

«ПОРОЧНЫЙ» круг артериальной гипертензии



Резистентная АГ. Как предупредить?

«ПОРОЧНЫЙ» круг артериальной гипертензии



Развитие резистентной АГ- это годы жизни больного без контроля АД, бесконечный подбор терапии, гипертонические кризы, дополнительные затраты и высокий риск ССО и смерти

2008 г: новое определение резистентной АГ

1992 г. Setaro & Black: АГ, неконтролируемая на фоне приема 2 препаратов

ЕОАГ 2007 г., ОНК 7 2003 г.

АД выше целевого, несмотря на использование **не менее 3** препаратов, разных классов (включая диуретик), в адекватных (полных) дозах.

J Hypertens 2007, 25:1105–1187

JAMA. 2003;289:2560 –2572



АНА 2008 г.



- АД выше целевого **несмотря на использование 3** препаратов разных классов в оптимальных дозах. В идеале, один из трех препаратов должен быть диуретиком
- **АГ, неконтролируемая приемом 4 и более препаратов, является резистентной**

Hypertension 2008;51:1403-1419

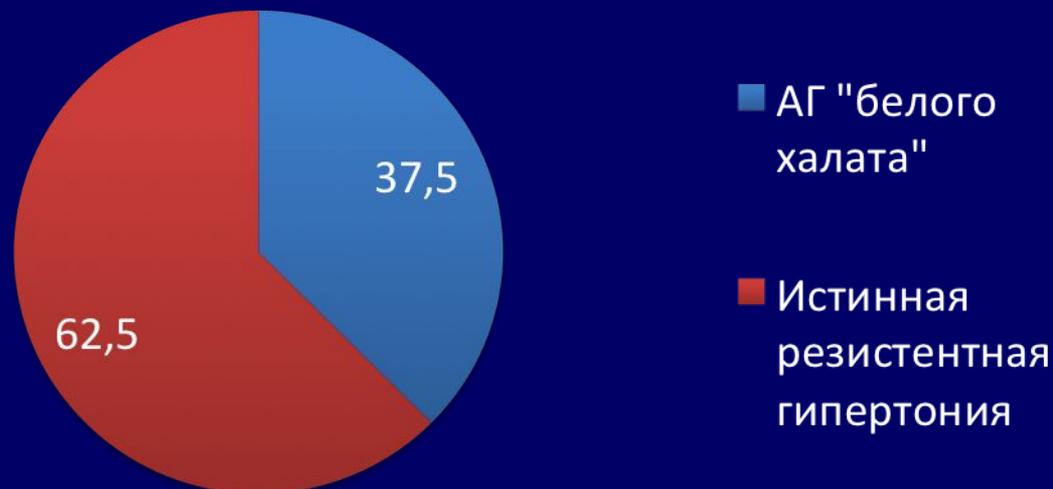
Почему СМАД следует
рассматривать как
обязательный метод
диагностики и контроля
эффективности лечения?



Clinical Features of 8295 Patients With Resistant Hypertension Classified on the Basis of Ambulatory Blood Pressure Monitoring

Alejandro de la Sierra, Julián Segura, José R. Banegas, Manuel Gorostidi, Juan J. de la Cruz, Pedro Armario, Anna Oliveras and Luis M. Ruilope

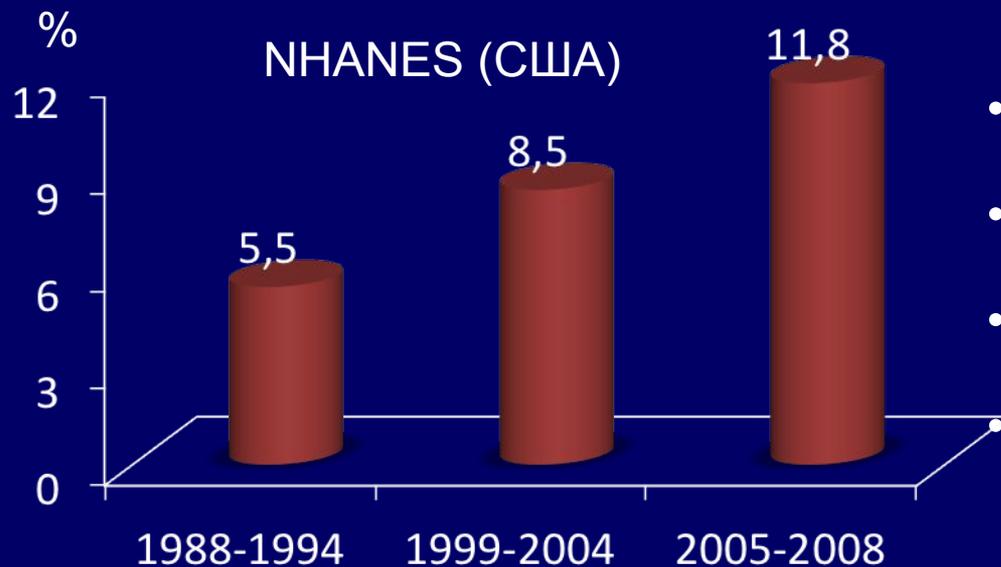
- Регистр леченных пациентов с АГ (n=68045)
- Всем пациентам с резистентной АГ (n = 8295; 12,2%) - СМАД



Распространенность резистентной АГ

≈ 5% больных общей медицинской практики и до 50% пациентов нефрологического профиля¹

Среди больных АГ:



- Франция (2010)³ - 17,5%
- Германия (2010)³ - 14,6%
- Великобритания (2010)³ - 15,6%
- Испания (2009)⁴ - 14,8%

¹ Kaplan NM. J Hypertension 2005

² Egan B. Circulation 2011

³ Ehlken B. J Med Econ 2012

⁴ de la Sierra A. Hypertension 2011

Распространенность резистентной АГ В России



3 - 30%

Circulation

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

American Heart
Association® 
Learn and Live™

2012;125:1635-1642

Incidence and Prognosis of Resistant Hypertension in Hypertensive Patients
Stacie L. Daugherty, J. David Powers, David J. Magid, Heather M. Tavel, Frederick
A. Masoudi, Karen L. Margolis, Patrick J. O'Connor, Joe V. Selby and P. Michael Ho

Резистентная АГ: распространенность и прогноз среди лиц с впервые выявленной нелеченой АГ

- Анализ регистров больных с АГ - наблюдательное исследование
- $n=205\ 750$ Впервые выявленная нелеченая АГ
- Цель: частота развития резистентной АГ в течение 1 года после начала терапии
- Исключение неприверженных пациентов
- Анализ событий в зависимости от контроля АД: комбинированная первичная КТ: общая смертность и частота СС-событий (нефатальный ИМ, застойная СН, инсульт и ХБП)

Резистентная АГ: распространенность среди лиц с впервые выявленной нелеченой АГ

Впервые выявленная
нелеченая АГ
(n=205 750)

<3 препаратов
(n=163 276)

≥ 3 препаратов
(n=42 474)

**В течение первых 1,5 лет
антигипертензивной терапии 1 из
50 пациентов потребуются > 3
препаратов**

Псевдорезистентна
я АГ
(n=430)

**Резистентная
АГ
(n=3 960)
1,9%**

Нерезистентна
я АГ
(n=19 952)

Исходные характеристики больных с впервые выявленной нелеченой АГ, получавших ≥ 3 препаратов

	Резистентная АГ (n=3960)	Нерезистентная АГ (n=19952)	p
Мужской пол, %	50	45	<0,01
Возраст, годы	61	59	<0,01
ИМТ, кг/м ²	31	30	<0,01
Сахарный диабет, %	17,7	9,6	<0,01
Альбуминурия, %	0,7	0,4	<0,01
Астма, %	9	12	<0,01
Застойная ХСН, %	1,9	1,3	<0,01
ХБП, %	5,2	4,0	<0,01
Фибрилляция предсердий, %	2,9	2,0	<0,01
Депрессия, %	9,8	14,3	<0,01
Синдром ночного апноэ, %	2,0	2,3	0,42
Инсульт, %	2,6	1,9	<0,01

Роль резистентности к терапии в прогнозе СС-заболеваемости и смертности у больных АГ

Средняя длительность наблюдения \approx 3.8 лет

	Резистентная АГ (n=2 521)	Нерезистентная АГ (n=15 515)
Смертность, %	2.1	1.9
Инфаркт миокарда, %	0.4	0.5
Инсульт, %	0.6	0.5
Застойная ХСН, %	0.4	0.3
ХБП, %	14.5	10.5
Всего событий, %	18.0	13.5

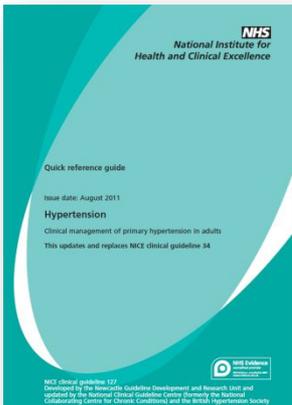
Вероятность развития комбинированной первичной конечной точки в группе резистентной АГ выше в 2 раза (ОР 1.47; 95% ДИ 1.33-1.62; $p < 0.001$)

Алгоритм ведения больного с резистентной АГ

1. Активная антигипертензивная терапия в оптимальных дозах, включая фиксированные комбинации

2. Коррекция факторов, препятствующих нормализации АД:

- Минимизация использования фармакологических агентов, провоцирующих □ АД
- □ употребления алкоголя
- □ потребления поваренной соли до 2,4 г/сутки
- □ массы тела при наличии избыточной массы тела и ожирения
- Регулярные аэробные физические нагрузки (как минимум, 30 мин/день 5 дней в неделю)
- Оценка СКФ и коррекция терапии при необходимости нефропротекции
- Поиск возможных причин вторичных АГ и лечение



Лечение резистентной АГ

A = ингибитор АПФ или АРА

C = антагонист кальция

D = тиазидоподобный диуретик, такой как хлорталидон (12,5 мг - 25 мг 1 раз в сутки) или индапамид (2,5 мг или индапамид-ретард 1,5 мг 1 раз в сутки), вместо тиазидного диуретика, такого как бендрофлуметиазида или гидрохлортиазида.

C* = предпочтительным является АК, однако следует также учесть тиазидоподобные диуретики у людей с отеком или высоким риском сердечной недостаточности.

Еще один диуретик** =

розе или
ке
ика.

Шаг 1

Люди
в возрасте
<55 лет

A

Люди в возрасте ≥ 55 лет и все темнокожие африканского или карибского происхождения

C*

Шаг 2

A + C*

Шаг 3

A + C + D

Шаг 4
(резистентная гипертония)

A + C + D + усиление терапии диуретиком или α -адреноблокатор или β -адреноблокатор. Рассмотреть необходимость консультации у специалиста.**

Baseline predictors of resistant hypertension in the Anglo-Scandinavian Outcome Trial (ASCOT): a risk score to identify those at high -risk

Gupta AK, et al. Journal of Hypertension 2011, 29; 2004 - 2013



Распространенность
резистентной АГ - 35%
среди нелеченых и 50%
среди получавших ранее
терапию

ASCOT- BPLA: анализ детерминант развития резистентной АГ

2011



ЗАКЛЮЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ

- Проведена наиболее всесторонняя на сегодняшний день оценка детерминант развития резистентной АГ.
- В группе из 3 666 пациентов с АГ «без лечения» на исходном этапе риск развития резистентной АГ был выше у лиц с более высоким исходным систолическим АД, диабетом, повышенной массой тела, гипертрофией левого желудочка, а также лиц, потребляющих алкоголь.
- В «общей» популяции исследования ASCOT (n=19 257) риск развития резистентной АГ был выше у пациентов с АГ, ранее получавших один или несколько антигипертензивных препаратов (увеличение риска в 1,7 и 3,9 раза, соответственно), чем у пациентов с АГ, ранее не получавших лечения.

Предикторы резистентности к терапии у больных с нелеченой АГ (n=3666)

Показатели	ОР (95% ДИ)	p
Рандомизация в группу амлодипина	0,57 (0,50-0,64)	<0,001
САД, мм рт. ст.: 151-160	1,24 (0,81-1,88)	0,322
161-170	1,50 (1,03-2,20)	0,035
171-180	2,15 (1,47-3,16)	<0,001
> 180	4,43 (3,04-6,45)	<0,001
Сахарный диабет (да/нет)	1,69 (1,40-2,04)	<0,001
Рандомизация в группу амлодипина		0,043
Глюкоза натощак (да/нет)		0,013
ИМТ (да/нет)		<0,001
Мужской пол (да/нет)		<0,001
Употребление алкоголя (да/нет)		<0,001
Гипертрофия ЛЖ (да/нет)	1,27 (1,11-1,46)	0,001
Предшествующая терапия аспирином	0,78 (0,62-0,98)	0,036

Исходное АД и выбор антигипертензивной терапии – основные детерминанты развития резистентной АГ



*Можем ли мы
прогнозировать
вероятность развития
резистентной
гипертонии?*

Вероятность развития резистентной АГ в течение 5 лет?

Пациент 1

- Мужчина 45 лет
- САД 165 мм рт.ст.,
- ИМТ 24,5 кг/м²
- высшее образование,
- ГЛЖ нет
- СД нет
- Алкоголь не употребляет

Пациент 2

- Мужчина 45 лет
- САД 165 мм рт.ст.,
- ИМТ 36 кг/м²
- начальное образование
- ГЛЖ
- СД
- Abusus

Калькулятор риска резистентности к терапии у больных с нелеченой АГ

SBP (mmHg)	<125	125-134	135-144	145-154	155-164	165-174	175-184	185-194	195-204	≥205	Score
0	+3	+7	+10	+14	+17	+21	+24	+28	+31		
BMI (kg/m ²)	<21.5	21.5-26.4	26.5-31.4	31.5-36.5	36.5-41.4	41.5-46.4	46.5-51.4	≥51.5			
0	+2	+4	+6	+8	+10	+12	+14				
Glucose (mmol/l)	<5.6	5.6-7.6	7.7-9.8	9.9-11.9	12.0-14.1	14.2-16.2	16.3-18.4	18.5-20.5	>20.5		
0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8			
Age at leaving education (years)	≥19			17-18			15-16			12-14	
0				+1			+1			+2	
Ethnicity	Caucasian			African			S Asian			Others	
0				+1			+5			+7	
Alcohol intake (per week)*	None			Mild			Moderate			Severe	
0				+1			+2			+4	
Gender	Female			Male							
0				+5							
Diabetes	No			Yes							
0				+5							
Previous use of aspirin	Yes			No							
0				+3							
History of LVH	No			Yes							
0				+2							
Amlodipine-based regimen If on Atorvastatin											TOTAL RISK SCORE -6
											-1 GRAND TOTAL RISK SCORE

Total risk score 0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50

5-year risk (%) 1.1 1.3 1.6 2.0 2.4 2.9 3.5 4.3 5.2 6.3 7.7 9.3 11.2 13.5 16.3 19.5 23.3 27.6 32.6 38.3 44.5 51.3 58.5 65.8 73.1 79.8

Мужчина 45 лет, САД 165 мм рт.ст., ИМТ 24,5 кг/м², высшее образование, без СД, без ГЛЖ, не abusus

SBP (mmHg)	<125	125-134	135-144	145-154	155-164	165-174	175-184	185-194	195-204	≥205	Score
0	+3	+7	+10	+14	+17	+21	+24	+28	+31		
BMI (kg/m ²)	<21.5	21.5-26.4	26.5-31.4	31.5-36.5	36.5-41.4	41.5-46.4	46.5-51.4	≥51.5			
Glucose (mmol/l)	<5.6	5.6-7.6	7.7-9.8	9.9-11.9	12.0-14.1	14.2-16.2	16.3-18.4	18.5-20.5	>20.5		
Age at leaving education (years)	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8		
Age at leaving education (years)	≥19			17-18			15-16				12-14
Ethnicity	0			+1			+1				+2
Ethnicity	Caucasian			African			S Asian				Others
Alcohol intake (per week)*	0			+1			+5				+7
Alcohol intake (per week)*	None			Mild			Moderate				Severe
Gender	0			+1			+2				+4
Gender	Female			Male							
Diabetes	0			+5							
Diabetes	No			Yes							
Previous use of aspirin	0			+5							
Previous use of aspirin	Yes			No							
History of LVH	0			+3							
History of LVH	No			Yes							
Amlodipine-based regimen If on Atorvastatin	0			+2							
Amlodipine-based regimen If on Atorvastatin	No			Yes							
											TOTAL RISK SCORE
											-6
											-1
											GRAND TOTAL RISK SCORE

Риск развития резистентной АГ в течение 5 лет – 28 баллов = 16,3%



Мужчина 45 лет, САД 165 мм рт.ст., ИМТ 36 кг/м², начальное образование, с СД, с ГЛЖ, abusus

SBP (mmHg)	<125	125-134	135-144	145-154	155-164	165-174	175-184	185-194	195-204	≥205	Score
0	+3	+7	+10	+14	+17	+21	+24	+28	+31		
BMI (kg/m ²)	<21.5	21.5-26.4	26.5-31.4	31.5-36.5	36.5-41.4	41.5-46.4	46.5-51.4	≥51.5			
Glucose (mmol/l)	<5.6	5.6-7.6	7.7-9.8	9.9-11.9	12.0-14.1	14.2-16.2	16.3-18.4	18.5-20.5	>20.5		
Age at leaving education (years)	≥19	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	12-14	
Ethnicity	0	Caucasian		+1	African		+1	S Asian		+2	Others
Alcohol intake (per week)*	0	Moderate		+1	Mild		+5	Moderate		+7	Severe
Gender	0	Female		+1	Male		+2			+4	
Diabetes	0	No		+5	Yes						
Previous use of aspirin	0	Yes		+5	No						
History of LVH	0	No		+3	Yes						
Amlodipine-based regimen If on Atorvastatin	0			+2							
											TOTAL RISK SCORE -6
											-1 GRAND TOTAL RISK SCORE

Риск развития резистентной АГ в течение 5 лет – 48 баллов = 73,1%

Total risk score	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
5-year risk (%)	1.1	1.3	1.6	2.0	2.4	2.9	3.5	4.3	5.2	6.3	7.7	9.3	11.2	13.5	16.3	19.5	23.3	27.6	32.6	38.3	44.5	51.3	58.5	65.8	73.1	79.0



*Можем ли мы
предупредить развитие
резистентной
гипертонии?*

ASCOT-BPLA: анализ детерминант резистентной АГ на исходном этапе

2011

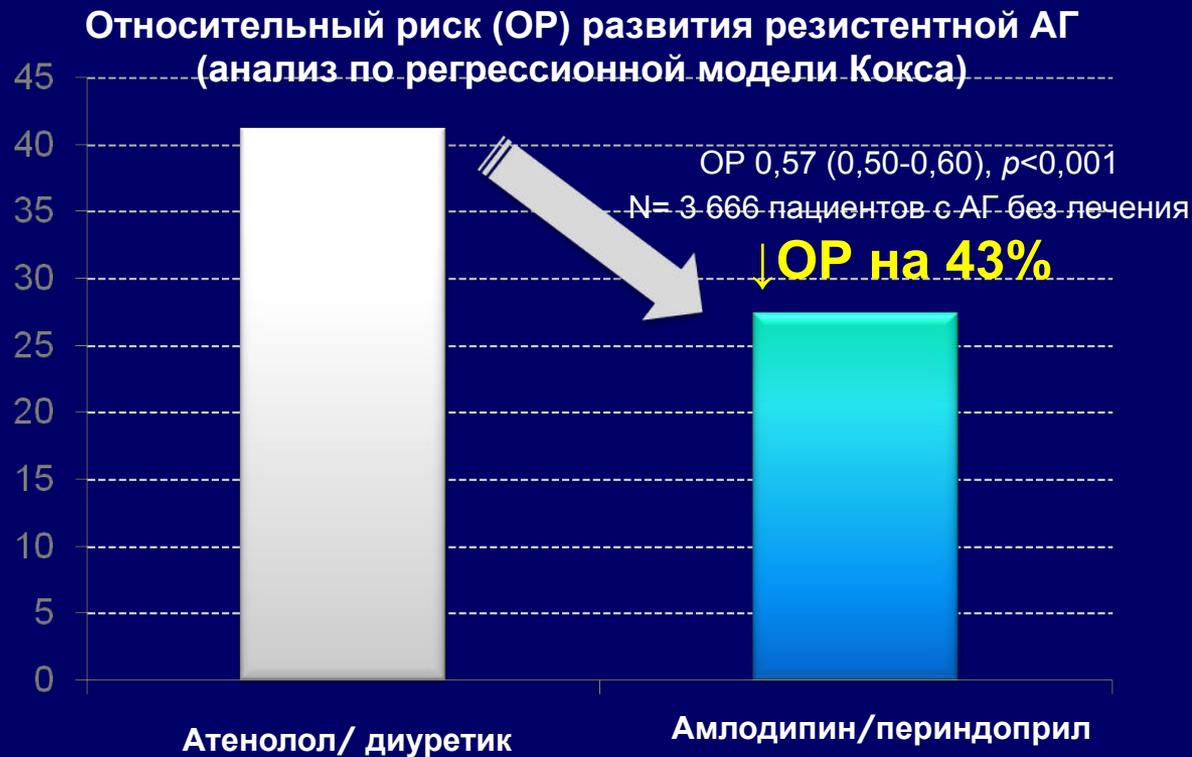


- ЦЕЛЬ: Изучить исходные детерминанты развития резистентной АГ у пациентов с АГ, а также разработать шкалу риска для выявления лиц с высоким риском развития резистентной АГ.
- МЕТОД: Многофакторная модель Кокса.
- Первичный анализ проводили с использованием данных для пациентов с АГ, ранее не получавших лечения (до рандомизации) (популяция «без лечения»; n=3666).
- Вторичный анализ проводили с использованием данных для всех рандомизированных пациентов с АГ («общая» популяция; n=19 257), большинство из которых (n=15 591, 81%) ранее получали лечение.

ПРЕСТАНС: более эффективный контроль ключевых параметров АД позволяет предотвратить развитие резистентной АГ

2011

Anglo-Scandinavian
ascot
Cardiac Outcomes Trial



«Потенциальные механизмы этого защитного действия включают более выраженное снижение плечевого АД, центрального АД, вариабельности АД и, возможно, ригидности артерий, по сравнению с терапией атенололом и диуретиком»

Новые данные: дополнительный анализ в исследовании ASCOT-BPLA

Престанс защищает
от развития
резистентной артериальной
гипертонии



Gupta AK; the ASCOT Investigators. Baseline predictors of resistant hypertension in the ASCOT Trial: a risk score to identify those at high-risk. J Hypertens. 2011.29:2004-2013.

Вероятность развития резистентной АГ в течение 5 лет?

Пациент 1

16%

- Мужчина 45 лет
- САД 165 мм рт.ст.,
- ИМТ 24,5 кг/м²
- высшее образование,
- ГЛЖ нет
- СД нет
- Алкоголь не употребляет

Пациент 2

73%

- Мужчина 45 лет
- САД 165 мм рт.ст.,
- ИМТ 36 кг/м²
- начальное образование
- ГЛЖ
- СД
- Abusus

Терапия: Престариум + Амлодипин + Аторвастатин

8%

45%

ASCOT- BPLA: анализ детерминант развития резистентной АГ

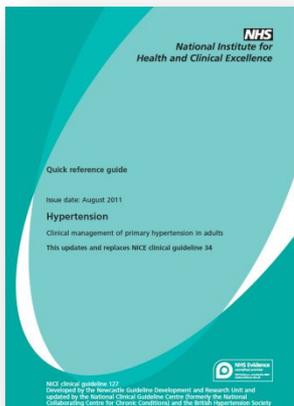
2011



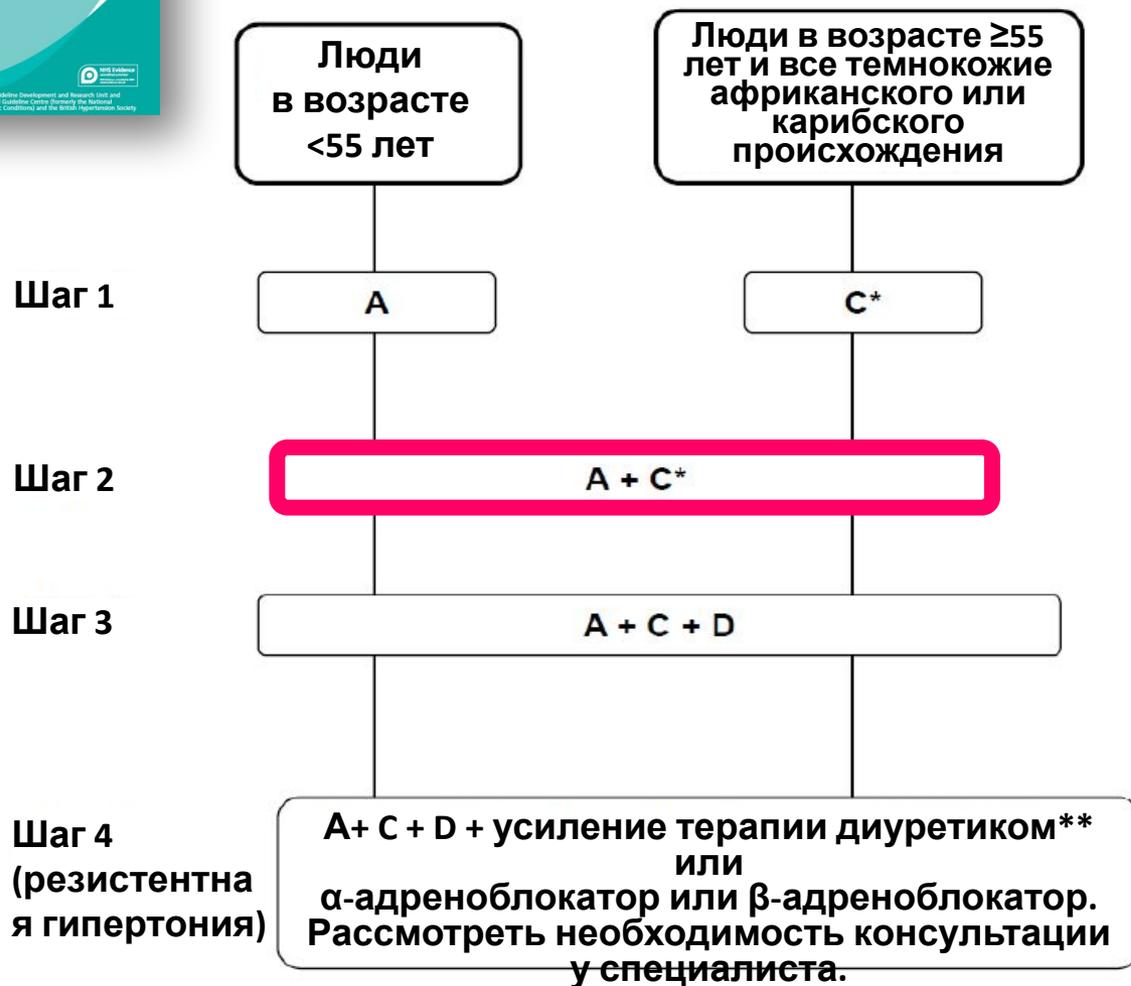
ЗАКЛЮЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ

- Комбинация амлодипина и периндоприла предотвращает повышение риска развития резистентной АГ: риск снизился как у пациентов с АГ без предшествующего лечения (на 43%), так и в общей популяции (на 47%).
- «Потенциальные механизмы этого защитного действия включают более выраженное снижение плечевого АД, центрального (аортального) давления крови, вариабельности АД и, возможно, ригидности артерий, по сравнению с терапией атенололом и диуретиком».
- «Оптимальный выбор комбинаций антигипертензивных препаратов позволяет снизить риск развития резистентной АГ среди всех пациентов, независимо от сопутствующих заболеваний и исходного уровня риска».

ПРЕСТАНС следует назначать, как только становится ясно, что монотерапия терпит неудачу в защите пациентов от повышения риска развития резистентной АГ



Ингибиторы АПФ/АРА и антагонисты кальция составляют предпочтительную комбинацию, согласно новейшим рекомендациям NICE-BHS



A = ингибитор АПФ или АРА

C = антагонист кальция

D = тиазидоподобный диуретик, такой как хлорталидон (12,5 мг - 25 мг 1 раз в сутки) или индапамид (2,5 мг или индапамид-ретард 1,5 мг 1 раз в сутки), вместо тиазидного диуретика, такого как бендрофлуметиазида или гидрохлортиазида.

C* = предпочтительным является АК, однако следует также учесть тиазидоподобные диуретики у людей с отеком или высоким риском сердечной недостаточности.

Еще один диуретик** = спиронолактон в низкой дозе или более высокие дозы того же тиазидоподобного диуретика.

Современный терапевтический подход к лечению пациентов из зоны высокого риска



Эксперты рекомендуют:

«Должна быть назначена комбинированная терапия».



Эксперты рекомендуют

«АГ + ≥3 фактора риска = высокий/очень высокий сердечно-сосудистый риск ССЗ. Должна быть назначена комбинированная терапия»

Рекомендации на АГ, 2010 г.



(Рекомендации
МОАГ/ВНОК, 2010 г., 4
версия)

ФР, ПОМ и СЗ	Артериальное давление (мм. рт. ст.)		
	АГ 1-й степени 140-159/90-99	АГ 2-й степени 160-179/100-109	АГ 3-й степени $\geq 180/110$
Нет ФР	Низкий доп. риск	Средний доп. риск	Высокий доп. риск
1-2 ФР	Средний доп. риск	Средний доп. риск	Очень высокий доп. риск
≥ 3 ФР, ПОМ, МС или СД	Высокий доп. риск	Высокий доп. риск	Очень высокий доп. риск
АКС	Очень высокий доп. риск	Очень высокий доп. риск	Очень высокий доп. риск

Престанс контролирует все компоненты АД эффективности

Вариабельность АД

ascot⁴
variability 

Центральное АД

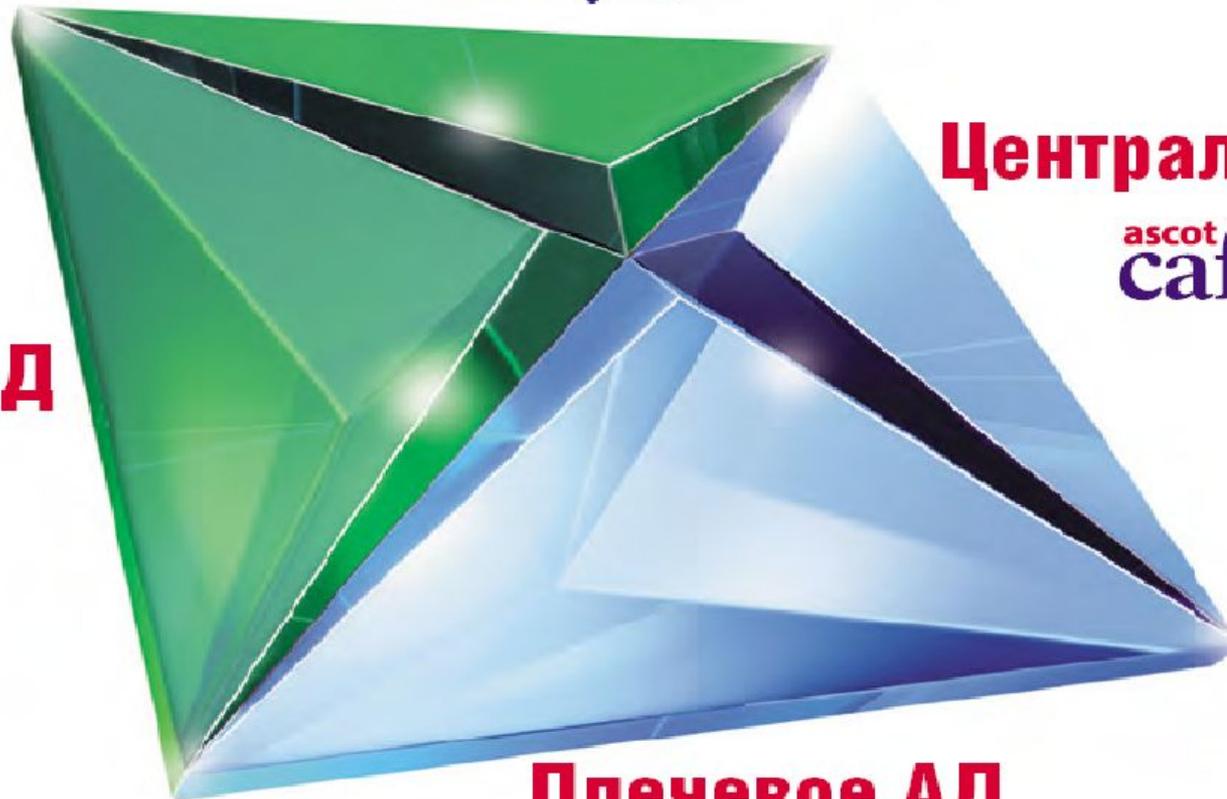
ascot²
cafe 

Ночное АД

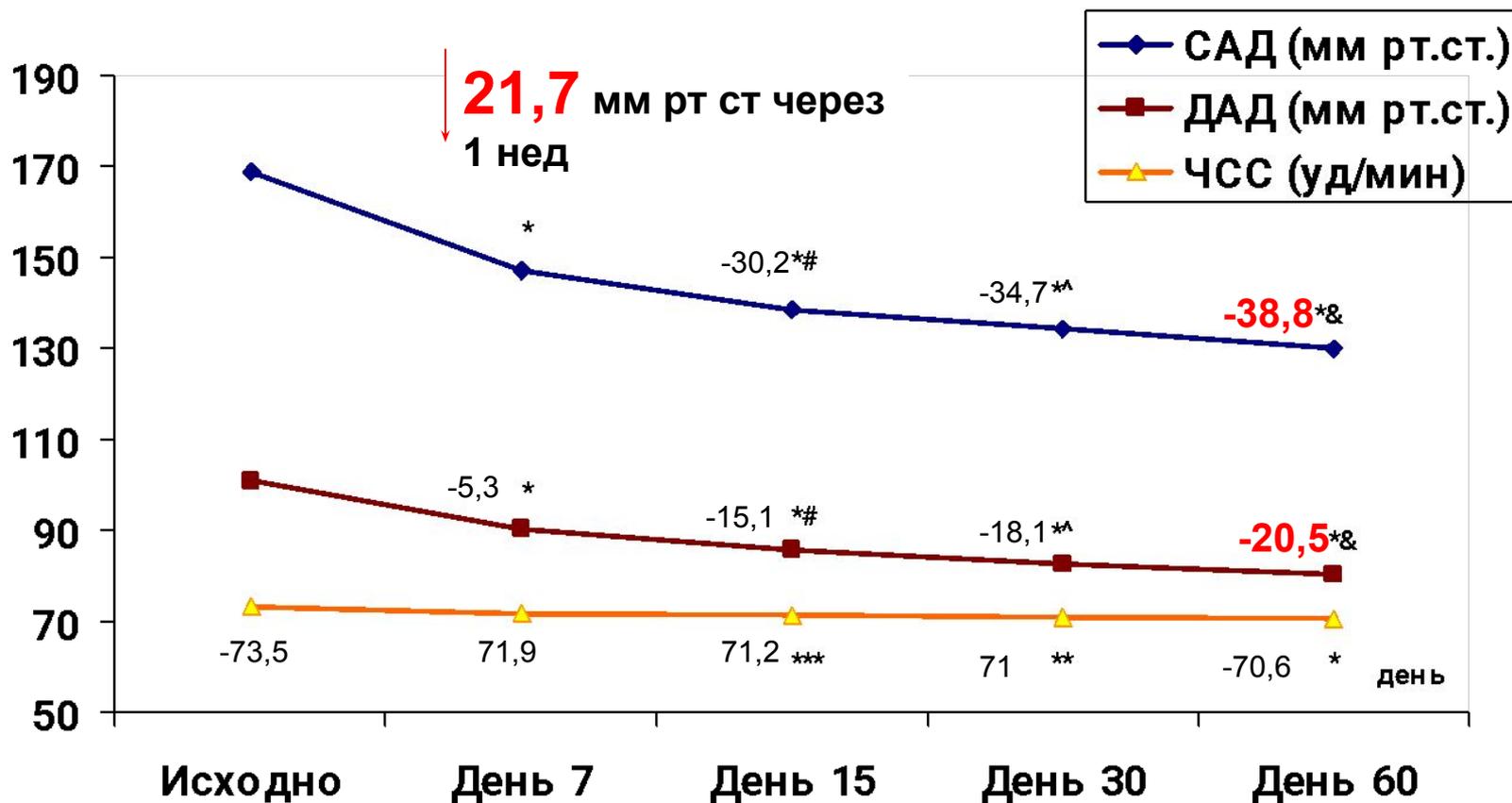
ascot³
ABPM 

Плечевое АД

ascot¹
BPLA 



Динамика САД при переводе на Престанс пациентов с неконтролируемой АД



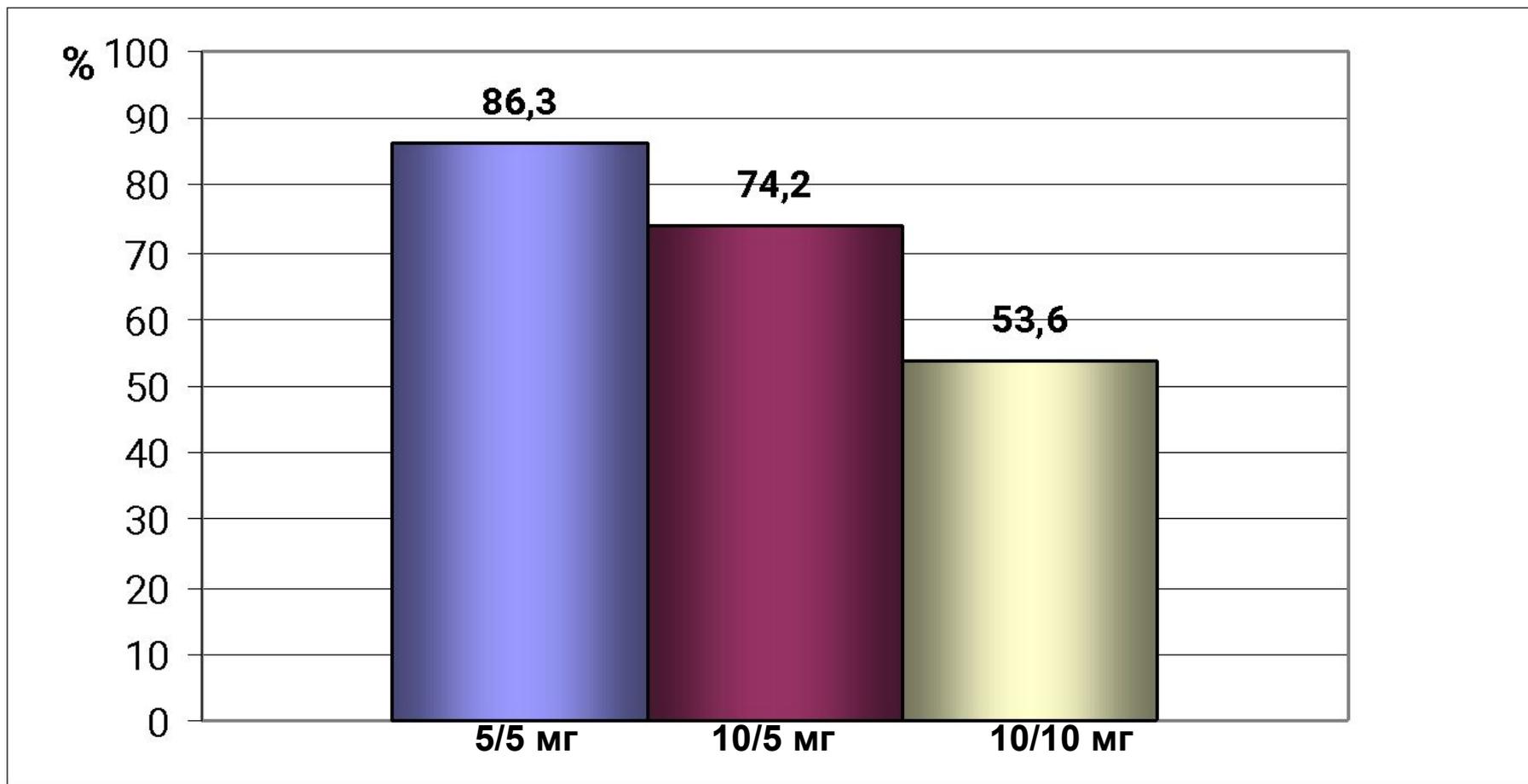
* $P < 0,001$, ** $P < 0,005$ и *** $P < 0,01$ для сравнений с исходным уровнем;

$P < 0,001$ для сравнений со значением через 7 дней лечения;

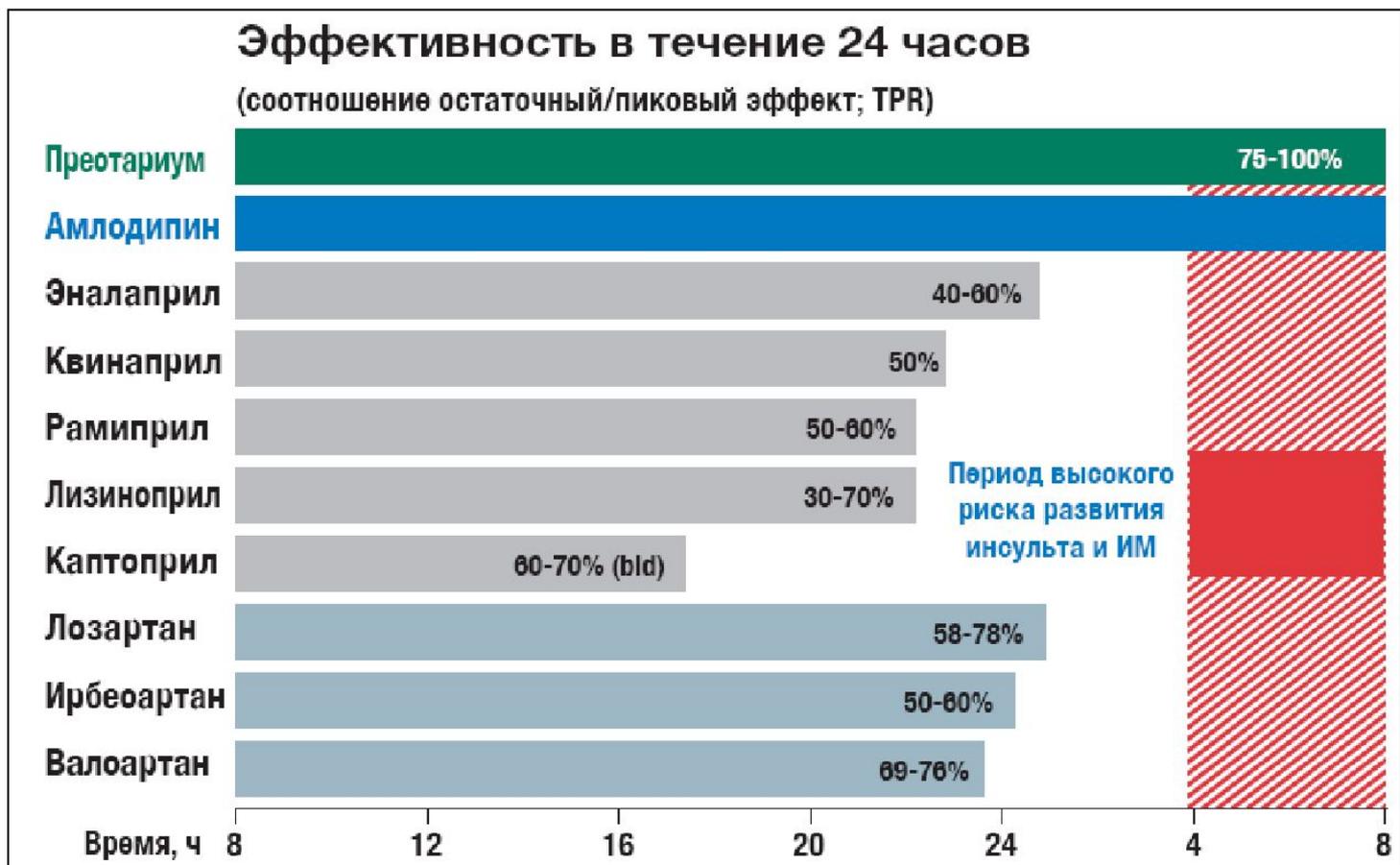
^ $P < 0,001$ для сравнений со значением через 15 дней лечения;

& $P < 0,001$ для сравнений со значением через 30 дней лечения

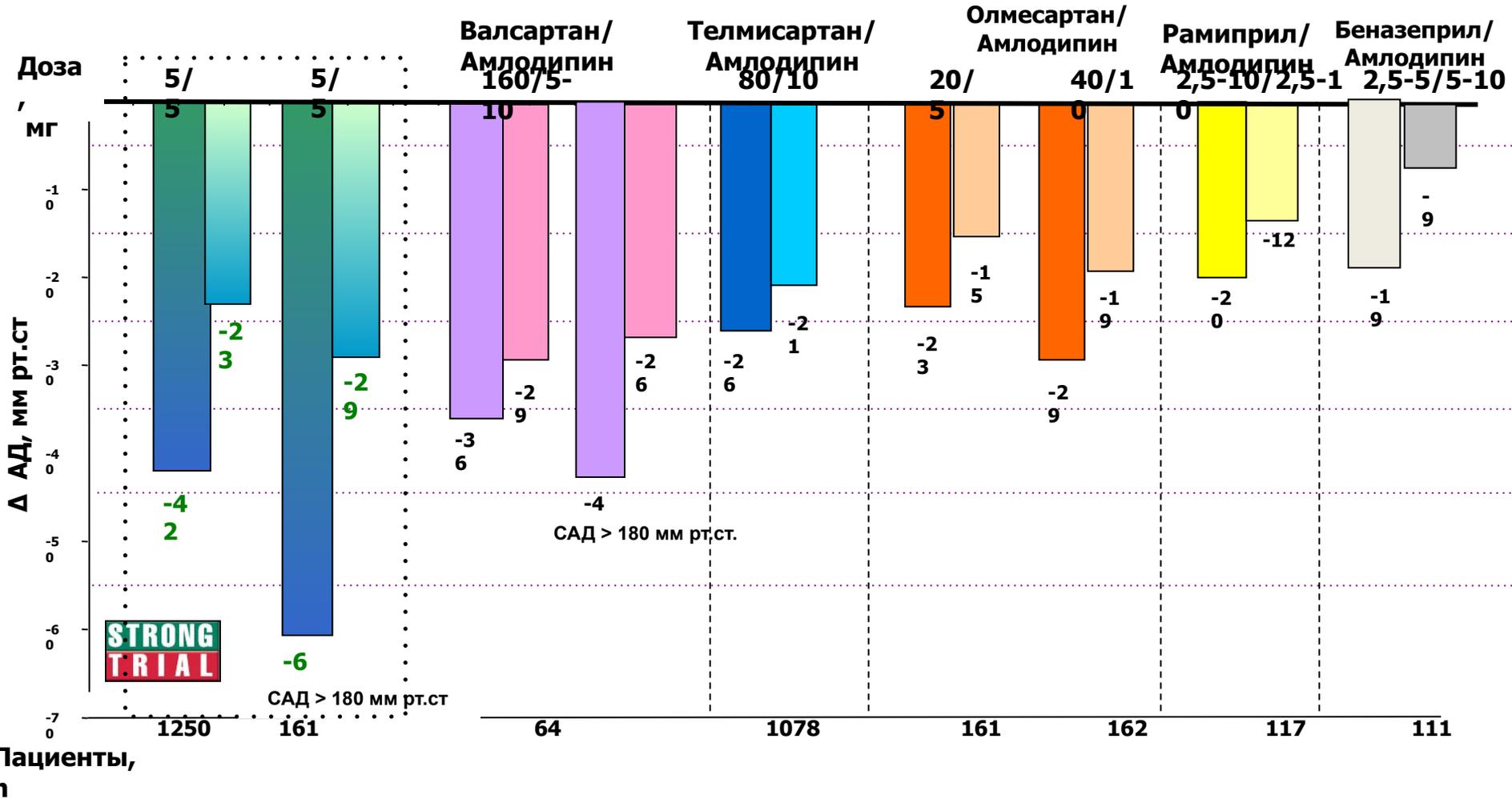
9 из 10 пациентов достигнут целевого АД (<140/90 мм рт. ст.)



Надежный 24-часовой контроль АД



ПРЕСТАНС обеспечивает наиболее выраженное снижение АД



1. Poulter N. 2008 ISH-ESH. 2. Bahl VK et al.. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2009;9:135-142. 3. Poldermans D, Glazes R, Kargiannis S, et al. *Clin Ther*. 2007;29:279-288. 4. Littlejohn TW, *Postgrad Med*. 2009;121:5-14. 5. Chrysant SG, et al. *Clin Ther*. 2008;30:587-604. 6. Dischinger Miranda R. *Clin Ther*. 2008. 7. Ueng KC. *Blood Press Suppl*. 2008.11. 8. Destro et al. *J Am Soc Hypertens*. 2008;2:294-302.

 **ПРОРЫВ
в лечении АГ**



Престанс в лечении
неконтролируемой артериальной гипертонии –
реальный шанс в улучшении контроля артериального давления

География участников программы

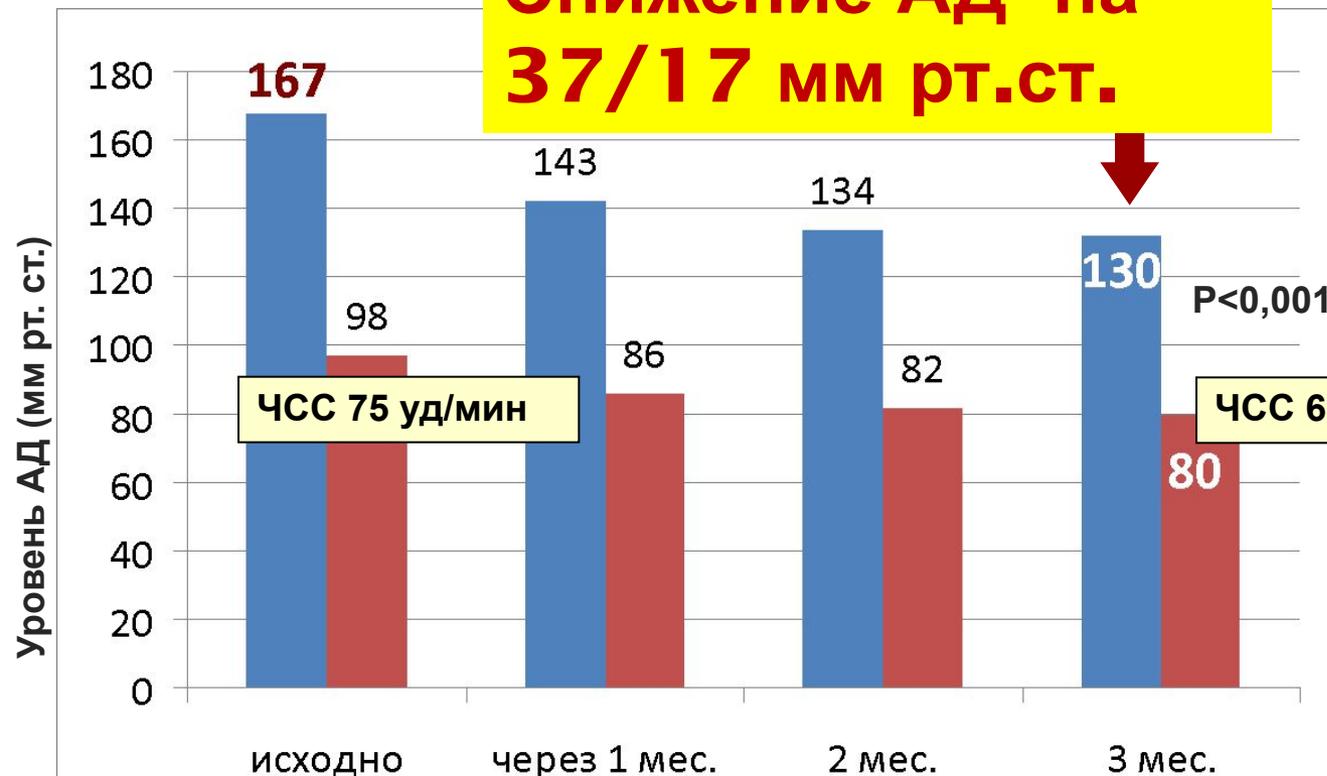
**В исследовании
приняли участие
4 115 пациентов с
неконтролируемо
й АД в течение
10, 8 лет!**



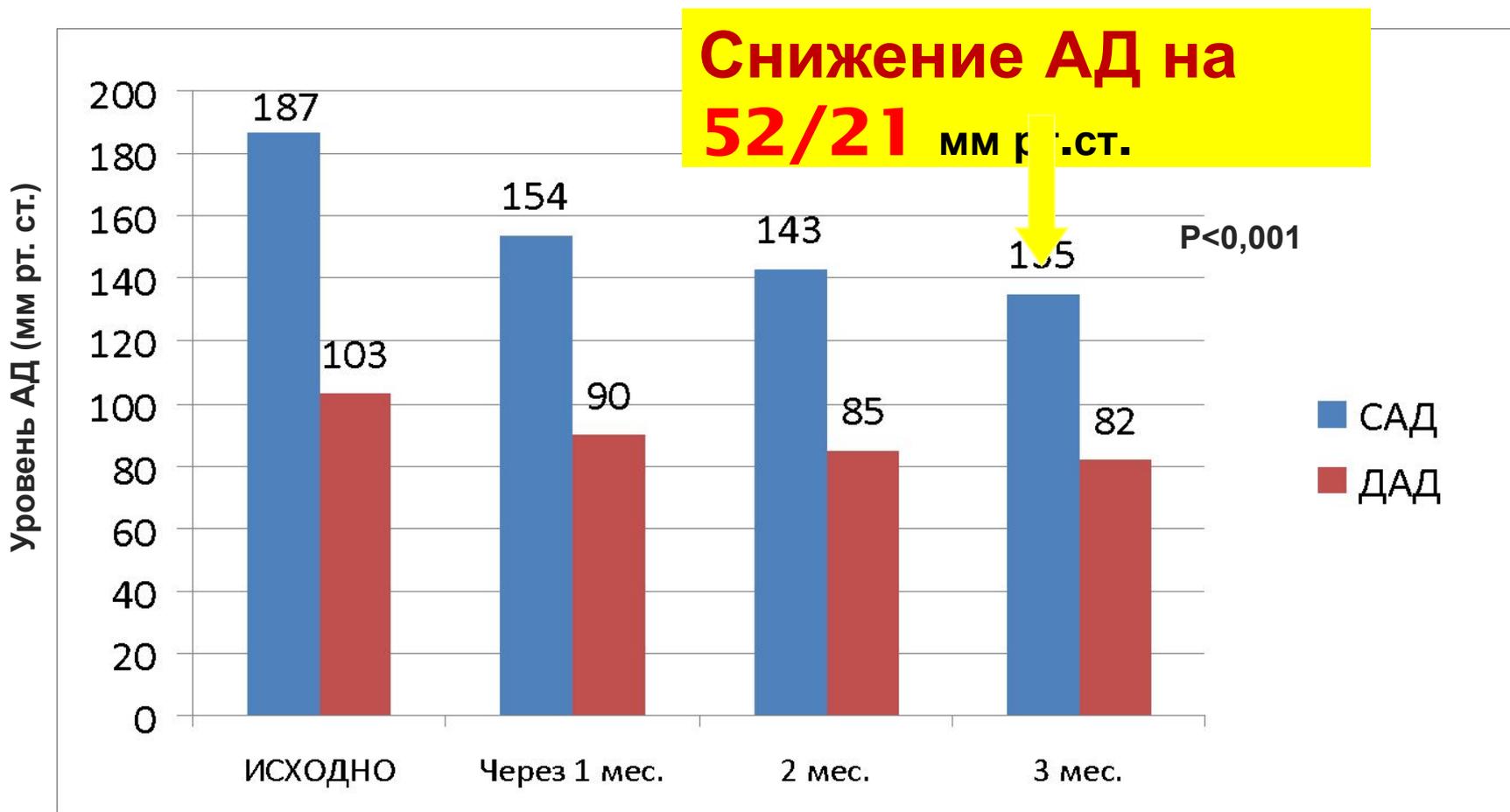
В исследовании приняли участие 4135 пациентов и 589 врачей

Выраженное снижение АД, независимо от предшествующей терапии и профиля больного

Снижение АД на 37/17 мм рт.ст.

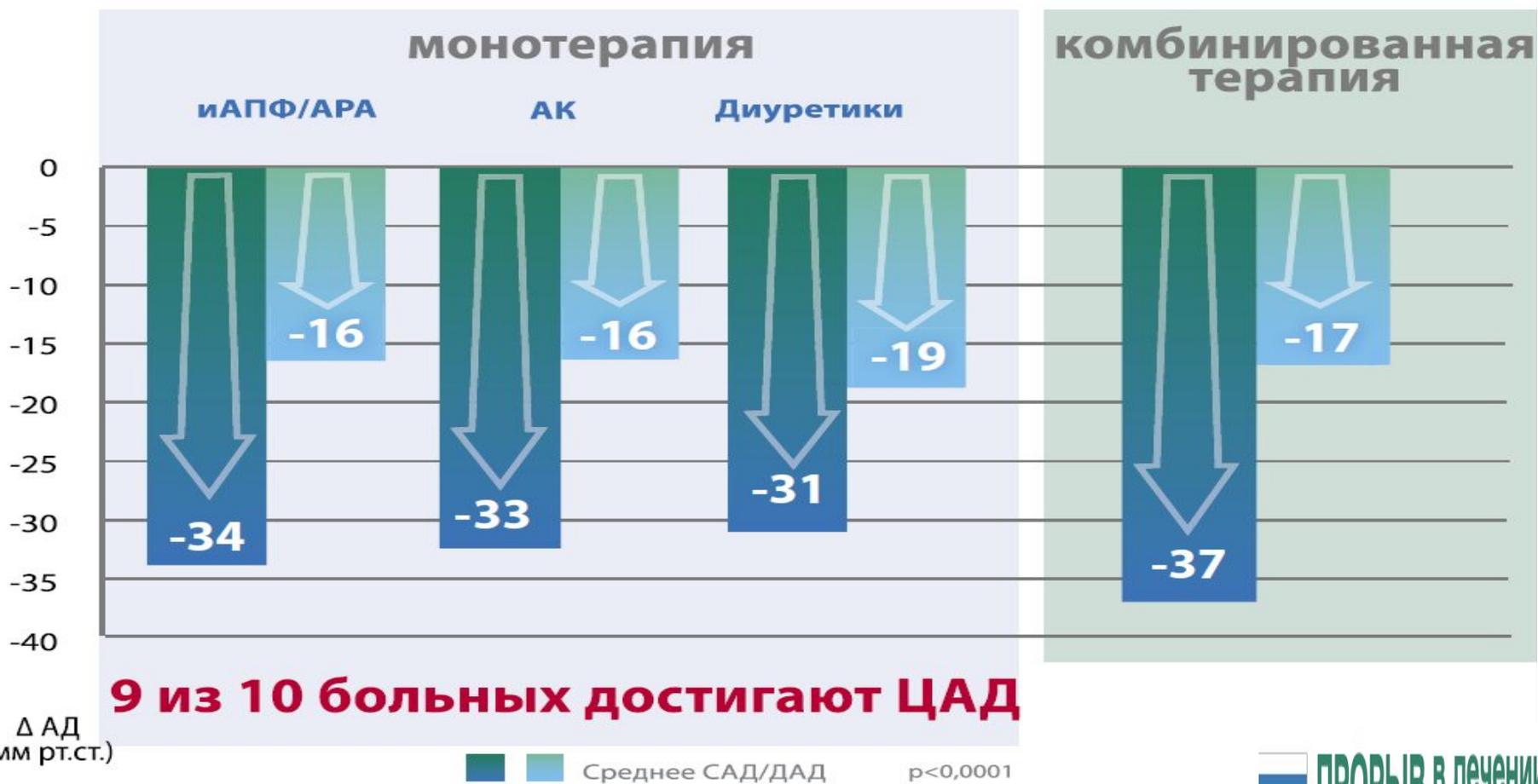


Мощное снижение АД в группе больных с АД > 180 мм рт.ст.



Надежный эффект независимо от предшествующей терапии

Перевод на ПРЕСТАНС

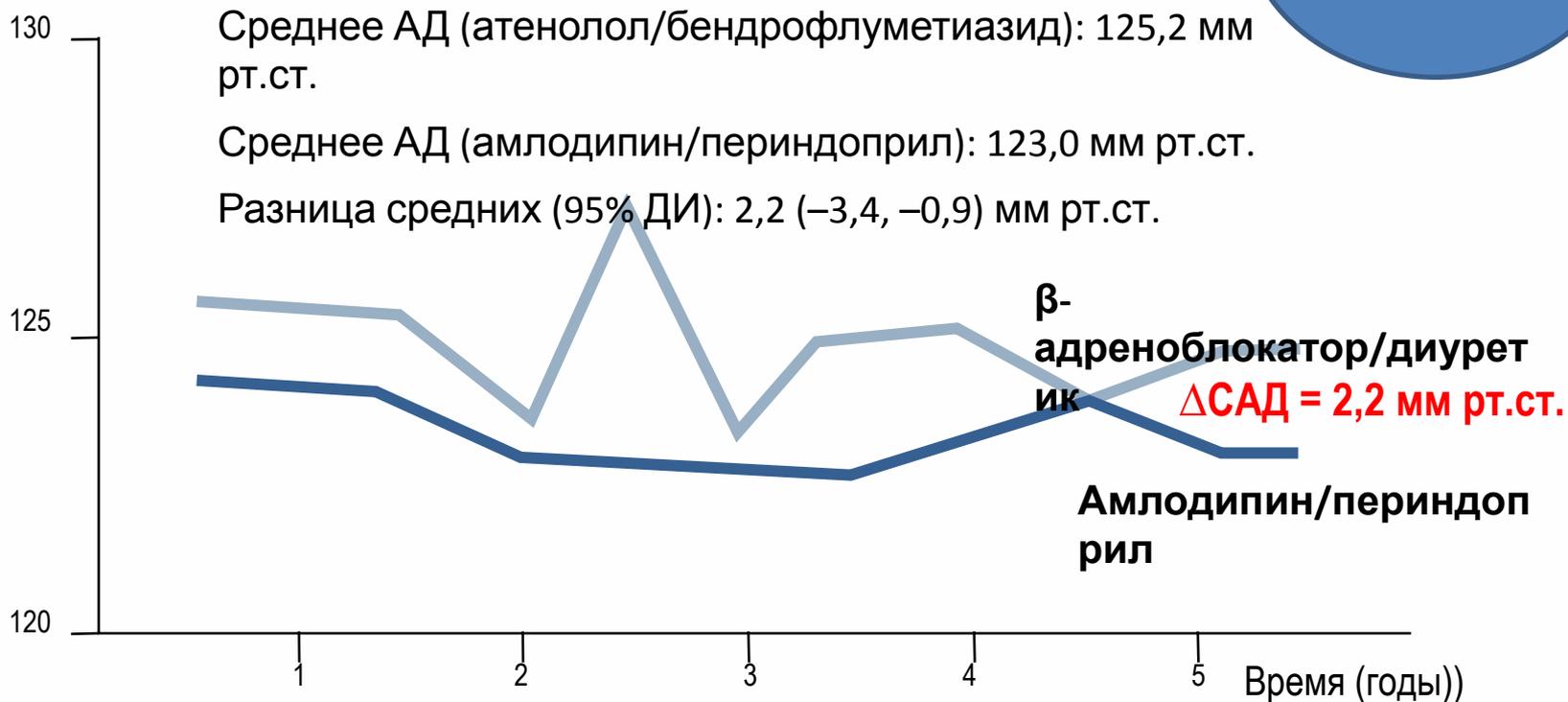


Исследование ASCOT-ABPM:

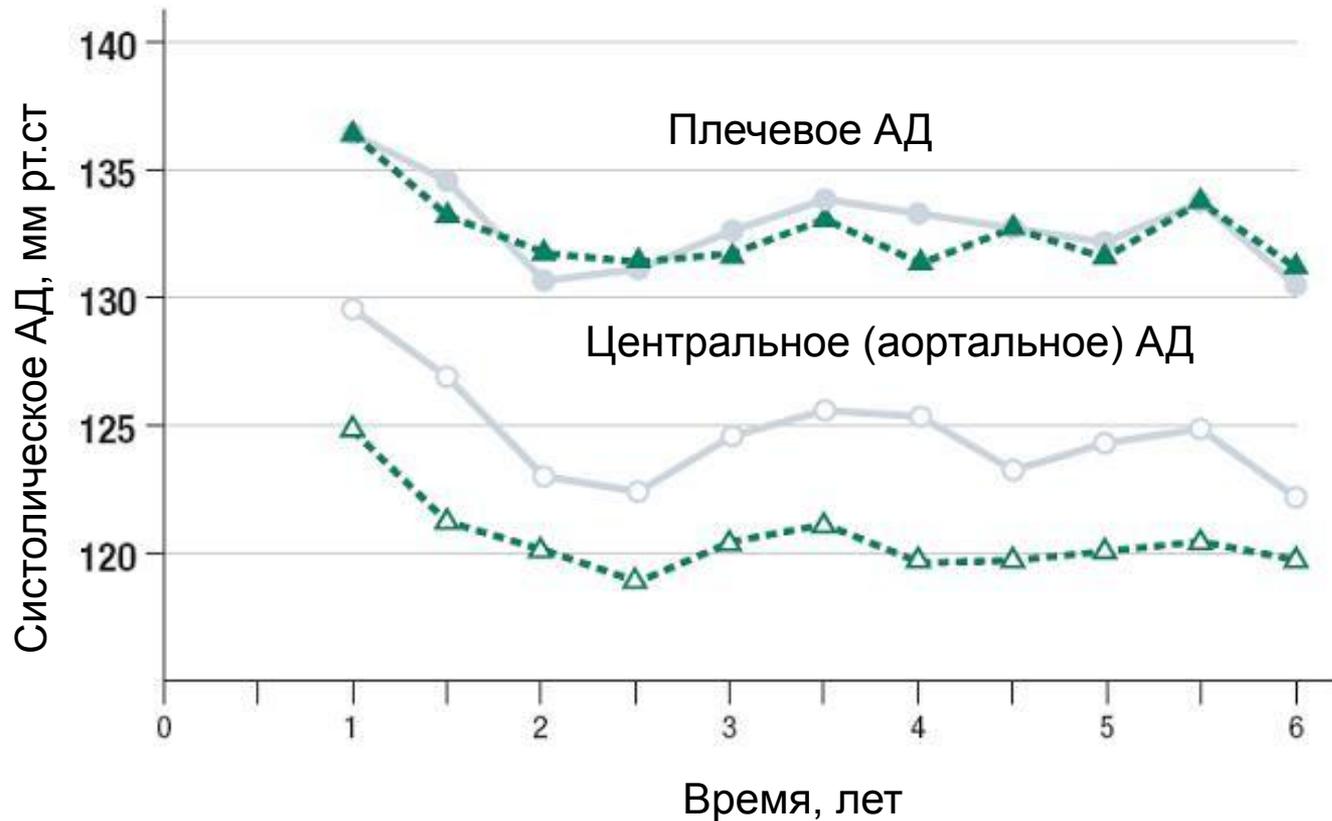
более эффективный контроль ночного АД при лечении амлодипином и периндоприлом

24-
часовой
контроль

Ночное систолическое АД (мм рт.ст.)



ПРЕСТАНС - эффективный и надежный контроль центрального давления в аорте



Различие
- 4,3 мм рт.ст.

Вариабельность АД: что это?

Вариабельность АД – это колебания АД, превышающие физиологические

Виды variability АД:

1. **Вариабельность АД в рамках визита:** это колебания клинического АД при сравнении 3-х последовательных измерений АД в ходе одного визита к врачу.
2. **Суточная** variability АД: это колебания АД в течение суток по данным амбулаторного суточного мониторирования (СМАД), превышающие суточные физиологические колебания АД.
3. **Вариабельность АД «от визита к визиту»:** различия по величине клинического («плечевого») АД между визитами.

Вариабельность АД: значение

Последствия для пациента:

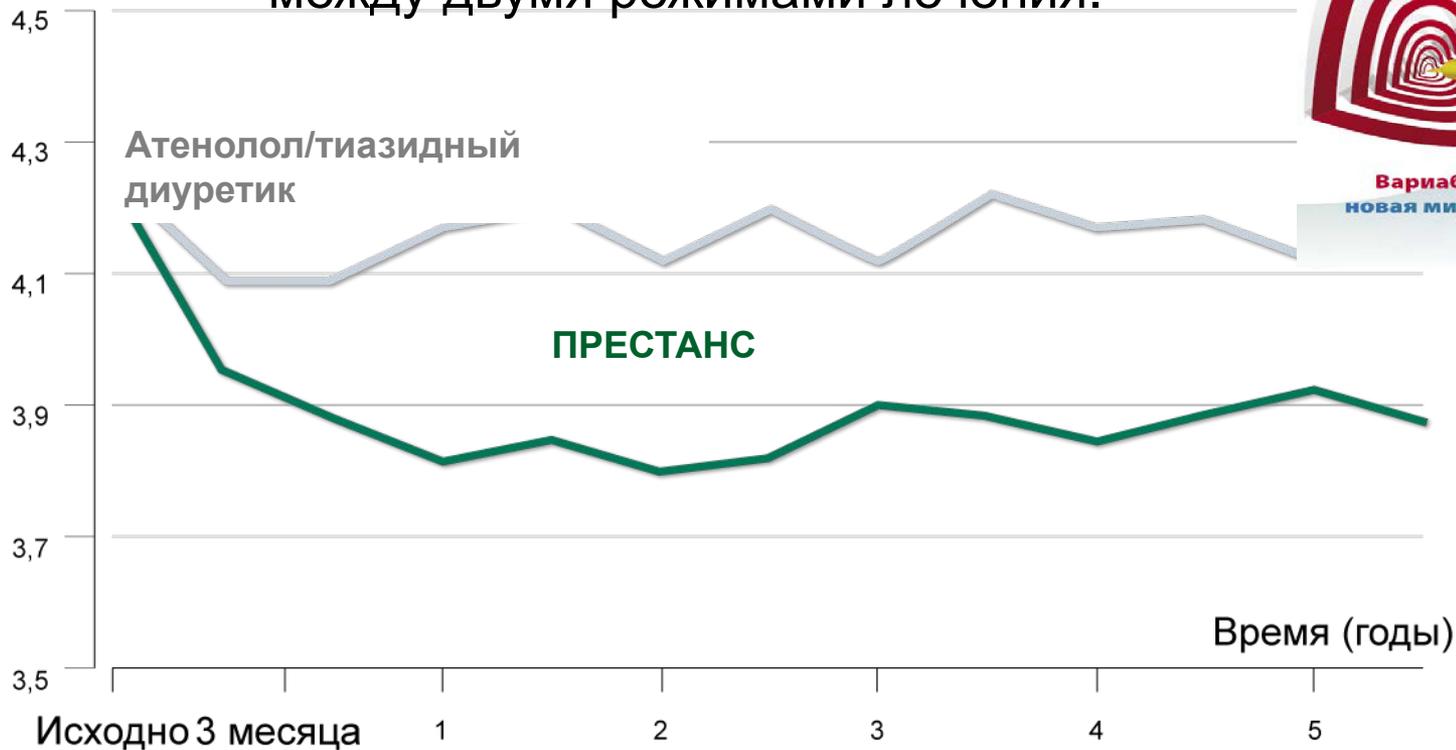
Последствия	Причины
Прогрессирование АГ	Активация механизмов контррегуляции
Осложнения АГ - поражение ОМ	Формирование СС ремоделирования
Сопутствующая патология - когнитивные нарушения	Хроническая ишемия головного мозга

Вариабельность САД является предиктором развития инсульта и коронарных осложнений (ИМ и др.) у пациентов с АГ

ПРЕСТАНС эффективнее снижает вариабельность АД vs комбинацией β -адреноблокатора и тиазидного

Это позволяет объяснить различия по частоте инсультов и исходов ИБС между двумя режимами лечения.

Средняя вариабельность АД в рамках одного визита (95% ДИ)



Качественный контроль АД сегодня - предупреждение осложнений завтра

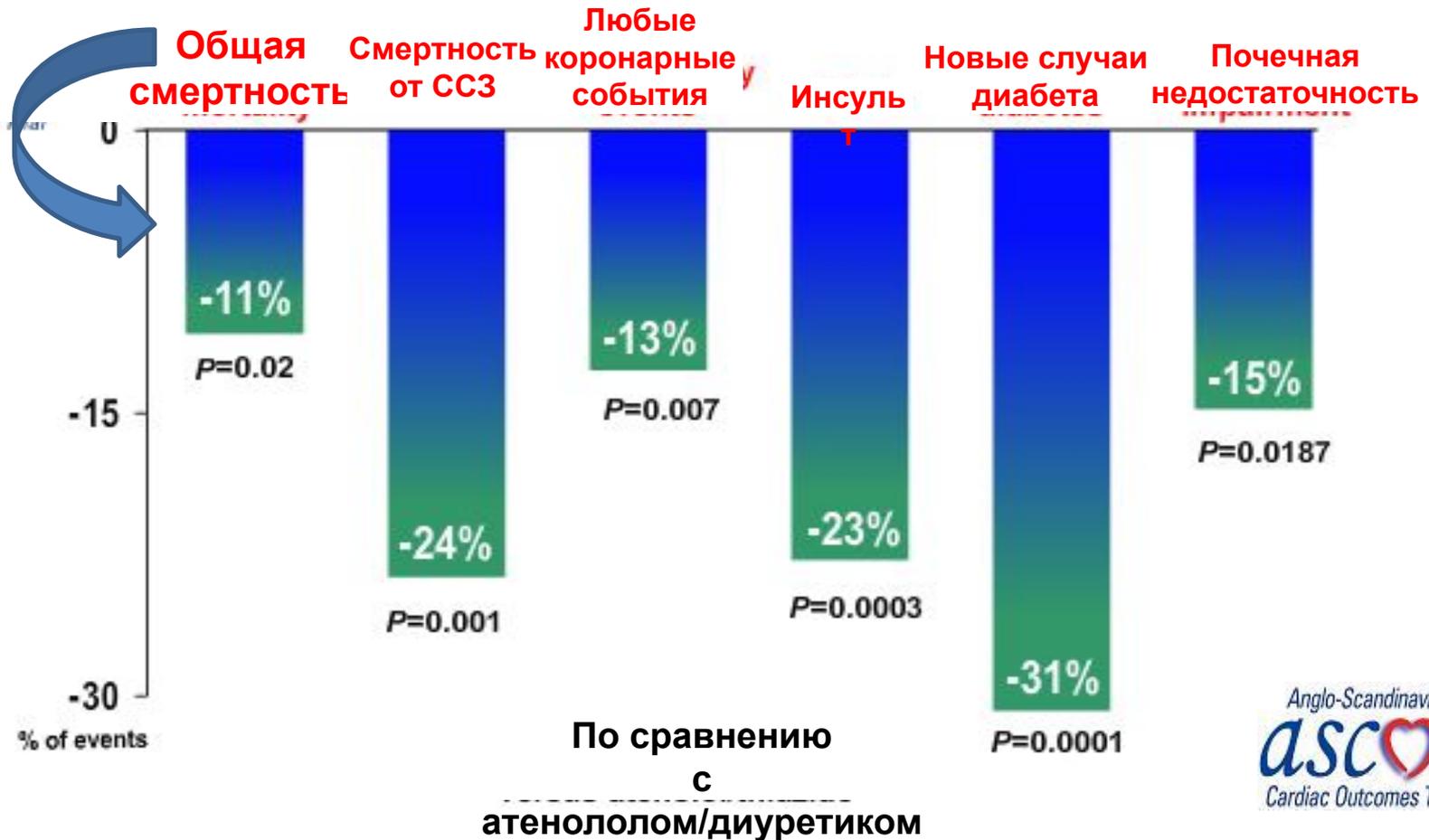
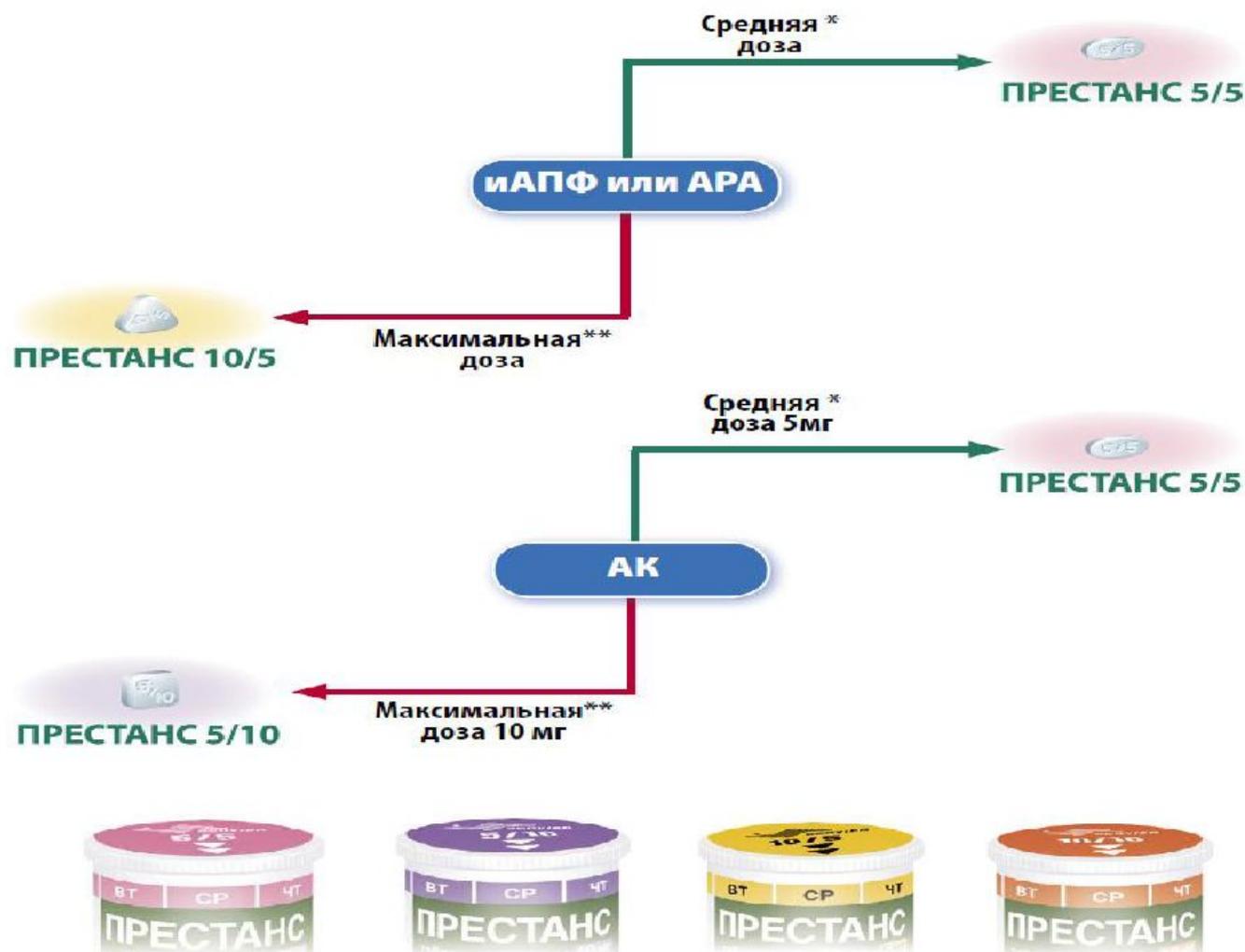


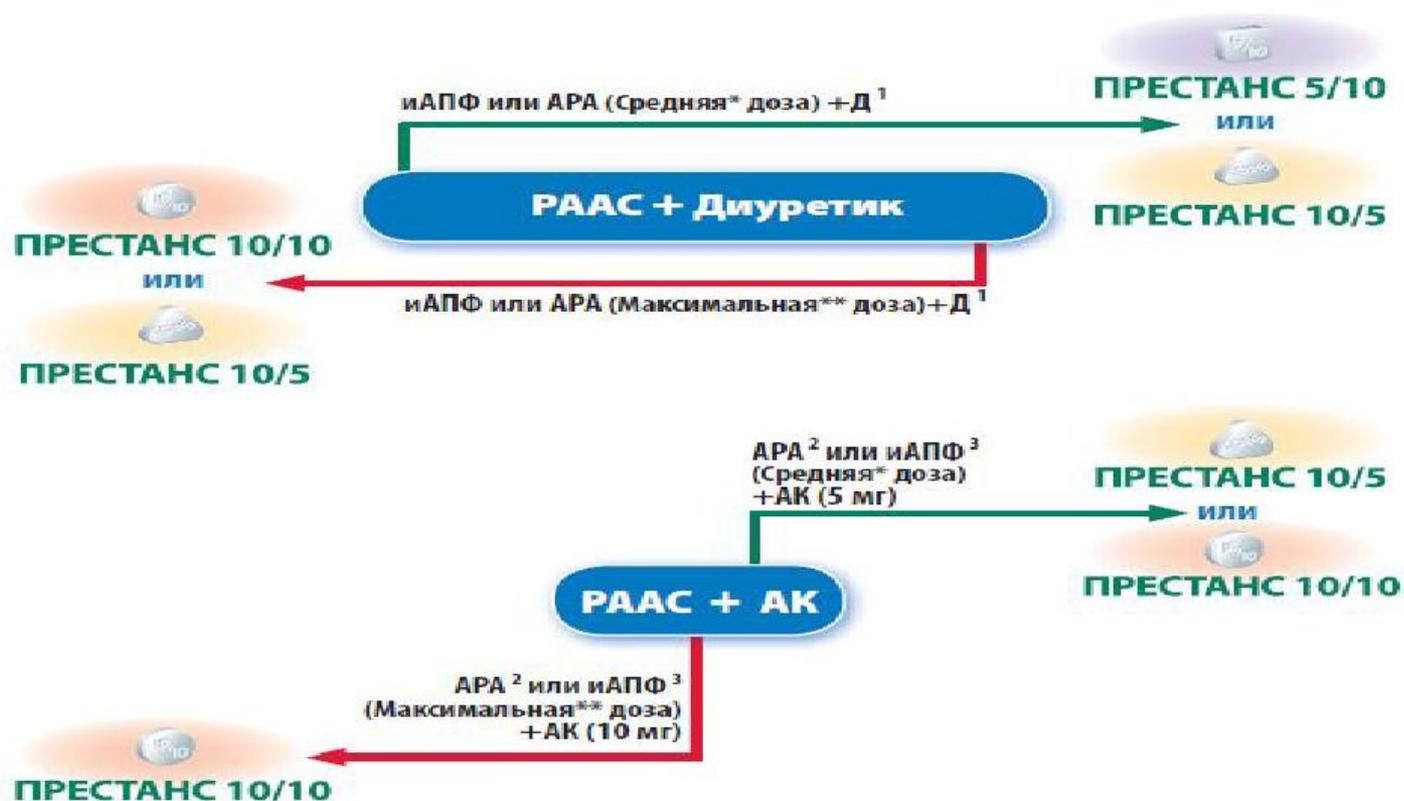
Схема перевода на ПРЕСТАНС с монотерапии



* Средняя терапевтическая доза (LD50) – доза ЛС, оказывающая желательный (оптимальный) терапевтический эффект у большинства больных.

** Максимальная терапевтическая доза (LD90) – доза ЛС, не достигая минимальной токсической дозы, и условно принимается за наибольшую дозу, применимую к применению в медицинской практике.

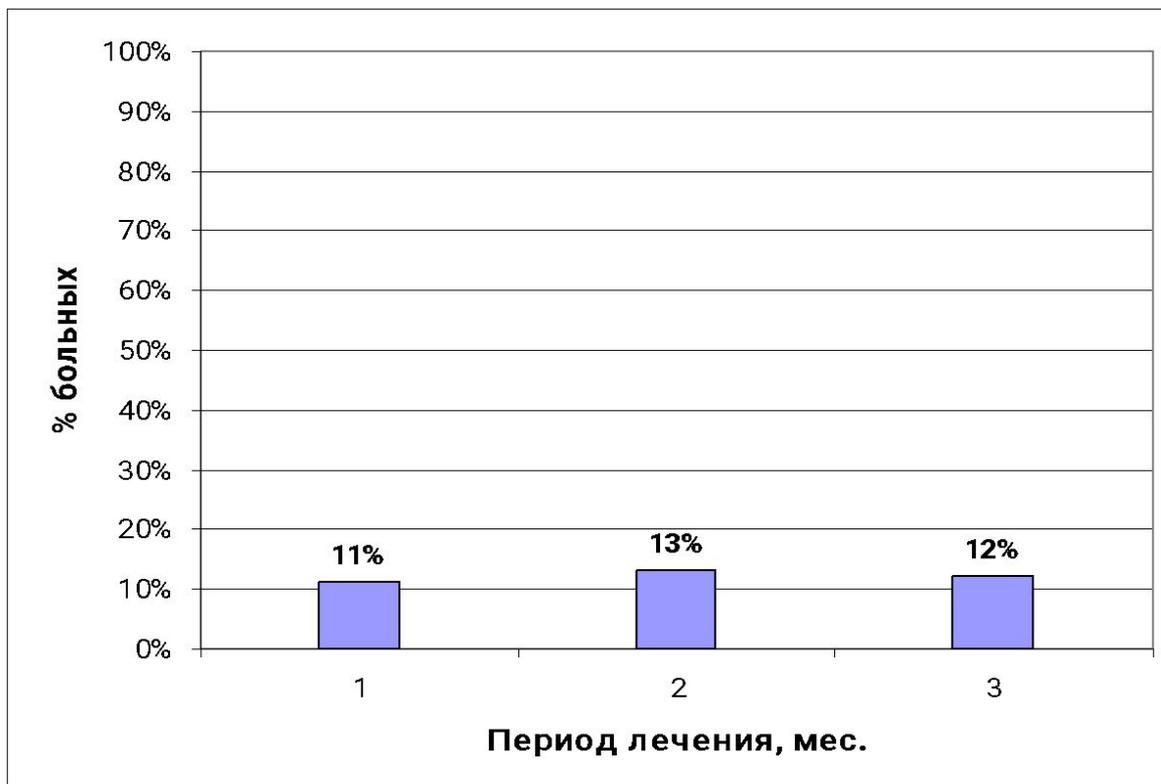
Схема перевода на ПРЕСТАНС с комбинированной терапии (свободной или фиксированной)



* Средняя терапевтическая доза (ЕД50) – доза ЛС, обеспечивающая максимальный (оптимальный) терапевтический эффект у большинства Больных.
 ** Максимальная терапевтическая доза (ЕД90) – доза ЛС, не достигающая минимальной токсической дозы, и условно принимается за наибольшую доступную дозу, разрешенную к применению в медицинской практике.
 1. Лозап, Лориста, Энал Н, 2. ФК (Эксорж), 3. ФК (Экватор).

Безопасность терапии: Появление новых отеков нижних конечностей

45% больных получали **Престанс 5/10** и **10/10** мг, т.е. максимальную дозу амлодипина, 95% больных завершили исследование



Фармакоэкономический анализ программы «ПРОРЫВ»

Цель: Выбор наиболее рационального, затратно-эффективного метода диагностики или лечения

Престанс снижает общую стоимость болезни.

Средняя экономия

денежных средств – 11 523 руб/чел. за 12 недель

Основные причины:

Уменьшение числа

дополнительных визитов к врачу

Снижение числа госпитализаций

Снижение числа вызовов СМП

Общая стоимость болезни

$$\bullet \text{ COI} = \text{DC} + \text{IC}$$

• **COI** - общая стоимость болезни

• **DC** - прямые затраты

• **IC** - не прямые затраты

Динамика показателей здоровья в течение 3 мес. исследования

Улучшает 4 показателя здоровья

Госпитализация

в 37 раз

Временная нетрудоспособность

в 27 раз

Вызов скорой помощи

в 17 раз

Визит к врачу

в 8 раз

 **ПРОРЫВ**
в лечении **АГ**

Престанс в лечении
неконтролируемой артериальной гипертензии –
реальный шанс в улучшении контроля артериального давления

Выводы

- Основные детерминанты развития резистентной АГ- исходное АД и исходный выбор АГ терапии
- ПРЕСТАНС- это новая возможность решения проблемы развития РАГ
- Быстрое достижение целевого уровня АД и качественный контроль на Престансе сегодня у пациентов, которые нуждаются в КТ – это предупреждение резистентной АГ и