

# Хронічний коронарний синдром: ключові положення рекомендацій Європейського товариства кардіологів 2019 року

**Ішемічна хвороба серця (ІХС) – це патологічний процес, який супроводжується формуванням обструктивного чи неструктивного атеросклерозу вінцевих артерій. Вплив на перебіг патології здійснюється шляхом корекції способу життя, застосування фармакологічних методів терапії та інвазивних втручань, спрямованих на стабілізацію захворювання або його регресію. Для ІХС може бути характерний тривалий стабільний період, що має назву хронічного коронарного синдрому (ХКС), а у разі гострого атеротромботичного ускладнення внаслідок розриву бляшки розвивається гострий коронарний синдром (ГКС). З метою висвітлення питань щодо ведення пацієнтів із ХКС Європейське товариство кардіологів (ESC) розробило цього року оновлені рекомендації (Knutti et al., Eur Heart J, 2019). До вашої уваги представлено ключові положення даних настанов.**

## Методи дослідження при первинній діагностиці пацієнтів із підозрою на ІХС

**Базові біохімічні дослідження.** Якщо є підозра на розвиток нестабільної стенокардії або ГКС, рекомендовано провести повторне дослідження рівня тропоніну із застосуванням високо- або ультраточного методу для виключення ураження міокарда, спричиненого ГКС (I, A).

**Лабораторні обстеження.** Вони передбачають повний загальний аналіз крові (I, B), визначення рівня креатиніну, дослідження функції нирок (I, A), ліпідограму, включно з оцінкою холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) (I, A).

Рекомендовано проводити скринінг на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу в осіб із підозрою або наявним ХКС зі встановленням рівня глікованого гемоглобіну (HbA<sub>1c</sub>) та глюкози натще. Проведення глюкозотолерантного тесту доцільне, якщо результати попередніх є непереконливими (I, B). Рекомендовано перевірити функцію щитоподібної залози у разі підозри щодо порушення її функції (I, C).

**Електрокардіографія (ЕКГ).** Усім пацієнтам із болем у грудній клітці, що не є проявом некардіальної патології, доцільно виконати 12-канальну ЕКГ (I, C). Також ця процедура рекомендована всім хворим під час або одразу ж після епізоду за грудного болю для виявлення клінічної нестабільності ІХС (I, C). Зміни сегмента ST, що були встановлені при суправентрикулярній тахіаритмії, не мають бути трактовані на користь ІХС (III, C).

**Амбулаторний моніторинг ЕКГ.** Проведення рекомендоване пацієнтам із болем у грудній клітці та підозрою на аритмію (I, C). Не слід виконувати дану процедуру рутинно у хворих із підозрою на ХКС (III, C).

**Ехокардіографія (Ехо-КГ) у спокої та серцево-судинна магнітно-резонансна томографія.** Ехо-КГ у спокої рекомендована всім пацієнтам із метою (I, B):

- виключення альтернативної причини ангінозного болю;
- ідентифікації регіональної аномалії руху стінки, що асоційована з ІХС;
- вимірювання фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) для визначення серцево-судинного (СС) ризику;
- оцінки діастолічної функції.

**Рентгенографія легень.** Дане втручання необхідно проводити у пацієнтів з атипичними симптомами, ознаками та симптомами серцевої недостатності або підозрою на захворювання легень (I, C).

**Візуалізаційні методи.** Неінвазивна функціональна діагностика ішемії міокарда або КТ-ангіографія коронарних судин рекомендована як первинний метод обстеження у симптомних хворих, в яких обструктивну ІХС не вдається виключити за допомогою лише клінічного дослідження (I, B). Необхідно обирати первинну неінвазивну діагностику на основі клінічної ймовірності ІХС та інших характеристик пацієнтів з огляду на можливість та доступність різних методів обстеження (I, C). Функціональну візуалізацію ішемії міокарда доцільно проводити, якщо під час КТ-ангіографії коронарних судин виявлено ІХС невизначеного функціонального значення або не діагностовано ІХС (I, B).

Інвазивна ангіографія рекомендована як альтернативний спосіб виявлення ІХС у пацієнтів із високою клінічною вірогідністю та виразною рефрактерністю симптомів до терапії, типовим ангінозним болем при виконанні незначних фізичних навантажень або клінічною оцінкою, яка вказує на високий ризик. Інвазивна функціональна діагностика має бути доступна та виконана для оцінки стенозу перед ревазуляризацією, крім стану дуже високого ступеня стенозу (діаметр стенозу >90%) (I, B).

КТ-ангіографія коронарних судин не рекомендована при поширеній коронарній кальцифікації, аритмії, ожирінні, неможливості виконати команду на затримання дихання або при будь-яких інших станах, що унеможливають отримання результатів високої якості (III, C). Детекцію коронарного кальциозу за допомогою КТ для виявлення обструктивного ІХС виконувати недоцільно (III, C).

**ЕКГ із навантаженням.** Цей метод рекомендований для оцінки толерантності до фізичних навантажень, симптомів, аритмії, коливання артеріального тиску (АТ) та ризику в пацієнтів (I, C).

## Оцінка ризику

Стратифікацію ризику слід проводити, спираючись на клінічну оцінку та результати обстежень, що були проведені попередньо до встановлення діагнозу ІХС (I, B).

Ехо-КГ рекомендована для визначення функції ЛШ у всіх пацієнтів із підозрою на ІХС (I, C). Стратифікація ризику, враховуючи переважно дані стрес-тестів або КТ-ангіографії коронарних судин (за наявності можливості проведення та трактування результатів), як альтернативи – ЕКГ із навантаженням (якщо може бути досягнуто необхідну інтенсивність виконання вправ, та ЕКГ придатна для ідентифікації ішемії), рекомендована в осіб з імовірною або встановленою ІХС (I, B). У симптомних пацієнтів із високим ризиком інвазивна коронарографія із застосуванням інвазивного фізіологічного протоколу (визначення FFR) рекомендована для аналізу СС-ризiku, особливо якщо хворий неадекватно реагує на терапію, а проведення ревазуляризації розглядають для покращення прогнозу (I, A). У хворих із помірно вираженими або відсутністю симптомів інвазивну коронарографію, доповнену інвазивним фізіологічним протоколом (визначення діастолічного резерву кровотоку [iwFR] або фракційного резерву коронарного кровотоку [iwFFR]), слід проводити у пацієнтів на фармакотерапії, а також якщо при неінвазивній стратифікації ризику виявлений високий ризик, а ревазуляризацію розглядають для покращення прогнозу (I, A). Інвазивна коронарографія не рекомендована виключно для стратифікації ризику (III, C).

## Модифікація способу життя

На додачу до медикаментозної терапії рекомендоване зменшення впливу негативних факторів навколишнього середовища (I, A). Когнітивно-поведінкові втручання варто застосовувати для досягнення здорового способу життя та контролю факторів ризику (I, A). З цією метою ефективними є вправи, спрямовані на кардіологічну реабілітацію (I, A). Рекомендоване залучення мультидисциплінарної команди: кардіолога, терапевта, медсестер, дієтолога, фізіотерапевта, психолога, фармацевта (I, A). Психологічне втручання доцільно використовувати для зменшення симптомів депресії в осіб із ХКС (I, B). Щорічна вакцинація проти грипу рекомендована пацієнтам із ХКС, особливо похилого віку (I, B).

## Застосування антиангінальних засобів у пацієнтів із ХКС

Медикаментозна терапія симптомних пацієнтів потребує призначення одного або більше препаратів для полегшення ангінозного болю / ішемії в комбінації з ліками для попередження СС-подій (I, C). Окрім того, важливо інформувати пацієнтів про хворобу, фактори ризику, терапевтичні стратегії (I, C). Також рекомендована своєчасна перевірка відповіді хворого на терапію (через 2-4 тижні після ініціації) (I, C).

Рекомендації щодо менеджменту осіб зі стенокардією/ішемією наступні:

- нітрати короткої дії призначають для полегшення стенокардії (I, B);
- препаратами першої лінії є β-блокатори та/або блокатори кальцієвих каналів (БКК) для контролю ЧСС та симптомів (I, A);
- нітрати не рекомендовані пацієнтам із гіпертонічною обструктивною кардіоміопатією або супутнім прийманням інгібіторів фосфодіестерази (III, B).

## Профілактичні рекомендації Антитромбоцитарна терапія

**Пацієнти з ХКС та синусовим ритмом.** Ацетилсаліцилова кислота (АСК) у дозі 75-100 мг/добу рекомендована особам із попереднім ІМ або ревазуляризацією (I, A). Копідогрель по 75 мг/добу після відповідної навантажувальної дози (наприклад, 600 мг >5 днів або пітримувальна терапія) призначають додатково до АСК упродовж шести місяців після коронарного стентування, незалежно від типу стента, крім вкорочення терміну (1-3 місяці) через ризик або виникнення загрозливої життю кровотечі (I, A).

**Хворі на ХКС та ФП.** Якщо розпочате застосування оральних антикоагулянтів (ОАК) у пацієнтів із ФП та показаннями для приймання нових ОАК (НОАК), перевагу слід віддати НОАК порівняно з антагоністами вітаміну К (АВК) (I, A). Довготривала терапія із використанням ОАК (НОАК або АВК) надалі з терапевтичним діапазоном >70% рекомендована особам із ФП та оцінкою за CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS ≥2 у чоловіків і ≥3 у жінок (I, A).

**Пацієнти із ФП після черешкірного коронарного втручання або іншими підставами для приймання ОАК.** АСК та клопідогрель необхідно приймати в періпроцедурному періоді коронарного стентування (I, C). Якщо є підстави для призначення пацієнтові НОАК, слід віддати перевагу НОАК

при сумісному використанні з антитромбоцитарними препаратами (5 мг апіксабану двічі на добу, 150 мг дабігатрану двічі на добу, 60 мг/добу едоксабану або 20 мг/добу ривароксабану), але не АВК у комбінації (I, A). Використання тикагрелору або прасугрелю не рекомендоване як частина потрійної антитромбоцитарної терапії з АСК та ОАК (III, C).

**Використання інгібіторів протонної помпи (ІПП).** Супутнє приймання ІПП рекомендоване пацієнтам, що отримують монотерапію АСК, подвійне антитромбоцитарне лікування або лише ОАК, а також знаходяться у групі ризику шлунково-кишкової кровотечі (I, A).

## Гіпохолестеринемічна терапія

Призначення статинів рекомендоване всім пацієнтам із ХКС (IA). Якщо за умови приймання максимально толерантної дози статину не було досягнуто цільового рівня, доцільно застосовувати комбінацію з езетимібом (I, B). У хворих із дуже високим ризиком, які не досягли цільового рівня на максимально толерантній дозі статину та езетимібі, необхідно розглянути призначення статинів спільно з інгібіторами PCSK9 (I, A).

## Інгібітори АПФ

Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) або блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) рекомендовані за наявності інших показань, як-то СН, АГ або ЦД (I, A).

## Інші препарати

Бета-блокатори рекомендовані пацієнтам із лівошлунковою недостатністю або систолічною СН (I, A).

## Менеджмент осіб із ХСН, симптоматичною СН, ішемічною кардіоміопатією та систолічною дисфункцією ЛШ

### Медикаментозне лікування

Діуретична терапія рекомендована у симптомних пацієнтах з ознаками легеневого та системного перевантаження для зменшення симптомів СН (I, B). Бета-блокатори слід призначати як основні компоненти лікування завдяки здатності знижувати ризик розвитку стенокардії, захворюваності та летальних наслідків при СН (I, A). іАПФ рекомендовані особам із симптомною СН та асимптомною лівошлунковою недостатністю після ІМ для зменшення симптомів, захворюваності та смертності (I, A). БРА є альтернативою у хворих із непереносимістю іАПФ або інгібіторів рецепторів ангіотензину/непрілізину за наявності симптомів незважаючи на оптимальну фармакотерапію (I, B). Антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів рекомендовані пацієнтам із симптомами, незважаючи на адекватне лікування з використанням іАПФ та β-блокаторів, для зменшення захворюваності й летальності (I, A).

## Допоміжні терапевтичні заходи, коморбідність та ревазуляризація

У хворих на СН та брадикардію із атріовентрикулярною блокадою високого ступеня, яким проводять кардіостимуляцію, серцева ресинхронізація зі встановленням кардіостимулятора має переваги перед стимуляцією правого шлуночка (I, A). Імплантація кардіовертера-дефібрилятора рекомендована пацієнтам із задокументованою шлунковою аритмією, що призводить до гемодинамічної нестабільності (вторинна профілактика), а також особам із симптомною СН та ФВ ЛШ ≤35% для зниження ризику раптової смерті й летальності від усіх подій (I, A).

Серцева ресинхронізація рекомендована симптомним пацієнтам із СН та синусовим ритмом за тривалості QRS ≥150 мс, деформації QRS за типом блокади лівої ніжки пучка Гіса та ФВ ЛШ ≥35%, незважаючи на оптимальну медикаментозну терапію, для полегшення симптомів та зменшення захворюваності й смертності (I, A). Крім того, серцеву ресинхронізацію проводять у симптомних хворих на СН із синусовим ритмом за тривалості QRS 130-149 мс, деформації QRS за типом блокади лівої ніжки пучка Гіса та ФВ ЛШ ≥35%, незважаючи на оптимальну фармакотерапію, для полегшення симптомів і зменшення захворюваності та летальності (I, B). На додачу, рекомендовано комплексне оцінювання ризику, мультидисциплінарний менеджмент, включно з терапією коморбідних станів, як-от АГ, гіперліпідемія, анемія, ожиріння, а також відмова від куріння і модифікація способу життя (I, A). Коронарна ревазуляризація необхідна, якщо стенокардія зберігається незважаючи на лікування антиангінальними препаратами (I, A).

## Ведення хворих із тривалим діагнозом ХКС Асимптомні пацієнти

Періодичне відвідування кардіолога рекомендоване для перегляду статусу пацієнта щодо індивідуального ризику, переоцінки модифікації способу життя, встановлення нових цілей стосовно зменшення СС-ризiku, контролю коморбідних станів, що можуть вплинути на терапію та результат (I, C). В осіб із легкими симптомами або їхньою відсутністю, що отримують терапію, в яких неінвазивна стратифікація ризику дозволила встановити високий ризик, а заплановане проведення ревазуляризації покращить прогноз, слід виконати інвазивну коронарографію (з визначенням FFR за можливості) (I, C).

Коронарну КТ-ангіографію недоцільно застосовувати як рутинний метод обстеження у пацієнтів із підтвердженою ІХС (III, C). Інвазивна коронарографія не рекомендується виключно для стратифікації ризику (III, C).

#### Симптомні пацієнти

Переоцінка статусу ІХС рекомендована у пацієнтів зі зниженням систолічної функції ЛШ, що не можна пояснити наявністю альтернативної причини (наприклад, довготривала тахікардія, міокардит) (I, C). Стратифікацію ризику необхідно проводити у хворих з ознаками нових симптомів або погіршення з використанням стресової візуалізації або, як альтернативи, – стресової ЕКГ (I, B). Пацієнтам зі значним погіршенням рекомендовано оперативно виконати клінічну оцінку стану (I, C). Інвазивну коронарографію (з визначенням FFR або iwFR за можливості) проводять для стратифікації ризику в осіб із виразною ІХС, особливо якщо симптоми рефрактерні до медикаментозної терапії, або ризик розцінений як дуже високий (I, C).

#### Діагностика хворих із підозрою на вазоспастичну стенокардію

ЕКГ рекомендована під час стенокардії, якщо вона є доступною (I, C). Інвазивну або КТ-ангіографію доцільно проводити у пацієнтів з ознаками епізодичної стенокардії спокою та змінами сегмента ST, що нормалізуються після приймання нітратів та/або БКК, із метою встановлення ступеня основного захворювання коронарних судин (I, C).

#### Скринінг асимптомних пацієнтів щодо ІХС

Необхідно проводити скринінг асимптомних хворих віком >40 років без ознак ССЗ, ЦД, ХХН або сімейної гіперхолестеринемії за допомогою шкали для оцінки ризику фатальної кардіоваскулярної патології протягом 10 років (SCORE) (I, C). Оцінка сімейного анамнезу серцево-судинного захворювання (ССЗ), визначеного як фатальні та нефатальні випадки хвороби та/або встановлений діагноз у найближчих родичів (до 55-річного віку чоловічої статі та до 65-річного віку – жіночої) рекомендована як частина визначення СС-ризiku (I, C). В осіб <50 років із сімейною історією передчасного ССЗ у найближчих родичів (у чоловіків до 55 років, у жінок до 65 років) варто проводити скринінг на сімейну гіперхолестеринемію, використовуючи валідизовану клінічну шкалу (I, B).

Визначення товщини інтима-медіа за допомогою ультразвукової діагностики для аналізу СС-ризiku не рекомендоване (III, A). У асимптомних пацієнтів із низьким ризиком та відсутністю ЦД коронарну КТ-ангіографію або функціональну візуалізацію ішемії не вказано як метод майбутньої діагностичної оцінки (III, C). Рутинне визначення рівня циркулюючих біомаркерів для СС-ризiku не розглядається (III, B).

#### Пацієнти з АГ при ХКС

Рекомендовано проводити контроль АТ: систолічний АТ має бути у межах 120-130 мм рт. ст. для загальної популяції та АТ=130-140 мм рт. ст. для осіб похилого віку (>65 років) (I, A). У пацієнтів з АГ та нещодавнім ІМ слід застосовувати β-блокатори або блокатори ренін-ангіотензинової системи (I, A). В осіб із симптомною стенокардією доцільне призначення β-блокаторів та/або БКК (I, A). Комбінація іАПФ та БРА не рекомендована (III, A).

#### Особи з патологією клапанів та ХКС

Інвазивна коронарна ангіографія рекомендована перед оперативним втручанням із приводу клапанної патології та при будь-якому стані з переліченого: ІХС в анамнезі, підозра на ішемію міокарда, систолічна дисфункція ЛШ, у чоловіків >40 років чи жінок у постменопаузальному віці, ≥1 фактора СС-ризiku (I, C). Також цю процедуру потрібно проводити для оцінки помірної або значної функціональної мітральної регургітації (I, C). При виразній клапанній патології стрес-тестування не має рутинно використовуватися для виявлення ІХС через низьку діагностичну користь та потенційний ризик (III, C).

#### Пацієнти з активним онкозахворюванням і ХКС

При менеджменті осіб із ХКС та призначенні протипухлинної терапії рішення слід приймати з огляду на очікувану тривалість життя, додаткову коморбідність, як-то тромбозопенія, підвищена схильність до тромбозів, а також потенційні взаємодії між препаратами (I, C). Якщо заплановано виконати ревазуляризацію у пацієнтів з виразними симптомами, активним онкологічним захворюванням та квалістю, рекомендовано обрати найменш інвазивну процедуру (I, C).

#### Хворі на ЦД та ХКС

У пацієнтів з ІХС та ЦД рекомендовано контролювати фактори ризику, як-от АТ, ХС ЛПНЩ, НbA<sub>1c</sub> (I, A). У асимптомних хворих на ЦД необхідно періодично проводити ЕКГ у спокої для діагностики СС-аномалій, ФП та тихого ІМ (I, C). Терапію із застосуванням іАПФ слід призначати особам із ХКС та ЦД для попередження подій (I, B). Селективні конкурентні інгібітори натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (емпагліфлозин, канагліфлозин або дапагліфлозин) рекомендовані пацієнтам із ЦД та ССЗ (I, A). Також таким хворим доцільно призначати агоністи рецептора глюкагоноподібного пептиду-1 (ліраглутид або семаглутид) (I, A).

#### Особи із ХХН та ХКС

В осіб із ХХН та ХКС фактори ризику мають відповідати цільовим значенням (I, A). Також особливу увагу варто приділити

#### Довідка «ЗУ»

##### Відповідно до рекомендацій ESC (2019) щодо менеджменту осіб зі стенокардією та терапії АГ при ХКС:

- препаратами першої лінії є β-блокатори та/або БКК для контролю ЧСС і симптомів (I, A);
- у пацієнтів із симптомною стенокардією рекомендовані β-блокатори та/або БКК (I, A);

Препарат Алотендин (компанія «Егіс») являє собою комбінацію бісопрололу та амлодипіну. Амлодипін – блокатор повільних кальцієвих каналів. Механізм його антигіпертензивної дії зумовлений прямою релаксуючою дією на гладку мускулатуру судин. Антіангінальний ефект амлодипіну забезпечується за рахунок розширення периферичних артерій та, як наслідок, зменшення загального периферичного опору (постнавантаження), а також основних коронарних артерій і артерій у незмінених та ішемізованих зонах міокарда, – дилатація збільшує надходження кисню до міокарда. Амлодипін не спричиняє небажаних метаболічних ефектів або змін рівня ліпідів у плазмі крові, тому його можна застосовувати пацієнтам із бронхіальною астмою, ЦД та подагрою.

Своєю чергою бісопролол – селективний блокатор β<sub>1</sub>-адренорецепторів. Механізм його антигіпертензивної дії реалізується шляхом зниження хвилинного об'єму серця, зменшення симпатичної стимуляції периферичних судин і пригнічення вивільнення реніну нирками. Антіангінальна дія пов'язана із блокадою β<sub>1</sub>-адренорецепторів, що приводить до зниження потреби міокарда у кисні за рахунок негативної хронотропної та інотропної дії.

Загалом Алотендин ідеально підходить для лікування АГ як монотерапія або у комбінації з іншими антигіпертензивними засобами та хронічної стабільної стенокардії – як монотерапія або в комбінації з іншими антіангінальними препаратами.

##### Рекомендації щодо гіпохолестеринемічної терапії є абсолютними: статини доцільно призначати всім пацієнтам із ХКС (I, A).

Беззаперечним лідером серед гіпохолестеринемічних препаратів є розувастатин – селективний конкурентний інгібітор ГМГ-КоА-редуктази – ферменту, який регулює швидкість перетворення 3-гідрокси-3-метил-глутарил-коензиму А в мевалонат, попередник ХС.

Мультимодальний вплив розувастатину, що представлений в Україні препаратом Розуліп® у дозах по 10 та 20 мг, здійснюється за рахунок:

- збільшення кількості печінкових рецепторів ЛПНЩ на поверхні клітин, що приводить до посилення захоплення і катаболізму ЛПНЩ та зумовлює пригнічення синтезу ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ);
- зниження рівня ХС ЛПНЩ, загального ХС, ТГ, аполіпопротеїну В, ХС неЛПВЩ, ХС ЛПДНЩ, ТГ ЛПДНЩ;
- збільшення концентрації ХС ЛПВЩ, аполіпопротеїну А-I;
- зменшення співвідношення ХС ЛПНЩ/ХС ЛПВЩ, загального ХС/ХС ЛПВЩ, ХС неЛПНЩ/ХС ЛПВЩ та аполіпопротеїну В/А-I.

Відповідно до оновлених настанов ESC, якщо не було досягнуто цільового рівня за умови приймання максимально толерантної дози статину, рекомендована комбінація з езетимібом (I, B). У даному контексті варто зазначити, що препаратом вибору є Розуліп® Плюс, представлений на ринку комбінацією 10 або 20 мг розувастатину та 10 мг езетимібу.

Як відомо, езетиміб – представник нового класу ліпідознижувальних речовин, які селективно пригнічують інтестинальну абсорбцію ХС та рослинних стеролів. Молекулярною мішенню езетимібу є переносник стеролів Niemann-Pick C1-Like 1, що відповідає за всмоктування ХС і фітостеролів у кишечнику. Розувастатин знижує синтез ХС у печінці, а разом ці механізми забезпечують додаткове зниження ХС. Після 2-тижневого клінічного застосування у 18 пацієнтів із гіперхолестеринемією езетиміб на 54% знижував абсорбцію ХС порівняно із плацебо.

Препарат Розуліп® Плюс є першою комбінацією розувастатину з езетимібом та єдиним препаратом езетимібу, що зареєстрований на території України.

коригуванню доз ліків для терапії ХКС, що секретуються нирками (I, C). Потрібно мінімізувати приймання йодованих препаратів у пацієнтів із тяжкою ХХН та збереженою видільною функцією для попередження подальшого погіршення (I, B).

#### Пацієнти похилого віку із ХКС

У хворих літнього віку рекомендовано ретельно контролювати побічні ефекти, а також відсутність толерантності й перевищення дози (I, C). До того ж у цій групі пацієнтів слід використовувати статини із медикаментозним покриттям (I, A). Радіальний доступ рекомендований для зниження ризику виникнення ускладнення у вигляді кровотечі (I, B). Приймати рішення щодо діагностики та ревазуляризації слід на підставі симптомів, ступеня ішемії, квалітету, прогностичної тривалості життя та коморбідності (I, C).

#### Пацієнти з рефрактерною стенокардією

Трансміокардіальна ревазуляризація не рекомендується для пацієнтів із виснажливою стенокардією, рефрактерною до оптимальної медикаментозної та ревазуляризаційної терапії (III, A).

Підготувала **Маргарита Марчук**

# РОЗУЛІП® ПЛЮС

розувастатин + езетиміб



## ПОДВІЙНИЙ контроль холестерину



• Додавання езетимібу в 4 рази ефективніше знижує ХС ЛПНЩ, ніж подвоєння дози розувастатину\*

• У 2 рази більше пацієнтів досягають цільового рівня ХС ЛПНЩ у порівнянні з розувастатином\*

• Додавання езетимібу до терапії статинами знижує ризик кардіоваскулярних подій\*\*

\* Safety and Efficacy of Ezetimibe Added on to Rosuvastatin 5 or 10 mg Versus Up-Titration of Rosuvastatin in Patients With Hypercholesterolemia (the ACE Study). Am J Cardiol 2011;108:523–530.

\*\* Cannon C.P. et al. IMPROVE-IT Trial. N Engl J Med 2014.

ХС ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїни низької щільності.

Показання. Як допоміжна терапія до дієти для пацієнтів із первинною гіперхолестеринемією, коли є доцільним застосування комбінованого лікарського засобу: для пацієнтів, які не досягли належного результату при лікуванні тільки статинами. Протипоказання. Підвищена чутливість до активних речовин або до будь-якої з допоміжних речовин препарату; активне захворювання печінки; міопатія. Побічні реакції. Реакції гіперчутливості, головний біль, підвищення рівня печінкових трансаміназ, міалгія, міопатія. Категорія відпуску. За рецептом лікаря.

Р.П. №UA/16808/01/01, UA/16807/01/01. Виробник: ЗАТ Фармацевтичний завод ЕПІС, Угорщина. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозіумах з медичної практики.

Контакти представника виробника в Україні: 04119, м. Київ, вул. Дегтярівська, 27Т.  
Тел.: +38044 496 05 39, факс: +38044 496 05 38

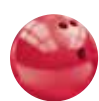


# РОЗУЛІП® ПЛЮС

розувастатин + езетиміб



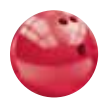
## ПОДВІЙНИЙ контроль холестерину



Додавання езетимібу в 4 рази ефективніше знижує ХС ЛПНЩ, ніж подвоєння дози розувастатину\*



У 2 рази більше пацієнтів досягають цільового рівня ХС ЛПНЩ у порівнянні з розувастатином\*



Додавання езетимібу до терапії статином знижує ризик кардіоваскулярних подій\*\*

\* Safety and Efficacy of Ezetimibe Added on to Rosuvastatin 5 or 10 mg Versus Up-Titration of Rosuvastatin in Patients With Hypercholesterolemia (the ACTE Study). Am J Cardiol 2011;108:523–530.

\*\* Cannon C.P. et al. IMPROVE-IT Trial. AHA, 2014.

ХС ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїни низької щільності.

**Показання.** Як допоміжна терапія до дієти для пацієнтів із первинною гіперхолестеринемією, коли є доцільним застосування комбінованого лікарського засобу; для пацієнтів, які не досягли належного результату при лікуванні тільки статином. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активних речовин або до будь-якої з допоміжних речовин препарату; активне захворювання печінки; міопатія. **Побічні реакції.** Реакції гіперчутливості, головний біль, підвищення рівня печінкових трансаміназ, міалгія, міопатія. **Категорія відпуску.** За рецептом лікаря.

Р.П. №UA/16808/01/01, UA/16807/01/01. Виробник: ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної практики.

Контакти представника виробника  
в Україні: 04119, м. Київ, вул. Дегтярівська, 27Т.  
Тел.: +38044 496 05 39, факс: +38044 496 05 38

