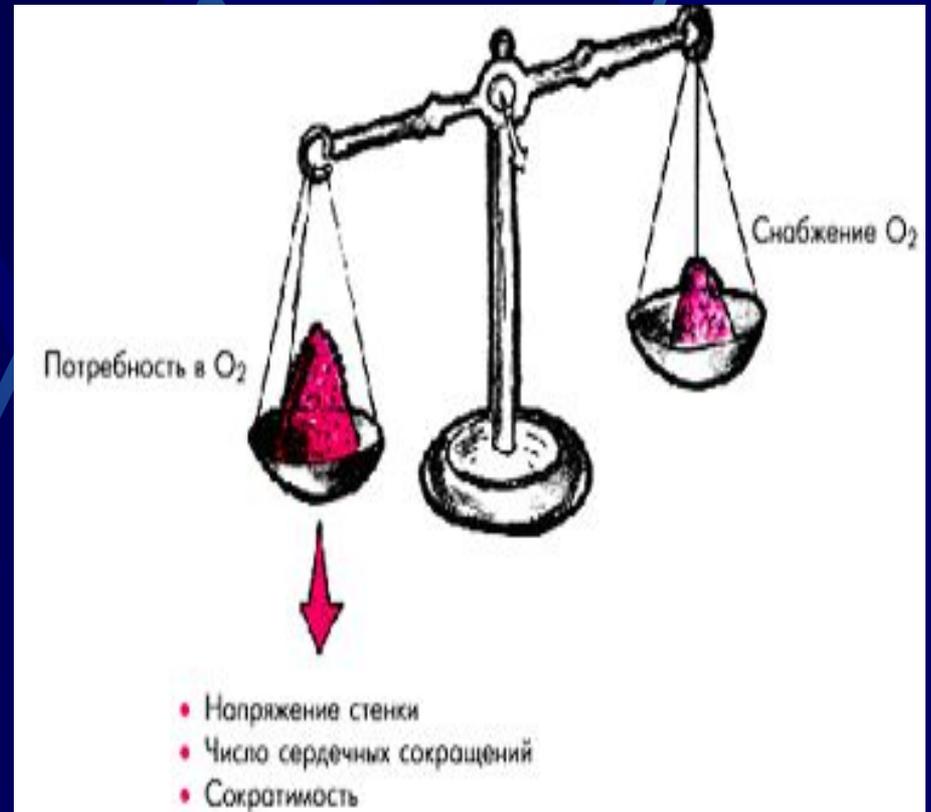


Ишемическая болезнь сердца.

Стабильная стенокардия напряжения.
Ведение на современном этапе

Ишемическая болезнь сердца

ИБС — это заболевание миокарда, обусловленное острым или хроническим несоответствием коронарного кровотока метаболическим потребностям миокарда

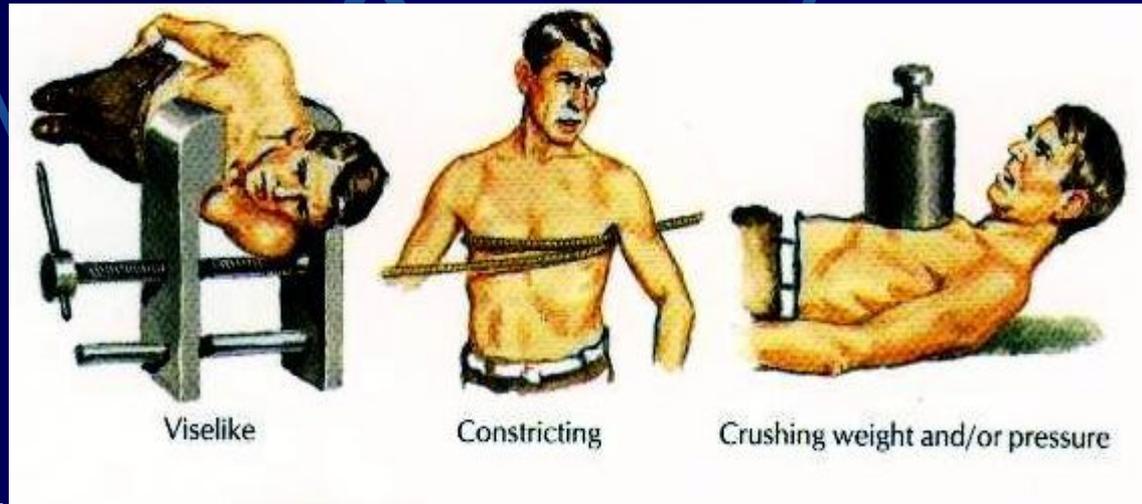


Характеристика боли:

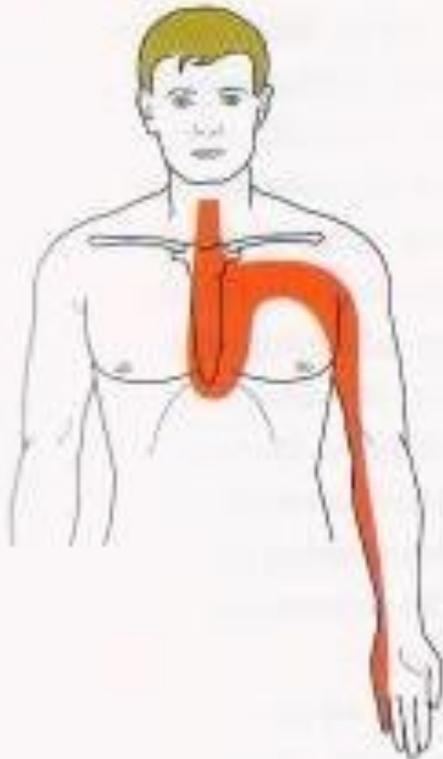
- Локализация
- Иррадиация
- Характер
- Продолжительность
- Интенсивность
- Условия возникновения
- Чем купируется

Клиника:

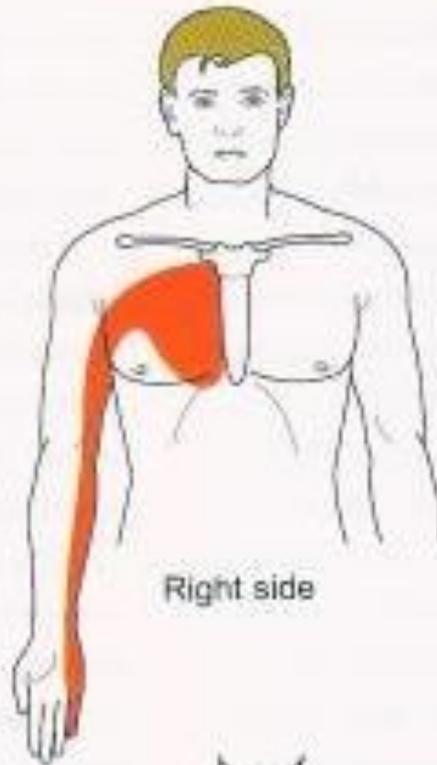
- Характеристика болевого синдрома:
 - Локализация
 - Характер болевого приступа
 - Продолжительность и возникновению после физического напряжения или иных провоцирующих факторов.



Usual distribution of pain



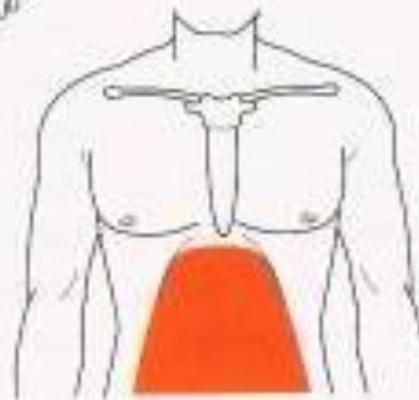
Other sites



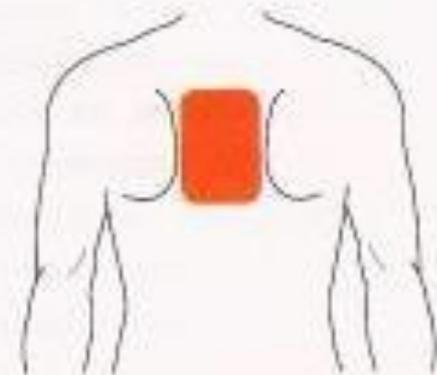
Right side



Jaw



Epigastrium



Interscapular

Клиническая классификация болей в грудной клетке

Типичная стенокардия

- Загрудинная боль или дискомфорт характерного качества и продолжительности
- Возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе
- Проходит в покое или после приема нитроглицерина

Атипичная стенокардия

- Два из вышеперечисленных признаков

Несердечная боль

- Один или ни одного из вышеперечисленных признаков

- Классические ангинозные боли встречаются не чаще, чем в 30% случаев доказанной стенокардии.
- В остальных 70% мы встречаемся с атипичными, ее эквивалентами.

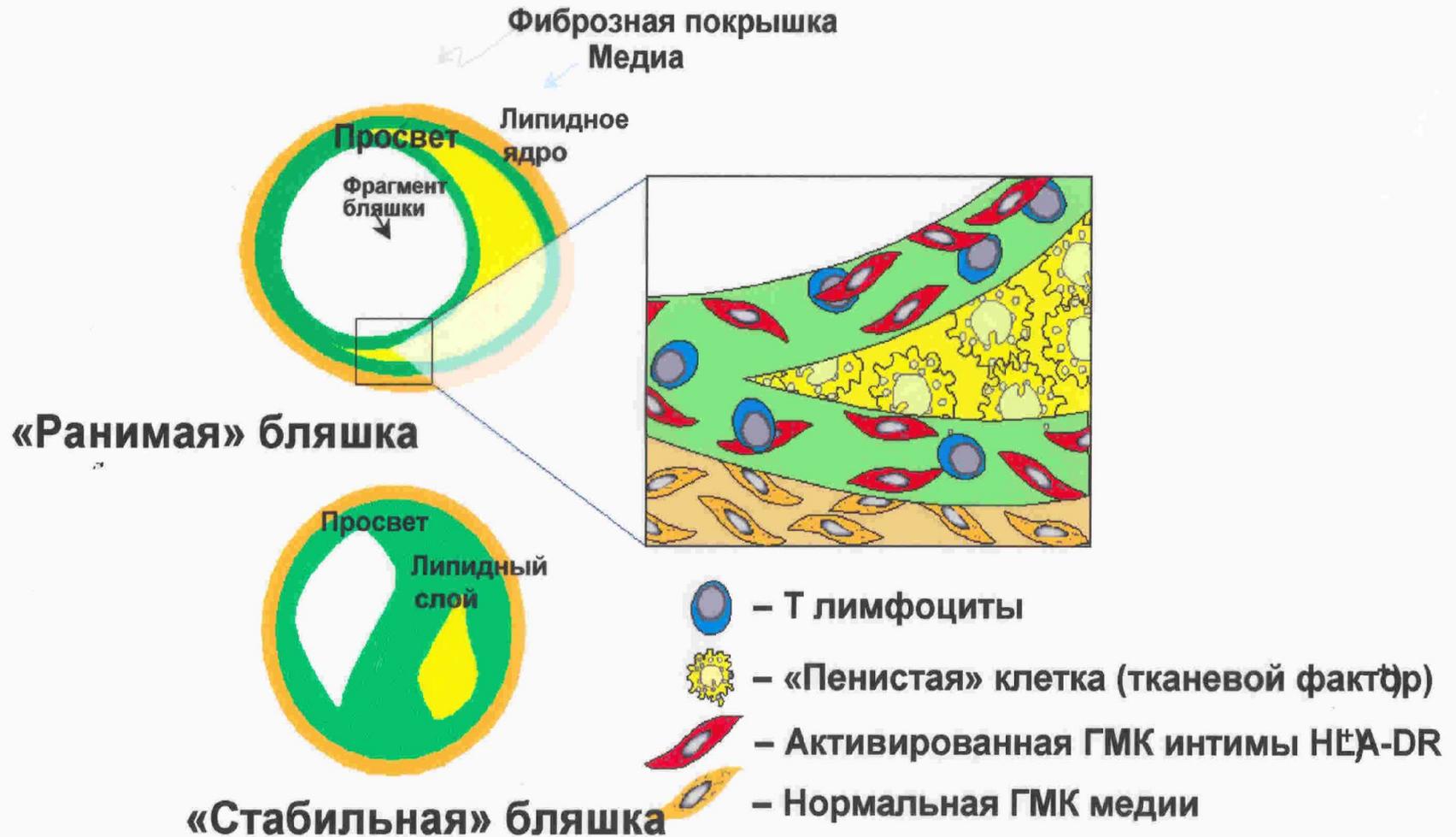
Стабильная стенокардия

- Характеризуется болями в груди, возникающими при определенной физической нагрузке (индивидуальной для каждого больного), проходит примерно после 10-минутного отдыха.
- Боль постоянно возникает при определенной интенсивности физической нагрузки.

Основные факторы, провоцирующие боль в груди:

- физическая нагрузка (ФН): быстрая ходьба, подъем в гору или по лестнице, перенос тяжестей
- повышение артериального давления (АД)
- холод
- обильный прием пищи
- эмоциональный стресс

Характеристика «ранимой» бляшки



Самая частая причина острого атеротромбоза бессимптомная легкоранимая атеросклеротическая бляшка

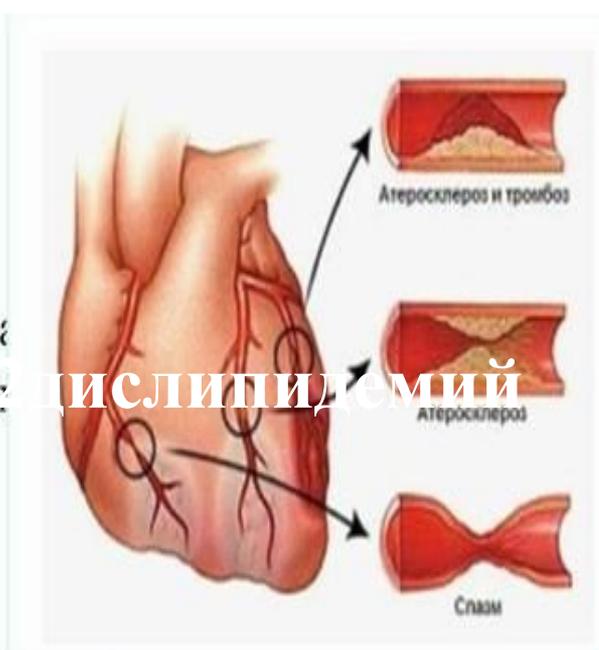


Факторы риска ССЗ



Причины развития ИБС

Чаще всего причиной развития ИБС является *атеросклероз коронарных артерий*, при котором происходит постепенное сужение просвета сосуда вследствие жировых (холестериновых) отложений в его стенке – *атеросклеротических бляшек*



- Возникновению заболевания способствуют множество причин, но особое место занимают *факторы риска*, связанные с привычками и образом жизни. Если они будут вовремя предотвращены, то болезнь может и не развиваться

1. Недостаточное применение антисклеротических препаратов

- **2. Консерватизм врачей в использовании холестеринснижающих препаратов, в частности, статинов, для коррекции атерогенной гиперлипидемии**
- **3. Высокая стоимость оригинальных статинов, что делает их малодоступными для большинства пациентов**

Медикаментозная терапия

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ:

- Устранить приступы стенокардии
- Улучшить прогноз болезни

ЗАДАЧИ ТЕРАПИИ

- изменение образа жизни
- воздействие на факторы риска
- медикаментозная терапия
- обучение больных

Шкала SCORE для определения риска смерти от сердечно-сосудистого заболевания в ближайшие 10 лет

Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	ЖЕНЩИНЫ				Возраст, годы	МУЖЧИНЫ														
	Некурящие		Курящие			Некурящие		Курящие												
	4	5	6	7		8	4	5	6	7	8									
180	7	8	9	10	12	13	15	17	19	22	14	16	19	22	26	26	30	35	41	47
160	5	5	6	7	8	9	10	12	13	16	9	11	13	15	16	18	21	25	29	34
140	3	3	4	5	6	6	7	8	9	11	6	8	9	11	13	13	15	17	20	24
120	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	4	5	6	7	9	9	10	12	14	17
180	4	4	5	6	7	8	9	10	11	13	9	11	13	15	18	18	21	24	28	33
160	3	3	3	4	5	5	6	7	8	9	6	7	9	10	12	12	14	17	20	24
140	2	2	2	3	3	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	8	10	12	14	17
120	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
180	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	6	7	8	10	12	12	13	16	19	22
160	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	4	5	6	7	8	8	9	11	13	16
140	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6	5	6	8	9	11
120	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	8
180	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7	7	8	10	12	14
160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	5	5	6	7	8	10
140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	5	6	7
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5
180	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1

Холестерин, ммоль/л

150 190 230 270 310

мг/дл

Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний со смертельным исходом в ближайшие 10 лет



Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE:

- менее 1% - низкий
- >1 до 5% - средний
- >5% до 10% - высокий.
- >10% очень высокий

Стратегия вмешательства в зависимости от суммарного сердечно-сосудистого риска и уровня ХС ЛПНП

Суммарный СС риск по SCORE, %	Уровни ХС ЛПНП				
	< 70 мг/дл < 1,8 ммоль/л	70 - < 100 мг/дл 1,8 - < 2,5 ммоль/л	100 - < 155 мг/дл 2,5 - < 4 ммоль/л	155 - < 190 мг/дл 4 - < 4,9 ммоль/л	>190 мг/дл > 4,9 ммоль/л
< 1% (низкий)	Коррекций не требуется	Коррекций не требуется	Коррекция образа жизни	Коррекция образа жизни	КОЖ, при неэффективности медикаментозная терапия
≥ 1 - <5% (умеренный)	Коррекция образа жизни	Коррекция образа жизни	КОЖ, при неэффективности медикаментозная терапия	КОЖ, при неэффективности медикаментозная терапия	КОЖ, при неэффективности медикаментозная терапия
>5 – 10% (высокий)	КОЖ, рассмотреть назначение статинов	КОЖ, рассмотреть назначение статинов	КОЖ, немедленное назначение статинов	КОЖ, немедленное назначение статинов	КОЖ, немедленное назначение статинов
≥ 10 (очень высокий риск)	КОЖ, рассмотреть назначение статинов	КОЖ, немедленное назначение статинов	КОЖ, немедленное назначение статинов	КОЖ, немедленное назначение статинов	КОЖ, немедленное назначение статинов

3-х ступенчатый протокол:

1. Предтестовая вероятность

- Клинические проявления, ЭКГ покоя, ЭхоКГ

2. Неинвазивные исследования

- Стресс-методы визуализации (предпочтительнее Стресс-ЭКГ)

- Коронарная КТ-ангиография.

- Локальный опыт, влияющий на выбор тестов

3. Оценка риска

- Медикаментозная терапия, если ПТВ > 85% или положительный результат неинвазивного теста

- Инвазивная КАГ у больных с высоким риском по результатам исследования или если имеются приступы на фоне оптимальной медикаментозной терапии

Стратификация риска

Методы исследований	Риск	Значение
	Высокий	Смертность от ССЗ > 3%
СТРЕСС - ЭКГ	Средний	Смертность от ССЗ 1-3%
	Низкий	Смертность от ССЗ <1%
	Высокий	Площадь ишемии > 10%
Методы визуализации	Средний	Площадь ишемии 1-10%
	Низкий	Нет ишемии
	Высокий	3-х сосудистое поражение или аналог.
Коронарная КТ-ангиография	Средний	1-2 сосудистое поражение или аналог.
	Низкий	Гемодинамически не значимое или нет

Нагрузочные тесты не обладают **100%** точностью и небезопасны

- Результат нагрузочного теста зависит от величины **предтестовой вероятности** (ПТВ)
- Проба с нагрузкой: чувствительность и специфичность около 85%
- **Нет необходимости в проведении тестов, если**
 - Низкая вероятность $<15\%$
 - Высокая вероятность ($>85\%$) = имеется ИБС

Клиническая предтестовая вероятность

- Низкая $< 15\%$
- Промежуточная 15-85%
- Высокая $>85\%$

Все больные ИБС нуждаются в медикаментозной терапии

Не всем больным ИБС показана реваскуляризация миокарда

Имеет значение :

- величина ишемии миокарда
- характер изменений коронарных артерий □
- Диагностическая значимость нагрузочных тестов зависит от **клинической вероятности болезни**

- Нет необходимости в проведении тестов при
низкой вероятности болезни

- Нет необходимости в проведении тестов у лиц с
высоким риском

Диагноз стенокардии подтверждён

ПТВ 15-85% - результаты исследований получены
- ПТВ > 85% - исследования только для стратификации риска у больных с
нетяжёлой стенокардией и медикаментозной терапией

Низкий риск
(смертность <1%)

Промежуточный риск
(смертность 1-3%)

Высокий риск
(смертность >3%)

**Оптимальная
медикаментозная
терапия**

ОМТ и возможно
КАГ (основываясь
на коморбидности и
предпочтениях
больного)

КАГ(+ определение
ФРК) (+
реvascularизация,
если показана) **+ОМТ**

Медикаментозное лечение

Антитромбоцитарные препараты:

- Ацетилсалициловая кислота,
- Клопидогрель

Антиангинальные средства:

- β - блокаторы
- Блокаторы кальциевых каналов
- Нитраты

Гиполипидемические средства

- Симвастатин
- Аторвастатин
- Розувастатин

Лекарственная терапия ИБС

Общие вопросы.

1. **Оптимальная лекарственная терапия должна предусматривать назначение ≥ 1 антиишемического препарата и средств, предупреждающих развитие сердечно-сосудистых событий (I, C).**
2. Рекомендуется информировать пациента о сущности его заболевания, факторах риска и принципиальных вопросах лечения (I, C).
3. Вскоре после начала лечения рекомендуется оценить приверженность к нему пациента (I, C).

ОБРАЗ ЖИЗНИ И КОНТРОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА

- прекращение курения
- контроль массы тела
- физическая и сексуальная активность
- гиполипидемическая терапия
- лечение АГ
- терапия сахарного диабета
- психосоциальные факторы
- вакцинация против гриппа

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Устранение стенокардии

- Короткодействующие нитраты
- Антиангинальные препараты

Профилактика осложнений

- АСК
- Статин
- ИАПФ или БРА обсудить

Антиангинальная терапия

Препараты 1-ой линии

- Короткодействующие нитраты I B +**
- бета-адреноблокатор или АК для контроля ЧСС и симптомов **I A**
 - Возможно подключение препаратов 2 линии в зависимости от переносимости и сопутствующих заболеваний у отдельных пациентов **I C**

Антиангинальная терапия

Препараты 2-ой линии в зависимости от уровня АД, ЧСС и переносимости.

- ИВАБРАДИН II a B
- ПРОЛОНГИРОВАННЫЕ НИТРАТЫ II a B
- НИКОРАНДИЛ II a B
- РАНОЛАЗИН II a B
- ТРИМЕТАЗИДИН II в B

Медикаментозная терапия больных ИБС: предупреждение острых событий

Показания

Уровень

Класс

Низкие дозы аспирина ежедневно показаны всем пациентам СИБС

I

A

Клопидогрель вместо аспирина в качестве альтернативного препарата при его непереносимости

I

B

Статины рекомендуются **всем** пациентам ИБС

I

A

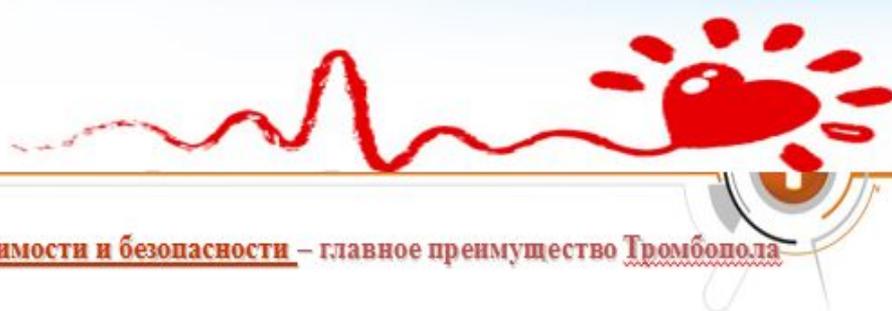
Рекомендовано использовать ИПФ (или АРА) при наличии других показаний

I

A

Тромбопол®

Ацетилсалициловая кислота 75 мг и 150 мг



Усовершенствованный профиль переносимости и безопасности – главное преимущество Тромбопола

Кишечнорастворимый

Тромбопол*:

- ✓ предотвращает воздействие АСК на слизистую желудка;
- ✓ минимизирует потери АСК при всасывании в рН >6-7;
- ✓ уменьшает вероятность развития «резистентности» к АСК;
- ✓ при разжевывании максимальная концентрация в плазме крови достигается через 15 минут.



Естественное место всасывания АСК!

Существуют различные формы АСК, АСК с добавлением в антацидов (гидроксид магния). Положительный эффект буферных форм АСК (содержащих антациды, например гидроксид магния), связан с адсорбцией соляной кислоты и созданием буферных соединений, таким образом уменьшается ульцерогенное действие АСК на слизистую оболочку желудка. Однако количество антацида в современных буферных формах недостаточно для изменения рН желудочного сока. Доза антацида (магния гидроксид) должна быть в 40 раз больше**.

*Hirsch et al., 1992; Jimenez et al., 1992; Dammann H.G., Gastroenterol Int., 1:205-16. 1998, 2004.

Ацетилсалициловая кислота и сердечно-сосудистые заболевания. К вопросу о профилактике инфаркта миокарда и ишемического инсульта. Здоровье Украины, №10, 2003

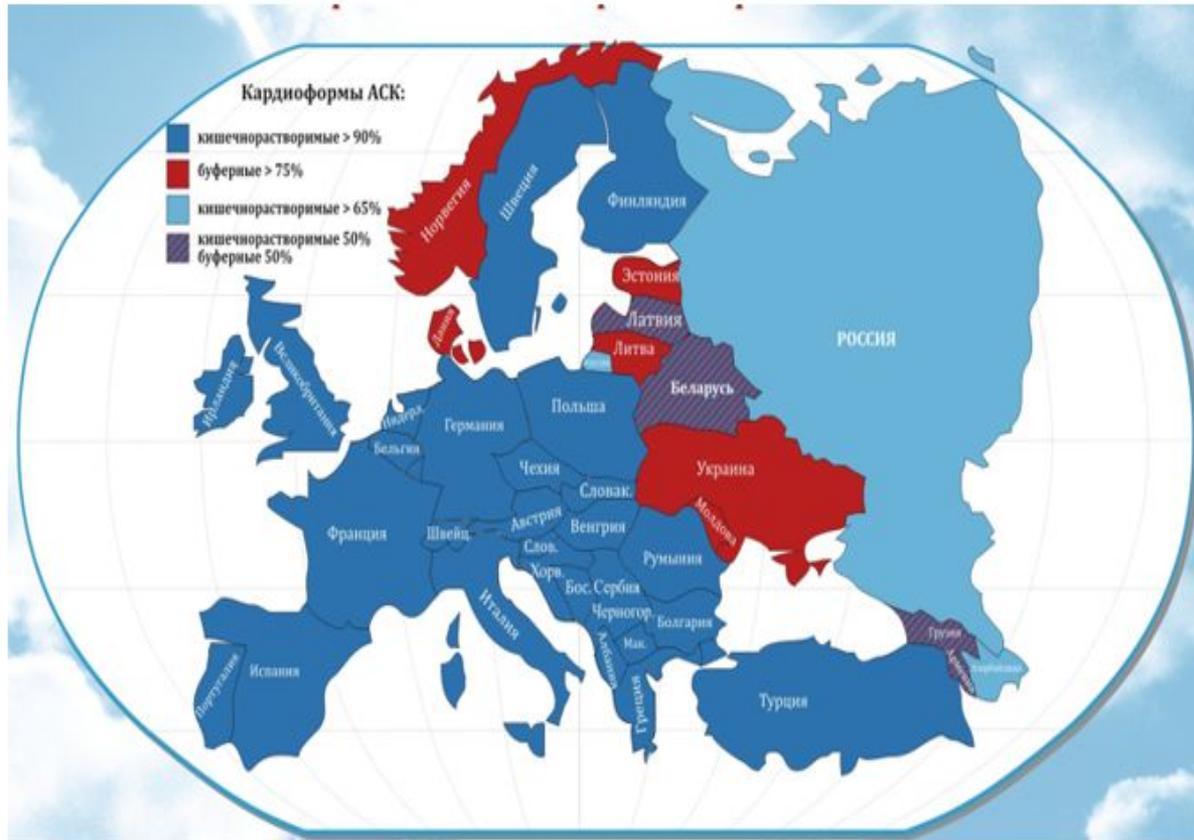
**Рафальский В.В. Особенности клинической фармакологии ацетилсалициловой кислоты как антиромботического препарата / В.В. Рафальский, А.В. Криков, А.Н. Багликов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2009. — № 8 (7). — С. 1-6.

Тромбопол®

Ацетилсалициловая кислота 75 мг и 150 мг



Кардиоформы ацетилсалициловой кислоты, применяемые в Европе и СНГ*



Кишечнорастворимые формы являются приоритетными для
долговременной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

*AMS 2010, Pharmexpert – 2010 – АСК в дозах от 32 мг до 350 мг Германия, Франция, Италия, Великобритания, Бельгия, Австрия, Турция, Финляндия, Швейцария, Швеция, Румыния, Португалия, Венгрия, Греция, Чехия, Болгария, Ирландия, Норвегия, Дания, Польша, Словакия, Словения, Хорватия, Сербия, Черногория, Македония, Босния, Герцоговина, Украина, Россия, Литва, Латвия, Эстония, Беларусь, Молдова, Грузия, Армения, Азербайджан, Узбекистан, Казахстан.

Тромбопол®

Ацетилсалициловая кислота 75 мг и 150 мг



Ацетилсалициловая кислота - стандарт лечения, рекомендованный в клинических рекомендациях*.

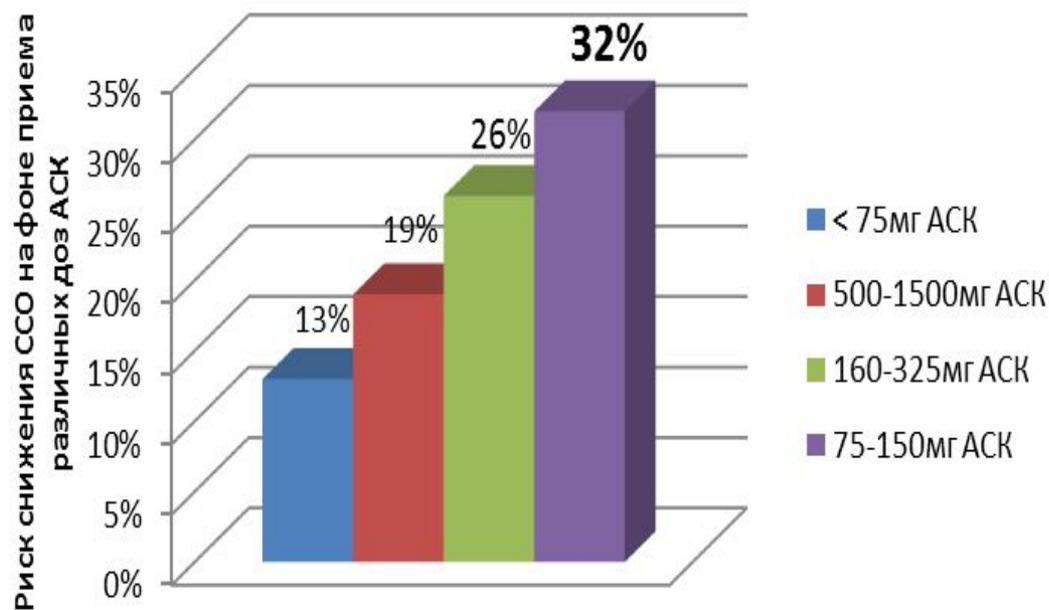
Преимущества лечения АСК при ССЗ:

- ♥ Рекомендован ЕОАГ\ЕОК как стандарт для первичной и вторичной профилактики осложнений ИБС и АГ (инфаркты, инсульты).
- ♥ Огромная доказательная база рандомизированных исследований по эффективности и безопасности
- ♥ Имеет различные дозировки и формы выпуска
- ♥ Доступная форма лечения



Эффективность дозировок АСК 75мг и 150мг

Снижение риска ССО на фоне приема различных доз АСК
(meta-analysis Antithrombotic Trialists Collaboration, 2002)



Снижение риска ССО на фоне применения различных доз АСК в сутки

*ССО – сердечно-сосудистые осложнения
** АСК – ацетилсалициловая кислота



Самая доступная и эффективная антитромбоцитарная терапия

Клопидогрель



АСК

Медикаментозная терапия больных ИБС: предупреждение острых событий

Показания

Уровень

Класс

Низкие дозы аспирина ежедневно показаны всем пациентам СИБС

I

A

Клопидогрель вместо аспирина в качестве альтернативного препарата при его непереносимости

I

B

Статины рекомендуются всем пациентам ИБС

I

A

Рекомендовано использовать ИПФ (или АРА) при наличии других показаний

I

A

Преимущества клопидогреля у различных категорий больных

исследование CAPRIE

Категория больных	События: АСК	События: клопидогрел	Снижение относительного риска	Снижение абсолютного риска	NNT
Общая когорта*	5,8%	5,3%	8,7%	0,51%	196
Регоспитализация**	13,67%	12,57%	7,9%	1,1%	91
Анамнез АКШ	22,3%	15,9%	28,9%	6,4%	16
>1 ишемического события в анамнезе	20,4%	18,4%	10,0%	2,0%	50
>2 сосудистых бассейнов	19,84%	17,39%	12,4%	2,45%	41
Сахарный диабет	17,7%	15,6%	12,5%	2,1%	48
ИЗСД	21,5%	17,7%	16,7%	3,8%	26,3
Гиперхолестеринемия	13,6%	12,3%	9,7%	1,3%	77

* – сердечно-сосудистая смерть, инфаркт миокарда, инсульт, для остальных категорий + кровотечения
 ** – по поводу ишемических осложнений и кровотечений
 NNT – количество больных, которых необходимо пролечить для предотвращения данного осложнения, ИЗСД – инсульт-зависимый сахарный диабет



Медикаментозная терапия больных ИБС: предупреждение острых событий

Показания

Уровень

Класс

Низкие дозы аспирина ежедневно показаны всем пациентам ИБС

I

A

Клопидогрель вместо аспирина в качестве альтернативного препарата при его непереносимости

I

B

Статины рекомендуются всем пациентам ИБС

I

A

Рекомендовано использовать ИПФ (или АРА) при наличии других показаний

I

A

Основа лечения дислипидемии – **СТАТИНЫ**

Данные метаанализа рандомизированных исследований (4S, HPS, CARE, ASCOT-LLA и др.) показывают, что снижение **ОХ на 25%** и **ХС ЛПНП на 30%** приводят к снижению сердечно-сосудистых событий и смертности в среднем **на 30%**.

Мощность статинов

Симвастатин - 20 мг - ЛПНП ↓ на 28%

Аторвастатин - 20 мг - ЛПНП ↓ на 38%

Розувастатин - 10 мг - ЛПНП ↓ на 48%

Удвоение дозы любого статина ↑ эффективность на 6%

Целевые уровни липидных параметров у пациентов с ИБС

Липидные
параметры

Целевой уровень липидов

ОХ

<4,0 ммоль\л

ХСЛПВП

мужчины >1,0 ммоль\л

женщины > 1,2 ммоль\л

ХСЛПНП

<1,8 ммоль\л

Триглицериды

<1,7 ммоль\л

Рекомендации **ESC/EAS** по лечению дислипидемий **2016**

новое руководство предлагает выбор **индивидуальных целевых уровней холестерина ЛНП** на основе уровня риска (который определяется сопутствующими заболеваниями и расчетным 10-летним риском смерти от ССЗ).

ESC/EAS , 2016

- У всех пациентов, независимо от имеющегося у них риска, следует **достигать не менее чем 50% снижения уровня холестерина ЛНП.**
- При **высоком риске** **< 2,6 ммоль/л**
- При **очень высоком риске** **< 1,8 ммоль/л**

USA

- назначение статинов всем пациентам с высоким риском, даже если у них низкий уровень холестерина.

Чтобы подобрать правильный препарат пациенту, следует оценить суммарный риск сердечно-сосудистых заболеваний *



ОКС-острый коронарный синдром*



После ОКС*

АТОРВАСТАТИН

Пациенты после перенесенного ОКС, принимающие **ОРВАСТАТИН** достигли средней концентрации Хс-ЛПНП 3,5 ммоль/л**

Нарушенная функция работы почек не влияет на концентрацию орвастатина в плазме и его эффективность ***

Очень высокий риск

Хроническая болезнь почек

Сахарный диабет

Аторвастерол

Аторвастатин 10 мг, 20 мг и 40 мг №30

ОЛЕСТЕРИНУ!



* Reiner Z, et al. ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. European Heart Journal 2011, 32:1769-1818.

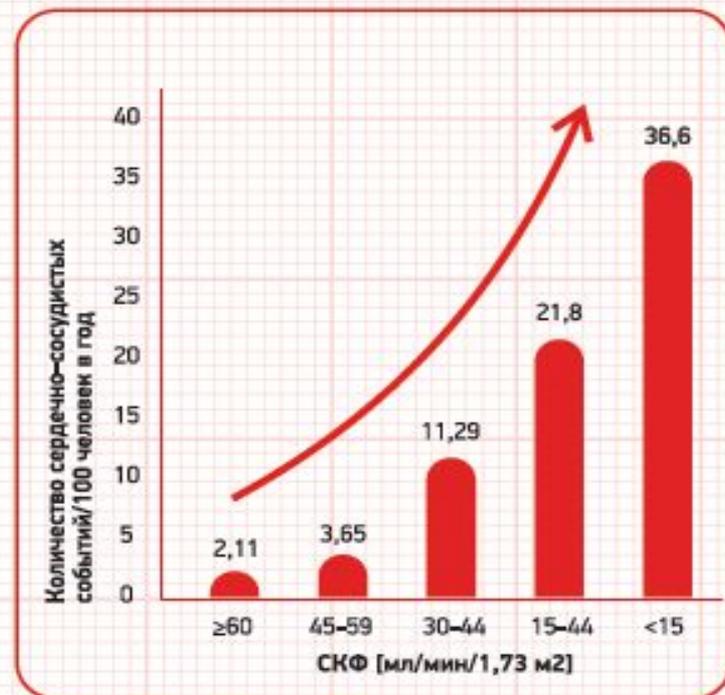
** Cannon CP, et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. New England Journal of Medicine 2004, 350(15):1495-504.

*** инструкция по применению препарата Аторвастерол

Аторвастатин рекомендован для пациентов с хронической почечной недостаточностью, в следствии лучшего профиля переносимости и безопасности терапии**



Риск возникновения сердечно-сосудистых событий растет вместе со снижением СКФ *



Аторвастатин в дозе 80 мг в сутки превосходит розувастатин в плане нефропротекторного действия на почки **

ИССЛЕДОВАНИЕ «PLANET» -РЕЗУЛЬТАТЫ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ НА ПОЧКИ (%) ***

Побочное действие	Розувастатин 10 мг/сут (n = 116)	Розувастатин 40 мг/сут (n = 123)	Аторвастатин 80 мг/сут (n = 110)
Все почечные заболевания	7,8	9,8	4,5
Развитие острой почечной недостаточности	0,0	4,1	0,9
Увеличение креатинина в 2 раза	0,0	4,9	0,0
Увеличение креатинина в 2 раза или развитие острой почечной недостаточности	0,0	7,3	0,9



Аторвастерол не требует изменения дозы у пациентов с почечной недостаточностью ****

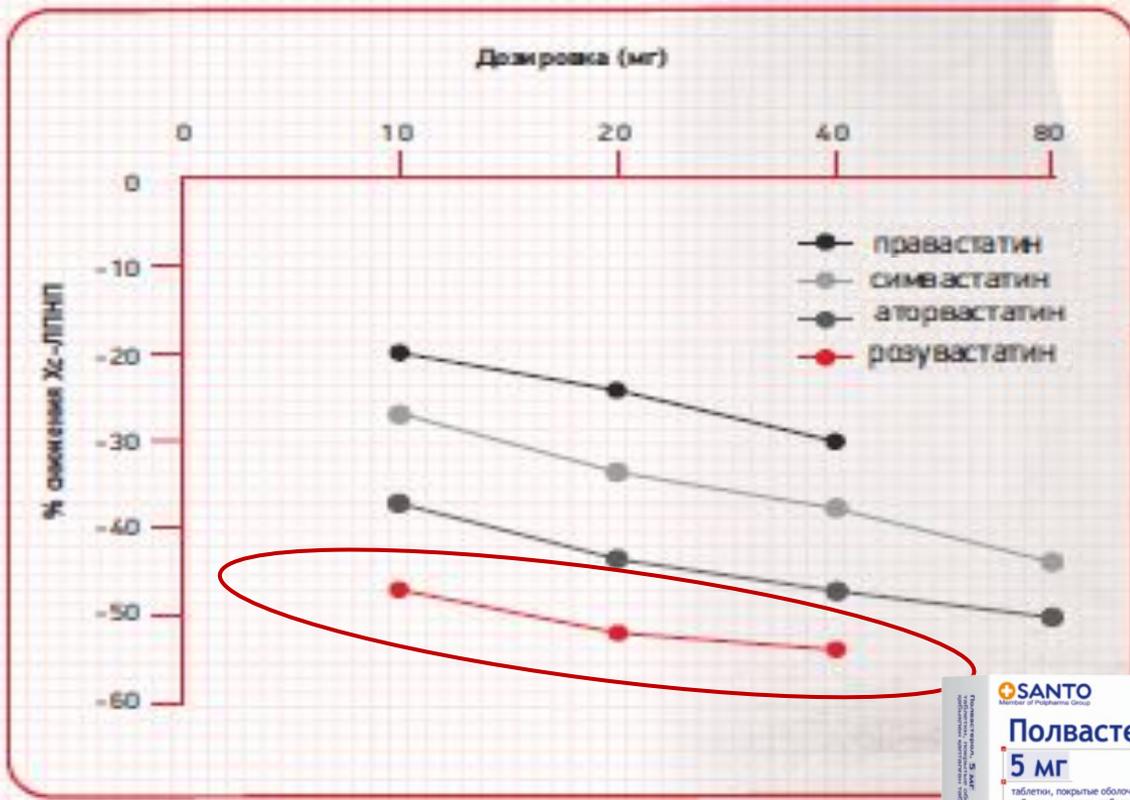
* Go AS et al. Chronic Kidney Disease and the Risks of Death, Cardiovascular Events, and Hospitalization. N Engl J Med. 2004; 351:1276-305.

** Розувастатин на ті інших статинів Mariana Bronca; Kardiol Op Fakt 2011; 1: 14-23

*** de Zeeuw D. 2010 European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association Congress June 27, 2010; Munich, Germany.

**** Инструкция по применению препарата.

РОЗУВАСТАТИН показан больным, нуждающимся в сильном снижении хс-ЛПНП (по данным исследования Галактика, розувастатин снижает хс-ЛПНП интенсивнее из всех статинов)**



На основании рекомендаций ESH/EOA по лечению дислипидемий 2011, чтобы подобрать правильную терапию, следует оценить суммарный риск сердечно-сосудистых заболеваний*

ПОЛВАСТЕРОЛ
розувастатин 5 мг, 10 мг, 20 мг № 30

... с трудной задачей



* На основании рекомендаций ESH/EOA по лечению дислипидемий 2011.
** Данные PH, COMPELLER MH, SHIBU M, MC AL, 2011, LANCET, Group. Сравнение эффективности и безопасности розувастатина и других статинов, administered, and pravastatin in clinical studies. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61000-1. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21500000>.



SANTO
Member of Poppharma Group

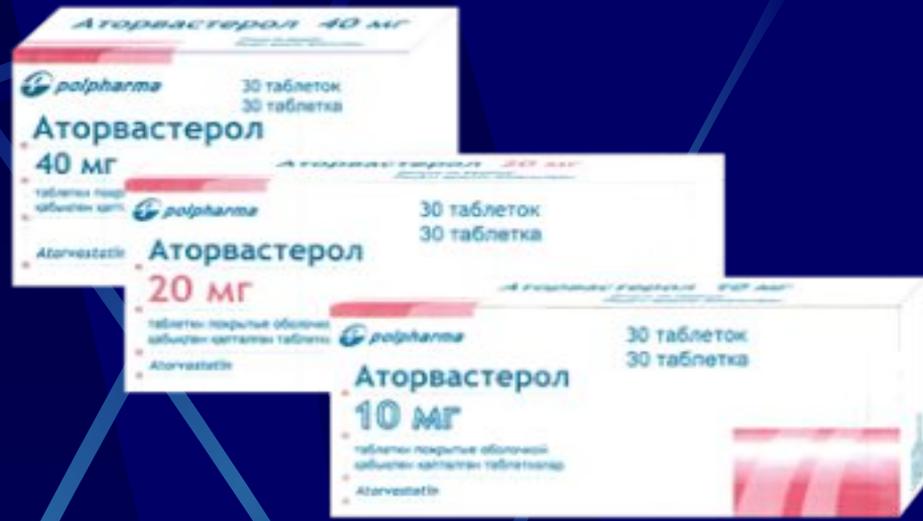
ПОЛВАСТЕРОЛ

ПОЛВАСТЕРОЛ

СПРАВИТСЯ С ТРУДНОЙ ЗАДАЧЕЙ!

розувастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг

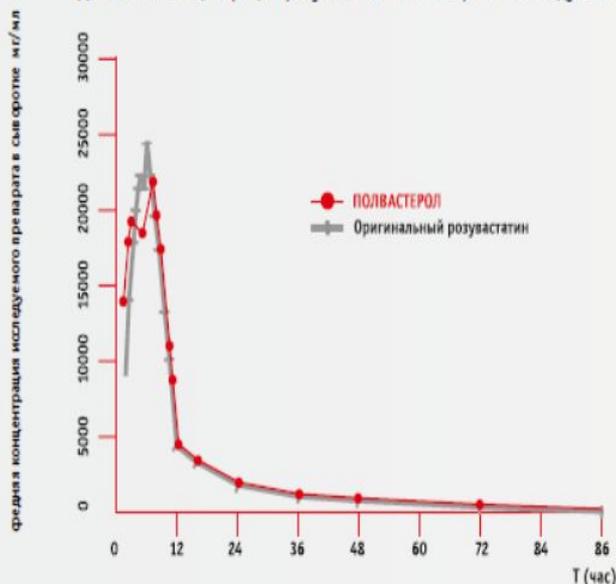




ПОЛВАСТЕРОЛ биоэквивалентен эталонному препарату на 98,02%*

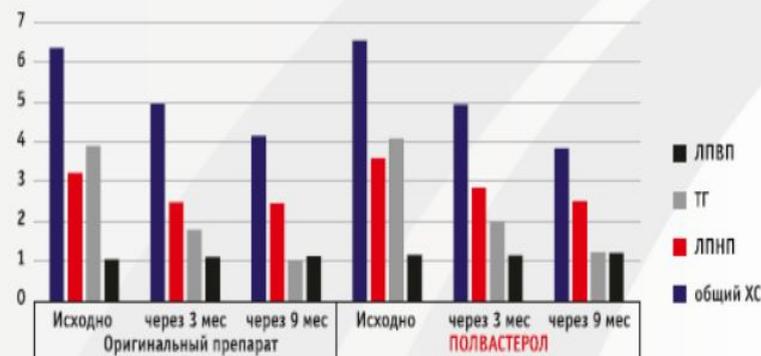


Динамика концентрации розувастатина в сыворотке исследуемого препарата



Согласно проведенному сравнительному исследованию, биоэквивалентность ПОЛВАСТЕРОЛА в сравнении с эталонным препаратом составляет 98,02%

Сравнительное изучение эффективности и переносимости оригинального и воспроизведенного препаратов розувастатина у больных гиперлипидемией



Выводы:

Существенных отличий гиполипидемического эффекта оригинального препарата и его генерика (ПОЛВАСТЕРОЛ) не выявлено, в обоих случаях происходит достоверное и равнозначное снижение уровней липидного спектра.

Механцева И.В., Собянин А.В., Трофимова В.В.
Сравнительное изучение эффективности и переносимости оригинального и воспроизведенного препаратов розувастатина у больных гиперлипидемией
КГМУ, кафедра внутренних болезней №2 г. Караганда, Научный руководитель: к.м.н., доцент Бадина Л.К.

* «Оценка биоэквивалентности препарата розувастатин-Ромазик, Polpharma проф.»
Марлен Bronsel – повторная печать дополнения к «Практической Фармазии»

Как необходимо назначать ПОЛВАСТЕРОЛ?



Схема назначения ПОЛВАСТЕРОЛА

Начальная доза	Повышение	Максимальная доза
5 -10 мг	20 мг	40 мг



! В случае необходимости, доза может быть увеличена через 2 недели приема

Одна таблетка 1 раз в сутки!

Повышение дозы до 40 мг может рассматриваться только у пациентов с тяжелой гиперхолестеринемией и с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, у которых не был достигнут желаемый результат терапии при приёме дозы 20 мг.

Инструкция по применению лекарственного препарата



Медикаментозная терапия больных ИБС: предупреждение острых событий

Показания

Уровень

Класс

Низкие дозы аспирина ежедневно показаны всем пациентам СИБС

I

A

Клопидогрель вместо аспирина в качестве альтернативного препарата при его непереносимости

I

B

Статины рекомендуются всем пациентам СИБС

I

A

**Рекомендовано использовать ИПФ
(или АРА) при наличии других
показаний**

I

A

РАМИПРИЛ – самый назначаемый Ингибитор АПФ в мире!!! Почему?

Назначение **рамиприла** в средней дозе **5 мг в сут.** лицам с высоким нормальным АД (предгипертония) в возрасте 50 лет и старше в течение 3 лет в исследовании **PHARAO существенно задерживало развитие АГ.** Из важных особенностей ингибитора АПФ **рамиприла** в отличие от большинства других ингибиторов АПФ следует отметить его способность **снижать вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений** при высоком и очень высоком сердечно-сосудистом риске не только у больных АГ, но также у лиц с высоким нормальным и даже нормальным артериальным давлением (АД).

РАМИПРИЛ – самый назначаемый ИАПФ в развитых странах



Исследование PHARAO финансируется фармацевтической компанией в составе Национального сердечно-сосудистого исследования, <http://www.heart.org>.

Больные с высоким сердечно-сосудистым риском (терапия **рамиприлом**)

НОРЕ

n = 9297 4,5 года

☐ 22%

☐ 21%

☐ 32%

☐ 26%

☐ 16%

+

На 34% ☐
НОВЫХ
случаев СД



Micro-НОРЕ

n = 3577 б-х СД 4,5 года

☐ 25%

☐ 22%

☐ 33%

☐ 24%

☐ 37%

+

На 24% ☐ риска ХПН
На 16% ☐ риска
микрососудистых
осложнений СД

Комбиниру-я
смертность (ОИМ,
ОИМК, С-С смерт-ть)

ОИМ

ОИМК

С-С смертность

Общая
смертность

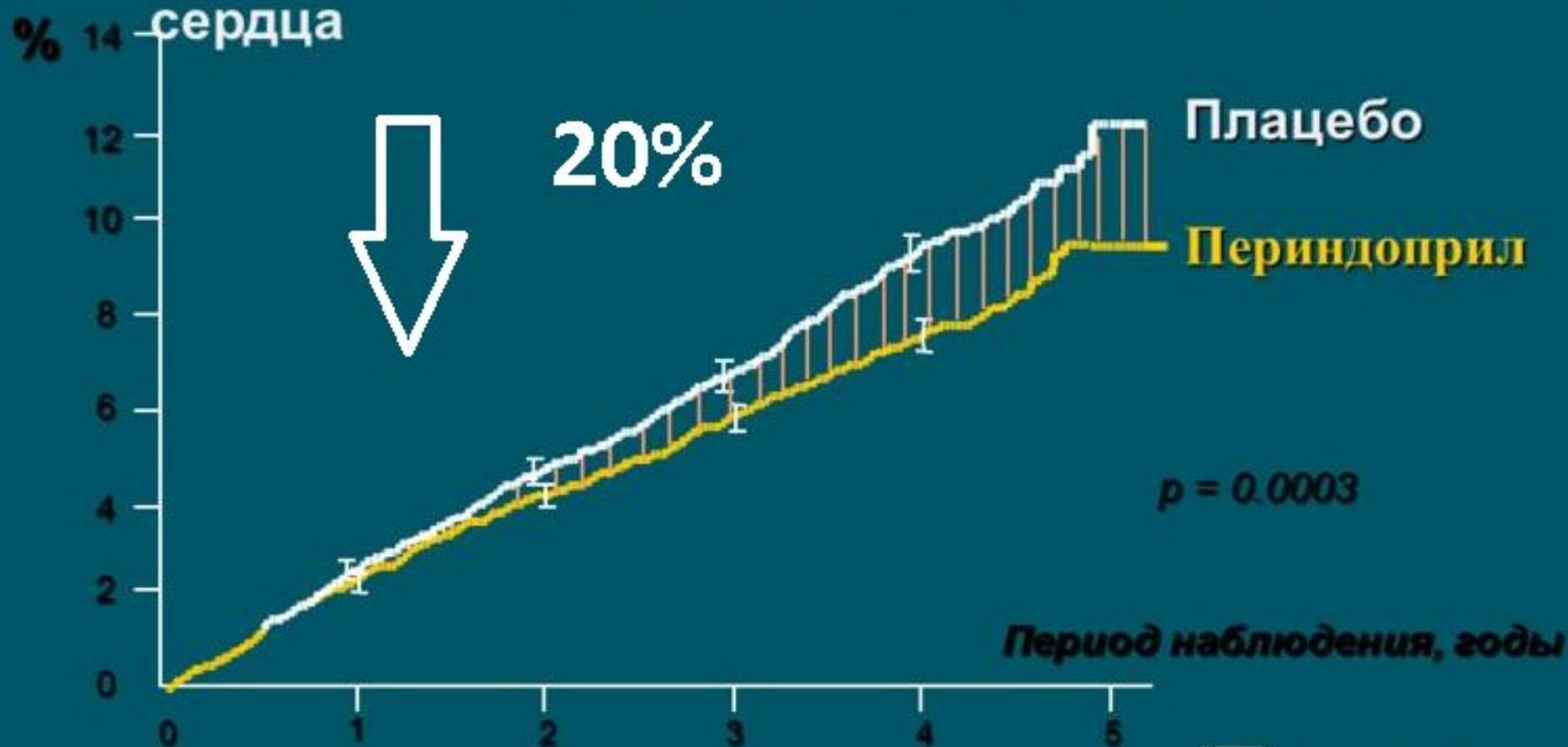
Безопасность и эффективность рамиприла по данным контролируемых рандомизированных клинических исследований

Исследования с «твердыми» конечными точками	PLUR (при АГ), AIRE, AIREX, MITRA-PLUS (при ИБС/ИМ), AIRE (при хронической СН)
Кардиопротекторные свойства	HYCAR, RACE, HEART, LORAMI
Ангиопротекторные свойства	LORAMI
Нефропротекторные свойства	MICRO-HOPE, REIN, AASK
Антисклеротические свойства	SECURE



Основной результат

снижение риска сердечно-сосудистой смертности, нефатального инфаркта миокарда и остановки сердца



EUROPA – новая точка отсчета в кардиологии

Терапия **ПЕРИНДОПРИЛОМ** (8 МГ) значительно уменьшает

- риск фатального и нефатального инфаркта миокарда – **на 24%**
- риск развития сердечной недостаточности – **на 39%**



Рекомендации экспертов:

терапия ПЕРИНДОПРИЛОМ рекомендована **всем** пациентам с ИБС, включая пациентов с низким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Преимущества ПЕРИНДОПРИЛА



Нет гипотонии “первой дозы”



Длительного действия – прием 1 раз в сутки.



Обладает органопротективными свойствами



Уменьшает пред- и пост-нагрузку



Превосходит эналаприл по способности ингибировать АПФ.



КЛЮЧЕВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ С ВАЛСАРТАНОМ



VALUE



23% ↓ риск новых случаев сахарного диабета по сравнению с амлодипином

VALIANT



**Валсартан так же эффективен, как ИАПФ в снижении риска смерти, СС смерти или нефатального ИМ или госпитализации по причине СН
Валсартан – единственный БРА имеет показание острый инфаркт миокарда (от 12 часов до 10 дней)***

Val-HeFT



**На 13% ↓ риск общей смертности и заболеваемости
На 28% ↓ риска госпитализации по причине ХСН
На 45% ↓ риска госпитализации и смертности больных с ХСН**

JIKEI Heart Study



**39% ↓ СС смертности и заболеваемости
40% ↓ первичный и повторный инсульт
65% ↓ госпитализации по причине стенокардии
47% ↓ госпитализация по причине ХСН**

Julius S, Kjeldsen S, Brunner H et al. VALUE trial: long term blood pressure trends in 13449 patients with hypertension and high cardiovascular risk. Am J Hypertens 2003; 16: 544-8.
Velazquez E.J., Pfeffer M.A., McMurray J.V., et al. Valsartan In Acute myocardial Infarction (VALIANT) trial: baseline characteristics in context. Eur J Heart Fail 2003; 5: 537-44.
Maggioni A.P., Latini R., Carson P.E. et al. Valsartan reduces the incidence of atrial fibrillation in patients with heart failure: results from the Valsartan Heart Failure Trial (Val-HeFT). Am Heart J 2005; 149:548-549 Mochizuki S., Dahlof B., Shimizu M. et al. Valsartan in a Japanese population with hypertension and other cardiovascular disease (JIKEI HEART STUDY): a randomised, open-label, blinded endpoint morbidity-mortality study. Lancet. 2007; 369: 1431-9.



VANATEX®
valsartanum
Эффективность
через точность

ДЛЯ КАКИХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ ЛУЧШЕ ВЫБИРАТЬ САРТАНЫ (ВАЛСАРТАН) В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ?

- Пациенты молодого возраста.
 - повышенная активность ренин-ангиотензиновой системы
 - риск повреждения органов-мишеней.

- Пациенты с сахарным диабетом.
 - нефропатия, микроальбуминурия
 - гипертрофия левого желудочка

САРТАНЫ (ВАЛСАРТАН):

- имеют выраженные органопротективные свойства
- обладают кардиопротективным действием (вызывает регрессию гипертрофии левого желудочка)
- входят в комплекс лечения острого инфаркта миокарда
- эффективны в предотвращении мозговых инсультов

* Утюжникова М.С., кардиолог поликлиники ККБ, Россия «Роль сартанов в лечении артериальной гипертонии», 2013г

* А.Ф. Иванов, д.м.н., проф. кафедры кардиологии и общей терапии УНЦ Медицинского центра УД Президента РФ «Сартаны в лечении сердечно-сосудистых заболеваний», 2007г

Эффективность
через точность



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!