



Доверие к препаратам КРКА — это доверие к европейским инновациям и высокому качеству

**ПРЕНЕСА®**  
периндоприл

**КО-ПРЕНЕСА®**  
периндоприл и индапамид

## БОЛЬШЕ, ЧЕМ ПРОСТО ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ



1 упаковка №90 для 3 месяцев лечения



95 грн/1 мес\*



131 грн/1 мес\*



73 грн/1 мес\*



115 грн/1 мес\*

## Более доступная цена – возможность увеличить длительность терапии

### ПОКАЗАНИЯ для препарата ПРЕНЕСА

Артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, предотвращение возникновения повторного инсульта у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. Для предотвращения сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с документально подтвержденной стабильной ИБС. Длительное лечение снижает риск возникновения инфаркта миокарда и сердечной недостаточности (по результатам исследования «EUROPA»).

**Пренеса®.** Состав: действующее вещество: периндоприла терт-бутиламин; 1 таблетка содержит 4 мг или 8 мг периндоприла в виде соли терт-бутиламина. Пренеса в упаковках № 30, 3 блистера по 10 таблеток. **Фармакотерапевтическая группа.** Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). Периндоприл. Код АТХ С09А А04. **Клинические характеристики.** Показания. Артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, предотвращение сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с документально подтвержденной стабильной ишемической болезнью сердца. Долгосрочное лечение уменьшает риск возникновения инфаркта миокарда и сердечной недостаточности (по результатам исследования «EUROPA»). Предотвращение повторного инсульта у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. **Фармакодинамика.** Периндоприл проявляет активность при слабой, умеренной и тяжелой артериальной гипертензии. Он снижает систолическое и диастолическое АД как в положении лежа, так и в положении стоя. Периндоприл снижает общее периферическое сопротивление, что приводит к уменьшению системного артериального давления. **Побочные реакции:** нарушение сна и перепады настроения, головная боль, головокружение, парестезия. Очень редко: помутнение сознания, нарушение зрения, шум в ушах, артериальная гипотензия, аритмия, стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, васкулит, кашель, диспноэ, бронхоспазм, эозинофильная пневмония, ринит, тошнота, рвота, боль в животе, дисгевзия, расстройство пищеварения, диарея, запор, сухость во рту, панкреатит, цитолитический или холестатический гепатит, сыпь, зуд, ангионевротический отек лица, конечностей, губ, слизистой оболочки, языка, голосовой щели, гортани, крапивница, полиморфная эритема, мышечные судороги, почечная недостаточность, острая почечная недостаточность, импотенция, астения, повышенное потоотделение, снижение уровня гемоглобина, гематокрита, тромбоцитопения, лейкопения/нейтропения, случаи агранулоцитоза и панцитопении, увеличение уровней мочевины в крови и креатинина в сыворотке крови, возникновение обратной гиперкальциемии, особенно у пациентов с почечной недостаточностью, тяжелой сердечной недостаточностью, реноваскулярной гипертензией. Повышение уровня печеночных трансаминаз и уровня билирубина в сыворотке крови отмечались редко.

**Ко-Пренеса®, показание:** лечение эссенциальной гипертензии.

**Состав:** действующие вещества: периндоприла терт-бутиламин, индапамид; 1 таблетка содержит 2 мг периндоприла терт-бутиламина и 0,625 мг индапамида, или 4 мг периндоприла терт-бутиламина и 1,25 мг индапамида, или 8 мг периндоприла терт-бутиламина и 2,5 мг индапамида, или 8 мг периндоприла терт-бутиламина и 2,5 мг индапамида. **Ко-Пренеса®** в упаковках № 30, 3 блистера по 10 таблеток. **Фармакотерапевтическая группа.** Комбинированные препараты ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Периндоприл и диуретики. Код АТХ С09В А04. **Клинические характеристики.** Показания: эссенциальная гипертензия. **Фармакологические свойства.** **Фармакодинамика.** Ко-Пренеса® — это комбинация периндоприла терт-бутиламина соли, ингибитора АПФ и индапамида, сульфонамидного диуретика. Его фармакологическое действие обусловлено свойствами каждого компонента (периндоприла и индапамида) и их аддитивным синергизмом. Характеристика антигипертензивного действия связана с препаратом Ко-Пренеса®: у пациентов с артериальной гипертензией, невзирая на возраст, препарат оказывает, в зависимости от дозы, антигипертензивный эффект на диастолическое и систолическое артериальное давление в положении лежа или стоя. Этот антигипертензивный эффект достигается через 4–6 часов после однократного приема препарата и длится не менее 24 часов; окончательные эффекты составляют примерно 80%. У пациентов с обратной реакцией стабилизация артериального давления происходит, в среднем, в течение одного месяца лечения. **Эффект, связанный с периндоприлом:** периндоприл проявляет активность при слабой, умеренной и тяжелой артериальной гипертензии. Он снижает систолическое и диастолическое артериальное давление как в положении лежа, так и в положении стоя. Максимальный гипотензивный эффект достигается через 4–6 часов после однократного приема препарата и длится не менее 24 часов; окончательные эффекты составляют примерно 80%. У пациентов с обратной реакцией стабилизация артериального давления происходит, в среднем, в течение одного месяца лечения. **Эффект, связанный с индапамидом:** индапамид как монотерапия имеет антигипертензивный эффект, который длится 24 часа. Это происходит при дозах, при которых диуретический эффект является слабым. Его антигипертензивное действие пропорционально улучшению соответствия артерий и снижению общей и артериальной сосудистой резистентности. Индапамид снижает гипертрофию левого желудочка. **Побочные реакции:** тромбоцитопения, лейкопения/нейтропения, агранулоцитоз, апластическая анемия, гемолитическая анемия. Об анемии сообщалось во время лечения ингибиторами АПФ при особых обстоятельствах (у пациентов с пересаженной почкой, у пациентов, которые проходили сеансы гемодиализа); нарушение сна или перепады настроения, головная боль, головокружение, парестезия, помутнение сознания, нарушение зрения, шум в ушах, ортостатическая или артериальная гипотензия, аритмия, включая брадикардию, желудочковая тахикардия, дрожь предсердий, стенокардия и инфаркт миокарда вследствие внезапного снижения артериального давления у пациентов группы высокого риска, о сухом кашле сообщалось при применении ингибиторов АПФ, одышка, бронхоспазм, эозинофильная пневмония, ринит, запор, сухость во рту, тошнота, эпигастральная боль, абдоминальная боль, расстройства вкуса, рвота, диспепсия, диарея, панкреатит, цитолитический или холестатический гепатит, в случае печеночной недостаточности возможно возникновение печеночной энцефалопатии, зуда, сыпи, макулопапулезной сыпи, ангионевротический отек лица, конечностей, губ, слизистой оболочки, языка, голосовой щели, гортани, крапивницы; реакции повышенной чувствительности, главным образом дерматологические, у пациентов с предрасположенностью к этому; аллергические и астматические реакции; пурпура; возможное ухудшение уже существующей острой диссеминированной красной волчанки; полиморфная эритема, токсический эпидермальный некролиз, синдром Стивенса–Джонсона, мышечные судороги, почечная недостаточность, острая почечная недостаточность, импотенция, астения, повышенное потоотделение, повышение уровня кальция в плазме.

Gosse P. Perindopril/indapamide combination in the first-line treatment of hypertension and end-organ protection. Expert Rev Cardiovasc Ther 2006; 4: 319-33.  
De Leeuw PW. Combination perindopril/indapamide for the treatment of hypertension: A review. Expert Opin Pharmacother. 2011; 12 (11): 1827-33.  
Elliott WJ. Circadian and circadian variations in cardiovascular events. Am J Hypertens 2001, 14: 2915-2955.

\* ООО «Проксима Рисерч» Украина, г. Киев, пр-т Бажана, 10-а Тел. +38 044 585-97-22. Средневзвешенная розничная цена (июль 2018 г) цена за упаковку Пренеса 4 мг 219, 85 грн; Пренеса 8 мг 283, 62 грн; Ко-Пренеса 4/1,25 мг 346,05 грн; Ко-Пренеса 8/2,5 мг 392,08 грн.

www.krka.ua

ООО «КРКА УКРАИНА», ул. Старонаводницкая, 13, секция В-Г, офис 127, а/я 42, 01015, г. Киев. Тел.: (044) 354 26 68, факс: (044) 354 26 67, e-mail: Info.ua@krka.biz, www.krka.ua



М.М. Долженко, д.м.н., професор, І.В. Давидова, к.м.н., Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ;  
О.В. Шершнева, Запорізький державний медичний університет

# Європейські рекомендації з ведення хворих на артеріальну гіпертензію 2018: фокус на ішемічну хворобу серця

**Враховуючи певні зміни в підході до діагностики та лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), нарізла необхідність в оновленні практикуючими лікарями методичних рекомендацій щодо ведення таких хворих, особливо з коморбідними станами. Зазначені рекомендації були представлені у червні 2018 року на конгресі ESH, а в серпні – на конгресі ESC (табл. 1).**

Поширеність АГ серед хвороб системи кровообігу (ХСК) у дорослих (≥18 років) в Україні становить 46,8%, тобто майже половина пацієнтів із ХСК має підвищений рівень артеріального тиску (АТ). З практичної точки зору найбільше значення має поєднання АГ з ішемічною хворобою серця (ІХС) та цереброваскулярною хворобою. Отже, рівень АТ – це провідний фактор ризику розвитку кардіальної та цереброваскулярної патології, який суттєво впливає на тривалість життя в Україні.

## Стратифікація серцево-судинного ризику у хворих на АГ

Ступені АГ, як і раніше, встановлюються залежно від рівня АТ. До вже існуючих факторів кардіоваскулярного ризику додано частоту серцевих скорочень >80 уд./хв у спокої.

До демографічних характеристик і лабораторних параметрів, які впливають на кардіоваскулярний ризик у пацієнтів з АГ, належать:

- стать (чоловіки > жінки);
- вік;
- куріння: курить чи курил у минулому;
- рівні загального холестерину та холестерину ліпопротеїнів низької щільності;
- підвищений рівень сечової кислоти;
- цукровий діабет (ЦД);
- надмірна вага чи ожиріння;
- передчасні серцево-судинні захворювання у родичів (чоловіки віком до 55 років і жінки віком до 65 років);
- рання гіпертензія в батьків або інших близьких родичів;



М.М. Долженко

- ранній початок менопаузи;
  - малорухливий спосіб життя;
  - психосоціальні та соціально-економічні фактори;
  - частота серцевих скорочень (значення в спокої >80 уд./хв).
- У зазначених рекомендаціях також зауважено, що збільшення рівня сечової кислоти в сироватці крові навіть до рівня, який нижчий, ніж зазвичай виявляється у хворих на подагру, є незалежним асоційованим фактором кардіоваскулярного ризику як в загальній популяції, так і в пацієнтів з АГ. Тому визначення рівня сечової кислоти в сироватці крові рекомендується як частина скринінгу хворих на АГ.

Відповідно до системи SCORE виділяють підгрупи з дуже високим 10-річним кардіоваскулярним ризиком, високим ризиком, помірним і низьким.

## Тактика ведення пацієнтів з АГ

Ведення пацієнтів з АГ передбачає нормалізацію АТ, попередження ускладнень або зменшення негативного впливу на органи-мішені, лікування супутньої патології. Завдання фармакотерапії – продовжити життя індивідуума при збереженні його якості – стає особливо важкодосяжним у разі коморбідності.

Подальша стратегія ведення пацієнтів залежить від виявленого рівня АТ, наявності факторів кардіоваскулярного ризику та супутніх захворювань, а також від віку хворого. Європейські рекомендації з ведення пацієнтів з АГ 2018 передбачають необхідність початку лікування АГ при офісному значенні АТ >140/90 мм рт. ст., крім хворих віком >80 років (табл. 2).

Особливостями зазначених рекомендацій є також нові цільові діапазони АТ при лікуванні пацієнтів (табл. 3).

Грунтуючись на цих завданнях, можна зробити висновок, що важливим моментом є правильний вибір препарату, який буде основою антигіпертензивної терапії.

Призначення антигіпертензивних препаратів залежить від початкових значень АТ, наявності факторів кардіоваскулярного ризику та супутніх захворювань (табл. 4).

В Європейських рекомендаціях з ведення пацієнтів з АГ 2018 року перевага надається поєднанню кількох лікарських засобів (ЛЗ) в одній таблетці. Комбінована терапія та лікування комбінованими антигіпертензивними ЛЗ показані більшості пацієнтів, оскільки це покращує прихильність до лікування, є більш спрощеним і зручнішим алгоритмом, що підтверджується більш широким застосуванням. Однак не слід розпочинати комбіновану антигіпертензивну терапію у випадках, якщо початковий АТ знаходиться у високому нормальному діапазоні та в пацієнтів старших вікових груп через можливість різкого зниження АТ.

Як зазначалося вище, при лікуванні АГ в арсеналі лікаря залишаються всі попередні класи ЛЗ, оскільки вони довели

2013	2018
<b>Діагностика</b>	<b>Діагностика</b>
Для скринінгу та діагностування АГ рекомендовано визначити офісний АТ	Діагноз АГ має ґрунтуватися на: • повторних вимірюваннях офісного АТ або • вимірюванні АТ поза офісом лікаря за допомогою амбулаторного або домашнього моніторингу АТ (якщо наявні логістичні та економічні можливості)
<b>Граничний рівень АТ для початку лікування</b> <b>Високий нормальний АТ (130-139/85-89 мм рт. ст.):</b> поки не отримано необхідні докази, не рекомендовано починати антигіпертензивну фармакотерапію при високому нормальному АТ	<b>Граничний рівень АТ для початку лікування</b> <b>Високий нормальний АТ (130-139/85-89 мм рт. ст.):</b> фармакотерапію можна розглядати в разі дуже високого кардіоваскулярного ризику внаслідок наявного кардіоваскулярного захворювання, зокрема ІХС
<b>Граничний рівень АТ для початку лікування</b> <b>Пацієнти низького або помірному ризику з АГ 1 ступеня:</b> початок антигіпертензивної фармакотерапії слід розглядати тоді, коли АТ залишається в цьому діапазоні під час багатьох повторних візитів або є підвищенням за критеріями амбулаторного АТ, незважаючи на зміну способу життя упродовж прийнятної періоду	<b>Граничний рівень АТ для початку лікування</b> <b>Пацієнти низького або помірному ризику з АГ 1 ступеня:</b> у пацієнтів без ураження органів-мішеней, зумовленого АГ, антигіпертензивна фармакотерапія рекомендована у випадку збереження підвищеного АТ після періоду зміни способу життя
<b>Граничний рівень АТ для початку лікування</b> <b>Пацієнти похилого віку:</b> антигіпертензивна фармакотерапія може розглядатись у пацієнтів похилого віку (принаймні в осіб віком до 80 років), якщо САТ перебуває в діапазоні 140-159 мм рт. ст. та за умови гарної переносимості лікування	<b>Граничний рівень АТ для початку лікування</b> <b>Пацієнти похилого віку:</b> антигіпертензивна фармакотерапія та зміна способу життя рекомендовані пацієнтам похилого віку (>65 років, але не >80 років) без тяжких супутніх захворювань, якщо САТ перебуває в діапазоні АГ 1 ступеня (140-159 мм рт. ст.) та за умови гарної переносимості лікування
<b>Цільові рівні АТ</b>	<b>Цільові рівні АТ</b>
Рекомендовано досягати цільового САТ <140 мм рт. ст.	• В усіх пацієнтів початковою метою терапії є зниження АТ <140/90 мм рт. ст. Якщо лікування добре переноситься, більшості пацієнтів рекомендовано подальше зниження АТ до 130/80 мм рт. ст. або нижче • У більшості пацієнтів віком <65 років САТ рекомендовано знижувати до 120-129 мм рт. ст.
<b>Цільові рівні АТ у пацієнтів похилого віку (65-80 років):</b> цільовий САТ – 140-150 мм рт. ст.	<b>Пацієнти похилого віку (65-80 років):</b> цільовий САТ – 130-139 мм рт. ст.
<b>Цільові рівні АТ у пацієнтів старше 80 років:</b> при початковому САТ ≥160 мм рт. ст. рекомендовано досягати цільового САТ 140-160 мм рт. ст. за умови гарного фізичного та психічного стану	<b>Цільові рівні АТ у пацієнтів старше 80 років:</b> цільовий САТ – 130-139 мм рт. ст. за умови гарної переносимості лікування
<b>Цільовий рівень ДАТ</b>	<b>Цільовий рівень ДАТ</b>
Цільовий рівень ДАТ: <90 мм рт. ст. в усіх пацієнтів, крім хворих на діабет (<85 мм рт. ст.)	Цільовий рівень ДАТ: <80 мм рт. ст. в усіх пацієнтів незалежно від ступеня кардіоваскулярного ризику та супутніх захворювань
<b>Початок фармакотерапії</b>	<b>Початок фармакотерапії</b>
Початок антигіпертензивної терапії комбінацією двох препаратів може розглядатись у пацієнтів зі значно підвищеним вихідним АТ або високим кардіоваскулярним ризиком	Початок лікування двома препаратами, краще у формі фіксованої комбінації, рекомендований всім пацієнтам з АГ. Винятком є пацієнти похилого віку з поганим загальним станом здоров'я та пацієнти низького ризику з АГ 1 ступеня (зокрема, якщо САТ <150 мм рт. ст.)
<b>Резистентна гіпертензія</b>	<b>Резистентна гіпертензія</b>
Якщо відсутні протипоказання, слід розглянути призначення антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів, амilorиду та альфа-блокатора доксазозину	Рекомендованим лікуванням резистентної гіпертензії є додавання до існуючої терапії спіронолактону в низькій дозі, а в разі непереносимості спіронолактону – додавання еплеренону, амilorиду, тіазидного/тіазидоподібного/петльового діуретика в більш високій дозі, біспрололу або доксазозину
<b>Інвазивна терапія гіпертензії</b>	<b>Інвазивна терапія гіпертензії</b>
Якщо фармакотерапія неефективна, можна розглянути інвазивні процедури, як-от ниркова денервація або стимуляція барорецепторів	Застосування інвазивних процедур у рутинному лікуванні АГ не рекомендоване. До отримання надійних доказів стосовно безпеки та ефективності такі процедури можуть використовуватися лише в умовах клінічних випробувань або рандомізованих контрольованих досліджень
<b>Клас рекомендації</b>	
I	IIa IIb III

Примітки: САТ – систолічний АТ; ДАТ – діастолічний АТ.

Вікові групи	Порогове значення офісного САТ (мм рт. ст.)					Порогове значення ДАТ (мм рт. ст.)
	АГ	+ ЦД	+ ХХН	+ ІХС	+ інсульт / ТІА	
18-65 років	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
65-79 років	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
≥80 років	≥160	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
Порогове значення ДАТ (мм рт. ст.)	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	

Примітки: ХХН – хронічна хвороба нирок; ТІА – транзиторна ішемічна атака.

Продовження на стор. 36.

М.М. Долженко, д.м.н., професор, І.В. Давидова, к.м.н., Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ; О.В. Шершнева, Запорізький державний медичний університет

## Європейські рекомендації з ведення хворих на артеріальну гіпертензію 2018: фокус на ішемічну хворобу серця

Продовження. Початок на стор. 35.

в плацебо-контрольованих дослідженнях свою здатність не лише знижувати АТ, але й кількість кардіоваскулярних подій. Їм притаманна достатня еквівалентність зі зниження кардіоваскулярної та загальної захворюваності/смертності; доведено також, що позитивні зміни пов'язані переважно з безпосереднім зниженням АТ. Ці висновки були зроблені в попередніх рекомендаціях і останнім часом знову підтверджені проведеними метааналізами.

Це 5 основних класів: блокатори РАС (інгібітори АПФ та БРА), дигідропіридинові антагоністи кальцію; тiazидні та тiazидоподібні діуретики, бета-адреноблокатори. При цьому зазначається, що бета-адреноблокатори повинні призначатися при певних клінічних ситуаціях, а комбінація двох блокаторів РАС (інгібітора АПФ та БРА) шкідлива.

При недостатньому контролі або недосягненні цільового рівня АТ можуть додатково рекомендуватися інші антигіпертензивні ЛЗ, зокрема антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (спіронолактон, еплеренон), альфа-адреноблокатори (доксазозин), препарати центральної дії (моксонидин) та з комбінованим механізмом дії (урапідил).

Отже, в Європейських рекомендаціях з ведення пацієнтів з АГ 2018 можна виділити нові положення:

- вимірювання АТ: підвищення ролі неофісних методів вимірювання АТ;
- менш консервативне лікування дуже літніх людей: САТ <140-130 мм рт. ст.;
- стратегія однієї таблетки, спрощення терапії;
- нові цільові значення АТ;
- виявлення низької прихильності до лікування;
- підвищення ролі медсестер, фармацевтів у довгостроковому лікуванні АГ. Слід відзначити, що у Великій Британії розпочато навчання медичних сестер на 3-місячних курсах для призначення антигіпертензивної терапії.

### Стратегія лікування АГ у хворих на ІХС

У повсякденній клінічній практиці дуже часто трапляється саме таке поєднання. Обидві ці патології за поширенням, наслідками для серцево-судинної системи і ризиком розвитку ускладнень є найбільш значущою соціальною проблемою. Епізоди ішемії міокарда, розвиток дифузного та вогнищового міокардіофіброзу можуть призводити до діастолічного варіанту хронічної серцевої недостатності (ХСН). У разі істотної втрати скорочувальної зони міокарда, патологічного ремоделювання тканини з переважною дилатацією порожнини серця розвивається ХСН зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка.

Контроль АТ у хворих на ІХС має важливе значення, оскільки ризик розвитку повторних коронарних подій значною мірою залежить від його показників. Слід особливо зауважити, що існуючі схеми медикаментозної терапії цього коморбідного стану базуються здебільшого на даних доказової медицини.

Залежно від віку хворого потрібно досягати цільового рівня офісного АТ. Так, у віці 18-65 років САТ повинен сягати рівня 130 мм рт. ст. або нижче при хорошій переносимості, але не менше 120 мм рт. ст. (ІА). Якщо вік пацієнта >65 років, то цільовий рівень офісного САТ буде <140 до 130 мм рт. ст. при хорошій переносимості (ІА). Цільовий рівень ДАТ для хворих будь-якого віку з АГ та ІХС повинен перебувати в діапазоні від 80 до 70 мм рт. ст. (ІС).

У пацієнтів з ІМ в анамнезі в складі терапії рекомендуються ББ та блокатори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС; ІА).

Хворим на симптомну стенокардію радять ББ і/або АК. Найвність двох взаємно обтяжуючих захворювань диктує необхідність особливих підходів до вибору адекватної терапії.

**Крок 1.** Починати лікування з подвійної комбінації в 1 таблетці. Інгібітор АПФ або БРА + ББ чи АК; або АК + діуретик; або ББ + діуретик.

Таблиця 3. Цільові рівні АТ залежно від віку та коморбідної патології

Вікові групи	Цільовий діапазон лікування офісного АТ (мм рт. ст.)					Цільовий діапазон ДАТ при лікуванні (мм рт. ст.)
	АГ	+ ЦД	+ ХХН	+ ІХС	+ інсульт / ТІА	
18-65 років	Цільовий ≤130, при переносимості <b>Не &lt;120</b>	Цільовий ≤130, при переносимості <b>Не &lt;120</b>	Цільовий <140 до 130, при переносимості	Цільовий ≤ 130, при переносимості <b>Не &lt;120</b>	Цільовий ≤ 130, при переносимості <b>Не &lt;120</b>	70-79
65-79 років	Цільовий <140 до 130, при переносимості	Цільовий <140 до 130, при переносимості	Цільовий <140 до 130, при переносимості	Цільовий <140 до 130, при переносимості	Цільовий <140 до 130, при переносимості	70-79
≥80 років	Цільовий <140 до 130, при переносимості	Цільовий <140 до 130, при переносимості	Цільовий <140 до 130, при переносимості	Цільовий <140 до 130, при переносимості	Цільовий <140 до 130, при переносимості	70-79
Цільовий діапазон ДАТ при лікуванні (мм рт. ст.)	70-79	70-79	70-79	70-79	70-79	

Таблиця 4. Стратегія призначення лікарських засобів при АГ

Рекомендації	Клас	Рівень
Серед усіх антигіпертензивних препаратів інгібітори АПФ, БРА, ББ, АК та діуретики (tiazидні та tiazидоподібні, такі як хлорталідон та індапамід) продемонстрували ефективне зниження АТ і відсутність поширених побічних ефектів у рандомізованих клінічних дослідженнях, тому вони є основою антигіпертензивної стратегії лікування	I	A
Комбіноване лікування рекомендується для більшості пацієнтів з АГ як початкова терапія. Більшість комбінацій повинні включати блокатор РАС (інгібітор АПФ або БРА) з АК або сечогінним засобом. Інші комбінації з п'яти основних класів можуть використовуватися	I	A
Рекомендується, щоб бета-адреноблокатори поєднувалися з будь-яким іншим основним класом ЛЗ, якщо існують певні клінічні ситуації, наприклад стенокардія, у пацієнтів після ІМ, серцева недостатність або необхідність контролю серцевого ритму	I	A
Рекомендується ініціювати антигіпертензивну терапію комбінацією з двох ЛЗ, переважна стратегія – в 1 таблетці. Винятки становлять літні пацієнти та хворі низького ризику з АГ 1 ступеня (зокрема, якщо САТ становить <150 мм рт. ст.)	I	B
Рекомендується у випадках недостатнього контролю АТ за допомогою комбінації з двох ЛЗ збільшувати комбінації до трьох ЛЗ: зазвичай блокатор РАС + АК + tiazидний / tiazидоподібний діуретик, переважна стратегія – в 1 таблетці	I	A
Рекомендується у випадках відсутності контролю АТ за допомогою комбінації з трьох ЛЗ інтенсифікувати лікування шляхом додавання антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів або (при непереносимості) іншими діуретиками, такими як амілорид, або більш високими дозами інших діуретиків, ББ чи додаванням альфа-блокаторів	I	B
Поєднання двох блокаторів РАС не рекомендується	III	A

Примітки: АПФ – ангіотензинперетворювальний фермент; БРА – блокатори рецепторів ангіотензину II; ББ – бета-блокатори; АК – антагоніст кальцію; ІМ – інфаркт міокарда; РАС – ренін-ангіотензинова система.

Розглянути монотерапію в групі низького ризику з АГ 1 ступеня або в літніх пацієнтів (≥80 років) чи ослаблених хворих.

**Крок 2.** Потрійна комбінація ЛЗ з вищезгаданих в 1 таблетці.

Почати терапію, якщо САТ ≥130 мм рт. ст. у пацієнтів з високим ризиком виникнення серцево-судинних захворювань.

**Крок 3 (резистентна АГ).** До потрійної комбінації ЛЗ додати спіронолактон (25-50 мг), інший діуретик, альфа-блокатор чи ББ. Розглянути направлення до спеціалізованого центру для подальшого обстеження.

Докази сприятливого впливу ББ на серцево-судинний прогноз, протиішемічна, антигіпертензивна й антиаритмічна дія, досить хороша переносимість визначили ББ препаратами вибору в лікуванні хворих на АГ та ІХС. Після перенесеного ІМ раннє призначення ББ, інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ), а при їх непереносимості – БРА знижує ризик смерті.

Активізація РААС відіграє важливу роль у виникненні та прогресуванні АГ, формуванні атерогенезу, розвитку гіпертрофії лівого шлуночка, ІХС, ремоделюванні серця та судин, порушенні ритму, аж до розвитку термінальної ХСН та МІ.

Саме тому у хворих з високим і дуже високим ризиком препаратами вибору слід вважати ІАПФ або БРА, які є блокаторами РААС.

Широко відомим представником ІАПФ є периндоприл, який характеризується значною доказовою базою ефективності при АГ та ІХС.

Як зазначено в огляді ефективності ІАПФ, периндоприл знижує ризик смерті та тяжких серцево-судинних ускладнень у пацієнтів із ЦД на 18%, з ІХС – на 20%, із серцевою недостатністю – на 20%, після ІМ – на 23%, після інсульту – на 27% [2].

У дослідженні PREAMI доведено ефективність периндоприлу в запобіганні ускладненням після ІМ [3].

У дослідженні EUROPA продемонстровано зниження відносного кардіоваскулярного ризику на 20% у хворих на ІХС та ІМ, які отримували периндоприл [4].

За даними клінічних досліджень АК не лише допомагають контролювати рівень АТ, але й поліпшують прогноз у пацієнтів з ІХС на тлі АГ. Одночасно були доведені судинно-протекторні ефекти цього класу препаратів. У дослідженні INVEST виявлено, що АК і ББ мають однакову клінічну ефективність щодо зниження ризику ускладнень у хворих на АГ у комбінації з ІХС, однак АК метаболічно більш вигідні. У дослідженні ASCOT відносний ризик розвитку ІМ при застосуванні комбінації амлодипіну, периндоприлу з додаванням аторвастатину знизився на 48%, а інсульту – на 44% [5, 6].

Проте фіксовані комбінації препаратів, як наголошено в нових Європейських рекомендаціях з лікування хворих на АГ, мають хороший комплаєнс. Як відомо, на 24% покращується прихильність до лікування у хворих при застосуванні фіксованих комбінацій препаратів [7].

У дослідженні STRONG при використанні фіксованої комбінації амлодипіну/периндоприлу цільовий рівень АТ був досягнутий у 66,1% від загальної кількості хворих, які брали участь у дослідженні, 68,3% нелікованих пацієнтів, 68,4% учасників недостатньо лікованих монотерапією і навіть 59,9% пацієнтів недостатньо лікованих комбінованою терапією. При цьому 94% учасників завершили дослідження [8].

В іншому дослідженні через 4 міс лікування фіксованою комбінацією амлодипіну/периндоприлу – препаратом Амлесса – цільового значення АТ досягли 76% хворих [9].

Отже, в Україні зареєстровані сучасні комбінації антигіпертензивних препаратів для лікування хворих на АГ з ІХС з доказовою базою міжнародних досліджень, які відповідають рекомендаціям з ведення хворих на АГ ESC/ESH 2018 року.

Препарат Амлесса варто рекомендувати передусім пацієнтам з високими цифрами АТ (та/або тим, хто не досяг цільових цифр при попередньому лікуванні), а також хворим, які приймають вільну комбінацію з амлодипіном, пацієнтів з АГ та/або ІХС.

Амлесса має широкий спектр дозувань і представлена в зручній блистерній упаковці, що забезпечує низку вагомих переваг. Для лікарів це спрощення підбору необхідної дози і корекції терапії, для пацієнтів – можливість легко здійснювати візуальний контроль дотримання режиму прийому препарату, що сприяє мінімізації кількості пропусків і покращенню прихильності до терапії. Високий комплаєнс дозволяє досягти кращих результатів лікування АГ у кожного конкретного хворого і гнучко змінювати дозування залежно від клінічної ситуації. Важливо, що доступна ціна Амлесса надає можливість здійснювати тривалу антигіпертензивну терапію препаратом європейської якості і таким чином максимізувати позитивний вплив на прогноз.

Список літератури знаходиться в редакції.

### До уваги лікарів!

Нещодавно в Україні з'явилися препарати Пренеса та Ко-Пренеса у зручній упаковці по 90 таблеток. Завдяки новій упаковці 1 день лікування якісними європейськими препаратами стає ще більш доступним для пацієнтів.