

Место ингибиторов АПФ в современном лечении

АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Эпидемиологические исследования прогнозируют значительный рост артериальной гипертензии (АГ) у населения России. Этими же исследованиями показана значимая связь между АГ и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, дающими высокие показатели смертности.

Артериальная гипертензия представляет собой гетерогенный клинический синдром. Существует множество механизмов подъема и поддержания артериального давления: активация ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и симпатoadреналовой систем, гиперволемиа, а также дисфункция эндотелия. Доказано, что эндотелий не только является барьером между кровью и тканями, но прежде всего активный орган, дисфункция которого является обязательным компонентом таких сердечно-сосудистых заболеваний, как АГ, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность. Поэтому при выборе антигипертензивной терапии определяющим фактором выбора лекарственного средства должны быть эффективность и безопасность, доказанные результатами длительных рандомизированных исследований. В настоящее время для лечения артериальной гипертензии используют тиазидные диуретики, β -адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), антагонисты кальция, блокаторы AT_1 -ангиотензиновых рецепторов, блокаторы α_1 -адренергических рецепторов, агонисты I_1 -имидазолиновых рецепторов, агонисты центральных α_2 -адренергических рецепторов. В таблице представлены рекомендации по выбору антигипертензивного препарата в зависимости от различ-

ных клинических ситуаций. Исходя из представленных данных, препаратами выбора являются ингибиторы АПФ. По данным иммуногистохимии, основная часть АПФ находится непосредственно на мембране эндотелиальных клеток. По данным V. Dzau, 90% всего объема РААС приходится на органы и ткани (10% — на плазму), среди которых сосудистый эндотелий занимает первое место, поэтому гиперактивация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) является неперенным условием эндотелиальной дисфункции [7].

В настоящее время не существует препарата для специфической коррекции эндотелиальной дисфункции (ЭД). Однако реальным путем воздействия на ЭД является восстановление нарушенного у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями метаболизма брадикинина. Блокада тканевого (эндотелиального) АПФ, которая может быть достигнута путем применения ингибиторов АПФ, приводит не только к уменьшению синтеза ангиотензина II, но и к замедлению распада брадикинина. Этим снижается общее периферическое сопротивление и системное АД, причем наибольший «успех» в этом направлении имеют ингибиторы АПФ, которые обладают наибольшей аффинностью к тканевой (эндотелиальной) РААС. Наибольшее сродство к тканевой РААС среди известных ингибиторов АПФ имеет хина-

ТАБЛИЦА 1 Выбор гипотензивного препарата в различных клинических ситуациях (в соответствии с JNC 7) [17]

Состояние высокого риска с вынуждающими показаниями	Рекомендованные препараты				
	Диуретик	Бета-блокатор	Ингибитор АПФ	Блокаторы рецепторов ангиотензина II	Антагонисты кальция
Сердечная недостаточность					
Состояние после инфаркта миокарда					
Высокий риск ИБС					
Диабет					
Хроническое заболевание почек					
Профилактика повторного инсульта					

прилат (активный метаболит хинаприла), который по показателю тканевой аффинности в 2 раза превосходит периндоприлат, в 3 раза — рамиприлат и в 15 раз — эналаприлат [1]. Кроме того, по данным исследования В. Noring хинаприл оказывает прямое модулирующее влияние на синтез эн-

дотелиального фактора релаксации [10].

В исследовании TREND подтверждена эффективность влияния хинаприла на функцию эндотелия коронарных артерий благодаря максимальному подавлению тканевого АПФ [14]. Преимущество ингибитора АПФ хина-

прила перед препаратами других классов по влиянию на дисфункцию эндотелия у больных ИБС было доказано в открытом рандомизированном многоцентровом перекрестном исследовании BANFF [6,5].

По мнению ряда исследователей, высокая эффективность хинаприла в

кроме того...

ПРИМЕНЕНИЕ МАМ-ТЕХНОЛОГИИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА



В.И. БАКШЕЕВ, заслуженный врач РФ, член-корр. РАЕН, к.м.н., врач высшей категории, начальник отделения неотложной медицинской помощи и помощи на дому

Мониторингу артериального давления (АД) придается большое значение как в амбулаторных условиях, так и самим пациентом. Определение АД жестко регламентировано, что предъявляет определенные требования как к условиям его измерения, так и к самим регистрирующим приборам, что стало выполнимым с увеличением производства и технических возможностей электронных аппаратов для измерения АД. Появление PAD- и MAM- (Microlife, Швейцария) технологий позволяет с успехом решать указанные выше проблемы, обеспечивая доступность современных аппаратов для измерения АД как для врача, так и для больного. MAM-технология Microlife [US Patent 6,447,457 B1]:

- ♦ позволяет получить точные значения АД как дома, так и в профессиональных учреждениях;
- ♦ снижает влияние недостаточного отдыха перед измерением;



- ♦ снижает влияние движений во время измерения;
 - ♦ снижает влияние расположения манжеты;
 - ♦ обеспечивает достоверные показания уровня АД;
 - ♦ точность измерений достигается автоматическим анализом 3 последовательных измерений, не снимая манжеты.
- В аппаратах Microlife с MAM-технологией проводится 3 измерения и их анализ. Разница между измерениями регистрируется. Если разница между результатами входит в физиологические параметры (систолическое АД < 18 мм рт.ст., диастолическое < 12 мм рт.ст.), измерения принимаются аппаратом как валидные и аппарат рассчитывает точное значение. Если одно из измерений выходит за рамки дозванных пределов, то это измерение выбраковывается и аппарат проводит дополнительное измерение АД, после чего рассчитывает результат. Если и 4-е измерение некорректное, то аппарат выдает ошибку «ERROR», которая сигнализирует пациенту, что его измерения нестабильны, и надо выяснять причину этой нестабильности. На дисплей выводится средний результат последнего измерения.
- Таким образом, аппараты Microlife с MAM-технологией перспективны для применения в клинической практике и позволяют решать проблему качественного измерения АД и врачом и пациентом.

Бесплатная горячая линия Microlife:
8-800-200-33-22.

лечении артериальной гипертензии также во многом «обязана» улучшению функции эндотелия, характерному именно для этого ингибитора АПФ. D.Maclean провел двойное слепое плацебоконтролируемое исследование по применению хинаприла у 270 пациентов с мягкой и умеренной эссенциальной АГ. Установлено, что кратность приема не оказывает влияния на выраженность гипотензивного действия. Препарат хорошо переносился пациентами, а частота побочных эффектов практически не отличалась от таковой плацебо [13].

Для выявления эффективности препарата был проведен ряд сравнительных исследований хинаприла с некоторыми широко распространенными гипотензивными препаратами других групп. Так, в ряде исследований получены результаты, что хинаприл превосходит гидрохлоротиазид в плане снижения АД [12].

М.Hausberg и соавт. провели двойное слепое рандомизированное исследование, в котором сравнивали гипотен-

зивное действие и безопасность хинаприла (12,5–20 мг) и β -блокатора (12,5–100 мг) атенолола у больных с АГ почечного генеза. Авторы выявили сходный гипотензивный эффект обоих препаратов. Однако по сравнению с атенололом хинаприл достоверно снижал альбуминурию после 2 лет применения, что, возможно, способствовало увеличению продолжительности жизни этих пациентов [9]. Не меньшее внимание уделяется влиянию ингибиторов АПФ на ишемию миокарда, регрессию гипертрофии левого желудочка, липидный обмен у больных АГ. Их высокая аффинность к тканям, в т.ч. к миокарду, и способность снижать ЧСС обуславливают регресс гипертрофии миокарда левого желудочка, которая, как известно, является наиболее характерным поражением сердца при АГ. Установлено, что с развитием гипертрофии миокарда левого желудочка у пациентов увеличивается риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений (ИБС, нарушения коронарного кровообращения) в 2–6

раз по сравнению с пациентами с нормальной массой миокарда левого желудочка [11]. W.Franz и соавт. исследовали влияние продолжительной терапии хинаприлом на регресс гипертрофии левого желудочка. По данным эхокардиографии после 3 лет лечения хинаприлом отмечено достоверное снижение индекса массы миокарда левого желудочка. Полный регресс гипертрофии достигнут у 90,5% пациентов, нормализация размеров левого предсердия — у 85,7%, нормализация ди-

астолической функции (Е/А) — у 71,4% пациентов. Кроме того, обнаружено достоверное увеличение фракции выброса на 14,3% [8]. Таким образом, хинаприл способствует регрессу гипертрофии миокарда, а также улучшению систолической и диастолической функции левого желудочка.

В 2003 г. завершено исследование ЭКО, которое было инициировано Отделом системных гипертензий под руководством проф. И.Е.Чазовой НИИ кардиологии имени А.Л.Мясникова РК НПК.

Одной из целей этого исследования являлась оценка эффективности антигипертензивной терапии ингибитором АПФ на фоне немедикаментозных мероприятий у больных АГ в сочетании с другими факторами сердечно-сосудистого риска, такими как избыточная масса тела, нарушение углеводного, липидного обмена, табакокурение. Исследование завершили 1586 пациентов. Дозы хинаприла были минимальными или среднетерапевтическими (20–40 мг/сут.). У курящих на фоне приема Аккупро достоверно снижались уровни ОХС, ТГ, ХС ЛНП и глюкозы, тогда как у больных контрольной группы достоверно снижались только ОХС и ЛПНП; содержание ОХС и ТГ в группе ингибитора АПФ снижалось достоверно больше, чем в группе контроля. При этом в обеих группах уменьшение массы тела в результате немедикаментозных мероприятий было равнозначным [3].

Главным фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений является повышение артериального давления. В связи с этим антигипертензивный препарат должен не только эффективно и продолжительно снижать АД, но и защищать органы-мишени, уменьшать риск сердечно-сосудистых осложнений и влияние факторов риска путем улучшения функции эндотелия.



В соответствии с планом мероприятий
Федерального агентства по культуре и кинематографии
по повышению квалификации вокальных педагогов
и врачей-фонистров,
Театральный институт имени Бориса Щукина совместно с
Федеральным центром оториноларингологии Росздрава
и НИИ уха, горла, носа и речи Росздрава
представляют :

“ГЛОС”
Первый
Международный
Междисциплинарный
Конгресс

29-30 ноября, Москва

В конгрессе примут участие: врачи-фонистры;
вокальные и речевые педагоги; акустики; физиологи;
психологи и др. В рамках Конгресса будет развернута
выставочная экспозиция.

Подробная информация на сайте
www.glogolim.ru
E-mail: **foncentr@mail.ru**

Информационный спонсор:
группа компаний “РЕМЕДИУМ”
www.remedium.ru

Список литературы

Вы можете запросить в редакции.