

Клинический случай применения прямого ингибитора ренина в комбинированной терапии больного с артериальной гипертонией и ожирением

М.Л.Максимов, О.В.Дралова

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва

Артериальная гипертония (АГ) – в настоящее время является наиболее значимой медико-социальной проблемой. АГ имеет широкую распространенность и является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Ведущая роль в развитии и прогрессировании АГ отводится прессорным системам организма – ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и симпато-адреналовой системам.

В современной кардиологии появился новый класс препаратов для модуляции активности РААС – прямые ингибиторы ренина (ПИР). Прошел клинические исследования и зарегистрирован во многих странах мира, в том числе и в РФ, первый селективный ингибитор ренина непептидной структуры – алискирен (торговое название Расилез, Новартис Фарма). Расилез – первый ПИР, эффективность и безопасность которого подтверждена контролируруемыми клиническими исследованиями, препарат рекомендован как для комбинированной, так и для монотерапии.

Расилез является единственным блокатором РААС, способным снизить АРП, как исходно высокую, так и повышенную по принципу обратной связи, вследствие терапии ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), блокаторами рецепторов ан-

гиотензина (БРА), блокаторами медленных кальциевых каналов (БМКК) или диуретиками.

Повышение активности РААС является ключевым звеном в развитии АГ у пациентов с ожирением. Таким образом, АГ, сочетающаяся с ожирением, может рассматриваться в качестве одного из ключевых показаний к назначению Расилеза. Хотя активность РААС возможно контролировать с помощью иАПФ и БРА, применение Расилеза, действуя на начальном этапе активации системы, может обеспечить более совершенный контроль РААС.

Применение Расилеза является инновационным подходом к лечению АГ, поэтому интересен первый опыт его применения в клинической практике.

Мы предлагаем Вашему вниманию пример успешного применения прямого ингибитора ренина Расилеза в комбинации с иАПФ периндоприлом у пациента с АГ и ожирением II степени.

Пациент С., мужчина 47 лет, наблюдается амбулаторно. На момент обращения предъявлял жалобы на повышенную утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, эпизоды головных болей, чаще по утрам, раздражительность, головокружений, нечеткость зрения. В анамнезе около 5 лет отмечает повышение артериального давления до мак-

симальных цифр систолического АД 170 мм рт. ст. и диастолического АД 100 мм рт. ст. Работает в сфере торговли, ведет малоподвижный образ жизни, диету не соблюдает, курит до 20 сигарет в сутки, употребление алкоголя - редкое умеренное. Амбулаторно принимал периндоприл в дозе 8 мг 1 раз в сутки. До недавнего времени удавалось контролировать АД на цифрах 130-145/85-95 мм рт.ст. на дозе периндоприла 8 мг в монотерапии. Однако, в течение последних 6 месяцев набрал в весе более 8 кг, в последние 2 месяца отметил эпизоды головных болей, головокружений на фоне подъема АД до 160/100 мм рт.ст., что и стало поводом для обращения.

При осмотре обнаружено избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, распределение по мужскому типу, рост 174 см, вес 113 кг, окружность талии 121 см, индекс массы тела (ИМТ) – 37,3 кг/м². АД на правой руке 150/95 мм рт. ст., на левой - 145/90 мм рт. ст. В результате обследования отмечены: уровень глюкозы натощак ближе к верхней границе нормы (5,1 ммоль/л), повышенный уровень триглицеридов (ТГ) 1,8 ммоль/л, уровень липопротеидов в пределах нормы (липопротеиды высокой плотности (ЛВП) 1,3 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛНП) 2,8 ммоль/л), белок в моче не обнаружен, креатинин сыворотки в пределах нормы 95 мкмоль/л, повышенный уровень активности ренина плазмы (АРП) 3,1 нг/мл/ч, на ЭКГ – отклонение ЭОС влево, без патологических изменений, на ЭхоКГ – умеренная гипертрофия миокарда: индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) 141 г/м², толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) 13,4 мм, толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) 12,4 мм, конечный диастолический размер ле-

вого желудочка (КДРЛЖ) 54 мм, фракция выброса (ФВ) 67%. По данным суточного мониторирования АД (СМАД): максимальное САД – 168 мм рт.ст., минимальное САД – 127 мм рт.ст., максимальное ДАД – 106 мм рт.ст., минимальное ДАД – 80 мм рт.ст., среднее ДАД – 97 мм рт.ст., среднее САД – 151 мм рт.ст., среднее пульсовое АД (ПАД) – 54 мм рт.ст.

Наличие у пациента абдоминального ожирения и АГ, а также повышенный уровень триглицеридов свидетельствует о наличии метаболического синдрома (МС) с высоким риском развития ССО. Фармакологическая коррекция АГ должна обеспечивать надежный контроль АД, защиту органов мишеней и, по-возможности, оказывать положительное влияние на нарушенный метаболический статус пациентов. Целевыми уровнями АД у больных с МС являются цифры, не превышающие значений 130/80 мм рт.ст.

Мы рекомендовали пациенту снизить калорийность пищи до 2200 ккал в сутки, потребление соли до 5 г/сут, добавить к терапии периндоприлом в дозе 8 мг прием препарата Расилез 150 мг один раз в сутки.

Препарат Расилез больной принимал в течение 3 недель, побочных эффектов не отмечено, стали реже беспокоить жалобы на головную боль, головокружение, пациент отметил улучшение работоспособности, отсутствует раздражительность. Снизить вес не удалось в связи с тем, что пациент не смог соблюдать рекомендации по изменению питания. За истекшее время было лишь два эпизода плохого самочувствия, головных болей, подъем АД до 155/100 мм рт.ст. на фоне психо-эмоциональных нагрузок (2-й и 5-й день от начала приема препарата Ра-

силез). На момент визита АД на правой руке 140/90 мм рт. ст., на левой 135/85 мм рт. ст. Уровень глюкозы натощак 4,6 ммоль/л, ТГ 1,6 ммоль/л, ХС ЛВП 1,2 ммоль/л, ХС ЛНП 2,9 ммоль/л, уровень АРП (2,5 нг/мл/ч).

Пациенту было повторно рекомендовано снизить калорийность пищи до 2000 ккал в сутки, потребление соли до 5 г/сут, умеренные физические нагрузки, продолжить прием периндоприла в прежней дозе, а дозу препарата Расилез увеличить до 300 мг один раз в сутки.

Через 5 недель (8 недель от начала терапии) назначенного лечения пациент отметил улучшение самочувствия – повышение настроения и работоспособности, появилось ощущение бодрости, улучшилась четкость зрения. За прошедший период не отмечалось эпизодов головных болей, головокружений и подъемов АД, хотя эмоциональные нагрузки присутствовали, рекомендации по диете и изменению физической активности пациент не соблюдал. При осмотре АД на правой руке 125/70 мм рт. ст., на левой 125/75 мм рт. ст. Лабораторные показатели: уровень глюкозы натощак (4,4 ммоль/л), уровень ТГ 1,6 ммоль/л, уровень липопротеидов в пределах нормы ХС ЛВП

1,4 ммоль/л, ХС ЛНП 2,8 ммоль/л, белок в моче не обнаружен, креатинин 6,8 ммоль/сут, повышенный уровень АРП (1,9 нг/мл/ч). Существенно снизилось АД по данным СМАД: максимальное САД – 138 мм рт.ст., минимальное САД – 110 мм рт.ст., максимальное ДАД – 88 мм рт.ст., минимальное ДАД – 69 мм рт.ст., среднее ДАД – 77 мм рт.ст., среднее САД – 128 мм рт.ст., среднее пульсовое АД (ПАД) – 50 мм рт.ст.

Подбор гипотензивной терапии больным с ожирением должен осуществляться индивидуально. Необходимо выбрать комбинацию метаболически нейтральных препаратов, которые, в то же время, будут эффективно воздействовать на звенья патогенеза АГ при МС. Препаратами первого выбора для лечения АГ у больных с МС являются БРА или иАПФ, с доказанной метаболической нейтральностью и органопротективным действием. При недостаточной эффективности монотерапии для достижения целевого уровня АД к ним целесообразно присоединять ПИР, учитывая увеличение его гипотензивного эффекта при повышении массы тела больного, а также органопротективные эффекты препарата.