



Тактика ведения полиморбидных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

В рамках весенней сессии Научно-практической конференции «Кардионеврология-2024. Две столицы» выступили ведущие российские эксперты в области кардиологии с докладами, посвященными актуальным вопросам лечения полиморбидных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Спикеры акцентировали внимание на особенностях комплексного подхода к лечению больных артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью, проблемах профилактики цереброваскулярных осложнений у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также обсудили практический опыт выбора отечественных препаратов с доказанными длительным антигипертензивным и плейотропным эффектами.



К.м.н. А.И. Кочетков

С докладом о возможности профилактики инсульта у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в анамнезе выступил Алексей Иванович КОЧЕТКОВ, к.м.н., доцент кафедры терапии и полиморбидной патологии им. акад. М.С. Вовси Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. На клиническом примере он продемонстрировал современный подход к ведению пациентов с полиморбидными заболеваниями.

Пациент М., 57 лет, обратился к терапевту в поликлинику по месту жительства в октябре 2023 г. с жалобами на головную боль, слабость, приступы сжимающей боли за грудиной, возникающие в течение последних двух-трех месяцев при ходьбе на расстояние свыше 500 метров.

На приеме полиморбидный пациент с ишемической болезнью сердца: как предотвратить развитие инсульта

Из анамнеза известно, что пациент с 2014 г. страдает артериальной гипертензией (АГ). В 2017 г. диагностирована ИБС. В 2018 г. выполнено интервенционное вмешательство – чрескожная коронарная ангиопластика и стентирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Указанные жалобы пациент связывает в основном с повышением уровня артериального давления (АД). По данным самостоятельного измерения, уровень АД около 150/90 мм рт. ст. Антигипертензивную терапию пациент принимает нерегулярно. Получает олмесартан 10 мг/сут, ацетилсалициловую кислоту (АСК) 75 мг. У пациента имеются сопутствующие заболевания. В 2019 г. перенес транзиторную ишемическую атаку. В возрасте 42 лет диагностирован сахарный диабет 2-го типа. Пациент принимает метформин и инъекционно семаглутид – агонист глюкагоноподобного пептида 1-го типа, который снижает риск повторных цереброваскулярных событий. Заболевания почек, инсульта, инфекционные заболевания отрицает. Курит на протяжении 15 лет, алкоголь не употребляет. В аллергоанамнезе непереносимость антагонистов кальция, отеки лодыжек и стоп.

Следует отметить, что на фоне комбинированной терапии в сочетании с блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), сартанами риск развития нежелательных реакций при использовании антагонистов кальция снижается.

Объективные данные пациента: рост 182 см, избыточная масса тела (индекс массы тела – 26,6 кг/м²). По остальным органам и системам без особенностей. Уровень офисного АД 147/93 мм рт. ст. – неконтролируемая АГ. Клинический анализ крови и мочи – без патологии. Биохимический анализ крови: креатинин – 107 мкмоль/л (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по СКД-EPI – 63 мл/мин/1,73 м²), глюкоза – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 7,2 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) – 4,3 ммоль/л, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) – 1,2 ммоль/л, триглицериды – 2,1 ммоль/л, мочевая кислота – 406 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза – 26 МЕ/мл, аспаратаминотрансфераза – 27 МЕ/мл, креатинфосфокиназа – 104 МЕ/мл.

По словам докладчика, обращают на себя внимание показатели

Научно-практическая конференция
«Кардионеврология-2024. Две столицы». Весенняя сессия

СКФ, уровни общего холестерина и ЛПНП. В обновленных рекомендациях по диагностике и лечению дислипидемии в условиях сопутствующего высокого сердечно-сосудистого риска уровень ЛПНП выше 4 ммоль/л свидетельствует о необходимости назначения комбинированной терапии (статины, эзетимиб) для эффективного контроля уровня липидов.

Проведена электрокардиограмма: синусовый ритм, изменения в миокарде по ишемическому типу, переднесептальной, передней, верхушечной, боковой области левого желудочка (ЛЖ). По данным эхокардиографии, полости сердца не расширены, концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, глобальная систолическая функция ЛЖ сохранена (фракция выброса – 59%). Зоны нарушения локальной сократимости достоверно не определяются. Митральная регургитация 1-й степени, трикуспидальная регургитация 1–2-й степени, диастолическая дисфункция ЛЖ по первому типу. Признаков легочной гипертензии нет.

Пациенту выполнено триплексное сканирование брахиоцефальных артерий: атеросклероз 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.

Суточное мониторирование АД (СМАД) показало нарушение суточного профиля систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД по типу «недостаточная степень снижения уровня АД в ноч-

ное время» (нон-диппер). Повышены уровень САД и скорость утреннего подъема САД, уровень среднесуточного пульсового АД. Выявлена систолодиастолическая АГ в течение суток.

Диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II функционального класса. Ангиопластика и стентирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Фоновое заболевание: гипертоническая болезнь III стадии, неконтролируемая АГ (очень высокий риск), целевые показатели 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, ведение данного полиморбидного пациента требует комплексного подхода, включающего немедикаментозные и медикаментозные методы. Прежде всего пациенту показано изменение образа жизни: снижение массы тела, дозированные физические нагрузки (ходьба, прогулки, плавание), низкокалорийная диета с ограничением потребления животных жиров, жареного, легкоусвояемых углеводов, соли. Кроме того, пациент должен отказаться от курения. В качестве фармакотерапии ему назначили следующие препараты: бисопролол 5 мг/сут, кандесартан (Ангиаканд) 8 мг/сут (вместо олмесартана), аторвастатин 80 мг/сут. Пациент продолжает принимать АСК 75 мг/сут и сахароснижающую терапию.

При выборе стратегии лечения в данном случае следует учитывать наличие у пациента очень высокого сердечно-сосудистого риска

и коморбидных заболеваний. Все пациенты высокого риска должны получать антиагрегантные препараты и статины. Сегодня хорошо известно об эффективности антиагрегантов в снижении риска повторных цереброваскулярных событий.

В исследовании Women's Health Study (WHS) показано, что при использовании АСК риск развития любого варианта инсульта снижается на 17%, а ишемического инсульта – на 24%¹.

В исследовании ASCOT на фоне статинотерапии отмечалось снижение риска сердечно-сосудистых событий у пациентов высокого риска с АГ и сахарным диабетом². По словам докладчика, особое значение в предотвращении развития сердечно-сосудистых событий имеет снижение уровня АД. Так, по данным метаанализа 61 исследования, снижение уровня САД всего на 2 мм рт. ст. уменьшает риск смерти от инсульта на 10%. Таким образом, даже небольшое снижение уровня САД положительно влияет на прогноз пациентов с АГ³.

Кандесартан (Ангиаканд) – селективный блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА). В проспективном рандомизированном двойном слепом параллельном исследовании SCOPE оценивали эффективность антигипертензивной терапии кандесартаном у пожилых пациентов с АГ в снижении риска сердечно-сосудистых событий и когнитивных нарушений⁴. В исследовании участвовали 4937 больных АГ в 15 странах мира, срок наблюдения составил 3–5 лет. Результаты исследования продемонстрировали значимое снижение

¹ Ridker P.M., Cook N.R., Lee I.M., et al. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. N. Engl. J. Med. 2005; 352 (13): 1293–304.

² 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.

³ 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.

⁴ 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.



частоты нефатальных инсультов на 28% в группе терапии кандесартаном по сравнению с контрольной группой ($p = 0,04$). При использовании кандесартана риск инсульта у больных с изолированной систолической АГ снизился на 42% ($p = 0,049$). Общее количество инсультов в группе кандесартана уменьшилось на 24%. Полученные данные позволяют сделать вывод, что кандесартан является эффективным средством для лечения АГ и снижения риска цереброваскулярных осложнений, прежде всего инсульта и когнитивных нарушений.

В многочисленных исследованиях показан не только выраженный антигипертензивный эффект кандесартана, но и широкий спектр органопротективных свойств. Кандесартан уменьшает микроальбуминурию, обладает нефропротективным эффектом, способствует уменьшению гипертрофии ЛЖ, снижает число новых случаев развития сахарного диабета у больных АГ^{5,6}.

Кандесартан является одним из трех препаратов группы БРА, разрешенных к применению у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при непереносимости ингибиторов АПФ. В исследовании CHARM показано, что кандесартан значительно снижает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и частоту госпитализаций по поводу сердечной недостаточности⁷. Возвращаясь к рассмотрению клинического случая, докладчик отметил, что через две недели на фоне модификации антианги-

нальной и антигипертензивной терапии у пациента наблюдалась положительная динамика: повышение работоспособности, улучшение переносимости физических нагрузок. Однако сохранялись приступы сжимающих болей за грудиной, возникающих при более интенсивных физических нагрузках (быстрой ходьбе, подъеме в гору, по лестнице быстрым шагом на второй этаж). По данным офисного измерения, уровень АД – 123/75 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 56 в минуту.

Из-за непереносимости антагонистов кальция, невозможности назначить нитраты ввиду низкого уровня АД и увеличить дозу биспролола в связи с брадикардией пациенту назначен триметазидин (Депренорм ОД) 70 мг один раз в сутки с динамическим наблюдением через три недели.

Триметазидин является препаратом второй линии для снижения частоты приступов стенокардии и улучшения переносимости физических нагрузок при недостаточном эффекте других антиангинальных лекарственных средств. Важным свойством триметазидина считается отсутствие прямого воздействия на показатели гемодинамики, что позволяет применять его у пациентов с пограничной брадикардией, гипотонией. Триметазидин можно использовать в составе комплексной терапии, поскольку он хорошо комбинируется с антиангинальными препаратами основных классов. В основе фармакологических свойств триметазидина лежит преклонение энергетического ме-

таболизма с окисления жирных кислот на окисление глюкозы. Триметазидин предотвращает гибель кардиомиоцитов независимо от причины ишемии, уменьшает приступы стенокардии, аритмию и сокращает размер повреждения миокарда.

В нашей стране триметазидин выпускается компанией «Канон-фарма» под торговым названием Депренорм. Препарат представлен в форме таблеток в двух дозах: 70 мг (Депренорм ОД 70 мг) и 35 мг (Депренорм МВ 35 мг). Различные дозы препарата позволяют осуществлять персонализированную антиангинальную терапию больных ИБС.

Депренорм ОД 70 мг – первый триметазидин для однократного применения российского производства. Препарат Депренорм ОД 70 мг сочетает в себе высокое качество, доказанную эффективность и доступную стоимость курсовой терапии. Однократное применение препарата значительно повышает приверженность пациентов с ИБС лечению, улучшает качество жизни и сокращает расходы на лечение.

Депренорм МВ 35 мг показан пациентам с ИБС, которым рекомендована суточная доза триметазидина 35 мг, а также больным, которые раньше принимали триметазидин 35 мг два раза в сутки. Согласно данным исследования КАРДИОКАНОН, препарат Депренорм МВ 35 мг характеризуется доказанной терапевтической эквивалентностью оригинальному триметазидину МВ⁸.

На повторном контрольном визите через месяц после начала

⁵ Mogensen C.E., Neldam S., Tikkanen I., et al. Randomised controlled trial of dual blockade of renin-angiotensin system in patients with hypertension, microalbuminuria, and non-insulin dependent diabetes: the candesartan and lisinopril microalbuminuria (CALM) study. *BMJ*. 2000; 321 (7274): 1440–1444.

⁶ Cuspidi C., Muiesan M.L., Valagussa L., et al. Comparative effects of candesartan and enalapril on left ventricular hypertrophy in patients with essential hypertension: the candesartan assessment in the treatment of cardiac hypertrophy (CATCH) study. *J. Hypertens.* 2002; 20: 2293–2300.

⁷ Pfeffer M.A., Swedberg K., Granger C.B., et al. Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme. *Lancet*. 2003; 362 (9386): 759–766.

⁸ 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.

Научно-практическая конференция
«Кардионеврология-2024. Две столицы». Весенняя сессия

терапии пациент отмечал положительную динамику состояния: головные и загрудинные боли отсутствовали. Уровень АД 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 выявлена.

Липидограмма и параметры безопасности статинотерапии еще через две недели: уровни общего холестерина – 4 ммоль/л, ЛПНП – 2,1 ммоль/л, ЛПВП – 1,3 ммоль/л, триглицеридов – 1,5 ммоль/л. В связи с недостижением целевого уровня холестерина ЛПНП (менее 1,4 ммоль/л) к терапии добавлен эзетимиб (Эзетимиб Канон) с динамическим контролем через месяц.

Эзетимиб Канон – современный отечественный лекарственный препарат, который используется для эффективного снижения высокого уровня холестерина в крови. Применение препарата Эзетимиб Канон позволяет достигать целевых значений холестерина ЛПНП, не повышая дозу статина, а также создавать свободную комбинацию с любым статином. Кроме того, включение Эзетимиба Канон в схему терапии способствует повышению приверженности пациентов лечению за счет снижения риска развития побочных эффектов.

А.И. Кочетков подчеркнул, что на фоне терапии комбинацией аторвастатина и эзетимиба у па-

циента нормализовались показатели липидограммы: общий холестерин – 3,6 ммоль/л, ЛПНП – 1,3 ммоль/л, ЛПВП – 1,1 ммоль/л, триглицериды – 1,2 ммоль/л.

Таким образом, комплексное ведение пациента с ИБС и коморбидными заболеваниями должно осуществляться по трем основным направлениям: антиагрегантная, липидснижающая терапия и эффективный контроль АД. Значение в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний имеет рациональный выбор лекарственных препаратов, которые должны обладать доказанной клинической эффективностью и быть экономически доступными для пациентов.

Профилактика цереброваскулярных осложнений у пациентов с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью

Как отметила Ольга Дмитриевна ОСТРОУМОВА, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапии и полиморбидной патологии им. академика М.С. Вовси Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, председатель секции «Кардионеврология» Российского кардиологического общества, увеличение продолжительности жизни населения способствует увеличению количества пациентов с деменцией. В связи с этим охрана когнитивного здоровья, сохранение и умножение когнитивного потенциала – приоритетные задачи для здравоохранения в целом. Как известно, антигипертензивная терапия с достижением целевых значений АД способствует снижению риска развития когнитивных нарушений, а также профилактике деменции и инсульта.

По данным систематического обзора и метаанализа 209 проспективных исследований, повышение уровня АД в среднем периоде жизни – сильный предиктор развития когнитивных нарушений в более старшем возрасте. Установлено, что уровень САД в среднем возрасте более 130 мм рт. ст. ассоциируется с повышением риска когнитивных нарушений и деменции на 34%. При ДАД более 90 мм рт. ст. на 51% повышается риск развития болезни Альцгеймера. Применение антигипертензивных препаратов уменьшает риск развития деменции⁹.

В последние годы особое внимание исследователей приковано к разнице между систолическим и диастолическим АД. Повышенное пульсовое АД отражает повышение жесткости сосудистой стенки, сопровождающее изолированную систолическую АГ. Для изолированной систолической АГ



Профессор, д.м.н.
О.Д. Остроумова

характерно повышение САД при нормальном или сниженном ДАД. Пульсовое давление 60 мм рт. ст. и выше служит дополнительным фактором риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений. Нагрузка САД и пульсового давления ассоциируется с ускоренным когнитивным снижением, риском деменции и общей смертностью у пациентов в возрасте 50 лет и старше¹⁰.

Докладчик подчеркнула, что АГ повышает риск развития не толь-

⁹ 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.

¹⁰ 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.



ко инсульта и транзиторной ишемической атаки, но и когнитивных нарушений и деменции.

Интересные данные были получены в зарубежном исследовании, в котором изучали связь между различными показателями АД в возрасте 85 лет и будущим снижением физических и когнитивных функций у пожилых людей. Показано, что чем выше уровень САД в 85 лет, тем лучше когнитивный статус и медленнее его снижение к 90 годам. Более высокий уровень САД и пульсового давления в возрасте 85 лет связаны с более низким ежегодным снижением показателей Краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-mental State Examination, MMSE).

В связи с вышесказанным тактика лечения АГ у пациентов пожилого и старческого возраста требует особого подхода. В частности, лицам, ранее получавшим антигипертензивную терапию, необходимо продолжать лечение, а пациентам с первично поставленным диагнозом АГ инициировать антигипертензивную терапию, используя в качестве первого целевого уровня значения АД 160/90 мм рт. ст.¹¹

У пожилых пациентов в связи с возрастными изменениями повышается риск развития ортостатической гипотензии. Наибольший риск ортостатической гипотензии ассоциирован с приемом альфа-блокаторов. В некоторых исследованиях указано на роль

ортостатической гипотонии как фактора риска когнитивных нарушений и деменции¹².

По словам профессора О.Д. Остроумовой, у пациентов с АГ в возрасте 60 лет и старше, особенно с сахарным диабетом, до назначения антигипертензивной терапии и на фоне лечения рекомендуется выявлять ортостатические гипотензивные реакции.

В настоящее время получены достоверные данные о том, что рациональная антигипертензивная терапия способна тормозить развитие когнитивных нарушений и деменции. По данным метаанализа и систематического обзора результатов 12 исследований с участием 96 158 пациентов, снижение уровня АД с помощью антигипертензивных средств по сравнению с контролем достоверно связано с более низким риском развития деменции или когнитивных нарушений¹³.

Накопленные данные свидетельствуют о том, что среди антигипертензивных препаратов наиболее выраженным церебропротективным потенциалом обладают сартаны. Анализ результатов исследований показал, что сартаны достоверно лучше диуретиков, ингибиторов АПФ и бета-адреноблокаторов в отношении влияния на когнитивные функции¹⁴.

Опубликованы данные о возможных зависимых и независимых от АД механизмах снижения риска деменции при использовании препаратов класса БРА. К ним

относят улучшение кровотока, связанное со снижением уровня АД, снижение секреции бета-амилоида в нейронах и формирования высокомолекулярных бета-амилоидных олигомерных белков, повышение высвобождения ацетилхолина, сохранение АПФ-опосредованной деградации бета-амилоида^{15,16}.

Профессор О.Д. Остроумова подробно рассмотрела преимущества препарата из группы БРА кандесартана (Ангиаканд) российского производства в лечении АГ и профилактике цереброваскулярных осложнений. Прежде всего российский препарат Ангиаканд полностью биоэквивалентен оригинальному препарату. Кандесартан (Ангиаканд) характеризуется необратимым и самым длительным связыванием с АТ1-рецепторами среди сартанов, что коррелирует с длительностью его действия¹⁷.

Антигипертензивный эффект Ангиаканда продолжается свыше 24 часов, что обеспечивает эффективный контроль АД на протяжении суток, особенно в ночные и ранние утренние часы. Сверхдлительный антигипертензивный эффект Ангиаканда даже при пропуске дозы позволяет сохранить нормальный уровень АД у пациентов с АГ.

Доказано, что БРА подавляют прогрессирование атеросклероза и снижают сердечно-сосудистые события. Так, кандесартан в составе комбинированной те-

¹¹ 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.

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

¹⁷ Van Liefde I., Vauquelin G. Sartan-AT1 receptor interactions: in vitro evidence for insurmountable antagonism and inverse agonism. *Mol. Cell. Endocrinol.* 2009; 302 (2): 237–243.



Фозинап® – фозиноприл

баланс эффективности и безопасности у пожилых пациентов с АГ и ХСН

- Обладает выраженными органопротективными свойствами^{1,2}
- Отличается низкой частотой возникновения кашля³
- Имеет двойной путь выведения⁴



ЛСР-000834/10

1. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). Утверждены на Конгрессе ОССН 7 декабря 2012 года, на Правлении ОССН 31 марта 2013 и Конгрессе РКО 25 сентября 2013 года. 2. Sripal Bangalore, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA, Sunil Kumar, Franz H. Messerli, St. Luke's Roosevelt Hospital, Columbia University College of Physicians & Surgeons, New York, USA 3. Bart B. A. et al. Eur. Heart J. 1999 Vol. 20 P. 1182 - 1190 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Фозинап® ЛСР-000834/10

РЕКЛАМА

Препараты доступны в аптеках и на интернет-площадках  apteka.ru  

Отпускается по рецепту. Перед применением необходимо ознакомиться с инструкцией по медицинскому применению препарата Фозинап®. РУ ЛСР-000834/10-150317
ЗАО «Канонфарма продакшн», Россия, 141100, г. Щелково, МО, ул. Заречная д. 105
Тел.: +7 (495) 797-99-54, факс: +7 (495) 797-96-63 www.canonpharma.ru



ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



рапии со статинами уменьшает размеры атеросклеротического повреждения сосудов у пациентов с ИБС¹⁸.

Имеющаяся обширная доказательная база подтверждает эффективность кандесартана в снижении риска развития осложнений у пациентов с АГ, прежде всего инсульта. В проспективном рандомизированном исследовании SCOPE зафиксировано значимое снижение риска нелетальных сосудистых катастроф у пациентов старшей возрастной группы с АГ, принимающих кандесартан (28%). Более того, у пожилых пациентов с изолированной систолической АГ при использовании кандесартана риск смертельного и несмертельного инсульта снижается на 42%. В группе терапии кандесартаном по сравнению с контрольной группой выявлено улучшение когнитивных функций⁴.

Докладчик акцентировала внимание участников симпозиума на вопросах лечения пациентов с ХСН и АГ. В качестве начальной терапии у больных с ХСН и АГ препаратами выбора в составе комбинированной терапии являются ингибиторы АПФ (фозиноприл)/БРА (кандесартан), диуретики (петлевой диуретик), бета-адреноблокаторы. В особых клинических ситуациях к терапии ингибитором АПФ/БРА целесообразно добавлять не только бета-адреноблокаторы, диуретики

(петлевые диуретики), но и антагонисты минералокортикоидных рецепторов¹⁹.

Ингибитор АПФ фозиноприл продемонстрировал потенциальные преимущества в лечении АГ и ХСН. В исследовании ФАСОН оценивали эффективность фозиноприла у больных АГ и сердечной недостаточностью. В рамках исследования пациенты с ХСН и АГ на старте терапии получали фозиноприл в дозе 5 мг. Период наблюдения составил три месяца. После курса терапии фозиноприлом у пациентов достоверно улучшилось течение ХСН. Целевого уровня АД достигли 72% пациентов, толерантность к физической нагрузке увеличилась на 27%, фракция выброса ЛЖ достоверно возросла на 4,9%²⁰.

В исследовании FEST фозиноприл замедлял прогрессирование ХСН. Получены данные, что фозиноприл повышает толерантность к физической нагрузке и уменьшает частоту клинических событий у больных ХСН²¹.

Показано, что фозиноприл превосходит эналаприл по способности уменьшать симптомы и замедлять прогрессирование ХСН, а также реже вызывает ортостатическую гипотензию²².

Фозинап (фозиноприл) – российский препарат, полностью биоэквивалентный оригинальному фозиноприлу. Фозинап обладает органопротективными свойствами и высоким профилем безопас-

ности, поэтому его можно считать препаратом выбора у пожилых пациентов с АГ, в том числе в составе комбинированной терапии при наличии ХСН.

В лечении пациентов с ХСН доказал свою эффективность кандесартан. Согласно клиническим рекомендациям Общества специалистов по сердечной недостаточности, Российского кардиологического общества и Российского научного медицинского общества терапевтов (2018), кандесартан считается предпочтительным препаратом из класса БРА для применения у больных с ХСН²³.

Основу доказательной базы кандесартана представляют данные, полученные в ходе проведения программы SHARM, в рамках которой оценивали эффективность и безопасность кандесартана у пациентов с ХСН с низкой или сохраненной фракцией выброса ЛЖ²⁴. Установлено, что кандесартан в целом хорошо переносится и снижает сердечно-сосудистую смертность и заболеваемость у пациентов с симптоматической ХСН и переносимостью ингибиторов АПФ.

Подводя итог, профессор О.Д. Остроумова подчеркнула, что основными направлениями профилактики цереброваскулярных осложнений у пациентов с АГ являются достижение и стабильное удержание целевого уровня АД с помощью рациональной антигипертензивной терапии. ☺

¹⁸ 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.

¹⁹ 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.

²⁰ Мареев В.Ю. Фармакоэкономическая оценка использования ингибиторов АПФ в амбулаторном лечении больных с сердечной недостаточностью («ФАСОН»). *Сердечная недостаточность.* 2002; 3 (1): 38–39.

²¹ Erhardt L., MacLean A., Ilgenfritz J., et al. Fosinopril attenuates clinical deterioration and improves exercise tolerance in patients with heart failure. *Fosinopril Efficacy/Safety Trial (FEST) Study Group. Eur. Heart J.* 1995; 16 (12): 1892–1899.

²² Zannad F., Chati Z., Guest M., et al. Differential effects of fosinopril and enalapril in patients with mild to moderate chronic heart failure. *Am. Heart J.* 1998; 136 (4 Pt 1): 672–680.

²³ Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение. *Кардиология.* 2018; 58 (6s): 8–158.

²⁴ Granger C.B., McMurray J.J., Yusuf S., et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function intolerant to angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Alternative trial. *Lancet.* 2003; 362 (9386): 772–776.