



Путь к сердцу пациента: оптимизация терапии

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди распространенных патологий, приводящих к смерти. В связи с этим вопросы первичной профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний остаются крайне актуальными. В рамках сателлитного симпозиума компании «Эгис» (Екатеринбург, 20 сентября 2016 г.) прозвучали доклады ведущих российских ученых, посвященные методам терапии с использованием препаратов, влияющих на показатели смертности и тяжелых сердечно-сосудистых осложнений, а также снижающих риск сердечно-сосудистых событий.



Профессор, д.м.н.
А.И. Мартынов

Академик РАН, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета Московского государственного медицинского стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, президент Российского научного медицинского общества терапевтов Анатолий Иванович МАРТЫНОВ рассказал об оптимизации лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Он отметил, что высокий уровень ССЗ в нашей стране обусловлен распространенностью факторов риска среди населения. В развитии риска преждевременной смерти от ССЗ ведущую роль играют три фактора: артериаль-

Как уменьшить сердечно-сосудистый риск с помощью минимальной терапии

ная гипертензия (АГ), курение и гиперхолестеринемия.

Артериальная гипертензия – одно из самых распространенных ССЗ в мире, повышающих риск инсульта в семь раз, сердечной недостаточности – в шесть раз, ишемической болезни сердца (ИБС) – в четыре раза, заболеваний периферических сосудов – в два раза.

Эффективным способом определения риска смерти от болезней системы кровообращения признана шкала SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Пациентами с высоким риском по этой шкале считаются лица с десятилетним риском смерти от ССЗ. Шкала SCORE отражает качество терапии и приверженность пациентов лечению. Задача врача состоит в том, чтобы повлиять на эти показатели за счет перевода пациентов из степени высокого риска в степень среднего, впоследствии в степень низкого риска по шкале SCORE.

При АГ применяются разные группы препаратов, снижающих артериальное давление

(АД). Речь идет о диуретиках, бета-адреноблокаторах, ингибиторах ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторах рецепторов ангиотензина II, антагонистах кальция и др.

Современный рациональный подход к лечению пациентов с АГ подразумевает применение комбинированной рациональной антигипертензивной терапии уже на старте лечения, особенно при наличии высокого риска сердечно-сосудистых осложнений. Сочетание ингибиторов АПФ и антагонистов кальция – один из наиболее эффективных вариантов комбинированной терапии АГ для лечения больных с полиморбидной патологией различной степени риска.

Как показывают результаты многочисленных экспериментальных и клинических исследований, комбинация ингибитора АПФ и антагониста кальция способна не только эффективно снижать уровень АД, но и оказывать антиатеросклеротическое действие. Подобная комбинация обладает также мощным органопротек-



Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

тивным действием, в частности ренопротективным. Применение препаратов названных классов приводит к уменьшению клубочкового давления и экскреции альбумина, уменьшению протеинурии, увеличению почечного кровотока, замедлению почечной недостаточности.

Профессор А.И. Мартынов отметил, что среди ингибиторов АПФ наибольшей доказательной базой в отношении снижения риска сердечно-сосудистых осложнений характеризуется препарат рамиприл. На фоне его применения у больных АГ снижается частота смертности, риск инфаркта миокарда, инсульта, хронической сердечной недостаточности. Эффективность рамиприла в профилактике сердечно-сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом изучена и доказана в исследовании HOPE¹.

В проспективном двойном слепом исследовании SECURE (субисследование HOPE) подтверждено прямое антиатеросклеротическое действие рамиприла. С помощью ультразвукового метода анализировали влияние рамиприла на толщину комплекса «интима – медиа» сонной артерии. Длительная терапия рамиприлом способствовала замедлению скорости прогрессирования атеросклероза у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска, что свидетельствовало о стабилизации атеросклеротического процесса².

Нефропротективное действие рамиприла изучали в отечественном открытом многоцентровом исследовании ХАРИЗМА. Исследователи отметили статистически значимое снижение систолического и диастолического АД при офисном измерении и по данным суточного мониторирования у больных АГ на фоне применения рамиприла. Рамиприл в составе фиксированной комбинации оказывал выраженный нефропротективный эффект в виде достоверного снижения микроальбуминурии. При этом была показана эффективность утреннего приема препарата³.

Антигипертензивный эффект антагонистов кальция может быть ограничен побочными эффектами, такими как отеки и тахикардия. В большей степени сказанное касается антагонистов кальция дигидропиридинового ряда. Комбинированное использование антагонистов кальция и ингибиторов АПФ способствует уменьшению указанных эффектов.

Среди антагонистов кальция наибольшей доказательной базой, свидетельствующей о высокой эффективности и безопасности при ССЗ, характеризуется вазоселективный препарат амлодипин. Благодаря особым фармакологическим свойствам амлодипин в отличие от других антагонистов кальция оказывает более плавное действие.

В многоцентровом исследовании VALUE с участием свыше

15 000 пациентов с АГ сравнивали эффективность амлодипина и валсартана. Показано, что амлодипин быстро и плавно снижает АД у больных АГ. Преимущество амлодипина перед валсартаном в уменьшении АД отмечалось с первых месяцев терапии⁴.

В исследовании ASCOT сравнивали эффективность антигипертензивной терапии, включавшей амлодипин с последующим присоединением ингибитора АПФ, с эффективностью терапии бета-блокатором и тиазидным диуретиком. В обеих группах наблюдалось сопоставимое снижение уровня АД. Однако по сравнению с группой бета-блокатора и диуретика в группе амлодипина и ингибитора АПФ зафиксировано более значимое снижение относительного риска развития инсульта и сердечно-сосудистой смертности⁵.

В исследовании CAPE проанализированы антиишемические свойства амлодипина у больных ИБС. При контрольном 48-часовом мониторировании ЭКГ наблюдалось уменьшение количества эпизодов ишемии миокарда⁶.

В крупном проспективном клиническом исследовании PREVENT амлодипин оказывал антиатеросклеротическое действие. У пациентов, получавших амлодипин, отмечалось достоверное замедление прогрессирования атеросклеротического процесса в каротид-

¹ Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators // Lancet. 2000. Vol. 355. № 9200. P. 253–259.

² Lonn E., Yusuf S., Dzavik V. et al. Effects of ramipril and vitamin E on atherosclerosis: the study to evaluate carotid ultrasound changes in patients treated with ramipril and vitamin E (SECURE) // Circulation. 2001. Vol. 103. № 7. P. 919–925.

³ Чазова И.Е., Мартынюк Т.В., Небиеридзе Д.В. и др. Стратегия антигипертензивной терапии у пожилых больных артериальной гипертензией с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений: результаты российского исследования ХАРИЗМА-3 // Системные гипертензии. 2012. № 3. С. 39–47.

⁴ Julius S., Kjeldsen S.E., Weber M. et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomised trial // Lancet. 2004. Vol. 363. № 9426. P. 2022–2231.

⁵ Sever P., Dahlöf B., Poulter N. et al. Potential synergy between lipid-lowering and blood-pressure-lowering in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial // Eur. Heart J. 2006. Vol. 27. № 24. P. 2982–2988.

⁶ Deanfield J.E., Detry J.M., Lichtlen P.R. et al. Amlodipine reduces transient myocardial ischemia in patients with coronary artery disease: double-blind Circadian Anti-Ischemia Program in Europe (CAPE Trial) // J. Am. Coll. Cardiol. 1994. Vol. 24. № 6. P. 1460–1467.



ных артериях, а также снижение частоты всех сердечно-сосудистых осложнений⁷.

Преимущественными показаниями к назначению комбинации ингибиторов АПФ и антагонистов кальция являются ИБС, гипертрофия левого желудочка, атеросклероз сонных и коронарных артерий, дислипидемия, сахарный диабет, метаболический синдром, изолированная систолическая АГ, пожилой возраст.

Эффективность и безопасность фиксированной комбинации рамиприла и амлодипина (препарат Эгипрес[®], компания-производитель «Эгис») в том числе у пациентов с сахарным диабетом подтверждена в открытом проспективном многоцентровом исследовании RAMONA.

Через четыре месяца терапии целевой уровень АД был достигнут у большинства больных сахарным диабетом и АГ. У них наблюдалось некоторое снижение уровней общего холестерина (ХС), ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и глюкозы. Препарат Эгипрес[®] положительно влиял на метаболический профиль и липидный обмен практически среди всех категорий пациентов, включая больных сахарным диабетом и хронической болезнью почек. Повышенный уровень мочевой кислоты в сыворотке крови служит ассоциированным фактором риска АГ и другой сердечно-сосудистой патологии. В ходе исследования на фоне применения препарата

Эгипрес[®] у пациентов снижался уровень мочевой кислоты⁸.

Эгипрес[®] оказывает мощное антигипертензивное действие, способствуя уменьшению частоты сердечно-сосудистых осложнений и смерти у больных с высоким сердечно-сосудистым риском.

Эгипрес[®] выпускается в четырех дозах (рамиприл 5 мг/амлодипин 5 мг, 10/10 мг, 10/5 мг и 5/10 мг соответственно), что удобно для назначения пациентам разных групп.

В заключение профессор А.И. Мартынов отметил, что применение новых фиксированных лекарственных форм, сочетающих в себе ингибиторы АПФ и антагонисты кальция, эффективно в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений.



Профессор, д.м.н.
С.Ю. Марцевич

Профессор кафедры доказательной медицины Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, руководитель отдела профилактической фармакологии Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (ГНИЦПМ) Минздрава России, д.м.н. Сергей Юрьевич МАРЦЕВИЧ посвятил свое выступление применению препаратов класса бета-адреноблокаторов у пациентов с ССЗ.

Изучение практики назначения бета-адреноблокаторов и ее соответствия современным клиническим рекомендациям в рамках двух амбулаторных регистров сердечно-сосудистых заболеваний

Бета-адреноблокаторы у больных ССЗ используются с 1960-х гг. В 1988 г. ученые, участвовавшие в создании бета-адреноблокаторов, были награждены Нобелевской премией. По оценке членов Нобелевского комитета, создание бета-адреноблокаторов стало «величайшим прорывом в лечении сердечных заболеваний со времени открытия дигиталиса 200 лет назад».

В многочисленных исследованиях показано, что назначение бета-адреноблокаторов, прежде всего метопролола, снижает показатели смертности у лиц, перенесших инфаркт миокарда. Результаты более поздних исследований продемонстрировали другую важную особенность ряда бета-адреноблокаторов – способность снижать смертность у пациентов

с тяжелой сердечной недостаточностью.

Бета-адреноблокаторы – одна из основных групп лекарственных средств, используемых в кардиологии, причем достаточно неоднородная. Наряду с основным свойством – способностью обратимо блокировать бета-адренергические рецепторы бета-адреноблокаторы обладают рядом дополнительных свойств, которые и определяют особенности их клинического применения.

Бета-адреноблокаторы используют в лечении практически всех форм ИБС, АГ, нарушения сердечного ритма. Имеются доказательства благоприятного влияния препаратов на исходы заболевания и смертность у лиц, перенесших острый инфаркт миокарда, и у пациентов с сер-

⁷ Pitt B., Byington R.P., Furberg C.D. et al. Effect of amlodipine on the progression of atherosclerosis and the occurrence of clinical events. PREVENT Investigators // Circulation. 2000. Vol. 102. № 13. P. 1503–1510.

⁸ Tomcsany J. A Ramipril és Amlodipin kombináció vérnyomáscsökkentő hatékonyságának MOnitorozása és beavatkozással Nem járó Adatgyűjtése (RAMONA tanulmány) // Hypertonia és Nephrologia. 2013. Vol. 17. № 2. P. 49–96.



Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

дечной недостаточностью. В последних рекомендациях Европейского общества кардиологов по лечению больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, бета-адреноблокаторы названы препаратами выбора практически у всех больных, перенесших инфаркт миокарда, в отсутствие противопоказаний. Особенно выделяют группу пациентов, у которых сразу после инфаркта возникла сердечная недостаточность или дисфункция левого желудочка.

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов по лечению больных, перенесших острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, всем пациентам после стабилизации состояния со сниженной фракцией выброса (менее 40%) для уменьшения риска смерти, повторного инфаркта миокарда и госпитализации в связи с ухудшением сердечной недостаточности следует назначать бета-адреноблокаторы. Еще одна группа больных, которым показана терапия бета-адреноблокаторами, – пациенты со стабильно протекающей ИБС. Согласно рекомендациям европейских экспертов, абсолютными противопоказаниями к назначению бета-адреноблокаторов являются бронхиальная астма и исходная атриовентрикулярная блокада высокой степени. Метаболический синдром, хронические обструктивные заболевания легких, заболевания периферических артерий рассматриваются как относительные противопоказания⁹.

По мнению специалистов, бета-адреноблокаторы по-прежнему считаются препаратами первого выбора в лечении АГ. Однако, поскольку они могут повышать массу тела, отрицательно влиять на метаболизм липидов, их не следует назначать пациентам с множественными метаболическими

факторами риска, включая метаболический синдром.

Выделяют два бета-блокатора с вазодилатирующим действием – карведилол и небиволол. Они характеризуются выраженным отрицательным метаболическим действием и незначительно влияют на развитие новых случаев сахарного диабета.

Проблема выбора лекарственного препарата остается крайне актуальной. Основным критерий выбора – максимальная польза при минимальном риске нежелательных явлений. Эта цель может быть достигнута путем назначения лекарственного средства с доказанной эффективностью и безопасностью в конкретной ситуации.

Таким образом, перед врачом стоит многоуровневый выбор: группы препаратов, препарата внутри группы, лекарственной формы и конкретного препарата (оригинальный или дженерик).

Всероссийское научное общество кардиологов в 2011 г. представило рекомендацию по рациональной фармакотерапии, эффективности и безопасности лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике ССЗ. В них подтверждена эффективность бета-адреноблокаторов при различных заболеваниях.

Для изучения эффективности и безопасности лечения в реальной клинической практике созданы регистры пациентов. Регистр представляет собой организованную систему, основанную на результатах наблюдательных исследований, позволяющих получить однородную информацию для оценки определенных исходов в популяции, объединенной конкретным заболеванием, состоянием или воздействием. Эта система служит одной или несколькими предопределенным научным, практичес-

ким или экономическим целям. Цели определяются до начала сбора и анализа информации. Сбор данных осуществляется за очерченный промежуток времени без пропусков. Набор данных для каждого пациента должен быть однотипным. Данные берутся из текущей медицинской документации. Регистр позволяет оценить, как в реальной клинической практике назначаются препараты, насколько врачи следуют современным клиническим рекомендациям и официально установленным правилам назначения лекарственных средств.

Исследователями ГНИЦПМ подготовлено несколько регистров: госпитальный регистр ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших инфаркт миокарда, 2005–2007 гг.), госпитальный регистр ЛИС-3 (регистр острого коронарного синдрома, с 2013 г.), амбулаторный регистр РЕКВАЗА (три поликлиники г. Рязани, 2012–2013 гг.), амбулаторный регистр ПРОФИЛЬ (на базе ГНИЦПМ, с 2011 г.).

В регистрах ПРОФИЛЬ и РЕКВАЗА собраны данные о пациентах в возрасте старше 18 лет с ССЗ (АГ, ИБС, хроническая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда). В амбулаторных регистрах оценивали частоту назначения бета-адреноблокаторов. Сравнительный анализ данных регистров показал, что процент пациентов, не получающих бета-адреноблокаторов, примерно одинаков: ПРОФИЛЬ – 52,3, РЕКВАЗА – 58,5.

В рамках регистров изучали, каким препаратам отдают предпочтение врачи районных поликлиник и специализированного кардиологического центра. Оказалось, что препараты назначаются одинаково часто, качественный состав бета-адреноблокаторов примерно один и тот же. Однако по сравнению со специалиста-

кардиология и ангиология

⁹ Guidelines for the management of arterial hypertension 2013 или The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Russ. J. Cardiol. 2014. № 1. Vol. 105. P. 7–94.



ми районных поликлиник врачи специализированного центра чаще назначают бета-блокаторы пациентам с ИБС, тем, кто перенес инфаркт миокарда, и пациентам с хронической сердечной недостаточностью. Больным АГ бета-блокаторы рекомендовались с одинаковой частотой и в том, и в другом учреждении. По составу назначаемая терапия бета-адреноблокаторами практически не отличалась между регистрами. По данным регистров ПРОФИЛЬ и РЕКВАЗА, безусловным преимуществом среди назначаемых пациентам с ССЗ бета-адреноблокаторов обладает препарат бисопролол. В регистре ПРОФИЛЬ пациентам с хронической сердечной недостаточностью его назначали в 38,3% случаев, в регистре РЕКВАЗА – в 30,1% случаев. Доля метопролола – 15,8 и 9,3%, карведилола – 4,9 и 2,6% соответственно. Пациентам с сахарным диабетом и ИБС также в большинстве случаев рекомендован бисопролол (56,2 и 74,5% соответственно). На долю метопролола в лечении таких больных приходится лишь 22,5 и 16,8%, на долю карведилола – 9 и 5,3% соответственно. Таким образом, в специализированном медицинском учреждении бета-адреноблокаторы применяются чаще при состояниях, требующих их назначения. Однако выбор конкретного бета-адреноблокатора внутри группы даже в специализированном медицинском учреждении не всегда соответствует клиническим рекомендациям и принципам доказательной медицины¹⁰. Профессор С.Ю. Марцевич отметил, что приоритетный выбор бисопролола для пациентов с ССЗ, наблюдаемый в клинической

практике, ничем не обоснован. Другие препараты класса бета-адреноблокаторов, такие как метопролол, карведилол, имеют не меньше оснований быть назначенными пациентам с ИБС и хронической сердечной недостаточностью. Кроме того, никаких доказательных данных о применении бисопролола у пациентов с сахарным диабетом и метаболическими нарушениями нет. Наоборот, в исследовании КАБРИОЛЕТ (сравнение влияния длительной терапии, основанной на карведилоле и бисопрололе, на метаболические параметры и эректильную функцию у больных АГ и избыточной массой тела или ожирением) показано, что при равной антигипертензивной эффективности карведилол в отличие от бисопролола не только оказывает благоприятное метаболическое действие, но и улучшает состояние эректильной функции у пациентов с АГ и абдоминальным ожирением при длительном использовании¹¹. Следует отметить, что бета-адреноблокаторы не назначают пациентам с сопутствующими заболеваниями, такими как бронхиальная астма. При сравнении регистров ПРОФИЛЬ и РЕКВАЗА установлено, что в большинстве случаев (64,3 и 80,9% соответственно) бета-адреноблокаторы не рекомендуются больным бронхиальной астмой. Тем не менее определенная часть пациентов получает бета-адреноблокаторы, хотя бронхиальная астма является абсолютным противопоказанием к применению этой группы препаратов. Далее докладчик привел данные двух госпитальных регистров, которые велись в Подмоско-

вье, – регистра острого инфаркта миокарда (ЛИС-1) и регистра острого коронарного синдрома (ЛИС-3). При выписке из стационара, по данным более раннего регистра ЛИС-1 (2005–2007 гг.), в большинстве случаев назначался метопролола тартрат – препарат с доказанной эффективностью в отношении снижения смертности у лиц, перенесших инфаркт миокарда. Однако при выписке в 2013–2015 гг. (ЛИС-3) врачи отдавали предпочтение бисопрололу. В последние годы бисопролол занял лидирующие позиции в лечении больных, перенесших инфаркт миокарда. При этом не известно ни одного исследования, результаты которого подтвердили бы положительное влияние бисопролола на жизненный прогноз пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Кроме того, в официальной инструкции к бисопрололу отсутствует показание «перенесенный инфаркт миокарда». Подводя итог, профессор С.Ю. Марцевич подчеркнул, что практикующие врачи обычно назначают бета-адреноблокаторы в ситуациях, когда того требуют современные клинические рекомендации, но специалисты специализированного кардиологического центра делают это чаще, чем врачи районной поликлиники. Тем не менее выбор конкретного бета-адреноблокатора далеко не всегда соответствует доказательной базе и зачастую вступает в противоречие с официальной инструкцией по применению препарата. Кроме того, практикующие врачи иногда не учитывают противопоказания к применению бета-адреноблокаторов, особенно относительные.

¹⁰ Марцевич С.Ю., Захарова Н.А., Кутищенко Н.П. и др. Изучение практики назначения бета-адреноблокаторов и ее соответствия современным клиническим рекомендациям в рамках двух амбулаторных регистров сердечно-сосудистых заболеваний // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2016. Т. 12. № 3. С. 260–264.

¹¹ Марцевич С.Ю., Толтыгина С.Н. Сравнение влияния длительной терапии, основанной на карведилоле и бисопрололе, на метаболические параметры и эректильную функцию у больных артериальной гипертензией и избыточной массой тела или ожирением: результаты рандомизированного открытого параллельного ступенчатого исследования КАБРИОЛЕТ // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2012. Т. 8. № 5.

Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний 2016 г.: роль статинов

С докладом о роли статинов в современной концепции терапии ССЗ выступил президент Национального общества по изучению атеросклероза, ведущий научный сотрудник отдела атеросклероза Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК Минздрава России, д.м.н. Марат Владиславович ЕЖОВ. В начале выступления он привел слова выдающегося канадского ученого Салима Юсуфа: «Большинство причин заболеваний сердца нам известны. Ключевая проблема настоящего времени – применение того, что мы знаем, для предупреждения преждевременного поражения сердца». С. Юсуф внес колоссальный вклад в проведение крупнейших, в том числе регистровых, исследований, посвященных разработке новых стратегий первичной профилактики ССЗ. Целью исследования HOPE-3, завершившегося в 2016 г., стала оценка возможности снижения риска сердечно-сосудистых событий у пациентов без ССЗ с умеренным риском их возникновения на фоне применения статинов (розувастатин 10 мг) и препаратов, снижающих АД. В исследовании участвовали 12 705 пациентов без ССЗ из 21 страны. Первая первичная комбинированная точка исследования – наступление сердечно-сосудистой смерти, нефатального острого инфаркта миокарда, нефатального инсульта. Вторая первичная комбинированная точка – наступление сердечно-сосудистой смерти, нефатального острого инфаркта миокарда, нефатального инсульта, реваскуляризации, сердеч-

ной недостаточности или успешной реанимации по поводу остановки сердца. При этом в исследование включались женщины старше 65 лет и мужчины старше 55 лет с одним и более фактором сердечно-сосудистого риска. Как известно, уровень ХС ЛПНП – ключевой фактор риска атеросклеротического поражения сосудов. Уровень ХС ЛПНП значительно снизился в группе активного лечения розувастатином. Результаты исследования показали, что в первичной профилактике розувастатин 10 мг/сут существенно снижает риск сердечно-сосудистых осложнений (на 20–25%) у лиц с умеренным риском¹².

На сегодняшний день одним из документов, обобщающих подходы к профилактике ССЗ, являются Европейские клинические рекомендации, изданные в 2016 г. и отражающие согласованное мнение десяти профессиональных сообществ, и рекомендации Всемирной организации здравоохранения. Эти документы предназначены для использования в реальной клинической практике¹³.

Докладчик подчеркнул, что высокий уровень ХС является одним из ведущих факторов риска прогрессирования атеросклероза, развития инфаркта и инсульта и требует активной коррекции. Более чем у 50% взрослого населения европейских стран наблюдается повышенный уровень ХС. В России 60% лиц имеют гиперхолестеринемию.

В рамках российского исследования измеряли уровень общего ХС и ХС ЛПНП в случайной выборке из 18 000 человек в г. Моск-



Д.м.н.
М.В. Ежов

ве. Уровень общего ХС в пределах 5–7,5 ммоль/л определялся у 59% пациентов, 7,5–8 ммоль/л – у 4%, более 8 ммоль/л – у 5%¹⁴.

В последние десятилетия наметились положительные тенденции, связанные с контролем и снижением риска ССЗ в мире. Уменьшение сердечно-сосудистой смертности более чем на 50% обусловлено изменением уровней факторов риска у населения, в первую очередь снижением уровня ХС, АД и отказом от курения. Эта благоприятная тенденция отчасти компенсируется развитием других факторов риска, в основном ожирения и сахарного диабета 2-го типа. Старение населения также увеличивает частоту случаев выявления ССЗ. Что касается отрицательных тенденций, это прежде всего отсутствие приверженности гиполипидемической и антигипертензивной терапии, приводящее к негативным клиническим и экономическим последствиям. Дальнейшее замедление темпов смертности от ССЗ может быть достигнуто только за счет раннего вмешательства, контроля и коррекции уровней общего ХС у пациентов с сердечно-сосудистым риском.

Согласно рекомендациям по контролю липидов 2016 г., применение

¹² Yusuf S., Bosch J., Dagenais G. et al. Cholesterol lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease // N. Engl. J. Med. 2016. Vol. 374. № 21. P. 2021–2031.

¹³ Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) // Eur. Heart J. 2016. Vol. 37. № 29. P. 2315–2381.

¹⁴ Сафарова М.С., Сергиенко И.В., Ежов М.В. и др. Российская научно-исследовательская программа по своевременной диагностике и лечению больных семейной гиперхолестеринемией: обоснование и дизайн российского регистра семейной гиперхолестеринемии (РоСГХС) // Атеросклероз и дислипидемии. 2014. № 3. С. 7–15.



статинов способствует снижению ССЗ и смертности¹³. Они являются препаратами первого выбора при гиперхолестеринемии или комбинированной гиперлипидемии. Статины, уменьшающие уровень ХС ЛПНП по крайней мере на 50%, способны полностью остановить прогрессирование коронарного атеросклероза. Исследование Европейского кардиологического общества по изучению образа жизни, факторов риска и назначения терапии пациентам с ИБС в 24 странах Европы (EUROASPIRE IV) проводилось в 2016 г. Его целью стало определение степени следования европейским рекомендациям по вторичной профилактике ИБС в ежедневной клинической практике¹⁵. Результаты регистрового исследования продемонстрировали, что 85,7% пациентов с ИБС принимают статины, но 80,5% не достигают целевого уровня ХС ЛПНП $\leq 1,8$ ммоль/л. Полученные данные подтверждают необходимость широкого приме-

нения в целях профилактики и лечения ССЗ эффективных препаратов, таких как аторвастатин, розувастатин, в максимально возможных дозах. В отечественном исследовании АРГО (анализ терапии розувастатином пациентов с гиперхолестеринемией в реальной клинической практике) изучали уровень общего ХС у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска в реальной клинической практике семи федеральных округов, а также оценивали соответствие их ведения действующим рекомендациям по лечению дислипидемии. В программе АРГО участвовали 38 400 пациентов и 768 врачей¹⁶. По данным исследования АРГО, во всех федеральных округах уровень общего ХС у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска существенно превышает целевой. В ходе исследования выявлены различия в плане выраженного липидснижающего эффекта статинов. Уровень общего ХС существен-

но ниже у пациентов, принимающих розувастатин (Розулип®). Таким образом, для быстрого и эффективного достижения целевых значений ХС ЛПНП оптимальным препаратом является розувастатин. Препарат Розулип® (компания-производитель «Эгис»), в состав которого входит розувастатин, предназначен для лечения пациентов с гиперхолестеринемией. Препарат замедляет прогрессирование атеросклероза и применяется в целях профилактики основных ССЗ у взрослых пациентов без клинических признаков ИБС, но с повышенным риском ее развития. Розулип® сопоставим с оригинальным розувастатином по биоэквивалентности и профилю лекарственной безопасности. Резюмируя сказанное, М.В. Ежов отметил, что для быстрого, эффективного и длительного достижения целевых значений ХС ЛПНП, а также для повышения приверженности лечению целесообразно применять розувастатин (Розулип®).

Заключение

Современный подход к лечению АГ заключается в использовании фиксированных комбинаций антигипертензивных средств. Одним из таких комбинированных препаратов является Эгипрес® (компания-производитель «Эгис», Венгрия), в состав которого входят антагонист кальция амлодипин и ингибитор АПФ рамиприл. По данным клинических исследований, комбинация амлодипина и ингибитора АПФ у больных АГ демонстрирует высокую антигипертензивную эффективность, хорошую переносимость и положительное влияние на липидный и углеводный обмен. Применение препарата Эгипрес® позволяет улучшить контроль АД и таким образом снизить частоту сердечно-сосудистых и почечных ос-

ложений у пациентов с АГ. На фоне регулярной терапии комбинированным препаратом достигается кардиопротекция, замедляется развитие хронической сердечной недостаточности и ее прогрессирование. Препарат выпускается в четырех дозах, что удобно для назначения пациентам разных групп: рамиприл 5 мг/амлодипин 5 мг, рамиприл 5 мг/амлодипин 10 мг, рамиприл 10 мг/амлодипин 5 мг, рамиприл 10 мг/амлодипин 10 мг. В настоящее время всем пациентам с высоким риском ССЗ рекомендованы статины. Препарат Розулип® (компания-производитель «Эгис», Венгрия) – гиполипидемическое лекарственное средство (действующее вещество – розувастатин). Результаты клинических исследований

показали, что розувастатин является самым эффективным статином в отношении снижения уровня ХС ЛПНП и триглицеридов. Розувастатин значительно повышает содержание ХС липопротеинов высокой плотности и замедляет прогрессирование атеросклеротического процесса – основной причины ССЗ. На фоне применения лекарственного средства Розулип® отмечаются хорошая переносимость и безопасность. В сравнительных исследованиях доказана биоэквивалентность препарата Розулип® и оригинального розувастатина. Розулип® предназначен для профилактики ССЗ, в том числе при наличии одного или нескольких факторов риска (возраст старше 60 лет, курение и т.д.), пациентам с разными типами гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии, а также для замедления прогрессирования атеросклероза. ☺

¹⁵ Kotseva K., Wood D., De Bacquer D. et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries // Eur. J. Prev. Cardiol. 2016. Vol. 23. № 6. P. 636–648.

¹⁶ Ахмеджанов Н.М., Небиеридзе Д.В., Сафарян А.С. и др. Анализ распространенности гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики (по данным исследования АРГО) // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2015. Т. 11. № 3. С. 253–260.

Эгипрес®

амлодипин + рамиприл

♥ Двойная
уверенность



Лазарь
Lazarus
Lazarus
Lazarus

08.2014

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ЭГИПРЕС® (амлодипин + рамиприл)

Форма выпуска. По 30 капсул в упаковке, содержащих амлодипина безилат+рамиприл 5+5 мг, 5+10 мг, 10+5 мг, 10+10 мг, соответственно. **Показания к применению.** Артериальная гипертензия. **Способ применения и дозы.** По 1 капсуле 1 раз в сутки. **Противопоказания.** Артериальная гипотензия, острый инфаркт миокарда, декомпенсированная ХСН, стеноз клапанов сердца и обструктивные кардиомиопатии, стеноз почечных артерий, ангионевротический отек в анамнезе, тяжелая почечная недостаточность (СКФ < 20 мл/мин), беременность, лактация; детский возраст. **С осторожностью** применять при любом риске гипотензии, тяжелой ХСН, гиперкалиемии, гипонатриемии, единственной почке. **Побочные эффекты.** Отеки лодыжек и стоп, сердцебиение, гипотензия (в т.ч. ортостатическая), ощущение жара, утомляемость, сонливость, головокружение, головная боль, диспепсия, сухой кашель, кожная сыпь, миалгия, гиперкалиемия. Рег. номер. ЛП-002402 от 18.03.2014.

Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.

ЗАО «Фармацевтический завод «ЭГИС» (Венгрия).

Представительство в России: г. Москва, 121108, ул. Ивана Франко, 8.

Тел.: (495) 363-39-66, факс: (495) 789-66-31, e-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru



МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ