

УДК 616.12-008.46-036.12-085.22.015 (Metoprolol)

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Н.Б.Амиров, Л.А.Галимзянова, Р.Н.Амирова, Э.Б.Фролова

Кафедра общей врачебной практики КГМУ, Казань, Россия

Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия

Реферат. Цель исследования. Изучение динамики клинко-инструментальных показателей у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне лечения метопрололом сукцинатом.

Материал и методы. Исследование проводилось в 2 этапа. На I этапе было пролечено 47 пациентов. Исходно и через 2 нед после начала терапии оценивался объективный статус пациентов по шкале оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС), переносимость терапии, необходимость и возможность увеличения дозы препарата. На II этапе исследования продолжалось наблюдение за пациентами, которые на I этапе лечения достигли максимально переносимой или целевой дозы метопролола сукцината — 100 мг в сут. В исследование по программе II этапа были также включены пациенты, которые принимали метопролол сукцинат независимо от нашего исследования и тоже достигли целевых доз препарата.

По этой программе пациентам, принимавшим препарат как минимум в течение 6 нед, исходно и через 1 мес терапии целевыми дозами метопролола сукцината проводилось клинко-инструментальное исследование с оценкой объективного статуса и с определением клинического состояния в баллах. Из инструментальных исследований проводились ЭКГ, ЭхоКС, 6-МТ ходьбы для оценки изменений в динамике.

Результаты. Субъективно отмечалось улучшение самочувствия всеми пациентами. Объективно на фоне лечения отмечается снижение баллов по ШОКС с 4 до 2,8. Было также отмечено уменьшение ЧСС с $(79,7 \pm 9,1)$ до $(71,6 \pm 7,9)$ уд/мин. Уровень среднего систолического артериального давления (ССАД) через 2 нед лечения снизился на 18 мм рт.ст., а уровень среднего диастолического артериального давления (СДАД) — на 7,7 мм рт.ст. Результаты II этапа исследования позволяют сделать вывод о субъективном и объективном улучшении состояния больных ХСН на фоне лечения метопрололом сукцинатом в максимально переносимых дозах в течение 1 мес, что подтверждается увеличением количества пройденных метров при проведении 6-МТ ходьбы с $(341,0 \pm 50,8)$ до $(371,0 \pm 57,2)$ м и тенденцией к улучшению показателей сократительной способности миокарда по данным ЭхоКС. Было отмечено увеличение значения фракции выброса (ФВ) с $(55,7 \pm 6,45)$ до $(57,0 \pm 5,9)\%$.

Заключение. Препарат не оказывает неблагоприятного действия на течение ХСН в первые 2 нед терапии при условии осторожного титрования дозы и применения на фоне компенсации состояния. Через 1 мес наблюдения на фоне терапии целевыми дозами препарата отмечается улучшение состояния пациентов, что подтверждается повышением толерантности к нагрузке и улучшением сократительной способности миокарда.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, β -адреноблокаторы (БАБ), метопролол сукцинат.

STUDY OF INFLUENCE OF METOPROLOLI SUCCINATI ON SOME PARAMETERS OF CHRONIC HEART FAILURE

N.B.Amirov, L.A.Galimzyanova, R.N.Amirova, E.B.Frolova

Department of General Practice of Kazan State Medical University, Kazan, Russia

Clinical Hospital of Medico-Sanitary Department of Ministry of Internal Affairs of Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

Abstract. The purpose of research. Studying of clinic-instrumental parameters dynamics at patients with chronic cardiac failure (CCF) on a preparation metoprolol treatment background.

Material and methods. Research was carried out in 2 stages. On a 1st stage 47 patients were treated. The objective patients status estimation on a clinical condition estimation at CCF scale (CCES), bearableness of therapy, necessity and opportunity of a preparation doze increase were studied initially and in 2 weeks after the beginning of therapy. At II nd investigation phase proceeded supervision over patients, which on a 1st treatment stage have achieved the maximum tolerable or target metoprolol doze — 100 mg per day. Patients, who accepted metoprolol irrespective of our research and have achieved preparation target doze too, were also included in research under the program of II stage.

Under this program to the patients, accepting a preparation within 6 weeks as a minimum, clinic-instrumental research with an objective status estimation with definition of a clinical condition in points was carried out initially and in 1 month of target metoprolol dozes therapy. From instrumental researches were carried out ECG, ECHO, 6 minutes walking test for an estimation of changes in dynamics.

Results. Health state improvement was subjectively marked by all patients. Objectively decrease of points on ШОКС from 4 down to 2,8 on a treatment background was marked.

The reduction of heart rate from $(79,7 \pm 9,1)$ to $(71,6 \pm 7,9)$ also was marked. The average systolic blood pressure level (ASBP) in 2 weeks of treatment has decreased on 18 mm/Hg, and average diastolic blood pressure level (ADBP) —

on 7,7 mm/Hg an item. The results of II investigation phase allow to draw a conclusion on subjective and objective CCF patients condition improvement on a background of metoprolol treatment in maximum transferable doses within 1 month, that proves to be true by increase of walkings quantity at 6 minute walking test realization from (341,0±50,8) up to (371,0±57,2) m and by the tendency to improvement of myocardium functional abilities parameters on ECHO data. The increase of emission value fraction (EVF) from (55,7±6,45) up to (57,0±5,9)% was marked.

Conclusions. The preparation does not render adverse action on chronic heart failure current in the first 2 weeks of therapy under a condition of cautious titration dose and condition indemnification background application. In a 1 month supervision on a preparation target doses therapy background the patients condition improvement of marks, that proves to be true by physical tolerance increase and myocardium functional abilities improvement.

Key words: chronic heart failure, β -adrenoblockers, metoprolol.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — синдром, вызванный нарушениями нейрогуморальной регуляции деятельности органов кровообращения, сопровождающийся нарушением систолической и/или диастолической функции миокарда и проявляющийся застойными явлениями в большом и малом кругах кровообращения. ХСН может быть осложнением любых органических заболеваний сердца. Данные американских и европейских эпидемиологических исследований однозначно свидетельствуют о том, что ХСН до сих пор остается одним из самых распространенных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Согласно результатам Фремингемского исследования частота впервые установленного диагноза ХСН составила 2,5—2,7 на 1000 обращений в год, число больных ХСН составило 2% от всех госпитализированных в стационары [1]. Современная модель патогенеза ХСН рассматривает данное состояние, прежде всего, как патологию нейрогуморальных механизмов регуляции кровообращения. Принято считать, что нарушение насосной функции сердца при ХСН вызывает активацию многих вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогуморальных систем, среди которых особое значение придается симпатико-адреналовой (САС), ренин-ангиотензин-альдостероновой системам, антидиуретическому гормону (вазопрессину) и предсердному натрийуретическому пептиду. Первоначальное повышение активности САС при ХСН носит компенсаторный характер, поскольку оно способствует усилению сердечного выброса и перераспределяет регионарный кровоток в сторону сердца и скелетной мускулатуры. Однако дальнейшее повышение активности САС характеризуется целым комплексом неблагоприятных последствий в виде повышения потребности миокарда в кислороде, усиления ишемии и нарушений ритма сердца, а также прямых эффектов на кардиомиоциты (ремоделирование, гипертрофия, апоптоз и некроз кардиомиоцитов). Поэтому на протяжении 25 лет активно обсуждается вопрос о возможности коррекции повышенной активности САС при ХСН β -адреноблокаторами (БАБ) [2]. Основным механизмом действия БАБ при ХСН заключается в ослаблении неблагоприятных эффектов активации САС. Выделяются следующие механизмы положительного действия БАБ при ХСН:

- снижение симпатoadреналовой активности и симпатической стимуляции сердца, что приводит к замедлению сердечного ритма, снижению потребности миокарда в кислороде, предотвращению гибели кардиомиоцитов у декомпенсированных больных;
- уменьшение гипертрофии миокарда;
- снижение активности РААС;
- антиаритмический эффект, антифибрилляторное действие;

- улучшение диастолической функции сердца;
- уменьшение пред- и посленагрузки [3].

Основной практический вопрос который возникает при назначении БАБ — это какому препарату отдать предпочтение, поскольку препаратов много и они неоднозначны по своей селективности и фармакодинамике. Эффективность, по крайней мере, трех представителей данной группы препаратов — карведилола, бисопролола и метопролола — была подтверждена в клинических испытаниях, и именно эти препараты были рекомендованы для лечения больных ХСН.

Целью нашего исследования было изучение динамики клинико-инструментальных показателей у больных ХСН на фоне лечения препаратом метопролол сукцинат.

Препарат относится к новой лекарственной форме метопролола в форме сукцината с контролируемым высвобождением. Это кардиоселективный β_1 -адреноблокатор без внутренней симпатомиметической активности. В сравнении с традиционной таблетированной или матричной формой препарата эта форма метопролола при однократном приеме характеризуется равномерной в течение суток концентрацией препарата в плазме крови, отсутствием периодов как высоких, так и низких концентраций [5].

Материал и методы. Исследование проводилось в рамках программы «Оптимизация применения препарата метопролол сукцинат у больных хронической сердечной недостаточностью в повседневной врачебной практике», проводимой Обществом специалистов по сердечной недостаточности.

Исследование проводилось в 2 этапа. На I этапе исследования нами было взято под наблюдение 47 пациентов. Клиническая характеристика пациентов представлена в табл. 1.

Средний возраст пациентов составил (57,1±9,1) года. Из них мужчин было 18, средний возраст (54,1±8,5) года, женщин — 29, средний возраст (59,0±8,7) года. Смешанная этиология ХСН установлена у 31 (66,0%) пациента. Это пациенты с III стадией артериальной гипертензии с наличием ИБС. У 10 (21,7%) пациентов этиология ХСН была неишемической, поскольку признаки сердечной недостаточности развились на фоне длительной артериальной гипертензии без признаков ИБС. Только у 6 (12,7%) пациентов этиология была чисто ишемической на фоне ИБС без артериальной гипертензии. Длительность ХСН составила (7,48±7,9) года. I стадия ХСН установлена у 39 (82,9%) человек, II стадия — у 8 (17,1%) человек.

При определении функционального класса (ФК) ХСН ориентировались на значение пройденных метров при проведении 6-МТ ходьбы. I ФК установлен у 1 (2,2%) пациента, II ФК — у 38 (80,8%), III ФК — у 8 (17,0%).

Таблица 1

Клиническая характеристика больных, взятых под наблюдение и лечение на I этапе исследования (n=47)

Показатель	Значение
Мужчин	18
Средний возраст мужчин, лет	54,1±8,5
Женщин	29
Средний возраст женщин, лет	59,0±8,7
Этиология	
Смешанная	31
Ишемическая	6
Неишемическая	10
Длительность ХСН, лет	7,5±7,9
Баллы по ШОКС	4,0
Стадия II ХСН, АГ I стадия, II степень, IV ФК	
I стадия	39
II стадия	8
I ФК	1
II ФК	38
III ФК	8
Артериальная гипертензия	41
Длительность АГ, лет	9,7±8,6
Степень АГ	
I степень	14
II степень	19
III степень	8
Наличие ИБС	37
ПИКС	14
Стенокардия напряжения I ФК	2
Стенокардия напряжения II ФК	24
Стенокардия напряжения III ФК	11
Сахарный диабет	4
ОНМК	2
Ожирение	28
Курение	11
Атерогенная дислипидемия	35

Артериальная гипертензия выявлена у 41 (87,2%) пациента. У 14 (34,2%) пациентов установлена I степень АГ, у 19 (46,3%) — II степень, у 8 (19,5%) — III степень. У 37 (78,72%) пациентов выявлена ИБС, а у 14 из них в анамнезе — перенесенный инфаркт миокарда. I ФК стенокардии напряжения установлен у 2 пациентов, у 24 — II ФК, у 11 — III ФК. У 4 пациентов выявлен сахарный диабет II типа. Учитывались такие факторы риска, как избыточная масса тела, курение, наличие атерогенной дислипидемии. Ожирение (ИМТ>25) было выявлено у 28 (59,5%) человек. При этом I степень ожирения (ИМТ от 25 до 29,9) установлена у 15 пациентов, II степень (ИМТ от 30,0 до 39,9) — у 10, III степень (ИМТ>40) — у 3. Курили 11 (23,4%) пациентов, средний стаж курения составил 27,7 года. Атерогенная дислипидемия выявлена у 35 (74,4%) пациентов. До начала терапии эти пациенты были обследованы в диагностическом отделении Межрегионального клиничко-диагностического центра (МКДЦ) г. Казани, где им было проведено клиничко-инструментальное исследование с оценкой объективного статуса с определением уровня систолического артериального давления (САД), диастолического артериально-

го давления (ДАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС). Клиническое состояние пациентов определялось в баллах с учетом выраженности признаков ХСН по ШОКС. До назначения препарата были исключены все заболевания и состояния, которые являются противопоказанием к назначению БАБ. При выраженности проявлений ХСН пациентам назначалась терапия ингибиторами АПФ (иАПФ), диуретиками или их сочетанием для компенсации состояния до назначения БАБ. 5 пациентов получали только диуретики, 15 — только иАПФ, 19 пациентов получали комбинированную терапию: иАПФ и диуретики. 3 пациентам назначался дигоксин в связи с наличием тахисистолической формы фибрилляции предсердий. Начальная доза препарата метопролол сукцинат подбиралась в зависимости от уровня ЧСС, АД, проявлений ХСН и составляла от 12,5 до 25 мг в сут. Средняя начальная доза составила 23,6 мг. Через 2 нед лечения вновь оценивался объективный статус пациентов и проводилось дальнейшее титрование дозы препарата. Пациентов, которые достигли при титровании максимально переносимой или целевой дозы метопролола сукцината 100 мг, продолжали наблюдать по программе II этапа. В этой группе были также пациенты, которые принимали метопролол сукцинат вне I этапа и достигли целевых доз препарата. Количество пациентов, взятых под наблюдение на II этапе исследования, составило 38 человек. Клиническая характеристика пациентов представлена в табл. 2. Средний возраст (57,5±10,3) года. Из них мужчин—26 человек, средний возраст (56,1±9,4) года, женщин — 12, средний возраст (60,4±11,2) года. У 23 (60,5%) пациентов установлена смешанная этиология ХСН. Это пациенты с III стадией артериальной гипертензии с наличием ИБС. У 10 (26,0%) — этиология ХСН неишемическая, поскольку признаки сердечной недостаточности развились на фоне длительной артериальной гипертензии без признаков ИБС. Только у 5 (13,5%) пациентов этиология была чисто ишемической на фоне ИБС без артериальной гипертензии. Длительность ХСН составила (5,24±3,41) года. I стадия ХСН установлена у 33 (86,8%) пациентов, II стадия — у 5 (13,1%). При определении функционального класса ХСН по результатам 6-МТ ходьбы I ФК был у 3 (7,8%) пациентов, II ФК — у 23 (60,5%) пациентов, III ФК — у 12 (31,5%) пациентов. Артериальная гипертензия выявлена у 33 (86,8%) пациентов: у 10 (30,3%) пациентов она была I степени, у 19 (57,5%) — II степени, у 4 (12,1%) — III степени. Диагноз ИБС установлен у 28 (73,6%) пациентов, у 15 из них в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда. I ФК стенокардии напряжения установлен у 1 пациента, у 16 — II ФК, у 11 — III ФК. У 4 пациентов выявлен сахарный диабет II типа. Так же, как и на I этапе, учитывались такие факторы риска, как избыточная масса тела, курение, атерогенная дислипидемия. Ожирение (ИМТ>25) было выявлено у 18 (43,3%) человек. При этом I степень (ИМТ от 25 до 29,9) установлена у 15 пациентов, II степень (ИМТ от 30,0 до 39,9) — у 3. Курили 8 (21%) пациентов, средний стаж курения составил 29,7 года. Атерогенная дислипидемия выявлена у 28 (73,6%) пациентов. Начальная доза препарата метопролола сукцината составила 51,35 мг. Титрованная доза через 1 мес составила 61,48 мг. По этой программе пациентам, принимавшим препарат как минимум в течение 6 нед, исходно и через 1 мес терапии целевыми дозами ме-

Таблица 2

**Клиническая характеристика больных,
взятых по наблюдению и лечение на II этапе
исследования (n=38)**

Показатель	Значение
Мужчин	26
Средний возраст мужчин, лет	56,1±9,4
Женщин	12
Средний возраст женщин, лет	60,4±11,2
Этиология	
Смешанная	23
Ишемическая	5
Неишемическая	10
Длительность ХСН, лет	5,2±3,41
Баллы по ШОКС	2,8
Стадия II ХСН, АГ I стадия, II степень, IV ФК	
I стадия	33
II стадия	5
I ФК	3
II ФК	23
III ФК	12
Артериальная гипертензия	33
Длительность АГ, лет	8,6±8,6
Степень АГ	
I степень	10
II степень	19
III степень	4
Наличие ИБС: стенокардия напряжения III ф.к., эпизоды безболевого ишемии миокарда, ПИКС (19), нарушение ритма по типу наджелудочковой экстрасистолии, проводимости по типу не полной БПЛНПГ	28
ПИКС	15
Стенокардия напряжения I ФК	1
Стенокардия напряжения II ФК	16
Стенокардия напряжения III ФК	11
Сахарный диабет	2
ОНМК	1
Ожирение	18
Курение	8
Атерогенная дислипидемия	28

топролола сукцината, проводилось клинко-инструментальное исследование с оценкой объективного статуса (уровень САД, ДАД, ЧСС) с определением клинического состояния в баллах по ШОКС. Из инструментальных исследований проводились ЭКГ,

ЭхоКС, 6-МТ ходьбы для оценки изменений в динамике. Сократительная способность миокарда оценивалась по значению фракции выброса (ФВ), которая определялась по результатам доплерэхокардиографии на аппарате «Sonos 5500» фирмы «Philips» производства США. При обработке результатов использовались стандартные методы статистики по программе SPSS. Для оценки достоверности использовали t-критерий Стьюдента для парных измерений и показатель достоверности p . Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Субъективно отмечалось улучшение самочувствия всеми пациентами. Было отмечено уменьшение ЧСС с (79,7±9,1) до (71,6±7,9) уд/мин. Уровень среднего систолического артериального давления (ССАД) через 2 нед лечения снизился на 18 мм рт.ст., а уровень среднего диастолического артериального давления (СДАД) — на 7,7 мм рт.ст. Объективно на фоне лечения отмечается снижение баллов по ШОКС с 4,0 до 2,8. Результаты II этапа исследования позволяют сделать вывод о субъективном и объективном улучшении состояния больных ХСН на фоне лечения метопрололом сукцинатом в максимально переносимых дозах в течение 1 мес, что подтверждается увеличением количества пройденных метров при проведении 6-МТ ходьбы с (341,0±67,0) до (371,0±65,7) м и улучшением показателей сократительной способности миокарда по данным ЭхоКС. Было отмечено увеличение значения фракции выброса (ФВ) с (55,7±6,45) до (57,0±5,9)%. Результаты представлены в табл. 3.

В начале терапии β-адреноблокаторами возможно 4 типа побочных реакций: 1) задержка жидкости и декомпенсация; 2) слабость; 3) брадикардия и блокады сердца; 4) гипотония [6]. Больные, взятые на лечение метопрололом сукцинатом по программе «Безе-1», были тщательно обследованы до включения в исследование. Состояние пациентов до назначения препарата было компенсировано назначением иАПФ и диуретиков. Лечение начиналось с небольшой дозировки (средняя начальная доза составила 23,6 мг). Вероятно поэтому ухудшения течения заболевания не было отмечено ни у одного пациента.

Инструментальные исследования: ЭКГ и ЭхоКС не выявили отрицательной динамики на фоне терапии.

Выводы. Препарат не оказывает неблагоприятного действия на течение ХСН в первые 2 нед терапии при условии осторожного титрования дозы и применения на фоне компенсации состояния. Через 1 мес наблюдения на фоне терапии целевыми дозами препарата отмечается улучшение состояния пациентов, что подтверждается повышением толерантности к на-

Таблица 3

**Основные клинические и инструментальные показатели, контролируемые
при приеме препарата метопролол сукцинат на II этапе исследования**

Показатель (* $p < 0,05$ и менее)	До лечения, $M \pm SD$	Через 1 мес после лечения метопрололом сукцинатом, $M \pm SD$
ЧСС, уд/мин	73,0±9,4	67,3±8,3*
ССАД, мм рт. ст.	150,3±25,9	135,4±17,4*
СДАД, мм рт. ст.	89,8±12,5	84,7±9,6*
Объективный статус, баллы	4,0±1,9	2,8±1,1*
6-МТ ходьба, м	341,0±67,0	371,0±65,7*
ФВ, %	55,7±6,4	57,0±5,9*

грузке и улучшением сократительной способности миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ольбинская, Л.И. Роль фундаментальных исследований в оптимизации фармакотерапии хронической сердечной недостаточности / Л.И.Ольбинская, Ж.М.Сизова // Практикующий врач.— № 4.—2002.—С. 2—3.
2. Лопатин, Ю.М. Симпато-адреналовая система при сердечной недостаточности: роль в патогенезе и возможности коррекции / Ю.М.Лопатин // Сердечная недостаточность.— 2003.—Т. 4, № 2.—С.105.
3. Мареев, В.Ю. Результаты наиболее интересных исследований Consilium medicum по проблеме сердечной недостаточности в 1999 году / В.Ю.Мареев // Consilium medicum.—2001.—Экстр. выпуск.
4. О कोरोков, А.Н. Лечение болезней внутренних органов / А.Н.О कोरोков // Минск: Высшая школа.—Т. 3, кн.1.—С. 360.
5. Кобалава, Ж.Д. Метопролол CR/XL: усовершенствованная форма эталонного β -блокатора / Ж.Д.Кобалава, К.М.Гудков // Кардиология.—2003.—Т. 43, № 9.—С.95—97.
6. Преображенский, Д.В. Современные подходы к лечению хронической сердечной недостаточности (по материалам Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации кардиологов 2001 г.) / Д.В. Преображенский, Б.А. Сидоренко, Т.А. Батырлиев [и др.] // Consilium medicum.—2002.—Т. 4, № 3.—С.159.

УДК 616.12-008.331.1-085.225.2(Quinapril)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИАПФ ХИНАПРИЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Н.Б.Амиров

Кафедра общей врачебной практики КГМУ, Казань, Россия
Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия

Реферат. Цель исследования. Изучить гипотензивную эффективность препарата хинаприл у больных артериальной гипертензией I—II стадии.

Методы исследования. В исследование включено 34 пациента [среди них 18 женщин и 16 мужчин в возрасте от 32 до 67 лет, средний возраст ($50,7 \pm 9,2$) года] с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) I—II стадии. Исходный средний уровень систолического артериального давления (САД) составил ($162,6 \pm 12,2$) мм рт. ст., уровень диастолического АД (ДАД) — ($93,7 \pm 10,4$) мм рт. ст. Длительность заболевания составила в среднем ($7,4 \pm 4,2$) года. Пациенты были комплексно обследованы до и после лечения. Всем пациентам с гипотензивной целью был назначен ингибитор ангиотензин превращающего фермента (иАПФ) — хинаприл (аккупро) в начальной дозе 10 мг 1 раз в день. Пациенты наблюдались в течение 30 дней. Оценка эффективности и титрование дозы препарата проводили каждые 10 дней.

Результаты. Гипотензивная терапия, проведенная в течение 30 дней, была эффективной у 94,1% пациентов. Уровень САД был снижен в среднем на 28,0 мм рт. ст. (16,81%), ДАД на 9,1 мм рт. ст. (9,7%). Целевого уровня АД удалось добиться у 88,2% пациентов. Подбор терапии проводился в 3 этапа. На I этапе хинаприл назначался в начальной дозе 10 мг 1 раз в день. Монотерапия этой дозой была эффективна у 8 пациентов, что составило 23,5% от общего количества пациентов. Больные, достигшие целевых цифр АД, продолжали лечение этой дозой, а остальным продолжался подбор терапии с переходом на II этап. На II этапе оставшимся 26 пациентам, не достигшим целевых цифр АД на начальном этапе, доза хинаприла была увеличена до 20 мг 1 раз в день. У 14 из них, что составило 41,2% от всех пациентов, взятых под контроль, было достигнуто снижение АД до целевых значений. На III этапе подбора терапии 12 пациентов, у которых монотерапия хинаприлом в дозе 20 мг 1 раз в день оказалась недостаточно эффективной, получали дополнительно индапамид (арифон ретард) в дозе 1,5 мг 1 раз в день. Комбинация оказалась эффективной у 8 пациентов, что составило 23,5% от общего количества пациентов. У них удалось достичь целевых цифр АД. У 2 пациентов, получавших комбинированное лечение, гипотензивный эффект был хорошим со снижением уровня ДАД на 10 мм рт. ст. А 2 пациентам с неудовлетворительным снижением АД был продолжен подбор терапии с назначением препарата из группы пролонгированных антагонистов кальция — амлодипина (норваск). Переносимость препаратов была хорошей. Случаев отмены из-за развития побочных эффектов не было.

Заключение. Результаты клинического наблюдения позволяют сделать вывод о высокой гипотензивной активности и хорошей переносимости препарата хинаприл в монотерапии у больных с мягкой и умеренной гипертензией и целесообразности комбинации его с индапамидом у больных с высокой степенью артериальной гипертензии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, монотерапия хинаприлом.

EXPERIENCE OF ACE-INHIBITOR HINAPRIL APPLICATION IN ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS' TREATMENT

N.B.Amirov

Department of General Practice of Kazan State Medical University, Kazan, Russia
Clinical Hospital of Medico-Sanitary Department of Ministry of Internal Affairs of Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

Abstract. The purpose of research. To study xinapril preparation hypotensive efficiency at patients with arterial hypertension I—II stage.

Methods of research. In research it is included 34 patients [among them 18 women and 16 men in the age of (32 ± 67) years, middle age ($50,7 \pm 9,2$) years] with essential arterial hypertension (AH) I—II stage. The initial average systolic