



# Современные подходы к лечению артериальной гипертензии и профилактике нарушений когнитивных функций и инсульта

*Артериальная гипертензия – одна из наиболее частых причин развития острой сердечной недостаточности и инсульта. В рамках осенней сессии научно-практической конференции «Кардионеврология-2023. Две столицы» прозвучали выступления ведущих российских экспертов, посвященные современным подходам к лечению артериальной гипертензии у полиморбидного пациента в свете профилактики сосудистых катастроф и нарушений когнитивных функций.*

## Когнитивные нарушения у пожилых пациентов с артериальной гипертензией

Заведующая кафедрой терапии и полиморбидной патологии им. акад. М.С. Вовси Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, председатель секции «Кардионеврология» Российского кардиологического общества, д.м.н., профессор Ольга Дмитриевна ОСТРОУМОВА рассмотрела проблемы развития когнитивных нарушений у пожилых пациентов с артериальной гипертензией (АГ), а также представила данные о влиянии антигипертензивной терапии на состояние когнитивных функций. Она подчеркнула, что сегодня в мире стремительно увеличивается количество лиц с деменцией. Это связано прежде всего с увеличением продолжительности жизни населения, особенно в развитых странах. Среди причин деменции у пожилых на первом месте стоит болезнь Альцгеймера, на втором – сосудистая деменция. Нередко у больных деменцией наблюдается сочетание болезни Альцгеймера и сосудистой деменции, а также деменции с тельцами Леви. Подходы к лечению пациентов старшего возраста напрямую

зависят от возрастных особенностей и наличия/отсутствия коморбидных заболеваний. Согласно современной классификации, возраст 60–74 лет считается пожилым, 75–89 – старческим, от 90 и выше – возрастом долгожителей. При выборе терапии нарушений когнитивных функций у пациентов с АГ старшего возраста следует учитывать наличие гериатрического синдрома, в частности синдрома старческой астении, преастении.

К факторам риска развития когнитивных нарушений и деменции в пожилом возрасте относят:

- ✓ травматическое повреждение мозга;
- ✓ ожирение в среднем возрасте;
- ✓ АГ в среднем возрасте;
- ✓ курение;
- ✓ депрессию;
- ✓ нарушения сна;
- ✓ дислипидемию.

Выделяют следующие факторы антириска: высокий уровень образования, физическую активность, соблюдение средиземноморской диеты, когнитивный тренинг, умеренное потребление алкоголя, социальную активность<sup>1</sup>.

Особый интерес вызывает связь между АГ и риском развития когнитивных нарушений и деменции у лиц пожилого и старческого возраста. По данным исследований, АГ в среднем возрасте ассоциируется с риском деменции независимо от уровня артериального давления (АД) в более позднем периоде жизни. Установлено, что у больных АГ в среднем и позднем возрасте по сравнению с пациентами с нормальным уровнем АД отмечается повышенный риск развития последующей деменции<sup>2</sup>.

Таким образом, необходимо предпринимать своевременные меры по снижению риска развития деменции. Речь прежде всего идет о назначении рациональной антигипертензивной терапии пациентам с АГ.

В систематическом обзоре и мета-анализе 209 проспективных исследований оценивали влияние уровня АД на риск развития когнитивных расстройств<sup>3</sup>. Показано, что уровень АД в среднем периоде жизни – сильный предиктор когнитивных нарушений в дальнейшем. Повышенный риск деменции связан с наличием в среднем возрасте АГ, высокого уровня систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), избыточного изменения ДАД. В част-

<sup>1</sup> Baumgart M., Snyder H.M., Carrillo M.C., et al. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: a population-based perspective. *Alzheimers Dement.* 2015; 11 (6): 718–726.

<sup>2</sup> Walker K.A., Sharrett A.R., Wu A., et al. Association of midlife to late-life blood pressure patterns with incident dementia. *JAMA.* 2019; 322 (6): 535–545.

<sup>3</sup> Ou Y.N., Tan C.C., Shen X.N., et al. Blood pressure and risks of cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of 209 prospective studies. *Hypertension.* 2020; 76 (1): 217–225.

ности, уровень САД  $\geq 130$  мм рт. ст. свидетельствует о повышении риска когнитивных нарушений и деменции на 34%, а уровень ДАД  $> 90$  мм рт. ст. ассоциируется с увеличением риска развития болезни Альцгеймера на 51%.

Чем дольше у пациента существует изолированная систолическая АГ, тем хуже его когнитивное здоровье. Повышение пульсовой волны – фактор риска развития когнитивных нарушений и деменции<sup>4</sup>.

Как отметила докладчик, АГ влияет на патогенетические звенья формирования когнитивных нарушений как сосудистого, так и нейродегенеративного типа.

Развитие когнитивных нарушений, деменции обусловлено нарастанием жесткости сосудистой стенки и скорости пульсовой волны. Результаты исследований свидетельствуют о том, что ригидность аорты служит потенциально модифицируемым фактором риска когнитивных нарушений и деменции<sup>5</sup>.

В ряде исследований доказана роль сосудистых факторов риска в развитии деменции и болезни Альцгеймера. Показано, что изменения в сосудах головного мозга могут способствовать прогрессированию снижения когнитивных функций и развитию хронического нейродегенеративного процесса<sup>6</sup>.

Установлено, что ассоциация между деменцией и уровнем САД исчезает у пациентов после 70 лет. Так, в одном из исследований связь между обычным САД и риском со-

судистой деменции уменьшалась с возрастом и отсутствовала у пациентов в возрасте 71–90 лет<sup>7</sup>.

Исследователи оценивали связь между различными показателями АД у пациентов в возрасте 85 лет и будущим снижением физических и когнитивных функций. В среднем за участниками наблюдали в течение 3,2 года. У пациентов 85 лет и старше более высокий уровень САД был связан с устойчивостью к когнитивному снижению к 90 годам<sup>8</sup>.

По словам профессора О.Д. Остроумовой, сегодня нормальными показателями уровня АД у взрослых лиц независимо от возраста считается уровень менее 140/90 мм рт. ст. при измерении на приеме у врача. По данным измерения уровня АД в домашних условиях (не медработником), показатели нормы ниже – менее 135/85 мм рт. ст. Для лиц в возрасте 80 лет и старше, у которых впервые диагностирована АГ, старт антигипертензивной терапии показан с уровня АД 160/90 мм рт. ст.

Следует отметить, что еще одним фактором риска развития когнитивных нарушений у пожилых является ортостатическая гипотония. В метаанализе пяти проспективных исследований показано, что ортостатическая гипотония положительно коррелирует с общей распространенностью деменции, а также может способствовать развитию болезни Альцгеймера и сосудистой деменции<sup>9</sup>.

Таким образом, ведение пожилых пациентов с АГ должно включать регулярную оценку когнитивных функций, контроль уровня АД и ортостатической гипотонии. Чрезмерного снижения уровня АД следует избегать, при этом необходимо использовать оптимальные схемы антигипертензивной терапии.

Рациональная антигипертензивная терапия способна тормозить развитие когнитивных нарушений и деменции.

По данным метаанализа 12 рандомизированных клинических исследований с участием 96 158 пациентов (средний возраст – 69 лет), снижение уровня АД с помощью антигипертензивных средств по сравнению с контролем достоверно связано с более низким риском развития деменции или когнитивных нарушений<sup>10</sup>.

Накоплены данные о влиянии антигипертензивных препаратов разных групп на снижение риска развития деменции у пожилых больных АГ. К антигипертензивным препаратам, наиболее эффективным в снижении риска развития деменции и когнитивных нарушений, относят сартаны, антагонисты кальция и диуретики. В метаанализе восьми рандомизированных клинических исследований и 52 проспективных исследований показано, что препараты класса сартанов и антагонистов кальция наиболее достоверно снижают риск развития сосудистых когнитивных нарушений и деменции<sup>11</sup>.

<sup>4</sup> Li C., Zhu Y., Ma Y., et al. Association of cumulative blood pressure with cognitive decline, dementia, and mortality. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2022; 79 (14): 1321–1335.

<sup>5</sup> Pase M.P., Beiser A., Himali J.J., et al. Aortic stiffness and the risk of incident mild cognitive impairment and dementia. *Stroke.* 2016; 47 (9): 2256–2261.

<sup>6</sup> Sagare A.P., Bell R.D., Zlokovic B.V. Neurovascular dysfunction and faulty amyloid  $\beta$ -peptide clearance in Alzheimer disease. *Cold Spring Harb. Perspect. Med.* 2012; 2 (10): a011452.

<sup>7</sup> Emdin C.A., Rothwell P.M., Salimi-Khorshidi G., et al. Blood pressure and risk of vascular dementia: evidence from a primary care registry and a cohort study of transient ischemic attack and stroke. *Stroke.* 2016; 47 (6): 1429–1435.

<sup>8</sup> Sabayan B., Oleksik A.M., Maier A.B., et al. High blood pressure and resilience to physical and cognitive decline in the oldest old: the Leiden 85-plus Study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2012; 60 (11): 2014–2019.

<sup>9</sup> Min M., Shi T., Sun C., et al. The association between orthostatic hypotension and dementia: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2018; 33 (12): 1541–1547.

<sup>10</sup> Hughes D., Judge C., Murphy R., et al. Association of blood pressure lowering with incident dementia or cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2020; 323 (19): 1934–1944.

<sup>11</sup> Larsson S.C., Markus H.S. Does treating vascular risk factors prevent dementia and Alzheimer's disease? A systematic review and meta-analysis. *J. Alzheimers Dis.* 2018; 64 (2): 657–668.



Блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), или сартаны, – уникальные антигипертензивные препараты с церебропротективным действием. Данные многочисленных исследований указывают на высокий потенциал БРА в снижении риска развития деменции по АД-зависимым и АД-независимым механизмам. Применение БРА ассоциируется с улучшением кровотока, связанным со снижением уровня АД, уменьшением секреции бета-амилоида в нейронах и вероятности формирования высокомолекулярных бета-амилоидных олигомерных белков, повышением высвобождения ацетилхолина, сохранением АПФ-опосредованной деградации бета-амилоида<sup>12-14</sup>. Представителем класса сартанов является кандесартан. На фармацевтическом рынке представлен кандесартан Ангиаканд (Канонфарма продакшн). Препарат оказывает вазодилатирующее, гипотензивное и диуретическое действие. Кроме того, Ангиа-

канд (кандесартан) характеризуется необратимым и самым длительным связыванием с АТ1-рецепторами среди сартанов, что коррелирует с длительностью его действия. Благодаря длительному периоду полувыведения кандесартан обеспечивает надежный контроль АД, эффективно и плавно снижая уровень АД без резких колебаний. Кроме того, доказан ангиатеросклеротический эффект кандесартана. По данным исследований, добавление кандесартана к статинотерапии способствует уменьшению общей площади поражения коронарных артерий и нисходящего отдела грудной аорты<sup>15</sup>. Препарат Ангиаканд биоэквивалентен оригинальному кандесартану. Результаты, подтверждающие эффективность кандесартана у пациентов пожилого возраста с умеренной АД, получены в проспективном рандомизированном двойном слепом многоцентровом параллель-

ном исследовании SCOPE. Участники исследования были рандомизированы на группу кандесартана и контрольную группу, пациентам которой назначали антигипертензивные препараты других классов. Установлено, что кандесартан обеспечивает достоверное снижение риска нефатального мозгового инсульта на 28% и в отличие от других антигипертензивных препаратов снижает риск мозгового инсульта у больных с изолированной систолической АД на 42%. В группе кандесартана зафиксировано значимое снижение риска нелетальных сосудистых катастроф на 28%<sup>16</sup>. В заключение профессор О.Д. Остроумова подчеркнула, что применение современных и эффективных антигипертензивных препаратов у пациентов с АД пожилого и старческого возраста позволяет замедлить прогрессирование когнитивного дефицита и улучшить когнитивные функции.

### Клинический разбор полиморбидного пациента с ишемической болезнью сердца – фокус на профилактику инсульта

Доцент кафедры терапии и полиморбидной патологии им. акад. М.С. Вовси Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, к.м.н. Алексей Иванович КОЧЕТКОВ отметил, что в клинической практике часто встречаются пациенты с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией. В частности, ишемическая болезнь сердца (ИБС) и АД нередко сочетаются, взаимно потенцируют друг друга и приводят к повышению риска инсульта. В рутинной практике перед клиницистами часто встает вопрос, какую персонализирован-

ную терапию подобрать при таком сочетании заболеваний? Докладчик представил современный подход к лечению полиморбидного пациента и профилактике инсульта на примере клинического случая пациента с ИБС.

*Пациент, 57 лет.* В октябре 2023 г. обратился к врачу-терапевту поликлиники по поводу головной боли, слабости, приступов сжимающей боли за грудиной на протяжении последних двух-трех месяцев на фоне физической нагрузки (при ходьбе на расстояние свыше 500 м). С 2014 г. страдает АД, в 2017 г. ди-

агностирована ИБС. В 2018 г. выполнено чрескожное коронарное вмешательство – ангиопластика и стентирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Настоящие жалобы связывает в основном с повышением уровня АД. При самостоятельном измерении уровень АД около 150/90 мм рт. ст. Нерегулярно принимает препараты из группы БРА – олмесартан 10 мг/сут, ацетилсалициловую кислоту (АСК). В 2019 г. пациент перенес транзиторную ишемическую атаку. В возрасте 42 лет у него диагностирован сахарный диабет 2-го типа, принимает метформин и инъекционно агонист глюкагоноподобного пептида 1-го типа семаглутид. Несмо-

<sup>12</sup> Ozacmak V.H., Sayan H., Cetin A., Akyildiz-Igdem A. AT1 receptor blocker candesartan-induced attenuation of brain injury of rats subjected to chronic cerebral hypoperfusion. *Neurochem. Res.* 2007; 32 (8): 1314–1321.

<sup>13</sup> Wang J., Ho L., Chen L., et al. Valsartan lowers brain beta-amyloid protein levels and improves spatial learning in a mouse model of Alzheimer disease. *J. Clin. Invest.* 2007; 117 (11): 3393–3402.

<sup>14</sup> Kehoe P.G., Wilcock G.K. Is inhibition of the renin-angiotensin system a new treatment option for Alzheimer's disease? *Lancet Neurol.* 2007; 6 (4): 373–378.

<sup>15</sup> Suzuki T., Nozawa T., Fujii N., et al. Combination therapy of candesartan with statin inhibits progression of atherosclerosis more than statin alone in patients with coronary artery disease. *Coron. Artery Dis.* 2011; 22 (5): 352–358.

<sup>16</sup> Lithell H., Hansson L., Skoog I., et al. The Study on Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE): principal results of a randomized double-blind intervention trial. *J. Hypertens.* 2003; 21 (5): 875–886.

тря на отягощенный анамнез, пациент курит по полпачки сигарет в день на протяжении 15 лет. Алкоголь не употребляет. В аллергоанамнезе непереносимость антагонистов кальция – отеки лодыжек и стоп.

При осмотре выявлена избыточная масса тела: индекс массы тела 26,6 кг/м<sup>2</sup>. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 64 уд/мин в покое. Уровень АД на приеме – 147/90 мм рт. ст. Отсутствие контроля уровня АД на фоне антигипертензивной терапии.

Клинический анализ крови и мочи – без патологии. Скорость клубочковой фильтрации – 63 мл/мин. Уровни общего холестерина – 7,2 ммоль/л, холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) – 4,3 ммоль/л, холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) – 1,2 ммоль/л, триглицеридов – 2,1 ммоль/л, креатинфосфокиназы (КФК) – 104 МЕ/мл.

Выполнена электрокардиография (ЭКГ): типичные признаки стабильной ИБС. Ритм синусовый с ЧСС 81 в минуту, горизонтальная электрическая ось сердца. Изменения в миокарде по ишемическому типу в миокарде переднеперегородчатой, передней, верхушечной и боковой области левого желудочка. По данным эхокардиографии, концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Глобальная систолическая функция левого желудочка сохранена (фракция выброса – 59%). Зоны нарушения локальной сократимости достоверно не определены. Митральная регургитация 1-й степени, трикуспидальная регургитация 1–2-й степени. Диастолическая дисфункция левого желудочка по первому типу. Признаков легочной гипертензии не выявлено.

Пациенту выполнено триплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Установлено наличие атеросклероза внечерепных отделов магистральных артерий головы

без гемодинамически значимых стенозов. Утолщение комплекса «интима – медиа» общей сонной артерии билатерально. Кровоток по каротидным артериям на экстракраниальном уровне сохранен.

Пациенту проведено суточное мониторирование АД (СМАД). Выявлена систоло-диастолическая АГ в течение суток. Суточный профиль САД и ДАД нарушен по типу «недостаточная степень снижения уровня АД в ночное время» (нон-диппер тип). Повышены величина и скорость утреннего подъема уровня САД, а также среднесуточное пульсовое АД.

Заключительный диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II функционального класса. В анамнезе чрескожное коронарное вмешательство. Гипертоническая болезнь III стадии, неконтролируемая АГ (очень высокий риск – 4). Целевые значения АД: 120–129/70–79 мм рт. ст. Сахарный диабет 2-го типа (целевой уровень гликированного гемоглобина < 7,5%). Транзиторная ишемическая атака (2019 г.).

Как отметил А.И. Кочетков, наличие ИБС, неконтролируемой АГ, сахарного диабета 2-го типа у пациента существенно повышает риск развития инсульта и сердечно-сосудистого прогноза в целом.

Стратегия лечения пациента должна включать меры по профилактике инсульта. Прежде всего пациенту рекомендовано изменение образа жизни: снижение массы тела, дозированные физические нагрузки, низкокалорийная диета с ограничением потребления животных жиров, жареной пищи, легкоусвояемых углеводов, соли, а также отказ от курения.

В качестве комплексной фармакотерапии пациенту назначены бисопролол 5 мг/сут, Ангиаканд (кандесартан) 8 мг/сут вместо ранее принимаемого олмесартана, аторвастатин 80 мг/сут. Пациенту реко-

мендовано продолжать в качестве антиагрегантной терапии прием АСК 75 мг/сут и сахароснижающей терапии.

В исследованиях достоверно показано, что эффективным методом профилактики инсульта, особенно у пациентов с эпизодом острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, является антиагрегантная терапия с использованием АСК.

Кроме того, высокоинтенсивная статинотерапия снижает сердечно-сосудистые события у пациентов высокого риска с АГ и сахарным диабетом. В исследовании ASCOT в группе пациентов высокого сердечно-сосудистого риска на фоне терапии аторвастатином риск инсульта снизился на 33%<sup>17</sup>. Докладчик подчеркнул, что одним из наиболее важных направлений профилактики сердечно-сосудистых событий у пациентов является достижение оптимального контроля уровня АД. Так, метаанализ данных 61 проспективного обсервационного исследования показал, что уменьшение среднего уровня САД даже на 2 мм рт. ст. обеспечивает снижение риска смерти от инсульта на 10%<sup>18</sup>.

Результаты многих клинических исследований подтверждают, что сартаны оказывают церебропротективное действие за пределами снижения уровня АД. Эффективным методом профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений, в том числе инсульта, у пациентов с АГ является применение кандесартана. Способность кандесартана эффективно снижать риск инсульта показана в ряде клинических исследований. В исследовании SCOPE оценивали влияние кандесартана на сердечно-сосудистые исходы у пациентов с АГ по сравнению с другими антигипертензивными препаратами<sup>16</sup>.

<sup>17</sup> Sever P.S., Poulter N.R., Dahlöf B., et al. Reduction in cardiovascular events with atorvastatin in 2,532 patients with type 2 diabetes: Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – lipid-lowering arm (ASCOT-LLA). *Diabetes Care*. 2005; 28 (5): 1151–1157.

<sup>18</sup> Lewington S., Clarke R., Qizilbash N., et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002; 360 (9349): 1903–1913.



На фоне применения кандесартана существенно снижается уровень АД, а также риск фатального и нефатального инсульта. Отмечается также уменьшение риска инсульта у пациентов с изолированной систолической АГ.

К настоящему моменту накоплена большая доказательная база применения кандесартана (Ангиаканд) у полиморбидных пациентов с АГ. По данным исследований, препарат обладает выраженным длительным антигипертензивным действием и органопротективными свойствами. Кандесартан уменьшает микроальбуминурию, риск сердечно-сосудистых событий и инсульта, гипертрофию левого желудочка. Кандесартан – один из немногих сартанов, который может применяться у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Далее докладчик прокомментировал представленный клинический случай. При контрольном визите через две недели на фоне модификации антиангинальной и антигипертензивной терапии пациент отметил положительную динамику – повысилась работоспособность, улучшилась переносимость физических нагрузок, но сохранились приступы сжимающих болей за грудиной, которые теперь возникают при более интенсивных физических нагрузках (при быстрой ходьбе, подъеме в гору, подъеме по лестнице быстрым шагом на второй этаж). По данным офисного измерения, уровень АД – 123/75 мм рт. ст. ЧСС – 56 в минуту. Из-за непереносимости антагонистов кальция, невозможности назначить нитраты ввиду низкого уровня АД и невозможности увеличить дозу бисопролола на фоне брадикардии пациенту назначен препарат Депренорм® ОД 70 мг один раз в сутки с динамическим наблюдением через три недели. Депренорм® ОД (Канонфарма продакшн) – первый в России тримета-

тазидин с однократным приемом. Препарат Депренорм® ОД обеспечивает достоверное снижение количества приступов стенокардии, повышает переносимость физической нагрузки у больных ИБС и качество их жизни. При этом триметазидин не влияет на ангиодинамические показатели<sup>19</sup>. Важно, что препарат сочетает в себе удобство применения и доступную стоимость курсовой терапии.

Депренорм® ОД характеризуется высокой эффективностью и хорошим профилем безопасности в лечении пациентов с ИБС. Препарат Депренорм® ОД существенно улучшает состояние и прогноз пациентов с ИБС.

А.И. Кочетков подчеркнул, что препарат под торговым названием Депренорм® для персонализации терапии выпускается в форме таблеток в двух дозах – 70 и 35 мг. Препарат Депренорм® МВ 35 мг характеризуется доказанной терапевтической эквивалентностью оригинальному триметазидину МВ<sup>20</sup>. Депренорм® МВ 35 мг можно назначать пожилым пациентам, которым необходима суточная доза 35 мг, или пациентам, предпочитающим двукратный прием триметазида в сутки.

При втором контрольном визите, еще через месяц, пациент отметил хорошее самочувствие, головные и загрудинные боли не беспокоили. Уровень АД при измерении во время визита – 122/77 мм рт. ст., ЧСС – 57 в минуту. По данным СМАД, проведенного в рамках контрольного визита, АГ на протяжении суток не выявлено. В липидограмме сохранялся повышенный уровень холестерина ЛПНП – 2,1 ммоль/л. Из-за недостижения целевого уровня холестерина ЛПНП (< 1,4 ммоль/л) к терапии добавили гиполипидемический препарат Эзетимиб Канон, блокирующий всасывание холестерина на уровне желудочно-

кишечного тракта. Рекомендован динамический контроль липидограммы еще через месяц.

Эзетимиб Канон (Канонфарма продакшн) – новый препарат российского производства, предназначенный для снижения высокого уровня холестерина в крови. Применение препарата Эзетимиб Канон помогает достигать целевых уровней холестерина ЛПНП, не повышая дозу статина, что особенно важно при выборе схемы терапии для полиморбидного пациента. Препарат позволяет создавать свободную комбинацию с любыми статинами, а также повысить приверженность пациентов лечению за счет снижения риска развития побочных эффектов. Эзетимиб Канон в комбинации со статинами или в монотерапии предназначен для снижения повышенной концентрации холестерина у взрослых и подростков 10–17 лет с первичной и смешанной гиперхолестеринемией. Эзетимиб Канон в комбинации со статинами показан для снижения риска развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с ИБС, хронической болезнью почек.

Представленный клинический случай демонстрирует положительную динамику показателей липидограммы после добавления Эзетимиба Канон к схеме комплексного лечения пациента с ИБС и АГ. По данным лабораторных исследований, уровень общего холестерина – 3,6 ммоль/л, холестерина ЛПНП – 1,3 ммоль/л, холестерина ЛПВП – 1,1 ммоль/л, триглицеридов – 1,2 ммоль/л.

Подводя итог, А.И. Кочетков отметил, что подходы к ведению полиморбидного пациента с ИБС включают персонализированную оценку сердечно-сосудистого риска и применение современных лекарственных препаратов, влияющих на различные механизмы патогенеза заболеваний, с целью профилактики сердечно-сосудистого риска и улучшения качества жизни. ☺

<sup>19</sup> Инструкция по применению. Депренорм ОД 70. ЛП-002091. Дата регистрации 04.06.2013.

<sup>20</sup> Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Гинзбург М.Л. и др. Исследование КАРДИОКАНОН: способ решения вопроса о клинической эквивалентности оригинальных и воспроизведенных препаратов. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2012; 8 (2): 179–184.

# МЫ ДЕЛАЕМ СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕКАРСТВА ДОСТУПНЫМИ



КАНОНФАРМА  
ПРОДАКШН

## ДЕПРЕНОРМ® ОД



Таблетки 70 мг №60, №30  
(триметазидин)

Первый отечественный триметазидин  
однократного применения<sup>1</sup>: одна таблетка  
70 мг - 1 раз в день<sup>2</sup>

## АНГИАКАНД®



Таблетки 8 мг, 16 мг, 32 мг №28  
(кандесартан)

Превосходит другие сартаны по длительности  
и силе антигипертензивного эффекта<sup>3,4</sup>

## ФОЗИНАП®



Таблетки 10 мг и 20 мг №28  
(фозиноприл)

Баланс эффективности и безопасности  
у пациентов с артериальной гипертензией

Реклама

<sup>1</sup> <https://grts.rosminzdrav.ru> <sup>2</sup> Инструкция по медицинскому применению препарата Депренорм® ОД таблетки с пролонгированным высвобождением 70мг, РУ ЛП-002091 (дата переоформления 25.07.2022), с учетом изменений 1-3. <sup>3</sup> Van Liefde I, Vauquelein G. Sartan-AT1 receptor interaction: in vitro evidence for insurmountable antagonism and inverse agonism. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 2009, 302 (2): 237-57. <sup>4</sup> Nixon RM, Muller E, Lowy A, Falvey H. Valsartan vs. other angiotensin II receptor blockers in the treatment of hypertension: a meta-analytical approach. *Int. J. Clin. Pract.* 2009, 63 (5): 766-75.



КАРДИО  
КАНОН

СПРАШИВАЙТЕ В АПТЕКАХ И НА ИНТЕРНЕТ-ПЛОЩАДКАХ

apteka.ru



ЕАПТЕКА



Ютека



здравсити

ЗАО «Канонфарма продакшн» 141100, г. Щелково, ул. Заречная, д. 105. Тел.: +7 (495) 797-99-54, +7 (495) 797-96-63

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

