

Алгоритм повышения эффективности контроля артериального давления при артериальной гипертензии

Д.м.н. Н.Ш. Загидуллин, Д.Ф. Гареева, Н.Н. Сухарева

ФГБОУ ВО «Башкирский ГМУ» Минздрава России, Уфа

РЕЗЮМЕ

В распоряжении врача на данный момент имеется достаточный арсенал гипотензивных препаратов, однако эффективного контроля артериального давления (АД) при артериальной гипертензии (АГ) достигнуть удается не всегда. Причинами этого могут быть как фармакокинетические особенности самих препаратов, так и особенности комплаентности пациентов. В статье предпринята попытка создания алгоритма подбора антигипертензивной терапии при АГ с базовым препаратом валсартан и его комбинациями с гидрохлоротиазидом и амлодипином при недостаточном контроле давления при всех 3-х степенях повышения АД с учетом наличия факторов риска и предыдущей терапии. Создание алгоритма основано на проведенных, в т. ч. на российских пациентах, исследованиях с валсартаном и его фиксированными комбинациями (ФК) с гидрохлоротиазидом и амлодипином. В частности, валсартан и его комбинация с гидрохлоротиазидом способствуют успешному контролю АД и хорошему терапевтическому эффекту у большинства пациентов с АГ 1–2 степени. Комбинация валсартана с амлодипином успешно контролирует АД при АГ более высоких степеней повышения давления, независимо от факторов риска и сопутствующих заболеваний: цифры систолического и диастолического АД снижались до целевых значений у 80% пациентов. Таким образом, был создан алгоритм лечения АГ валсартаном и его комбинациями с гидрохлоротиазидом и амлодипином как базовыми антигипертензивными препаратами. При этом удалось достичь контроля АД у подавляющего числа пациентов при разных степенях повышения АД.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, артериальное давление, комбинированная терапия, алгоритм гипотензивной терапии, валсартан.
Для цитирования: Загидуллин Н.Ш., Гареева Д.Ф., Сухарева Н.Н. Алгоритм повышения эффективности контроля артериального давления при артериальной гипертензии // РМЖ. 2017. № 20. С. 1429–1434.

ABSTRACT

Algorithm for increasing the effectiveness of blood pressure control in arterial hypertension
Zagidullin N.Sh., Gareeva D.F., Sukhareva N.N.

Bashkiria State Medical University, Ufa

Now there is a great choice of antihypertensive drugs, however, it is not always possible to achieve effective control of arterial blood pressure (BP) in arterial hypertension (AH). The reasons can be both pharmacokinetic features of the drugs themselves and the features of patient's compliance. The article attempts to create an algorithm for the selection of antihypertensive therapy based on valsartan and its combinations with hydrochlorothiazide and amlodipine with insufficient control of blood pressure in all 3 grades of BP increase, taking into account the presence of risk factors and previous therapy. The algorithm is based on studies with valsartan and its fixed combinations with hydrochlorothiazide and amlodipine, carried out in Russian patients inclusively. In particular: valsartan and its combination with hydrochlorothiazide contribute to the successful control of blood pressure and a good therapeutic effect in the majority of patients with AH of 1-2 grades. The combination of valsartan with amlodipine successfully controls arterial pressure in patients with higher grades of blood pressure increase, regardless of risk factors and concomitant diseases: the systolic and diastolic BP figures decreased to target levels in 80% of patients. Thus, an algorithm for the treatment of AH with valsartan and its combinations with hydrochlorothiazide and amlodipine as the basic antihypertensive drugs was developed. Thereby, it was possible to achieve BP control in an overwhelming number of patients at different grades of BP increase.

Key words: arterial hypertension, arterial pressure, blood pressure, combined therapy, algorithm of antihypertensive therapy, valsartan.

For citation: Zagidullin N.Sh., Gareeva D.F., Sukhareva N.N. Algorithm for increasing the effectiveness of blood pressure control in arterial hypertension // RMJ. 2017. № 20. P. 1429–1434.

Артериальная гипертензия (АГ) является весьма частым патологическим состоянием, ее распространенность в Российской Федерации достигает до 45% [1]. В ряде клинических исследований было показано, что снижение артериального давления (АД) до рекомендуемых значений, в т. ч. у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), приводит к значительному снижению смертно-

сти [2]. Достижение целевых уровней АД с помощью антигипертензивных препаратов позволяет снизить смертность от мозгового инсульта на 35–40% и ишемической болезни сердца (ИБС) на 20–25%. Принимая антигипертензивные препараты, прежде всего следует стремиться к строгому контролю АД, достижению его оптимальных значений. При недостаточной степени снижения АД требуются коррективки и подбор более эффективной схемы лечения.

Лечащий врач амбулаторного звена в условиях ограниченного времени общения с пациентом нуждается в алгоритмах лечения заболевания, разработанных на основе имеющихся научных доказательств. При этом важно учитывать рекомендации по подбору терапии, ее безопасность, сопутствующие заболевания. Важна также кратность дозирования: последние рекомендации отдают предпочтение разовому суточному приему, что значительно повышает комплаентность пациентов. С учетом того, что 70–80% пациентов нуждаются в комбинированной терапии, целесообразны фиксированные комбинации с различными дозировками, которые сделали бы процесс титрации препарата более удобным и позволили подобрать терапию при любой степени АГ. Следовательно, современный гипотензивный препарат должен иметь широкую линейку дозировок и при приеме 1 раз в сутки обеспечивать суточный контроль АД.

В настоящее время для большинства наиболее часто используемых антигипертензивных препаратов создана обширная доказательная база, основанная на рандомизированных клинических исследованиях и метаанализах. В то же время, с учетом высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний в России, особую ценность представляют данные исследований, проведенных в нашей стране.

Выбор класса гипотензивного препарата

АГ является мультипричинным заболеванием, в патогенезе которого участвуют несколько систем, при этом ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС) играет ключевую роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний, регулируя уровень жидкости в организме, баланс электролитов, АД и т. д. (рис. 1). Поэтому ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторы рецепторов к ангиотензину (БРА) в режиме монотерапии при легкой или умеренной АГ достигают удовлетворительного результата у 40–60% пациентов, что сравнимо с действием других антигипертензивных препаратов [3]. Как известно, ренин, поступающий из почек, превращает ангиотензин в ангиотензин I, который, в свою очередь, при помощи ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) метаболизируется в ангиотензин II (АТ II). Действие АТ II развивается при взаимодействии с ангиотензиновыми рецепторами 1-го и 2-го типа (АТ1 и АТ2): связываясь с АТ1, ан-

гиотензин II вызывает вазоконстрикцию, задержку воды и натрия и способен повышать АД. БРА селективно блокируют АТ1 рецепторы, предотвращая вазоконстрикторные и другие эффекты. Важно помнить, что существуют также рецепторы к ангиотензину 2-го типа, активация которых, в отличие от рецепторов АТ1, приводит к противоположным эффектам в отношении сердечно-сосудистой системы: вазодилатации, ингибированию клеточного роста, подавлению пролиферации сосудистых клеток, увеличению продукции оксида азота, торможению гипертрофии кардиомиоцитов и др. БРА оставляют интактными АТ2 рецепторы и сохраняют их положительные эффекты, что является важным преимуществом их фармакологического действия.

Кроме того, в механизме действия БРА заложен высокий профиль безопасности данной группы препаратов. Блокируя АТ II на уровне рецепторов, БРА исключают возможность накопления брадикинина и появления связанного с ним кашля, что часто встречается при приеме иАПФ. Немаловажным является и отсутствие у БРА «эффекта ускользания» гипотензивного действия, связанного с альтернативными путями синтеза АТ2 (химазы и катепсин G), что часто встречается при блокаде АПФ. БРА полностью нивелируют действие АТ II на последнем этапе, выключая соответствующие рецепторы, что обеспечивает предсказуемый контроль АД в течение многих лет.

Еще несколько лет назад БРА позиционировались исключительно как препараты второго ряда, которые рекомендуется использовать в случае непереносимости иАПФ. В настоящее время более 200 млн пациентов принимают препараты данной группы, что составляет приблизительно 25% назначений гипотензивных средств. Основой для этого стали результаты исследований LIFE и SCOPE [4, 5], доказавшие эффективность БРА в предотвращении прежде всего мозговых инсультов. Также получены доказательства в пользу БРА при основных ССЗ: АГ, инфаркт миокарда (ИМ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) и т. д. БРА обладают выраженными нейро-, вазо- и нефропротективными эффектами. В сочетании с отсутствием побочных эффектов сартаны стали самой востребованной группой препаратов не только при АГ, но и при других вышеуказанных состояниях. Кроме того, по данным G. Mancia et al. (2001), приверженность больных АГ лечению БРА превышает приверженность применению любых других классов антигипертензивных средств [6]. Хорошая комплаентность сохраняется и при назначении фиксированных комбинаций БРА с другими препаратами.

Для группы сартанов характерна гетерогенность как по химическому строению, так и по степени аффинности к АТ1 рецепторам и фармакокинетическим характеристикам. Из БРА одним из самых популярных и назначаемых препаратов является валсартан, селективность которого по отношению к ангиотензиновым рецепторам в 24 тыс. раз выше, чем у ангиотензина II, что во многом и объясняет его эффективность в клинической практике. В метаанализе R. Nixon et al. [7] были проанализированы данные проспективных рандомизированных исследований на 13 тыс. пациентов, и дана оценка из-

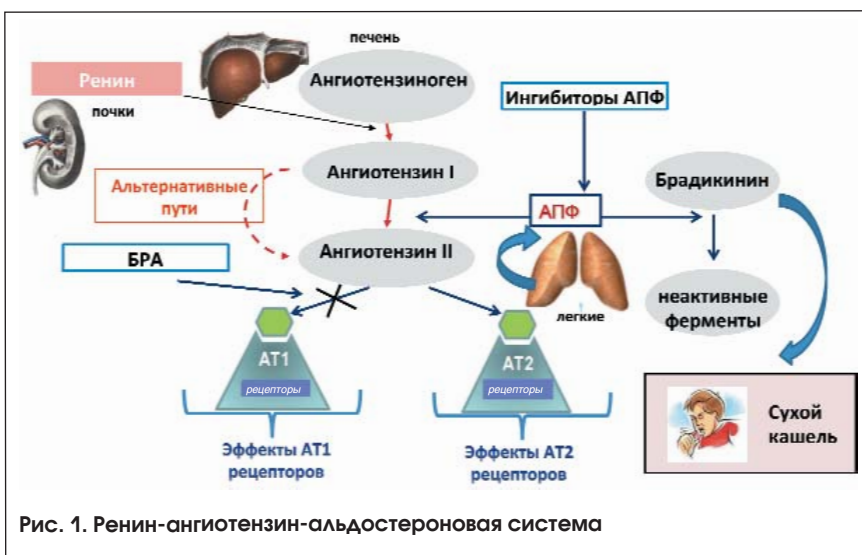


Рис. 1. Ренин-ангиотензин-альдостероновая система

менений АД на фоне приема разных сартанов в эквивалентных дозах за 6–12 нед. терапии. Показано, что у валсартана в средней дозе (160 мг/сут) имеются определенные преимущества. Валсартан достоверно лучше снижал как систолическое АД (САД) (на 15,32 мм рт. ст.), так и диастолическое (ДАД) (на 11,33 мм рт. ст.), чем лозартан (на 12,01 и 9,37 мм рт. ст. соответственно). По сравнению со средней дозой ирбесартана (150 мг/сут) показан достоверно больший эффект валсартана (160 мг/сут) в отношении САД и ДАД. В исследовании KYOTO HEART в течение 3,3 года наблюдались 3042 пациента с недостаточно контролируемой АГ и высоким сердечно-сосудистым риском [8]. После добавления валсартана отмечалось достоверное снижение частоты развития кардиоваскулярных и цереброваскулярных исходов на 45%, в т. ч. инфаркта миокарда – на 49%, инсультов – на 45%. Гипотензивный эффект валсартана нарастал при повышении дозах с 80 до 320 мг, что сопровождалось также увеличением частоты достижения целевого АД [9]. При анализе результатов 9 клинических исследований (n=803) изучалась скорость восстановления целевого АД при приеме валсартана: в дозах 80 мг и 160 мг эффект достигался через 1 мес., а при добавлении гидрохлоротиазида к валсартану – через 3 нед. [10].

Таким образом, валсартан и его комбинации могут быть научно, фармакокинетически и клинически обоснованным выбором при создании алгоритма подбора терапии при недостаточном контроле АГ.

Алгоритм подбора терапии при недостаточном контроле АГ

Рассмотрим возможные алгоритмы назначения антигипертензивной терапии с учетом современных требований и наличия доказательств, обращая внимание на российскую популяцию пациентов (рис. 2) [11, 12].

1. АГ I–II степени низкого/среднего риска, нет контроля АД на монотерапии. Необходимо рассмотреть следующие варианты увеличения эффективности.

А. Дальнейшая титрация дозы. Данный вариант невозможен, если: (1) достигнута максимальная доза препарата и (2) дальнейшая титрация связана с увеличением риска побочных эффектов. В обоих случаях желательнее осуществить смену антигипертензивного препарата (пункт Б).

Б. Смена препарата. Выбор БРА позволяет уменьшить количество побочных эффектов, увеличить приверженность терапии. Также наличие большого ассортимента препаратов во многих случаях позволяет пересмотреть стоимость терапии в сторону снижения при сохранении ее высокого качества. Допустим, что один антигипертензивный препарат, принимающийся 2 или более раз в день, например, эналаприл, заменяется на препарат с однократным суточным приемом. Как известно, при приеме препаратов 2 раза в день комплаентность снижается на 10–15% по сравнению с однократным приемом. Наступление побочных эффектов, например сухого кашля при приеме иАПФ, вызывает осторожность, недоверие у пациента и снижает приверженность лечению. В данном случае рекомендуется использование БРА с однократным приемом и минимальным количеством побочных эффектов – валсартана, который в большинстве случаев приводит к эффективному снижению АД. Так, исследование VICTORY [13, 14] показало, что замена предшествующей неэффективной антигипертензивной терапии (чаще всего это были эналаприл и каптоприл) на монотерапию валсартаном 80, 160 или 320 мг (Вальсакор®, KRKA) привела к снижению среднего АД с 156,6/95,6 до 130,1/80,9 мм рт. ст.

2. АГ I–II степени, высокий / очень высокий риск, нет контроля АД на монотерапии. В данном случае, как правило, монотерапия не способна обеспечить достаточное снижение АД и органопroteкцию. Для адекватного контроля АД и минимизации сердечно-сосудистых осложнений (ССО) требуется назначение комбинированной терапии. Диуретик в режиме комбинированной терапии значительно усиливает эффект первого препарата (в т. ч. валсартана) и желателен при натрий-зависимой гипертензии, отеках, пожилом возрасте, сниженной фракции выброса (при ХСН), ГЛЖ и избыточной массе тела. Даже при наличии такого потенциально небезопасного в отношении монотерапии диуретиком состояния, как сахарный диабет (СД), гидрохлоротиазид (ГХТ) в комбинации с БРА показал значительное снижение АД и хорошую переносимость в дозировках до 25 мг/сут [11, 12]. В данном случае в нашем распоряжении имеется комбинация валсартана и ГХТ: таблетки Вальсакор® Н 80 (80/12,5 мг), Вальсакор® Н 160 (160/12,5 мг) и Вальсакор® НД (160/25 мг), которые пока-

зали свою эффективность и безопасность в уже упомянутом исследовании VICTORY [13, 14].

Целью рандомизированного открытого проспективного международного многоцентрового исследования VICTORY (участвовали Чешская Республика, Россия, Словения, Хорватия, Украина) была оценка эффективности и безопасности монотерапии валсартаном и его фиксированной комбинации с ГХТ в разных режимах дозирования: Вальсакор® 80, 160, 320 мг, Вальсакор® Н 160 (валсартан 160 мг + ГХТ 12,5 мг), Вальсакор® Н 320 (валсартан 320 мг + ГХТ



Рис. 2. Алгоритм подбора терапии при недостаточном контроле АГ* (13, 14)
*на примере препаратов KRKA

12,5 мг) в достижении целевого уровня АД у пациентов с АГ I–II степени, у которых была исключена симптоматическая гипертензия. В исследование были включены 365 пациентов, в т. ч. 130 пациентов из России. В российской части исследования стартовая доза валсартана зависела от предшествующей антигипертензивной терапии: для первичных пациентов 80 мг (Вальсакор® 80 мг) с рандомизацией в 4 параллельные группы. Для пациентов, получавших антигипертензивную терапию на момент скрининга, после отмывочного 7-дневного периода назначался Вальсакор® 160 мг. Длительность терапии составила 16–20 нед. с проведением 5 визитов. У пациентов с АГ в возрасте 54,6±12,0 года клиническое АД на момент включения в исследование составляло 156,6/95,6 мм рт. ст. К 4-й нед. монотерапии валсартаном 80 или 160 мг АД снизилось до 141,3/86,9 мм рт. ст. Титрация валсартана или присоединение ГХТ к 8-й нед. способствовали дальнейшему снижению АД до 136,2/84,8 мм рт. ст. К 16-й нед. лечения наблюдалось снижение АД до 130,1/80,9 мм рт. ст. ($p < 0,00001$). В результате терапии валсартаном и его сочетанием с ГХТ целевые значения АД были достигнуты у 91% пациентов, участвовавших в исследовании. Терапевтический эффект оценивался как хороший и очень хороший у 96,9% пациентов. Общая клиническая эффективность оценивалась как чрезвычайно высокая, очень высокая и высокая у 95,3%. Нежелательные явления отмечались у 7,1% больных. Наиболее частыми нежелательными явлениями были головная боль (1,9%), тахикардия (1,6%), головокружение (1,6%), слабость (1,6%). Процент пациентов, имевших отклонения от нормальных значений уровней глюкозы, креатинина и калия, не увеличивался с начала исследования до 16-й нед. лечения.

Таким образом, валсартан в монотерапии и комбинации с ГХТ достоверно снижал уровень САД и ДАД до нормальных значений (рис. 3). Особенно важно, что снижение АД происходило как у первичных пациентов, так и у пациентов с АГ I–II степени, уже получавших другую антигипертензивную терапию до начала исследования.

3. АГ II–III степени при недостижении целевого уровня АД на предшествующей моно- или двойной терапии. Такие пациенты относятся к категории высокого и очень высокого риска ССО. В данном случае должна использоваться наиболее эффективная комбинированная антигипертензивная терапия с быстрым наступлением гипотензивного эффекта. Такой комбинацией может быть сочетание валсартана и блокатора кальциевых каналов (БКК) ам-

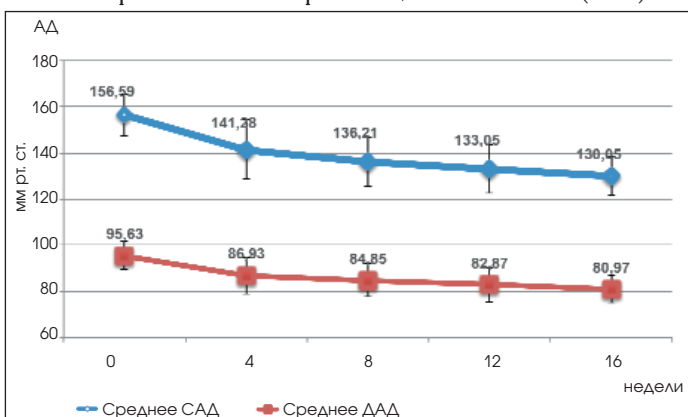


Рис. 3. Среднее значение АД у пациентов в исследовании VICTORY, получавших лечение препаратом Вальсакор® и его комбинацией с ГХТ

лодипина, тем более что данная комбинация хорошо показала себя в российском наблюдательном исследовании [15]. Поскольку основная часть неблагоприятных сердечно-сосудистых явлений отмечается в утренние часы, особенно важно, чтобы действие антигипертензивных препаратов распространялось и на ночное, и на утреннее время, а не только снижало так называемое офисное АД. Валсартан обладает длительным периодом полувыведения – 9 ч, заметно снижает АД уже через 2 ч, длительность действия составляет 24 ч и более. Блокатор кальциевых каналов амлодипин также относится к препаратам суточного действия. Период полувыведения при повторном приеме составляет 45 ч. Антигипертензивная эффективность комбинации валсартана и амлодипина была показана в ряде исследований, в т. ч. проведенных в России [16, 17].

В открытом российском наблюдательном исследовании участвовали 2874 пациента с АГ (средний возраст – 55,7 года, 46,8% мужчин, 53,2% женщин). Критерием включения была неконтролируемая АГ. 89,7% пациентов уже получали антигипертензивную терапию до вступления в исследование, остальной терапия назначалась впервые. Большинство пациентов относились к категории высокого и очень высокого риска ССО. У всех пациентов проводилась титрация комбинации валсартана 80 и 160 мг с добавлением амлодипина 5 или 10 мг. Исходный уровень АД (167,5±16,2/100,1±9,2 мм рт. ст.) достоверно снизился на 38,9/19,6 мм рт. ст. ($p < 0,0001$) в течение 12 нед. лечения (рис. 4). Целевой уровень АД <140/90 мм рт. ст. достигнут у 80% пациентов. Особо следует подчеркнуть, что до исследования большинство пациентов уже принимали терапию (антагонисты кальция, иАПФ, другие БРА, бета-блокаторы и диуретики) и она не была эффективной. Это говорит о том, что назначение комбинации валсартана с амлодипином дополнительно снижает АД не только при неэффективности монотерапии, но и при неэффективности двойной терапии различными классами препаратов.

Терапия хорошо переносилась. Периферические отеки, которые считаются наиболее частым побочным эффектом блокаторов кальциевых каналов, встречались в 1,2% случаев. Выраженность их со временем уменьшалась [16]. Развитие отеков связано с тем, что в монотерапии амлодипин расширяет артерии и артериолы, но вены и венулы остаются в исходном состоянии, в результате из-за разницы в давлении возникают внутрикапиллярный застой и отеки. Валсартан расширяет венозные капилляры и восстанавливает нормальное внутрикапиллярное давление.

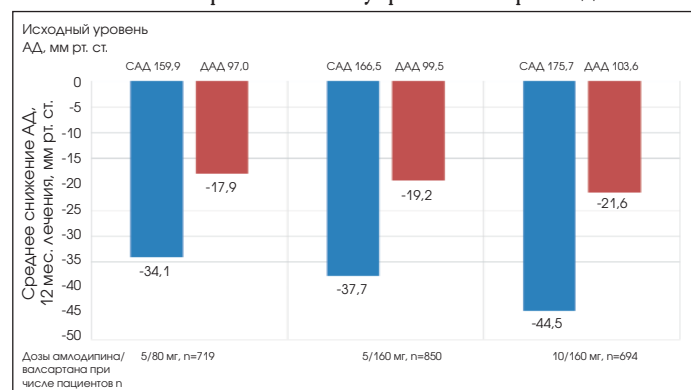


Рис. 4. Снижение АД у пациентов при лечении стабильными дозами амлодипина и валсартана в российском наблюдательном исследовании ($p < 0,0001$ vs исходный уровень)

Премия XXIII национального конгресса «Человек и Лекарство» KRKA – лидер в области кардиологии!¹



Вальсакор® Н
таблетки валсартана/гидрохлоротиазида
80/12,5 мг и 160/12,5 мг №30, №90, 160/25 мг №30

Вальсакор®
таблетки валсартана
80 мг и 160 мг №30, №90, 320 мг №30

Вамлосет®
таблетки амлодипина/валсартана
5/80 мг, 5/160 мг, 10/160 мг №30



Victory*

**У 91% пациентов был достигнут
целевой уровень АД²**

**В 93% случаев не было отмечено
нежелательных явлений²**

**Уже на 4 неделе терапии большинство
пациентов достигли целевого АД²**

Победа в нашем сердце!

Показания к применению препарата Вальсакор®: Артериальная гипертензия. Хроническая сердечная недостаточность (II-IV функциональный класс по классификации NYHA) в составе комплексной терапии (на фоне стандартной терапии) у пациентов, не получающих ингибиторы АПФ. Повышение выживаемости пациентов после перенесенного острого ИМ, осложненного левожелудочковой недостаточностью и/или систолической дисфункцией левого желудочка, при наличии стабильных показателей гемодинамики.

Показания к применению препаратов Вальсакор® Н80, Вальсакор® Н160, Вальсакор® НД160: Артериальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия).

Показания к применению препарата Вамлосет®: Артериальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия).

Форма выпуска: Вальсакор® – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, по 80 мг, 160 мг и 320 мг. Вальсакор® Н80, Вальсакор® Н160, Вальсакор® НД160 – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, по 80/12,5 мг, 160/12,5 мг, 160/25 мг. По 30 и 90 таблеток в упаковке. Вамлосет® – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, по 5/80 мг, 5/160 мг и 10/160 мг. По 30 таблеток в упаковке. **Способ применения и дозы:** Внутрь, вне зависимости от приема пищи, 1 раз в день. **Условия отпуска из аптек:** По рецепту.

* международное клиническое исследование эффективности и безопасности антигипертензивной монотерапии валсартаном и его фиксированной комбинации с гидрохлоротиазидом в разных дозовых режимах.

Источники информации: 1. Премия XXIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство», май 2016, г. Москва. 2. Чазова И.Е., Мартынюк Т.В. Первые результаты международного клинического исследования VICTORY: эффективность и безопасность антигипертензивной монотерапии валсартаном и его фиксированной комбинации с гидрохлоротиазидом в разных дозовых режимах у пациентов с артериальной гипертензией 1–2-й степени. Системные гипертензии. 2015; 12 (2): 71–82.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Заказчик размещения рекламы ООО «KRKA ФАРМА»

125212, г. Москва, Головинское шоссе, дом 5, корпус 1.

Тел.: (495) 981 1095, факс: (495) 981 1091. E-mail: info@krka.ru, www.krka.ru

Реклама



Таким образом, благодаря совместному действию амлодипина и валсартана вероятность появления отеков минимальна. Из остальных нежелательных явлений отмечались головная боль и гипотензия в 0,3% случаев [16]. С учетом метаболической нейтральности препаратов комбинация валсартана с амлодипином особенно подойдет пациентам с СД, кроме того, способность амлодипина благоприятно влиять на атеросклеротическую бляшку делает данную комбинацию препаратом выбора для пациентов с периферической болезнью сосудов. Также необходимо учитывать благоприятное влияние амлодипина на спастический компонент стенокардии. В предлагаемом алгоритме можно выбрать одну из 3-х дозировок комбинации амлодипина с валсартаном: таблетки Вамлосет® 5/80, 5/160, 10/160 мг.

Заключение

На основе имеющихся данных европейских и российских рекомендаций, а также имеющихся данных клинических исследований создан алгоритм улучшения контроля АД у пациентов с АГ I–III степени повышения АД и различным набором ФР (рис. 2):

1. При отсутствии контроля АД на предшествующей монотерапии у пациентов с АГ I–II степени и низким/средним риском ССО возможно использование валсартана (Вальсакор® 80/160/320 мг).

2. При отсутствии контроля АД на предшествующей монотерапии у пациентов с АГ I–II степени и высоким / очень высоким риском ССО – использование комбинации валсартана с ГХТ: Вальсакор® Н 80 (80 мг/12,5 мг), Вальсакор® Н 160 (160 мг/12,5 мг), Вальсакор® НД (160 мг/25 мг).

3. При отсутствии контроля АД на предшествующей монотерапии или двойной терапии у пациентов с АГ II–III степени и высоким / очень высоким риском ССО – комбинация амлодипина и валсартана (Вамлосет® 5/80, 5/160, 10/160 мг).

Предложенные в алгоритме препараты не только обладают обширной доказательной базой, хорошим профилем безопасности, обеспечивают дополнительный контроль АД в случае неэффективной предыдущей антигипертензивной терапии, но и хорошо зарекомендовали себя у российских пациентов.

Литература

1. Беленков Ю.В., Чазова И.Е. Первое российское национальное многоцентровое исследование РОСА (Российское исследование Оптимального Снижения Артериального давления) // Артериальная гипертензия. 2005. Т. 9. № 5. С. 234–238 [Belenkov Y.V., Chazova I.E. Pervoe rossiyskoe mnogozentrovoye issledovanie ROSA (Rossiyskoye is-

sledovanie optimalnogo snizheniya arterialnogo davleniya) // Arterialnaya gipertenzia. 2005. T. 9. № 5. S. 234–238 (in Russian)].

2. Lubsen J., Wagener G., Kirwan B.A. et al. Effect of long-acting nifedipine on mortality and cardiovascular morbidity in patients with symptomatic stable angina and hypertension: the ACTION trial // J Hypertens. 2005. Vol. 23(3). P. 641–648.

3. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. et al. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension // Hypertens. 2007. Vol. 25(6). P. 1105–1187.

4. Dahlöf B., Devereux R.B., Kjeldsen S. et al. for the LIFE Study group. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol // Lancet. 2002. Vol. 359. P. 995–1003.

5. Lithell H., Hansson L., Skoog I. et al. The Study on Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE): principal results of a randomized double-blind intervention trial // J Hypertens. 2003. Vol. 21. P. 875–886.

6. Mancia G. Clinical differences among angiotensin II receptor antagonists // Blood Press Suppl. 2001. Vol. 2. P. 19–24.

7. Nixon R.M., Muller E., Lowy A., Falvey H. Valsartan vs. other angiotensin II receptor blockers in the treatment of hypertension: a meta-analytical approach // Int J Clin Pract. 2009. Vol. 63(5). P. 766–775.

8. Sawada T., Yamada H., Dahlöf B., Matsubara H. for the KYOTO HEART Study Group. Effects of valsartan on morbidity and mortality in uncontrolled hypertensive patients with high cardiovascular risks: KYOTO HEART Study // Eur. Heart J. 2009. Vol. 30. P. 2461–2469.

9. Pool J.L., Glazer R., Chiang Y.T. et al. Dose–response efficacy of valsartan, a new angiotensin II receptor blocker // J Hum. Hypertens. 1999. Vol. 13. P. 275–281.

10. Weir M.R., Levy D., Crikelair N. et al. Time to achieve blood–pressure goal: influence of dose of valsartan monotherapy and valsartan and hydrochlorothiazide combination Therapy // Am J Hypertens. 2007. Vol. 20. P. 807–815.

11. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации. М., 2013 [Diagnostika i lechenie arterial'noj gipertonii. Klinicheskie rekomendacii. M., 2013 (in Russian)].

12. Европейские клинические рекомендации по лечению артериальной гипертензии. ESH/ESC, 2013 [Evropejskie klinicheskie rekomendacii po lecheniju arterial'noj gipertonii. ESH/ESC, 2013 (in Russian)].

13. Чазова И.Е., Мартынюк Т.В. Первые результаты международного клинического исследования VICTORY: эффективность и безопасность антигипертензивной монотерапии валсартаном и его фиксированной комбинации с гидрохлоротиазидом в разных дозовых режимах у пациентов с артериальной гипертензией 1–2-й степени // Системные гипертензии. 2015. Т. 12. Вып. 2. С. 71–82 [Chazova I.E., Martynjuk T.V. Pervye rezul'taty mezhdunarodnogo klinicheskogo issledovaniya VICTORY: jeffektivnost' i bezopasnost' antigipertenzivnoj monoterapii valsartanom i ego fiksirovannoj kombinacii s gidrohlorotiazidom v raznyh dozovyh rezhimah u pacientov s arterial'noj gipertoniej 1–2-j stepeni // Sistemnye gipertenzii. 2015. T. 12. Vyp. 2. S. 71–82 (in Russian)].

14. The efficacy and safety of valsartan and combination of valsartan and hydrochlorothiazide in the treatment of patients with mild to moderate arterial hypertension – VICTORY. Final report. Data on file. Krka d.d., Novo mesto, Slovenia, 2015.

15. Weir M.R., Neutel J.M., Bhaumik A. et al. The efficacy and safety of initial use of irbesartan/hydrochlorothiazide fixed-dose combination in hypertensive patients with and without high cardiovascular risk // J Clin Hypertens. 2007. Vol. 9 (12 Suppl 5). P. 23–30.

16. Карпов Ю.А., Чазова И.Е., Вигдорчук А.В. Эффективность и безопасность фиксированной комбинации амлодипина и валсартана в лечении артериальной гипертензии в условиях реальной клинической практики: результаты российского наблюдательного исследования ЭКСТРА-2 // Системные гипертензии. 2010. № 4. С. 18–26 [Karpov Ju.A., Chazova I.E., Vigdorchuk A.V. Jefferktivnost' i bezopasnost' fiksirovannoj kombinacii amlodipina i valsartana v lechenii arterial'noj gipertenzii v uslovijah real'noj klinicheskoy praktiki: rezul'taty rossijskogo nabljudatel'nogo issledovaniya JeKSTRA-2 // Sistemnye gipertenzii. 2010. № 4. С. 18–26 (in Russian)].

17. Destro M., Scabrosetti R., Vanasia A. et al. Comparative efficacy of valsartan and olmesartan in mild-to-moderate hypertension: results of 24-hour ambulatory blood pressure monitoring // Adv Ther. 2005. Vol. 22 (1). P. 32–43.