



Коморбидный больной с артериальной гипертонией: как минимизировать терапию

Несмотря на положительную динамику, показатели смертности вследствие заболеваний системы кровообращения в России одни из самых высоких в мире. Не случайно главной целью лечения больного артериальной гипертонией является максимальное снижение общего долговременного риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Медикаментозная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний становится все более интенсивной и предполагает применение фиксированных комбинаций, статинов и других средств для уменьшения риска развития сердечно-сосудистых событий. Актуальным остается вопрос индивидуализации терапии у коморбидных больных, у пациентов из групп высокого и очень высокого риска.



Профессор, д.м.н.
А.И. Мартынов

В настоящее время артериальная гипертония (АГ) и ее осложнения, гиперхолестеринемия, курение, сахарный диабет (СД), нарушения в диете и образе жизни занимают лидирующие позиции в структуре смертности. По словам заведующего кафедрой госпитальной терапии № 1 лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, президента Российского научного медицинского

Новые возможности коррекции риска сердечно-сосудистых осложнений у коморбидного больного

общества терапевтов, заслуженного деятеля науки РФ, академика РАН, д.м.н., профессора Анатолия Ивановича МАРТЫНОВА, сегодня концепция факторов риска составляет научную основу профилактики неинфекционных заболеваний, этиология которых не всегда известна. Доказано, что модификация образа жизни и устранение факторов риска замедляют развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Развитие сердечно-сосудистых осложнений в максимальной степени предопределяет АГ. АГ в семь раз повышает риск развития инсульта, в шесть раз – сердечной недостаточности, в четыре – ишемической болезни сердца (ИБС), в два раза – заболеваний периферических сосудов.

Наиболее назначаемыми антигипертензивными средствами считаются ингибиторы ангиотензин-

превращающего фермента (АПФ). Это подтверждено не только клинической практикой, но и результатами российского многоцентрового исследования РОСА, проведенного в 2003 г. под руководством профессора И.Е. Чазовой¹. Согласно полученным данным, ингибиторы АПФ для лечения АГ использовались в 40% случаев.

Среди ингибиторов АПФ наибольшей доказательной базой в отношении снижения сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска обладает рамиприл. Показания для его назначения включают не только АГ, хроническую сердечную недостаточность (ХСН), дисфункцию левого желудочка после инфаркта миокарда, но и профилактику инфаркта, инсульта, сердечно-сосудистой смерти, диабетической и недиабетической нефропатии.

¹ Беленков Ю.Н., Чазова И.Е. Первое российское национальное многоцентровое исследование – РОСА (Российское исследование оптимального снижения артериального давления) // Артериальная гипертензия. 2003. Т. 9. № 5. С. 151–154.

Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

Роль рамиприла в защите всех органов-мишеней переоценить сложно. В многочисленных международных исследованиях препарат продемонстрировал кардио-, церебро-, нефро- и вазопротективные свойства. На фоне терапии рамиприлом частота останковки сердца снижалась на 38%, прогрессирувания стенокардии и ревазуляризации – на 26%, сердечной недостаточности – на 23%, инфаркта – на 20%, гипертрофии миокарда – на 23%, инсульта – на 32%, прогрессирувания нефропатии – на 24%, почечной недостаточности – на 38%, атеросклероза – на 36%.

Высокая антигипертензивная эффективность рамиприла, его антиатеросклеротический и нефропротективный эффект подтверждены в ряде российских исследований. В исследовании ХАРИЗМА показано, что рамиприл (Хартил) эффективно снижает уровень не только артериального давления (АД), но и микроальбуминурии, причем независимо от времени однократного приема препарата. Хартил, будучи дженерическим препаратом, биоэквивалентен оригинальному рамиприлу и характеризуется доказанной терапевтической эквивалентностью. В структуре продаж ингибиторов АПФ в Европе на его долю приходится 42%.

По словам академика А.И. Мартынова, среди лекарственных препаратов для лечения и профилактики ССЗ в клинической практике также широко используются антагонисты кальция, из которых наиболее изученным и часто применяемым является амлодипин. Высокая эффективность и хорошая переносимость амлодипина при длительном лечении больных АГ зафиксирова-

ны в 700 исследованиях с участием свыше 600 пациентов.

Установлено, что амлодипин быстро и плавно снижает уровень АД, уменьшает риск развития инфаркта миокарда на 19% по сравнению с валсартаном через шесть лет терапии, продолжительность эпизодов ишемии и замедляет атеросклеротическое поражение сонной артерии^{2,3}.

В рекомендациях Европейского общества гипертонии (European Society of Hypertension – ESH) и Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology – ESC) 2013 г. по лечению АГ наиболее эффективной комбинацией антигипертензивных препаратов признана комбинация ингибитора АПФ и антагониста кальция. Показаниями к назначению такой комбинации являются ИБС, гипертрофия левого желудочка, атеросклероз сонных и коронарных артерий, дислипидемия, сахарный диабет, метаболический синдром, пожилой возраст пациента, изолированная систолическая АГ.

Первой фиксированной комбинацией наиболее исследованных молекул амлодипина и рамиприла, появившейся на российском фармацевтическом рынке, стал препарат Эгипрес. В польском исследовании эффективности и безопасности фиксированной комбинации рамиприла и амлодипина (Эгипрес) участвовали 24 240 пациентов с АГ. Эгипрес продемонстрировал не только мощный антигипертензивный эффект, но и отличную переносимость: из более чем 24 000 участников исследования только шестеро прервали лечение из-за побочных эффектов⁴. Результаты исследования RAMONA с участием больных АГ и СД пока-

В рекомендациях Европейского общества гипертонии и Европейского общества кардиологов 2013 г. наиболее эффективной комбинацией антигипертензивных препаратов признана комбинация ингибитора ангиотензинпревращающего фермента и антагониста кальция

зали достоверное ($p < 0,05$) улучшение почечной функции после четырехмесячной терапии препаратом Эгипрес: скорость клубочковой фильтрации увеличилась с 46,3 до 49 мл/мин/1,73м² на фоне уменьшения содержания мочевого кислоты с 361 до 350 ммоль/л⁵. По мнению академика А.И. Мартынова, к несомненному преимуществу препарата Эгипрес относится наличие четырех вариантов фиксированной комбинации в зависимости от дозы рамиприла и амлодипина (5/5, 10/5, 5/10 и 10/10 мг).

Бета-блокаторы (в частности, тимолол, пропранолол, метопролол) занимают второе место после ингибиторов АПФ. Несмотря на то что все бета-блокаторы обеспечивают одни и те же эффекты, нет оснований полагать, что они в одинаковой степени улучшают жизненный прогноз. Поскольку тимолол и пропранолол лишены таких преимуществ, как кардиоселективность и достаточная продолжительность действия, предпочтение следует отдавать метопрололу.

Метопролол, выпускаемый под торговым названием Эгилон С, характеризуется более широким спектром действия по сравнению с бисопрололом, небивололом,

² 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. 2022–2031.

³ 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.

⁴ Olszanecka-Glinianowicz M., Smertka M., Almgren-Rachtan A., Chudek J. Ramipril/amlodipine single pill – effectiveness, tolerance and patient satisfaction with antihypertensive therapy in relation to nutritional status // Pharmacol. Rep. 2014. Vol. 66. № 6. P. 1043–1049.

⁵ 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.



XI Национальный конгресс терапевтов

бетасололом. Показания к применению препарата Эгилок С наряду с типичными для перечисленных бета-блокаторов показаниями, такими как АГ, профилактика приступов стенокардии и снижение смертности и профилактики повторного инфаркта миокарда, включают ХСН (функциональный класс II–IV), нарушение ритма, функциональные нарушения сер-

дечной деятельности, сопровождающиеся тахикардией, и профилактику приступов мигрени.

Применение метопролола (Эгилок С) предупреждает повреждение эндотелия, вызванное курением. На фоне терапии метопрололом достоверно снижается прогрессирование атеросклероза брюшной аорты при экспериментальном атеросклерозе⁶. Наличие

разных доз (25, 50 и 100 мг) делает Эгилок С удобным в применении. В заключение академик А.И. Мартынов подчеркнул, что при выборе антигипертензивного препарата для профилактики и лечения сердечно-сосудистых осложнений специалист должен руководствоваться как собственным опытом, так и официальной информацией, накопленной научным сообществом.



Профессор, д.м.н.
С.Ю. Марцевич

Главной целью лечения больного АГ является максимальное снижение долговременного общего риска сердечно-сосудистой смертности и заболеваемости. Как отметил руководитель отдела практической фармакологии Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (ГНИЦПМ), д.м.н., профессор Сергей Юрьевич МАРЦЕВИЧ, за последние 20 лет не появилось ни одного принципиально нового препарата для терапии АГ. Когда речь заходит о новых комбинированных лекарственных средствах для лечения АГ, имеются в виду фиксированные комбинации уже присутствующих на рынке препаратов, впервые совмещенные в одной таблетке.

Сегодня в арсенале врача имеется пять основных групп антигипертензивных препаратов: диуретики (три подгруппы), бета-блокаторы, антагонисты кальция (две подгруппы), ингибиторы АПФ и бло-

Фиксированные комбинации на старте лечения артериальной гипертензии: насколько обоснован их выбор

каторы рецепторов ангиотензина. Какая из групп наиболее предпочтительна?

Согласно европейским (ESH/ESC 2013 г.) и российским рекомендациям по лечению АГ, все современные группы антигипертензивных препаратов в целом одинаково положительно влияют на прогноз АГ, а выбор должен быть основан на дополнительных показаниях и противопоказаниях к назначению.

Чтобы оценить реальную практику назначения антигипертензивных лекарственных средств, были проанализированы данные амбулаторно-поликлинического регистра РЕКВАЗА, в который включены 3600 пациентов старше 18 лет с ССЗ (АГ, ИБС, ХСН, фибрилляция предсердий и их сочетания). Из них была выделена группа – 713 пациентов с неосложненной АГ. Анализ назначения антигипертензивных препаратов в данной группе показал, что врачи далеко не всегда учитывают наличие противопоказаний к назначению конкретных лекарственных средств. Так, противопоказаниями к назначению бета-блокаторов при АГ являются астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), метаболический синдром. По оценке, 30% больных с АГ и бронхиальной астмой в анамнезе и около 32% пациентов с АГ

и сахарным диабетом получали бета-блокаторы в качестве основной антигипертензивной терапии. До недавнего времени дискуссионным оставался вопрос выбора моно- или комбинированной терапии для лечения АГ. В последних европейских рекомендациях предусмотрено, что монотерапию антигипертензивными препаратами можно использовать у больных с небольшим повышением АД и низким или умеренным сердечно-сосудистым риском, комбинацию двух и более препаратов – у больных со значительным повышением АД и высоким сердечно-сосудистым риском. Между тем далеко не всегда при использовании той или иной комбинации препаратов удается достичь благоприятного эффекта. Это обусловлено типом взаимодействия – антагонизмом или синергизмом. Примером синергизма может служить единственная в России фиксированная комбинация амлодипина и рамиприла – препарат Эгипрес.

Почему в комбинацию вошел рамиприл, а не другой ингибитор АПФ? Рамиприл эффективен не только по стандартным показаниям, но и в профилактике сердечно-сосудистых осложнений у пациентов группы высокого риска.

В исследовании НОРЕ добавление рамиприла к стандартной терапии позволило существенно снизить

⁶ Ostlund-Lindqvist A.M., Lindqvist P., Bräutigam J. et al. Effect of metoprolol on diet-induced atherosclerosis in rabbits // Arteriosclerosis. 1988. Vol. 8. № 1. P. 40–45.

Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

риск сердечно-сосудистых исходов⁷.

Профессор С.Ю. Марцевич представил участникам симпозиума результаты собственного многоцентрового наблюдательного исследования эффективности, безопасности препарата Эгипрес и приверженности лечению, в котором были задействованы медицинские учреждения Москвы, Тулы, Нижнего Новгорода, Ростова, Томска. Исследование состояло из двух частей. В первой части участниками исследования были пациенты с АГ и метаболическим синдромом (n = 101), во второй – больные АГ и ХОБЛ (n = 52). Цели исследования заключались в оценке эффективности и безопасности наиболее оптимальной для таких больных комбинации препаратов (ингибитор АПФ и антагонист кальция) и приверженности терапии фиксированной комбинацией изучаемых препаратов (рамиприл и амлодипин).

Приверженность терапии оценивали по шкале Мориски – Грина, ответы на четыре вопроса которой позволяли разделить пациентов на три группы – высокой приверженности терапии, средней и низкой. Обе части исследования проводились в рамках обычной клинической практики. То есть врач рекомендовал больному купить препарат Эгипрес в аптеке. Исходя из того, согласился паци-

ент приобрести препарат или нет, оценивали приверженность назначению врача.

Пятимесячная схема исследования предусматривала четыре визита. В первой части исследования принимали участие 42 мужчины и 59 женщин (средний возраст – 56 лет) с АГ и метаболическим синдромом. У 47% из них на первом визите рекомендованная доза препарата Эгипрес составила 5/5 мг, у 32% – 10/5 мг, у 10% – 5/10 мг, у 12% – 10/10 мг. К концу исследования количество больных, получавших Эгипрес в максимальной дозе (10/10 мг), увеличилось до 31%, а количество пациентов, принимавших Эгипрес в минимальной дозе (5/5 мг), снизилось до 20%.

По словам профессора С.Ю. Марцевича, именно такая индивидуальная терапия позволила добиться существенного антигипертензивного эффекта. В конце программы общий показатель систолического АД снизился на 31 мм рт. ст., диастолического – на 16,1 мм рт. ст. Нежелательные явления в виде отеков лодыжек, повлекшие отказ от приема препарата, отмечались только у троих участников исследования. В целом эффективное лечение и хорошее самочувствие существенно повлияли на приверженность больных назначенной терапии: количество не приверженных лечению паци-

ентов на первом визите уменьшилось к четвертому визиту с 56 до 5%.

Во второй части исследования принимали участие 41 мужчина и 11 женщин (средний возраст – 65 лет) с АГ и ХОБЛ. У 18% из них рекомендованная доза препарата составила 5/5 мг, у 17% – 10/5 мг, у 14% – 10/10 мг, у 3% – 5/10 мг. Индивидуально подобранная терапия также продемонстрировала высокую эффективность в снижении показателей АД: к концу исследования общий показатель систолического АД снизился на 28,9 мм рт. ст., диастолического – на 14,7 мм рт. ст. Лишь трое больных через три месяца терапии выбыли из исследования из-за развития побочных явлений (отека ног, вероятнее всего обусловленного действием амлодипина, входящего в состав препарата). В целом приверженность терапии Эгипресом к концу исследования заметно возросла: если на первом визите количество не приверженных лечению составляло 55,8%, то спустя пять месяцев – только 13,5%.

Свое выступление профессор С.Ю. Марцевич завершил словами известного американского кардиолога Нормана Каплана: «...в настоящее время правильное использование имеющихся препаратов позволяет контролировать артериальную гипертонию практически у каждого больного».

Актуальные вопросы ведения пациентов высокого и очень высокого риска: на что врач должен обратить внимание

Доклад руководителя отдела профилактики метаболических нарушений ГНИЦПМ, д.м.н., профессора Давида Васильевича НЕБИЕРИДЗЕ был посвящен липидснижающей терапии больных высокого и очень высокого риска. Докладчик отметил, что в реальной клинической практике большинство таких пациентов

не получают терапию статинами. И только у небольшого процента удается достичь целевых уровней липидных показателей. Как известно, для оценки риска используется шкала SCORE. Однако она не предназначена для лиц с доказанными ССЗ атеросклеротического генеза, СД и лиц с очень высокими уровнями отдельных



Профессор, д.м.н.
Д.В. Небиеридзе

⁷ The HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) Study: the design of a large, simple randomized trial of an angiotensin-converting enzyme inhibitor (ramipril) and vitamin E in patients at high risk of cardiovascular events. The HOPE study investigators // Can. J. Cardiol. 1996. Vol. 12. № 2. P. 127–137.



факторов риска. Поэтому во избежание занижения риска при его стратификации у пациентов с АГ оценку риска по шкале SCORE необходимо дополнить выявлением поражения органов-мишеней и сопутствующих ССЗ.

В отличие от пациентов высокого риска пациенты очень высокого риска имеют клинические проявления атеросклероза. Между тем стратегия ведения обеих групп больных практически одинакова – назначение препаратов для устранения симптомов заболевания и улучшения качества жизни, а также препаратов, улучшающих прогноз.

В целом главная задача лечения пациентов высокого и очень высокого риска состоит в том, чтобы на любом этапе сердечно-сосудистого континуума обеспечивать максимальное снижение риска развития ССЗ.

Достижение целевых значений липидных показателей считается главным и объективным критерием эффективности липидснижающей терапии. Чем выше риск, тем ниже целевые уровни холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Согласно российским рекомендациям по атеросклерозу и дислипидемии 2012 г., у пациентов высокого риска липидснижающая терапия проводится до достижения уровня ХС ЛПНП < 2,5 ммоль/л, а у больных очень высокого риска до достижения уровня < 1,8 ммоль/л.

Нередко пациенты высокого риска не мотивированы на лечение (из-за отсутствия клинических проявлений атеросклероза и симптоматики). Казалось бы, пациенты очень высокого риска в силу более тяжелого состояния должны быть больше привержены терапии. Од-

нако, как показали данные российской части международного исследования DYSIS по оценке стойкой дислипидемии у больных ИБС в условиях рутинной клинической практики, достижение целевого уровня ХС ЛПНП (< 1,8 ммоль/л) в 2011 г. отмечалось у 12,2% пациентов очень высокого риска, а в 2013 г. – у 11,4%⁸.

Профессор Д.В. Небиеридзе представил результаты проведенного под руководством специалистов ГНИЦПМ исследования АРГО, основанного на анализе гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики⁹. География проекта включала семь федеральных округов, 59 городов, свыше 100 поликлиник.

В исследовании участвовали пациенты в возрасте 30 лет и старше, обратившиеся за медицинской помощью к участковым терапевтам или кардиологам с октября 2013 г. по июль 2014 г. Каждый пациент заполнил специальную анкету. Критериями включения стали наличие хотя бы одного из следующих признаков: ИБС, АГ, СД, периферический атеросклероз, ишемический инсульт в анамнезе. Уровень общего ХС определяли без специальной подготовки пациента с помощью портативного фотометрического анализатора крови. Всего в анализ были включены 18 273 пациента (58,9% женщин) высокого и очень высокого риска.

Во всех федеральных округах средний уровень общего ХС у больных превышал норму. При этом 57% пациентов, включенных в исследование, не принимали статинов. Целевой уровень общего ХС (< 4 ммоль/л) зафиксирован лишь у 2,04–7,38% пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска.

В ходе исследования выявлены различия в отношении выраженности липидснижающего эффекта статинов. Как показали результаты опроса, пациенты чаще принимали аторвастатин (57%), симвастатин (26%), реже розувастатин (17%). Между тем целевой уровень общего ХС чаще отмечался у пациентов, принимавших розувастатин.

В исследовании АРГО-2 была предпринята дальнейшая попытка изучить особенности терапии розувастатином¹⁰. Розувастатин назначали 10 547 пациентам высокого и очень высокого риска. Подавляющее большинство больных получали препарат Розулип. Общий уровень ХС определяли до начала терапии розувастатином и спустя месяц после лечения. В окончательный анализ вошли 7897 пациентов.

В 62,5% случаев розувастатин назначали в дозе 10 мг/сут, в 27,3% – в дозе 20 мг/сут. Максимальную дозу препарата 40 мг/сут практически не назначали (0,5% пациентов). Однако невысокие дозы розувастатина обеспечили достаточно выраженное снижение уровня общего ХС в среднем на 1,48 ммоль/л.

На основании результатов исследований АРГО и АРГО-2 были сформулированы следующие выводы:

- более половины пациентов высокого и очень высокого риска не получают статинов;
- только у небольшого процента пациентов достигаются целевые уровни общего ХС;
- наиболее выраженное снижение уровня общего ХС имеет место в группе пациентов, принимающих розувастатин.

Полученные данные согласуются с результатами других исследо-

⁸ Оганов Р.Г., Кухарчук В.В., Арутюнов Г.П. и др. Сохраняющиеся нарушения показателей липидного спектра у пациентов с дислипидемией, получающих статины, в реальной клинической практике в Российской Федерации (русская часть исследования DYSIS) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012. Т. 11. № 4. С. 70–78.

⁹ Ахмеджанов И.М., Небиеридзе Д.В., Сафарян А.С. и др. Анализ распространенности гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики (по данным исследования АРГО): часть I // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2015. Т. 11. № 3. С. 253–260.

¹⁰ Ахмеджанов И.М., Небиеридзе Д.В., Сафарян А.С. и др. Гиполипидемическая терапия в условиях амбулаторной практики (по данным исследования АРГО-2) // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2016. Т. 12. № 2. С. 147–153.



Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

ваний, в которых было продемонстрировано более выраженное по сравнению с другими статинами снижение ХС ЛПНП на фоне применения розувастатина во всем диапазоне доз (MERCURY-1)¹¹. Выдвинутое в 1997 г. предположение о том, что интенсивное снижение ХС ЛПНП как минимум на 40% ассоциировано с замедлением прогрессирования атеросклероза, было подтверждено в двухлетнем плацебоконтролируемом исследовании МЕТЕОР. Исследователи изучали влияние розувастатина в дозе 40 мг/сут на толщину комплекса «интима – медиа» (ТКИМ) сонной артерии у 984 пациентов без симптомов атеросклероза¹². На фоне применения розувастатина изменение ТКИМ составило 0,0014 мм в год против 0,0131 мм в год в группе плацебо. Подобные изменения происходили на фоне снижения уровня ХС ЛПНП на 48,8% и повышения уровня ХС липопротеинов высокой плотности на 8% в группе розувастатина.

Полученные данные показали, что применение розувастатина замедляет прогрессирование атеросклероза. В исследовании JUPITER сравнивали влияние розувастатина в дозе 20 мг/сут и плацебо на частоту развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с низким или нормальным уровнем ХС ЛПНП, но повышенным сердечно-сосудистым риском вследствие увеличения уровня С-реактивного белка¹³. Исследование продемонстрировало преимущество розувастатина перед плацебо в отношении более значимого снижения числа крупных сердечно-сосудистых осложнений (инсульта, инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии или реваскуляризации, смерти). Таким образом, интенсивное снижение уровня ХС ЛПНП при использовании даже невысоких доз розувастатина способствует замедлению прогрессирования атеросклероза и, как следствие,

уменьшению риска развития осложнений. Результаты этого исследования нашли отражение в показаниях к применению розувастатина. Препарат Розулип (компания «Эгис»), в состав которого входит розувастатин, предназначен для лечения гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии, для замедления прогрессирования атеросклероза и профилактики основных сердечно-сосудистых осложнений у взрослых пациентов без клинических признаков ИБС, но с повышенным риском ее развития. Резюмируя сказанное, профессор Д.В. Небиеридзе еще раз подчеркнул, что пациенты высокого и очень высокого риска требуют одинаковой стратегии лечения и своевременного назначения статинов. При этом необходимо иметь в виду более выраженный липидснижающий эффект розувастатина, особенно актуального при исходно высоких уровнях липидных показателей.

Заключение

Лечение пациентов определенных групп, в частности коморбидных больных АГ, требует индивидуализации терапии исходя из дополнительных показаний и противопоказаний к назначению конкретного препарата. Кардиологический портфель компании «Эгис», включающий препараты Хартил, Эгилек С, Эгипрес, Розулип, выпускаемые в разных дозах, позволяет практическому врачу осуществлять персонифицированный подход к ведению пациентов с АГ. Препарат Эгипрес представляет фиксированную комбинацию ин-

гибитора АПФ рамиприла и антагониста кальция амлодипина с доказанной в многочисленных исследованиях эффективностью и безопасностью. Эгипрес характеризуется антигипертензивным, антиатеросклеротическим, органопротективным эффектом, положительно влияет на метаболический профиль и почечную функцию пациентов с СД и ХСН. Комбинированный препарат Эгипрес содержит фиксированные дозы, что в совокупности с эффективным контролем АД значительно повышает приверженность пациентов лечению.

Препарат Розулип отличается от других статинов более мощной гиполипидемической эффективностью и лучшей переносимостью. Розулип предназначен для лечения гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии, для замедления прогрессирования атеросклероза и профилактики основных сердечно-сосудистых осложнений у взрослых пациентов без клинических признаков ИБС, но с повышенным риском ее развития. Применение Розулипа у больных АГ высокого и очень высокого риска способствует снижению риска сердечно-сосудистых осложнений и смерти. ☺

¹¹ Schuster H., Barter P.J., Stender S. et al. Effects of switching statins on achievement of lipid goals: Measuring Effective Reductions in Cholesterol Using Rosuvastatin Therapy (MERCURY I) study // Am. Heart J. 2004. Vol. 147. № 4. P. 705–713.

¹² Crouse J.R., Raichlen J.S., Riley W.A. et al. Effect of rosuvastatin on progression of carotid intima-media thickness in low-risk individuals with subclinical atherosclerosis: the METEOR Trial // JAMA. 2007. Vol. 297. № 12. P. 1344–1353.

¹³ Ridker P.M., JUPITER Study Group. Rosuvastatin in the primary prevention of cardiovascular disease among patients with low levels of low-density lipoprotein cholesterol and elevated high-sensitivity C-reactive protein: rationale and design of the JUPITER trial // Circulation. 2003. Vol. 108. № 19. P. 2292–2297.