

«Человек и лекарство-2010» Современные возможности фармакотерапии артериальной гипертензии

Ф.Г. Снегирёв, фото автора

12–16 апреля 2010 г. в Москве на базе Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации (РФ) состоялся XVII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство», организаторами которого выступили Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Министерство образования и науки РФ, Российская академия наук, Российская академия медицинских наук, Российская медицинская академия последипломного образования, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, фонд «Здоровье».



Приветствуя участников форума, **Александр Чучалин**, президент конгресса, академик Российской академии медицинских наук, профессор, директор Федерального государственного

учно-исследовательского института пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства России, подчеркнул значимость и практическую пользу этого регулярного события: вот уже более 20 лет ученые России собираются вместе, для того чтобы понять тенденции, которые складываются в медицинской науке и практическом здравоохранении в современных условиях. В своем докладе об основных достижениях медицинской науки в последние годы председательствующий напомнил трактовку глагола «доказывать», приведенную в толковом словаре В.И. Даля: «Убедждать в истине чего доводами, свидетельством; подтверждать что неоспоримо», — и отметил, что в этих целях современная медицинская наука активно оперирует языком математики:

— Когда мы говорим о лекарственных препаратах, то пытаемся понять истину человека и его жизни — и оценить эту истину с помощью инструментов и подходов точных наук и высокоточных технологий, применяемых в медицине: следовательно, эти инструменты и подходы являются определяющими жизнь самого человека. Главный принцип, сформулированный еще в клятве Гипократа, остается для нас неизменным: *primum non nocere* — главное — не навредить. Поэтому какими бы великолепными не были лекарственные препараты, мы обязаны всегда взвешивать все «за» и «против» их эффективности и безопасности — как самих по себе, так и с точки зрения применения у различных категорий пациентов (пол, возраст, наличие сопутствующей патологии, прием других лекарств, генотипические и прочие особенности) и при разных видах патологии.

Среди характерных черт большинства симпозиумов, научных сессий, образовательных семинаров, лекций и школ для практикующих врачей, клинических разборов, телеконференций и мастер-классов, наполнявших работу конгресса, пожалуй, следовало бы назвать:

- междисциплинарный подход к вопросам диагностики, профилактики и лечения наиболее актуальных заболеваний;
- мультидисциплинарный подход — ориентированность на потребности врача, в практике которого преобладают пациенты с сочетанной (ассоциированной) патологией;
- акцент на приверженность пациентов к терапии — залог эффективного лечения, грамотно разработанного и назначенного врачом и осознанно воспринятого к выполнению со стороны больного.

Так, в рамках конгресса состоялся симпозиум «Лечим артериальную гипертензию: пациент из сказки, а лекарства из практики», на котором сопредседательствовали **Юрий Карпов**, профессор, доктор медицинских наук, директор Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова Федерального государственного учреждения «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (ФГУРКНПК Росздрава), и **Ирина Чазова**, профессор, доктор медицинских наук,

руководитель отдела системных гипертензий ФГУРКНПК Росздрава, вице-президент Всероссийского научного общества кардиологов, президент Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (РМОАГ).

Больные говорят об угрозах (риске развития сердечно-сосудистой патологии), когда угроза уже наступила — клиницисты должны говорить об этом еще на относительно дальних подступах к этой угрозе: когда ее можно выявить, скорректировать и в значительной степени предотвратить. Возможности современной фармакотерапии артериальной гипертензии (АГ) и ряда наиболее часто ассоциирующихся с ней патологических состояний были рассмотрены на примере «сказочной» семьи (которая при всей своей гипотетичности является весьма типичной), состоящей из «в меру упитанного мужчины в полном расцвете сил» и «пациентки с высоким сердечно-сосудистым риском». Как отметил в ходе клинического разбора этих пациентов **Юрий Карпов**, семейный подход очень важен для обеспечения приверженности к терапии: необходимо, чтобы члены семьи принимали активное участие в лечении (не только напоминая друг другу о приеме лекарственных препаратов, но и морально поддерживая друг друга).

— Сегодня есть возможности лекарственной терапии, которая будет не только контролировать уровень артериального давления (АД), — а для нас это одна из важ-



нейших задач, — но и в целом будет оказывать положительное влияние на состояние органов, которые чаще всего поражаются при АГ, а также на сердечно-сосудистый прогноз. В последние годы такие возможности все больше и больше расширяются, причем на первый план выходят два основных положения: 1. Необходимость комбинированной терапии (лекарственные комбинации с фиксированной дозой все чаще рекомендуют в качестве стартовой терапии АГ). 2. Рациональный выбор классов антигипертензивных препаратов для оптимального сочетания в рамках комбинированной терапии у конкретного пациента. Какой из этих классов лучше — покажет время. Однако очевидно, что во всех вариациях антигипертензивных средств, применяемых в комбинированных схемах терапии, присутствуют представители классов, влияющих на активность ренин-ангиотензиновой системы. Особое внимание следует уделить классу сартанов (антагонисты рецепторов ангиотензина II): на сегодняшний день накоплено достаточно веских оснований, чтобы считать сартанов классом, располагающим обширной доказательной базой, и характеризовать препараты этой группы как весьма перспективные с точки зрения лечения АГ и снижения риска ее осложнений. Это связано с выраженным гипотензивным эффектом препаратов класса сартанов, а это — основа основ! Как засвидетельствовали результаты рандомизированного двойного слепого клинического исследования ONTARGET, при длительном лечении сартанами и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) у лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений, эффективность терапии с точки зрения отдаленных результатов является равнозначной — в то же время сартаны имеют ощутимое преимущество в контексте переносимости лечения.

На сегодня четко доказаны выраженное антигипертензивное действие и благоприятный профиль безопасности телмисартана. Однако наибольший интерес вызывают дополнительные — органопротекторные свойства телмисартана. Изучение протекторного потенциала этого лекарственного средства было предпринято в специальной исследовательской программе, включившей целую цепь крупных многоцентровых

рандомизированных исследований. Программа PROTECTION была призвана доказать, что телмисартан как представитель блокаторов ангиотензиновых рецепторов не является простой альтернативой ИАПФ, а обладает собственными преимуществами. В частности, очень важно было узнать, имеет ли преимущества применение телмисартана у больных с такими значительными факторами риска, как ожирение, дислипидемия, сахарный диабет (СД), нарушение функции почек. Данные, полученные в ходе исследования ONTARGET (масштабный проект, охвативший 32 страны мира, в том числе и Украину, более 700 клинических центров, 290 тыс. пациентов (25 тыс. после этапа рандомизации), период наблюдения — > 5,5 лет; в центре внимания — пациенты группы высокого риска: возраст — старше 55 лет, в анамнезе ишемическая болезнь сердца (ИБС), атеросклеротическое поражение нижних конечностей, СД с поражением органов-мишеней и др., причем наличие АГ было необязательным), подтверждают, что телмисартан является препаратом с высокой эффективностью, обеспечивает органопротекцию и обладает хорошей переносимостью. Результаты исследования ONTARGET позволяют сделать вывод о том, что телмисартан обладает аналогичными антигипертензивными и органопротекторными свойствами, сопоставимыми с рамиприлом, однако лучше переносится большей частью пациентов с сердечно-сосудистой патологией высокого риска. Прием рамиприла пациенты прекращали чаще по причине плохой переносимости (кашель, ангионевротический отек, гипотония и др.). Таким образом, при проведении монотерапии эффективность данных препаратов равная, однако переносимость у телмисартана лучше. Что касается комбинированной терапии, была отмечена несколько лучшая эффективность только в плане контроля АД, по всем остальным показателям ее эффективность была сравнима с монотерапией. Однако переносимость комбинированной терапии была хуже по сравнению с монотерапией телмисартаном. Данные исследования ONTARGET свидетельствуют о более высоком compliance пациентов, принимавших телмисартан, что обусловлено удобством применения и надежным контролем АД в течение суток. Полученные результаты убедительно

показали, что телмисартан столь же эффективен, как и рамиприл, для снижения риска сердечно-сосудистой смерти, инфаркта миокарда, мозгового инсульта (МИ) и госпитализации по причине сердечной недостаточности, а также обладает лучшей переносимостью, что прочит новые перспективы в лечении пациентов с АГ.

Ирина Чезова выступила с докладом «АГ как фактор риска развития сердечно-сосудистых событий», в котором подчеркнула, что АГ является одним из наиболее частых видов патологии в практике как терапевтов, так и кардиологов. По распространенности данного заболевания Россия занимает средние позиции (у около 40% мужчин и женщин отмечают повышенный уровень АД); есть страны более благополучные по этому показателю (Италия, Швеция), а есть те, в которых распространенность АГ выше (Венгрия, Великобритания). По мнению докладчика, АГ не приковывала бы к себе столь пристальное внимание врачей и ученых, если бы это заболевание не являлось одним из основных факторов риска, вносящих вклад в кардиоваскулярную смертность как среди мужчин, так и среди женщин (в частности от ИБС, МИ, других сердечно-сосудистых заболеваний) и даже в общую смертность. Наиболее тесно АГ связана с риском развития МИ (как по частоте возникновения, так и по смертности от этой грозной патологии); у женщин вклад АГ в риск смерти от МИ более значим; кроме того, систолическое АД привносит в риск возникновения МИ (и смертности от него) больший вклад, чем диастолическое. Согласно результатам крупного метаанализа, в который были включены около 1 млн пациентов с АГ, повышение систолического АД даже в пределах так называемых нормальных значений (от 120 до 140 мм рт. ст.) уже повышает риск возникновения МИ; рост диастолического АД (от 70 до 80 мм рт. ст.) также приводит к заметному повышению смертности от этого тяжелого осложнения. То же относится к ИБС: риск смерти от этой патологии также существенно возрастает даже при небольшом подъеме уровня АД. Ту же тенденцию к росту по мере повышения уровня АД демонстрирует и общая смертность. Помимо повышенного уровня АД как фактора риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них, значительную роль играет наличие других факторов риска (или сопутствующей патологии): поражение органов-мишеней, наличие метаболического синдрома, сахарного диабета (СД) и ассоциированных с ними клинических состояний. Согласно степени риска, все больные с АГ стратифицируются на тех, кто имеет очень высокий дополнительный риск сердечно-сосудистых осложнений, высокий дополнительный риск, средний и низкий дополнительный риск (в зависимости от уровня АД и других преобладающих факторов). В этой связи основной целью лечения больных с АГ является максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них. Для достижения этой цели требуется



не только снижение АД до целевого уровня, но и коррекция всех модифицируемых факторов риска (курение, дислипидемия, гипергликемия, ожирение), предупреждение или уменьшение выраженности прогрессирования органов-мишеней, лечение ассоциированных и сопутствующих заболеваний (ИБС, МИ, СД).

Президент РМОАГ напомнила слушателям уровни целевого АД, прописанные в Российских национальных клинических рекомендациях:

- <140/90 мм рт. ст. — для всех категорий пациентов;
- <130/80 мм рт. ст. для пациентов с высоким и очень высоким риском кардио-васкулярных осложнений;
- нижняя граница безопасного снижения уровня АД — 110/70 мм рт. ст.,

и посоветовала на то, что таких низких уровней АД весьма трудно достичь не только в общеклинической практике, но и в рамках крупных, хорошо спланированных и материально обеспеченных клинических исследований. В то же время у пациентов с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний не следует резко снижать АД до целевого уровня. Так, по результатам исследования ONTARGET/INVEST у больных с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний связь между снижением АД и частотой кардиальных и сосудистых осложнений имела характер J-образной кривой — наименьшие показатели смертности при уровне систолического АД 130 мм рт. ст. и 119 мм. рт. ст. и повышение данного показателя при дальнейшем снижении АД (это настораживает в плане жесткого контроля уровня АД у больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений). Впрочем, по мнению оратора, дискуссии о неблагоприятном влиянии избыточного снижения уровня АД могли разгореться лишь в последние годы, когда удалось достичь очень больших успехов и получить самые широкие возможности в лечении пациентов с АГ. Сегодня в распоряжении врачей находится мощный арсенал соответствующих средств, прежде всего 5 основных классов препаратов (ИАПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II, антагонисты кальция, блокаторы β-адренорецепторов, тиазидные диуретики) и так называемые дополнительные классы (блокаторы α-адренорецепторов и агонисты имидазолиновых рецепторов — последние могут назначаться в составе комбинированной терапии с представителями основных лекарственных классов, они имеют ряд преимуществ, однако не рекомендуются в качестве препаратов выбора, поскольку для них не доказано положительного влияния на уровень сердечно-сосудистой смертности и на риск развития сердечно-сосудистых осложнений).

Как отметила И.Е. Чазова, по сравнению с 2002 г. (особенно после получения результатов проведенного в 2003 г. в России исследования PIFAGOR I) клиническое значение классов ИАПФ и блокаторов β-адренорецепторов в лечении пациентов с АГ несколько снизилось; в то же время

возросло значение диуретиков, антагонистов кальция. А наиболее быстрорастущим классом антигипертензивных средств был назван класс сартанов. Так, согласно приведенным данным, в России за период 2002–2008 гг. лекарственные препараты этого класса стали назначать в 4 раза чаще (хотя все еще не так часто, как ИАПФ). А в зарубежных странах, где применение сартанов было развернуто раньше, в настоящее время уже 37% больных с АГ получают моно- или комбинированную терапию этими препаратами в повседневной клинической практике (и значительно меньшее количество пациентов с АГ — 18% — принимают ИАПФ).

Сартаны — относительно новый класс препаратов, но он уже имеет очень мощную доказательную базу. За небольшой период применения подходы к назначению сартанов зрелище существенные и характерные эволюционные изменения. Так, согласно Российским клиническим рекомендациям (2001), единственным показанием для назначения антагонистов рецепторов ангиотензина II был кашель при приеме ИАПФ; прошло 3 года — и спектр их показаний к назначению расширился за счет диабетической нефропатии, протеинурии, гипертрофии левого желудочка; всего через 7 лет, в Российских клинических рекомендациях (2008), в числе показаний к назначению антагонистов рецепторов ангиотензина II кашель при приеме ИАПФ находится на последнем месте, а перечень состояний, при которых в первую очередь следует назначить сартаны, пополнился такими показаниями, как хроническая сердечная недостаточность, перенесенный инфаркт миокарда, мерцательная аритмия, метаболический синдром, СД. Все это стало возможным благодаря проведению целого ряда крупномасштабных клинических исследований, которые при участии большого количества пациентов с параллельными группами (а в других случаях — с группами плацебо) подтвердили неоспоримые преимущества препаратов класса сартанов в вышеперечисленных клинических ситуациях. Кроме того, частота применения сартанов продвинулась благодаря отличной приверженности к терапии, которая стала одним из определяющих факторов при назначении этих препаратов пациентам с АГ.

Президент РМОАГ подробно остановилась на исследованиях препарата МИКАРДИС® (телмисартан) и преимуществах его применения в различных клинических ситуациях. Предложив слушателям предположить наличие виртуального «идеального» антигипертензивного препарата, она оговорила, что идеала достичь невозможно, а можно к нему лишь приблизиться, и отметила, что «идеальный препарат» должен обладать в первую очередь выраженным антигипертензивным действием, причем контролировать уровень АД он должна протяженности всех 24 ч после однократного приема. В исследовании ONTARGET ставился основной вопрос: какие же препараты эффективнее снижают риск

сердечно-сосудистых осложнений при АГ — антагонист рецепторов ангиотензина II телмисартан или представитель класса ИАПФ рамиприл? И был получен четкий ответ: да, телмисартан так же эффективно снижает уровень кардио-васкулярного риска, как лучший представитель класса ИАПФ рамиприл. Но при этом — у препарата МИКАРДИС® меньше побочных эффектов, при его применении достигается лучший контроль уровня АД. Возможное объяснение этому факту докладчик усматривает в том, что телмисартан демонстрирует самое большое время связывания с рецептором по сравнению со всеми представителями своего класса — и чем дольше препарат связывается с целевыми рецепторами, тем более эффективно он будет действовать. Также МИКАРДИС® отличает наиболее продолжительный период полувыведения (то есть протяженность отрезка времени, когда активный фармацевтический ингредиент находится в плазме крови и оказывает свое антигипертензивное действие) — телмисартан «работает» все 24 ч в сутки, в то время как в среднем по классу сартанов длительность этого периода составляет 12–13 ч, максимум — 15 ч.

Подобные теоретические и экспериментальные данные подтверждаются и данными клиническими. По результатам метаанализов большого количества масштабных клинических исследований выявлено, что телмисартан снижает уровень систолического АД:

- лучше, чем представители этого же класса (валсартан, кандесартан, лосартан, олмесартан, ирбесартан);
- лучше, чем препараты класса ИАПФ (рамиприл);
- и сопоставим по эффективности с антагонистами кальция (амлодипин).

Та же картина наблюдается относительно диастолического АД: лучшее снижение его уровня по сравнению с собратьями по классу и препаратами ИАПФ, равновеликое — в сравнении с амлодипином (причем, равновеликое — в целом, но телмисартан лучше контролирует уровень систолического АД в ранние утренние часы, то есть в тот период, когда наиболее велика вероятность развития МИ у пациентов с АГ: таким образом, количество доказанных показаний у телмисартана все равно несколько больше).

Также в ходе клинического разбора были рассмотрены три типичных пациента, наблюдающихся в отделе системных гипертензий ФГУ РКНПК Росздрава, и обоснован выбор тех или иных терапевтических схем для каждого из них. Примечательно, что из 16 предложенных для выбора лечебных схем в 12 нашли применение ИАПФ, в 10 — телмисартан. Почему же в самых различных клинических ситуациях в качестве антигипертензивного препарата выбора фигурирует МИКАРДИС®? Действительно, у классов ИАПФ и сартанов есть много общего, в частности, они равновелики по выраженности антигипертензивного эффекта. Однако при этом антагонисты рецепторов ангиотензина II:

- являются более современным классом препаратов (клиническое применение начато в 1994 г.);
- у некоторых представителей этого класса (телмисартан) есть дополнительные терапевтические свойства;
- они не вызывают побочных эффектов, свойственных ИАПФ, и таким образом
- демонстрируют лучшую переносимость и лучшую приверженность пациентов к лечению.



Сверхзначимый вопрос обеспечения приверженности к лечению АГ прицельно рассматривался участниками Конгресса под разными углами зрения в рамках целого ряда научных сессий, в том числе

— симпозиума «Амбулаторное звено 2011: факторы риска и приверженность терапии», прошедший под председательством Фаиля Агеева, доктора медицинских наук, руководителя научно-диспансерного отдела НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК Росздрава. Он отметил, что больные менее всего привержены к приему препарата, во-первых, при необходимости длительного (профилактического) приема препарата и, во-вторых, при отсутствии быстрого эффекта. Так, если при стенокардии, головной боли, отечном синдроме и др. без препарата не обойдется, то, например, при гиперхолестеринемии — повышенный уровень липопротеинов в сыворотке крови «не болит», однако составляет серьезный риск и представляет реальную опасность для пациента. Подчас и АГ протекает бессимптомно. Наиболее уязвимы с точки зрения проблемы приверженности к терапии заболевания, составляющие основу основ болезненной российской медико-социальной проблемы: высокий риск и высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, — прежде всего АГ и дислипидемия, а также СД и ряд других бессимптомных патологических состояний.

Не подлежит сомнению: одним из важнейших орудий защиты пациентов с высоким риском развития кардиоваскулярных осложнений является надлежащая приверженность пациентов к назначенной терапии. Этап конечной доставки лекарственного средства к органу/системе/рецептору-мишени определяет всю суть и весь конечный результат фармакотерапии, оправдывает (либо — обесценивает!) все те колоссальные физические и интеллектуальные ресурсы, вложения, которых требует высокотехнологичная разработка новых клинически-перспективных классов лекарственных средств. Тратятся миллиарды на создание новых высококлассных безопасных препаратов — но возникает вопрос: стоит ли тратить миллиарды на получение какой-либо новой молекулы, если больные все равно не будут принимать препарат должным образом?

Ведь достаточно только восстановить нормальную приверженность при приеме уже знакомого и хорошо себя зарекомендовавшего препарата, — как это позволяет достичь повышения эффективности не на проценты, а в разы. Со снижением приверженности уменьшается количество пациентов, у которых достигается целевой уровень АД. Немалое значение имеет финансовый аспект: с повышением приверженности уменьшаются все расходы (в особенности «скрытые затраты»), связанные с лечением АГ. Также играют важную роль сложные взаимоотношения между пациентом, врачом, стороной, оплачивающей приобретение препаратов, и фармацевтическими компаниями, которые участвуют в его создании, обеспечивают продвижение и информационную поддержку на пути к пациенту и специалисту. На проблему приверженности к терапии оказывает влияние целый ряд факторов, среди которых — связанные с демографическими причинами, с препаратом и схемой лечения, собственно с заболеванием (его тяжестью и длительностью); с тем, как пациент понимает суть происходящих событий (что, в свою очередь, зависит от умения врача наладить контакт с пациентом, от степени взаимопонимания и эффективности сотрудничества между ними) и др. Известно также, что женщины более привержены к терапии, склонны более четко и конкретно выполнять врачебные рекомендации, чем мужчины; свой вклад вносит возраст больного (пожилому пациенту, уставшему от длительного лечения и утрачивающему веру в лечение, труднее придерживаться заданной фармакотерапевтической схемы), уровень его образования, особенности психотипа (все это может влиять на оценку больным тяжести или опасности своей симптоматики — а значит, и на его ответственность в выполнении врачебных рекомендаций). Согласно исследованиям российских ученых, на приверженность пациентов к лечению влияет даже наличие препаратов в списке дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО), повышая приверженность на 39%. При этом подавляющее большинство российских и зарубежных исследователей сходятся на выводе, что стоимость препарата не является ведущим фактором обеспечения приверженности к терапии.

Проблема приверженности актуальна не только для России (где она, возможно, наиболее ярко и рельефно представлена), но и для стран Европейского Союза — согласно приведенным европейским данным, показатели удержания и приверженности пациентов к антигипертензивной терапии в течение года составляют 60–65 и 60–70% соответственно. Положение, когда лишь ¼ больных выполняют врачебные рекомендации и принимают таблетки постоянно в Европе расценивают как катастрофическое. В то же время российские реалии куда горше (и напоминают зеркальную симметрию) — ¼ больных как раз ничего не соблюдают: в разных вариантах не привержены к терапии 78% пациентов (из них 40–60% просто не лечатся; при этом среди женщин приверженность несколько выше)

и лишь 24% больных придерживаются полученных врачебных рекомендаций. Взяв ситуацию, докладчик жестко раскритиковал «любимое, исключительно российское понятие» — лечить гипертонию курсами. Ученый выразил недоумение по поводу предпосылок понятия «курсового лечения АГ» и сожаление в связи укоренением этого понятия в сознании многих пациентов. Он решительно развеял бытующий стереотип и горячо призвал коллег убедить своих пациентов в необходимости пунктуального соблюдения адекватного режима терапии: «АГ — как цепной пес. Пока больной получает препарат — заболевание не калечит его. Как только прием прекращен (например, на фоне общего улучшения, стабилизации АД и пр.) — заболевание продолжает свое развитие с той точки, где ранее остановилось».

В лечении АГ существуют определенные предпочтения, связанные с приверженностью. Докладчик отметил, что в контексте приверженности к терапии проведен целый ряд исследований, в которых ранжировались различные классы антигипертензивных препаратов с точки зрения того, как больные их принимают в течение года. В одном из них оценивалось количество пациентов, оставшихся на назначенной схеме монотерапии диуретиками, антагонистами кальция, ИАПФ, блокаторами β-адренорецепторов, сартанами. Оказалось, что количество пациентов, которые продолжали терапию спустя год после ее начала, наименьшее — для диуретиков, и наибольшее — для сартанов.

— Полученные данные для сартанов были достоверно лучше, чем у всех остальных рассматривавшихся классов препаратов. Сартаны представляют собой уникальный класс антигипертензивных средств: при высокой эффективности и высокой безопасности, естественно, они демонстрируют лучшую приверженность пациентов к лечению. Клиницисты обязаны этим воспользоваться и с успехом пользуются: при этом главное помнить, что любое самое эффективное лекарство будет эффективно лишь при условии, что больной будет его принимать так, как врач его назначил. Учет плюс контроль — вот два ключевых момента. Это основа врачебной деятельности: как можно назначить терапию и не проверить эффективность ее выполнения? Врач должен не просто назначить эффективный препарат, но и проконтролировать выполнение предписанного режима, обеспечить выполнение рекомендации, и в конечном счете — добиться требуемого терапевтического результата, — подчеркнул Ф. Агеев.

Таким образом, как засвидетельствовала насыщенная научная программа XVII Российского национального конгресса «Человек и лекарство», ведущие российские ученые-клиницисты, — руководствуясь вескими результатами собственных и международных исследований, — связывают с антигипертензивными средствами класса сартанов, в частности препаратом МИКАРДИС®, большие надежды на эффективную терапию пациентов с АГ.