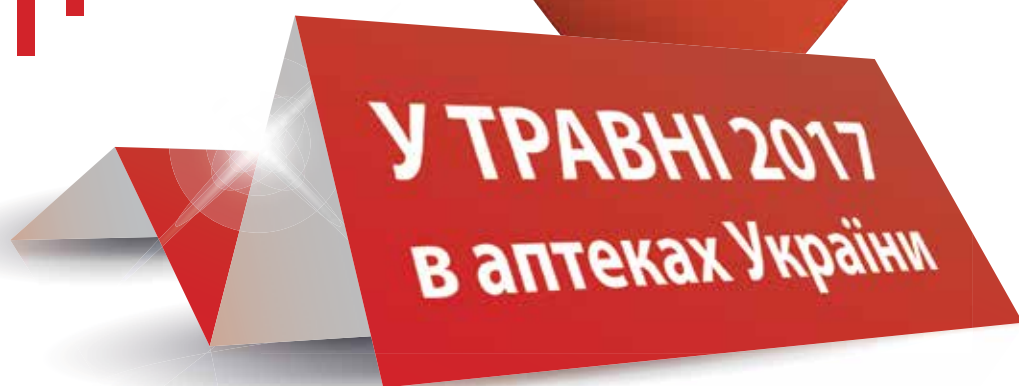
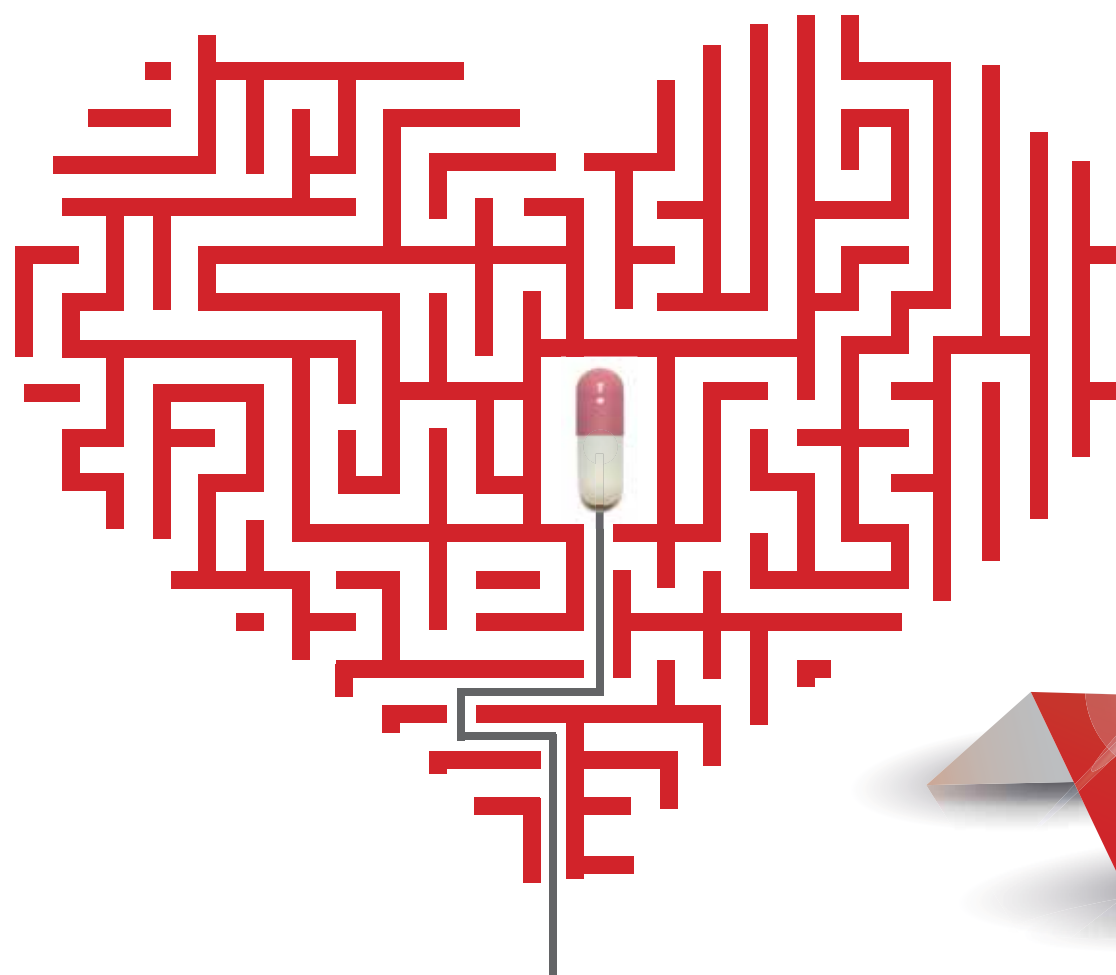


Інноваційна терапевтична стратегія вторинної профілактики серцево-судинних захворювань

Концепція поліпіл схвалена World Heart Federation¹



ТРИНОМІЯ

ацетилсаліцилова кислота • аторвастатин • раміприл

Простий вихід для підвищення прихильності до терапії^{2, 3}



3 КОМПОНЕНТИ в 1 КАПСУЛІ⁴

- Зменшення ризику серцево-судинних подій⁵
- Прийом 1 раз на добу⁴
- Економічна доцільність⁶

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Триномія. Діючі речовини: 1 капсула містить 100 мг кислоти ацетилсаліцилової, 21,69 мг аторвастатину кальцію тригідрату (еквівалентно 20 мг аторвастатину) та 2,5 (або 5, або 10) мг раміприлу. **Лікарська форма:** капсули тверді. **Фармакотерапевтична група.** Інгібітори ГМГ-КоА-редуктази, інші комбінації. **Показання:** вторинна профілактика ускладнень з боку серцево-судинної системи в якості замісної терапії, коли забезпечується адекватний контроль при терапії монокомпонентними засобами в еквівалентних терапевтичних дозах у дорослих пацієнтів. **Побічні реакції:** запалення шлунково-кишкового тракту, розлади травлення, дискомфорт у животі, печія, нудота, блювання, біль у шлунку, діарея, запор, метеоризм, мікрокровотеча, пароксизмальний бронхоспазм, сильна задишка, закладеність носа, риніт, назофарингіт, висипання, алергічні реакції, фаринголарингеальний та головний біль, міалгія, артралгія, біль у грудях, кінцівках та спині, набряк суглобів, гіперглікемія, відхилення функціональних проб печінки, підвищення рівня креатинінази та калію в крові, артеріальна гіпотензія, ортостатичне зниження артеріального тиску, запаморочення, непритомність, стомлюваність. **Протипоказання:** гіперчутливість до компонентів препарату, інших нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) та інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ); астма в анамнезі або інші алергічні реакції, спричинені застосуванням НПЗЗ; гострі пептичні виразки; гемофілія та інші порушення згортання крові; ниркова, печінкова або серцева недостатність важкого ступеня; гемодіаліз; артеріальна гіпотензія; наявне захворювання печінки або постійне підвищення рівня трансаміназ сироватки більш ніж у 3 рази порівняно з нормою, що не має пояснень; вагітність, годування груддю; сумісне застосування з типранавіром, ритонавіром, циклоспорином або метотрекساتом; ангіоневротичний набряк в анамнезі; виражений двосторонній стеноз ниркових артерій або в одній функціонуючій нирці. **Фармакологічні властивості:** ацетилсаліцилова кислота необоротно інгібує агрегацію тромбоцитів через ацетилювання циклооксигенази, що необоротно інгібує синтез тромбосану А2; аторвастатин є селективним конкурентним інгібітором ГМГ-КоА-редуктази; раміприлат, активний метаболіт проліків раміприлу, інгібує АПФ. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** UA/15408/01/01, UA/15409/01/01, UA/15410/01/01 від 29.08.2016. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних закладів і лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище або про скаргу на якість препарату Ви можете до ТОВ «Такеда Україна» за тел.: (044) 390 0909. World Heart Federation — Всесвітня федерація серця.

1. Yusuf S. et al. Lancet. 2015 Jul 25;386(9991):399–402. 2. Castellano J.M. et al. Int J Cardiol 2015; 201 (S1):S8–S14. 3. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal (2016) 37, 2315–2381. 4. Інструкція для медичного застосування препарату Триномія. 5. Kolte D. et al. Expert Opin Investig Drugs. 2016 Sep 22:1–10. 6. Becerra V. et al. BMJ Open. 2015 May 9;5(5):e007111.

ТОВ «Такеда Україна»: 03150, м. Київ, вул. Червоноармійська, 55-Г, тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua

Применение полипилл для оптимизации вторичной сердечно-сосудистой профилактики: миссия выполнима?

Эффективная сердечно-сосудистая (СС) профилактика, несмотря на разработку четких рекомендаций, до сегодняшнего дня остается нерешенной задачей не только в Украине, но и во многих развитых странах с передовыми системами здравоохранения. Как преодолеть пропасть между теорией и практикой и обеспечить реальное внедрение существующих стандартов в повседневную деятельность врачей – кардиологов, терапевтов, специалистов семейной медицины? Этот вопрос мы рассмотрели в рамках круглого стола с участием ведущих украинских кардиологов, и результаты беседы дают надежду на то, что инновационные технологии действительно способны повлиять на ситуацию в области лечения пациентов высокого СС-риска.



Первые вопросы мы адресовали доктору медицинских наук, профессору кафедры внутренней медицины 3 ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» Елене Акиндиновне Коваль.

? Какие проблемы в области СС-заболеваемости наиболее актуальны сегодня в Украине и с чем это связано?

— Украина продолжает занимать лидирующие позиции среди европейских стран по уровню СС-смертности (67% в структуре общей смертности), и серьезных изменений ситуации за последние годы не наблюдается. Это обусловлено широкой распространенностью среди населения важнейших факторов СС-риска (прежде всего артериальной гипертензии (АГ) и гиперхолестеринемии) и отсутствием серьезной борьбы с ними на популяционном уровне. В 2014 г. в Украине было зарегистрировано более 12 млн пациентов с АГ. При этом только 1% из них не имеют дополнительных факторов риска (ФР), а в 61% случаев врачи сталкиваются с наличием трех и более ФР. Таким образом, большинство «обычных» больных АГ, наблюдающихся на уровне первичного звена здравоохранения, относятся к категории высокого риска. Снижение высокого риска возможно только при одновременном воздействии на все ФР, то есть в условиях активной первичной профилактики, но именно этого нам пока не удалось достичь в реальной практике. Более того, на неудовлетворительном уровне остается и вторичная профилактика, и наглядным примером может служить ситуация в области лечения ишемической болезни сердца (ИБС).

? Какие группы кардиологических пациентов нуждаются во вторичной профилактике СС-событий?

— Первая группа — это пациенты с ИБС, среди которых необходимо особо выделить больных, перенесших острые коронарные синдромы (ОКС) и инфаркт миокарда (ИМ). Всем известные цифры — 8 млн пациентов с ИБС в целом по стране и всего 50 тыс. случаев ИМ в год — лишь очередной повод обратить внимание на объективизацию диагностики этих заболеваний. И если говорить о распространенности острых форм ИБС, то лучше ориентироваться на данные европейских стран, в которых показатели заболеваемости ИМ в несколько раз превышают таковые в Украине.

Вторичной профилактики требуют также больные с другими клиническими проявлениями атеросклероза — с цереброваскулярной патологией или заболеваниями периферических артерий.

Мероприятия по вторичной СС-профилактике — важный аспект ведения и пациентов с сахарным диабетом (СД), который рассматривается сегодня как эквивалент ИБС.

? Какие существуют современные возможности вторичной профилактики СС-заболеваний?

— В первую очередь следует сказать о немедикаментозной коррекции ФР, ведь основой профилактики является здоровый образ жизни: активный двигательный режим, рациональное питание, отказ от курения, снижение уровня стресса. Несмотря на видимую простоту мер по коррекции образа жизни, реализовать их крайне трудно, поэтому в большинстве случаев задача состоит

в правильной многосторонней и, самое главное, постоянной дополнительной фармакологической коррекции ФР.

! Вторичная СС-профилактика предполагает назначение антиагрегантной терапии (ацетилсалициловая кислота — АСК), одного или более антигипертензивных препаратов (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II) и статина.

Пациентам с ИБС назначаются также бета-блокаторы. Крайне важно, чтобы в схеме вторичной профилактики присутствовали все перечисленные компоненты, ведь только таким образом можно обеспечить влияние на все звенья патогенеза атеросклероза, ИБС и снизить риск СС-осложнений. Это подтверждают и результаты последних крупных исследований. Ference и соавт. в сентябре 2016 г. на конгрессе Европейского общества кардиологов (ЕОК) доложили о результатах масштабного исследования, согласно которым снижение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) на 1 ммоль/л в сочетании со снижением систолического артериального давления (АД) на 10 мм рт. ст. приводит к уменьшению риска СС-событий на 86% в течение жизни. Последние научные данные и огромная доказательная база, обобщенная в обновленных рекомендациях ЕОК по профилактике СС-заболеваний и лечению дислипидемий (2016), убедительно свидетельствуют, что все пациенты высокого СС-риска и тем более пациенты с ИБС должны получать статины вне зависимости от исходного уровня общего ХС, а терапевтической целью лечения является уровень ХС ЛПНП $\leq 1,8$ ммоль/л или его снижение $\geq 50\%$. К сожалению, в реальной практике ряда европейских стран необходимую терапию получают лишь около 29% пациентов, нуждающихся в ней. В Украине ситуация еще более плачевная. По мнению многих экспертов, это является результатом «клинической инерции», которая возникает под влиянием множественных факторов.

? Каковы, на Ваш взгляд, причины ситуации, сложившейся в области вторичной профилактики, и какие меры должны предпринимать врачи первичного звена, чтобы изменить ее?

— Одна из главных причин — низкая приверженность пациентов к одновременному приему нескольких препаратов, ведь большинство из них не понимают цели применения таких сложных схем лечения.

Чаще внимание пациентов с ИБС сосредоточено на контроле симптомов стенокардии, и если их удастся купировать в той или иной степени, то убедить больных в необходимости приема еще нескольких лекарственных средств чрезвычайно трудно. Схема лечения, состоящая из четырех-пяти компонентов, к тому же рекомендуемая для пожизненного применения, вызывает суждения о рисках побочных эффектов, дороговизне лечения, невозможности подстроиться под сложный режим приема препаратов. Эти суждения размывают грани необходимого и возможного, по сути ничего не решая и приводя к увеличению риска.

Следует также отметить трудности в восприятии врачами первичного звена многокомпонентных схем лечения пациентов с ИБС. Нельзя не принимать во внимание и условия работы поликлинических учреждений, в которых крайне сложно реализовать подходы, рекомендованные для вторичной СС-профилактики, ведь у врачей просто нет времени на убеждение больных и постоянный контроль соблюдения назначений.

Однако игнорировать возможности эффективного влияния на прогноз и продления жизни пациентам высокого риска недопустимо. Нам следует искать и использовать все способы повышения приверженности больных к полноценной прогноз-модифицирующей терапии. Не снижая усилий по внедрению идеи изменения образа жизни, специалист первичного звена должен предложить эффективный метод профилактики, учитывающий разнонаправленные и основные патологические процессы, но в форме, не вызывающей внутренний, а порой и внешний протест пациента.



Более пристально рассмотреть проблему приверженности ко вторичной СС-профилактике, а также возможные пути ее решения мы попросили заведующую кафедрой кардиологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктора медицинских наук, профессора Веру Иосифовну Целуйко.

? Как скоро пациенты, нуждающиеся в приеме прогноз-модифицирующих препаратов, прекращают соблюдать рекомендации врачей и зависит ли приверженность к терапии от течения ИБС и наличия СС-осложнений?

— Как ни парадоксально, но даже для пациентов, перенесших ОКС или ИМ, характерна низкая приверженность к постоянному приему препаратов для профилактики повторных осложнений. Например, M. Solomon и соавт. в исследовании 2014 г. показали, что данная проблема возникает у пациентов с ОКС без подъема сегмента ST сразу после выписки из стационара. Следствием пренебрежения рекомендациями врачей является развитие повторных событий с высокой вероятностью фатальных исходов. Известно, что у пациентов, перенесших ИМ, отмена даже одного компонента жизнеспасующей терапии приводит к увеличению риска смерти от всех причин — эти данные опубликованы 10 лет назад (Archives of Internal Medicine Journal, 2006) и за прошедший период были неоднократно подтверждены.

В частности, в одном из исследований, проведенном на базе нашей кафедры, было показано, что через 3 года после ИМ 72,3% больных принимают не более двух из четырех-пяти назначенных препаратов. Результаты сравнительной оценки неблагоприятных исходов в данном исследовании продемонстрировали достоверно более низкую частоту развития повторного ИМ, инсульта, нестабильной стенокардии, потребности в реваскуляризации и повторной госпитализации у пациентов, соблюдавших врачебные назначения, по сравнению с теми, кто отменял препараты или нарушал режим их приема (С.А. Строчкова).

! Очевидно, что даже через 3 года после перенесенного ИМ у пациентов сохраняется высокий тромбогенный потенциал. При отмене антиагрегантов вновь запускаются механизмы агрегации тромбоцитов, а прекращение приема статинов приводит к угнетению вазопротекторных механизмов, резкому ухудшению функции эндотелия сосудов, активации проатерогенных и воспалительных реакций в сосудистой стенке.

Установлено, что резкая отмена статинов у пациентов, перенесших ОКС, связана с увеличением частоты развития нефатального ИМ и комбинированной конечной точки (ИМ + смерть) на 7-е и 30-е сутки после события (С. Heeschen, 2002). Такие же последствия отмены статинов демонстрируют и результаты регистра GRACE (1999-2002 гг., более 19 тыс. пациентов с ОКС). Эти данные — сильнейший аргумент в пользу необходимости длительного (пожизненного) приема прогноз-модифицирующей терапии.

Продолжение на стр. 24.

Применение полипилл для оптимизации вторичной сердечно-сосудистой профилактики: миссия выполнима?

Продолжение. Начало на стр. 23.

? Что можно сказать о другой стороне проблемы — недостаточной приверженности врачей к назначению многокомпонентной терапии и стремлении назначать препараты в низких дозах?

— В последние годы благодаря проведению активной образовательной работы среди врачей первичного звена мы наблюдаем некоторое улучшение ситуации. Большинство этих специалистов хорошо знают стандарты лечения пациентов с ИБС, однако остаются проблемы, во-первых, с назначением всех компонентов вторичной профилактики и, во-вторых, с назначением правильных доз. В наибольшей степени это относится к статинам, вклад которых в улучшение прогноза при ИБС не менее значим по сравнению с АСК или ИАПФ. Отсутствие статинов в схеме вторичной профилактики, на мой взгляд, следует рассматривать как врачебную ошибку. Однако если АСК большинство врачей применяют достаточно активно, то назначение статинов на уровне первичного звена остается на крайне низком уровне. Кроме того, врачи не всегда понимают, что статины для вторичной профилактики назначаются вне зависимости от уровня холестерина, а выбор дозы должен основываться на степени риска. Согласно современным рекомендациям больные очень высокого риска (а наличие ИБС означает очень высокий риск) нуждаются в назначении высоких доз статинов, и при этом для вторичной профилактики должны использоваться аторвастатин или розувастатин.

? Какие дозы препаратов, на Ваш взгляд, чаще назначают наши врачи в реальной практике?

— Недавно в нашей клинике, которая включает 6 кардиологических отделений, было проведено однократное скрининговое исследование с участием 150 пациентов для того, чтобы выяснить, какие статины и в каких дозах назначались этим больным. Полученные результаты свидетельствуют, что пациентам назначали аторвастатин и розувастатин приблизительно с одинаковой частотой. Доза аторвастатина более 40 мг была назначена менее чем в половине случаев, то есть приблизительно каждый четвертый пациент из всех, кому были назначены статины, принимал аторвастатин в дозе не выше 20 мг. Таким образом, в реальной практике используются средние или субмаксимальные дозы статинов, и этот факт демонстрирует, что применение препаратов в невысоких дозах чаще является проблемой врачей, а не пациентов.

Наверное, следует принимать как данность особенности подхода наших врачей к назначению некоторых препаратов, их настороженность и боязнь относительно развития возможных побочных эффектов. Думаю, что постепенно удастся побороть предубежденность в отношении статинов, и этому также будет способствовать накопление положительного клинического опыта. Сегодня же нам, возможно, следует сфокусировать внимание на том, чтобы добиться рутинного назначения статинов всем пациентам высокого и очень высокого риска на длительный срок и, самое главное, минимизировать риск самостоятельной отмены терапии пациентами.

Для этого необходимо назначать препараты с высокой эффективностью и благоприятным профилем безопасности (это относится ко всем компонентам вторичной профилактики) и искать способы уменьшения количества таблеток, которые должен принимать, например, пациент с ИБС. В свое время появление фиксированных антигипертензивных комбинаций стало началом нового этапа в лечении пациентов с АГ и высоким риском, поскольку появилась возможность повысить интенсивность терапии без увеличения количества таблеток.

В настоящее время благодаря появлению комбинированных препаратов, которые содержат два и более лекарственных средств, влияющих на прогноз, перед нами открываются новые возможности для улучшения ситуации в области вторичной СС-профилактики.



О современных возможностях внедрения принципов лечения пациентов с ИБС в широкую клиническую практику рассказал руководитель отдела атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Михаил Илларионович Лутай.

? Что означает термин «полипилл» и каковы перспективы данной фармакологической инновации в области СС-профилактики?

— Полипилл — это лекарственный продукт в форме таблеток или капсул, который содержит комбинацию нескольких активных фармацевтических ингредиентов.

Идея создания полипилл для вторичной СС-профилактики была озвучена более 10 лет назад, и наиболее трудными задачами в процессе его разработки были сохранение фармакокинетического профиля каждого компонента и отсутствие физико-химического взаимодействия между ними. На сегодня эти задачи решены, и на украинском рынке скоро появится трехкомпонентная поликапсула (разработка компании Ferrer Internacional, S.A., г. Барселона, Испания), которая уже зарегистрирована и применяется в европейских странах и странах Латинской Америки для проведения вторичной СС-профилактики. Капсула включает ИАПФ рамиприл, аторвастатин и АСК, то есть три препарата, которые обязательно должны использоваться в лечении ИБС.

Появление поликапсулы Trinomia® на международном рынке — результат стратегии, направленной на снижение стоимости длительной вторичной профилактики, упрощение терапии и повышение приверженности пациентов к лечению. Эта стратегия отражена в последней версии рекомендаций ЕОК по профилактике СС-заболеваний в клинической практике. В частности, европейские эксперты рекомендуют оценивать приверженность больных к терапии, выявлять причины нарушения режима приема препаратов и содействовать его соблюдению. Указывается также на возможность использования полипилл и фиксированных комбинаций в схемах лечения с целью повышения приверженности больных к приему лекарственных средств. Повышенное внимание экспертов к проблеме приверженности к лечению обусловлено данными о том, что в реальной жизни большинство врачебных назначений не выполняются. Так, С.А. Jackevicius и соавт. (2002) сообщают о прекращении терапии пациентами через 7 дней после ИМ в 24% случаев; согласно результатам исследования Р.М. Но и соавт. (2006) в первый месяц после выписки 34% больных самостоятельно отменяют один из трех назначенных препаратов, а 12% — полностью прекращают лечение. По данным Национальной ассоциации аптечных сетей США (2010), на каждые 100 назначенных препаратов приходится 48–66 приобретенных в аптеках, и только 25–30 лекарственных средств применяются должным образом. Между тем в недавнем исследовании MINERVA (2016 г., программа AURA) показано, что «частичная» приверженность к комплексной терапии ИАПФ и статинами (нарушение режима приема препаратов, снижение доз, отказ от одного из компонентов) не приводит к снижению риска развития СС-осложнений у больных, перенесших ИМ.

Эти данные демонстрируют, что во вторичной СС-профилактике не может быть компромиссов, и все жизненно важные средства без исключения в адекватных дозах должны присутствовать в схеме медикаментозной терапии. Поэтому использование полипилл очень перспективно в плане повышения эффективности вторичной СС-профилактики, предотвращения большого количества СС-осложнений у пациентов с ИБС и спасения многих жизней.

? Каковы дозы препаратов, входящих в состав поликапсулы, и чем обусловлен выбор ИАПФ и статина среди представителей классов?

— Рамиприл представлен в дозах 2,5; 5 и 10 мг. Рамиприл — один из двух ИАПФ, эффективность которых в улучшении прогноза у пациентов с ИБС доказана в рандомизированных клинических исследованиях. Для рамиприла это исследование HOPE, ставшее классикой в области ведения пациентов высокого риска. В исследовании HOPE также показано влияние рамиприла на риск развития СС-осложнений у больных СД. Кроме того, в исследовании AIRE доказана

эффективность рамиприла в снижении уровня смертности среди постинфарктных пациентов. Собственно, доказательная база рамиприла охватывает весь спектр пациентов высокого и очень высокого риска, нуждающихся в профилактике осложнений.

Доза аторвастатина в поликапсуле — 20 мг. Аторвастатин в дозах 10–80 мг/сут обеспечивает снижение уровня ХС ЛПНП (главной терапевтической цели статинотерапии) на 37–55%. Аторвастатин рекомендован европейскими и американскими экспертами для лечения пациентов высокого и очень высокого риска как препарат с выраженным гипополипидемическим эффектом и обширной доказательной базой, которая не имеет себе равных и включает исследования с участием разных категорий пациентов — с ИБС, ОКС, инсультами и другими СС-заболеваниями. Согласно данным регистра GRACE средняя доза аторвастатина в комплексной терапии ИБС составляла 24 мг, и это позволило снизить уровень общей смертности на 43%, коронарной — на 47%, а частоту развития инсультов — на 47%.

Доза АСК составляет 100 мг, что соответствует современным международным рекомендациям по проведению антитромбоцитарной терапии у пациентов с ИБС, а также после перенесенного ИМ и стентирования коронарных артерий. Именно низкие дозы АСК обеспечивают сохранение оптимального соотношения польза/риск при ее длительном применении, что и было продемонстрировано во многих экспериментальных и клинических исследованиях. Сегодня АСК — наиболее доступный антитромбоцитарный препарат, который многие годы остается в первой линии лечения ИБС и роль которого во вторичной СС-профилактике не подвергается сомнению.

Таким образом, каждый из препаратов, включенных в состав поликапсулы Trinomia®, имеет впечатляющую доказательную базу в области вторичной СС-профилактики, и сегодня использование в полной мере потенциала главных ее компонентов становится как никогда реальным.

? Доказана ли биоэквивалентность поликапсулы Trinomia® отдельным компонентам и является ли ее применение экономически эффективным?

— Поликапсула Trinomia® — первая в своем классе, для которой в ходе рандомизированного открытого контролируемого перекрестного исследования доказана биоэквивалентность отдельным компонентам в соответствующих дозах (J.M. Castellano, G. Sanzet et al., 2015). Кроме того, в 2015 г. в ходе исследования DIANA (Великобритания) с участием пациентов с ИМ продемонстрирована экономическая эффективность поликапсулы, обусловленная повышением приверженности больных к лечению на 20% по сравнению с приемом рамиприла, аторвастатина и АСК в виде монопрепаратов. Исследователи также отметили, что использование полипилл может предупредить 47,3 фатальных и нефатальных СС-заболеваний на 1000 пациентов в течение 10 лет, а каждое увеличение доли приверженных к терапии пациентов на 10% будет дополнительно предотвращать 6,7% СС-заболеваний. Безусловно, снижение частоты развития тяжелых СС-осложнений означает уменьшение затрат со стороны государства на лечение пациентов.

В ходе обсуждения вопросов вторичной СС-профилактики и роли современных фармацевтических инноваций в снижении СС-риска на популяционном уровне участники круглого стола сделали следующие выводы:

— Эффективная вторичная СС-профилактика является нерешенной проблемой во всем мире, и одним из главных препятствий для реализации современных стратегий, направленных на улучшение прогноза пациентов с ИБС, является их низкая приверженность к длительной терапии.

— Мощным двигателем концепции повышения эффективности вторичной профилактики является применение поликапсул, в состав которых входят прогноз-модифицирующие препараты. Создание поликапсул ориентировано на обеспечение выполнения пациентами врачебных рекомендаций.

— Полипилл Trinomia® — единственный препарат в своем классе, при создании которого были решены вопросы взаимодействия компонентов и доказана биоэквивалентность монокомпонентным средствам.

— В краткосрочной перспективе использование полипилл является экономически обоснованным для общественного здравоохранения с учетом снижения затрат как на проведение СС-профилактики, так и на лечение возникающих при ее отсутствии СС-заболеваний.

— Использование полипилл, включающего три основных препарата, обязательных для лечения пациентов с ИБС, — это шанс кардинально изменить ситуацию, которая сложилась в Украине в области лечения данного заболевания.

Подготовила Наталья Очеретяная

Статья напечатана при поддержке ТОВ «Такеда Украина».

UA/XMP/0217/0001

