

Галеева З. М.¹, Галявич А. С.¹, Балеева Л. В.¹, Сабирзянова А. А.¹, Кузнецов М. В.²

¹ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Казань, Россия

² Медико-санитарная часть ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ ФИКСИРОВАННЫЕ КОМБИНАЦИИ В КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ДИСЛИПИДЕМИИ

На основании клинического случая показан индивидуальный подбор эффективной терапии у пациента с артериальной гипертензией и дислипидемией. С учетом факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в качестве фиксированной комбинации подобран препарат Эквамер®: амлодипин + лизиноприл + розувастатин капсулы 10 мг + 20 мг + 10 мг (производитель – ОАО «Гедеон Рихтер», Будапешт, Венгрия). У пациента с гипертонической болезнью верифицирована ишемическая болезнь сердца, выполнено стентирование передней нисходящей артерии. В соответствии с клиническими рекомендациями при сочетании артериальной гипертензии с ишемической болезнью сердца лекарственной терапией выбора является комбинация блокаторов медленных кальциевых каналов дигидропиридинового ряда с ингибитором ангиотензинпревращающего фермента. Фиксированная тройная комбинация: амлодипин, лизиноприл, розувастатин, – одна из наиболее адекватных в данной клинической ситуации, она направлена на два главных фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний – артериальную гипертензию и дислипидемию.

Ключевые слова	АГ; дислипидемия; фиксированные тройные комбинации; блокатор медленных кальциевых каналов дигидропиридинового ряда; ингибитор АПФ; статины; амлодипин; лизиноприл; розувастатин
Для цитирования	Galeeva Z.M., Galyavich A.S., Baleeva L.V., Sabirzyanova A.A., Kuznetsov M.V. Modern Fixed Combinations in the Correction of Arterial Hypertension and Dyslipidemia. Kardiologiia. 2024;64(5):26–32. [Russian: Галеева З.М., Галявич А.С., Балеева Л.В., Сабирзянова А.А., Кузнецов М.В. Современные фиксированные комбинации в коррекции артериальной гипертензии и дислипидемии. Кардиология. 2024;64(5):26–32].
Автор для переписки	Галеева Зульфия Марселевна. E-mail: maktub29@mail.ru

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной заболеваемости и смертности во всем мире [1, 2]. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно 17,9 млн человек умирает от сосудистых осложнений, что составляет 31 % от всех других причин смерти в мире [3].

Наибольший вклад в бремя кардиоваскулярных заболеваний вносят модифицируемые факторы риска – высокое артериальное давление и дислипидемии (56 и 30% атрибутивных смертей), тогда как значение других факторов риска не так велико [4, 5].

Оптимальная немедикаментозная и медикаментозная терапия позволяет минимизировать риск осложнений от атеросклеротических ССЗ, но для этого требуется несколько пероральных препаратов для коррекции модифицируемых факторов риска: гипертонии и нарушения липидного обмена [6–9].

Клинический случай

Пациент Н., 56 лет, поступил 13.11.2023 с жалобой на одышку (иногда) при ускорении темпа ходьбы. Данные анамнеза: жгучие боли за грудиной до 1 раза в неделю, без иррадиации, возникают без четкой связи с физическими нагрузками, чаще по утрам, сопровождаются повышением артериального давления (АД), продолжительностью до 3 минут, купируются самостоятельно

но. Подобные боли беспокоят на протяжении 1 года. Повышение АД до 170–220/90–100 мм рт. ст. сопровождается головными болями. Регулярно АД не контролирует. Антигипертензивные препараты регулярно не принимает. Повышение АД регистрируется примерно с 2020 года. В 2019 и 2020 годах обследован, был выставлен следующий диагноз. Гипертоническая болезнь 2 стадии. Гипертрофия левого желудочка. Риск 3. Атеросклероз брахиоцефальных артерий со стенозированием: справа – внутренней сонной артерии 30%; слева – общей сонной артерии (ОСА) 40–45%, внутренней сонной артерии (ВСА) 20–25%. Эхокардиография (ЭхоКГ) амбулаторно от 25.10.23: фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) по Симпсону (ФВ) 60%, зон гипокинеза нет, левое предсердие (ЛП) 4,1 см. Экстракраниальное дуплексное сканирование артерий шеи от 24.10.23: стенозирование брахиоцефальных артерий (справа ОСА 20%, ВСА 40–45%; слева: ОСА 25%, ВСА 55–65%).

10.11.23 в 8:00 утра, во время сборов на работу возникли жгучие боли за грудиной, без иррадиации, слабость, повысилось АД до 220/100 мм рт. ст. Указанные симптомы купировались самостоятельно. К врачам не обращался.

Вредные привычки: курит по 1 пачке в неделю на протяжении 10 лет. Семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям неотягощен.

Таблица 1. Биохимический анализ крови

Показатель	Ед. изм.	Норма	13.11.2023
Гликированный гемоглобин	%	4,4-6	5,6
Глюкоза	ммоль/л	3,6-6	5,35
АЛТ	Ед/л	7-40	18
АСТ	Ед/л	7-37	17
Креатинин	мкмоль/л	71-115	116,6
СКФ (CKD-EPI)	мл/мин/м2	90-140	75
Холестерин общий	ммоль/л	3,6-5,2	3,87
Триглицериды	ммоль/л	0,45-1,8	3,34
ХС-ЛВП	ммоль/л	0,78-1,82	0,81
ХС-ЛНП	ммоль/л	1,6-3,4	1,6
Тропонин I	нг/мл	0-0,5	0,1

АЛТ – аланинаминотрансфераза, АСТ – аспартаминотрансфераза, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, CKD-EPI – Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Formula, ХС-ЛВП – холестерин липопротеидов высокой плотности, ХС-ЛНП – холестерин липопротеидов низкой плотности.

При поступлении: Общее состояние удовлетворительное, в легких дыхание везикулярное, частота дыхания 16 в мин. Пульс 61 уд. в мин., АД 150/90 мм рт. ст., тоны сердца ритмичные приглушенные, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. Рост 176 см, масса тела 100 кг. Индекс массы тела 32,28. Общий анализ крови, общий анализ мочи – без патологии. Результаты биохимического анализа крови представлены в таблице 1. У пациента Н. согласно биохимическому анализу крови углеводный обмен и функция

почек не нарушены, имеется дислипидемия. Острый коронарный синдром был исключен на основании нормального уровня тропонина I.

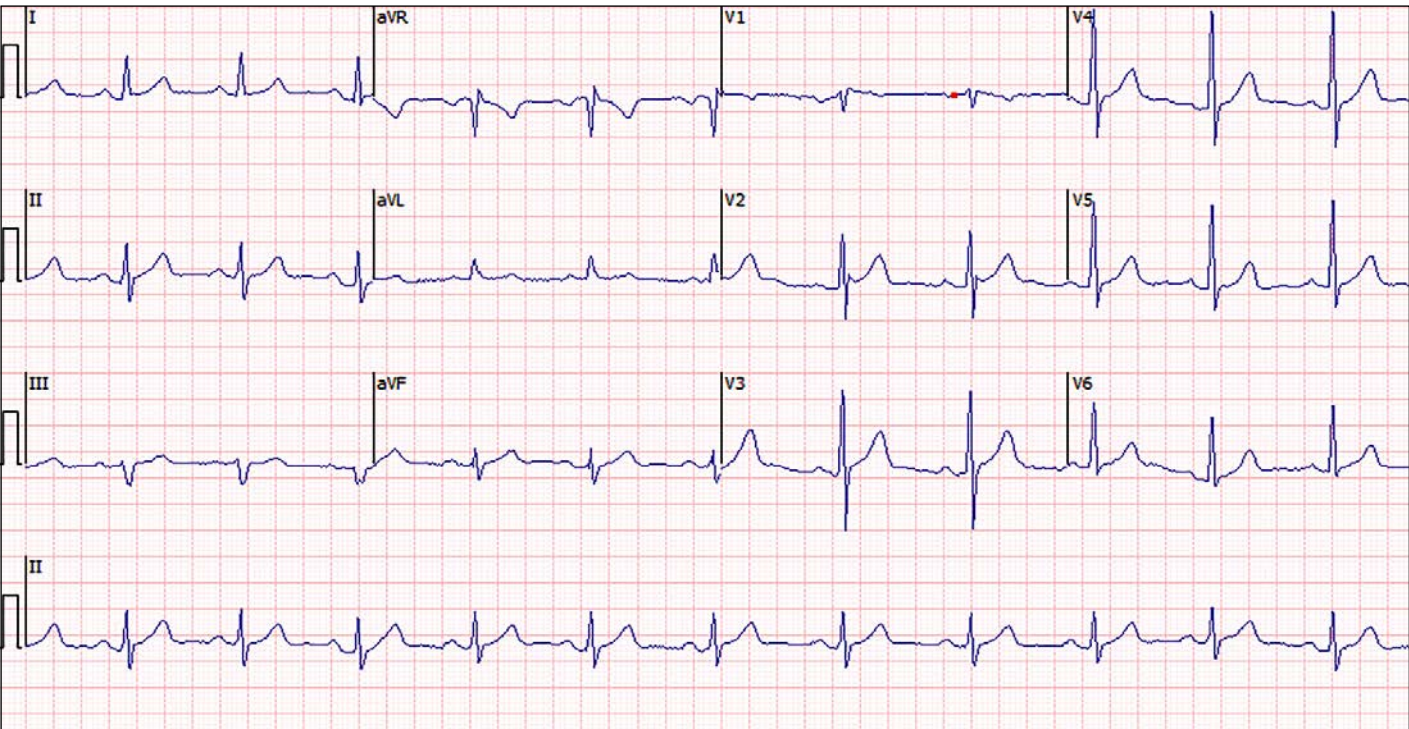
Зарегистрированы электрокардиограммы (ЭКГ), см. рис. 1, 2. Пациенту Н. проведена эхокардиография (см. таблицу 2 и рис. 3).

Таблица 2. Эхокардиография от 13.11.2023

Название параметра	Значение	Норма (см)	Индексированное значение	Нормы индексов
Левый желудочек				
Диастолический размер полости ЛЖ	4,7	4,2-5,9	2,1	2,4-3,2
Систолический размер полости ЛЖ	2,3	2,1-4,0	-	-
Масса миокарда ЛЖ	228,1	88-224 г	103,7	по ППТ 49-115
Конечный диастолический объем ЛЖ	76	67-155	34,5	35-75
ФВ ЛЖ по Симпсону	63	≥52 %	-	-
Левое предсердие				
Переднезадний размер	4,6	3,0-4,0	2,1	1,5-2,3
Объем	79	18-58	35,9	≤34

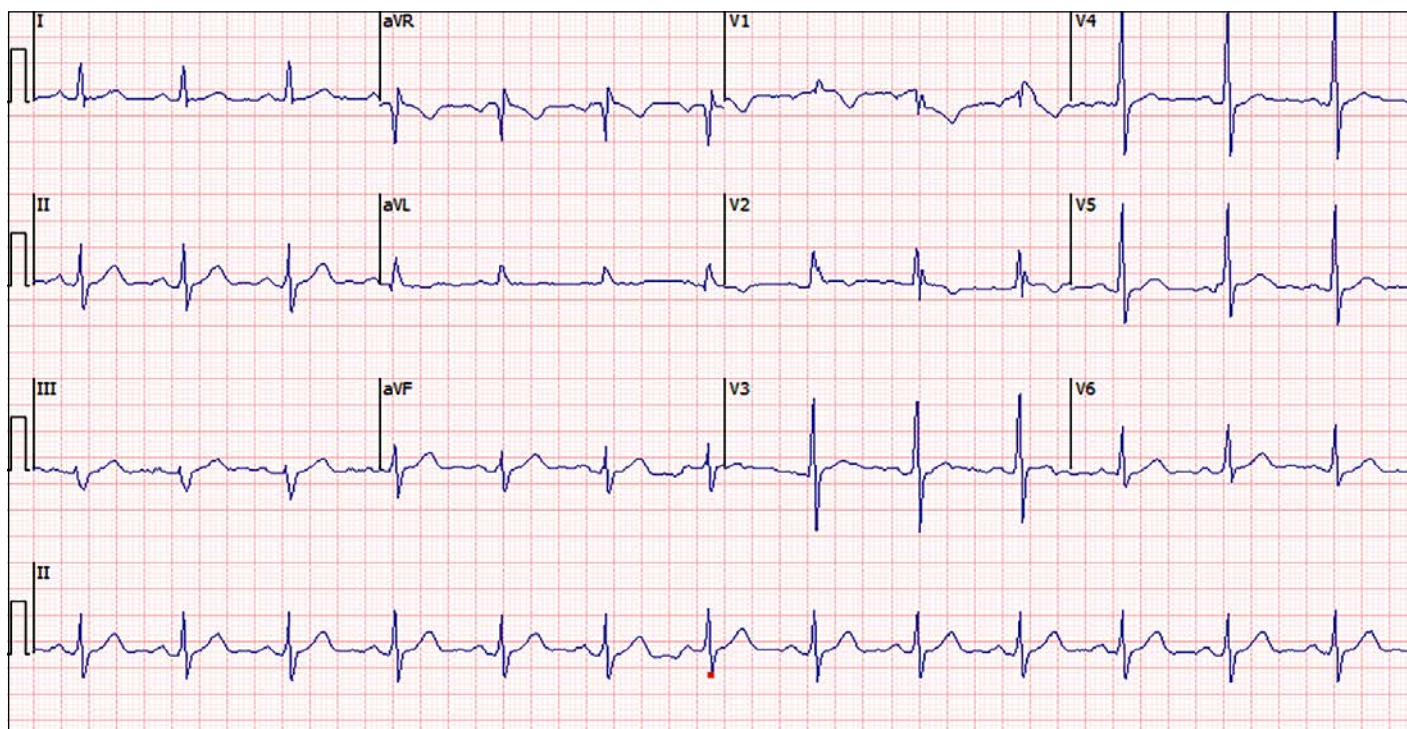
ЛЖ – левый желудочек, ФВ – фракция выброса, ППТ – площадь поверхности тела.

Рисунок 1. ЭКГ при поступлении



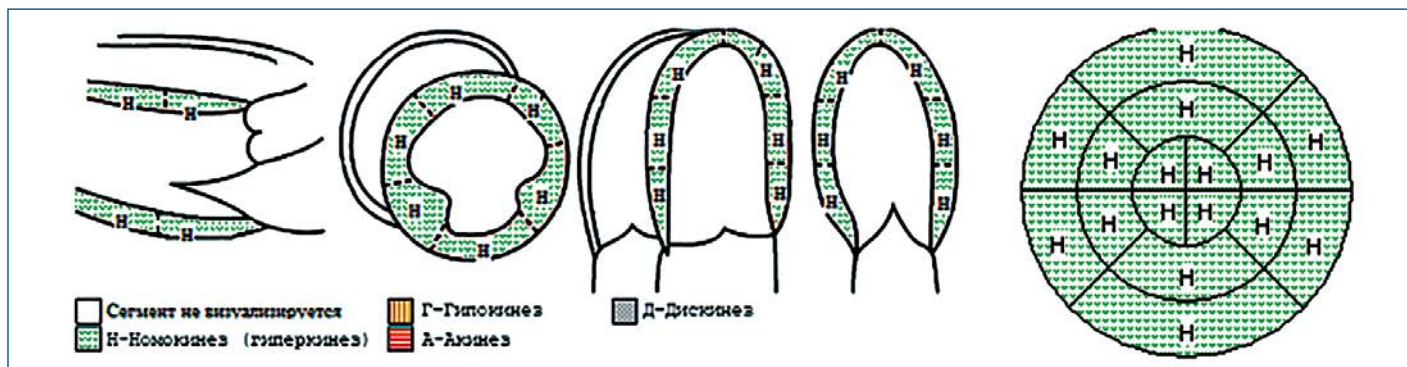
Ритм синусовый, ЧСС 69 уд. в минуту. Горизонтальное направление электрической оси сердца. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Переходная зона в V2. Без отрицательной динамики по сравнению с ЭКГ от 2020 года.

Рисунок 2. ЭКГ от 17.11.2023



Синусовый ритм с ЧСС 79 уд. в мин. Горизонтальное направление электрической оси сердца. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Переходная зона в V3. Без отрицательной динамики по сравнению с предыдущей ЭКГ.

Рисунок 3. Оценка локальной сократимости ЛЖ



Заключение: Зоны нарушения локальной сократимости миокарда ЛЖ не выявлены. Уплотнение стенок аорты, створок аортального клапана. Увеличение левого предсердия. Митральная регургитация 1-й степени.

Суточное мониторирование артериального давления от 14.11.2023: среднесуточные систолическое АД – 152 мм рт. ст., диастолическое АД – 88 мм рт. ст. Недостаточная степень ночного снижения АД (non-dipper).

Дуплексное сканирование сосудов почек от 14.11.2023: патологии не выявлено. Скоростные показатели в норме.

УЗИ почек и надпочечников от 14.11.2023: признаков патологии не выявлено.

Коронарная ангиография представлена на рис 4.

Стресс-эхокардиография с тредмилом 21.11.2023. Максимальный уровень физической нагрузки (ФН) 8,6 Mets. Время выполнения пациентом нагрузки 05 мин

17 сек. Сразу после ФН локальная сократимость ЛЖ характеризуется гипокинезией апикального переднего, апикального бокового сегментов; акинезией апикального перегородочного, апикального нижнего, среднего передне-перегородочного сегментов. Проба прекращена по достижении субмаксимальной ЧСС из-за ангинозных болей. На максимальной ЧСС – косовосходящая депрессия сегмента ST в V₃–V₆ отведениях до 2 мм. Жалобы на давящие боли за грудиной появились на пике ФН, нарастали, купированы в покое 1 дозой нитроглицерина. АД восстановилось на 7-й минуте покоя. На ЭКГ сегмент ST вернулся к изолинии на 2-й минуте отдыха. **Заключение:** проба на скрытую коронарную недостаточность положительная.

Учитывая жалобы, данные коронароангиографии (КАГ) и положительный результат стресс ЭхоКГ, прове-

дено плановое стентирование передней нисходящей артерии (ПНА) 22.11.2023 (рис. 5).

Диагноз при выписке

Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения ФК 2. Атеросклероз коронарных артерий (КАГ от 16.11.2023): ствол левой коронарной артерии – без стенозов, ПНА – стеноз среднего сегмента до 80%, огибающая ветвь – без стенозов, ПКА – без стенозов. Стентирование ПНА от 22.11.2023. Нарушение проводимости: преходящая неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Гипертоническая болезнь 3-й стадии. Контролируемая АГ. Дислипидемия. Атеросклероз брахиоцефальных артерий со стенозированием: справа ОСА 20%, ВСА 40–45%; слева: ОСА 25%, ВСА 55–65%. Ожирение 1-й степени. Риск 4. Целевое АД 120–130/70–79 мм рт. ст.

Состояние при выписке: общее состояние удовлетворительное, пульс 66 уд. в мин, АД 125/85 мм рт. ст.

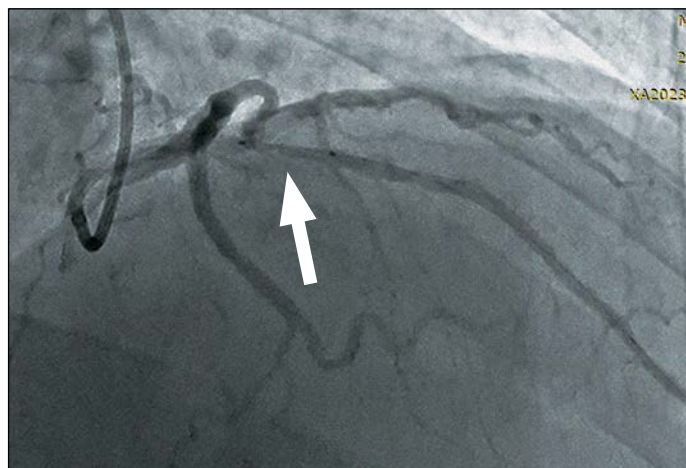
В стационаре были подобраны следующие препараты, которые рекомендованы для амбулаторного применения: амлодипин 10 мг, лизиноприл 20 мг, розувастатин 10 мг, ацетилсалициловая кислота 100 мг длительно, клопидогрел 75 мг в течение 6 месяцев. В связи с тем, что у пациента повышен уровень триглицеридов, рекомендована гиполипидемическая диета, регулярная физическая активность, снижение веса.

Обсуждение

Согласно современным рекомендациям по ведению пациентов с артериальной гипертензией [9] уже на первом шаге терапии приоритет отдан комбинациям антигипертензивных препаратов в одной таблетке: блокатору ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и блокатору медленных кальциевых каналов/диуретику. Основные положительные стороны таких комбинаций: упрощение схемы лечения, улучшение соблюдения режима лечения и снижение риска нежелательных явлений, связанных с полипрагмазией [10].

Дислипидемия – один из важнейших компонентов патогенеза и прогрессирования функциональных нарушений эндотелия сосудов, сердца и почек. Эндотелиальная дисфункция способствует развитию атеросклероза и возникновению сердечно-сосудистых осложнений. Необходимо отметить, что риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при одновременном возникновении АГ и дислипидемии превышает сумму рисков отдельных факторов. У статинов, кроме гиполипидемического эффекта, имеются дополнительные плеiotропные механизмы, такие как улучшение функции эндотелия, снижение уровня С-реактивного белка и агрегации тромбоцитов. Терапия статинами связана с лучшим контролем

Рисунок 4. Данные коронарной ангиографии



Тип коронарного кровообращения – правый. Правая коронарная артерия – TIMI 3. Левая коронарная артерия: передняя нисходящая артерия – стеноз среднего сегмента 80% (отмечен стрелкой). Огибающая ветвь – TIMI 3.

Рисунок 5. Данные КАГ после стентирования ПНА



Кровоток по ПНА TIMI 3.

АД у этих пациентов, независимо от интенсивности применения антигипертензивных препаратов [11, 12].

Таким образом, создание фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов со статинами, является логичным и необходимым; опираясь на данные исследования HOPE-3, можно говорить о том, что основным компонентом, влияющим на снижение смертности и сердечно-сосудистого риска при проведении первичной профилактики, является именно терапия статинами, тогда как вклад антигипертензивной терапии наибольшим будет у пациентов с высокой степенью АГ [13, 14].

Сегодня у врачей имеется возможность назначения фиксированных комбинаций, в составе которых име-

ется и статин. ОАО «Гедеон Рихтер» в 2016 году выпустило фиксированную комбинацию Эквамер® в виде капсул, содержащих два антигипертензивных препарата (блокатор медленных кальциевых каналов и ингибитор АПФ) и гиполипидемическое лекарство (статин). Имеются четыре варианта дозирования Эквамера®: амлодипин + лизиноприл + розувастатин капсулы 5 мг + 10 мг + 10 мг; амлодипин + лизиноприл + розувастатин капсулы 5 мг + 10 мг + 20 мг; амлодипин + лизиноприл + розувастатин капсулы 10 мг + 20 мг + 10 мг; амлодипин + лизиноприл + розувастатин капсулы 10 мг + 20 мг + 20 мг.

Препарат Эквамер® имеет множество доказанных положительных эффектов. В исследованиях был показан 24-часовой эффективный контроль с достижением целевого уровня АД менее 140/90 мм рт. ст. более чем у 90% пациентов [15–19].

Кроме этого, препарат продемонстрировал статистически значимое снижение ХС-ЛНП до целевого уровня; благоприятный профиль безопасности у большинства пациентов. Прием препарата Эквамер® уменьшает сердечно-сосудистый риск у пациентов с АГ и дислипидемией.

Более 90% пациентов на фоне терапии отметили значительное улучшение качества жизни [16–19].

Эквамер® способствует повышению приверженности к терапии, благодаря приему 1 капсулы 1 раз в день [15, 20].

Заключение

У пациента с гипертонической болезнью верифицирована ИБС, выполнено стентирование ПНА. В соответствии с клиническими рекомендациями [21, 22] при сочетании артериальной гипертензии с ИБС медикаментозной терапией выбора является комбинация блокаторов медленных кальциевых каналов дигидропиридинового ряда с ингибитором АПФ. Фиксированная тройная комбинация: амлодипин, лизиноприл, розувастатин, – одна из наиболее адекватных в данной клинической ситуации, она направлена на два главных фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний, а именно артериальную гипертензию и дислипидемию.

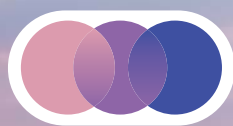
Конфликт интересов не заявлен.

Статья поступила 07.02.2024

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. European Heart Network. Early detection of cardiovascular disease – an update from the European Heart Network – 2020. Av. at: https://ehnhart.org/wp-content/uploads/2023/08/EHN_CVD_Risk_Assessment_Programmes_Jan2021.pdf.
2. Josipović J, Brčić K. Triple Combination, Two Diseases, and a Single Tablet. *Cardiologia Croatica*. 2023;18(5–6):188–92. DOI: 10.15836/ccar2023.188
3. World Health Organisation. Cardiovascular diseases (CVDs). [Internet] Available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
4. Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R et al. European cardiovascular disease statistics 2017 edition. European Heart Network, Brussels. Av at: <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>.
5. Coca A, Kreutz R, Manolis AJ, Mancia G. A practical approach to switch from a multiple pill therapeutic strategy to a polypill-based strategy for cardiovascular prevention in patients with hypertension. *Journal of Hypertension*. 2020;38(10):1890–8. DOI: 10.1097/HJH.0000000000002464
6. Agnello F, Capodanno D. Anti-inflammatory strategies for atherosclerotic artery disease. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2022;21(5):661–72. DOI: 10.1080/14740338.2022.2036717
7. Agnello F, Finocchiaro S, Laudani C, Legnazzi M, Mauro MS, Rochira C et al. A review of polypills for the prevention of atherosclerotic cardiovascular disease. *American Heart Journal*. 2023;266:74–85. DOI: 10.1016/j.ahj.2023.08.012
8. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*. 2018;36(10):1953–2041. DOI: 10.1097/HJH.0000000000001940
9. Chazova I.E., Zhernakova Yu.V. Clinical guidelines Diagnosis and treatment of arterial hypertension. *Systemic Hypertension*. 2019;16(1):6–31. [Russian: Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Системные гипертензии. 2019;16(1):6–31]. DOI: 10.26442/2075082X.2019.1.190179
10. Khatib R, McKee M, Shannon H, Chow C, Rangarajan S, Teo K et al. Availability and affordability of cardiovascular disease medicines and their effect on use in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. *The Lancet*. 2016;387(10013):61–9. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00469-9
11. Bubnova M.G., Ilchenko M.Yu., Lebedev P.A. Statins in the primary prevention of cardiovascular disease. Rosuvastatin capabilities. *CardioSomatics*. 2021;12(2):110–8. [Russian: Бубнова М.Г., Ильченко М.Ю., Лебедев П.А. Статины в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Возможности розувастатина. *КардиоСоматика*. 2021;12(2):110–8]. DOI: 10.26442/22217185.2021.2.200859
12. Choudhary A, Rawat U, Kumar P, Mittal P. Pleotropic effects of statins: the dilemma of wider utilization of statin. *The Egyptian Heart Journal*. 2023;75(1):1. DOI: 10.1186/s43044-023-00327-8
13. Cushman WC, Goff DC. More HOPE for Prevention with Statins. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(21):2085–7. DOI: 10.1056/NEJMe1603504
14. Arutiunov A.G., Dragunov D.O., Sokolova A.V. Triple drug combinations in cardiology. *Consilium Medicum*. 2018;20(10):72–8. [Russian: Арутюнов А.Г., Драгунов Д.О., Соколова А.В. Тройные комбинации препаратов в кардиологии. *Consilium Medicum*. 2018;20(10):72–8]. DOI: 10.26442/2075-1753_2018.10.72-78
15. Karpov Yu.A. Triple combination of antihypertensive and lipid-lowering drugs is an effective reduction in the risk of cardiovascular complications in patients with arterial hypertension. *Russian Medical Journal*. 2015;23(27):1580–3. [Russian: Карпов Ю.А. Тройная комбинация антигипертензивных и липидснижающих препаратов – эффективное снижение риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией. *РМЖ*. 2015;23(27):1580–3]
16. Karpov Yu.A. Study TRIUMVIRATE: Reducing the Risk of Cardiovascular Events in Hypertensive Patients Using Triple Combination Antihypertensive and Lipid-Lowering Drugs. *Kardiologia*. 2015;55(9):10–5. [Russian: Карпов Ю.А. Исследование

амлодипин ■ лизиноприл ■ розувастатин



ЭКВАМЕР®



ВРЕМЯ ЖИТЬ!

Достижение
целевого уровня
холестерина

Суточный контроль
артериального
давления

Одна капсула
один раз
в сутки

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ЭКВАМЕР®

Регистрационный номер: ЛП-003094 от 07.05.2020. Международное непатентованное

наименование: амлодипин + лизиноприл + розувастатин. **Лекарственная форма:**

капсулы. **Состав:** Эквамер® в капсулах 5 мг / 10 мг / 10 мг; 5 мг / 10 мг / 20 мг; 10 мг / 20 мг / 10 мг; 10 мг / 20 мг / 20 мг содержащих соответственно амлодипин 5 мг / лизиноприл 10 мг / розувастатин 10 мг, амлодипин 5 мг / лизиноприл 10 мг / розувастатин 20 мг, амлодипин 10 мг / лизиноприл 20 мг / розувастатин 10 мг, амлодипин 10 мг / лизиноприл 20 мг / розувастатин 20 мг. Содержит лактозу в качестве вспомогательного вещества.

Показания к применению: Эквамер® – комбинированный гипотензивный и гиполипидемический препарат. Показан в качестве заместительной терапии у взрослых пациентов, состояние которых уже адекватно контролируется приемом амлодипина, лизиноприла и розувастатина в тех же дозах, что и в препарате Эквамер®, при лечении артериальной гипертензии и сопутствующей дислипидемии: первичная гиперхолестеринемия (тип IIa по классификации Фредриксона, за исключением семейной гиперхолестеринемии) или смешанная гиперхолестеринемия (тип IIb по классификации Фредриксона), когда диета и другие немедикаментозные методы (например, физические упражнения, снижение массы тела) оказываются недостаточными; семейная гиперхолестеринемия, когда диета или другая липидснижающая терапия (например, ЛПНП-аферез) недостаточно эффективна; гипертриглицеридемия (тип IV по классификации Фредриксона). **Способ применения и дозы:** Эквамер® можно принимать внутрь по 1 капсуле 1 раз в сутки, независимо от времени приема пищи. Доза препарата подбирается после ранее проведенного титрования доз отдельных компонентов препарата. Пациенты с почечной недостаточностью: Во время терапии препаратом Эквамер® следует контролировать функцию почек, содержание калия и натрия в плазме крови. Пациенты с печеночной недостаточностью: Препарат Эквамер® противопоказан пациентам с заболеваниями печени в активной фазе и пациентам с тяжелыми нарушениями функции печени. Дети и подростки (до 18 лет): Безопасность и эффективность препарата Эквамер® у детей и подростков не установлена. Пожилые пациенты (старше 65 лет): У пожилых пациентов препарат Эквамер® следует применять с осторожностью. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к розувастатину, повышенная чувствительность к любому из вспомогательных веществ препарата, ангионевротический отек в анамнезе, в том числе и от применения ингибиторов АПФ, наследственный или идиопатический ангионевротический отек, тяжелая артериальная гипотензия (систолическое АД менее 90 мм рт. ст.), обструкция выводного тракта левого желудочка (включая тяжелый аортальный стеноз), гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после острого инфаркта

миокарда, одновременное применение препарата Эквамер® с алискиренсодержащими препаратами у пациентов с сахарным диабетом или почечной недостаточностью (СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м²), одновременное применение с ингибиторами нейтральной эндопептидазы (например с препаратами содержащими сакубитрил), нестабильная стенокардия (за исключением стенокардии Принцметала), заболевание печени в активной фазе, включая стойкое повышение активности трансаминаз в сыворотке крови, а также любое повышение активности трансаминаз (более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы), тяжелые нарушения функции почек (КК менее 30 мл/мин), миопатия, одновременный прием циклоспорина, предрасположенность к развитию миотоксических осложнений, у женщин: беременность, период грудного вскармливания, отсутствие адекватных методов контрацепции, детский возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены), непереносимость лактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция. Пациенты с печеночной недостаточностью: опыт применения розувастатина у пациентов с баллом выше 9 по шкале Чайлд-Пью отсутствует. Влияние на способность к управлению транспортными средствами и механизмами Данные о влиянии препарата на способность к управлению транспортными средствами и механизмами отсутствуют. В связи с возможным чрезмерным снижением АД, возникновением головокружения, сонливости и подобных побочных явлений следует соблюдать осторожность при выполнении потенциально опасных видов деятельности, требующих особого внимания и быстрых реакций (управление автомобилем и другими транспортными средствами, работа с движущимися механизмами, работа диспетчера и оператора и т.п.). **Побочные действия,** ожидающиеся при одновременном применении амлодипина, лизиноприла и розувастатина соответствуют таковым при раздельном приеме компонентов комбинации: головная боль, головокружение, нарушение сна; астения; усиленное сердцебиение; периферические отеки (лодыжек и стоп), «приливы»; тошнота, боли в животе, запор; выраженное снижение АД; «сухой» кашель; синусит; печеночная недостаточность; нарушение функции почек; миалгия. **С другими возможными побочными явлениями вы можете ознакомиться в полной версии инструкции по применению препарата. Условия хранения:** в защищенном от влаги месте при температуре не выше 25°C. Хранить в недоступном для детей месте. **Срок годности:** 3 года. Не применять по истечении срока годности, указанного на упаковке. **Условия отпуска:** по рецепту. Перед применением необходимо ознакомиться с полной версией инструкции по медицинскому применению препарата.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения на научно-практических мероприятиях и конференциях.

Инструкция по медицинскому применению препарата Эквамер от 17.03.2023. ЛП-№(001991)-(PFRU)



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье — наша миссия

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА», Россия
119049, Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 8
+7 [495] 987-1880, e-mail: GRFarma@g-richter.ru

KEDP/DAE9HB

- ТРИУМВИРАТ: снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертензией с помощью трехкомпонентной комбинации антигипертензивных и липидснижающих препаратов. Кардиология, 2015;55(9):10-5]. DOI: 10.18565/cardio.2015.9.10-15
17. Kónyi A, Sárszegi Z, Hild G, Gaszner B. Safety and effectiveness of combined antihypertensive and cholesterol-lowering therapy in high-/very high-risk patients. *Journal of Comparative Effectiveness Research*. 2016;5(4):355–64. DOI: 10.2217/ce-2016-0003
 18. Blankova Z.N., Aslanyan N.S., Smolianinova N.G., Ageev F.T. Treatment of patients with high cardiovascular risk: a modern view on combined therapy. *Systemic Hypertension*. 2017;14(1):12–6. [Russian: Бланкова З.Н., Асланян Н.С., Смолянинова Н.Г., Агеев Ф.Т. Современный подход к лечению больных высокого сердечно-сосудистого риска: возможности комбинированной терапии. Системные гипертензии. 2017;14(1):12–6]
 19. Blankova Z.N., Aslanyan N.S. The effect of combined therapy on the properties of the vessel wall in patients at high risk of cardiovascular complications. *Systemic Hypertension*. 2017;14(2):51–5. [Russian: Бланкова З.Н., Асланян Н.С. Влияние комбинированной терапии на состояние сосудистой стенки у больных высокого сердечно-сосудистого риска. Системные гипертензии. 2017;14(2):51–5]. DOI: 10.26442/2075-082X_14.2.51-55
 20. Nedogoda S.V. First polytablet: fixed-dose combination of angiotensin-converting enzyme, calcium antagonist, and statin. *Doctor. Ru*. 2016;11(128):42–8. [Russian: Недогода С.В. Фиксированная комбинация ингибитора ангиотензинпревращающего фермента с антагонистом кальция и статином — первая политаблетка. Доктор.Ру. 2016;11(128):42–8]
 21. Russian Society of Cardiology. Clinical recommendations. Arterial hypertension in adults. 2020. Av. at: https://www.scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rek_AG_2020_unlocked.pdf. [Russian: Российское кардиологическое общество. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых. 2020. Доступно на: https://www.scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rek_AG_2020_unlocked.pdf]
 22. Ministry of Health of Russian Federation. Clinical recommendations. Stable coronary heart disease. 2020. Av. at: https://www.scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf. [Russian: Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020. Доступно на: https://www.scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_IBS-unlocked.pdf]