

ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА АРГИНИНА И АМЛОДИПИНА

Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лутай Ю. А., Турна Э. Ю., Костюкова Е. А.

Цель. Оценка возможности повышения эффективности контроля артериальной гипертензии (АГ) при использовании фиксированной комбинации периндоприла аргинина и амлодипина.

Материал и методы. Обследовано 52 больных (27 мужчин и 25 женщин в возрасте 40-63 лет) с АГ 2-3 степени. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с анализом следующих параметров: среднесуточных показателей АД, скорости утреннего подъема систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), а также вариабельность (ВАР) Рс АД (ВАР РсАДд, ВАР РсАДн).

Критериями включения в исследование были недостаточный контроль артериальной гипертензии на фоне приема свободных комбинаций ингибитора АПФ или блокатора рецепторов ангиотензина II и диуретика или блокатора кальциевых каналов. Для контроля АГ всем больным, включенным в исследование, использовалась фиксированная комбинация периндоприла аргинин/амлодипин в стартовой дозе 10/5 мг (Престанс, "Лаборатории Сервье", Франция) с последующим возможным повышением дозы до 10 мг периндоприла аргинина и 10 мг амлодипина.

Результаты. На фоне проводимой терапии у 84,6% пациентов было достигнуто "целевое" значение АД. Среднесуточные значения САД уменьшились с $139,29 \pm 1,7$ до $121,17 \pm 1,26$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), ДАД снизилось с $84,49 \pm 2,06$ до $73,14 \pm 1,4$ ($p < 0,05$), АД ср уменьшилось с $102,09 \pm 1,49$ до $87,96 \pm 1,12$ ($p < 0,05$). Суточные значения вариабельности САД достоверно снизились с $15,28 \pm 0,72$ до $10,21 \pm 0,42$ ($p < 0,05$), ДАД с $13,46 \pm 0,72$ до $10,72 \pm 0,31$ ($p < 0,001$). Показатели скорости утреннего подъема (СУП) после проведенного лечения также снизились. До лечения СУП САД составляла ($26 \pm 4,23$ мм рт.ст./ч), на фоне терапии — ($16,3 \pm 4,03$ мм рт.ст./ч, $p < 0,01$); аналогично СУП ДАД снизилась с ($24,7 \pm 2,35$ мм рт.ст./ч) до ($12 \pm 1,61$ мм рт.ст., $p < 0,01$).

Заключение. Перевод больных с ранее неконтролируемой АГ на фоне свободных комбинаций антигипертензивных препаратов на лечение фиксированной комбинацией периндоприла аргинина/амлодипина (Престанс) способствовал повышению эффективности контроля АГ. Применение фиксированной комбинации периндоприла аргинина/амлодипина у 84,6% больных АГ способствовало достижению целевых уровней АД. Достигнутый эффективный контроль АД сопровождался, по данным СМАД, достоверным снижением средних показателей АД в дневное и ночное время суток, вариабельности и скорости утреннего

подъема АД. Использование исследуемого препарата характеризовалось хорошей переносимостью и высокой приверженностью пациентов к лечению.

Российский кардиологический журнал 2015, 12 (128): 102–106

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-12-102-106>

Ключевые слова: артериальная гипертензия, фиксированная антигипертензивная комбинация, периндоприла аргинин, амлодипин.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО Крымский Федеральный университет им. В. И. Вернадского, Симферополь, Республика Крым, Россия.

Крючкова О. Н. — д.м.н., профессор кафедры терапии и семейной медицины, Ицкова Е. А. — к.м.н., доцент кафедры терапии и семейной медицины, Лутай Ю. А. — к.м.н., ассистент кафедры терапии и семейной медицины, Турна Э. Ю. — к.м.н., ассистент кафедры терапии и семейной медицины, Костюкова Е. А.* — к.м.н., ассистент кафедры терапии и семейной медицины.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): elenakostyukova@rambler.ru

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, БКК — блокатор кальциевых каналов, БРА — блокатор рецепторов ангиотензина, ВАР — вариабельность, ДАД — диастолическое артериальное давление, ESH/ESC — Европейское Общество Гипертонии/Европейское Общество Кардиологов, иАПФ — ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, РсАД — пульсовое артериальное давление, САД — систолическое артериальное давление, СМАД — суточное мониторирование АД, СрАД — среднее АД, СУП — скорость утреннего подъема, ЧСС — частота сердечных сокращений.

Рукопись получена 26.11.2015

Рецензия получена 30.11.2015

Принята к публикации 04.12.2015

ACHIEVEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION CONTROL VIA APPLICATION OF PERINDOPRIL ARGININE AND AMLODIPINE COMBINATION

Kryuchkova O. N., Itskova E. A., Lutay Yu. A., Turna E. Yu., Kostyukova E. A.

Aim. Evaluation of the opportunity to improve efficacy of arterial hypertension (AH) control using fixed combination of perindopril arginine and amlodipine.

Material and methods. Totally, 52 patients (27 men and 25 women, age 40-63 y.o.) studied, with AH 2-3 stage. All patients underwent 24-hour blood pressure monitoring (ABPM) with analysis of the data obtained: mean 24-hour pressure, velocity of morning hypertension onset for systolic BP (sBP) and diastolic BP (dBP), and variability of (Var) of PsBP (Var PsBPs, Var PsBPD).

The inclusion criteria was non-sufficient control of blood pressure on the intake of voluntary combinations of ACE inhibitor and angiotensin II receptor blocker and diuretic or calcium channel blocker. For BP control, to all patients we prescribed fixed combination perindopril arginine/amlodipine with start dosage 10/5 mg (Prestance, "Les Laboratoires Servier", France) with further possibility to increase dosage to 10 mg of perindopril arginine and amlodipine.

Results. At the background of therapy provided, 84,6% of patients reached "target" BP. Mean 24-hour sBP decreased from $139,29 \pm 1,7$ to $121,17 \pm 1,26$ mmHg. ($p < 0,05$), dBP decreased from $84,49 \pm 2,06$ to $73,14 \pm 1,4$ ($p < 0,05$), mean BP decreased from $102,09 \pm 1,49$ to $87,96 \pm 1,12$ ($p < 0,05$). 24-hour variability of sBP significantly reduced from $15,28 \pm 0,72$ to $10,21 \pm 0,42$ ($p < 0,05$), dBP from $13,46 \pm 0,72$ to $10,72 \pm 0,31$ ($p < 0,001$). Parameters of morning onset (MO) after the

treatment also decreased. Before treatment MO sBP was ($26 \pm 4,23$ mmHg/hour), with the therapy — ($16,3 \pm 4,03$ mmHg/hour, $p < 0,01$); also, MO dBP decreased from $24,7 \pm 2,35$ mmHg/hour to $12 \pm 1,61$ mmHg hour, $p < 0,01$).

Conclusion. Replacement of therapy for non-controlled AH with voluntary combinations of antihypertensive medications by fixed combination of perindopril arginine/amlodipine (Prestance) facilitated the effectiveness of AH control. Usage of the fixed combination of perindopril arginine/amlodipine in 84,6% helped to reach target values of BP. The effectiveness of BP control achieved, followed with ABPM data of 24-hour BP values decrease during the day and night, variability and velocity of morning BP onset. Usage of the drug studied showed good tolerability and high adherence of patients to treatment.

Russ J Cardiol 2015, 12 (128): 102–106

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-12-102-106>

Key words: arterial hypertension, fixed combination of antihypertensives, perindopril arginine, amlodipine.

S.I. Georgievsky Medical Academy V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Republic Crimea, Russia.

Сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее частой причиной смертности в большинстве развитых стран. Наибольший вклад в развитие новых случаев ишемической болезни сердца и мозгового инсульта вносит артериальная гипертензия (АГ), которая является одним из наиболее распространенных заболеваний [1-5].

Результаты ряда наблюдательных исследований продемонстрировали, что степень повышения артериального давления (АД) находится в независимой непрерывной связи с частотой неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и терминальной стадией хронической болезни почек [6, 7]. В этой связи эффективный контроль АГ с достижением целевых показателей АД рассматривается как важнейший подход в улучшении кардиоваскулярного прогноза. В Российской Федерации повышение АД наблюдается более чем у 40% взрослого населения, при этом принимают антигипертензивную терапию менее чем 60% больных, а целевые уровни АД достигаются только в 21,5% случаев [1, 8].

Рекомендации ESH/ESC 2013г по лечению АГ рассматривают использование рациональных комбинаций антигипертензивных препаратов как важнейший фактор повышения эффективности контроля АГ и подчеркивают, что применение комбинированной терапии показано большинству пациентов с АГ [9].

В качестве наиболее рациональных предложены комбинации ингибитора ангиотензин превращающего фермента (иАПФ) или блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА) и диуретика или блокатора кальциевых каналов (БКК), а также комбинация тиазидного диуретика и БКК [9, 10]. При этом подчеркивается, что наибольшей доказательной базой как в отношении эффективности лечения АГ, так и улучшения прогноза, обладает комбинация периндоприла аргинина и амлодипина. Результаты исследования ASCOT доказали, что применение данной комбинации ассоциируется со снижением риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов с АГ и сопутствующими факторами риска [1, 2, 4, 5, 8, 9, 11-13].

В рекомендациях ESH/ESC 2013г, как и в предыдущих, поощряется применение комбинаций из фиксированных доз двух антигипертензивных препаратов в одной таблетке, что может способствовать улучшению контроля АГ [9]. Компоненты таких препаратов подобраны таким образом, что воздействуют на различные звенья патогенеза АГ, способствуя повышению антигипертензивного эффекта. У большинства фиксированных комбинированных препаратов существует несколько оптимальных различных дозировок, что позволяет индивидуализировать лечение пациента. Многочисленные исследования доказали, что при использовании фиксированных комбинаций повышается приверженность больного к лечению, что

обусловлено как удобством в использовании препарата, так и повышением эффективности контроля АД и, соответственно, улучшением качества жизни пациента [1, 2, 4, 6, 9, 11, 12, 14].

Целью нашего исследования была оценка возможности повышения эффективности контроля АГ при использовании фиксированной комбинации периндоприла аргинина и амлодипина (Престанс, “Лаборатории Сервье”, Франция) у больных с АГ.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 52 больных гипертонической болезнью, из них 27 мужчин и 25 женщин в возрасте 40-63 лет (средний возраст — 54,9 года). Исследование было проведено в кардиологическом отделении клинической больницы №7 г. Симферополь.

Критериями включения в исследование были: недостаточный контроль АГ на фоне приема свободных комбинаций иАПФ или БРА и диуретика или БКК. В исследование были включены 44 больных с АГ II степени и 8 пациентов с АГ III степени. Длительность АГ составила $14,7 \pm 3,1$ года. Из сопутствующей патологии наблюдались: компенсированный сахарный диабет 2 типа у 6 (11,5%) пациентов, ожирение — у 22 (42,3%) больных, сердечная недостаточность II ФК — у 42 пациентов (80,7%), атеросклероз периферических, в том числе сонных, артерий — у 11 (21,2%) больных.

Включенным в исследование больным назначалась фиксированная комбинация периндоприла аргинина/амлодипин в стартовой дозе 10/5 мг (Престанс) с последующим возможным повышением дозы до 10 мг периндоприла аргинина и 10 мг амлодипина. У 48 больных в лечении также был использован аторвастатин в дозе 10-20 мг и у 29 пациентов — ацетилсалициловая кислота в дозе 75-100 мг.

Наблюдение проводили в течение 12 недель. В ходе 4 визитов (2, 4, 8 и 12 недели) оценивали динамику АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС), переносимость проводимого лечения. Анализировали жалобы, данные анамнеза и клинического осмотра, наличие факторов сердечно-сосудистого риска (сахарный диабет, курение, гиперхолестеринемия, повышенная масса тела, отягощенная наследственность, малоподвижный образ жизни), появление нежелательных явлений на фоне лечения.

До включения в исследование и через 12 недель всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) на аппарате типа ABPM — 04 “Cardiospy” фирмы Labtech (Венгрия) с использованием стандартной методики оценки. Анализировали следующие параметры СМАД: средние значения систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД) и среднего АД (СрАД) за сутки, в дневное (САДд, ДАДд, СрАДд) и ночное

Таблица 1

Показатели СМАД до лечения
и на фоне терапии Престансом

Показатели СМАД	До лечения	На фоне лечения
САД	139,29±1,7	121,17±1,26*
САДд	142,13±1,72	126,16±1,27*
САДн	132,3±2,5	116,74±1,73*
ДАД	84,49±2,06	73,14±1,4*
ДАДд	87,23±1,87	76,15±1,39*
ДАДн	78,37±2,49	69,24±1,68*
СрАД	102,09±1,49	87,96±1,12*
СрАДд	105,14±1,69	92,39±1,11*
СрАДн	95,05±2,17	82,24±1,38*

Примечание: * — $p < 0,05$ по отношению к показателям до лечения.

Таблица 2

Вариабельность АД до лечения и на фоне терапии

	До лечения	На фоне терапии
ВАР САД сутки	15,28±0,72	10,21±0,42***
ВАР САД день	17±1,24	12,34±0,68***
ВАР САД ночь	11,48±0,93	9,83±0,74
ВАР ДАД сутки	13,46±0,72	10,72±0,31***
ВАР ДАД день	15,1±0,83	9,52±0,68***
ВАР ДАД ночь	8,53±0,82	6,73±0,59**
ВАР PsАД сутки	11,62±0,41	9,3±0,37*
ВАР PsАД день	10,71±0,81	8,53±0,19
ВАР PsАД ночь	7,8±0,81	5,42±0,64*

Примечание: * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,005$, *** — $p < 0,001$.

(САДн, ДАДн, СрАДн) время, скорость утреннего подъема (СУП), а также вариабельность (ВАР) САД и ДАД и ВАР пульсового АД (ВАР PsАДд, ВАР PsАДн). В эти же сроки проводилось исследование общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи, протеинурии.

Данные обработаны с помощью статистической программы Statistica 99 (StatSoft, США). Статистическая обработка результатов исследования проводилась по методу Стьюдента.

Результаты и обсуждение

У всех больных, включенных в исследование, офисное АД на фоне использования различных свободных комбинаций превышало уровень 140/90 мм рт.ст. и составляло, в среднем в группе, 169,7/99,8 мм рт.ст.

Исходная терапия наиболее часто (27 (51,9%) больных) была представлена свободной комбинацией иАПФ и диуретика: эналаприл, рамиприл, периндоприл или лизиноприл в комбинации у 19 больных с гидрохлортиазидом и у 8 — с индапамидом. У 14 (30,4%) больных использовалась свободная комбинация иАПФ и БКК (у 11 больных применялся амлодипин и у 3 — нитрендипин). Реже стартовая терапия

была представлена комбинацией БРА (вальсартан, лозартан) и диуретика (гидрохлортиазид) — 7 больных; или комбинацией БРА и амлодипина (4 пациента). Анализ распределения факторов риска показал, что низкая физическая активность отмечалась у 34 пациентов (65,3%), окружность талии превышала 102 см у 9 (17,3%) мужчин и 88 см — у 14 (26,9%) женщин. Курили 36 (69,2%) пациентов, отягощенная наследственность была выявлена у 22 (42,3%). Сахарный диабет в анамнезе отмечали 6 (11,5%) больных, нарушения липидного обмена (гиперхолестеринемия более 4,5 ммоль/л) были выявлены у 47 обследованных (90,3%).

В клинической картине у больных преобладали жалобы на головную боль (92,4%), одышку (84,7%), головокружение (78,0%), повышенную утомляемость (72,9% пациентов), раздражительность (69,1%), шум и звон в ушах (53,2%), эмоциональную лабильность (44,3%), нарушения сна (37,8%), шаткость при ходьбе (19,9%), сердцебиение (11,0%), загрудинную боль (10,6%).

Применение Престанса в дозе 10/5 мг позволило уже в течение двух недель снизить АД до уровня менее 140/90 мм рт.ст. у 21 (40,3%) больного и к концу 4-й недели — у 28 (53,8%) пациентов. У больных, которые не достигли целевого уровня АД, в дальнейшем использовался Престанс в дозе 10/10 мг, что позволило к концу 12-й недели лечения достигнуть контроля АД у подавляющего большинства пациентов (у 44 (84,6%) больных). Офисное АД к концу 12-й недели лечения в среднем в группе наблюдения составляло 134,2/86,4 мм рт.ст. ЧСС не претерпела значительных изменений на протяжении периода лечения.

На фоне проводимого лечения было выявлено достоверное ($p < 0,05$) уменьшение частоты жалоб на головокружения (78,0% — до лечения, 54,8% — на фоне терапии), головную боль (92,4% — до лечения; 78,1% — на фоне терапии), шум и звон в ушах (до лечения — 53,2%, на фоне терапии — 28,2%). Частота остальных жалоб после проводимого лечения также снизилась ($p > 0,05$).

При анализе данных СМАД, нами было выявлено, что использование Престанса в течение 12 недель сопровождалось антигипертензивным эффектом, как в дневное, так и в ночное время (табл. 1).

До лечения среднесуточные показатели САД и ДАД составляли (139,29±1,7 мм рт.ст.) и (84,49±2,06 мм рт.ст.), через 12 недель лечения эти показатели статистически достоверно ($p < 0,001$) снизились и составили (121,17±1,26 мм рт.ст.) и (73,14±1,4 мм рт.ст.), соответственно. Наблюдалась аналогичная динамика среднесуточных показателей в дневное и ночное время. Так, САДд до лечения составляло (142,13±1,72 мм рт.ст.) и ДАДд до лечения — (87,23±1,87 мм рт.ст.). На фоне терапии отмечалось достоверное снижение САДд

на 16 мм рт.ст. ($126,16 \pm 1,27$ мм рт.ст., $p < 0,05$) и ДАД — на 11 мм рт.ст. — ($76,15 \pm 1,39$ мм рт.ст., $p < 0,05$).

Ночные показатели САД на фоне лечения снизились на 16 мм рт.ст.: до лечения — $132,3 \pm 2,51$ мм рт.ст., через 12 недель терапии — $116,74 \pm 1,73$ мм рт.ст., $p < 0,001$; ДАД уменьшилось на 9 мм рт.ст. (до лечения — $78,37 \pm 2,49$ мм рт.ст.), через 12 недель терапии — $69,24 \pm 1,68$ мм рт.ст. ($p < 0,001$).

Среднее АД на фоне изучаемой фиксированной антигипертензивной комбинации характеризовалось также достоверным снижением среднесуточных, среднедневных и средненочных показателей. Так, СрАД за сутки до лечения составило $102,09 \pm 1,49$ мм рт.ст., в дневное время — $105,14 \pm 1,69$ мм рт.ст., в ночное время — $95,05 \pm 2,17$ мм рт.ст., на фоне использования Престанса составило за сутки $87,66 \pm 1,13$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), в дневное время — $92,39 \pm 1,11$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) и в ночное время — $82,24 \pm 1,38$ мм рт.ст. ($p < 0,001$).

Фиксированная комбинация периндоприла аргинина и амлодипина эффективно снижала скорость утреннего подъема САД и ДАД. До лечения СУП САД составляла $26 \pm 4,23$ мм рт.ст./ч, на фоне терапии — $16,3 \pm 4,03$ мм рт.ст./ч ($p < 0,01$); аналогично СУП ДАД снизилась с $24,7 \pm 2,35$ мм рт.ст./ч до $12 \pm 1,61$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). Гипотонические эпизоды на фоне лечения, по данным СМАД, не наблюдались.

На фоне лечения наблюдалось достоверное снижение большинства показателей ВАР АД (табл. 2).

Так, ВАР САД за сутки на фоне терапии составила $10,21 \pm 0,42$ мм рт.ст., что на 5 единиц ниже показателя до лечения — $15,28 \pm 0,72$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). В дневное время суток ВАР САД также достоверно ($p < 0,001$) снизилась: до лечения — $17 \pm 1,24$ мм рт.ст., на фоне терапии — $12,34 \pm 0,68$ мм рт.ст. В ночное время прослеживалась аналогичная тенденция динамики показателя ВАР САД: $11,48 \pm 0,93$ мм рт.ст. и $9,83 \pm 0,74$ мм рт.ст. ($p = 0,067$), соответственно.

Улучшение контроля АД при использовании Престанса сопровождалось также достоверным уменьшением показателей variability диастолического АД. В целом за сутки ВАР ДАД снизилась на фоне лечения на 3 единицы: до лечения ВАР ДАД составляла $13,46 \pm 0,72$ мм рт.ст., через 12 недель — $10,72 \pm 0,31$ мм рт.ст. ($p = 0,002$). Наблюдалось статистически значимое снижение ВАР ДАД в дневное и ночное время: днем до лечения ВАР

ДАД составляла $15,1 \pm 0,83$ мм рт.ст., на фоне лечения — $9,52 \pm 0,68$ ($p = 0,002$); в ночное время — $8,53 \pm 0,82$ мм рт.ст. и $6,73 \pm 0,59$ мм рт.ст. ($p = 0,015$), соответственно.

Использование фиксированной комбинации периндоприла аргинина и амлодипина ассоциировалось с достоверным ($p < 0,05$) снижением изменчивости параметров PsAD. За сутки variability PsAD до лечения составила $11,62 \pm 0,41$ мм рт.ст., на фоне терапии — $9,3 \pm 0,37$ мм рт.ст. ($p = 0,021$). В период сна отмечалось достоверное ($p = 0,027$) снижение ВАР PsAD с $7,8 \pm 0,81$ мм рт.ст. до $5,42 \pm 0,64$ мм рт.ст. В период бодрствования также наблюдалось снижение ВАР PsAD, однако разница с исходными показателями до лечения была недостоверна ($p > 0,05$).

Анализ общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи через 12 недель лечения показал достоверное снижение уровня холестерина ($p < 0,05$) и тенденцию к снижению показателей креатинина. Остальные исследуемые лабораторные показатели существенно не изменились.

Большинство больных, включенных в исследование, отмечали хорошую переносимость проводимого лечения. Серьезных нежелательных явлений, потребовавших отмены препарата, в проведенном исследовании не наблюдалось. Также наблюдалась высокая приверженность к лечению: через 12 недель наблюдения регулярный прием препарата сохранили 49 из 52 больных.

Заключение

1. Перевод больных с ранее неконтролируемой АД на фоне свободных комбинаций антигипертензивных препаратов на лечение фиксированной комбинацией периндоприла аргинина/амлодипина (Престанс) способствовал повышению эффективности контроля АД.

2. Применение Престанса у 84,6% больных АД способствовало достижению целевых уровней АД.

3. Достигнутый эффективный контроль АД сопровождался, по данным СМАД, достоверным снижением средних показателей АД в дневное и ночное время суток, variability и скорости утреннего подъема АД.

4. Использование исследуемого препарата характеризовалось хорошей переносимостью и высокой приверженностью пациентов к лечению.

Литература

1. Diagnostics and treatment of arterial hypertension. Clinical practice guidelines. The Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow, 2013. http://www.gipertonik.ru/files/recommendation/Recommendations_hypertension.docx. (Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения РФ. Москва, 2013. http://www.gipertonik.ru/files/recommendation/Recommendations_hypertension.docx.)
2. Sirenko Yu. Dihydropyridine calcium antagonists — a new reserve to reduce the risk of complications in arterial hypertension. Arterial hypertension 2010; 1(9): 47-52. Russian

(Сиренко Ю. Н. Дигидропиридиновые антагонисты кальция — новый резерв снижения риска осложнений при артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия 2010; 1(9): 47-52).

3. Palatini P. Role of elevated heart rate in the development of cardiovascular disease in hypertension. Hypertension 2011; 58: 745-50.
4. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Age specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002; 360: 1903.

5. Meurin P. The ASCOT trial: clarifying the role of ACE inhibition in the reduction of cardiovascular events in patients with hypertension. *American Journal of Cardiovascular Drugs* 2006; 6: 327-34.
6. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Blood pressure and cardiovascular disease in the Asia Pacific region. *J Hypertens* 2003; 21: 707-16.
7. Brown DW, Giles WH, Greenlund KJ. Blood pressure parameters and risk of total stroke, NHANES II mortality study. *Am J Hypertens* 2007; 20: 338-41.
8. Karpov YA, Deev AD, et al. Uncontrolled arterial hypertension — new possibilities in solving the problems of increasing the effectiveness of treatment. *Cardiology* 2012; 2: 29-35. Russian (Карпов Ю.А., Деев А.Д. и др. Неконтролируемая артериальная гипертония — новые возможности в решении проблемы повышения эффективности лечения. *Кардиология* 2012; 2: 29-35.
9. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 31: 1281-357.
10. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 EOH/EOK guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur. Heart J* 2013; 34 (28): 2159-219.
11. Gradman A, Basile J, Carter B, et al. Combination therapy in hypertension. *Journal of the American Society of Hypertension* 2010; 4: 42-50.
12. Bahl VK, et al. Management of hypertension with the fixed combination of perindopril and amlodipine in daily clinical practice. Results from the STRONG prospective, Observational, Multicenter Study. *Cardiovasc Drug* 2009; 9: 136-42.
13. Girish MP, Bahl V, Jadhav U, et al. Blood pressure control of fixed dose, perindopril/amlodipine combination treatment in hypertensive patients uncontrolled on monotherapy or on two drug combination therapy. *J Hypertens* 2010; 28 (E-suppl. A): e98 [Abstract].
14. Kjeldsen S, Jamerson K, Bakris G, et al. Predictors of blood pressure response to intensified and fixed combination treatment of hypertension: the ACCOMPLISH study. *Blood Pressure* 2008; 17: 7-17.

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

Поскольку журнал переводит свой архив и текущие номера на новую издательскую платформу, просим каждого автора зарегистрировать свои данные на сайтах:

ResearcherID — <http://www.researcherid.com/Home.action>

ResearcherID позволяет решить проблему распознавания автора в рамках исследований научного сообщества. Каждому члену присваивается уникальный идентификатор, что позволит исследователям управлять списками их публикаций, отслеживать статистику цитирования и индекс Хирша, выявлять потенциальных партнеров для сотрудничества и избежать неверной идентификации автора. В дополнение, ваша информация ResearcherID интегрируется в *Web of Science* и совместима с ORCID, позволяя вам продемонстрировать публикации от одного аккаунта.

Поиск на ресурсе позволяет найти партнеров для сотрудничества, пересмотреть список публикаций и изучить, как исследование используется по всему миру.

ORCID — <http://orcid.org/>

ORCID предоставляет постоянный числовой идентификатор, который отличает вас от любого другого исследователя и, благодаря интеграции в ключевые исследования рабочих процессов — таких, как рукопись и предоставление гранта, поддерживает автоматизированные каналы связи между вами и вашей профессиональной деятельностью, гарантируя, что ваша работа признана.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

Всем, кто ожидают публикацию в журнале “Кардиоваскулярная терапия и профилактика” и в “Российском кардиологическом журнале” в 2016 году (т.е. имеется подтверждение, что статья принята к печати, но в текущем году не будет опубликована), необходимо сделать подписку на 2016 год на указанный журнал (можно одну на весь авторский коллектив). Подписку можно оформить — <http://roscardio.ru/ru/subscription.html>

Издательство журнала не рассылает авторские экземпляры ни в бумажном, ни в электронном виде. По дополнительному запросу авторов мы можем передавать авторские экземпляры через нашу редакцию в ГНИЦ ПМ.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

В 2016 году Российский кардиологический журнал принимает для публикации англоязычные статьи — как оригинальные, так и переводы уже напечатанных статей. Англоязычная часть журнала будет выходить 4 раза в год, размещаться в системе РИНЦ, Scopus и других системах, куда входит журнал. Приглашаем авторов!