



Ведение пациентов с поражением почек при ССЗ: возможности сартанов

АГ – важнейший фактор риска развития и прогрессирования хронической болезни почек (ХБП) любой этиологии¹ ←

ХБП – важный независимый фактор риска развития и прогрессирования ССЗ, в том числе фатальных¹ →

Признаки бессимптомного поражения органов-мишеней (почек) при АГ¹: ←

Адекватный контроль АД → замедляет развитие ХБП¹

Что известно из Клинических рекомендаций?

- Альбуминурия 30–300 мг/24 ч или отношения альбумин-креатинин 30–300 мг/г или 3,4–34 мг/ммоль (предпочтительно в утренней порции мочи) или протеинурия по данным оценки тест-полоской
- ХБП С3 стадии с СКФ >30–59 мл/мин/1,73 м²

Пациентам с ХБП рекомендуется в качестве первичной цели снижать АД до значений <140/80 мм рт.ст., далее (большинству при хорошей переносимости) снижать САД до 130 мм рт.ст. и ниже¹ ←

У пациентов с ХБП С1-С5 рекомендовано использование ингибиторов РААС (сартаны или иАПФ) в качестве предпочтительной фармакотерапии для снижения рисков прогрессирования дисфункции почек (ренопротекции), → сердечно-сосудистых событий²



Ирберсартан:

- ✓ обеспечивает длительный контроль АД в течение 24 часов⁷
- ✓ характеризуется высокой приверженностью лечению⁶
- ✓ продемонстрировал профиль безопасности сопоставимый с плацебо⁹

- ✓ у Ирберсартана нефропротективное действие (способность замедлять прогрессирование поражения почек) было подтверждено как на более ранней, так и на более поздней стадиях поражения почек в исследовательской программе PRIME (ПРАЙМ)^{9,10}, состоящей из двух крупных рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых клинических исследований: IRMA 2, IDNT:

- альбуминурия: нормализация уровня альбумина у каждого 3-го пациента, принимавшего участие в исследовании IRMA 2⁹
- протеинурия: снижен риск удвоения креатинина на 33% по сравнению с плацебо у пациентов, принимавших участие в исследовании IDNT¹⁰
- терминальная ХБП: снижен риск удвоения креатинина, развития терминальной стадии ХБП или общей смертности на 20% по сравнению с плацебо у пациентов, принимавших участие в исследовании IDNT¹⁰

АПРОВЕЛЬ

ирберсартан

для пациентов с АГ, углеводными нарушениями, с низким сердечно-сосудистым риском и наличием микроальбуминурии (обнаружение альбумина в моче 30-300 мг/сут)



Согласно результатам исследования⁸, проведенного среди пациентов в условиях реальной клинической практики большее количество пациентов на монотерапии Ирберсартаном достигли целевого уровня по сравнению с другими сартанами⁸



Показания к применению:

- артериальная гипертензия (монотерапия и в сочетании с другими гипотензивными препаратами, например тиазидными диуретиками, β-адреноблокаторами, БМКК длительного действия)
- нефропатия при артериальной гипертензии и сахарном диабете 2-го типа (в составе комбинированной гипотензивной терапии)



Блистеры с днями недели повышают приверженность терапии¹⁸

АПРОВАСК

– фиксированная комбинация ирберсартана и амлодипина в одной таблетке

Компоненты фиксированной комбинации Апроваск®

ирберсартан

антигипертензивный¹² и нефропротективный эффект^{9,10} у пациентов с АГ

амлодипин

длительное антигипертензивное действие¹³



Защита сердца и почек у пациентов с АГ

Ирберсартан

Показал способность действовать на всех этапах прогрессирования почечной недостаточности от микроальбуминурии до ХБП у пациентов с АГ¹²

Амлодипин

↓ Риска фатального и нефатального инсульта на 23%³⁴

Фиксированная комбинация* повышает приверженность пациентов лечению¹⁶



Достижение целевого АД у 9 из 10 пациентов¹⁷

АПРОВЕЛЬ

ирберсартан

ЛП-№(000309)-(pr-RU)

№28

150 мг
300 мг

АПРОВАСК

амлодипин + ирберсартан

лп-№(000238)-(pr-RU)

№28
№56

5 мг + 150 мг
10 мг + 300 мг

№28

5 мг + 300 мг
10 мг + 150 мг

*В исследованиях 1/3 пациентов в т.ч. принимали комбинацию ирберсартана/амлодипина

Адаптировано по материалам выступления Остроумовой О.Д., Кочеткова А.И. «Спящая красавица в королевстве сартанов»

*ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, АД – артериальное давление, АГ – артериальная гипертензия, САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, ССО – сердечно-сосудистые осложнения, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, иРААС – ингибиторы ренин-ангиотензин альдостероновой системы, иАПФ – ингибитор ангиотензин превращающего фермента. Риск смертности от всех причин относится к риску смерти в результате любого заболевания, осложнения, несчастного случая или воздействия.

1. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации. 2024
2. Хроническая болезнь почек (ХБП). Клинические рекомендации. 2024
3. Williams B. et al. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2018;39(33):3021–3104.
4. Messerli FH, Bangalore S, Bavishi C, Rimoldi SF. Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors in Hypertension: To Use or Not to Use? J Am Coll Cardiol. 2018;71(13):1474–82. doi: 10.1016/j.jacc.2018.01.058
5. Degli Esposti L, Di Martino M, Saragoni S, Sgreccia A, Capone A, Buda S, Esposti ED. Pharmacoeconomics of antihypertensive drug treatment: an analysis of how long patients remain on various antihypertensive therapies. J Clin Hypertens (Greenwich). 2004 Feb;6(2):76–84. doi: 10.1111/j.1524-6175.2004.03044.x. PMID: 14872145; PMCID: PMC8109607.
6. Hasford J et al. J Hum Hypertens 2002; 16:569–575
7. Palatini et al. Journal of Human Hypertension 2010; 24: 95–103
8. Petrella R, Michailidis P. Retrospective analysis of real-world efficacy of angiotensin receptor blockers versus other classes of antihypertensive agents in blood pressure management. Clin Ther. 2011 Sep;33(9):1190–203. doi: 10.1016/j.clinthera.2011.08.008. Epub 2011 Sep 1. PMID: 21885126.
9. Parving H.H. et al. N Engl J Med. 2001. Vol. 345. P. 870–878.
10. Lewis E.J. et al. N Engl J Med. 2001. Vol. 345. P. 851–860
11. ADVANCE Collaborative Group. Lancet 2007; 370: 829–40
12. Mancía G et al. An ambulatory blood pressure monitoring study of the comparative antihypertensive efficacy of two angiotensin II receptor antagonists, irbesartan and valsartan. Blood Press Monit 2002; 7: 135–142.
13. Общая характеристика лекарственного препарата Апроваск® (РФ): ЛП-№(000223) (РФ-РУ)
14. Dahlöf B. et al. // Lancet. 2005. Vol. 366 (9489). P. 895–906
15. Nissen S. et al. JAMA. 2004, Nov 10, Vol. 292 (18), P. 2217–2225
16. Zeng F. et al. // Curr Med Res Opin. 2010, Dec, Vol. 26 (12), P. 2877–2887.
17. Кобалава Ж.Д. // Кардиология. 2014. № 6. С. 15–20.
18. Мачильская О.В. Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы). Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2016;9(3):55–65.

Информация предназначена исключительно для медицинских работников. Упоминание международных непатентованных наименований / торговых наименований препаратов приведено исключительно в научных целях и не направлено на продвижение, привлечение внимания или акцентирование преимуществ какого-либо препарата или производителя.