

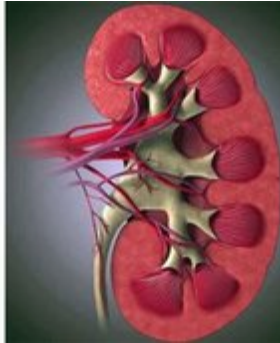


## Газета «Новости медицины и фармации» 13-14 (507-508) 2014

### Диабетическая нефропатия: современные возможности терапии и профилактики

**Авторы:** Татьяна Тлустова

**Разделы:** Справочник специалиста



Статья опубликована на с. 7 (Мир)

#### Сахарный диабет и диабетическая нефропатия

Сахарный диабет (СД) представляет серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему для нашей страны. В связи с неуклонным ростом распространенности сахарного диабета наблюдается прогрессирующее увеличение числа больных с диабетической нефропатией (ДН). Несмотря на современные лечебные подходы, у 25–30 % больных СД 1-го типа и у 40–45 % больных СД 2-го типа через 20–40 и 10–15 лет соответственно развивается ДН. В настоящее время среди больных, получающих гемодиализ, лица с ДН составляют около 40–60 %.

#### Факторы риска развития диабетической нефропатии

- Неудовлетворительная компенсация сахарного диабета (гликозилированный Hb > 7,0 %).
- Наследственность, отягощенная по артериальной гипертензии.
- Гиперлипидемия.
- Ретинопатия.
- Наличие сопутствующего хронического воспалительного заболевания почек и мочевыводящих путей.

Развитие диабетической нефропатии наблюдается в более ранние сроки у лиц с неадекватным контролем гликемии, артериальной гипертензией и дислипидемией.

В основе нефротоксического действия гипергликемии лежат несколько механизмов: неэнзиматическое гликозилирование белков почечных мембран, изменяющее их структуру и функцию; прямое токсическое воздействие глюкозы на ткань почек; активация окислительных реакций, которые приводят к образованию большого количества свободных радикалов, обладающих цитотоксическим действием. Гиперлипидемия способствует тому, что модифицированные липопротеины низкой плотности проникают через поврежденный эндотелий капилляров почечных клубочков и способствуют развитию в них склеротических процессов.

Важно отметить, что развитие ДН у больных СД существенно отягощает кардиоваскулярный прогноз. В крупных контролируемых рандомизированных исследованиях было показано прогрессирующее увеличение риска развития инфаркта миокарда, инсультов и кардиоваскулярной летальности у больных СД 2-го типа при развитии ДН (особенно при персистирующей умеренной или высокой протеинурии и нарушенной функции почек).

#### Скрининг

Скрининг пациентов с диагнозом сахарного диабета на наличие почечных осложнений представляет

собой определение уровня экскреции альбумина с мочой и должен быть общепринятой практикой. Кроме того, необходимы выявление, оценка и устранение факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В зависимости от количества выделяемого альбумина различаются:

- нормоальбуминурия — скорость экскреции альбумина с мочой от 0 до 30 мг/сут (иногда встречается и у здоровых лиц);
- микроальбуминурия — экскреция альбумина от 30 до 300 мг/сут;
- макроальбуминурия — потеря альбумина превышает 300 мг/сут и характеризуется прогрессированием хронической почечной недостаточности (ХПН).

Первое проявление ДН — микроальбуминурия, возникающая в результате снижения барьерной функции клубочковой фильтрации для альбумина. В нарушении этой функции ключевые роли принадлежат активным формам кислорода, воспалительным цитокинам и факторам роста. Важность микроальбуминурии как независимого предиктора прогрессирующей болезни почек и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с СД была продемонстрирована во многих проспективных и эпидемиологических исследованиях.

**Скрининговое определение уровня экскреции альбумина с мочой необходимо проводить ежегодно, если стаж диабета 1-го типа составляет 5 и более лет. Пациенты с диагнозом СД 2-го типа должны проходить данное исследование с момента установления диагноза сахарного диабета.**

Повреждения почек и их функциональные нарушения у пациентов с диабетической нефропатией на стадии микроальбуминурии имеют еще обратимый характер. По этой причине ранняя диагностика и максимально эффективное лечение СД, коррекция функции почек и ликвидация альбуминурии имеют решающее значение для долгосрочного прогноза течения заболевания (Стандарты медицинской помощи при сахарном диабете ADA, 2014).

**Факторы риска быстрого развития ХПН у пациентов с диабетической нефропатией:**

- неудовлетворительная компенсация углеводного обмена;
- высокое систолическое и диастолическое артериальное давление;
- гиперлипидемия;
- высокая протеинурия (более 2 г в сутки);
- отсутствие систематического антигипертензивного лечения (в том числе препаратами из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и/или БРА).

**Фармацевтическая характеристика препарата Канефрон® Н**

Современная фитотерапия предоставляет дополнительный терапевтический ресурс в лечении больных с диабетической нефропатией — растительный препарат Канефрон® Н (Biogica SE), содержащий специальные растительные компоненты, стандартизованные по содержанию определенных биологически активных веществ лекарственных растений: корня любистка, листьев розмарина и травы золототысячника.

Комплекс биологически активных веществ (фенолкарбоновые кислоты, эфирные масла и др.) определяет фармакологические эффекты препарата. Канефрон® Н оказывает противовоспалительное, мягкое диуретическое, спазмолитическое, вазодилатирующее и антибактериальное действия, поддерживая физиологический уровень рН мочи. Канефрон® Н, в основном за счет флавоноидов, уменьшает проницаемость капилляров почек, тем самым оказывая антипротеинурическое действие.

В производстве Канефрона® Н использована концепция фитонинга (от phyto — «растительный», engineering — «разработка»), предусматривающая передовую технологию производства лекарств из растительного сырья. Такая технология позволяет сохранять максимальную активность действующих веществ в растительном экстракте и создавать препарат с тщательно выверенной активностью действующих веществ в единице продукта.

Канефрон® Н — эффективное средство лечения диабетической нефропатии в составе комплексной терапии.

В 2013 году группой ученых Тернопольского государственного медицинского университета им. А.Я. Горбачевского под руководством д.м.н., проф. Л.П. Мартынюк с целью изучения эффективности применения Канефрона® Н в комплексной стандартной терапии (сахароснижающие средства + иАПФ) у пациентов с СД 2-го типа и альбуминурией было проведено сравнительное когортное исследование.

В исследование были включены 59 пациентов с установленным диагнозом СД 2-го типа, уровнем микроальбуминурии более 30 мг/сут и отношением альбумин/креатинин в моче менее 2,26 мг/ммоль.

Основная группа получала препараты для коррекции гликемии, иАПФ, Канефрон® Н (по 2 таблетки 3 р/день) в течение 6 месяцев. Контрольную группу составили пациенты, получавшие только стандартную терапию, включавшую препараты для коррекции гликемии + иАПФ в течение 6 месяцев.

В данном исследовании долговременная терапия (6 месяцев) препаратом Канефрон® Н не сопровождалась какими-либо побочными реакциями или изменением активности печеночных ферментов.

При оценке результатов исследования установлено, что через 6 месяцев терапии в основной группе отмечался существенно более значительный регресс уровня микроальбуминурии (на 75,2 % от исходного уровня по сравнению с 49,4 % в контроле). При этом у 50 % больных основной группы уровень альбуминурии достиг значений нормы, чего не наблюдалось в контрольной группе. Показатели липидограммы через 6 месяцев терапии также более значительно улучшились в основной группе. Существенно улучшились и показатели состояния систем антиоксидантной защиты.

Авторы исследования пришли к выводу, что применение Канефрона® Н в комплексе с гипогликемической терапией и иАПФ позволяет значительно улучшить результаты не только ликвидации альбуминурии, но и показатели перекисного окисления липидов, антиоксидантного статуса, липидного обмена. На основании многообещающих результатов этой работы следует считать целесообразным назначение длительного курса лечения (6 месяцев) Канефроном® Н у пациентов с СД 2-го типа и микроальбуминурией (*The journal of alternative and complementary medicine*, 2013).

#### **Диабетическая нефропатия и инфекции мочевых путей**

Согласно эпидемиологическому исследованию (2012), посвященному оценке взаимосвязи между СД, инфекцией мочевых путей (ИМП) и нефролитиазом (Тайвань), СД оказался ассоциированным с достоверным увеличением вероятности мочекаменной болезни в 1,18 раза, ИМП — в 1,68 раза. Особенно существенно возрастал риск мочекаменной болезни у женщин, страдающих ИМП. Значительно более высокая, чем в общей популяции, распространенность ИМП и бессимптомной бактериурии у больных СД сегодня не вызывает сомнений. Более того, смертность пациентов с СД от ИМП, особенно внегоспитальной, выше, чем у лиц, не страдающих СД.

На сегодняшний день накоплен достаточный опыт использования препарата Канефрон® Н у больных СД с ИМП. Согласно данным профессора Д.Д. Иванова (Киев, 2005) эффективность профилактического лечения препаратом Канефрон® Н у пациентов с инфекциями нижних и верхних мочевыводящих путей на фоне СД 2-го типа оказалась сопоставимой с уроантисептиком (при этом частота рецидивов пиелонефрита у больных, не получавших профилактического лечения уроантисептиком, в 5 раз превышала таковую у пациентов, принимавших Канефрон® Н). С учетом этих результатов Канефрон® Н может быть рекомендован в качестве альтернативы уроантисептику для профилактики обострений ИМП на фоне СД 2-го типа.

---