

Изводите за клиничната практика:

- Данни от реалната клинична практика за пациенти с МИ показват, че ДААТ с ticagrelor спрямо clopidogrel намалява смъртността, МИ или инсулт на фона на нормална и умерено понижена бъбречна функция
- За болни с МИ преди повече от една година, продължаването на ДА-

АТ с ticagrelor и ASA за период от още една до три години съществено понижава честотата на МИ, независимо от типа на инфаркта и големината на инфарктната зона, спрямо самостоятелния прием на ASA, като най-голямата абсолютна редукция на риска е за спонтанните МИ, големите МИ и STEMI.

- Въпреки че брадикардните инциденти се водят за клинично значима нежелана лекарствена реакция при лечение с ticagrelor, поданализ на PLATO показва, че ДААТ с ticagrelor не увеличава честотата на ритмично-проводните нарушения спрямо clopidogrel дори и при пациенти с изходни леки проводни нарушения

Използвани съкращения:

SWEDHEART - Swedish Web System for Enhancement and Development of Evidence-Based Care in Heart Disease Evaluated According to Recommended Therapies
PEGASUS-TIMI 54 - Patients with Prior Heart Attack Using Ticagrelor Compared to Placebo on a Background of Aspirin-Thrombolysis in Myocardial Infarction 54
PLATO - PLATelet inhibition and patient outcomes

Използвана литература:

1. Edfors R, Sahlen A., Szummer K. et al. 6011 Outcomes in patients treated with ticagrelor versus clopidogrel after acute myocardial infarction in relation to renal function: 1-year SWEDHEART regis-

try data. Eur Heart J 2017; 38 (Suppl 1) https://academic.oup.com/eurheartj/article/38/suppl_1/ehx493.6011/4086403?searchresult=1

2. Bonaca M., Bhatt D., Cohen M. et al., on behalf of the PEGASUS-TIMI 54 Steering Committee and Investigators. Long-term use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction. N Engl J Med 2015; 372:1791-1800 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1500857
3. Ibanez B., James S., Agewall S. et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 2017; 39 (2):119-177 <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/2/119/4095042>

4. Bonaca M., Wiviott S., Morrow D. et al. Reduction in Subtypes and Sizes of Myocardial Infarction With Ticagrelor in PEGASUS-TIMI 54. Circulation 2015; 132 (Suppl 3):A11594 http://circ.ahajournals.org/content/132/Suppl_3/A11594
5. Scirica B., Bansilal S., Davoudi F. et al. Safety of ticagrelor in patients with baseline conduction abnormalities: A PLATO (Study of Platelet Inhibition and Patient Outcomes) analysis. American Heart Journal 2018; 202:5-60 www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002870318301431
6. Wallentin L., Becker R., Budaj A. et al. for the PLATO Investigators. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. N Engl J Med 2009; 361:1045-1057 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0904327

КОМБИНИРАНА АНТИХИПЕРТЕНЗИВНА ТЕРАПИЯ КАТО ИНИЦИАЛЕН ПОДХОД В ЛЕЧЕНИЕТО НА АХ



Комбинираната антихипертензивна терапия при отделни високорискови групи, като хора със захарен диабет тип 2 (ЗДТ2) и/или бъбречни заболявания, намалява артериалното налягане (АН) значително по-ефективно от монотерапията.

Освен това, приложението на фиксирани комбинации предлага предимствата на по-кратък период до достигане до прицелните стойности на АН и понижена честота на странични ефекти.

Различният механизъм на действие на отделните компоненти във фиксираните комбинации е предпоставка за по-ефективен контрол на АН. Отделните компоненти взаимно допълват фармакологичните и хемодинамичните си свойства, което улеснява постигането на оптимално АН, а комбинирането им позволява също приложение на по-ниски дози и редуциране на страничните ефекти.

Според новото ръководство на Европейското кардиологично дружество

(ESC) и Европейското дружество по хипертония (ESH), което се очаква да бъде публикувано през тази есен, стартирането на комбинирана терапия е с предимство пред начална монотерапия при повечето пациенти⁽¹⁾.

Прицелните стойности са АН <140/90 mmHg за всички хипертоници и <130/80 mmHg при наличие на ЗДТ2, хронично бъбречно заболяване (ХБЗ) или исхемична болест на сърцето (ИБС).

Всички лекарствени комбинации, включващи инхибитор на ангиотензин конвертиращия ензим (ACEi), ангиотензин рецепторни блокери (ARB), калциев антагонист (CCB), диуретик и бета блокер (BB), могат да са начална терапия за болните с АХ. Препоръчват се фиксирани лекарствени комбинации поради подобрения комплайънс и удобство за болния.

Важно е още при назначаване на първоначалното лечение за АХ да се съобразят индивидуалните нужди на болния, придружаващите заболявания

и рискови фактори, за да може още в началото на терапията да се постигне максимална редукция на АН и сърдечносъдова протекция.

Показания за начална комбинирана терапия за АХ

В клиничната практика индикациите за инициално започване на комбинирана терапия са:

- АН е значително повишено - систолното АН е ≥ 20 mmHg или диастолното АН е ≥ 10 mmHg над прицелните стойности
- Болният е с висок сърдечносъдов риск
- Наличие на показания за приложение на антихипертензивни медикаменти с различен механизъм на действие

Пациентите със ЗД са група със значимо повишен сърдечносъдов риск. При тях, често контролът на АН е труден, и поради естеството на метабо-

EGIRAMLON

Ramipril/Amlodipine

Твърди капсули: 5mg/5mg x 30 броя; 10mg/5mg x 30 броя; 10mg/10mg x 30 броя

Повлиява СЕГА, предпазва УТРЕ!



Отличен с награда
за иновация



Лекарствен продукт по лекарско предписание. Дата на последно одобрена КХП на продукта – 19.01.2012.
Моля, преди да предпишете Егирамлон, прочетете кратката характеристика на продукта.

За пълна информация: Търговско представителство EGIS, гр. София 1113, ул. „Александър Жендов“ №6 ет.6, тел: 02/ 987 60 40



литното заболяване, е желателно антихипертензивната терапия да е с метаболитно неутрален ефект.

ССВ, за разлика от тиазидните диуретици (особено прилагани във високи дози), имат неутрален ефект върху липидния и гликемичния профил при пациенти с метаболитен синдром и/или ЗДТ2. Добавянето на ССВ към АСЕі постига по-изразено забавяне на прогресията на хроничното бъбречно увреждане при хипертензивни пациенти, включително и при случаите със ЗДТ2.

Данните от голям мета-анализ показваха, че АСЕі понижават общата смъртност, сърдечносъдовата смъртност и значимите неблагоприятни сърдечносъдови събития при пациентите със ЗДТ2. Поради това, АСЕі трябва да бъдат терапия на първи избор за намаляване на смъртността и заболяемостта при тази популация болни ⁽²⁾.

АСЕі в комбинация с ССВ имат синергични антихипертензивни ефекти, като освен това се постига и допълнителна полза от минимизиране на нежеланите странични ефекти на отдел-

ните компоненти (например отока при приема на дихидропиридинов ССВ).

В рамките за понижаване на АН на проучването ASCOT (ASCOT-BPLA)* е установено, че комбинацията АСЕі и ССВ осигурява по-ефикасен контрол на АН и намалява смъртността и честотата на значимите сърдечносъдови инциденти в сравнение с комбинацията ВВ и тиазиден диуретик ⁽³⁾.

В поданализ на проучването RAMONA ⁽⁴⁾ при 1276 хипертоници със ЗДТ2 е включена комбинирана антихипертензивна терапия в една таблетка с ramipril и amlodipine в четири различни дозови нива (5/5, 5/10, 10/5 и 10/10 mg).

След четиримесечно проследяване АН се понижават съществено: от 157.5/91.3+/-9.6/7.6 mmHg до 130.9/79.6+/-7.4/5.8 mmHg. Прицелните стойности на АН (<140/85 mmHg) са постигнати при 70% от пациентите. Този положителен ефект настъпва на фона на благоприятно повлияване на метаболитния профил, което е от особено значение при болните със ЗДТ2.

Акроними на клинични проучвания:

ASCOT-BPLA - Anglo Scandinavian Cardiac Outcomes Trial - Blood Pressure Lowering Arm

Изводите за клиничната практика:

- При високорискови болни е уместно инициалното включване на комбинирана антихипертензивна терапия
- Комбинацията от ССВ на АСЕі е с висока ефективност за контрол на АН
- Приложението на ССВ и АСЕі във фиксирана комбинация е особено подходящо за диабетици с АХ

RAMONA - Monitoring of the blood pressure lowering effectiveness of ramipril-amlodipine fix combination UKPDS - The UK Prospective Diabetes Study

Използвани източници:

1. 28th European meeting on hypertension and cardiovascular protection. Plenary session: 2018 European Guidelines. Presented June 9, 2018 www.medscape.com/viewarticle/897895#vp_1
2. Cheng J., Zhang W., Zhang X., et al. Effect of angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers on all cause mortality, cardiovascular deaths, and cardiovascular events in patients with diabetes mellitus: A meta analysis. JAMA Intern Med 2014;174:773-785 <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1847572>
3. Dahlöf B., Sever P., Poulter N. et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo Scandinavian Cardiac Outcomes Trial Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): A multicentre randomised controlled trial. Lancet 2005;366:895-906 [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67185-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67185-1/fulltext)
4. Simonyi G. Benefits of fixed dose combination of ramipril/amlodipine in hypertensive diabetic patients: A subgroup analysis of RAMONA trial. Chin Med J (Engl). 2016; 129(10):1224-1228 www.cmj.org/temp/ChinMedJ129101224-2589055_071130.pdf