терапии (n=83) отличалась исходно более высокими уровнями как САД (168,3±13,8 мм рт.ст.), так и ДАД (103±11,8 мм рт. ст.). На фоне назначения комбинации моэксиприла и ГХТ отмечено достоверное снижение САД до 138,3±11,8 и ДАД до 85,3±9 мм рт. ст. До начала терапии все включенные в исследование пациенты имели ГЛЖ, по данным ЭхоКГ. Причем исходно группа комбинированной терапии характеризовалась более высоким в среднем индексом массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) по сравнению с группой монотерапии (161,6±34,6 г/м^2 против 138,1±34,7 г/м^2). На фоне 52 нед лечения отмечено достоверное снижение ИММ ЛЖ в обеих группах пациентов (до 129,1±28,7 г/м^2 при лечении моэксиприлом до 147,6±35,2 г/м^2 в группе комбинации моэксиприла/ГХТ).

Результаты исследования ЭНИГМА показали, что назначение моэксиприла в виде монотерапии и комбинации с ГХТ позволило достичь целевого уровня АД у 75% мужчин и женщин, способствовало достоверному регрессу ГЛЖ в среднем на 12,5 г/м^2 в течение 24 нед лечения [8]. Выраженная антигипертензивная эффективность комбинированной терапии моэксиприлом и ГХТ, ее хорошая переносимость, доказанная безопасность, уменьшение выраженности проявлений климактерического синдрома, положительное влияние на костный обмен обосновывают целесообразность широкого применения у женщин в менопаузе.

Литература
1. Wender NK, Speroff L, Packer B. N Engl J Med 1993; 329: 247–56.
2. Lerner DJ, Kannel WB. Am Heart J 1986; 111: 383–90.
3. Stramba-Badiale M, Fox KM, Priori SG et al. Eur Heart J 2006; 27: 994–1005.
4. Chrysant SG, Fox AL, Stimpel M. Am J Hypertens 1995; 8: 418–21.
5. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2007; 25: 1151–4.
6. Кириченко АА., Демельханова Т.С., Рязанцев АА. и др. Кардиология. 2005; 7.
7. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертонии. Российские рекомендации (второй пересмотр). М., 2004.
8. Беленков Ю.Н., Чазова И.Е., Ратова Л.Г. и др. Consilium medicum. Системные гипертензии (прил.). 2005; 22–5.
9. Persson B, Widgren B, Fox A et al. J Cardiovasc Pharmacol 1995; 26: 73–8.
10. Dickstein K, Stimpel M. Lancet 1990; 335; 765–74.
11. Drayer JM, Stimpel M, Fox A et al. Am J Therap 1995; 2: 525–31.
12. Chrysant SG, Stimpel M. J Cardiovasc Pharmacol 1998; 31: 384–90.

Улучшение контроля артериальной гипертонии у лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений: возможности использования результатов программы АРГУС-2

О.А.Кисляк
ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет, Москва

Артериальная гипертензия (АГ) продолжает оставаться наиболее распространенным фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности (ССС). Связь АГ и сердечно-сосудистого риска является величиной постоянной и не зависит от других факторов риска. Чем выше артериальное давление (АД), тем выше риск развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и нарушения функции почек. Для пациентов в возрасте от 40 до 70 лет каждое повышение систолического АД (САД) на 20 мм рт. ст. и диастолического АД (ДАД) в диапазоне от 115/75 до 185/115 мм рт. ст. увеличивает риск ССЗ вдвое. Современные принципы лечения АГ основаны на представлениях о необходимости эффективного снижения АД до целевого уровня для профилактики ССЗ и снижения ССС. Во многих клинических исследованиях показано, что использование антигипертензивной терапии приводит к снижению риска возникновения ССЗ. Так, при АГ I степени снижение САД на 12 мм рт. ст. может предотвратить 1 смерть на каждые 11 пациентов, которым проводится лечение, в течение 10 лет.

Хорошо известно, что эффективная медикаментозная терапия АГ возможна, однако заболевание продолжает оставаться плохо контролируемым. Так, в России, по данным мониторинга за эпидемиологической ситуацией по АГ, проводимого в рамках программы "Профилактика, диагностика и лечение АГ в России", распространенность АГ составляет 36,9% у мужчин и 42% у женщин, а эффективно контролируется АГ только у 5,7% мужчин и 17, 5% женщин (рис. 1).

Среди причин недостаточного контроля АД важное место занимает проблема неадекватной антигипертензивной терапии. Необходимость достижения целевого АД осознается далеко не всеми врачами. В 1992 г. в исследовании Taylor Nelson Healthcare Survey установлено, что поликлинические врачи не назначают дополнительных исследований у 82% пациентов, у которых не удается достигнуть целевого значения АД. Врачи часто применяют недостаточно эффективные меры для снижения уровня АД, боясь побочных эффектов, метаболических нарушений и высокой стоимости комбинированного лечения. При этом зачастую не учитывается тот факт, что достижение целевого АД, особенно у пациентов группы высокого риска, является определяющим фактором прогноза. К ним прежде всего относятся пациенты с сахарным диабетом (СД) метаболическим синдромом, нарушением функции почек, пожилые больные с изолированной систолической гипертензией (ИСАГ) и другими ассоциированными клиническими состояниями. В реальной клинической практике именно такие больные составляют большинство как на приеме у врача поликлиники, так и среди госпитализированных больных.

С целью изучения психологического взаимодействия врача и пациента, барьеров с обеих сторон для адекватного лечения АГ, а также для оценки возможности рационального использования диуретиков в группах больных высокого риска с трудно контролируемой АГ было проведено исследование в рамках программы "Улучшение контроля АРтериальной Гипертонии У лиц с высоким

риском развития Сердечно-сосудистых осложнений" (АРГУС-2). Исследование проходило в 15 центрах 13 городов России.

Основные результаты аналитического этапа программы АРГУС-2

Важнейшим результатом аналитического этапа программы АРГУС-2 явилось выявление основных причин неудовлетворительного контроля АГ. Было установлено, что в целом по всем центрам в начале программы АРГУС-2 коррекция АД требовалась 97,1% пациентам, т.е. АГ контролировалась только у 2,9% пациентов при обращении в поликлинику. В конце программы после нескольких визитов к врачу удалось добиться достижения целевого АД у 24,4% пациентов, что говорит о планомерном совершенствовании терапии амбулаторных пациентов на основе современных рекомендаций и увеличении числа визитов к врачу, что позволяет значительно улучшить показатели контроля АГ. Исследователи сделали вывод о том, что преодоление терапевтической инертности в достижении целевого АД является важным условием улучшения контроля АГ. В то же время сами врачи, как выяснилось в процессе данного исследования, склонны связывать неудачи в достижении АД с экономическими проблемами и реакцией больных. Так, на первые места среди препятствий улучшения медицинской помощи больным АГ врачи поставили несоблюдение больными рекомендаций врача, высокую стоимость препаратов, недостаточные знания больных об АГ, низкую оплату труда врача. Интересно, что при анкетировании пациентов экономические проблемы лечения АГ, которые врачи ставили на одно из первых мест, оказались лишь пятыми по значимости. Как известно, приверженность пациентов к лечению является важнейшим условием оптимального контроля АГ. По результатам программы АРГУС-2 приверженность к лечению была выше у женщин, пенсионеров, больных СД или с нарушением функции почек, пациентов с более высоким риском АГ, но не зависела от уровня образования, способа приобретения лекарств и приема диуретика. Как показало исследование АРГУС-2, приверженность больных к лечению, т.е. соблюдение больными рекомендаций врача, составила только 37,4%, что, однако, значительно выше, чем процент контроля АГ, т. е. во многих случаях, даже если пациенты соблюдали назначения врача, достижения целевого АД не происходило.

Это объясняется тем, что у пациентов, у которых не было достигнуто целевое АД, часто применяли неадекватную антигипертензивную терапию. По данным нашего центра (центр №5 РГМУ, г. Москва), 24% пациентов высокого риска с трудноконтролируемой АГ получали антигипертензивное лечение в виде монотерапии, которая в половине случаев ограничивалась назначением β-адреноблокаторов, и только 10% пациентов получали более чем 2 антигипертензивных препарата в составе комбинированной терапии, что свидетельствует о неправильной тактике врачей поликлиники. При этом врачами не учитываются данные большинства проведенных исследований (UKPDS, ABCD, HOT и др.), показывающие, что использование комбинированной терапии приводит к достижению значительно большей частоты и выраженности снижения АД по сравнению с монотерапией. Так, в исследовании Hypertension Optimal Treatment (HOT) снижение АД <140/90 мм рт. ст. было достигнуто у 92% больных, причем большинству пациентов потребовалась комбинированная терапия. В исследовании Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT) было показано, что достижение целевого АД у 9 из 10 пациентов высокого риска было возможно только с использованием комбинированной терапии. Важно и то, что в связи с усилением эффекта комбинации двух препаратов с различным механизмом действия при использовании комбинированной терапии необходимое снижение АД может быть достигнуто при использовании более низких доз препаратов, что может уменьшить спектр побочных эффектов и улучшить приверженность к лечению.

Рис. 1. Контроль АГ в России.

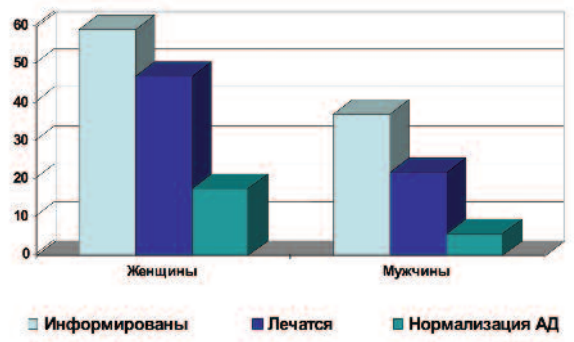


Рис. 2. Варианты АГ и ассоциированные клинические состояния в группе пациентов в исследовании АРГУС-2 (центр №5, РГМУ).

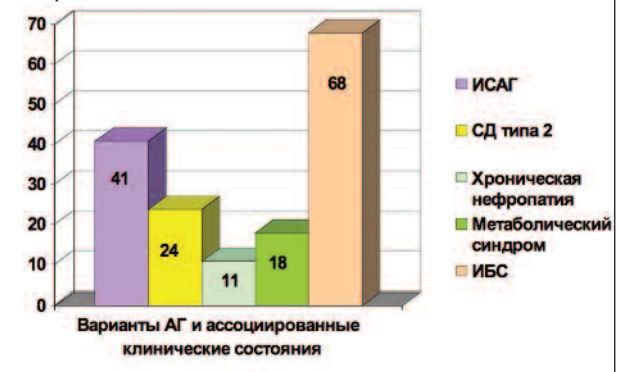
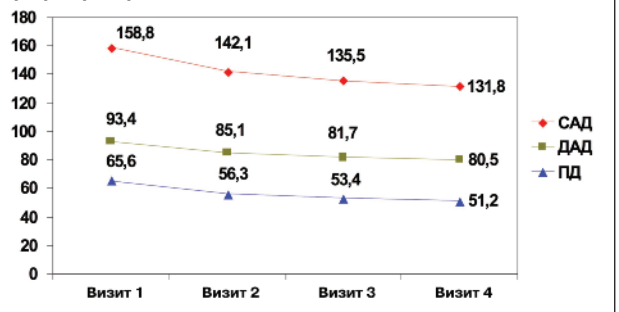


Рис. 3. Динамика АД в группе пациентов, получавших Арифон ретард.



Такую тактику врачей тем более следует считать неадекватной, так как в группе пациентов, выявленных в процессе программы АРГУС-2 в нашем центре, у которых не было достигнуто целевое АД, были представлены больные высокого риска с ИСАГ, ишемической болезнью сердца (ИБС), СД типа 2, метаболическим синдромом, хронической нефропатией (рис. 2). Именно у этих больных имеются наибольшие трудности контроля АГ, что требует назначения более 2 антигипертензивных препаратов, а при монотерапии достижение целевого АД возможно лишь у 50% больных с АГ I степени без сердечно-сосудистых осложнений, но не у пациентов высокого риска.

Другой причиной того, что у пациентов с трудноконтролируемой АГ не достигаются целевые цифры АД, следует считать неоправданно редкое использование врачами амбулаторного звена тиазидных диуретиков. При первом анализируемом обращении в поликлинику частота назначения тиазидных диуретиков в целом в исследовании АРГУС-2 составила 28,5%. Возможно, это связано с тем, что многие врачи переоценивают побочные эффекты диуретиков (44% опрошенных врачей) и считают, что при

Рис. 4. Достижение целевого АД при лечении пациентов с АГ Арифоном ретард.

Рис. 5. Результаты лечения Арифоном ретард в различных группах пациентов (центр №5, РГМУ).

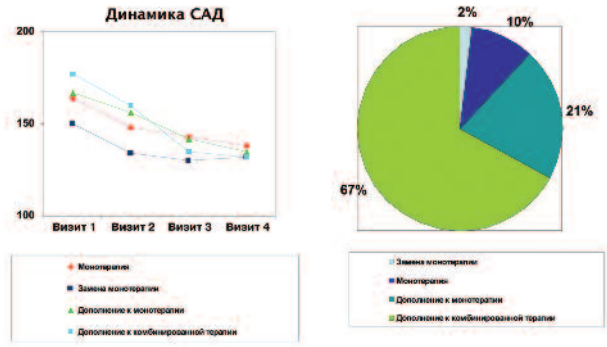
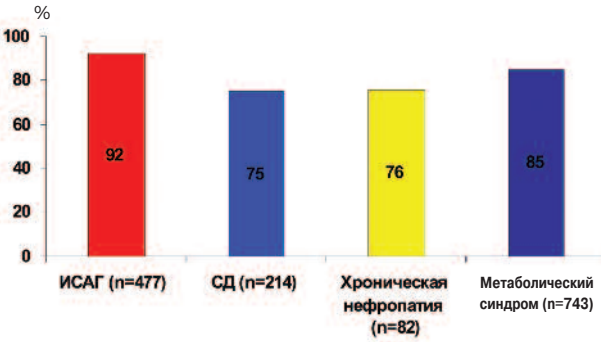


Рис. 6. Частота достижения целевого АД в подгруппах на фоне терапии с включением Арифона ретард.



Ж.Д.Кобалава и соавт. Клиническая фармакология и терапия. 2007; 2.

их назначении наблюдается низкая приверженность больных к лечению (24,7%), и только 37,5% врачей не видят препятствий к назначению тиазидных диуретиков. Однако более важным представляется другой результат опроса врачей. Выявлено, что врачи недооценивают антигипертензивные свойства диуретиков и считают, что тиазидные диуретики (16,1%) обладают низкой антигипертензивной активностью, а наличие более новых и современных антигипертензивных препаратов (39,1%) других групп делает их использование нецелесообразным. На самом деле терапия диуретиками является высокоэффективным методом лечения АГ. В отношении этих препаратов накоплен самый большой опыт их применения. Диуретики уменьшают объем циркулирующей плазмы крови, ударный объем сердца, повышают растяжимость крупных артерий. Считается, что тиазидные диуретики в низких дозах являются препаратами первой линии при терапии АГ. Положительное влияние, высокая эффективность при АГ доказаны в отношении и гидрохлортиазида, и хлороталидона, и индапамида. Очень важным моментом является тот факт, что удалось показать эффективность и безопасность применения тиазидных диуретиков в низких дозах у пациентов с АГ и СД. Но еще более существенными представляются результаты исследований, показавших, что так называемые новые гипотензивные препараты не имеют преимуществ по сравнению с диуретиками у целого ряда пациентов, в том числе у пожилых и больных с ИСАГ.

Диуретики являются очень важным компонентом комбинированной терапии. В качестве обоснования как можно более широкого использования диуретиков в составе комбинированной терапии приводятся данные о том, что при назначении нескольких препаратов происходит нейтрализация контррегуляторных механизмов и подавление рефлекторного ответа, вызываемого другой системой регуляции АД, что проявляется при сочетании диуретиков и блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Кроме того, в связи с тем что к комбинированной терапии предъявляется ряд требований, важно учитывать тот факт, что у препаратов должен быть различный и взаимодополняющий механизм действия, что также наблюдается при включении диуретиков в комбинированную терапию. В ряде исследований по АГ (в том числе LIFE, PROGRESS, VALUE, VAST и INCLUSIVE) оценивались эффекты комбинированной терапии при лечении пациентов с АГ. Во всех этих исследованиях комбинированная терапия включала в себя тиазидный диуретик. В исследованиях были подтверждены успехи от применения комбинированной терапии, в том числе от применения диуретиков, что обеспечивало достижение строгого контроля АД. В соответствии с требованиями к комбинированной терапии и основываясь на результатах исследований, в последних рекомендациях Европейского общества артериальной гипертензии (ЕОАГ) и Европейского общества кардиологов (ЕОК) 2007 г. были предложены наиболее эффективные комбинации антигипертензивных препаратов: тиазидный диуретик и ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ); тиазидный диуретик и блокатор рецептора ангиотензина (БРА); антагонист кальция и ИАПФ; антагонист кальция и БРА; антагонист кальция и тиазидный диуретик; β-блокатор и антагонист кальция (дигидропиридиновый). В большинстве этих комбинаций присутствует тиазидный диуретик. Интересно, что при госпитализации пациентов наблюдали совершенно другую тактику. В отличие от амбулаторной практики в условиях стационара отмечена высокая частота многокомпонентной комбинированной терапии и частое использование тиазидных диуретиков.

Таким образом, в исследовании АРГУС-2 выявлены главные препятствия достижения АД в амбулаторных условиях. Как отмечают Ж.Д.Кобалава и соавт. (2007 г.) в статье по итогам программы АРГУС-2, факторами, определяющими достижение контроля АД, являлись число антигипертензивных препаратов, назначение тиазидного диуретика и число визитов в поликлинику.

Результаты использования Арифона ретард в терапии пациентов с АГ по программе АРГУС-2

Практический этап программы АРГУС-2 заключался в изучении эффективности и переносимости тиазидного диуретика Арифона ретард в моно- и комбинированной терапии для достижения целевого АД. Успешные результаты таких исследований, как LIVE, NESTOR, NATIVE и др., продемонстрировали большие возможности Арифона ретард не только в отношении снижения АД, но и в воздействии на органы-мишени.

В исследование включали пациентов старше 18 лет с ранее недостаточной эффективной или плохо переносимой монотерапией или недостаточно эффективной комбинированной терапией без диуретика. Заключение о наличии у пациентов трудноконтролируемой АГ делали в случае наличия хотя бы одного из следующих факторов: ИСАГ, СД типа 2, метаболический синдром по критериям АТР III, хроническая нефропатия (креатинин сыворотки у мужчин 133–220 мкмоль/л, у женщин 124–220 мкмоль/л и/или расчетная скорость клубочковой фильтрации 40–60 мл/мин, и/или альбуминурия/протеинурия более

300 мг/сут). В исследование не включали пациентов с АД >180/110 мм рт. ст., вторичной или злокачественной АГ, уровнем гипокалиемии ниже 3,4 ммоль/л, подагрой, перенесших инфаркт миокарда или инсульт в течение 6 мес до включения в исследование, с сердечной недостаточностью III–IV функционального класса по NYHA, креатинином сыворотки более 220 мкмоль/л, ортостатической гипотонией (снижение САД >20 мм рт. ст. или ДАД >10 мм рт. ст. при переходе в вертикальное положение), а также другой тяжелой сопутствующей патологией или анамнезом непереносимости индапамида и других производных сульфонамидов. В исследование не включали женщин в период беременности и лактации.

Арифон ретард мог быть назначен как монотерапия, замена монотерапии, дополнение к недостаточно эффективной монотерапии, дополнение к недостаточно эффективной комбинированной терапии без тиазидного диуретика независимо от количества антигипертензивных препаратов. Длительность наблюдения составила 3 мес, в течение которых пациент посещал врача 4 раза с интервалом 1 мес. Определено целевое АД <140/<90 мм рт. ст. у всех пациентов и <130/<80 мм рт. ст. при наличии СД типа 2 или хронической нефропатии.

В исследование были включены 1438 пациентов в возрасте от 19 до 87 лет, из них 84% имели высокий/очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Завершили исследование 1399 (97,3%) больных. Частота выявления нежелательных эффектов составила 6,7%.

В результате проведенного исследования в данной группе пациентов выявлено существенное и достоверное снижение САД, ДАД и пульсового давления – ПД (рис. 3). Это привело к тому, что частоту контроля АД удалось повысить до 84,5% (рис. 4). Эти данные согласуются с результатами исследования NATIVE со сходным дизайном. В этом исследовании участвовали 2050 пациентов (средний возраст 51 год) с неконтролируемой АГ (>140/90 мм рт. ст.), которые уже получали антигипертензивную монотерапию ИАПФ, β-блокатором, блокатором кальциевых каналов или БРА. Пациенты получали Арифон ретард 1 раз в день в течение 3 мес в добавление к уже принимаемому препарату. После 3 мес уровень САД и ДАД снизился в среднем на 34 и 18 мм рт. ст. соответственно. В общем, у 91% пациентов были достигнуты целевые цифры АД (<140/90 мм рт. ст.) с незначительным количеством побочных эффектов (у 1,5% пациентов).

В исследовании АРГУС-2 наибольшую степень снижения АД наблюдали в группе пациентов, у которых Арифон ретард был добавлен к монотерапии или комбинированной терапии, т.е. в тех случаях, когда пациент получал комбинацию препаратов. Так, в нашем центре после 3 мес лечения степень снижения САД в этих группах составила в среднем 32 и 43 мм рт. ст. соответственно (рис. 5).

Еще одним важным результатом практической части программы АРГУС являлось определение возможности снижения АД до целевого уровня в группах пациентов с ассоциированными состояниями и ИСАГ. Так как определение группы больных для проведения исследования АГ подразумевало не только недостаточную эффективность предшествующей антигипертензивной терапии, но и наличие у пациентов таких ассоциированных состояний, как СД, хроническая нефропатия, метаболический синдром, а также ИСАГ, представлял интерес анализ возможностей достижения целевого АД при включении в терапию Арифона ретард у данных пациентов. Оказалось, что частота достижения целевого АД при СД и нефропатии превышает 70%, а при метаболическом синдроме – 80%, что можно считать очень высоким результатом. Удалось показать, что наибольшая частота достижения целевых цифр АД может быть получена в группе пациентов с ИСАГ. Отношение к ИСАГ еще в недавнем прошлом было более спокойным, чем к систолодиастолической гипертензии. Тяжесть АГ традиционно связывалась с увеличением ДАД, и именно это определяло врачебный подход к пожилым

пациентам. В настоящее время устаревшие представления о подходах к пожилым больным с ИСАГ пересмотрены. Целесообразность лечения ИСАГ у пожилых больных больше не вызывает сомнений. Наиболее отчетливо это было показано во Фрамингемском исследовании, Копенгагенском исследовании, исследовании MRFIT и некоторых др. На сегодняшний день имеются отчетливые представления о том, что риск мозгового инсульта, ИБС и инфаркта миокарда более тесно связан с САД, чем с ДАД, хотя снижение САД является значительно более сложной задачей, чем снижение ДАД.

Таким образом, результаты исследования показали, что применение Арифона ретард, особенно в составе комбинированной терапии, позволяет существенно улучшить контроль АГ у пациентов высокого риска с трудноконтролируемой АГ, что может быть использовано в реальной клинической практике.

Литература
1. Кобалава ЖД., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. и др. от имени исследователей АРГУС-2. Пути улучшения контроля артериальной гипертонии. Основные результаты российской научно-практической программы АРГУС-2. Клин. фармакол. и тер. 2007; 2: 1–8.
2. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации ВНОК (второй пересмотр). Кардиоваскул. тер. и профилактика. Прил. М., 2004.
3. Шальнова С.А. Эпидемиология артериальной гипертензии. В кн.: Руководство по артериальной гипертонии. Под ред. Е.И.Чазова и И.Е.Чазовой. М.: Медиа Медика, 2005; 79–94.
4. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21: 1011–53.
5. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007; 25: 1105–87.
6. Akram J. Antihypertensive efficacy of indapamide sr in hypertensive patients uncontrolled with a background therapy: the NATIVE study. J Hypertens 2006; 24 (Suppl. 4): S93.
7. Cardivascular Trials Review. Ninth Edition. Editors: R.A.Kloner, Y.Birnbaum. Le Jacq, 2004.
8. Dahlof B, Kjeldsen SE, Kristinsson A et al. ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendoflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomized controlled trial. Lancet 2005; 366: 895–906.
9. Hanson L, Zanchetti A, Carruthers SG et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment randomized trial. Lancet 1998; 351: 1755–62.

Сравнительная эффективность эпросартана и эналаприла у больных артериальной гипертонией

И.В.Осипова, О.Н.Антропова, Е.И.Кузнецова*, Н.А. Лобанова
Кафедра факультетской терапии Алтайского государственного медицинского университета,
*НУЗ Отделенческая клиническая больница на станции Барнаул ОАО "РЖД"

Артериальная гипертония (АГ) является одной из наиболее важных медицинских и социальных проблем не только в России, но и во всем мире в силу широкого распространения и возможных осложнений. В России АГ занимает первое место по вкладу в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1]. В структуре смертности основные осложнения АГ – мозговой инсульт и ишемическая болезнь сердца (ИБС) – составляют 64,5 и 26,6% соответственно среди всех ССЗ [2].

Работники локомотивных бригад являются группой повышенного риска развития АГ, это обусловлено высоко стрессовой профессией, которая сочетает ряд вредных экзогенных факторов, а кроме того, приводит к изменению пищевого поведения, курению, злоупотреблению алкоголем [3, 4]. Медикаментозное лечение этой категории больных следует назначать с учетом воздействия на профессионально значимые психофизиологические функции. Исследование LOSO, выполненное под руководством А.З.Цфасмана, показало безопасность эпросартана (Теветен), который не вызывает снижения концентрации внимания и нарушения других профессиональных качеств у машинистов локомотивов.

Следует учитывать и хронический стресс, который наряду с генетическими и приобретенными факторами принимает определенное участие в возникновении и/или прогрессировании АГ. В этом случае центральное звено отведено повышенной активности симпатоадреналовой нервной системы, ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Учитывая способность эпросартана блокировать РААС и пресинаптические $АТ_1$-рецепторы, отвечающие за возбуждение симпатической нервной системы, этот препарат был выбран нами для исследования [5].

Целью исследования явилась сравнительная оценка влияния гипотензивной монотерапии с использованием эпросартана и эналаприла на наиболее значимые показатели суточного профиля артериального давления АД (с учетом их прогностической значимости) у работников локомотивных бригад с АГ.

Материалы и методы

Критериями включения в исследование были: установленный диагноз АГ, профессия машиниста локомотива. В исследование не включали пациентов с симптоматической гипертонией, 3-й стадией гипертонической болезни. Обследованы 66 работников локомотивных бригад с АГ 1–2-й степени, риском 2–3 (ВОЗ/МОАГ-2003, ВНОК-2004), в возрасте 40–45 лет (средний возраст 43,2±0,8 года). Среди включенных в исследование 10 (15%) больных имели 1-ю степень АГ, 51 (85%) – 2-ю. Большинство (91%) пациентов имели высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, остальные 9% больных – умеренный риск. АГ впервые диагностирована в возрасте 38,4±0,8 года, длительность ее составляла 4,8±0,6 года; средний стаж работы в составе локомотивной бригады – 20,3±0,9 года. Ранний наследственный анамнез сердечно-сосудистой патологии выявлен у 82% пациентов. Среди обследованных 80% курили, у 84% больных отмечен абдоминальный тип ожирения.

Обследованные пациенты имели высокую частоту поражения органов-мишеней: признаки гипертрофии левого желудочка выявлены на основании эхокардиографии (ЭхоКГ) у 91%, утолщение интима-медиа сонных артерий – у 85% пациентов.

Пациенты были рандомизированы на 2 группы в зависимости от назначенной монотерапии: 1-я группа – 34 пациента, которым был назначен эпросартан (Теветен®, "Solvay Pharma", Нидерланды) в дозе 600 мг/сут; 2-я группа – 32 пациента, которым был назначен эналаприл (Берлиприл®, "Berlin Hemi", Германия; Энап®, "KRKA", Словения; Эналаприл, "Hemofarm", Югославия) с титрованием дозы от 11,0±0,9 до 12,0±1,0 мг/сут. Наряду с общеклинически-