

давления, холестерина и массой тела пациента. Также требуется проведение дальнейших исследований по выявлению значимых ассоциаций других факторов риска с генетическими детерминантами ИИ.

Литература

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий. *Журн. неврологии и психиатрии*. 2007; 8: 4–10.

2. Боринская С.А., Кальвина Н.Р., Санина Е.Д. и др. Полиморфизм гена аполипопротеина Е в популяциях России и сопредельных стран. *Генетика*. 2007; 43 (10): 1434–9.

3. Hixson JE, Vernier DT. Restriction isotyping of human apolipoprotein E by gene amplification and cleavage with HbaI. *J Lipid Res* 1990; 31 (3): 545–8.

4. Davignon J, Gregg R, Sing C. Apolipoprotein E polymorphism and atherosclerosis. *J Davignon Arteriosclerosis* 1988; 8: 1–21.

5. Quéré I, Perneger TV et al. Red blood cell methylfolate and plasma homocysteine as risk factors for venous thromboembolism: a matched case-control study. *Lancet* 2002; 359: 747–52.

Значение популяционных исследований стабильной стенокардии в определении риска неблагоприятного прогноза, связанного с особенностями течения заболевания

Е.В.Соляник, Е.В.Елисеева, Б.И.Гельцер, Е.В.Ефищенко

ГБОУ ВПО Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России, Владивосток

В последнее время неуклонно возрастает интерес к эпидемиологическим исследованиям сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку изучение структуры факторов риска (ФР), способствующих развитию и прогрессированию этой патологии, а также распределения разных вариантов течения ишемической болезни сердца (ИБС) позволяет с большей точностью определить наиболее перспективные направления в диагностике, лечении и профилактике заболевания. Большинство российских клинических исследований ИБС и, в частности, стабильной стенокардии (СС) содержит значительную эпидемиологическую часть, которая официально указывается в протоколе исследования. Первым эпидемиологическим описанием популяции больных с СС были результаты проведенного в 2001 г. международного исследования ATP Survey (Angina Treatment Parrent). В российском сегменте этого исследования изучены течение, ФР и особенности терапии у 1653 больных с СС [1, 2]. Именно тогда стало понятно, что популяция больных с СС весьма разнородна. Значительные различия в течении, структуре ФР, тяжести заболевания и организации лечебных мероприятий были отмечены у пациентов, проживающих в России, и у больных с СС других европейских стран. Причина такой разнородности в большей степени заключалась в существенной разнице организационно-методических подходов к регистрации, наблюдению и лечению больных, обусловленной структурой системы здравоохранения в этих странах. Географический фактор не имел существенного значения, поскольку изучалась популяция больных, проживающих в Европе. В последующем довольно большое число исследователей обращались к изучению популяции больных с СС, в том числе с определением эпидемиологических особенностей этой категории больных [3–6]. Практически все исследования были проспективными, некоторые имели ретроспективную часть, обусловленную поставленными задачами, в большинстве из них проводилась рандомизация для последующего клинического наблюдения за группами пациентов и получения определенных выводов о влия-

нии на течение и прогноз заболевания при использовании того или иного вида терапии. Исследования в большинстве были клиническими и содержали развернутую клинико-эпидемиологическую характеристику изучаемой популяции, полученную на этапе скрининга [4, 5, 7–9]. Однако попытки проанализировать полученные результаты единичны, сравнению подвергаются данные двух, иногда трех эпидемиологических исследований, что не позволяет обрисовать общую картину. Одним из инструментов, дающих возможность оценить эпидемиологическую характеристику популяции пациентов с той или иной патологией и качество проводимой терапии, является регистр – организованная система сбора информации об определенной категории пациентов. С учетом согласованного мнения экспертов-кардиологов в 2010 г. стартовал всемирный регистр больных со стабильной ИБС (The prospective observational Longitudinal Registry of patients with stable coronary artery disease – CLARIFY). Исследование является проспективным, срок наблюдения составит 5 лет [10]. Тем не менее в настоящее время рекомендации по диагностике, лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний базируются на положениях, разработанных европейскими или американскими кардиологами с учетом особенностей структуры ФР и течения заболевания в европейской или американской популяции больных. Совершенно очевидно, что экстраполировать эти данные на российскую популяцию больных в полной мере невозможно, хотя бы из-за выраженной климатической гетерогенности. Мнения экспертов по этому поводу отсутствуют, исследований, связывающих целесообразность и эффективность современных медикаментозных вмешательств в разных климатических зонах, нет. В связи с этим представляется актуальным проведение популяционных исследований на региональном уровне для выяснения особенностей течения заболевания с учетом климатического фактора, что позволит учитывать его влияние на прогноз и, исходя из этого, максимально оптимизировать лечебно-диагностические и профилактические мероприятия.

Материалы и методы

Проводимое нами эпидемиологическое исследование было организовано для уточнения особенностей структуры ФР, течения и степени тяжести СС в определенной климатической зоне. Чтобы иметь полное представление об отличительных признаках изучаемой когорты больных, мы сочли необходимым сравнить полученные данные с уже определенными и опубликованными представлениями об особенностях СС в России. Для получения максимально полной и достоверной информации об эпидемиологической характеристике популяции больных с СС был проведен систематический анализ исследований, содержащих клинико-демографическую характеристику. В соответствии с методологией проведения подобных анализов были решены следующие неизбежно возникающие проблемы. Во-первых, для получения статистически значимых выводов в анализ включены исследования, результаты которых опубликованы в научно-медицинских изданиях, т.е. публикационное смещение составило 100%. Во-вторых, для уменьшения клинической гетерогенности из анализа были исключены исследования, включавшие определенный контингент больных. В частности, исследование IQOLAN – российский сегмент, ставившее своей приоритетной задачей изучение влияния перехода от рутинной нитратной терапии к применению нитратов с оптимальным фармакокинетическим профилем [11]. В анализ не вошло исследование ПАРАЛЛЕЛЬ, включавшее больных с СС только II и III функционального класса (ФК), с изначально низкой эффективностью терапии β -адреноблокаторами [7]. Крупное высокодоказательное исследование BEAUTIFUL – российский сегмент, изучавшее влияние терапии инновационным препаратом ивабрадин на прогноз и выживаемость больных с ИБС и СС, также не могло быть использовано в нашем анализе, поскольку в нем изучался контингент больных с исходной клинически значимой дисфункцией миокарда левого желудочка [12, 13]. Результаты ATP Survey (Angina Treatment Parent), проведенного в 2001 г., не были использованы в силу его давности, тем более что исследование ПЕРСПЕКТИВА [6] в 2010 г. уже показало существенные различия в эпидемиологической характеристике популяции больных с СС, произошедшие за 9 лет. В оставшихся пяти исследованиях были незначительные различия в методологии получения эпидемиологических данных, тем не менее для проведения систематического анализа некоторая вариабельность качества разработки и проведения исследований является допустимой. Таким образом, систематический анализ проведен по результатам многоцентровых ретроспективных и проспективных исследований без значимых различий в их длительности с зарегистрированным эпидемиологическим протоколом [3, 5–7, 9, 14]. При изучении географической составляющей выявлено, что подавляющее большинство городов, в которых проводился отбор больных, располагается в европейской части России, хотя и имеются единичные указания на города Дальневосточного региона. Тем не менее климатическая гетерогенность исследуемой когорты остается неучтенной.

Исследование региональной популяции проводилось на базе лечебных учреждений стационарного и амбулаторного типа с последовательным включением пациентов с верифицированным диагнозом СС. На каждого пациента заполнялась унифицированная регистрационная форма, содержащая параметры, по которым в дальнейшем предполагалось оценивать эпидемиологические особенности данной когорты больных. На 647 (36,2%) пациентов карты были заполнены во время их пребывания в стационаре, 63,8% всех карт зарегистрировано на амбулаторном приеме. Всего было заполнено 1789 регистрационных карт, в статистическую обработку вошли 1345. Диагноз СС в подавляю-

щем большинстве случаев (95,1%) был установлен на основании типичного болевого синдрома разной степени выраженности. Признаки безболевой ишемии на электрокардиограмме или в результате суточного мониторинга сердечного ритма дополнительно были выявлены у 37,9% включенных в исследование пациентов. Средний возраст исследуемой когорты составил 65,6±3,5 года, минимальный возраст – 47 лет, максимальный – 82 года. Незначительное преимущество в распределении по половому признаку было у мужчин: 57,2%, женщины составили 42,4%. Стоит отметить, что довольно значительное число участников исследования находилось в возрастном коридоре от 51 до 60 лет (29%). Данное обстоятельство имеет значение с экономической точки зрения: так как это работающий контингент, затраты на лечение и реабилитацию таких пациентов будут более существенными. В целом же работающий контингент составил 19,1%. Среди обследованных преимущество составили лица пенсионного возраста (51,2%), при этом работающих пенсионеров было 399 (29,7%) человек. Данный факт учитывался также с позиций экономической целесообразности, поскольку в этом случае общее число работающих лиц как пенсионного, так и непенсионного возраста составляет 48,8%. Инвалидность по поводу сердечно-сосудистой патологии имели 333 (24,6%) человека. В целом данные по социальному статусу пациентов, включенных в наше исследование, не имели существенных отличий от данных, полученных в других исследованиях. Исключение составляют лишь показатели инвалидности, которые в нашем исследовании были значительно ниже (24,6% vs 39,2% в исследовании АЛБТЕРНАТИВА [11]; 24,6% vs 60,9% в исследовании ПЕРСПЕКТИВА [9]). Причины такого распределения установить достаточно сложно, однако можно предположить, что это связано с несвоевременным обращением пациентов за медицинской помощью, недостаточной оценкой степени тяжести заболевания лечащими врачами, издержками диспансерного наблюдения за данной категорией больных. Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica for Windows и Statistica v.6. Для проведения метаанализа использованы возможности компьютерной программы Review Manager v. 5.1. Исследование одобрено независимым междисциплинарным Комитетом по этической экспертизе ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Результаты и обсуждение

Сравнительная оценка клинико-демографической характеристики больных с СС, полученная в результате систематического анализа и собственного эпидемиологического исследования, представлена в табл. 1. Средний возраст больных с СС в европейской популяции не имеет достоверных отличий от среднего возраста пациентов, проживающих в Приморском крае (62,4±0,61 vs 65,6±3,5). Обращает на себя внимание, что длительность заболевания также практически одинакова: 7,3±0,42 года в первом и 7,3±0,1 во втором случае. Что касается ФК СС, то здесь распределение больных имеет существенные различия. Так, I ФК СС, по данным анализа, встречается несколько чаще, чем в нашем исследовании (5,5% vs 2,1%). II ФК, по данным анализа, диагностирован у 64,1% больных, а по данным нашего исследования – у 27,2% ($p=0,001$). С такой же достоверностью различается и частота встречаемости III ФК СС: 27,2% vs 52,1%. Так же достоверно различалась частота встречаемости IV ФК – по данным анализа, она составила 12,5%, а по данным нашего исследования – 1,5% ($p=0,01$). В целом течение СС в популяции больных Приморского края характеризуется большей тяжестью, поскольку более высокий III ФК встречается чаще, а наиболее благоприятный I ФК – существенно

Таблица 1. Сравнительная характеристика показателей эпидемиологических исследований

Показатель	Данные анализа исследований, % (n=9543)	Данные собственного исследования, % (n=1345)	Достоверность различий, p
Возраст, лет	62,4±0,61	65,6±3,5	0,11
Длительность ИБС, годы	7,3±0,42	7,3±0,1	н/д
ФК СС			
I	5,55	2,1	0,08
II	64,1	27,2	0,001
III	27,5	52,1	0,001
IV	12,05	1,5	0,01
ФК ХСН по NYHA			
I	21,2	21,05	н/д
II	52,9	42,4	0,04
III	23,5	37,5	0,06
IV	3,86	1,009	0,02
ИМ в анамнезе	48,5	39,7	0,06
АГ	85,6	67,4	0,01
СД	17,01	14,9	0,31
Курение	19,36	18,01	0,68
Индекс массы тела, значение	28,2±0,3	27,1±0,9	0,61

реже, чем у больных с СС европейской части России. Степень сопутствующих функциональных нарушений, выраженная в дисфункции миокарда левого желудочка, определяемая как хроническая сердечная недостаточность (ХСН), в популяции больных Приморского края не имеет достоверных отличий от данных, полученных в систематическом анализе. Практически с одинаковой частотой встречаются бессимптомная дисфункция миокарда или I ФК ХСН по NYHA (New York Heart Association): 21,2% vs 21,05%.

Немного чаще в европейской популяции больных встречается II ФК ХСН по NYHA – 52,9%, в нашем исследовании эту степень функциональных нарушений имеют 42,4% ($p=0,04$). III ФК ХСН по NYHA чаще диагностирован в популяции больных с СС Приморского края – в 37,5%, а по данным анализа – в 23,5%, однако разница недостоверна (н/д); $p=0,06$. IV ФК ХСН по NYHA среди пациентов европейской части России встречался у 3,86%, в нашем исследовании – у 1,009% ($p=0,02$). Таким образом, большую степень функциональных нарушений, вызванных хроническим течением СС, имеют больные европейской части России, поскольку высокие III и IV ФК ХСН у них встречаются значительно чаще. Указание на инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе, по данным систематического анализа, зарегистрировано у 48,5%, в то время как в нашем исследовании больных, перенесших ИМ, было 39,7%, однако эта разница хоть и существенна, но недостаточно достоверна ($p=0,06$). Тем не менее это не позволяет констатировать, что острая коронарная патология у пациентов в Приморском крае встречается несколько реже, чем в европейской популяции, так как нет возможности сравнить давность перенесенного ИМ.

При анализе ФР, имеющих существенное влияние на течение и прогноз СС, выявлено, что они встречаются практически с одинаковой частотой. Так, по данным анализа, сахарный диабет (СД) диагностирован у 17,01% пациентов, а в нашем исследовании таких больных было 14,9% ($p=0,31$). Более 2/3 больных имели избыточную массу тела, при этом индекс массы тела как в европейской популяции, так и среди больных в При-

Таблица 2. Риск неблагоприятного прогноза, связанный с особенностями течения стабильной стенокардии в модели фиксированного эффекта Мантеля–Гензеля

Подгруппы	Собственные данные		Данные анализа			Относительный риск	Относительный риск М–Г, фикс. эффект, 95% ДИ
	События	Всего	События	Всего	Доля, %	М–Г, фикс. эффект, 95% ДИ	
I ФК ХСН по НУНА	283	1345	2923	9543	10,2	0,60 (0,53–0,69)	
I ФК СС	28	1345	529	9543	2,3	0,36 (0,25–0,53)	
II ФК СС	365	1345	6117	9543	19,6	0,21 (0,18–0,24)	
II ФК ХСН по НУНА	570	1345	5048	9543	12,8	0,65 (0,58–0,74)	
III ФК СС	700	1345	2624	9543	5,5	2,86 (2,55–3,21)	
III ФК ХСН по НУНА	504	1345	2242	9543	6,2	1,95 (1,73–2,20)	
IV ФК СС	20	1345	1149	9543	5,0	0,11 (0,07–0,17)	
IV ФК ХСН по НУНА	14	1345	368	9543	1,6	0,26 (0,15–0,45)	
АГ	906	1345	8168	9543	11,7	0,35 (0,31–0,39)	
ИМ в анамнезе	533	1345	4621	9543	12,3	0,70 (0,62–0,79)	
Курение	242	1345	1847	9543	6,7	0,91 (0,79–1,06)	
СД	200	1345	1623	9543	6,1	0,85 (0,73–1,00)	
Всего (95% ДИ)		16 140		114 516	100	0,72 (0,69–0,75)	
Всего событий	4365		37259				
Гетерогенность между группами = 1413,92, df=11 ($p < 0,00001$), точность измерений = 99%							
Тест для предельного эффекта: $Z = 15,57$ ($p = 0,00001$)							

морском крае достоверно не различался (28,2±0,3 vs 27,1±0,9). Курение как ФР, по данным систематического анализа, зарегистрировано у 19,36%, а в нашем исследовании – у 18,01% без достоверных различий ($p = 0,61$). Следует отметить, что сочетание СС и артериальной гипертензии (АГ) значительно чаще встречалось у пациентов европейской части России (85,5%), в то время как у больных в Приморском крае СС сочеталась с АГ у 67,4%, что достоверно ниже ($p = 0,01$). В этом плане ситуация в Приморском крае выглядит более благоприятной, так как коморбидная патология является существенным фактором, обуславливающим как тяжесть заболевания, так и большую частоту сердечно-сосудистых катастроф и фатальных кардиоваскулярных событий. Однако, с другой стороны, довольно низкая частота встречаемости АГ у больных с СС может свидетельствовать о недостаточном и несвоевременном выявлении этой сопутствующей патологии, что, в свою очередь, требует большей активности врачей в диагностике повышенного артериального давления.

Как известно, частота встречаемости более высокого ФК СС и сопутствующей дисфункции миокарда вместе со значительной распространенностью ФР сопряжена с неблагоприятным влиянием на прогноз этого заболевания. При проведении метаанализа может быть определен относительный риск (ОР) негативного влияния тех или иных факторов на прогноз жизни. В основу представленного метаанализа положено сравнение суммарных данных некоторых параметров, взятых в пяти изученных нами исследованиях, и данных, полученных в собственном когортном исследовании (табл. 2). В соответствии с представленным протоколом в региональной популяции больных с СС определяется более благоприятная ситуация по влиянию исследуемых параметров на прогноз заболевания, связанный с их распространением. Частота регистрируемых сопутствующих функциональных нарушений I, II и IV ФК ХСН в модели фиксированного эффекта Мантеля–Гензеля (М–Г) связана со снижением ОР для исследуемой когорты пациентов с СС. ОР негативного прогноза, обусловленный частотой встречаемости I, II и IV ФК СС, также ниже в собственном исследовании. ОР, связанный с частотой встречаемости сопутствующей АГ в региональной популяции больных, составляет 0,35 (0,31–0,39), СД – 0,85 (0,75–1,0), анамnestического ИМ – 0,7 (0,62–0,89).

Частота встречаемости III ФК СС и ХСН связана с большим ОР для изучаемого контингента: 2,86 (2,55–3,21) и 1,95 (1,73–2,2) соответственно. Таким образом, они оказывают наиболее существенное негативное воздействие и увеличивают суммарный риск влияния совокупности исследуемых параметров на прогноз в региональной и общероссийской популяции больных.

Выводы

Популяция больных с СС в Приморском крае характеризуется большей тяжестью патологического процесса и меньшей коморбидностью. Степень выраженности функциональных нарушений и распространенность ФР значительных отличий от европейской популяции больных не имеют. Выявленная в нашем исследовании значительная распространенность ФР, влияющих на прогноз, в некоторой степени свидетельствует о недостаточном внимании к их адекватной коррекции. Распространенность основных параметров тяжести и течения СС ассоциируется с риском неблагоприятного прогноза, что необходимо учитывать при разработке стандартов лечения и профилактики. Популяционные исследования позволяют получать достоверную информацию о степени тяжести СС, распространенности наиболее значимых ФР, особенностях течения этого заболевания, что позволит оптимизировать диагностический процесс, программы лечения и профилактики.

Литература

1. Eastaugh JL, Calvert MJ, Freemantle N. Highlighting the need for better patient care in stable angina: results of the international Angina Treatment Patterns (ATP) Survey in 7074 patients. *Family Practice* 2005; 22: 43–50.
2. Оганов Р.Г., Ленахин В.К., Фитилев С.Б. и др. Диагностика, вторичная профилактика и терапия стабильной стенокардии по данным исследования ATP. *Кардиоваск. терапия и профилактика*. 2006; 5: 50–4.
3. Васюк Ю.А., Шальнова С.А., Школьник Е.Л. и др. Исследование ПРИМА: триметазидин с модифицированным высвобождением действующего вещества в лечении пациентов со стабильной стенокардией, перенесших инфаркт миокарда. Эпидемиологический и клинический этапы. *Кардиология*. 2008; 12: 1–4.
4. Васюк Ю.А., Школьник Е.Л., Кудряков О.Н. и др. Влияние терапии триметазидином модифицированного высвобождения на

качество жизни у больных стабильной стенокардией напряжения, перенесших инфаркт миокарда. *Результаты исследования ПРИМА. Кардиология. 2010; 4: 45–9.*

5. Карпов Ю.А., Деев А.Д. (от имени участников исследования) Программа АЛТЕРНАТИВА – исследование Антиангинальной эффективности и переносимости кораксана (ивабрадина) и оценка качества жизни пациентов со стабильной стенокардией: результаты эпидемиологического этапа. *Кардиология. 2008; 5: 30–5.*

6. Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Оганов Р.Г. и др. Клиническая характеристика и общие подходы к лечению пациентов со стабильной стенокардией в реальной практике. *Российское исследование ПЕРСПЕКТИВА (Часть I). Кардиоваск. терапия и профилактика. 2010; 9: 47–56.*

7. Оганов Р.Г., Глезер М.Г., Деев А.Д. и др. Результаты Российского исследования ПАРАЛЛЕЛЬ: Программа по выявлению пациентов с неэффективной терапией β -адреноблокаторами и сравнительной оценке эффективности добавления к терапии триметазидина МВ или изосорбида динитрата при стабильной стенокардии. *Кардиология. 2007; 3: 4–12.*

8. Глезер М.Г., Новикова М.В., Киселева И.В. и др. Сравнительная оценка эффективности присоединения к терапии β -адреноблокаторами пролонгированной формы триметазидина или изосорбида динитрата у пациентов со стабильной стенокардией. *Кардиоваск. терапия и профилактика. 2006; 4: 57–64.*

9. Глезер М.Г., Сайгилов Р.Г. Антиангинальный эффект и переносимость ивабрадина в терапии пациентов со стабильной стенокардией: результаты исследования КОНТРОЛЬ. *Кардиология. 2010; 11: 65–75.*

10. Steg PG. Heart rate management in coronary artery disease: the CLARIFY registry. *Eur Heart J 2009; 11 (Suppl. D): D13–D18.*

11. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., Ратова Л.Г. и др. Результаты международного исследования качества жизни пациентов со стабильной стенокардией на фоне терапии нитратами. *Кардиология. 2003; 9: 4–7.*

12. Fox K, Ferrari R, Tendera M et al. Rationale and design of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of ivabradine in patients with stable coronary artery disease and left ventricular systolic dysfunction: the morbidity – mortality Evaluation of the If inhibitor ivabradine in patients with coronary disease and left ventricular dysfunction (BEAUTIFUL) study. *Am Heart J 2006; 152: 860–6.*

13. The BEAUTIFUL study: Randomized trial of ivabradine in patients with stable coronary artery disease and left ventricular systolic dysfunction – baseline characteristics of the study population. *BEAUTIFUL study group. Cardiology 2008; 110: 271–82.*

14. Мареев В.Ю. Исследование ПРЕАМБУЛА (ПРЕДУКТАЛ МВ в АМБУЛАТОРНОМ лечении больных с сердечной недостаточностью ишемической этиологии в условиях реальной амбулаторной практики). *Реестр клинических исследований. 2009; 3. Электронный ресурс – URL: <http://www.clinvest.ru/pdf/reestr01.pdf> (дата обращения: 20.04.2011).*

Возможности ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента в клинической практике: фокус на фозиноприл

Д.В. Небиеридзе

ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва

Современную кардиологическую практику трудно представить без ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Этот класс препаратов продемонстрировал свою эффективность на всех этапах развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – от артериальной гипертензии (АГ) до хронической сердечной недостаточности (ХСН). И это вполне естественно, поскольку ренин-ангиотензиновая система играет важную роль в развитии ССЗ. На протяжении последнего десятилетия проведены многочисленные исследования, в которых изучалась клиническая эффективность ИАПФ при разных ССЗ. Результаты этих исследований нашли отражение в современных рекомендациях, согласно которым ИАПФ рекомендовано применять в лечении пациентов с АГ, диабетической нефропатией, стабильно текущей ишемической болезнью сердца (ИБС), острым и перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), ХСН [1–3].

Вместе с тем практикующему врачу важно знать особенности отдельных представителей ИАПФ: опыт клинических исследований свидетельствует о предпочтительном назначении тех или иных ИАПФ в зависимости от клинической ситуации. Для решения данного вопроса необходимо опираться на доказательную базу. Одним из самых изученных в разных клинических ситуациях ИАПФ в России является представитель последнего (III) поколения данного класса – фозиноприл (Моноприл).

Фозиноприл

Фозиноприл (Моноприл) содержит в своей химической формуле фосфинильную кислоту, является пролекарством и действует после всасывания и трансформации в активный метаболит – фозиноприлат, который циркулирует в связанном с белками плазмы крови (95–98%) состоянии с периодом полувыведения (у здоровых лиц) около 12 ч. В связи с этим однократный прием фозиноприла обеспечивает 24-часовой контроль артериального давления (АД), предотвращая его подъем в ранние утренние часы [4–5].

Огромным преимуществом фозиноприла является сбалансированный двойной путь выведения из организма (50/50%) – через почки и кишечник с желчью. При нарушении почечной функции и, соответственно, уменьшении выведения препарата через почки усиливается его выведение через печень, что имеет особенно важное значение у пациентов с АГ и ХСН, поскольку у большинства из них наблюдается явное или скрытое нарушение функции почек. Больным с нарушенной функцией почек или печени в качестве препарата выбора можно рекомендовать именно фозиноприл, так как в отличие от других ИАПФ нет необходимости снижать его дозу. Кроме того, фозиноприл обладает самой высокой липофильностью, что облегчает проникновение препарата через клеточные мембраны во все «заинтересованные» органы (сердце, сосуды, почки, легкие и надпочечники) и позволяет эффективно по-