагоніст кальцію впливає на приносну артеріолу, розширює її, внаслідок чого відбувається екстравазація, тобто розвиток набряків. У разі комбінації з інгібітором АПФ така побічна дія нівелюється завдяки впливу блокаторів РААС на венули. Тож перевагами комбінації інгібіторів АПФ та БКК є синергізм між компонентами при зниженні артеріального тиску, антиатеросклеротична дія обох компонентів, органопротекторні властивості. Крім того, обидва компоненти мають позитивні метаболічні ефекти: інгібітор АПФ забезпечує зниження інсулінорезистентності, БКК чинить урикозуричний та натрійуретичний ефекти. Важливо, що інгібітори АПФ нівелюють ризик розвитку набряків унаслідок прийому БКК.

Оптимальним за співвідношенням ціни та якості є Екватор – препарат, що має антигіпертензивний ефект і органопротекторну дію. Він забезпечує ренопротекторний і кардіопротекторний ефекти, які передбачені превентивними підходами в терапії пацієнтів з ХХН та високим кардіоваскулярним ризиком. Ренопротекція передбачає жорсткий контроль артеріального тиску, вплив на рівень холестерину, зниження протеїнурії, жорсткий контроль глікемії у пацієнтів з цукровим діабетом. Кінцевою метою органопротекції є уповільнення темпів прогресування ниркової недостатності.

Список використаної літератури знаходиться в редакції

*Пост-стаття підготовлена редакцією
видавництва «Медікс груп»
за матеріалами доповіді,
представленої на тренінг-програмі для лікарів
«Мистецтво лікування: післядипломний
курс професійного вдосконалення»,
м. Хмельницький, 31.01.2019 р.*

Резюме

Ренопротекция при хронической болезни почек в практике семейного врача

О. В. Карпенко

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина

Ренопротекция при хронической болезни почек в практике семейного врача является актуальной проблемой, учитывая наличие связи хронической болезни почек и повышенного риска сердечнососудяльных событий. Освещены важность ренопротекторного подхода при лечении пациентов с артериальной гипертензией и перспективы применения в этом контексте комбинации лизиноприла и амлодипина.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, ренопротекция, протеинурия, гиперурикемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, лизиноприл, амлодипин

Summary

Renoprotection in chronic kidney disease in the family doctor practice

O. V. Karpenko

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The significance of the problem is due to the relation between chronic kidney disease and increased risk of cardiovascular events. The importance of the renoprotective approach in treatment of the patients with hypertension and the prospect of using in this context combinations of lisinopril and amlodipine.

Key words: CKN (chronic kidney disease), renoprotection, proteinuria, hyperuricemia, hypertension (arterial hypertension), diabetes mellitus (diabetes mellitus), lisinopril, amlodipine