

DOI: 10.26442/2075082X.2018.4.180116

Концепция «полипилл» в современной кардиологии

И.Е.Чазова[✉], А.В.Аксенова, Ю.В.Жернакова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России. 121552, Россия, Москва, ул. 3-я Черепковская, д. 15а

[✉]c34h@yandex.ru

Объединение препаратов с антигипертензивным, гиполипидемическим, гипогликемическим и антиагрегантным действием в одну таблетку существенно повышает приверженность лечению и обеспечивает множественный контроль факторов риска, снижая риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и фатальных событий. При этом в настоящее время еще не получены убедительные доказательства, что использование полипилла в кардиологии приводит к большему снижению частоты развития первичных конечных точек (общая смертность, фатальный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.д.), чем стандартная стратегия лечения.

Ключевые слова: полипилл, антигипертензивная терапия, сердечно-сосудистый риск.

Для цитирования: Чазова И.Е., Аксенова А.В., Жернакова Ю.В. Концепция «полипилл» в современной кардиологии. Системные гипертензии. 2018; 15 (4): 6–7.
DOI: 10.26442/2075082X.2018.4.180116

"Polypill" conception in modern cardiology

[Editorial]

I.E.Chazova[✉], A.V.Aksenova, Yu.V.Zhernakova

National Medical Research Center for Cardiology of the Ministry of Health of the Russian Federation.

121552, Russian Federation, Moscow, ul. 3-ia Cherepkovskaia, d. 15a

[✉]c34h@yandex.ru

For citation: Chazova I.E., Aksenova A.V., Zhernakova Yu.V. "Polypill" conception in modern cardiology. Systemic Hypertension. 2018; 15 (4): 6–7. DOI: 10.26442/2075082X.2018.4.180116

Abstract

Combining treatments with antihypertensive, lipid lowering, antidiabetic and antiplatelet effects into a single pill significantly increases adherence to treatment, provides multiple control of risk factors and reduces the risk of cardiovascular diseases and fatal events. At the same time, there is still no convincing evidence that the using polypill in cardiology instead of the standard treatment strategy leads to a greater reduction in the incidence of primary end points (total mortality, fatal myocardial infarction, stroke, etc.).

Key words: polypill, antihypertensive treatment, cardiovascular risk.

Близкой к идеальной была бы возможность массового назначения нескольких препаратов, направленных на коррекцию различных факторов риска, в одной таблетке – полипилле (полипилюли) для каждого конкретного пациента с учетом количества, типов и дозировок лекарственных средств.

История концепции полипилюли, или полипилла, в кардиологии насчитывает более 15 лет. Однако без клинических исследований эта стратегия была не более чем необоснованной гипотезой. Интерес к ней был возрожден многочисленными данными о значимости приверженности лечению. Высокая приверженность лечению позволяет снизить смертность на 46% [1], развитие инфаркта миокарда – 24%, инсульта – 23%, хронической сердечной недостаточности – 34% [2]. В реальной практике приверженность лечению препаратами, влияющими на уровень сердечно-сосудистого риска (антигипертензивными препаратами, гиполипидемическими, гипогликемическими), очень низка [3] и имеет обратную корреляцию с количеством принимаемых таблеток [4]. Артериальной гипертонии часто сопутствуют гиперхолестеринемия и сахарный диабет [5], что приводит к тому, что чем больше факторов риска нуждается в контроле, тем меньше они контролируются [6].

К преимуществам полипилла относится повышение приверженности терапии. Уменьшается вероятность, что пациенты прекратят лечение в тех ситуациях, в которых при назначении препаратов в свободных комбинациях они прекращали прием:

- при отсутствии ощущаемых пациентами симптомов заболевания [7];
- недостижении целевых цифр [8];
- сложных схемах назначения и большом количестве назначаемых препаратов [9];
- желании снизить расходы, отказавшись от покупки наиболее дорогостоящих препаратов.

К недостаткам относится наличие объективных ограничений назначения полипилла:

- 1) невозможность коррекции дозы лишь одного из компонентов полипилла (например, целевые значения уровня холе-

стерина достигнуты, тогда как целевые цифры артериального давления – нет);

- 2) наличие противопоказаний к назначению одного из компонентов полипилла;

- 3) при необходимости отмены одного компонента лечения (возникновение серьезного побочного эффекта): пациент до назначения лечения в свободных комбинациях остается без протекции сразу всех факторов;

- 4) возникновение у пациентов ощущения, что прием таблетки сам по себе достаточен для поддержания здоровой жизни и никаких усилий со стороны самого пациента по ведению здорового образа жизни не требуется.

Большая часть исследований, проведенных за последние 10 лет, продемонстрировала увеличение приверженности лечению на 20–25%, хорошую переносимость и более выраженную коррекцию факторов риска в группах пациентов, получавших полипилл, а не препараты в свободных комбинациях. По данным части исследований, статистически значимых различий в коррекции факторов риска получено не было, при этом более высокая приверженность лечению и хорошая переносимость сохранялись. Комбинации препаратов, входящие в состав полипилла:

- ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) + статин + ацетилсалициловая кислота (АСК) + β-адреноблокатор + диуретик + добавка, содержащая калий [10];

- ИАПФ + статин + АСК [11];

- ИАПФ + статин + АСК + β-адреноблокатор;

- ИАПФ + статин + АСК + диуретик [12–14].

Основное ограничение на настоящий момент – отсутствие оснований на анализе жестких первичных точек рандомизированных исследований. В настоящее время проводится несколько таких исследований [15, 16].

Вопросы, остающиеся открытыми в настоящее время:

- возможно ли уменьшить прогрессирование хронической сердечной недостаточности, хронической почечной недостаточности при использовании полипилла;
- возможно ли для предупреждения развития микро- и макрососудистых осложнений включение в состав полипилла ги-

погликемических препаратов, доказавших свой кардиопротективный эффект [17];

- ограничивается ли стратегия использования полипила вторичной профилактикой или может быть применена у пациентов без сердечно-сосудистых заболеваний, но с высоким риском;
- каким должно быть оптимальное количество антигипертензивных препаратов;

- выраженность эффективности препаратов, дозировки препаратов, возможно ли дополнительное включение других лекарственных средств, витаминов и т.д.

Необходимо отметить и сложность оценки потенциального риска и пользы от включения в полипилл АСК [18].

Концепция полипила динамично развивается в ответ на данные новых исследований и будет трансформироваться для блага пациента и облегчения работы врача.

Литература/References

1. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 2006; 333: 315.
2. Corrao G, Rea F, Ghirardi A et al. Adherence with antihypertensive drug therapy and the risk of heart failure in clinical practice. *Hypertension* 2015; 66: 742–9.
3. Chowdhury R, Khan H, Heydon E et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J* 2013; 34: 2940–8.
4. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001; 23: 1296–310.
5. Mancia G, Facchetti R, Bombelli M et al. Relationship of office, home, and ambulatory blood pressure to blood glucose and lipid variables in the PAMELA population. *Hypertension* 2005; 45: 1072–7.
6. Bhatt DL, Steg PG, Ohman EM et al. REACH Registry Investigators. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. *JAMA* 2006; 295: 180–9.
7. Hameed MA, Dasgupta I, Gill P. Poor adherence to antihypertensive drugs. *BMJ* 2016; 354: i3268.
8. Ambrosioni E, Leonetti G, Pessina AC et al. Patterns of hypertension management in Italy: results of a pharmacoepidemiological survey on antihypertensive therapy. Scientific Committee of the Italian Pharmacoepidemiological Survey on Antihypertensive Therapy. *J Hypertens* 2000; 18: 1691–9.
9. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a metaanalysis. *Hypertension* 2010; 55: 399–407.
10. Yusuf S, Pais P, Sigamani A et al. Comparison of risk factor reduction and tolerability of a full-dose poly-pill (with potassium) versus low-dose poly-pill (Polycap) in individuals at high risk of cardiovascular diseases the Second Indian Polycap Study (TIPS-2) investigators. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2012; 5: 463–71.
11. Sanz G, Fuster V. Fixed-dose combination therapy and secondary cardiovascular prevention: rationale, selection of drugs and target population. *Nat Clin Prac Cardiovasc Med* 2009; 6: 101–10.
12. Thom S, Poulter N, Field J et al. Effects of a fixed-dose combination strategy on adherence and risk factors in patients with or at high risk of CVD: the UMPIRE randomized clinical trial. *JAMA* 2013; 310: 918–29.
13. Selak V, Elley CR, Bullen C et al. Effect of fixed dose combination treatment on adherence and risk factor control among patients at high risk of cardiovascular disease: randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2014; 348: g3318.
14. Patel A, Cass A, Peiris D et al. A pragmatic randomized trial of a poly-pill-based strategy to improve use of indicated preventive treatments in people at high cardiovascular disease risk. *Eur J Prev Cardiol* 2015; 22: 920–30.
15. Prevention of Cardiovascular Disease in Middle-aged and Elderly Iranians Using a Single PolyPill (PolyIran). <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01271985>
16. Castellano JM, Bueno H, Fuster V. The cardiovascular poly-pill: clinical data and ongoing studies. *Internat J Cardiol* 2015; 201 (S1): S8–S14.
17. Emdin CA, Rahimi K, Neal B et al. Blood pressure lowering in type 2 diabetes: a systematic review and metaanalysis. *JAMA* 2015; 313: 603–15.
18. Baigent C, Blackwell L, Collins R et al. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative metaanalysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2009; 373: 1849–60.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Чазова Ирина Евгеньевна – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., рук. отд. гипертонии, дир. ИКК им. А.Л.Мясникова, зам. ген. дир. по научной работе ФГБУ «НМИЦ кардиологии». E-mail: c34h@yandex.ru

Аксенова Анна Владимировна – канд. мед. наук, мл. науч. сотр. отд. гипертонии ФГБУ «НМИЦ кардиологии». E-mail: akseanovaannav@gmail.com

Жернакова Юлия Валерьевна – д-р мед. наук, проф., ученый секретарь ИКК им. А.Л.Мясникова ФГБУ «НМИЦ кардиологии». E-mail: juli001@mail.ru