

ОГЛЯД АКТУАЛЬНИХ НАУКОВИХ РОБІТ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ **ЕНАЛАПРИЛ**

ЗМІСТ

1. Еналаприл перевершував лізиноприл у покращенні ендотеліальної функції без різниці в ефективності зниження артеріального тиску у вперше виявлених гіпертоніків
2. Вплив еналаприлу на жорсткість артерій у жінок з ревматоїдним артритом: рандомізоване клінічне дослідження

Еналаприл перевершував лізиноприл у покращенні ендотеліальної функції без різниці в ефективності зниження артеріального тиску у вперше виявлених гіпертоніків

Enalapril Is Superior to Lisinopril in Improving Endothelial Function without a Difference in Blood–Pressure–Lowering Effects in Newly Diagnosed Hypertensives

by Attila Nagy ¹ , Réka Májer ^{2,3} , Judit Boczán ² , Sándor Sipka, Jr. ⁴ , Attila Szabó ⁵ , Enikő Edit Enyedi ⁵ , Ottó Tatai ⁵ , Miklós Fagyas ^{4,5} , Zoltán Papp ⁵ , László Csiba ^{2,3,†}  and Attila Tóth ^{5,*†} 

ПОСИЛАННЯ НА ОРИГІНАЛ ПУБЛІКАЦІЇ

Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) є основними препаратами, які вибирають для лікування різних серцево-судинних захворювань, таких як артеріальна гіпертензія. Хоча останні рекомендації не роблять відмінностей між різними ІАПФ, існують суттєві фармакологічні відмінності.

Мета

У проспективному дослідженні перевіряли, чи впливає ліпофільність на ефективність ІАПФ при їх застосуванні як першої терапії у щойно діагностованих пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Методи

У дослідженні оцінювали відмінності у серцево-судинній ефективності гідрофільного лізиноприлу ($8,3 \pm 3,0$ мг/день) та ліпофільного еналаприлу ($5,5 \pm 2,3$ мг/день) ($n = 59$ пацієнтів). Серцево-судинні параметри визначалися за допомогою сонографії (дилатація, опосередкована потоком (FMD) у плечовій артерії, товщина інтимо-медіа сонної артерії),

Дослідження 1: Еналаприл перевершував лізиноприл у покращенні ендотеліальної функції без різниці в ефективності зниження артеріального тиску у вперше виявлених гіпертоніків

24-годинного амбулаторного моніторингу артеріального тиску (периферичний артеріальний тиск) та артеріографії (артеріальний тиск в аорті, індекс підвищення та швидкість поширення пульсової хвилі) до та після початку терапії іАПФ.

Результати

Як еналаприл, так і лізіноприл знижували артеріальний тиск. Однак лізіноприл не зміг покращити функцію ендотелію артерій (відсутність ефектів на FMD) у порівнянні з еналаприлом. Покращення функції ендотелію артерій під впливом еналаприлу (FMD) позитивно корелювало з його ефектом зниження артеріального тиску. Навпаки, не було кореляції між зниженням систолічного артеріального тиску та FMD у випадку лікування лізіноприлом.

Висновок

Ефекти зниження артеріального тиску препаратами іАПФ не залежать від їхньої ліпофільності. Водночас ефекти інгібіції АПФ на функцію ендотелію артерій пов'язані з ліпофільністю: гідрофільний лізіноприл не зміг покращити, тоді як ліпофільний еналаприл суттєво покращив функцію ендотелію. Крім того, ефекти на артеріальний тиск і функцію ендотелію не корелювали у пацієнтів, які лікувалися лізіноприлом, що вказує на різні механізми регуляції артеріального тиску та функції ендотелію при терапії іАПФ.

Дослідження 1: Еналаприл перевершував лізіноприл у покращенні ендотеліальної функції без різниці в ефективності зниження артеріального тиску у вперше виявлених гіпертоніків

Вплив еналаприлу на жорсткість артерій у жінок з ревматоїдним артритом: рандомізоване клінічне дослідження

Enalapril Influence on Arterial Stiffness in Rheumatoid Arthritis Women: A Randomized Clinical Trial

[Felipe Perez-Vazquez](#),¹ [Magnus Bäck](#),² [Efrain Chavarria-Avila](#),^{1,3,4} [Eduardo Gomez-Bañuelos](#),⁴
[Carlos G. Ramos-Becerra](#),^{5,6} [Óscar Pizano-Martínez](#),^{1,7} [Mario Salazar-Páramo](#),^{6,7} [Fernando Grover-Páez](#),^{5,6}
[Arnulfo H. Nava-Zavala](#),^{6,7,8} [Ernesto G. Cardona-Muñoz](#),^{5,6} [David Cardona-Müller](#),^{5,6} [Sergio Duran-Barragán](#),^{1,4,9}
[Valeria N. Mera-Riofrio](#),¹ [Natalia Prado-Bachega](#),¹ and [Monica Vazquez-Del Mercado](#)^{1,4,9,*}

ПОСИЛАННЯ НА ОРИГІНАЛ ПУБЛІКАЦІЇ

Порушення серцево-судинних параметрів можна виявити у пацієнтів на ранніх стадіях ревматоїдного артриту (РА). Основною кінцевою точкою цього дослідження було зниження жорсткості артерій у пацієнтів з РА без традиційних серцево-судинних факторів ризику або попередніх супутніх захворювань, яке вимірювали за допомогою кардіо-гомількового судинного індексу (CAVI) на фоні лікування еналаприлом. Вторинні кінцеві точки включали вплив еналаприлу на швидкість поширення пульсової хвилі по сонно-стегновій артерії (cfPWV), товщину комплексу інтима-медіа сонної артерії (cIMT), розтяжність сонної артерії (cDistensibility), модуль Юнга (Einc).

Матеріали та методи

У клінічному, рандомізованому, закритому дослідженні взяли участь п'ятдесят три пацієнти. Суб'єкти були випадково розподілені на дві групи: одна отримувала 5 мг еналаприлу (27 осіб) або плацебо (26 осіб), обидва двічі на день. Препарат був придбаний у Victory Enterprises®. Плацебо було люб'язно надано Університетом Гвадалахари (UdeG), а також було забезпечено осліплення учасників у дві групи: А та Б. Еналаприл та плацебо були розфасовані в пляшки без маркування.

Дослідження 2: Вплив еналаприлу на жорсткість артерій у жінок з ревматоїдним артритом: рандомізоване клінічне дослідження

Клінічне обстеження включало структуровану анкету для збору демографічних і клінічних змінних, а також визначення CAVI, cfPWV, cIMT, розтяжності сонної артерії та Einc. Весь набір оцінок аналізували на початковому етапі та через 12 тижнів втручання.

Результати

Значення CAVI на початковому етапі становило $7,1 \pm 1,4$ і зросло до $7,5 \pm 1,2$ через 12 тижнів. Тим часом у групі еналаприлу значення становили: $7,4 \pm 1,2$, а на кінець втручання знизилося до $7,1 \pm 0,9$. У групі втручання з еналаприлом було виявлено зниження дельта CAVI на 0,21. На противагу цьому, у групі плацебо спостерігалось збільшення на 0,39. Зниження дельта CAVI не залежало від віку або периферичного систолічного артеріального тиску (pSBP).

Обговорення

Еналаприл, здається, ефективний у зниженні CAVI у пацієнтів з РА. Ефект втручання з еналаприлом на жорсткість артерій, перенесений у клінічний контекст, можна трактувати як зменшення віку артерій на 6,4 роки.