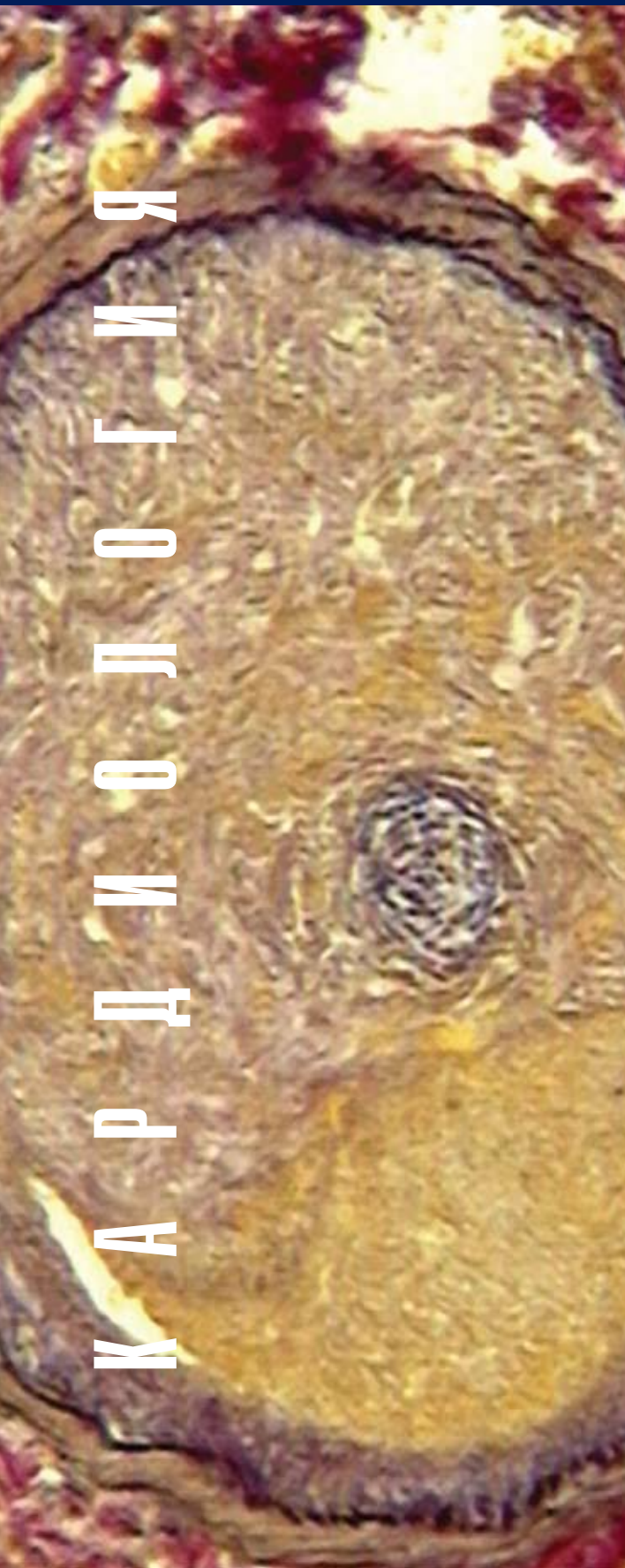


CONSILIUM MEDICUM UKRAINA №2, 2008 г.

р е п р и н т

ЖУРНАЛ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ



КАРДИОЛОГИЯ

Корекція факторів ризиків інгібітором АПФ Раміприлом при двомісячному спостереженні

Є.В. Андреев
Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця

КОРЕКЦІЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ІНГІБІТОРОМ АПФ РАМІПРИЛОМ ПРИ ДВОМІСЯЧНОМУ СПОСТЕРЕЖЕННІ

Є.В. Андреев

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Останні роки в Україні характеризуються активною боротьбою із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ). Однак, незважаючи на досягнуті успіхи у виявленні та лікуванні артеріальної гіпертензії (АГ), смертність від них зростає, а чисельність населення України зменшується. Так, тільки у Києві щорічно від ССЗ гине близько 18 000 людей (практично 1 чоловік кожні 20 хвилин!), що складає 62-63% усіх смертей [1]. Результати статистичного аналізу свідчать на

ням модифікації ФР і стала метою даної роботи.

Матеріали та методи

Нами було обстежено 50 хворих з есенціальною АГ I – II ступенів з неускладненим перебігом (I – II стадії), які знаходилися на лікуванні в міському кардіологічному центрі на базі Олександрівської лікарні м. Києва. Діагноз був встановлений згідно з рекомендаціями ESC (2007) [3].

Хворі із симптоматичними АГ не включалися в дослідження. Пацієн-

допомогою Micral-Test (Roche Diagnostics, Німеччина).

З метою визначення ефективності гіпотензивної терапії на початку лікування та наприкінці двомісячного терміну спостереження проводилось добове моніторування АТ (ДМАТ) на комплексі CardioTens (Meditech, Угорщина). Визначались середньодобові та окремі (за активний та нічний періоди) значення показників систолічного та діастолічного АТ.

Вік пацієнтів становив від 36 до 62 років (у середньому – $49,8 \pm 3,4$ років), серед них чоловіків – 21 (42%), жінок – 29 (58%). Серед хворих фактори ризику (ФР) відмічались у 100% хворих. Так, талію, більшу за нормальні значення [3], мали 27 (54%) хворих, збільшення загального холестерину відмічалось у всіх (100%) пацієнтів. За даними обстеження, у 37 (74%) пацієнтів була відзначена мікроальбумінурія. Врахування останнього показника призвело до того, що у 34 (68%) хворих спостерігалось 3 і більше ФР. Це вказує на наявність дуже високого ризику у даної групи хворих [3].

Хворі отримували з першої доби після обстеження раміприл (Полаприл фірми «Polfarma», Польща) в

Перевагами раміприлу є зручна фармакокінетика (застосування 1 раз на добу), відсутність негативної взаємодії з іншими гіпотензивними, в т.ч. тіазидними та тіазидоподібними діуретиками

користь покращення контролю артеріального тиску (АТ) серед населення. Така невідповідність може бути пояснена тим, що рівень АТ – тільки один (хоча і найбільш важливий) фактор ризику серцево-судинних ускладнень при АГ. Простота вимірювання та велика кількість препаратів, які мають можливість ефективно знизити АТ, призвела до того, що на інші фактори ризику (ФР) часто не звертають уваги. Ситуація погіршується тим, що визначення ФР має технічні труднощі та відносно високу собівартість.

Саме тому велика увага лікарів приділяється гіпотензивним препаратам, які впливають на ФР. Серед них досить поширеними є інгібітори АПФ, зокрема раміприл, який довів свій позитивний вплив не тільки на кардіоваскулярну, але і загальну летальність [2]. Перевагами раміприлу є зручна фармакокінетика (застосування 1 раз на добу), відсутність негативної взаємодії з іншими гіпотензивними, в т.ч. тіазидними та тіазидоподібними діуретиками. Комплексна ефективність раміприлу в лікуванні АГ з урахуван-

ти не мали перенесених гострих порушень коронарного та мозкового кровообігу, первинно зморщеної нирки та хронічної ниркової недостатності, інших важких супутніх захворювань. Також виключалися пацієнти, що мали СН вищу за II клас NYHA.

Усім хворим, крім загальноклінічного обстеження, проводилось біохімічне дослідження крові із визначенням показників ліпідного

Раміприл у комплексному лікуванні хворих на АГ має високу ефективність щодо зниження рівнів АТ при добрій переносимості і відсутності значущих ускладнень терапії

обміну (загального холестерину, тригліцеридів та холестерину ліпопротеїдів високої щільності – ХСЛПВЩ) на апараті Reflotron (Roche Diagnostics, Німеччина), рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ) розраховувався за Фрідвальдом, швидкості клубочкової фільтрації – за Cockcroft Gault формулою. Хворим визначалася мікроальбумінурія (МА) напівкількісним методом за

дозі 10 мг на добу в один або два прийоми. За умови недостатнього ефекту (відсутність досягнення цільового АТ протягом 2 тижнів) до лікування додавався індапамід у дозі 2,5 мг один раз на добу (Індапен фірми «Polfarma», Польща).

Наявність гіпердисліпідемії була показанням до призначення всім хворим симвастатину (Зокор фірми «MSD», США) в стартовій дозі 20 мг на добу.

Рис. 1. Динаміка АТ протягом лікування

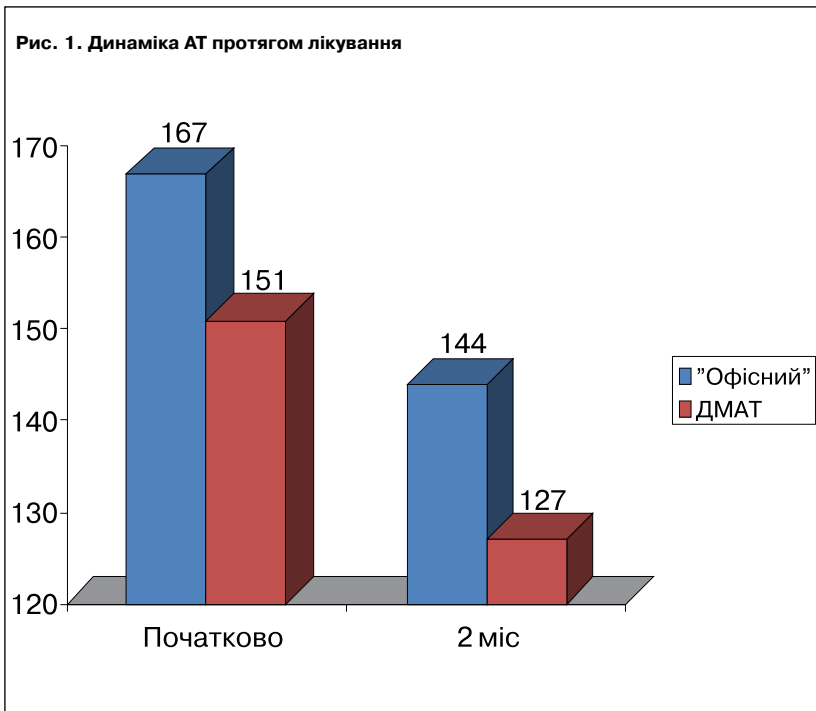
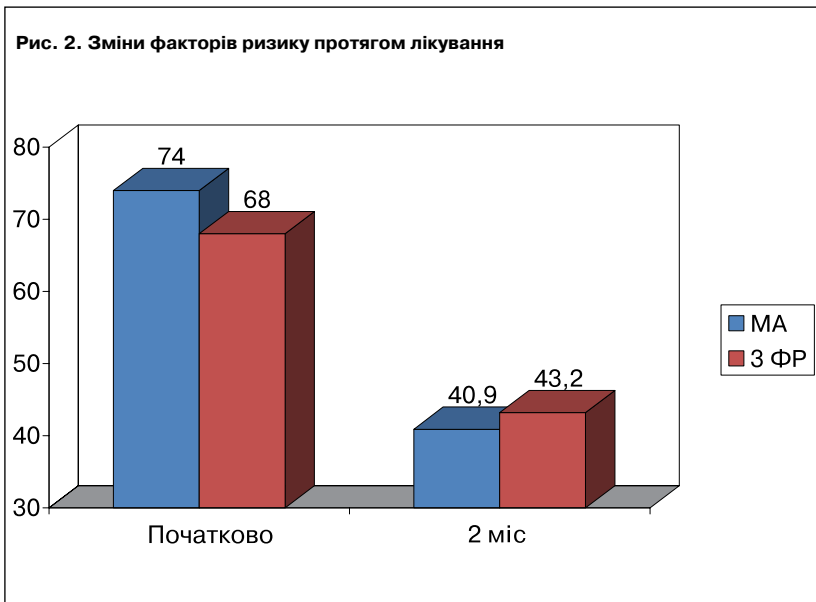


Рис. 2. Зміни факторів ризику протягом лікування



Результати та їх обговорення

В ході спостереження з дослідження вибуло 6 пацієнтів (12%). Серед причин вибуття кашель був відмічений у 2 хворих (4%), що збігається з літературними даними про частоту таких ускладнень [4]. Інших ускладнень при прийомі препарату не спостерігалось. 4 (8%) пацієнтів вибули в зв'язку з необхідністю прийому більше 2 гіпотензивних препаратів.

Серед пацієнтів, що знаходилися під спостереженням протягом 2 місяців, не відмічалось жодних ускладнень з боку серцево-судинної системи, в тому числі і прогресування СН.

Терапія раміприлом показала достатньо високу ефективність. Необхідність у застосуванні двох

препаратів відмічена у 32 (72,7%) хворих, з них у 27 (84,3%) досягнуто рівнів цільового АТ, що склало 61,4% від усіх хворих. 12 хворим монотерапія була достатньою до досягнення необхідних рівнів АТ. У середньому відмічено зниження АТ з $167,3 \pm 5,8$ до $144,7 \pm 3,1$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

За даними ДМАТ (рис. 1), відмічається зниження середньодобового рівня АТ з $151,2 \pm 4,9$ до $127,4 \pm 2,3$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). При цьому кількість пацієнтів «dipper» зростає з 12 (27,3%) до 26 (59,1%) чоловік ($p < 0,05$).

З модифікуючих ФР не вдалося досягти зменшення кількості пацієнтів з абдомінальним ожирінням. На наш погляд, зміни харчових звичок у досліджених хворих були недостатні, а відносно малий термін спостережень не дав змоги від-

мітити суттєвого зниження ваги. У жодного з хворих не досягнуто цільових рівнів ліпідів. На тлі зниження середнього рівня холестерину з $6,3 \pm 0,7$ до $5,5 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,05$) нормалізації рівнів загального холестерину сироватки та ХС ЛПНЩ не досягнуто. Це може бути пояснено відносно низькою (порівняно із прийнятими на сьогоднішній день) стартовою дозою симвастатину. У подальшому пацієнтам рекомендовано більш сумлінно виконувати рекомендації щодо дієти [5] та збільшити дозу симвастатину до 40 мг на добу.

Але аналіз такого ФР, як мікроальбумінурія, свідчить про позитивний ефект лікування (рис. 2).

Спостерігалась МА наприкінці дослідження тільки у 18 (40,9%) хворих – зниження частоти МА на 51,4% ($p < 0,05$). Таке зменшення одного з важливих ФР призвело до того, що наприкінці лікування 3 ФР відмічались лише у 19 (43,2%) хворих.

Висновки

Визначення мікроальбумінурії є важливою частиною стратифікації ризику при АГ. Сучасні методики дозволяють провести дослідження МА в амбулаторних умовах і використати результати обстеження для оцінки лікування хворих на АГ.

Раміприл у комплексному лікуванні хворих на АГ має високу ефективність щодо зниження рівнів АТ при добрій переносимості і відсутності значущих ускладнень терапії.

Призначення раміприлу призводить до покращення прогнозу при АГ не тільки за рахунок нормалізації АТ, але і модифікації факторів ризику, перш за все мікроальбумінурії.

Література

1. Центр медичної статистики, 2008 р.
2. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients// *N Engl J Med.* — 2000; 342:145-53.
3. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension *EHJ* 2007;28:1462-1536.
4. Expert Consensus Document on Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors in Cardiovascular Disease *EHJ* 2004;25:1454-1470.
5. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Cholesterol Education Program (NCEP). Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). May 2001; NIH Publication 01-3670. Available at: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp_iii.htm.

Полапри

раміприл капсули 5 мг, 10 мг



**ВІДМІРЮЄ
ЩЕДРО
ЖИТТЯ**

 **polpharma®**

