

Новые возможности в терапии артериальной гипертензии у женщин в менопаузе

В. Н. Шишкова*¹, кандидат медицинских наук
Л. А. Капустина**, кандидат медицинских наук

* ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ, Москва

** ГБУЗ ГП 69 ДЗМ, Москва

Резюме. Рассмотрены подходы к терапии артериальной гипертензии у женщин в менопаузе с климактерическим синдромом, особенности применения антигипертензивной терапии, основные классы антигипертензивных препаратов, возможности рациональной комбинированной терапии.

Ключевые слова: менопауза, климактерический синдром, артериальная гипертензия.

New possibilities of arterial hypertension therapy for women in menopause

V. N. Shishkova, L. N. Kapustina

Abstract. Approaches to the therapy of arterial hypertension for women in menopause with climacteric syndrome were considered, as well as features of hypotensive therapy application, main groups of hypotensive drugs, and possibilities of rational combined therapy.

Keywords: menopause, climacteric syndrome, arterial hypertension.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, современный мир меняется в сторону глобального демографического старения населения в большинстве развитых стран, с сохранением превалирования доли женщин в средних и старших возрастных группах. Так, по современным данным Федеральной службы государственной статистики, число женщин в возрасте от 45 до 59 лет в РФ в 2018 г. составило более 38% от общего числа женщин всех возрастов [1]. Такая значимая доля женщин работоспособного возраста, включающего период развития пре-, перименопаузы, объясняет большой интерес разных специалистов к изучению возрастных изменений, происходящих в организме женщины старше 45 лет.

Менопауза, с одной стороны, по сути являясь естественным событием перехода женщины из репродуктивного периода

жизни в нерепродуктивный, с другой стороны, может стать критическим периодом испытаний, в течение которого возможно развитие различных неблагоприятных симптомов. Учитывая тот факт, что к моменту начала менопаузы могут проявиться симптомами уже накопленные соматические заболевания, наряду с теми нейровегетативными, психологическими и соматическими расстройствами, связанными собственно с изменением уровня половых гормонов, влияющих на активность многих систем организма, включая центральную нервную (ЦНС) и сердечно-сосудистую системы (ССС), можно предполагать значительное ухудшение качества жизни женщины в данный период. По данным литературы, климактерический синдром (КС) значимой степени выраженности развивается как минимум у 48% женщин [2]. Падение уровня половых стероидов в крови проявляется несколькими группами клинических симптомов, связанных в том числе с изменением функционирования нейротрансмиттерных систем в ЦНС: 1) вегетативно-сосудистые нарушения: приливы жара, потливость, повышение уровня артериального давления (АД) и/или его частые колеба-

ния, головная боль, головокружение, сердцебиение, зябкость, ознобы, чувство онемения, симпатоадреналовые кризы;

- 2) обменно-эндокринные нарушения: ожирение, изменение функции щитовидной железы, дисгормональная гиперплазия молочных желез, атрофия половых органов;
- 3) психоэмоциональные нарушения: характеризуются в основном повышенной утомляемостью, резкими сменами настроения, снижением работоспособности и ухудшением памяти [1, 2].

Помимо этого, к моменту наступления менопаузы большинство женщин уже имеют сопутствующие соматические заболевания, ухудшающие течение климактерического периода. Наиболее часто встречающиеся патологии — сахарный диабет (СД), ожирение, артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), фибрилляция предсердий и хроническая ишемия головного мозга (ХИМ) [3]. ХИМ — особая разновидность сосудистой церебральной патологии, обусловленная медленно прогрессирующим диффузным нарушением кровоснабжения головного мозга с посте-

¹ Контактная информация:
Veronika-1306@mail.ru
DOI

пенно нарастающими разнообразными дефектами его функционирования [4, 5]. Установлено, что у женщин в период менопаузы распространенность сосудистых заболеваний головного мозга — ХИМ атеросклеротического, гипертензионного или смешанного характера составляет около 43%. Тяжелое течение самого КС дополнительно приводит к раннему формированию поздних и тяжелых форм цереброваскулярной патологии [4, 5].

Лечение климактерических симптомов при наличии цереброваскулярной патологии — медленно и незаметно прогрессирующей ХИМ на фоне АГ — является сложной проблемой в практике врача первичного звена [6]. Эффективным методом коррекции вегетативно-эмоциональных проявлений КС считается назначение заместительной гормональной терапии, которая абсолютно противопоказана при наличии у женщины сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ) или ХИМ [5]. Помимо этого известно, что многие ноотропные препараты обладают выраженным стимулирующим действием и не могут применяться при ССЗ, а у анксиолитиков и антидепрессантов есть побочные эффекты, затрудняющие активное функционирование больных (дневная сонливость, заторможенность).

Таким образом, АГ остается актуальной проблемой женщин с КС, поскольку является самым частым компонентом коморбидности, присутствуя в 90% случаев всех возможных сочетаний заболеваний в терапевтической практике, и является фактором риска развития ССЗ, а также цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ): ХИМ, гипертонической энцефалопатии, ишемического или геморрагического инсульта [6, 7, 9]. Ключевым моментом применения антигипертензивной терапии остается эффективный контроль АД и достижение оптимальных значений, определяемых индивидуально для каждого пациента, с учетом всех имеющихся факторов риска и сопутствующих состояний [8].

Сегодня для лечения АГ рекомендуются пять основных классов антигипертензивных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов к ангиотензину II, антагонисты кальция, β -адреноблокаторы и диуретики, для которых способность предупреждать развитие неблагоприятных сосудистых событий доказана в многочисленных рандомизированных клинических исследованиях [8, 9]. Все эти классы препаратов подходят для стартовой

и поддерживающей терапии, как в виде монотерапии, так и в составе комбинаций. Ранний старт с рациональной комбинированной терапии является новым подходом, рекомендованным современными руководствами по лечению АГ [8, 9]. Примером такого старта может быть препарат Гипотэф, отечественный четырехкомпонентный антигипертензивный препарат с нейропротективным эффектом. В состав одной таблетки Гипотэфа входят: эналаприл 5 мг, индапамид 0,75 мг, метопролола тартрат 25 мг и винпоцетин 2,5 мг. Применение такой низкодозовой комбинации компонентов с различными механизмами действия позволяет уменьшать побочные эффекты отдельных компонентов, которые, как правило, имеют дозозависимый характер [10]. Гипотэф плавно снижает АД без риска гипотонии, благодаря низким дозам активных компонентов снижается вероятность возникновения побочных эффектов, что способствует хорошей переносимости препарата и увеличивают приверженность к терапии, что особенно важно у пациентов с ЦВЗ [11]. Эффективность входящего в состав Гипотэфа сосудистого ноотропного компонента — винпоцетина была неоднократно подтверждена в широкомасштабных исследованиях, терапия винпоцетином способствует уменьшению выраженности таких неврологических симптомов, как головная боль, головокружение, шум в ушах у пациентов с АГ, а также достоверное улучшение настроения и памяти. Особенно эффективно применение препарата Гипотэф может быть у женщин трудоспособного возраста с АГ 1–2 степени на фоне КС, сопровождающейся учащенным сердцебиением, головокружением, так как Гипотэф мягко снижает АД без риска гипотонии и улучшает микроциркуляцию в головном мозге благодаря наличию в составе винпоцетина [11].

Целью настоящего открытого контролируемого исследования являлось изучение эффективности и безопасности применения препарата Гипотэф в терапии АГ 1–2 степени тяжести у женщин с КС.

Материал и методы исследования

В открытом контролируемом рандомизированном исследовании приняли участие 60 женщин в возрасте от 40 до 60 лет (Me возраста — 54 года [51; 58]) с впервые выявленной АГ 1–2 степени и проявлениями КС в период пре-, пери- и постменопаузы.

Все пациентки, включенные в исследование, прошли первичное клинико-лабораторное обследование и были рандомизированы в 2 группы.

В 1-й группе (n = 30) пациенткам к базовой терапии (гиполипидемической, сахароснижающей и т.д.) был добавлен препарат Гипотэф (эналаприл 5 мг, индапамид 0,75 мг, метопролола тартрат 25 мг и винпоцетин 2,5 мг) в суточной дозе 1 таблетка на период 4 недели с последующей титрацией, при необходимости. Во 2-й группе (n = 30) к прежней терапии (гиполипидемическая, сахароснижающая и т.д.) был добавлен комбинированный препарат, содержащий эналаприл 10 мг и гидрохлортиазид 12,5 мг, также с последующей титрацией через 4 недели.

Продолжительность терапии в обеих группах составила 12 недель. Оценка состояния пациенток с использованием всех методик проводилась на этапе включения в исследование, далее — через 12 недель. В комплексную терапию также входили немедикаментозные методы, направленные на коррекцию имеющихся у пациенток метаболических нарушений (отказ от курения, диетические ограничения животных жиров, рафинированных углеводов и соли в пище, увеличение физической активности за счет аэробных нагрузок (пешеходные прогулки на свежем воздухе по 30–45 мин ежедневно)).

Критерии включения пациенток в исследование:

- женщины в возрасте 40–60 лет;
 - впервые выявленная АГ 1–2 степени, подтвержденная СМАД;
 - изменения менструального цикла в возрасте от 40 лет, не связанные с заболеваниями, что подтверждено заключением врача-гинеколога (менопауза или нерегулярные менструации в период пре-, пери- и постменопаузы), сопровождающиеся КС.
- Критерии исключения из исследования:

- склонность к аллергическим реакциям, в т.ч. гиперчувствительность к компонентам препарата Гипотэф в анамнезе;
- получение гормонозаместительной терапии половыми стероидами или применение психотропных препаратов, таких как ноотропы, анксиолитики, антидепрессанты (в т.ч. растительного происхождения), антиконвульсанты, нейролептики (типичные и атипичные), адаптогены (в т.ч. растительного происхождения);
- планирование беременности или отсутствие надежной контрацепции;
- зависимость от психоактивных веществ;

Социодемографические показатели пациенток в группах					Таблица 1
Показатели	1-я группа (Гипотэф), n = 30		2-я группа (контроль), n = 30		
	п, человек	%	п, человек	%	
Место жительства					
Крупный город (> 500 тыс. чел.)	30	100	30	100	
Средний город (> 50 тыс. чел, но < 500 тыс. чел.)	–	–	–	–	
Малый город и рабочий поселок (< 50 тыс. чел.)	–	–	–	–	
Сельская местность	–	–	–	–	
Образование					
Высшее	28	93,3	23	76,6	
Незаконченное высшее	1	3,3	–	–	
Среднее специальное	1	3,3	7	23,3	
Среднее общее	–	–	–	–	
Неполное среднее и начальное	–	–	–	–	
Семейный статус					
В браке	25	83,3	20	60,0	
Разведены	3	10,0	8	26,6	
Не состояли в браке	2	6,6	2	6,6	
Дети					
Есть	28	93,3	29	96,6	
Нет	2	6,6	1	3,3	
Профессиональный статус					
Работают	28	93,3	27	90,0	
Не работают	2	6,6	3	10,0	
Инвалиды	–	–	–	–	
Сфера деятельности:					
Интеллектуальная (от числа работающих)	22	84,6	24	88,9	
Физическая (от числа работающих)	4	15,4	3	11,1	

Сопутствующая патология					Таблица 2
	1-я группа (Гипотэф), n = 30		2-я группа (контроль), n = 30		
	п, человек	%	п, человек	%	
Ожирение 1-й степени	24	80,0	26	86,7	
Ожирение 2-й степени	3	10,0	2	6,7	
Предиабет (НТГ/НГН)	10	33,3	8	26,7	
Сахарный диабет	9	30,0	11	36,7	
Артериальная гипертензия					
1-я степень	21	30,0	19	63,3	
2-я степень	9	70,0	11	36,7	
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	13	43,3	21	36,6	
Нетоксический многоузловой зоб	10	33,3	13	40,0	
Первичный гипотиреоз	10	33,3	12	43,3	
Дислипидемия	28	93,3	26	86,7	
Хроническая ишемия мозга	8	26,6	10	33,3	
Хронический гастрит	3	10,0	5	16,7	
Язва двенадцатиперстной кишки	2	6,7	0	0	
Жировой гепатоз	22	73,3	20	66,7	

Примечание. НТГ — нарушение толерантности к глюкозе; НГН — нарушение гликемии натощак.

• состояния, угрожающие жизни пациента.

Всем пациенткам был проведен опрос по специально разработанной карте, включающей блоки медико-социального анамнеза (вопросы о социальном статусе, наследственности, статусе курения, потреблении алкоголя, диете, течении сопутствующих соматических и гинекологических заболеваний, контрацептивный анамнез). Оценку КС проводили по шкале менопаузального индекса Куппермана в модификации Е. В. Уваровой (1982) (ММИ), в основу которого положено определение нейро-вегетативного, обменно-эндокринного и психоэмоционального симптомокомплексов. Клинико-лабораторное исследование включало: измерение роста, веса, окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ); расчет индекса массы тела (ИМТ) и соотношения ОТ/ОБ; измерение систолического АД, диастолического АД, ЧСС в покое; электрокардиография в 12 отведениях в покое в положении лежа, лабораторные исследования: клинический анализ крови и мочи. Исследование когнитивного статуса проводили по стандартному скрининговому нейропсихологическому тесту Мини-Ког (Mini-Cog).

Исследование выполнено в соответствии с Хельсинкской декларацией, принятой в июне 1964 г. и пересмотренной в октябре 2000 г. (Эдинбург, Шотландия). От каждой пациентки было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel, а также при помощи пакета программ Statistica 6.0. Распределения количественных данных, отличные от нормального, описывались с указанием медианы (Me) и интерквартильного размаха в виде 25% и 75% процентилей. Достоверность различий оценивалась по методу вариационной статистики с использованием критериев Манна–Уитни, Крускала–Уолиса и Данна для независимых выборок и критерия Уилкоксона для парных случаев непараметрических распределений. Различия считались достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Сравниваемые группы пациенток были сопоставимы по социодемографическим характеристикам, сопутствующей патологии и получаемой базовой терапии (табл. 1–3).

Следует отметить, что практически у всех женщин, включенных в исследо-

вание, ранее была выявлена дислипидемия, также высокой оказалась распространенность нарушений углеводного и жирового обмена, что свидетельствует о рисках развития сердечно-сосудистой патологии у женщин в климактерическом периоде, значимо ухудшающей течение КС и влияющей на развитие когнитивных нарушений сосудистого генеза.

Динамика гемодинамических изменений

За весь период наблюдения (12 недель) в группах не было отмечено случаев смерти или развития неблагоприятных сосудистых событий, а также случаев непереносимости назначенных препаратов. Никто из наблюдаемых пациенток не отказался от участия в исследовании, и все 60 человек прошли финальное исследование через 12 недель.

За все время наблюдения в обеих группах было отмечено достоверное улучшение изучаемых гемодинамических показателей (табл. 4). Следует отметить, что в 1-й группе пациенток, получавших Гипотэф исходно по 1 таблетке в сутки, к 4-й неделе потребовалась титрация до 2 таблеток в сутки у 12 человек, что привело к достижению целевых значений АД к концу периода наблюдения. Во 2-й группе, исходно получившей комбинированный препарат, содержащий эналаприл 10 мг и гидрохлортиазид 12,5 мг, к 4-й неделе потребовалось увеличение дозы до 2 таблеток — у 21, что также позволило достигнуть желаемого результата к концу наблюдательного периода. Однако достигнутая степень компенсации АГ в группе пациенток, получавших Гипотэф, оказалась достоверно более выраженной (табл. 4). Также были отмечены положительные изменения в показателях ЧСС, что в группе Гипотэфа отразилось в значимом уменьшении показателя ЧСС, в отличие от данных 2-й группы.

Динамика изменений менопаузального индекса

Проводился анализ нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных нарушений путем оценки количества баллов в каждой группе симптомов, а также распределение степеней тяжести данных нарушений. Показатели нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных проявлений КС у женщин на этапе включения в исследование, ММИ представлены в табл. 5. Как видно из представленных в таблице данных, исходная тяжесть проявлений КС в обеих группах была сопоставима ($p > 0,05$). Следует отметить исходную более высокую степень

Базовая терапия

Таблица 3

Препарат	1-я группа (Гипотэф), n = 30		2-я группа (контроль), n = 30	
	n, человек	%	n, человек	%
Инсулин	8	26,6	5	16,6
Аспирин	8	26,6	10	33,3
Метформин	16	53,3	14	46,6
Глибенкламид	2	6,7	5	16,7
Гликлазид МВ	8	26,6	6	20,0
Аторвастатин	10	33,3	6	20,0
Розувастатин	12	40,0	15	50,0
Эутирокс	10	33,3	12	40,0
Эзетемиб	5	16,7	2	6,7
Омега-3	2	6,7	0	0

Гемодинамические показатели

Таблица 4

Исследуемые группы	0-й день		4 недели		12 недель	
	Гипотэф	Контроль	Гипотэф	Контроль	Гипотэф	Контроль
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	165 (149; 169) ¹	160 (148; 165) ²	150 (138; 158)	155 (143; 162)	130 (120; 140) ^{1, 2}	135 (125; 150) ^{2, 2}
Диастолическое артериальное давление, мм рт. ст.	88 (85; 95) ¹	87 (85; 95) ¹	82 (78; 85)	85 (83; 89)	75 (70; 85) ^{1, 2}	80 (75; 85) ^{1, 2}
ЧСС, уд./мин	86 (84; 91) ¹	88 (84; 93)	78 (75; 84)	85 (82; 91)	70,5 (68; 73) ^{1, 1}	86 (84; 89) ¹

Примечание. Данные представлены в виде медианы и 25-го и 75-го перцентилей — Me (25%; 75%).
¹ $p < 0,02$; ² $p < 0,05$.

Динамика изменения значений менопаузального индекса Куппермана–Уваровой в группах контроля и Гипотэфа

Таблица 5

	0-й день		12 недель	
	Гипотэф	Контроль	Гипотэф	Контроль
Нейровегетативные нарушения				
Гипотэф	45 (42; 54) ¹		25 (22; 28) ^{1, 2}	
Контроль		46 (43; 55) ³		39 (35; 42) ^{2, 3}
Эндокринно-метаболические нарушения				
Гипотэф	6 (6; 7)		5 (4; 6)	
Контроль		6 (6; 7)		6 (6; 7)
Психоэмоциональные нарушения				
Гипотэф	8 (6; 14)		7 (6; 9)	
Контроль		9 (8; 12)		8 (7; 9)
Менопаузальный индекс Куппермана–Уваровой				
Гипотэф	59 (54; 61) ²		30 (25; 32) ^{2, 2}	
Контроль		62 (56; 63) ³		55 (53; 57) ^{2, 3}

Примечание. Данные представлены в виде медианы, 25-го и 75-го перцентилей — Me (25%; 75%).
¹ $p < 0,01$; ² $p < 0,02$; ³ $p < 0,05$.

тяжести КС по блокам нейровегетативных и сосудистых нарушений в обеих группах, видимо отражающих вклад АГ в патогенез данных нарушений на уровне ЦНС.

Все изменения в ММИ, произошедшие в группах за время наблюдения, отражены в табл. 5. Из полученных данных видно, что в обеих группах женщин произошло достоверное снижение степени тяже-

сти проявлений КС ($p < 0,02$, $p < 0,05$). Необходимо также подчеркнуть, что в 1-й группе изменения носили ярко выраженный характер: через 12 недель ММИ составил Me 30 (25; 32), в то время как во 2-й группе показатели изменились не столь эффективно и составили через 12 недель Me 55 (53; 57). При сравнении результатов между группами с использованием крите-

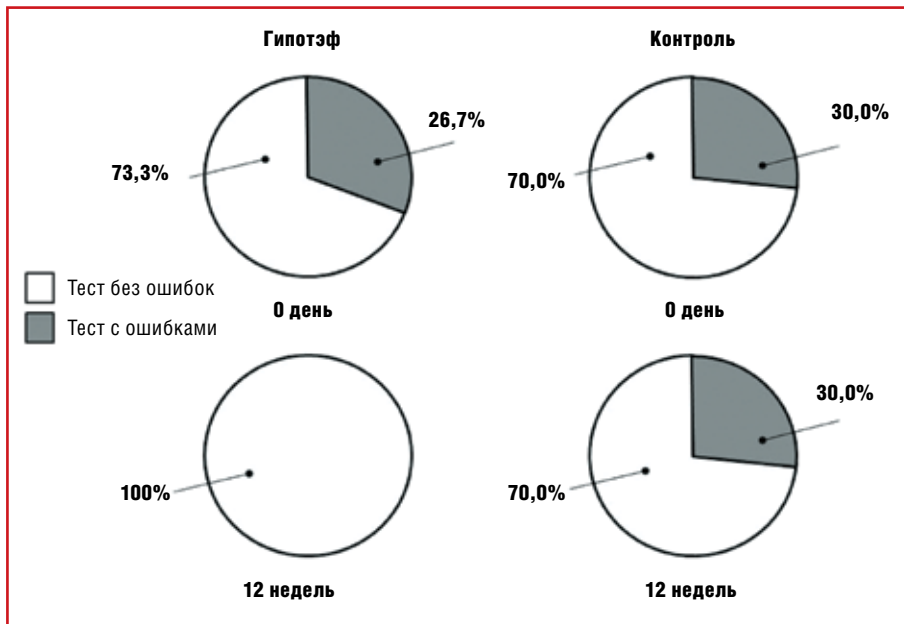


Рис. Динамика изменения значений теста Мини-Ког в группах контроля и Гипотэзф

рия Манна–Уитни получено достоверное различие $p < 0,02$. Также из полученных результатов хорошо видно, что у большинства пациенток 1-й группы через 12 недель лечения отмечено снижение проявлений КС до легкой степени (общий ММИ снизился до 30 баллов). Основной вклад в изменение степени проявлений КС в 1-й группе внесло улучшение нейровегетативных и сосудистых нарушений, относящихся к жалобам на учащенное сердцебиение, головную боль, головокружение и повышение АГ.

Динамика когнитивных функций (память, внимание, работоспособность)

Тест Мини-Ког исходно был выполнен с ошибками у 30% пациенток 1-й и 2-й групп, что сопровождалось наличием жалоб у всех пациенток на снижение интеллектуальной работоспособности, сложность концентрации внимания, постоянную рассеянность и забывчивость наряду с неблагоприятным эмоциональным фоном (рис.). Через 12 недель после начала исследования в 1-й группе практически все пациентки отметили улучшение состояния как настроения, так и когнитивных функций: увеличилась умственная работоспособность, улучшилась память, уменьшились или практически исчезли эпизоды забывчивости и рассеянности, увеличилась концентрация внимания, что сопровождалось полным отсутствием ошибок при повторном проведении теста, в то время как во 2-й группе процент женщин, сделавших 1 ошибку в тесте, остался прежним. Очевидно, подобный результат может быть отчасти объяснен своевременным назначением терапии

АГ и достижением целевых значений, но также и особенностью препарата Гипотэзф, обладающего нейропротективными свойствами, за счет включенного в состав винпоцетина.

Данные нашего исследования согласуются с результатами предыдущих наблюдений и дают возможность дополнить клиническую характеристику пациентов с АГ и различными сопутствующими состояниями, требующими индивидуализации терапии и комплексного, междисциплинарного подхода к лечению [10–15].

Заключение

Таким образом, у пациенток среднего возраста с АГ 1–2 степени и проявлениями КС, имеющих факторы риска развития ССЗ и их осложнений, такие как дислипидемия, ожирение, сахарный диабет, метаболический синдром и др., стартовая терапия препаратом Гипотэзф (содержащим низкие дозы эналаприла, индапамида, метопролола тартрата и винпоцетина), в сравнении с комбинированным препаратом (содержащим полную терапевтическую дозу эналаприла и гидрохлортиазид), обеспечивает:

- эффективность антигипертензивной терапии, с достижением целевых значений через 12 недель, без эпизодов гипотонии и плохого самочувствия;
- нормализацию показателя ЧСС, в сочетании с коррекцией основных проявлений КС вегетативно-сосудистого характера, таких как головокружение, головная боль, сердцебиение, слабость;

- улучшение состояния когнитивной функции. ■

Литература

1. Женщины и мужчины России 2018. Стат. сб. Росстат. М., 2018. 241 с.
2. Сметник В. П. Медицина климактерия. Ярославль: Литера, 2006. 848 с.
3. Шишкова В. Н. Сердечно-сосудистые заболевания в практике акушера-гинеколога // Российский вестник акушера-гинеколога. 2014; 4: 107–112.
4. Синельникова М. Н. Цереброваскулярная патология в климактерическом периоде. Автореф. дис.к.м.н. Иркутск, 2004. 24 с.
5. Шишкова В. Н. Проблемы старения и заместительная гормональная терапия у женщин в постменопаузе // Российский вестник акушера-гинеколога. 2013; 2: 42–47.
6. Шишкова В. Н. Нейропротекция у пациентов с артериальной гипертензией: минимизация неблагоприятного прогноза // Терапевтический архив. 2014; 8: 113–118.
7. Шишкова В. Н. Значение артериальной гипертензии в развитии поражения головного мозга — от легких когнитивных нарушений к деменции // Системные гипертензии. 2014; 11 (1): 45–51.
8. Чазова И. Е., Жернакова Ю. В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии // Системные гипертензии. 2019; 16 (1): 6–31.
9. 2018 ЕОК/ЕОАГ Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией // Российский кардиологический журнал. 2018; 23 (12): 143–228.
10. Евдокимова А. Г. и др. Клиническая эффективность комбинированной антигипертензивной терапии в фиксированных дозах: фокус на Гипотэзф // Терапия. 2016; 6 (10): 68–78.
11. Скотников А. С., Хамурзова М. А. Органопротективные свойства гипотензивной терапии как профилактика развития «сосудистой» коморбидности // Лечащий Врач. 2017; 7: 16–24.
12. Скотников А. С., Юдина Д. Ю., Стахнев Е. Ю. Гипотензивная терапия коморбидного больного: на что ориентироваться в выборе лекарственного средства // Лечащий Врач. 2018; 2: 24–30.
13. Скотников А. С., Хамурзова М. А. Новые комбинации для комплексного лечения артериальной гипертензии в помощь врачу общей практики // Поликлиника. Кардиолог сегодня. Спецвыпуск. 2017/2018; 1: 47–55.
14. Мамедов М. Н. Новый взгляд на стартовую терапию артериальной гипертензии у работающего пациента: практические аспекты концепции «полипилл» // Лечебное дело. 2017; 3: 26–30.
15. Шишкова В. Н. Антигипертензивная терапия как основа нейропротекции в современной клинической практике // Лечащий Врач. 2019; 6: 2–6.



ЭПЛЕРОН ИПЛЕРОН

ПОМОЩЬ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ



Улучшает выживаемость пациентов с сердечной недостаточностью (снижение риска смерти на 24%)¹



Снижает число госпитализаций на 42%³



Улучшает функцию миокарда и уменьшает выраженность фиброза миокарда^{1,2}



ГИПОТЭФ

ГИПОТензивный **ЭФ**фект **ГАРАНТИРОВАН** ✓

Идеально подходит для стартовой терапии артериальной гипертензии у работающего пациента с САД 140-180 мм рт. ст. и склонностью к тахикардии

- ✓ Гарантированный гипотензивный эффект
- ✓ Отличная переносимость без риска гипотонии
- ✓ Удобный прием: 1-2 таблетки в сутки
- ✓ Доказанная органопротекция
- ✓ Улучшает мозговое кровообращение и когнитивные функции

Единственная
Низкодозовая
Четырехкомпонентная
Нейропротективная
Гипотензивная
Комбинация

винпоцетин 2,5 мг
зналаприл 5 мг
метопролол 25 мг
индапамид 0,75 мг



На правах рекламы



ESKO PHARMA
excellence is in idea

ЕСКО ФАРМА, 142717, Московская обл., Ленинский р-н,
п.Развилка, квартал 1, вл. 9; тел. +7 495 980 95 15;
WWW.ESKOPHARMA.RU