



# Новый подход к лечению артериальной гипертензии и атеросклероза

*Повышенный уровень артериального давления – один из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений, в ряде случаев приводящих к летальному исходу. Основной задачей лечения пациентов с артериальной гипертензией является достижение целевого уровня артериального давления, а также коррекция факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений.*

*На симпозиуме, состоявшемся в рамках Российского национального конгресса кардиологов (Москва, 22 сентября 2015 г.) и организованного при поддержке компании «Гедеон Рихтер», известные российские эксперты в области диагностики и лечения артериальной гипертензии обсудили современные методы лечения пациентов с повышенным уровнем артериального давления и нарушениями липидного обмена, включающие применение комбинированных препаратов. Специалисты пришли к выводу, что по сравнению с монотерапией комбинированная антигипертензивная терапия обеспечивает более существенное снижение артериального давления, уменьшает риск развития сердечно-сосудистых осложнений и увеличивает приверженность пациентов лечению.*



Профессор  
Ю.А. Карпов

**П**ервый заместитель генерального директора Российского кардиологического научно-производственного комплекса (РКНПК) Минздрава России, д.м.н., профессор Юрий Александрович КАРПОВ в начале своего выступления отметил, что один из основных показателей состояния здоровья нации – средняя продолжительность ожидаемой жизни. Увеличению именно этого показателя должно способствовать

## Новые преимущества комбинированной терапии артериальной гипертензии: результаты исследования ТРИУМВИРАТ

развитие современных методов профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

По данным отечественного эпидемиологического исследования, включавшего 15 571 больного из десяти субъектов Российской Федерации, артериальная гипертензия (АГ) в нашей стране отмечается у 45,4% мужчин и 41,6% женщин в возрасте 25–64 лет<sup>1</sup>.

Свой вклад в высокий уровень заболеваемости и смертности вносят сопутствующие АГ факторы риска, в частности абдоминальное ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия.

Согласно общенациональному регистру острого коронарного синдрома (ОКС), в котором собраны анамнестические данные о заболеваниях, предшествующих развитию ОКС с подъемом сегмента ST, среди этой категории больных наи-

более часто встречается АГ – 83,9% случаев. Перенесенный инфаркт миокарда имеет место в 22,4% случаев, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – в 46,7%, хроническая сердечная недостаточность – в 38,7% случаев.

В новых рекомендациях по диагностике и лечению АГ, разработанных экспертами Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, представлены основные направления ведения пациентов с АГ<sup>2</sup>.

Основная цель лечения больных АГ заключается в максимальном снижении риска развития сердечно-сосудистых осложнений, цереброваскулярных заболеваний и хронической болезни почек. Для достижения этой цели важны контроль артериального давления (АД) и коррекция всех модифицируемых факторов риска (курение, дис-

<sup>1</sup> Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В. и др. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертензией // Кардиология. 2014. № 10. С. 4–12.

<sup>2</sup> Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации // Кардиологический вестник. 2015. № 1. Т. X. С. 3–30.



## Сателлитный симпозиум компании «Гедеон Рихтер»

липидемия, гипергликемия, ожирение), а также предотвращение или замедление прогрессирования поражений органов-мишеней. Для подавляющего большинства больных целевой уровень давления менее 140/90 мм рт. ст. Исключение составляют больные АГ с сахарным диабетом. Для них этот показатель менее 140/85 мм рт. ст.

Основными ориентирами в ведении пациентов с АГ служат определение степени риска, целевого уровня АД в каждом конкретном случае, выбор терапии (моно- или комбинированная), контроль ее эффективности. Решение о тактике ведения следует принимать на основании оценки исходного сердечно-сосудистого риска. Особое значение при выборе тактики лечения больного АГ приобретает оценка общего сердечно-сосудистого риска, степень которого зависит от величины АД, а также сопутствующих факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний.

Тем не менее, как показали результаты многоцентрового исследования ЭССЕ-РФ с участием 20 000 пациентов из разных регионов России, контроля АД достигают лишь 14,4% мужчин и 30,9% женщин<sup>3</sup>. Низкая эффективность лечения АГ и недостижение целевых значений АД в большой степени обусловлены низкой приверженностью лечению.

В рамках отечественного исследования проведен анализ приверженности пациентов с АГ терапии в условиях реальной амбулаторной практики на базе 82 районных поликлиник Москвы. В исследование были включены 5474 пациента старше 18 лет с повышенными значениями АД. Результаты анализа 4816 амбулаторных карт показали, что терапии привержены только 38,9% пациентов.

В отличие от монотерапии применение комбинированных антигипертензивных препаратов позволяет увеличивать эффективность лечения, быстрее добиваться снижения АД до целевого уровня, повышать приверженность пациентов лечению. Кроме того, комбинированная терапия характеризуется более выраженным органопротективным эффектом, способствует снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

В настоящее время наиболее рациональной комбинацией антигипертензивных препаратов признаны ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)/сартаны + антагонисты кальция. К их преимуществам относят высокую эффективность контроля АД, метаболическую привлекательность АД и риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

В современных рекомендациях по лечению АГ отмечается, что во всех случаях, когда целевой уровень АД в процессе лечения не достигается, следует переходить от менее интенсивной к более интенсивной терапевтической тактике. Переход с монотерапии на комбинированную – путь к более быстрому и эффективному контролю АД<sup>4</sup>.

Важный момент: у большинства пациентов с АГ нарушен липидный обмен. Согласно рекомендациям, статины показаны больным АГ со средним и высоким сердечно-сосудистым риском и целевым значением холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) менее 3,0 ммоль/л. При манифестной ИБС рекомендации предусматривают назначение статинов и целевое значение ЛПНП менее 1,8 ммоль/л. Профессор Ю.А. Карпов представил результаты исследования ТРИУМВИРАТ, посвященного оценке эффективности и безопас-

ности терапии фиксированной комбинацией «амлодипин + лизиноприл» (Экватор®, компания-производитель «Гедеон Рихтер») и розувастатином (Мертенил®, компания-производитель «Гедеон Рихтер») у пациентов с АГ и гиперхолестеринемией.

Исследование ТРИУМВИРАТ продемонстрировало эффективность препарата Эквамер® (компания-производитель «Гедеон Рихтер»), представляющего собой тройственный союз двух мощных антигипертензивных препаратов в фиксированной комбинации и розувастатина, обладающего выраженным свойством в отношении снижения уровня холестерина ЛПНП для предотвращения сердечно-сосудистого риска.

В исследовании участвовали 1165 больных АГ (41% мужчин и 59% женщин) с неконтролируемым АД из 31 региона Российской Федерации. В ходе исследования по разным причинам выбыли 30 пациентов. Средний возраст участников составил 59,2 года. Критериями включения в исследование были возраст старше 18 лет, наличие эссенциальной гипертензии, как выявленной впервые с уровнем АД выше 160/100 мм рт. ст., так и установленной после терапии антигипертензивными препаратами, но с недостаточным контролем АД (выше 140/90 мм рт. ст.). В исследование включали пациентов с риском развития сердечно-сосудистых осложнений с учетом отклонения показателей уровня общего холестерина от целевого значения.

В ходе исследования контролировали показатели уровня АД и липидного профиля, оценивали сердечно-сосудистый риск, определяли целевой уровень холестерина ЛПНП, подбирали схему лечения. Пациентам назначали терапию комбинацией «амлодипин + лизиноприл + розувастатин» в опреде-

кардиология и ангиология

<sup>3</sup> 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). С. 4–14.

<sup>4</sup> Mancía G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC 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. 2013. Vol. 31. № 7. P. 1281–1357.

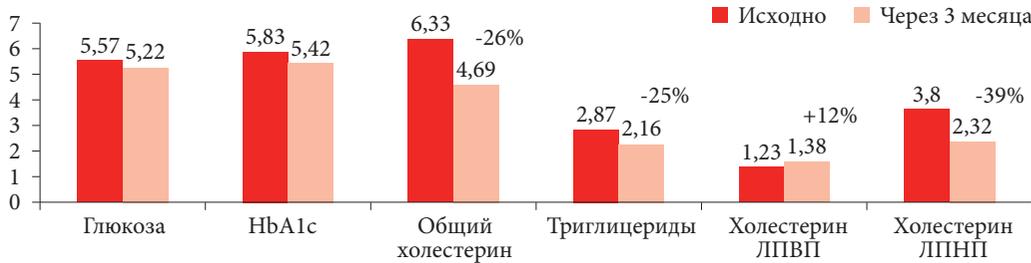


Рис. 1. Динамика лабораторных данных за три месяца терапии

ленном дозовом режиме. Дизайн исследования предусматривал четыре визита пациентов. Эффективность лечения оценивали после трех месяцев терапии по таким параметрам, как контроль АД и целевой уровень холестерина ЛПНП.

Согласно результатам опроса пациентов, 15% из них ранее не получали лечение АГ, 85% – получали гипотензивную терапию, но 44% из них лечились нерегулярно. При этом статины принимали только 0,2% больных.

В исследовании ТРИУМВИРАТ большинство больных АГ постепенно достигли целевого уровня АД. Целевой уровень АД (140/90 мм рт. ст.) на четвертом визите зафиксирован у 80% больных. Отмечалась

положительная динамика лабораторных данных за три месяца комбинированной антигипертензивной терапии. По сравнению с исходным уровнем общего холестерина снизился на 25%, уровень холестерина ЛПНП – на 39% (рис. 1).

После лечения комбинацией «амлодипин + лизиноприл + розувастатин» наблюдалось статистически значимое снижение показателей частоты сердечных сокращений с 72,8 до 68,1 удара в минуту. Кроме того, имело место значительное увеличение приверженности пациентов терапии. После трех месяцев комбинированной терапии число приверженных терапии достигло 64,2% больных (31,3% – до начала лечения).

Нежелательные явления наблюдались всего у 7,3% пациентов.

Согласно результатам исследования ТРИУМВИРАТ, применение фиксированной комбинации антигипертензивных и липидснижающих препаратов для лечения пациентов с АГ и гиперхолестеринемией позволяет достичь контроля АД и эффективно предупреждает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

В заключение профессор Ю.А. Карпов привел результаты досрочно завершенного исследования SPRINT, в котором сравнивали влияние более интенсивного (менее 120 мм рт. ст.) и стандартного снижения АД (менее 140 мм рт. ст.) на прогноз у пациентов с АГ старше 50 лет и с не менее чем одним фактором сердечно-сосудистого риска или хронической болезнью почек. Группа интенсивного лечения получала три и более антигипертензивных препарата (хлорталидон, амлодипин, лизиноприл), группа стандартного лечения – два препарата. По сравнению с группой стандартного лечения в группе интенсивного лечения риск сердечно-сосудистых событий снизился на 30%, а общей смертности – на 25%.



Профессор  
Ф.Т. Агеев

Руководитель научно-диспансерного отдела НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК, д.м.н., профессор Фаиль Таипович АГЕЕВ отметил, что Россия впервые вошла в рей-

### Низкая приверженность кардиологического больного как неучтенный фактор повышения эффективности лечения. Роль лекарственной формы

тинг эффективности систем здравоохранения Bloomberg, заняв последнее, 51-е место. По данным рейтинга, в России средняя продолжительность жизни – 70,5 года. При этом доля расходов на здравоохранение в национальной экономике составляет 6,3% на душу населения. Однако уровень смертности от болезней системы кровообращения остается высоким, особенно по сравнению с данными за 1970-е гг.

Повышенный уровень АД рассматривается как один из основных факторов риска развития

сердечно-сосудистых осложнений и смертности. У больных АГ за каждый год терапии потенциально теряется по крайней мере один месяц жизни<sup>5</sup>.

У пациентов с АГ в возрасте 30 лет пожизненный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний достигает 63%. У больных с повышенным уровнем АД сердечно-сосудистые заболевания развиваются на пять лет раньше, чем у лиц с нормальным уровнем АД. Таким образом, исследователи пришли к выводу, что подход к лечению АГ должен включать эффективную,

<sup>5</sup> Rapsomaniki E., Timmis A., George J. et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1,25 million people // Lancet. 2014. Vol. 383. № 9932. P. 1899–1911.



## Сателлитный симпозиум компании «Гедеон Рихтер»

но простую в применении стратегию<sup>6</sup>.

Поиск способов повышения эффективности лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями остается актуальной проблемой современного здравоохранения. По мнению международных экспертов, основными причинами низкого уровня контроля АД в популяции являются врачебная инерция, низкая приверженность лечению и недостатки систем здравоохранения в отношении подхода к лечению хронических заболеваний<sup>4</sup>.

Назначая терапевтическую схему больным АГ, необходимо помнить, что увеличение количества любых принимаемых препаратов негативно влияет на приверженность лечению. По словам профессора Ф.Т. Агеева, необходима простая терапевтическая стратегия, понятная и врачу, и пациенту. В связи с этим следует придерживаться тактики упрощения лекарственного режима. Специалистам необходимо достичь согласия в определении оптимальной терапии и рациональных комбинаций, признать необходимость широкого применения комбинаций лекарственных средств для оптимального контроля АД.

Докладчик привел данные исследования, выполненного на базе консультативно-поликлинического отделения НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК. Перед исследователями стояла цель – изучить психосоматические аспекты приверженности лечению и ее взаимосвязь с коморбидными соматическими расстройствами. В исследование был включен 161 больной АГ (119 женщин и 42 мужчины) в возрасте  $53,4 \pm 11,4$  года. На основании результатов опроса и анализа анамнеза пациенты были разделены на две группы: с высокой (30 (19%) пациентов) и низкой (131 (81%) больной) приверженностью

лечению. Для тех, кто демонстрировал высокую приверженность лечению, была характерна меньшая длительность заболевания. Среди них было больше пациентов, получавших фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов<sup>7</sup>.

В 2007 г. на базе научно-диспансерного отдела НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК было проведено исследование с участием 60 больных АГ из группы высокого сердечно-сосудистого риска. В исследовании сравнивали эффективность свободной комбинации антигипертензивных препаратов с фиксированными комбинациями в условиях реальной московской поликлинической практики. Пациенты были рандомизированы на две группы: группу фиксированной комбинации препаратов (ингибитор АПФ/гидрохлоротиазид (ГХТЗ)) и группу свободной комбинации (ингибитор АПФ + ГХТЗ). Оценивали приверженность лечению при этих двух режимах терапии в амбулаторных условиях. Больных наблюдали в течение 24 недель. До четвертой недели терапии лечение проводилось под контролем врача, после этого пациенты лечились самостоятельно. После 24 недель терапии проводили клиническое обследование, опрос, определяли переносимость и эффективность препаратов<sup>8</sup>.

У участников исследования отмечалась достоверно лучшая комплаентность на фоне применения фиксированной комбинации антигипертензивных препаратов (рис. 2).

В конце наблюдения в группе фиксированной комбинации наблюдался более высокий процент больных АГ, достигших контроля АД (рис. 3).

Анализ данных продемонстрировал, что приверженность ле-

чению прямо пропорциональна его эффективности (достижение контроля АД, снижение риска сердечно-сосудистых осложнений, смертельных исходов и т.д.).

Универсальным методом снижения риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ и гиперхолестеринемией считается применение тройной комбинации антигипертензивных препаратов амлодипина, лизиноприла и розувастатина (Эквимер®).

Практикующим врачам следует помнить, что лечение АГ должно быть не только эффективным и безопасным, но также доступным и удобным для пациентов. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов значительно повышает приверженность больных АГ терапии.

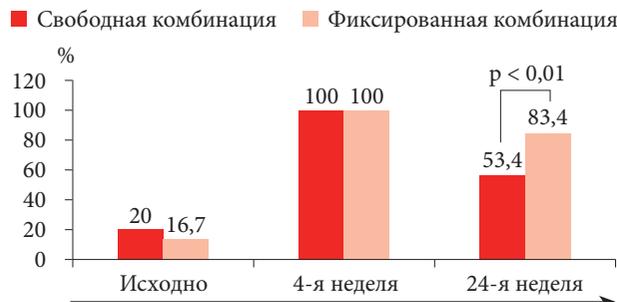


Рис. 2. Динамика приверженности терапии

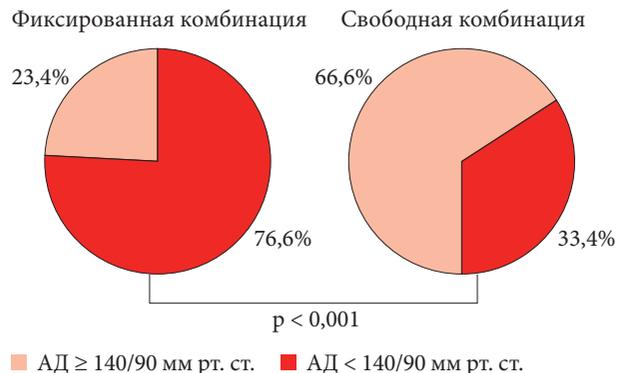


Рис. 3. Процент пациентов с АД менее 140/90 мм рт. ст. в конце наблюдения

<sup>6</sup> Hypertension: an urgent need for global control and prevention // Lancet. 2014. Vol. 383. № 9932. P. 1861.

<sup>7</sup> Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В., Дробижев М.Ю. и др. Психосоматические аспекты низкой приверженности больных артериальной гипертензией медикаментозной терапии // Системные гипертензии. 2014. № 3. С. 11–15.

<sup>8</sup> Агеев Ф.Т., Фофанова Т.В., Плисюк А.Г. и др. Комбинированная терапия ингибиторами АПФ и диуретиками в лечении артериальной гипертензии: приверженность лечению в амбулаторных условиях // Фарматека. 2008. № 15. С. 86–91.



Профессор  
Ж.Д. Кобалава

**О**б истории и современном статусе концепции «полипилюли», применении фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов при АГ и дислипидемии рассказала заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней медицинского факультета и кафедрой кардиологии и клинической фармакологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов (РУДН), профессор кафедры внутренних болезней Московского государственного университета, заместитель руководителя Центра по изучению новых лекарственных и диагностических препаратов РУДН, д.м.н. Жанна Давидовна КОБАЛАВА. Она отметила, что внедрение концепции «полипилюли» в реальную клиническую практику для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений оказалось сложнее, чем ожидалось, несмотря на ее прямолинейность.

Началом концепции можно считать 2001 г., когда R. Peto предложил использовать фиксированную комбинацию аспирина, статины, ингибитора АПФ и бета-блокатора для вторичной профилактики АГ в странах с низким и средним доходом. В 2002 г. S. Yusuf модифицировал эту концепцию, подтвердив

### Эволюция и статус концепции «полипилюли» в снижении сердечно-сосудистого риска

ее более высокую значимость. Он доказал, что комбинированное назначение аспирина, бета-блокатора, статины и ингибитора АПФ пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе приводит к расчетному снижению риска развития осложнений на 75%<sup>9</sup>.

N.J. Wald и M.R. Law (2003) провели метаанализ 15 рандомизированных клинических исследований, посвященных оценке влияния на конечные точки, к которым относились несмертельные инфаркт миокарда и инсульт, динамика АД, уровня холестерина ЛПНП и др. Исследователи показали, что прием трех основных классов антигипертензивных препаратов (тиазидового диуретика, бета-адреноблокатора и ингибитора АПФ в половинной среднетерапевтической дозе), статинов, фолиевой кислоты и аспирина способствует снижению случаев инфаркта миокарда на 88%, инсультов – на 80%. Таким образом, авторы сформировали концепцию многокомпонентной таблетки с возможностью воздействия на несколько факторов риска, использования низких доз, индивидуального подбора компонентов<sup>10</sup>.

За последнее десятилетие произошла существенная эволюция взглядов на состав «полипилюли». Установлено, что прием фолиевой кислоты не улучшает исходы у больных АГ<sup>11</sup>. Доказано неоптимальное отношение «польза/риск» применения аспирина для первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений<sup>12</sup>.

Наиболее эффективными компонентами «полипилюли» по-прежнему считаются статины, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, а в качестве еще одного антигипертензивного препарата добавлен антагонист

кальция. Потенциальный успех этой концепции обусловлен такими факторами, как снижение сердечно-сосудистого риска независимо от уровня специфического фактора риска, улучшение приверженности пациентов лечению, экономическая эффективность.

С 2009 г. проведено 13 рандомизированных клинических исследований с участием 8898 пациентов, посвященных изучению эффективности фиксированных комбинаций, содержащих статины и антигипертензивные препараты. Основным результатом этих исследований – значимое и воспроизводимое улучшение приверженности лечению в разных популяциях по сравнению с монотерапией. Возможно, широкое применение «полипилюли» позволит снизить бремя сердечно-сосудистых осложнений среди больных АГ. На сегодняшний день у пациентов с повышенным АД часто выявляются нарушения липидного обмена. Дислипидемия и АГ – широко распространенные и важнейшие факторы риска сердечно-сосудистых осложнений. По данным эпидемиологических исследований, АГ и дислипидемия обеспечивают 75% риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти. Сочетание этих факторов риска повышает риск развития инфаркта в 10–12 раз.

Кроме того, АГ и дислипидемия – основные факторы риска развития и прогрессирования атеросклероза. Сегодня ни для кого не секрет, что атеросклероз начинается в молодом возрасте. В российском исследовании оценивали рост распространенности АГ в зависимости от возраста. Показано, что у больных старше 55 лет АГ встречается в 74,5% случаев, а у пациентов 25–34 лет – в 18,3% случаев<sup>3</sup>.

<sup>9</sup> Yusuf S. Two decades of progress in preventing vascular disease // Lancet. 2002. Vol. 360. № 9326. P. 2–3.

<sup>10</sup> Wald N.J., Law M.R. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80% // BMJ. 2003. Vol. 326. № 7404. P. 1419.

<sup>11</sup> Lonn E., Yusuf S., Arnold M.J. et al. Homocysteine lowering with folic acid and B vitamins in vascular disease // N. Engl. J. Med. 2006. Vol. 354. № 15. P. 1567–1577.

<sup>12</sup> Baigent C., Blackwell L., Collins R. et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials // Lancet. 2009. Vol. 373. № 9678. P. 1849–1860.

Сателлитный симпозиум компании «Гедеон Рихтер»

Парадокс АГ заключается в том, что с возрастом назначение антигипертензивных препаратов увеличивается, а эффективность лечения снижается. Именно поэтому, считает профессор Ж.Д. Кобалава, необходимо начинать лечение АГ и дислипидемии как можно раньше. Результаты исследований свидетельствуют о крайне высокой частоте метаболического синдрома среди больных АГ. Дислипидемия выявляется более чем у 70% пациентов с АГ<sup>1</sup>.

Наличие у больных АГ дислипидемии ассоциируется с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений, в том числе смертельных. Поэтому терапия больных АГ должна включать контроль АД и липидного профиля.

Таким образом, для лечения больных АГ необходимо использовать комбинацию фиксированных доз нескольких антигипертензивных препаратов со статином. Наилучший эффект достигается при одновременном применении препаратов, блокирующих ренин-ангиотензиновую систему, в частности ингибиторов АПФ, и антагонистов кальция. Статины в свою очередь улучшают гликемический контроль у пациентов с АГ. Наиболее активным гиполипидемическим средством на сегодняшний день является розувастатин.

Эффективности розувастатина (Мертенил®) посвящено не одно клиническое исследование. В частности, в многоцентровом двойном плацебоконтролируемом исследовании JUPITER 17 802 пожилым пациентам (средний возраст – 66 лет) назначали розувастатин в дозе 20 мг/сут или плацебо. Были продемонстрированы несомненные доказательства снижения заболеваемости и смертности среди пациентов, получавших этот препарат<sup>13</sup>.

Новый комбинированный препарат Эквамер® представляет собой тройную комбинацию амлодипина, ингибитора АПФ лизиноприла

и розувастатина. Данная комбинация может рассматриваться как потенциальная «полипилюля» для лечения больных АГ с повышенным уровнем холестерина.

Профессор Ж.Д. Кобалава проанализировала результаты исследования ТРИАДА, в котором участвовали пациенты с АГ, метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП). Пациентам назначали терапию препаратом Экватор® (лизиноприл/амлодипин) и розувастатином. Уровень АД у больных оценивали следующими методами: определяли клиническое АД, проводили суточный мониторинг АД в плечевой артерии и аорте.

Использовали три параметра оценки печеночных эффектов: печеночные ферменты, стеатотест, инструментальные методы.

Результаты исследования ТРИАДА показали положительную динамику суточного профиля АД – эффективное снижение АД в ночные часы<sup>14</sup>. В частности, на фоне применения Мертенила у пациентов наблюдалось значительное снижение центрального систолического АД (рис. 4).

Среди пациентов с АГ много больных с неалкогольной жировой дистрофией печени, транзиторными колебаниями печеночных ферментов и соответственно высоким риском осложнений. В этой группе пациентов отмечались высокая эффективность тройной комбинации, высокая гиполипидемическая активность и безопасность. Доказано, что тройная комбинация характеризуется 24-часовой продолжительностью действия и дозировкой, достаточной для суточного контроля АД. Экватор® эффективно снижает центральное систолическое давление у пациентов, а Мертенил® усиливает благоприятные эффекты Экватора в отношении параметров артериальной ригидности и центрального АД, а также в отношении амплификации пульсового давления (рис. 5).

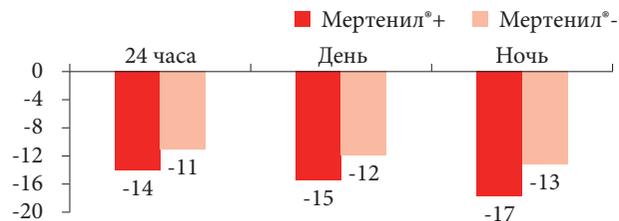


Рис. 4. Динамика центрального систолического АД в зависимости от назначения Мертенила

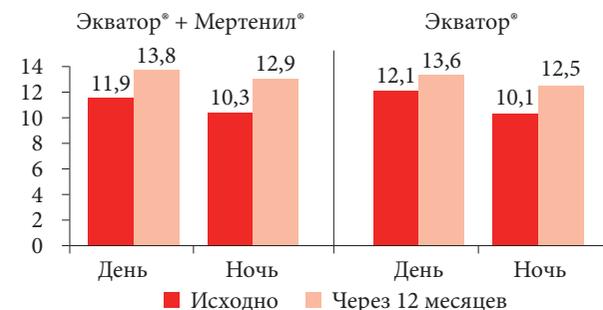


Рис. 5. Мертенил® усиливает эффект Экватора в отношении увеличения амплификации пульсового давления

Продемонстрирован высокий уровень безопасности в отношении функции печени у больных НАЖБП. На протяжении всего наблюдения комбинация антигипертензивных препаратов и статина позволяла эффективно контролировать уровень АД, липидные показатели, что способствовало снижению сердечно-сосудистого риска.

**Заключение**

Применение тройной комбинации «амлодипин + лизиноприл + розувастатин» повышает приверженность пациентов лекарственной терапии, позволяет контролировать уровень АД и липидные показатели. Применение нового фиксированного комбинированного препарата Эквамер® значительно снижает сердечно-сосудистый риск и связанную с ним сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность пациентов с АГ и нарушениями липидного профиля, метаболическим синдромом. ☺

<sup>13</sup> Ridker P.M., Fonseca F.A.H., Genest J. et al. Baseline characteristics of participants in the JUPITER trial, a randomized placebo-controlled primary prevention trial of statin therapy among individuals with low low-density lipoprotein cholesterol and elevated high-sensitivity C-reactive protein // Am. J. Cardiol. 2007. Vol. 100. P. 1659–1664.

<sup>14</sup> Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Семашина И.М., Богомаз А.В. Суточные профили артериального давления в плечевой артерии и аорте: соотношение и эффекты фиксированной комбинации амлодипина и лизиноприла // Кардиология. 2014. № 10. С. 13–18.