

В.С.НИКИФОРОВ, д.м.н., ВМА им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Современные направления

МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В настоящее время артериальная гипертензия является причиной высоких показателей инвалидизации и смертности населения России и других стран от сердечно-сосудистой патологии, в частности от инфаркта миокарда и мозгового инсульта. В России повышенный уровень артериального давления (АД) отмечается примерно у 40% взрослого населения. Этим обусловлена важность проведения профилактических мероприятий и разработки современных подходов к лечению данной патологии.

При выборе препарата для монотерапии необходимо учитывать: ■ наличие факторов риска у данного больного; ■ наличие поражений органов мишеней и ассоциированных клинических состояний — сердечно-сосудистых заболеваний, болезней почек, сахарного диабета; ■ наличие сопутствующих заболеваний, которые могут способствовать или ограничивать использование антигипертензивного препарата того или иного класса; ■ индивидуальные реакции больных на препараты различных классов; ■ вероятность взаимодействия с другими препаратами; ■ приверженность больного к лечению; ■ стоимость препарата.

Выбор препарата должен основываться на оценке совокупности всех этих факторов. Наиболее важными критериями при выборе антигипертензивного препарата являются преимущества назначения данного лекарственного средства в конкретной клинической ситуации, прогнозируемая эффективность, а также вероятность развития побочных эффектов.

В монотерапии артериальной гипертензии применяются пять основных классов антигипертензивных препаратов: бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты кальция, диуретики. Рассмотрим подробнее представителей данных классов.

Эффективными средствами для лечения артериальной гипертензии являются бета-адреноблокаторы (БАБ) (табл. 1). В настоящее время показаниями для их назначения больным с артериальной гипертензией являются перенесенный инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, тахикардия, глаукома и беременность. В крупных рандомизированных исследованиях было показано, что применение БАБ снижает риск развития основных сердечно-сосудистых событий и смерти, причем по результату действия они сопоставимы с антагонистами кальция и диуретиками (INSIGHT, NICS-EH, STOP-2, NORDIL, VHAS), с ин-

гибиторами АПФ и диуретиками (STOP-2, UKPDS-HDS и CAPPP). Недостатками БАБ первого поколения (пропранолола, пиндолола) являются короткий период действия и неблагоприятное влияние, которое они оказывают на липидный и углеводный обмен. В связи с этим их не назначают пациентам с метаболическим синдромом и высоким риском развития сахарного диабета. Перспективными в лечении артериальной гипертензии являются высокоселективные БАБ (биспролол и метопролола сукцинат замедленного высвобождения) и БАБ с периферическим вазодилатирующим эффектом (небиволол и карведилол).

При применении у больных артериальной гипертензией ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) оказывают не только гипотензивное, но и органопротекторное действие, уменьшая выраженность поражения органов-мишеней (миокарда и почек). Эффективность назначения ИАПФ при лечении артериальной гипертензии доказана результатами многоцентровых исследований (CAPPP, STOP-2, UKPDS-HDS, ABCD-hypertensive, HOPE). Больным с артериальной гипертензией ИАПФ назначают при ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, дисфункции левого желудочка, гипертрофии левого желудочка, мерцательной аритмии, атеросклерозе сонных артерий, диабетической или недиабетической нефропатии, протеинурии или микроальбуминурии, сахарном диабете, метаболическом синдроме. Способность снижать вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений при высоком и очень высоком сердечно-сосудистом риске не только у пациентов артериальной гипертензией, но также у лиц с высоким нормальным и даже нормальным АД доказана для рамиприла.

В связи с тем, что в настоящее время существует большое количество препаратов ИАПФ, для моноте-

■ Распространенность АГ в экономически развитых странах достигает 25%.

рапии артериальной гипертензии лучше использовать те из них, которые за счет короткого периода полувыведения из организма можно принимать однократно в течение суток (табл. 2).

Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) (табл. 3) обладают лучшей переносимостью по сравнению с ИАПФ. Эффективность применения

БРА доказана в ходе различных многоцентровых исследований. В настоящее время по применению препаратов этого класса накоплена серьезная доказательная база. В многоцентровых исследованиях VALUE, NAVIGATOR, MARVAL рассматривались особенности применения валсартана; IDNT, IRMA 2, ACTIVE — ирбесартана; RESOLVD, CHARM, SCOPE —

Таблица 1. Дозы бета-адреноблокаторов для антигипертензивной терапии

Препарат	Фирменные названия	Средние суточные дозы (мг/сут)	Кратность приема в сутки
<i>Неселективные БАБ без внутренней симпатомиметической активности</i>			
Надолол	анабет, бетадол, коргард, надик, солгол	40—120	1
Пропранолол	обзидан, индерал	40—120	3
Соталол	сотагексал, соталекс	80—120	2
<i>Неселективные БАБ с внутренней симпатомиметической активностью</i>			
Оксспренолол	коретал, тразикор, каптол, кордексол, ларакор, тракозал, тразакор, оканол	60—120	3
Пиндолол	вискен	10—40	2
<i>БАБ с альфа₁-адреноблокирующей активностью</i>			
Карведилол	акридил, дилатренд, карведилол, карветренд, кардивас, каридил, кориол, таллитон	12,5—50	2
Лабеталол	абетол, альбетол, амипресс, лабетол, лаброкол, ламитол, оперкол, пресолол, трандат, трандол	200—800	2
<i>Селективные БАБ без внутренней симпатомиметической активности</i>			
Атенолол	атенолол, бетакард, тенолол, тенормин	25—100	1
Бетаксолол	бетак, локрен	5—20	1
Бисопролол	бипрол, бисогамма, бисокард, конкор, коронал	5—10	1
Метопролол	беталок 30К, вазокардин, корвитол, метокард, метопролол, сердол, эгилек	50—100	2
<i>Селективные БАБ с внутренней симпатомиметической активностью</i>			
Ацебуталол	сектраль	200—600	2
<i>БАБ с вазодилатирующим действием</i>			
Небиволол	небилет	2,5—5	1

Таблица 2. Дозы ингибиторов АПФ для антигипертензивной терапии

Препарат	Фирменные названия	Средние суточные дозы (мг/сут)	Кратность приема в сутки
Беназеприл	лотензин	2,5—40	1—2
Каптоприл	ангиоприл-25, апо-капто, капотен, каптоприл	50—100	2
Квинаприл	аккупро	10—40	1—2
Лизиноприл	даприл, диротон, синоприл, ирумед, лизиноприл, лизорил, листрил, литэн	10—40	1
Моэксиприл	моэкс	7,5—15	1
Периндоприл	престариум	4—8	1
Рамиприл	хартил	5—10	1
Спираприл	квадроприл	6—12	1
Трандолаприл	гоптен	2—4	1
Фозиноприл	моноприл, фозикард	20—40	1
Эналаприл	багоприл, берлиприл, рениприл, ренитек, эднит, эналаприл, энам, энап, энаренал, энвас	10—20	1—2
Зофеноприл	зокардис	15—30	1

Таблица 3. Дозы антагонистов блокаторов рецепторов ангиотензина II для антигипертензивной терапии

Препарат	Фирменные названия	Средние суточные дозы (мг/сут)	Кратность приема в сутки
Валсартан	диован	40—160	1
Ирбесартан	апровель	150—300	1
Кандесартан	атаканд	8—32	1
Лозартан	брозаар, вазотенз, веро-лозартан, кардомин, козаар, лозап, лозартан, презартан, реникард	50—100	1
Телмисартан	микардис	20—80	1
Эпросартан	теветен	600—1200	1

кандесартана; LIFE, RENAAL, ELITE II, OPTIMAAL — лозартана; ONTARGET, PROTECTION — телмисартана; MOSES, STARLET — эпросартана. Пациентам с артериальной гипертензией данные препараты назначают при хронической сердечной недостаточности, перенесенном инфаркте миокарда, гипертрофии левого желудочка, мерцательной аритмии, сахарном диабете, диабетической нефропатии, протеинурии или микроальбуминурии, метаболическом синдроме, кашле при приеме ИАПФ. При наличии высокого или очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений показано назначение телмисартана. Это связано с тем, что только для него доказана способность снижать частоту развития всех сердечно-сосудистых осложнений даже при высоком нормальном АД.

Антагонисты кальция (АК) делятся на три подгруппы: дигидропиридиновые (основной представитель — нифедипин), фенилалкиламины (основной представитель — верапамил) и бензотиазепины (основной представитель — дилтиазем) (табл. 4). В отличие от представителей других классов, дигидропиридиновые АК оказывают большее воздействие на гладкую мускулатуру сосудов и не влияют на сократимость миокарда, функцию синусового узла, атрио-вентрикулярную проводимость. Их назначают больным с изолированной артериальной гипертензией, при наличии ишемической болезни сердца, гипертрофии левого желудочка, атеросклероза сонных и коронарных артерий, беременности. Показаниями для назначения больным с артериальной гипертензией АК из групп верапамила и дилтиазема являются ишемическая болезнь сердца, суправентрикулярные тахикардии, атеросклероз сонных артерий. Высокая безопасность и эффективность применения АК при лечении артериальной гипертензии, а также то, что при их приеме существенно снижается риск развития сердечно-сосудистых осложнений, доказано в ходе многоцентровых исследований (STOP-2, NORDIL, INSIGHT, VHAT, NICS-EH, HOT, ALLHAT).

Следующим классом антигипертензивных препаратов являются диуретики (табл. 5). В основном

применяются тиазидные и тиазидоподобные диуретики. Однако не следует забывать о том, что при их длительном приеме возможно развитие нарушений электролитного обмена. В связи с этим важно тщательно подбирать дозу диуретиков, а также контролировать уровень электролитов в плазме крови в ходе лечения. Тиазидные и тиазидоподобные диуретики назначают при изолированной систолической артериальной гипертензии у лиц старшего возраста, хронической сердечной недостаточности, а также женщинам с артериальной гипертензией в перименопаузальном периоде. Петлевые диуретики используют в терапии больных с хронической сердечной недостаточностью, почечной недостаточностью, а также применяют для купирования гипертонических кризов. При хронической сердечной недостаточности и перенесенном инфаркте миокарда показано назначение антагонистов альдостерона, оказывающих калийсберегающее действие.

В комбинации с антигипертензивными препаратами из основных групп могут применяться альфа-адреноблокаторы, агонисты имидазолиновых рецепторов, а также представитель нового класса антигипертензивных препаратов — прямой ингибитор ренина алискирен.

У больных артериальной гипертензией с доброкачественной гиперплазией предстательной железы препаратами выбора являются селективные альфа-адреноблокаторы (доксазозин, празозин, теразозин).

Больным сахарным диабетом II типа, в связи с отсутствием отрицательных метаболических эффектов, показаны агонисты I₁-имидазолиновых рецепторов, к которым относятся препараты моксонидин (физитенз, цинт) и рилменидин (альбарел). Моксо-

■ При лечении больных гипертонической болезнью важно как можно быстрее максимально снизить общий риск развития сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, не только корректировать повышенное артериальное давление, но воздействовать на все выявленные обратимые факторы риска — курение, высокий уровень холестерина и диабет и проводить соответствующее лечение сопутствующих заболеваний.

Таблица 4. Дозы антагонистов кальция для антигипертензивной терапии

Препарат	Фирменные названия	Средние суточные дозы (мг/сут)	Кратность приема в сутки
<i>Дигидропиридины</i>			
Амлодипин	акридин, амловас, амлодил, амлодипин, амлотоп, калчек, кардилопин, корвадил, корди кор, норваск, нормодипин, омелар кардио, стамло, тенокс	2,5—10	1
Исрадин	ломир	2,5—10	2
Лацидин	лаципил	1—4	1
Нифедипин	адалат, веро-нифедипин, депин-Е; кальцигарт, кордафен, кордафлекс, кордипин, коринфар, никардия, нифедипин, нифекард, нифелат, осмо-адалат, венигидин, экодипин	30—60	1—2
Фелодипин	плендил	2,5—20	1
<i>Фенилалкиламины</i>			
Верапамил	веракард, верапамил, веро-верапамил, изоптин, лекоптин, мивал, фаликард, финоптин	80—320	2
<i>Бензотиазепины</i>			
Дилтиазем	алтиазем, диазем, диакордин, дилкардия, дилтиазем, кардил	120—540	1

Таблица 5. Дозы диуретиков для антигипертензивной терапии

Препарат	Фирменные названия	Средние суточные дозы (мг/сут)	Кратность приема в сутки
<i>Тиазидные и тиазидоподобные диуретики</i>			
Гипотиазид	гидрохлоротиазид, гидрохлоротиазид, гипотиазид, дихлотиазид	12,5—50	1
Индапамид	акрипамид, арифон, индап, индапамид, индапамид-веро, индапсан, индипам, индиур, ионик, ипрес лонг, лескоприд, ретапрес, тензар, франтел	1,25—2,5	1
<i>Петлевые диуретики</i>			
Торасемид	диувер	2,5—10	1
Фуросемид	лазикс, фуросемид	20—80	2
<i>Калийсберегающие диуретики</i>			
Спинолактон	верошпирон	25—50	1

нидин положительно влияет на углеводный и липидный обмен. Данные лекарственные средства обладают способностью потенцировать гипотензивный эффект препаратов других групп, что позволяет использовать их в комбинированной терапии.

Для антигипертензивной терапии удобно применять ингибитор ренина алискирен (расилез), так как он обладает длительным действием и назначается 1 раз в сутки в дозе 150—300 мг. При совместном назначении алискирена с ИАПФ, БРА, АК или тиазидными диуретиками, его антигипертензивный эффект усиливается. Дополнительные кардиопротек-

тивные и нефропротективные свойства алискирена подтверждены результатами многоцентровых исследований (ALOFT, ALLAY, AVOID).

При лечении больных гипертонической болезнью важно как можно быстрее максимально снизить общий риск развития сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Для этого необходимо не только корректировать повышенное артериальное давление, но и воздействовать на все выявленные обратимые факторы риска — курение, высокий уровень холестерина и диабет, а также проводить соответствующее лечение сопутствующих заболеваний.

Таблица 6. Выбор стартовой терапии для достижения целевого уровня АД

1. Определить степень сердечно-сосудистого риска			
Высокое нормальное АД / АГ 1 степени.		АГ 2—3 степеней.	
Низкий / средний риск		Высокий / очень высокий риск	
Низкодозовая монотерапия		Комбинация из 2 препаратов в низкой дозе	
2. Если целевое АД не достигнуто			
Этот же препарат в полной дозе	Переход к другому препарату в низкой дозе	Эта же комбинация препаратов в полной дозе	Комбинация из 3 препаратов в низкой дозе
3. Если целевое АД не достигнуто			
Комбинация из 2—3 препаратов в полной дозе	Полнодозовая монотерапия	Комбинация из 2—3 препаратов в полной дозе	Комбинация из 2—3 препаратов в полной дозе

Чем выше абсолютный риск, тем важнее достигнуть целевого уровня артериального давления. Каждый антигипертензивный препарат воздействует на определенные факторы в патогенезе артериальной гипертензии. В связи с этим, наличие факторов риска и сопутствующей патологии у больных артериальной гипертензией ограничивает количество лиц, которым можно назначить монотерапию.

В настоящее время ни один из основных классов антигипертензивных препаратов не имеет существенного преимущества в плане снижения артериального давления. Результаты крупных многоцентровых исследований свидетельствуют о том, что при проведении монотерапии артериальное давление нормализуется только у 30—50% больных артериальной гипертензией 1—2 степеней, а при наличии гипертензии 3-й степени, поражениях органов-мишеней и сердечно-сосудистых осложнений она вообще малоэффективна. В связи с этим необходимо своевременно переходить на комбинированную терапию антигипертензивными препаратами, обладающими разными механизмами действия. В современных рекомендациях разрешено проводить начальную терапию как одним препаратом, так и комбинацией двух лекарственных средств. При этом определяющими критериями являются степень артериальной гипертензии и сердечно-сосудистого риска (табл. 6).

Существуют следующие комбинации двух антигипертензивных препаратов:

1) рациональные или эффективные (ИАПФ + диуретик; БРА + диуретик; ИАПФ + АК; БРА + АК; дигидропиридиновый АК + БАБ; АК + диуретик; БАБ + диуретик; БАБ + альфа-адреноблокатор);

2) возможные (сочетание дигидропиридинового и недигидропиридинового АК, ИАПФ + БАБ, БРА + БАБ, ИАПФ + БРА, альфа-адреноблокатор с ИАПФ, БРА, АК, диуретиками);

3) нерациональные (сочетания разных лекарственных средств, относящихся к одному классу анти-

гипертензивных препаратов, БАБ + недигидропиридиновый АК, ИАПФ + калийсберегающий диуретик, БАБ + препарат центрального действия).

При назначении рациональных комбинаций антигипертензивных препаратов важно учитывать их дополнительные полезные свойства. Например, сочетание диуретика с ИАПФ может быть полезно в случае побочного действия ИАПФ в виде кашля, что затрудняет увеличение дозы. Применение ИАПФ с диуретиком оправдано у лиц пожилого возраста, а также при наличии хронической сердечной недостаточности. Комбинированное применение ИАПФ с АК позволяет уменьшить количество побочных эффектов обоих препаратов. БАБ успешно корректируют симпатическую активацию и тахикардию, которую вызывают дигидропиридиновые АК, особенно нифедипин и фелодипин. Так как применение БАБ (особенно неселективных) вызывает периферическую вазоконстрикцию и может усилить задержку натрия почками, их лучше назначать совместно с тиазидными диуретиками. Возникновение таких побочных эффектов применения АК, как отеки голеней и лодыжек, позволяет избежать их комбинация с тиазидными диуретиками.

Преимуществами комбинированной антигипертензивной терапии являются:

■ воздействие препаратов разных фармакологических групп на различные патогенетические механизмы артериальной гипертензии, что позволяет лучше контролировать АД и предотвращать поражение органов-мишеней;

■ совместное применение двух препаратов позволяет достигать целевых уровней АД, назначая их в меньших дозах, чем при использовании в виде монотерапии;

■ применение меньших доз при совместном использовании препаратов снижает вероятность развития

■ У всех больных АГ необходимо добиваться постепенного снижения АД до целевых уровней. Особенно осторожно следует снижать АД у пожилых и у больных, перенесших инфаркт миокарда и инсульт мозга.

Таблица 7. Комбинированные антигипертензивные препараты

Название	Составные компоненты	Дозы
<i>Бета-адреноблокатор + диуретик</i>		
Атегексал Композитум	Атенолол хлорталидон	50/100 мг 12,5/25 мг
Вискальдиск	пиндолол клопамид	10 мг 5 мг
Тенорик	атенолол хлорталидон	50/100 мг 12,5/25 мг
<i>Ингибитор АПФ + диуретик</i>		
Капозид	каптоприл гидрохлортиазид	50 мг 25 мг
Ко-ренитек	эналаприла малеат гидрохлортиазид	20 мг 12,5 мг
Мозекс плюс	мозексиприл гидрохлортиазид	15 мг 25 мг
Нолипрел	периндоприл индапамид	2 мг 0,625 мг
Рениприл-ГТ	эналаприла малеат гидрохлортиазид	10 мг 12,5 мг
Фозид	фозиноприл гидрохлортиазид	20 мг 12,5 мг
Энап Н	эналаприла малеат гидрохлортиазид	10 мг 25 мг
Энап НЛ	эналаприла малеат гидрохлортиазид	10 мг 12,5 мг
Энзиск ДУО	эналаприла малеат индапамид	10 мг 12,5 мг
Энзиск ДУО ФОРТЕ	эналаприла малеат индапамид	20 мг 12,5 мг
<i>Бета-адреноблокатор + антагонист кальция</i>		
Логимакс	метопролол фелодипин	47,5 мг 5 мг
<i>Ингибитор АПФ + антагонист кальция</i>		
Тарка	трандолаприл верапамил	2 мг 180 мг
Экватор	лизиноприл амлодипин	10 мг 5 мг
<i>Антагонист АП рецепторов + диуретик</i>		
Гизаар	лозартан гидрохлортиазид	50 мг 25 мг
Ко-диован	валсартан гидрохлортиазид	80 мг 12,5 мг
Ко-апровель	ирбесартан гидрохлортиазид	150/300 мг 12,5 мг
Лозап плюс	лозартан гидрохлортиазид	50 мг 12,5 мг
Микардис плюс	телмисартан гидрохлортиазид	80 мг 12,5 мг
<i>Диуретик + калийсберегающий диуретик</i>		
Модуретик	амилорид гидрохлортиазид	5 мг 50 мг
Триампур	триамтерен гидрохлортиазид	25 мг 12,5 мг
Триам –ко	триамтерен гидрохлортиазид	50 мг 25 мг

побочных эффектов по сравнению с монотерапией в полной дозе;

■ совместное применение двух препаратов позволяет с помощью одного из них нивелировать некоторые побочные эффекты другого.

Существует целый ряд комбинированных антигипертензивных препаратов на основе двух антигипертензивных средств разных классов (табл. 7). Эти препараты обладают большинством положительных качеств, присущих комбинированной терапии. Использование фиксированных комбинаций удобно для приема пациентами в амбулаторном режиме, что повышает их приверженность лечению. Положительным моментом, способствующим повышению комплаентности больных, является уменьшение стоимости лечения артериальной гипертензии за счет того, что цена комбинированных препаратов меньше, чем стоимость входящих в их состав компонентов, выписываемых отдельно.

К сожалению, фиксированным комбинациям присущи следующие недостатки:

- сложность подбора режима приема препаратов во времени суток в соответствии с профилем артериального давления и физической активностью;
- наличие риска назначения препарата, входящего в состав комбинации, если имеются противопоказания к его применению;
- трудности с оценкой происхождения побочных эффектов.

Пока мало изучены эффективность и безопасность комбинаций трех и более препаратов. Их целесообразно назначать только в случае рефрактерной артериальной гипертензии. С теоретической точки зрения обоснованы следующие тройные комбинации: ИАПФ + дигидропиридиновый АК + БАБ; БРА + дигидропиридиновый АК + БАБ; ИАПФ + АК + диуретик; БРА + АК + диуретик; ИАПФ + диуретик + БАБ; БРА + диуретик + БАБ; дигидропиридиновый АК + диуретик + БАБ.

Важным направлением терапии больных с артериальной гипертензией является применение средств для профилактики сердечно-сосудистых осложнений. Для сопутствующей терапии рекомендуется использовать статины, препараты ацетилсалициловой кислоты (аспирин, тромбоАСС) в низких дозах, а также средства для коррекции гликемии (при наличии соответствующих показаний).

Статины больным артериальной гипертензией назначают при наличии сердечно-сосудистой патологии, метаболического синдрома, сахарного диабета, а также при высоком и очень высоком риске сердечно-сосудистых осложнений. При этом целевой уровень для общего холестерина <4,5 ммоль/л (175 мг/дл), а для холестерина липопротеидов низкой плотности <2,5 ммоль/л (100 мг/дл).

Препараты ацетилсалициловой кислоты используют в терапии больных артериальной гипертензией при наличии перенесенного инфаркта миокарда, мозгового инсульта или транзиторной ишемической атаки, в случае, если нет угрозы кровотечения, а также у лиц старше 50 лет с умеренным повышением уровня сывороточного креатинина или с очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений даже при отсутствии другой сердечно-сосудистой патологии. Необходимо помнить о риске нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу у лиц с артериальной гипертензией. В связи с этим терапию аспирином следует начинать при адекватном контроле уровня АД.

При проведении медикаментозной коррекции гликемии у больных артериальной гипертензией с сопутствующим сахарным диабетом критериями эффективности являются уровни глюкозы в плазме крови натощак менее 6 ммоль/л (108 мг/дл) и гликированного гемоглобина менее 6,5%.

Таким образом, основой современной медикаментозной терапии артериальной гипертензии является своевременное назначение комбинаций антигипертензивных препаратов и сопутствующей терапии, направленных на адекватную коррекцию факторов сердечно-сосудистого риска.



ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2008; 7 (6). Приложение 2. 32 с.
2. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия в вопросах и ответах. Справочник для практикующих врачей / под ред. В.С.Моисеева. М., 2002. — 100 с.
3. Конради А.О. Комбинированная терапия «на старте» лечения артериальной гипертензии. Расширение показаний. 2009. Т.15, № 1. С.46—49.
4. Чазова И.Е., Ратова Л.Г. Комбинированная терапия артериальной гипертензии. Сердце. 2005. — Т.4, №3. — С.120—126.
5. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials. Lancet. 2000; 356: 1955—1964.
6. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. et al. 2007 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. 2007. 25: 1105—1187.
7. Oh B.H., Mitchell J., Herron J. R. et al. Aliskiren, an oral renin inhibitor, provides dose-dependent efficacy and sustained 24-hour blood pressure control in patients with hypertension. J. Am. Coll. Cardiol. 2007. 49 (11): 1157—1163.
8. ONTARGET Investigators, Yusuf S, Teo KK, Pogue J, et al. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. N. Engl. J. Med. 2008. 358(15): 1547—1559.
9. Yusuf S., Sleight P., Pogue J. et al. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. N. Engl. J. Med. 2000. 342 (3): 145—53.

www.cardiology-congress.ru

2010

24-26 февраля
МОСКВА, Конгресс-центр ЦМТ

Всероссийский научно-образовательный форум

Профилактическая кардиология

Организаторы:
Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Всероссийское научное общество кардиологов
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
Российской Федерации
Национальное научное общество «Кардиологическая профилактика и реабилитация»
ЗАО «МЕДИ Экспо»

2010 **кардиология**
Международная специализированная выставка

МЕДИ Экспо

Тел./Факс: (495) 721-88-66
www.medexpo.ru