

Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца: как правильно выбрать лекарственные препараты

⇨ О.Д. Остроумова, В.А. Дудаев, В.М. Фомина

*Кафедра факультетской терапии и профболезней Московского государственного
медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова*

В статье приведены эпидемиологические данные о сочетании артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС). Рассмотрены основные положения современных отечественных и зарубежных рекомендаций по лечению больных с сочетанием АГ и ИБС. Обсуждается целевой уровень артериального давления у таких пациентов. Рассмотрены приоритетные группы антигипертензивных препаратов при сочетании указанных заболеваний. Особое внимание уделено проблеме выбора ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и антагонистов кальция для лечения больных АГ с ИБС, стартовой комбинации антигипертензивных препаратов. Продемонстрированы возможности периндоприла и амлодипина, а также их фиксированной комбинации в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений при АГ и ИБС, улучшении качества жизни таких пациентов, в том числе в реальной клинической практике.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, периндоприл, амлодипин, фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов.

Сердечно-сосудистые заболевания, прежде всего **ишемическая болезнь сердца (ИБС)** и **артериальная гипертензия (АГ)**, являются главной причиной смертности в России (55,6%); при этом 62% пациентов умирают от ИБС и ее осложнений [1]. По данным исследования INTERHEART, в общей популяции примерно 50% риска **инфаркта миокарда (ИМ)** обусловлено дислипидемией, а 25% – АГ [2].

Сочетание АГ и ИБС очень часто встречается в клинической практике. Так, по данным регистра REACH (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health), АГ у больных ИБС встречается даже чаще, чем нарушения липидного обмена, – 80,3 и 77,0% случаев соответственно [3]. Другим, не менее важным результатом анализа данных этого регистра стало выявление недостаточного контроля уровня **артериаль-**

ного давления (АД) у указанной категории больных. Уровень АД не контролировался (составлял более 140/90 мм рт. ст.) у 40–65% больных АГ в зависимости от регионов мира, причем худшие результаты отмечались в Восточной Европе, в том числе в России [3]. Эти данные полностью подтверждают результаты, полученные ранее в российской программе ПРЕМЬЕРА: должный контроль уровня АД осуществлялся только у 42% больных АГ в сочетании с ИБС [4].

Данные исследования EUROASPIRE II (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events) подтверждают высокую распространенность неконтролируемой АГ у больных, перенесших реваскуляризацию миокарда или ИМ: несмотря на проведение антигипертензивной терапии, у 51% пациентов АД оставалось выше целевого уровня; при этом 87% пациентов с ИБС получали антигипертензивную терапию (рис. 1) [5].

Контактная информация: Остроумова Ольга Дмитриевна, ostroumova.olga@mail.ru

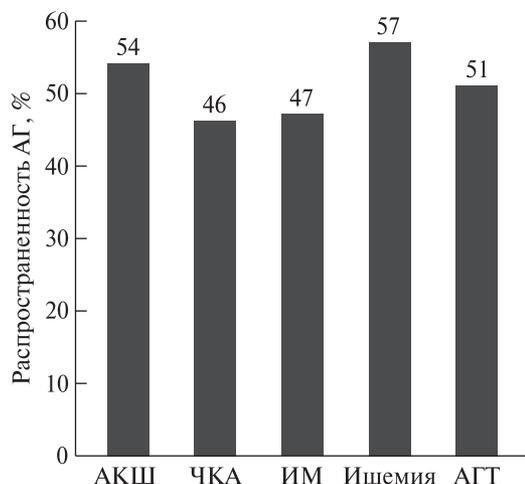


Рис. 1. Высокая распространенность неконтролируемой АГ (САД >140 мм рт. ст.) у больных, перенесших реваскуляризацию, ИМ и получающих антигипертензивную терапию (АГТ) (по [5]). АКШ – аортокоронарное шунтирование, ЧКА – чрескожная коронарная ангиопластика.

Риск сердечно-сосудистых событий особенно велик у больных с ИМ в анамнезе. Так, в результате субанализа в подгруппе больных с ИМ в анамнезе в исследовании INVEST (International Verapamil SR-Trandolapril Study) было выявлено, что пациенты с АГ, ИБС и ИМ в анамнезе ($n = 7218$; 32%) имели достоверно более высокий риск общей смертности/нефатального ИМ/нефатального инсульта (первичная конечная точка) – 1,34 (1,23–1,46) и инсульта – 1,29 (1,04–1,61), чем пациенты с отсутствием ИМ в анамнезе [6].

В то же время наличие АГ в анамнезе увеличивает риск общей смертности больных, перенесших ИМ. Это, в частности, было выявлено по данным ретроспективного анализа результатов рандомизированного двойного слепого плацебоконтролируемого исследования TRACE (Trandolapril Cardiac Evaluation), в которое было включено 6676 больных, период наблюдения составил 4–6 лет [7].

В новых европейских рекомендациях по диагностике и лечению АГ (2013 г.) в раз-

деле 6.11.1. “Ишемическая болезнь сердца” подчеркивается, что в развитие ИБС вносят свой вклад несколько факторов риска, но уровень АД в широком и непрерывном диапазоне его значений – один из важнейших факторов, причем особенно сильной является взаимосвязь уровня АД с развитием ИБС начиная с уровня **систолического АД (САД)** примерно 140 мм рт. ст. [8]. Таким образом, необходимость снижения АД у пациентов с АГ и ИБС, в том числе после перенесенного ИМ, не вызывает сомнений и является одной из главных задач в клинической практике. Из вышеизложенного также следует, что у больных ИБС антигипертензивную терапию надо начинать при уровне АД >140 мм рт. ст. [8]. Убедительных доказательств того, что антигипертензивную терапию необходимо начинать при высоком нормальном АД, в настоящее время не существует.

До каких значений следует снижать АД у больных АГ с ИБС, т.е. каков целевой уровень АД при сочетании АГ и ИБС? По результатам рандомизированных клинических исследований по антигипертензивной терапии не было получено убедительных доказательств того, что целевое САД у больных АГ с клинически манифестной ИБС должно быть на уровне <130 мм рт. ст. Из проведенных исследований только в одном (EUROPA (European Trial on Reduction of Cardiac Events with Perindopril in Stable Coronary Artery Disease)) было отмечено значимое уменьшение частоты сердечно-сосудистых событий (снижение САД со 133 до 128 мм рт. ст.) [9–13]. В исследовании CAMELOT (Comparison of Amlodipine vs Enalapril to Limit Occurrences of Thrombosis) значимое уменьшение частоты сердечно-сосудистых событий было выявлено при лечении только одним из двух антигипертензивных препаратов (в обеих группах наблюдалось снижение САД со 130 до 124 мм рт. ст.), в остальных исследованиях (PEACE (Prevention of Events with Angiotensin Converting Enzyme Inhibition), ACTION (A Coronary Disease Trial Investigating

Outcome with Nifedipine gastrointestinal therapeutic system), PREVENT (Prevention of Recurrent Venous Thromboembolism)) значимого уменьшения частоты достижения клинических сердечно-сосудистых конечных точек не отмечалось (снижение САД со 132 до 129 мм рт. ст., со 136 до 130 мм рт. ст. и со 130 до 132 мм рт. ст. соответственно) [10–13].

Более того, результаты ряда корреляционных анализов позволили предположить существование J-образной связи между достигнутым уровнем АД и сердечно-сосудистыми конечными точками, и именно в эти анализы входил большой процент больных ИБС [13–17]. Поэтому в настоящее время рекомендуемый уровень САД для больных АГ и ИБС – менее 140 мм рт. ст. [8]. Рекомендация о снижении САД именно до уровня <140 мм рт. ст. получила косвенное подтверждение при анализе результатов вышеупомянутого исследования INVEST – у всех включенных в него больных имела ИБС [18]. Было выявлено, что частота достижения конечных точек находится в обратной связи со стабильным контролем САД (т.е. <140 мм рт. ст.) при динамическом наблюдении. Европейские рекомендации по диагностике и лечению АГ 2013 г. резюмируют, что у больных АГ с ИБС целевым значением САД целесообразно считать <140 мм рт. ст. (класс рекомендаций IIa, уровень доказательности B) [8].

Выбор антигипертензивного препарата при АГ и ИБС

Как в российских (4-й пересмотр, 2010 г.), так и в европейских (2013 г.) рекомендациях по диагностике и лечению АГ в данной клинической ситуации упоминаются три класса антигипертензивных препаратов – **β-блокаторы (ББ), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и антагонисты кальция (АК)** [8, 19]. β-блокаторы показаны при перенесенном ИМ, особенно недавно, стенокардии; применение пролонгированных дигидропиридиновых АК показано при сочетании

стабильной стенокардии и АГ; ИАПФ необходимо применять у больных АГ с ИБС, особенно после перенесенного ИМ. Однако, говоря о применении ИАПФ у указанной категории пациентов, следует обязательно подчеркнуть, что у этой группы лекарственных средств отсутствует класс-эффект в отношении влияния на прогноз у больных ИБС [8]. Поэтому к выбору конкретного препарата в данной группе следует подходить особенно тщательно.

Практически все рекомендации берут за основу четыре масштабных контролируемых исследования с применением ИАПФ при стабильной ИБС [8]:

- **EUROPA.** Артериальную гипертензию (>160/95 мм рт. ст.) имели по 27% больных в обеих группах (основная – периндоприл, контрольная – плацебо), ИМ в анамнезе – по 65% больных в обеих группах; исходное АД на момент включения составляло $137 \pm 16/82 \pm 8$ мм рт. ст. в группе периндоприла и $137 \pm 15/82 \pm 8$ мм рт. ст. в группе плацебо [9];
- **PEACE.** Артериальная гипертензия – у 46% больных в группе трандолаприла и у 45% больных в группе плацебо; исходное САД на момент включения – 134 ± 17 и 133 ± 17 мм рт. ст. соответственно; ИМ в анамнезе – у 54 и 56% больных соответственно [13];
- **HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation).** Больные высокого сердечно-сосудистого риска; ИБС имели 80% пациентов, ИМ в анамнезе – 65% больных (в обеих группах), АГ – 47% пациентов (в обеих группах) [20];
- **QUIET (Quinapril Ischemic Event Trial).** Артериальная гипертензия – у 47% больных (в обеих группах); ИМ в анамнезе – у 49% больных (в обеих группах) [21].

В исследованиях HOPE и EUROPA, в которых использовали рамиприл и периндоприл соответственно, было доказано положительное влияние этих препаратов на вероятность возникновения сердечно-сосудистых осложнений у больных стабильной ИБС (рис. 2) [9, 20]. В то же

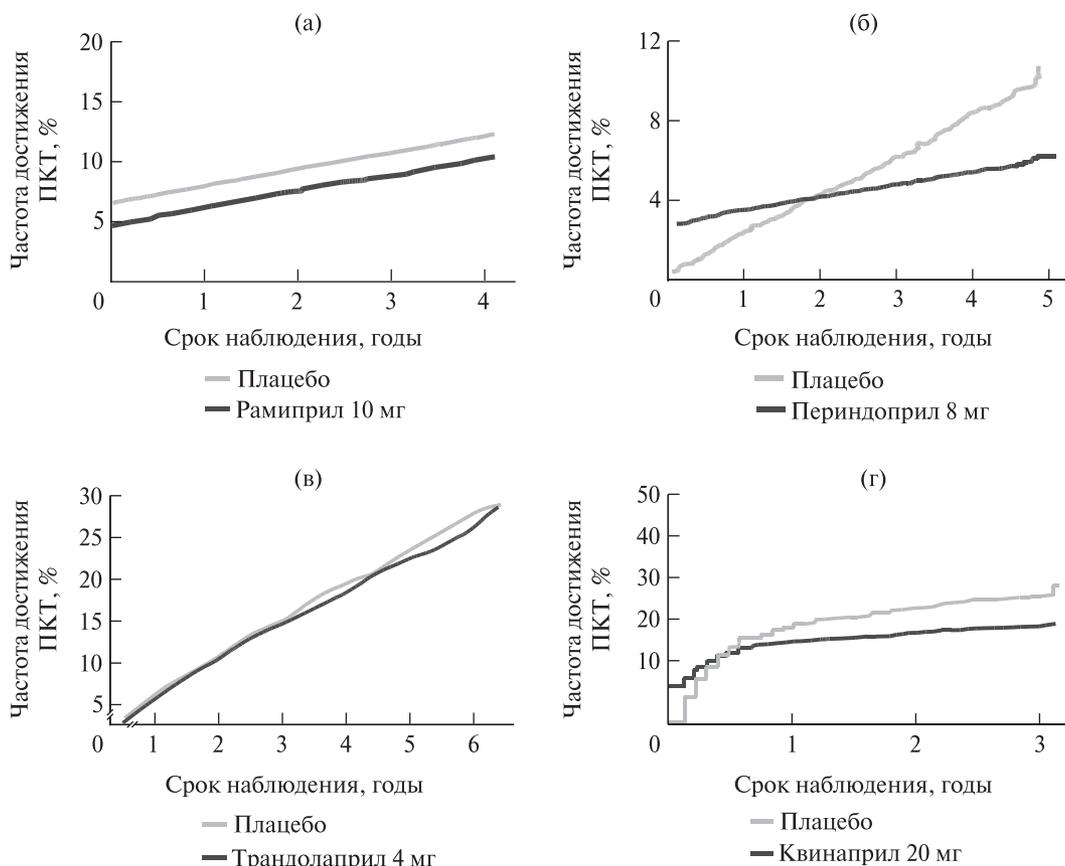


Рис. 2. Исследования с применением ИАПФ у больных стабильной ИБС: частота достижения первичной конечной точки (ПКТ) (по [9, 13, 20, 21]). а – NOPE (n = 9297; ПКТ: смерть от сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ); ИМ, инсульт; относительный риск (ОР) –22%, p = 0,001); б – EUROPA (n = 12236; ПКТ: смерть от ССЗ; ИМ, успешная реанимация после остановки сердца; ОР –20%, p = 0,0003); в – PEACE (n = 8290; ПКТ: смерть от ССЗ; ИМ, реваскуляризация; ОР –4%, p = 0,43); г – QUIET (n = 1775; ПКТ: смерть от ССЗ; ИМ, успешная реанимация после остановки сердца, реваскуляризация, госпитализация; ОР +4%, p = 0,6).

время в исследованиях QUIET и PEACE, в которых применяли квинаприл и трандолаприл соответственно, четкого влияния этих препаратов на течение ИБС выявить не удалось (см. рис. 2) [13, 21]. Следовательно, профилактическое действие при хронической ИБС способны оказывать не все ИАПФ, т.е. это свойство не является класс-эффектом [22]. Кроме того, даже если сравнивать результаты двух успешных исследований, NOPE и EUROPA, обращает на себя внимание тот факт, что в исследовании NOPE был несколько иной контингент

больных согласно критериям включения – пациенты высокого риска, и не все из них (80%) имели ИБС, тогда как исследование EUROPA было специально спланировано для больных стабильной ИБС [9, 20]. Также необходимо заметить, что в первичную комбинированную конечную точку исследования NOPE входил инсульт, что, конечно, повлияло в положительном смысле на полученные результаты (см. рис. 2) [20]. Поэтому исследование EUROPA можно считать уникальным и образцовым для

больных стабильной ИБС как в плане диагноза, так и в плане результатов.

Приведем основные результаты этого исследования. Исследование EUROPA было проведено в 24 европейских странах, длительность наблюдения за пациентами составила в среднем 4,2 года. В исследование было включено 13 655 больных с подтвержденным диагнозом ИБС, но без клинических признаков сердечной недостаточности, в том числе с ИМ в анамнезе (64%), ангиографическими признаками ИБС (61%), перенесших процедуру реваскуляризации миокарда (55%) или имевших только положительный результат теста с физической нагрузкой (5%). К моменту включения в исследование у 81% больных стенокардия отсутствовала, стенокардия напряжения III–IV функционального класса зафиксирована лишь у 2% больных [9].

После предварительного вводного периода, продолжавшегося 4 нед, в течение которого все больные получали периндоприл (по 4 мг/сут в первые 2 нед, а затем при хорошей переносимости препарата по 8 мг 1 раз в сутки в течение 2 нед), 12 218 больных были рандомизированы в две группы: в первой ($n = 6110$) назначали периндоприл 8 мг 1 раз в день, во второй ($n = 6108$) – плацебо. Все пациенты в обеих группах получали стандартную терапию ИБС, включавшую антиагреганты, гиполипидемические препараты, ББ, АК, нитраты и диуретики в различных комбинациях [9]. Первичной конечной точкой исследования было наступление одного из событий – смерти от сердечно-сосудистого заболевания, ИМ или остановки сердца с успешной реанимацией [9]. Следует обратить внимание на несколько важных моментов, обуславливающих высокую достоверность полученных результатов и их практическую значимость: это большое количество пациентов, значительный период наблюдения, высокая степень верификации диагноза ИБС, отсутствие сердечной недостаточности, использование ИАПФ периндоприла, обладающего очень высокой тропностью

к тканевому ангиотензинпревращающему ферменту, причем в высокой дозе – 8 мг.

Согласно полученным результатам, периндоприл достоверно снижал смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, частоту развития нефатального ИМ или остановки кровообращения с успешной реанимацией. В группе периндоприла таких событий за время наблюдения было 488 (8%), а в группе плацебо – 603 (10%) ($p = 0,0003$). Снижение относительного риска составило 20%. Положительный эффект периндоприла проявлялся уже через год приема препарата, а затем постоянно увеличивался на протяжении периода наблюдения. Положительное влияние периндоприла на первичную конечную точку выявлено во всех возрастных группах, в подгруппах с наличием или отсутствием АГ, сахарного диабета, ИМ в анамнезе [9].

Кроме того, лечение периндоприлом привело к снижению риска развития фатального и нефатального ИМ на 23,9% ($p < 0,001$) и риска развития хронической сердечной недостаточности на 39,2% ($p = 0,002$) [9]. При этом риск общей смертности уменьшился на 11%, частота госпитализаций по поводу сердечной недостаточности – на 39% [9].

В исследовании EUROPA была продемонстрирована хорошая переносимость 8 мг периндоприла. Через 3 года 81% больных в группе ИАПФ и 84% больных в группе плацебо продолжали принимать предписанный препарат. Специфические побочные явления, такие как кашель, гипотония, повышение уровня креатинина в крови, регистрировались редко и были сопоставимы с таковыми при приеме плацебо [9]. Следует также отметить высокую приверженность пациентов лечению в связи с однократным приемом периндоприла, что особенно важно на фоне одновременного использования других лекарственных препаратов (антиагрегантов, статинов и т.п.) [9].

Исходя из вышеизложенного, периндоприл высокоэффективен и безопасен и должен быть рекомендован для лечения

больных с сочетанием АГ и ИБС, причем его эффекты можно рассматривать как уникальные.

В настоящее время в РФ имеется препарат Перинева (периндоприл) производства компании KRKA. В состав препарата входит эрбуминовая соль периндоприла, с которой и проводились все основные международные исследования, в том числе EUROPA. Эффективность и безопасность периндоприла KRKA были доказаны в собственных исследованиях с участием десятков тысяч пациентов [23].

Вместе с тем прежде всего необходимо помнить, что при ведении больных АГ с ИБС приоритет следует отдавать комбинированной антигипертензивной терапии уже на старте лечения [8, 19]. Как известно, выбор между монотерапией и комбинированной антигипертензивной терапией осуществляется согласно рекомендациям, в зависимости от риска развития осложнений АГ [8, 19]. Если пациент имеет высокий или очень высокий риск (а именно к такой категории риска относятся больные АГ с ИБС), ему сразу на старте лечения показана комбинация антигипертензивных средств. В 4-й редакции российских рекомендаций по диагностике и лечению АГ (Российское медицинское общество по артериальной гипертензии, Всероссийское научное общество кардиологов, 2010 г.) впервые в мире предложен алгоритм выбора комбинаций антигипертензивных препаратов в различных клинических ситуациях [19]. При сочетании АГ и ИБС (постинфарктного кардиосклероза и/или стенокардии) оптимальными двухкомпонентными схемами являются комбинации ИАПФ с АК, ИАПФ с ББ [19]. В российских рекомендациях по диагностике и лечению АГ специально подчеркивается, что "...использование комбинаций ИАПФ с АК, включая фиксированные, способствует оптимальной кардио-, васкулопротекции и оказывает антиангинальное (антиишемическое) действие". В этой связи необходимо упомянуть зарегистрированный

в России препарат Дальнева компании KRKA, представляющий собой комбинацию периндоприла с амлодипином. Препарат доступен в 4 вариантах сочетания доз, что позволяет индивидуализировать лечение для каждого конкретного больного, — 5 мг/4 мг, 10 мг/4 мг, 5 мг/8 мг, 10 мг/8 мг.

Амлодипин — представитель фармакологической группы АК, прочно занимающий одну из лидирующих позиций среди большого числа антигипертензивных препаратов, что обусловлено его высокой антигипертензивной эффективностью и оптимальным соотношением стоимость—доказанная эффективность [24].

Из выделяемых по химической структуре трех подгрупп АК: производные фенилалкиламина (верапамил, галлопамил и др.); производные дигидропиридина (нифедипин, нитрендипин, амлодипин, фелодипин, исрадипин и др.); производные бензодиазепина (дилтиазем, кардил) — амлодипин относится к группе производных дигидропиридинов. Связываясь с сегментом S6 III и IV доменов α_1 -субъединицы кальциевого канала L-типа, он блокирует кальциевые каналы, снижает трансмембранный переход ионов кальция в клетку (в большей степени в гладкомышечные клетки сосудов, чем в кардиомиоциты) [25].

В связи с появлением новых АК была создана их классификация по поколениям [25]. К АК I поколения отнесены нифедипин, дилтиазем и верапамил, имеющие следующие важные особенности: 1) непредсказуемую реакцию на прием препарата, связанную со значительной вариабельностью его концентрации в плазме, выраженный эффект первого прохождения через печень и связанное с ним взаимодействие с другими препаратами; 2) такие побочные эффекты, как тахикардия, сердцебиение, головная боль (для нифедипина), вызванные быстрой системной вазодилатацией и активацией симпатоадреналовой системы; 3) кратковременность действия и связанную с этим неспособность препаратов обеспечить защиту миокарда от ишемии в

ранние утренние часы; 4) отрицательное инотропное и хронотропное действие, замедление атриовентрикулярного проведения (для верапамила и дилтиазема). Антагонисты кальция II поколения отличаются от препаратов-прототипов улучшенным фармакокинетическим профилем за счет ретардной формы и более высокой вазоселективности, меньшей частотой и выраженностью побочных эффектов благодаря медленному наступлению максимального действия и более длительному действию.

Амлодипин наряду с фелодипином, лерканидипином и др. относится к АК III поколения, которые характеризуются большей селективностью действия на сосуды и улучшенными фармакокинетическими свойствами за счет замедленного высвобождения активного вещества или новой особой химической структуры [25].

Амлодипин является одним из наиболее изученных с позиций доказательной медицины современных антигипертензивных препаратов. Проведено свыше 500 клинических исследований амлодипина, в том числе национальных и международных многоцентровых рандомизированных (ALLHAT (Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial), CAMELOT, TOMHS (Treatment of Mild Hypertension Trial), PREVENT, CAPE (Circadian Anti-Ischemic Program in Europe) и др.), результаты которых свидетельствуют о высокой терапевтической эффективности препарата и его хорошей переносимости при АГ и ИБС [10, 11, 26, 27].

Одним из крупнейших проспективных контролируемых рандомизированных исследований с применением амлодипина является ALLHAT [26]. У 42 418 больных в течение 6 лет изучали вероятность возникновения осложнений АГ на фоне приема АК, диуретиков, ИАПФ и ББ. В результате исследования между диуретиком хлорталидом, ИАПФ лизиноприлом и АК амлодипином не было выявлено достоверных различий по числу коронарных смертей

и нефатальных ИМ. По данным ALLHAT, амлодипин наиболее эффективно снижал риск общей смертности, частоту возникновения ИБС и ее осложнений.

В исследовании CAMELOT изучалось влияние терапии АК на частоту развития сердечно-сосудистых событий у пациентов с ИБС и нормальным (в соответствии с существующими стандартами) уровнем АД [10]. Результаты этого исследования продемонстрировали отчетливый эффект терапии на первичную конечную точку. У пациентов с исходным средним уровнем АД 129/78 мм рт. ст. терапия амлодипином способствовала снижению АД на 5/3 мм рт. ст. и относительному снижению частоты развития сердечно-сосудистых событий на 31% ($p = 0,003$) (абсолютное снижение – на 6,5%). Количество пациентов, требующих лечения, для амлодипина было равным 16. Частота наиболее распространенного компонента первичной точки – необходимости в реваскуляризации – уменьшилась на 27,4% (абсолютное снижение – на 3,9%). При терапии амлодипином частота госпитализаций по поводу стенокардии снизилась на 42,2% (абсолютное снижение – на 4,1%), частота нефатального ИМ – на 26% (абсолютное снижение – на 0,8%), инсульта или транзиторной ишемической атаки – на 50,4% (абсолютное снижение – на 0,9%). Важно отметить, что улучшение клинических исходов наблюдалось на фоне адекватной гиполипидемической терапии (уровень липопротеидов низкой плотности 100 мг/дл (2,59 ммоль/л)) и частой сопутствующей терапии ацетилсалициловой кислотой (95%), статинами (83%) и ББ (76%) [10].

Влияние терапии амлодипином на прогноз у пациентов с ИБС оценивали также в исследовании PREVENT [11]. Отмечено уменьшение частоты госпитализаций, обусловленных дестабилизацией течения стенокардии (на 33%) и хронической сердечной недостаточности. Также при применении амлодипина наблюдалось уменьшение количества реваскуляризации мио-

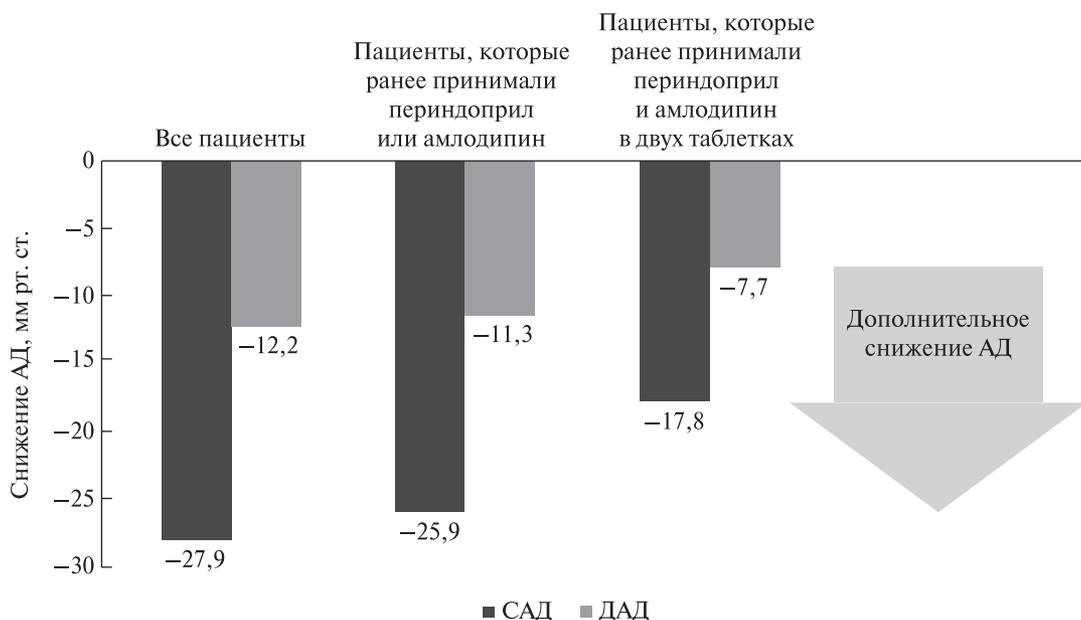


Рис. 3. Значительное снижение АД при использовании препарата Дальнева у разных групп пациентов с АГ (по [30]).

карда вне зависимости от применения ББ, нитратов или липидснижающей терапии (на 43%), уменьшилась частота ангинозных приступов.

Данные многочисленных экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют о наличии у амлодипина антиатеросклеротического эффекта, что является важным моментом в лечении больных АГ с ИБС. Так, в исследовании PREVENT у 825 больных с ангиографическими признаками стенозирующего атеросклероза амлодипин достоверно уменьшал толщину интимы сонных артерий [10].

Антиишемические свойства препарата подтверждены в плацебоконтролируемом рандомизированном исследовании CAPE у 315 больных со стабильной стенокардией напряжения [27]. Амлодипин способствовал достоверному снижению частоты эпизодов депрессии сегмента ST, приступов стенокардии и потребления нитроглицерина. У пациентов с доказанной стенокардией вазоспастического характера наблюдалось значительное уменьшение частоты

эпизодов стенокардии, дополнительного применения нитроглицерина на фоне терапии амлодипином.

В двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании CAPARES (Coronary Angioplasty Amlodipine Restenosis Study) у 585 больных, перенесших ангиопластику коронарных артерий, амлодипин в дозе 10 мг/сут назначали за 2 нед до и на протяжении 4 мес после оперативного вмешательства. Терапия амлодипином на 35% снизила суммарный риск неблагоприятных исходов, включая смерть, ИМ, аортокоронарное шунтирование или ангиопластику [28].

Результаты метаанализа R.A. Kloner et al., в котором обобщены данные 198 исследований, также свидетельствуют о том, что АК III поколения (амлодипин и др.) более эффективно предотвращают сердечно-сосудистые осложнения, чем пролонгированные формы нифедипина и другие АК (верапамил, дилтиазем) [29]. В клинических исследованиях с амлодипином, в которых участвовало 32920 больных, общая

смертность и общее количество случаев ИМ составили 3,0 и 3,3 на 1000 больных соответственно [29].

Учитывая вышеизложенное, фиксированная комбинация периндоприла с амлодипином (Дальнева) является высокоэффективным препаратом для лечения больных АГ с ИБС.

Было проведено специальное исследование, посвященное изучению эффективности и безопасности комбинации периндоприл + амлодипин компании KRKA (Дальнева) в реальной клинической практике (2014 г.) [30]. Это было неинтервенционное клиническое исследование продолжительностью 4 мес, в которое было включено 2880 пациентов с АГ (средний возраст $63,9 \pm 11,8$ года), 12% из них ранее не получали антигипертензивные препараты, а 88% пациентов уже принимали какие-либо антигипертензивные препараты.

Самой часто используемой дозировкой как в начале, так и на стадии завершения исследования оказалась Дальнева – 5 мг амлодипина + 4 мг периндоприла [30]. Целевых значений АД уже через 1 мес лечения препаратом Дальнева удалось достичь

у 49% больных, а через 4 мес – у 70% пациентов. При этом констатировано, что Дальнева значительно снижает АД у разных групп пациентов с АГ, в том числе у пациентов, которые ранее принимали периндоприл или амлодипин (САД снизилось на 25,9 мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) – на 11,3 мм рт. ст.), и, что особенно важно, у больных, которые ранее принимали периндоприл и амлодипин в виде свободной комбинации (снижение составило 17,8 и 7,7 мм рт. ст. для САД и ДАД соответственно) (рис. 3) [30]. При этом 85% пациентов оценили общую клиническую эффективность препарата Дальнева как отличную, хорошую и очень хорошую. Не отметили побочных эффектов 91% пациентов [30].

Таким образом, широкое применение препарата Дальнева в реальной клинической практике позволит снизить риск развития осложнений у больных АГ с ИБС и улучшить их качество жизни.

Со списком литературы вы можете ознакомиться на нашем сайте www.atmosphere-ph.ru

Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease: Making the Right Choice of Treatment

O.D. Ostroumova, V.A. Dudaev, and V.M. Fomina

The article contains epidemiological data on combination of arterial hypertension (AH) and ischemic heart disease (IHD). The main principles of modern national and foreign guidelines for the treatment of AH and IHD are provided. The authors discuss target levels of blood pressure and preferable antihypertensive drugs in patients with combination of AH and IHD. Special attention is focused on choice of ACE inhibitors and calcium channel blockers. Perindopril and amlodipine and their fixed dose combination decrease the risk of cardiovascular events and improve quality of life of patients with AH and IHD.

Key words: arterial hypertension, ischemic heart disease, perindopril, amlodipine, fixed dose combination.