



Расширенное заседание клинико-экспертной комиссии. Разбираем правовые вопросы кардиологических случаев

Рассмотрению современной стратегии медикаментозного лечения артериальной гипертензии с разбором клинических случаев был посвящен сателлитный симпозиум, организованный компанией «Сервье» в рамках Российского национального конгресса кардиологов (Казань, 30 сентября 2022 г.). В обсуждении приняли участие ведущие эксперты: Симон Теймуразович МАЦКЕПЛИШВИЛИ, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Медицинского научно-образовательного центра Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова; Григорий Павлович АРУТЮНОВ, заслуженный врач РФ, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и общей физиотерапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова; Дмитрий Сергеевич ЗУБКОВ, к.м.н., главный врач ООО «НЭЛ+».

Современные стратегии медикаментозного лечения артериальной гипертензии

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из основных модифицируемых факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний¹. Как отметил профессор С.Т. Мацкеплишвили, способность влиять на смертность посредством контроля уровня артериального давления (АД) чрезвычайно актуальна в силу высокой распространенности АГ в российской популяции. Распространенность АГ среди мужчин достигает 44%, среди женщин – 42%². Несмотря на высокую осведомленность больных о наличии заболевания, эффективно лечатся лишь 53,5% женщин и 41,4% мужчин. Контролируют АД только 30,9% женщин и 14,4% мужчин². Это

обуславливает необходимость применения более рациональных подходов к лечению АГ. Считается, что максимальное упрощение режима приема препаратов способствует повышению приверженности пациентов лечению. Поэтому предпочтение следует отдавать фиксированным комбинациям (ФК) двух и более антигипертензивных препаратов в одной таблетке. Не случайно современные международные и российские рекомендации по АГ предусматривают назначение ФК двух препаратов на старте терапии^{1, 3, 4}. Исключение составляют пациенты с низким сердечно-сосудистым риском и АГ 1-й степени, а также пациенты старше 80 лет.

Предпочтительными считаются комбинации ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) или антагониста рецепторов ангиотензина II (АРА), антагониста кальция (АК) и диуретика. Бета-блокаторы могут быть использованы для снижения АД в особых клинических ситуациях (стенокардия напряжения, перенесенный инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность (СН) и др.).

В случае недостаточного контроля АД на фоне комбинированной терапии двумя препаратами к схеме лечения рекомендуется добавлять третий препарат. Трехкомпонентная комбинация может быть представлена ингибитором АПФ/АРА с АК и диуретиком, предпочтительно в одной таблетке. Во всех рекомендациях предусмотрена единая стратегия интенсификации терапии.

¹ Williams B., Mancia G., Spiering W., et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J. 2018; 39 (33): 3021–3104.

² Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А. и др. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014; 14 (4): 4–14.

³ Unger T., Borghi C., Charchar F., et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. J. Hypertens. 2020; 38 (6): 982–1004.

⁴ Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации Минздрава России. Российский кардиологический журнал. 2020; 25 (3): 37–86.

Согласно финальному отчету исследования SPRINT, чем ниже АД, тем лучше прогноз⁵. Интенсивный контроль АД на фоне применения нескольких препаратов (в среднем 2,8 антигипертензивных препарата) способствует снижению сердечно-сосудистых событий (инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома, острой декомпенсации СН, сердечно-сосудистой смерти) на 27%, общей смертности – на 25%⁵.

Между тем, как показывают результаты исследований и данные реальной клинической практики, около 2/3 пациентов с АГ прекращают прием препаратов через год по разным причинам⁶. Нередко пациенты с АГ имеют несколько сопутствующих заболеваний и вынуждены использовать большое количество лекарственных средств. Это ложится на них тяжелым бременем и становится одной из причин низкой приверженности терапии⁷.

Показано, что использование ФК ассоциируется с повышением приверженности на 29% по сравнению с применением аналогичных свободных комбинаций⁸.

По данным популяционного исследования, 53% пациентов не достигают целевого уровня АД на двухкомпонентной антигипертензивной терапии⁹. Согласно отечественным клиническим рекомендациям по АГ (2020)⁴, таким пациентам показана тера-

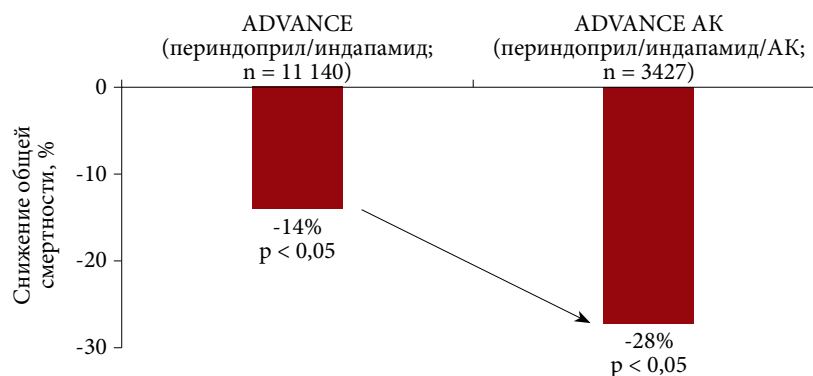


Рис. 1. Эффективность тройной комбинации амлодипина/индапамида/периндоприла в снижении общей смертности

пия трехкомпонентной комбинацией, предпочтительно в одной таблетке.

Примером фиксированной трехкомпонентной комбинации может служить препарат Трипликсам, включающий в себя три антигипертензивных компонента (амлодипин + индапамид + периндоприл), каждый из которых дополняет действие других¹⁰. Компоненты препарата Трипликсам влияют на основные патогенетические механизмы повышения АД: амлодипин способствует вазодилатации и воздействует на гладкомышечные клетки, индапамид способствует выведению избытка натрия и жидкости из сосудов/тканей и снижению общего периферического сопротивления сосудов, периндоприл осуществляет блокаду АПФ и повышает синтез брадикинина^{11, 12}.

Важно, что компоненты препарата Трипликсам характеризуются длительным периодом полувыведения¹⁰.

В российском многоцентровом наблюдательном исследовании ТРИКОЛОР оценивали эффективность трехкомпонентной ФК амлодипина/индапамида/периндоприла в отношении снижения и достижения целевого уровня АД¹³. Применение ФК амлодипина/индапамида/периндоприла в течение 12 недель продемонстрировало хороший антигипертензивный эффект: значимое снижение уровней систолического и диастолического АД по сравнению с исходными значениями отмечалось уже через две недели терапии (рис. 1). Подобная динамика сохранялась на протяжении всего периода наблюдения, что сопровождалось

⁵ SPRINT Research Group; Lewis C.E., Fine L.J., Beddhu S., et al. Final report of a trial of intensive versus standard blood-pressure control. N. Engl. J. Med. 2021; 4 (20): 1921–1930.

⁶ Benedict et al. J. Hypertens. 2006; 24 (Suppl. 4): S140.

⁷ Hagendorff A., Freytag S., Müller A., Klebs S. Pill burden in hypertensive patients treated with single-pill combination therapy – an observational study. Adv. Ther. 2013; 30 (4): 406–419.

⁸ Gupta A.K., Arshad S., Poulter N.R. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. Hypertension. 2010; 55 (2): 399–407.

⁹ Ротарь О.П., Толкунова К.М., Солнцев В.Н. и др. Приверженность к лечению и контроль артериальной гипертензии в рамках Российской акции скрининга МММ 19. Российский кардиологический журнал. 2020; 25 (3): 3745.

¹⁰ Инструкция по применению лекарственного препарата Трипликсам. Регистрационное удостоверение ЛП-003905 от 17.10.2016 (переоформлено 05.12.2018).

¹¹ Адашева Т.В., Саморукова Е.И., Задонченко В.С., Ларичева К.А. Роль фиксированных комбинаций в современной терапии артериальной гипертензии: новое или хорошо забытое старое? Системные гипертензии. 2019; 16 (4): 33–37.

¹² Гендлин Г.Е., Миллер О.А., Мелехов А.В. Выбор ингибитора АПФ с точки зрения доказательной медицины. Российский кардиологический журнал. 2012; 4 (96): 87–92.

¹³ Карпов Ю.А., Горбунов В.М., Логунова Н.А. и др. Применение тройной фиксированной комбинации в лечении артериальной гипертензии – возможность эффективного контроля артериального давления при использовании комбинированной антигипертензивной терапии: основные результаты российского наблюдательного исследования ТРИКОЛОР. Российский кардиологический журнал. 2020; 25 (10): 4130.

достижением целевого уровня АД < 140/90 мм рт. ст. (среднее АД через три месяца наблюдения составило 125/75 мм рт. ст. у подавляющего большинства пациентов).

«Я использую в своей практике этот препарат с очень хорошим эффектом», – констатировал профессор С.Т. Мацкеплишвили.

Исследование ADVANCE-CCB показало, что добавление блокатора кальциевых каналов к двойной ФК индапамида/периндоприла способствует большему снижению общей смертности у пациентов с АГ и сахарным диабетом по сравнению с двойной антигипертензивной терапией¹⁴.

Диагностированные сердечно-сосудистые и почечные заболевания, сахарный диабет являются факторами, определяющими сердечно-сосудистый риск и стадию заболевания у пациентов с АГ.

Профессор С.Т. Мацкеплишвили кратко охарактеризовал компоненты препаратов Нолипрел А, Нолипрел А форте и Нолипрел А Би-форте.

Индапамид – диуретик, предназначенный для лечения АГ, с двойным механизмом действия. Индапамид оказывает по-

чечный салуретический эффект за счет коррекции избыточного содержания Na⁺ в клетках артериальной стенки. Прямое сосудистое действие препарата обусловлено влиянием на эластические свойства крупных артерий, уменьшением артериального и общего периферического сосудистого сопротивления^{15, 16}.

Периндоприл – ингибитор фермента, превращающего ангиотензин I в ангиотензин II и стимулирующего разрушение брадикинина. В результате периндоприл снижает синтез ангиотензина II и повышает синтез брадикинина. Метаанализ оценки влияния ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА) II продемонстрировал преимущество ингибиторов АПФ перед БРА в снижении риска основных сердечно-сосудистых событий¹⁷.

Доказано, что двойная ФК индапамида/периндоприла, входящая в состав препаратов Нолипрел А, Нолипрел А форте, Нолипрел А Би-форте^{18–20}, способствует снижению АД до целевого уровня, в том числе у пациентов с избыточной массой тела и ожирением²¹. В исследовании ADVANCE на фоне применения

ФК индапамида/периндоприла наблюдалось снижение сердечно-сосудистой смерти на 18%, общей смерти на 14% в популяции пациентов с сахарным диабетом 2-го типа²².

Профессор Г.П. Арутюнов в своем выступлении обратил внимание аудитории на возможность развития у пациентов старшего возраста ортостатической гипотензии. В связи с этим он порекомендовал проводить небольшой диагностический тест – измерять пациенту АД в положении сидя и затем, не снимая манжету, в положении стоя. Если систолическое АД снижается на 20 мм рт. ст., можно предположить наличие у больного ортостатической гипотензии и высокого риска падений. Такому пациенту необходимо давать разъяснения в отношении безопасного подъема с кровати и мерх предосторожности, позволяющих существенно снизить риск падения.

Профессор Г.П. Арутюнов подчеркнул, что важным параметром при выборе стартовой двухкомпонентной комбинированной терапии является скорость клубочковой фильтрации. Предпочтение следует отдавать

¹⁴ Chalmers J., Arima H., Woodward M., et al. Effects of combination of perindopril, indapamide, and calcium channel blockers in patients with type 2 diabetes mellitus: results from the Action In Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon Controlled Evaluation (ADVANCE) trial. *Hypertension*. 2014; 63 (2): 259–264.

¹⁵ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Арифон. Регистрационное удостоверение П N014098/01 от 31.05.2007.

¹⁶ LeBel M., Grose J.H., Belleau L.J., Langlois S. Antihypertensive effect of indapamide with special emphasis on renal prostaglandin production. *Curr. Med. Res. Opin.* 1983; 8 Suppl 3: 81–86.

¹⁷ Savarese G., Costanzo P., Franklin J.G., et al. A meta-analysis reporting effects of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers in patients without heart failure. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2013; 61 (2): 131–142.

¹⁸ Общая характеристика лекарственного препарата Нолипрел А. Регистрационное удостоверение ЛП-№ (000175)-(ПГ-РУ) от 29.03.2021.

¹⁹ Общая характеристика лекарственного препарата Нолипрел А форте. Регистрационное удостоверение ЛП-№ (000179)-(ПГ-РУ) от 25.03.2021.

²⁰ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Нолипрел А Би-форте. Регистрационное удостоверение ЛСР-008847 от 30.08.2010.

²¹ Глезер М.Г., Деев А.Д. Как увеличить эффективность антигипертензивной терапии в реальной клинической практике: результаты российской наблюдательной программы ФОРСАЖ. *Кардиология*. 2016; 56 (1): 18–24.

²² Szyndler A. Commentary to the articles: Kaplan NM. Vascular outcome in type 2 diabetes: an ADVANCE? *Lancet* 2007; 370:804–5; Patel A; ADVANCE Collaborative Group, MacMahon S, Chalmers J, Neal B i wsp. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370:829–40. *Kardiol. Pol.* 2007; 65 (12): 1527–1529.

антигипертензивным препаратами с нефропротективным действием, например ФК индапамида/периндоприла.

Своевременная интенсификация лечения – важный фактор достижения контроля АД при неэф-

фективности предшествующей терапии.

Таким образом, по мнению профессора Г.П. Арутюнова, при выборе стартовой терапии следует учитывать наличие или отсутствие у пациента орто-

статической гипотензии, риска падений, исходное состояние почек и тот временной интервал, который необходим для интенсификации терапии при неэффективности стартового лечения.

Случаи из практики

Чтобы наглядно продемонстрировать участникам симпозиума наиболее распространенные ошибки, допускаемые специалистами при оформлении амбулаторных карт и выборе тактики ведения пациентов, Д.С. Зубков представил четыре случая из реальной клинической практики.

По словам Д.С. Зубкова, сегодня в нашей стране, как и во всем мире, именно медицинская карта является единственным мерилем мастерства врача.

Клинический случай 1 (посвящен ошибкам, допущенным врачом-терапевтом при оформлении карты пациента, который после посещения специалиста подал на него жалобу в кассационный суд. Определение Восьмого кассационного суда общей юрисдикции было вынесено 30 марта 2021 г. № 88-5151/2021). Пациент пришел на прием к врачу-терапевту после выписки из стационара в связи с нестабильной стенокардией и потребовал выписать ему указанные в эпикризе рецептурные препараты бесплатно, хотя не относился к категории лиц, имеющих право на дополнительный набор социальных услуг, или льготников. Терапевт совершил тактическую ошибку: вместо того, чтобы провести осмотр пациента с занесением результата в карту, врач сразу же ответил: «Не положено». В итоге раздраженный пациент покинул кабинет, отказавшись наблюдаться у врача, и написал на него жалобу.

По данным проведенной судебно-медицинской экспертизы, врач при оформлении записи допустил ряд ошибок. Например, в отсутствие жалоб у пациента диагноз по выписному эпикризу «нестабильная стенокардия» предполагал решение вопроса о госпитализации. Однако записи об отсутствии необходимости в госпитализации, равно как и записи о назначении диагностического обследования и медикаментозной терапии, не было. Имелось указание на «наблюдение в динамике» без даты следующей явки пациента.

Согласно приказу Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834 «Унифицированные формы заполнения амбулаторной карты пациента», формальность и небрежность заключаются в том, что не отражены характер течения заболевания, последовательность диагностических и лечебных мероприятий, не заполнены разделы карты.

Эксперт особо подчеркнул, что записи в амбулаторных картах следует вести на русском языке, аккуратно, без сокращений, исправления вносить незамедлительно и подтверждать их подписью врача.

В данном случае основная проблема врача-терапевта заключается в том, что она оформила карту без осмотра пациента. Правильное решение состоит в том, что врачу нужно было пригласить ответственного дежурного по поликлинике, свою медсестру и в их присутствии сделать запись в карте, что пациент на этапе сбора жалоб покинул помещение.

Клинический случай 2. Пациент М. 58 лет обратился с жалобами на неэффективность лечения, что привело к госпитализации и гипертоническому кризу. Две недели назад поступил в стационар с гипертоническим кризом и подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения. Из анамнеза заболевания: последние восемь лет получает лечение по поводу гипертонической болезни и дислипидемии; назначенную терапию принимал, но АД повышалось, чаще к вечеру. Три года назад пациенту назначили лозартан 50 мг с гидрохлортиазидом 12,5 мг/сут в виде ФК и амлодипин 5 мг/сут на ночь. Однако пациент часто пропускал вечерний прием амлодипина. При осмотре: АД 150/100 мм рт. ст. Диагноз: гипертоническая болезнь II стадии; неконтролируемая АГ, гиперлипидемия, гипертрофия левого желудочка, риск сердечно-сосудистых осложнений 3 (высокий). Целевое АД должно быть менее 130/80 мм рт. ст.

Какие претензии были со стороны юристов? В медицинской карте отсутствовало подписанное согласие пациента с планом лечения. Последний осмотр проводился больше года назад, отсутствовали дата следующей явки пациента и данные по оценке приверженности терапии.

По мнению профессора Г.П. Арутюнова, в данном случае налицо халатность врача, который за три года так и не поменял пациенту стандарт лечения. Между тем достаточно было оценить уровень АД уже через три-четыре недели после назначенной терапии, чтобы понять, что сво-



бодная комбинация не работает, и назначить тройную ФК. Например, прием тройной ФК амлодипина/индапамида/периндоприла (препарат Трипликсам) один раз в сутки способствует статистически значимому снижению дневных и ночных значений АД, равномерному антигипертензивному эффекту в течение 24 часов²³.

В продолжение темы профессор С.Т. Мацкеплишвили отметил, что у пациента при переходе на прием тройной ФК один раз в сутки больше шансов достичь целевого уровня АД. Тем более что идея разделения приема одного препарата на утренний и вечерний с целью улучшения эффекта себя не оправдала. Результаты исследования TIME, представленные на конгрессе Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC) в августе 2022 г., показали, что в отсутствие разницы по сердечно-сосудистым исходам между утренним и вечерним приемом лекарственного средства утренний прием по сравнению с вечерним ассоциируется с более высокой приверженностью пациентов терапии.

Клинический случай 3. Пациентка Н. 48 лет обратилась с жалобой на то, что после выписки из стационара она не находилась на диспансерном наблюдении. Никто не звонил ей и не говорил, что надо сдавать анализы. Три недели назад она была госпитализирована в стационар с ухудшением самочувствия, повышенной жаждой, сухостью слизистых оболочек, повышением уровня АД.

Из анамнеза заболевания: стаж АГ четыре года, назначения – лозартан 50 мг, в последнее время отмечалась значительная прибавка в весе. Индекс массы тела – 30 кг/м², окружность талии – 92 см. Данные лабораторных анализов: повышение глюкозы крови натощак до 7,1 ммоль/л.

У пациентки стало чаще повышаться АД, при осмотре уровень АД составлял 160/95 мм рт. ст. Диагноз: гипертоническая болезнь II стадии, неконтролируемая АГ, ожирение 1-й степени, метаболический синдром (сахарный диабет 2-го типа?); риск 3 (высокий). Целевой уровень АД должен быть менее 130/80 мм рт. ст.

По словам Д.С. Зубкова, любая жалоба в поликлинике должна рассматриваться врачебной комиссией. В данном случае врачебная комиссия установила, что в амбулаторной карте нет данных о сердечно-сосудистом риске. Последний раз лабораторные исследования проводились два года назад.

У профессора Г.П. Арутюнова не вызвал сомнений тот факт, что у пациентки имеется сахарный диабет, поэтому ей прежде всего следовало назначить сахароснижающую терапию.

Профессор Т.Г. Мацкеплишвили добавил, что пациентке наряду с гипогликемическими препаратами необходимо своевременно назначить адекватную антигипертензивную терапию, например ФК индапамида/периндоприла. В частности, такая комбинация входит в состав препаратов Нолипрел А/Нолипрел А форте/Но-

липрел А Би-форте. Периндоприл и индапамид обладают более высокой липофильностью по сравнению с другими ингибиторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и диуретиками, что важно учитывать при лечении пациентов с АГ и избыточной массой тела^{24, 25}.

Клинический случай 4. Пациент К. 55 лет с 25-летним стажем курения (около 1/2 пачки сигарет в день). Его родственники обратились с жалобой на то, что пациент принимал регулярно антигипертензивные препараты. Несмотря на это развилось осложнение в виде ишемического инсульта, в связи с чем пациент поступил в стационар. Из анамнеза заболевания: гипертоническая болезнь в течение последних пяти лет, получал монотерапию лизиноприлом 5 мг два раза в день, так как при однократном приеме АД контролировать не удавалось. АД на фоне терапии – 160/75 мм рт. ст. Последние три года предъявляет жалобы на сухой кашель.

Диагноз: ишемический инсульт на фоне гипертонической болезни III стадии, неконтролируемая АГ, риск сердечно-сосудистых осложнений – 4 (очень высокий), хроническая обструктивная болезнь легких.

Кроме того, пациент, являющийся заядлым курильщиком, ни разу не был направлен терапевтом в центр здоровья по профилактике и борьбе с курением. «Любого курильщика надлежит направлять в центр здоровья и фиксировать эту информацию в его карте», – уточнил Д.С. Зубков.

²³ Горбунов В.М., Карпов Ю.А., Платонова Е.В., Кошеляевская Я.Н. от имени группы исследователей программы ТРИКОЛОР. Суточное мониторирование и клиническое измерение артериального давления в комплексной оценке эффективности 12-недельной терапии тройной фиксированной комбинацией амлодипин/индапамид/периндоприл у пациентов с артериальной гипертензией в реальной клинической практике. Российский кардиологический журнал. 2021; 26 (5): 4498 // russjcardiol.elpub.ru/jour/article/view/4498/3328.

²⁴ Ferrari R. Angiotensin-converting enzyme inhibition in cardiovascular disease: evidence with perindopril. Expert Rev. Cardiovasc. Ther. 2005; 3 (1): 15–29.

²⁵ Недогода С.В. Сартаны второго поколения: расширение терапевтических возможностей. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011; 7 (4): 477–482.

Повышенное пульсовое АД (ПАД) считается маркером бессимптомного поражения органов-мишеней и жесткости артериальной стенки, а также риска инсульта^{4, 26, 27}. Именно поэтому у всех активных курильщиков независимо от возраста необходимо мониторировать показатели ПАД.

Как отметил профессор С.Т. Мацкеплишвили, применение ФК амлодипина/индапамида (препарат Арифам) ассоциируется с нормализацией ПАД и достижением целевого АД у подавляющего большинства пациентов с АГ (рис. 2)^{28, 29}.

По данным исследований, каждый из компонентов препарата Арифам способствует снижению риска инсульта: индапамид уменьшает риск фатального инсульта на 39%, амлодипин уменьшает риск инсульта на 23%^{30, 31}. Очевидно, для пациента К. с предполагаемой высокой сосудистой жесткостью на фоне курения и наличия ХОБЛ именно Арифам может быть препаратом выбора в качестве комбинированной терапии.

Активная дискуссия, развернувшаяся после разбора кардиологических случаев, показала огромную заинтересованность участников симпозиума в обсуждаемых вопросах.

В заключение профессор Г.П. Арутюнов подвел итоги заседания. Стартовая монотерапия показа-

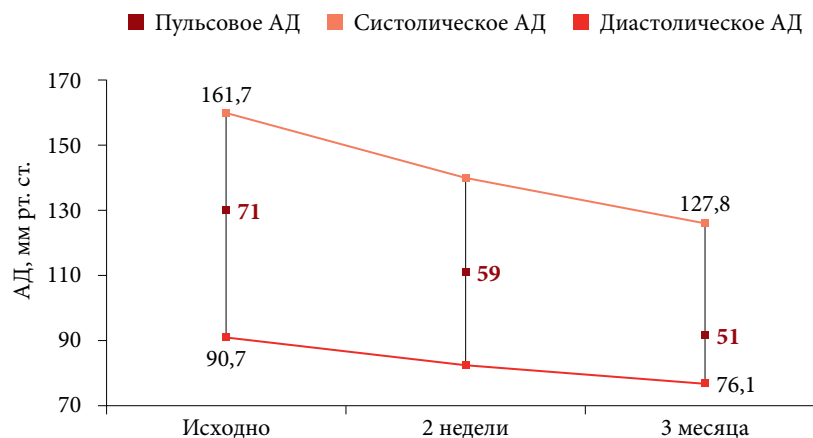


Рис. 2. Эффективность и переносимость препарата Арифам у пациентов старше 55 лет с артериальной гипертензией: основные результаты наблюдательной программы АРБАЛЕТ

на пациентам с низким сердечно-сосудистым риском, пациентам старше 80 лет, ослабленным и «хрупким» больным, а также пациентам с ортостатическими реакциями или недавно перенесенным инсультом.

Тем не менее около 50% кардиологов и 67% терапевтов назначают монотерапию пациентам с впервые выявленной АГ и только 33% кардиологов и 23% терапевтов – двухкомпонентную терапию¹.

Безусловно, при назначении стартовой двухкомпонентной терапии предпочтение следует отдавать ФК. Наиболее эффективной и часто назначаемой является комбинация ингибитора АПФ и диуретика.

Согласно опросу, порядка 30% взрослого населения готовы скорее умереть раньше, чем пожизненно принимать несколько препаратов, а 8,2% – отказаться от двух лет жизни, но не добавлять еще одну таблетку к лечению³².

Сегодня в арсенале врачей имеются эффективные фиксированные двойные комбинации индапамида/периндоприла (препараты Нолипрел А/Нолипрел А форте/Нолипрел А Би-форте), амлодипина/индапамида (препарат Арифам) и тройная ФК амлодипина/индапамида/периндоприла (препарат Трипликсам), которые расширяют фармакотерапевтические возможности в достижении контроля АД и приверженности лечению. ➔

²⁶ Vaccarino V., Holford T.R., Krumholz H.M. Pulse pressure and risk for myocardial infarction and heart failure in the elderly. J. Am. Coll. Cardiol. 2000; 36 (1): 130–138.

²⁷ Bangalore S., Messerli F.H., Franklin S.S., et al. Pulse pressure and risk of cardiovascular outcomes in patients with hypertension and coronary artery disease: an INternational VErampil SR-trandolapril STudy (INVEST) analysis. Eur. Heart J. 2009; 30 (11): 1395–1401.

²⁸ Кобалава Ж.Д., Толкачева В.В., Багманова Н.Х., Хасановас Э.Р. Эффективность и переносимость Арифам у пациентов с артериальной гипертензией старше 55 лет: основные результаты наблюдательной программы АРБАЛЕТ. Российский кардиологический журнал. 2018; 23 (12): 64–74.

²⁹ Beckett N.S., Peters R., Fletcher A.E., et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N. Engl. J. Med. 2008; 358 (18): 1887–1898.

³⁰ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Арифам. Регистрационное удостоверение ЛП-004188 от 15.03.2017.

³¹ Dahlöf B., Sever P.S., Poulter N.R., et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2005; 366 (9489): 895–906.

³² Hutchins R., Viera A.J., Sheridan S.L., Pignone M.P. Quantifying the utility of taking pills for cardiovascular prevention. Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes. 2015; 8 (2): 155–163.