

ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СПОСОБНА ПРЕДОТВРАТИТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА

Любая физическая активность способна предотвратить возникновение болезней сердца и снизить риск преждевременной смерти. Научные исследования, в которых приняли участие более 130 тыс. человек из 17 стран мира, демонстрируют, что всего 30 минут любой физической активности в день, или 2,5 ч в неделю, увеличивают частоту пульса.

Ученые выявили, что риск преждевременной смерти снижен на 28%, а риск возникновения сердечных заболеваний на 20% у тех, кто активен более 150 минут в неделю. При этом абсолютно неважно, какова эта физическая активность.

Главный исследователь Скотт Лир (Scott Lear), Канадский Университет Саймона Фрейзера, отмечает, что «даже пешая прогулка до работы или во время обеда также может быть полезной». Для достижения лучших результатов физическая активность должна стать частью ежедневной жизни. Необязательно ходить в спортзал – уборка по дому или какая-либо активность на работе улучшают показатели. Так, например, 750 минут быстрой ходьбы в неделю увеличивают их до 36%. Если следовать этому принципу, то в течение 7 лет можно предотвратить 8% преждевременных смертей.

Результаты данного исследования представляют особую значимость для стран с низким и средним уровнем дохода, где любое сердечное заболевание влечет за собой тяжелое финансовое бремя. Активный образ жизни – это недорогой, но обладающий большим воздействием способ решения данной проблемы по всему миру. 

МОНОКЛОНАЛЬНОЕ АНТИТЕЛО НА 15% СНИЖАЕТ РИСК ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА

Компания Novartis планирует в этом году подать заявку на регистрацию своего моноклонального антитела канакинумаба в качестве средства для снижения сердечно-сосудистого риска у пациентов с воспалительным атеросклерозом, перенесших инфаркт. Результаты исследования CANTOS показали, что лекарственный препарат позволяет на 15% снизить вероятность повторного серьезного сердечно-сосудистого события. В июне Novartis сообщила о достижении первичных конечных точек в клиническом исследовании CANTOS препаратом CANTOS, однако подробные результаты испытаний были представлены только сейчас на конференции Европейского сообщества по кардиологии. В исследовании CANTOS принимали участие более 10 тыс. пациентов на протяжении 6 лет. Согласно плану клинического исследования пациенты проходили лечение канакинумабом (инъекции 1 раз в 3 месяца) в комбинации со стандартной терапией или получали плацебо + стандартную терапию. Среднее время наблюдения за участниками составляло 3,8 года. Результаты КИ подтвердили эффективность канакинумаба в снижении риска повторного сердечно-сосудистого явления (снижение вероятности на 15%), однако показали, что на фоне экспериментальной терапии выше смертность от инфекционных заболеваний по сравнению с плацебо. Вместе с тем было отмечено некоторое снижение частоты развития злокачественных новообразований в группах приема канакинумаба. В настоящее время канакинумаб одобрен в ряде стран (в том числе в России) для лечения острого подагрического артрита, ювенильного идиопатического артрита. Данный препарат является полностью человеческим моноклональным антителом IgG1/каппа изотипа к ИЛ-1β. 

Всероссийское общество неврологов
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им.И.М.Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский Университет)

VIII Российская научно-практическая конференция Инновационные технологии в области неврологии и смежных специальностей

Здание Правительства Москвы,
Новый Арбат, 36

24 октября 2017

МЕДЗНАНИЯ⁺

+7(495)699 14 65, 699 81 84
www.medQ.ru info@medQ.ru



MedQ+

ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ НАЧИНАЮТ В СРЕДНЕМ С ЗАДЕРЖКОЙ В ДВА ГОДА

Тридцать процентов пациентов с диабетом 2-го типа отказываются начинать инсулинотерапию, несмотря на риск ухудшения прогрессирования болезни. Хотя позднее начало инсулинотерапии (препарат для снижения уровня сахара в крови) ведет к ухудшению прогрессирования болезни, новые исследования выявили, что 30% пациентов с диабетом 2-го типа не начинают инсулинотерапию вовремя. «К сожалению, пациенты с большой неохотой начинают рекомендованную инсулинотерапию», – говорит Александр Турчин (Alexander Turchin), глава по контролю диабета в отделениях эндокринологии, диабета и гипертонии в Объединенном медицинском центре Бригэма (BWH). «Многие врачи столкнулись с этим феноменом, но до нашего исследования не было известно, насколько общепринятой является отсрочка начала приема препарата. Нам необходимо быть уверенными, что эти пациенты принимают решение, будучи полностью проинформированными». Для того чтобы получить эти данные, исследователи создали компьютерную программу для анализа электронных записей врачей о пациентах центра с 2000 до 2014 г., с целью выявить пациентов с диабетом 2-го типа, которые изначально отклонили инсулинотерапию. Из 3 295 пациентов, включенных в анализ, около трети отказались от совета врача начать инсулинотерапию. Пациенты, которые вначале отказались, но в конечном счете приняли рекомендацию начать прием инсулина, в среднем отсрочили терапию на два года, за которые произошло дальнейшее повышение уровня сахара в крови. Дальнейшее исследование необходимо для определения причин отсрочки начала инсулинотерапии, факторов риска, а также долгосрочных результатов принятого пациентами решения.



БИОМАРКЕРЫ В КРОВИ ПОКАЗАЛИ ВАЖНУЮ РОЛЬ ПИТАНИЯ ПРИ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

Впервые стало возможным объективно определить влияние ключевых компонентов питания на риск развития диабета 2-го типа в будущем. Новый метод, разработанный в Техническом университете Чалмерса, продемонстрировал свой потенциал в большом исследовании, показав, что «метаболические отпечатки» с образцов крови могут отражать важные знания о связи здоровья и питания. Исследование выявило, что диета – это один из важнейших факторов риска развития диабета 2 типа у пожилых женщин. Исследователи из Технического университета Чалмерса (Chalmers University of Technology), Университета Гетеборга (University of Gothenburg) и Сальгрэнской Академии (Sahlgrenska Academy) обнаружили, что некоторые биомаркеры питания и питательных веществ – молекулы, которые можно измерить в крови, связаны как с риском наличия диабета 2-го типа, так и с будущим риском его развития. Исследование было проведено на 600 женщинах в возрасте 64 лет, которым диагностировали диабет в начале эксперимента и снова 5,5 года спустя. Используя данный метод, было возможно впервые объективно определить влияние ключевых компонентов питания на риск развития диабета 2-го типа в будущем. Новый метод также впервые позволил измерить несколько биомаркеров питания и питательных веществ одновременно у большого количества людей. Результаты подчеркивают, что питание является важным фактором, когда речь идет о риске развития диабета 2-го типа, при этом рыба, цельные злаки, растительные масла и витамин Е защищают организм, в то время как красное мясо и насыщенные жиры увеличивают риск развития болезни.



Профилактика инсульта/системной эмболии у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий

ЭФФЕКТИВНОСТЬ –
снижение риска
инсульта/
системных
тромбоэмболий
по сравнению с варфарином*

БЕЗОПАСНОСТЬ –
меньше
риск
БОЛЬШИХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ
по сравнению с варфарином*

Торговое название: Эликвис®. МНН: апиксабан. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Состав: одна таблетка содержит 2,5 мг или 5 мг апиксабана. Показания к применению: – профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава; – профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у взрослых пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, имеющих один или несколько факторов риска (таких, как инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, возраст 75 лет и старше, артериальная гипертония, сахарный диабет, сопровождающаяся симптомами хронической сердечной недостаточности (функциональный класс II и выше по классификации NYHA). Исключение составляют пациенты с тяжелой и умеренно выраженными митральными стенозом или искусственными клапанами сердца; – лечение тромбоза глубоких вен (ТГВ), тромбоза бляшки коронарной артерии (ТЭЛА), а также профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. Противопоказания: Гиперчувствительность к любому компоненту препарата. Клинически значимое кровотечение. При состоянии, характеризующемся повышенным риском кровотечений: врожденными или приобретенными нарушениями свертываемости крови; обострениях язвенной болезни желудочно-кишечного тракта; бактериальном эндокардите; тромбоцитопении; геморрагическом инсульте в анамнезе; недавно перенесенном оперативном вмешательстве на головном или спинном мозге, а также на органе зрения; при тяжелой неконтролируемой артериальной гипертензии. Тяжелые нарушения функции печени, заболевания печени, сопровождающиеся нарушениями в системе свертывания крови и клинически значимым риском развития кровотечений. Нарушение функции почек с креатинином менее 15 мг/мл, а также применение у пациентов, находящихся на диализе. Возраст до 18 лет (данные о применении препарата отсутствуют). Беременность (данные о применении препарата отсутствуют). Период грудного вскармливания (данные о применении препарата отсутствуют). Одновременное применение с препаратом, действие которых может быть связано с развитием серьезных кровотечений. Врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Побочное действие: Часто: анемия, кровотечения (часто – носовые, интродукционно-кишечные, ректальные, кровотечения из десен, гематурия, гиперменорея, кровянистая в титани (глазного яблока), гематома, тошнота. Перечень всех побочных эффектов представлен в полной версии инструкции по медицинскому применению. Способ применения и дозы: Препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. Для пациентов, которые не могут проглотить таблетку целиком, ее можно измельчить и развести (в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре) и незамедлительно принять внутрь. В качестве альтернативы, таблетку можно измельчить и развести в воде или 5% водном растворе декстрозы и незамедлительно ввести полученную суспензию через назоглоточный зонд. Лекарственное вещество в измельченных таблетках сохраняет стабильность в воде, водной декстрозе, яблочном соке или пюре до 4 часов. У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 5 мг два раза в сутки. У пациентов с фибрилляцией предсердий дозу препарата снижают до 2,5 мг два раза в сутки при наличии сочетания двух или более из следующих характеристик – возраст 80 лет и старше, масса тела 60 кг и менее или концентрация креатинина в плазме крови ≥1,5 мг/дл (133 мкмоль/л). У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: 2,5 мг 2 раза в сутки (первый прием через 12–24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуемая длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава – от 10 до 14 дней. Лечение тромбоза глубоких вен, тромбоза бляшки коронарной артерии (ТЭЛА): По 10 мг два раза в сутки в течение 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения клинически значимых кровотечений. Профилактика рецидива тромбоза глубоких вен, тромбоза бляшки коронарной артерии (ТЭЛА): По 2,5 мг два раза в сутки после как минимум 6 месяцев лечения тромбоза глубоких вен или ТЭЛА. Отпускается по рецепту врача. Срок годности: 3 года. Регистрационное удостоверение: ЛП-002007, ЛП-001475. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата. Перед применением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению препарата. Дата версии: 30.11.2016.



ЭЛИКВИС® ОБЪЕДИНЯЕТ ОБА ПРЕИМУЩЕСТВА

ЭЛИКВИС® – достоверно снижает риск инсульта / системных тромбоэмболий в сочетании с меньшим риском развития больших кровотечений*

ЭЛИКВИС® – в клинических исследованиях доказал снижение общей смертности*

Медицинских работников просят сообщать о любых нежелательных явлениях в службу фармаконадзора компании Пфайзер.

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения ЭЛИКВИС® от 30.11.2016.
2. Granger C.B. et al. N Engl J Med. 2011; 365: 981–992.

*Статистически значимо по сравнению с варфарином.



ООО «Пфайзер Инновации», Россия 123112, Москва, Пресненская наб., д. 10. Тел.: +7 495 287 5000; факс: +7 495 287 5300.

PP-ELI-RUS-0055 25.01.2017

УЧЕНЫЕ РАССКАЗАЛИ О ПРОСТЫХ МЕРАХ ПО СОХРАНЕНИЮ ЯСНОГО УМА И КРЕПКОЙ ПАМЯТИ В СТАРОСТИ

Ученые штата Мичиган установили, что, соблюдая несколько простых правил, можно существенно снизить вероятность возникновения старческого слабоумия. По прогнозам ВОЗ, через 10–15 лет более 70 млн жителей будут страдать от болезней сосудов и сердца, различных форм старческого слабоумия и нарушений мозгового кровообращения. В связи с этим внимание ученых сосредоточено на том, чтобы изучить пути развития этих заболеваний и работать над снижением возможности их развития в старости.

Доктор Филип Горелик (Philip Gorelick), университет штата Мичиган в Гранд-Рапидс (США), и его коллеги, кардиологи и нейрофизиологи, уже давно обратили внимание на то, что для болезни Альцгеймера, старческой деменции и многих других проблем, связанных с работой мозга, характерны те же факторы риска, что и для развития атеросклероза, который является одной из причин ишемической болезни сердца и инсультов. В ходе изучения научных работ ученые выявили семь основных факторов риска, нейтрализовав которые можно снизить вероятность заболеваний сосудов и сердца, а также развития старческого слабоумия. Все они связаны с такими общеизвестными факторами, как образ жизни, наличие вредных привычек и диета. Основной рекомендацией ученых является контроль давления и уровня инсулина и холестерина в крови, а также физическая активность, коррекция веса, правильное питание и избавление от такой вредной привычки, как курение. Ученые отмечают, что, следуя хотя бы одному из этих правил, можно снизить вероятность возникновения такого рода проблем на 50%, а соблюдение всех пунктов практически полностью исключает развитие проблем с сердцем и болезнью Альцгеймера в пожилом возрасте. Доктор Горелик и его коллеги надеются, что соблюдение вышеперечисленных мер по сохранению физического и умственного здоровья позволит к 2020 г. улучшить состояние жителей на 20%.



СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В РФ – 72,5 ГОДА

«Число лиц старше 70 лет составляет в Российской Федерации 13 млн 370 тыс. человек, и это огромная цифра. И мы понимаем, что часть людей, перешагнувших порог 70 лет, требуют дополнительного ухода, требуют специального сопровождения», – заявила вице-премьер О. Голодец в ходе заседания совета при правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере в Подмосковье. Она напомнила, что средняя продолжительность жизни в России достигла 72,5 года, и этот показатель говорит о необходимости сформировать новую, профессиональную систему ухода за пожилыми людьми. «Уход за людьми старшего возраста – это не только доброта и внимание, но и высокий уровень профессионализма людей, занятых организацией ухода и непосредственно уходом», – отметил вице-премьер. Ранее сообщалось, что Минздрав подготовил профессиональный стандарт для врачей-гериатров – медиков, специализирующихся на помощи и поддержке пожилых пациентов, а также проект клинических рекомендаций по оказанию гериатрической помощи.



КОМПАНИЯ «ЭГИС» СОБРАЛА СТАТИСТИКУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГИПЕРУРИКЕМИИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Завершена первая в России наблюдательная программа, инициированная компанией «ЭГИС», по изучению уровня мочевой кислоты (УМК) у людей с артериальной гипертензией (АГ), протекающей на фоне метаболического синдрома, сахарного диабета и болей в суставах. Исследование, в котором приняли участие 880 врачей и почти 10 000 пациентов из более чем 50 городов России, позволило выявить больных, которым требуется контроль УМК, изучить их профиль, а также выяснить, при каких сопутствующих с АГ заболеваниях (метаболическом синдроме, сахарном диабете и болями в суставах) повышенный уровень МК встречается чаще всего.

За период с июня по сентябрь 2017 г. исследователями были проанализированы данные 9617 пациентов в возрасте от 30 до 80 лет, наблюдающихся в 395 различных лечебно-профилактических учреждениях. 43,42% обследованных составили мужчины (4176 человек) и 56,58% – женщины (5441 человек).

В результате проведенного исследования было выявлено, что гиперурикемия (повышенный уровень мочевой кислоты в сыворотке крови) наблюдается у 63% женщин и 37% мужчин, принявших участие в проекте. У многих обследованных также были диагностированы излишний вес или ожирение I степени – средний показатель индекса массы тела составил 29,44 у мужчин и 30,16 у женщин, что в обоих случаях превышает норму.

Среди заболеваний, сопутствующих артериальной гипертензии на фоне высокого уровня УМК, чаще всего отмечались боли в суставах (70,51% случаев), метаболический синдром (49,9% случаев) и сахарный диабет (33,41% случаев). При этом процентное соотношение женщин преобладает во всех категориях.

Распределение участников программы по возрасту показало, что повышенный УМК у пациентов, страдающих артериальной гипертензией, ассоциированной с АГ в сочетании с сахарным диабетом, метаболическим синдромом и болями в суставах, преимущественно определяется в старших возрастных группах. Количество таких пациентов с возрастом увеличивается, а максимальный показатель (36,49%) наблюдается у людей 60–69 лет, которых исследователи классифицировали как пожилых.

Давид Васильевич Небиеридзе, доктор медицинских наук, руководитель отдела профилактики метаболических нарушений ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ, член правления Российского медицинского общества артериальной гипертензии: «Доказано, что повышенный уровень мочевой кислоты ассоциирован с развитием сердечно-сосудистых заболеваний. В этой связи очень важно знать о распространенности данного фактора риска среди различных групп пациентов. Эпидемиологическое исследование, инициированное в России компанией «ЭГИС», дает ценную информацию о частоте встречаемости гиперурикемии при артериальной гипертензии, протекающей на фоне сахарного диабета, метаболического синдрома и болей в суставах. Полученные данные должны быть одинаково полезны и для врачей, и для населения».



ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ТИКАГРЕЛОРА ПОСЛЕ ИНФАРКТА СНИЖАЕТ РИСК СМЕРТИ ОТ ОСЛОЖНЕНИЙ ССЗ НА 29%

Компания AstraZeneca представила на конгрессе Европейского общества кардиологов новые результаты подгруппового анализа, демонстрирующие дополнительные сердечно-сосудистые преимущества длительного применения препарата тикагрелор. Согласно данным клинического исследования III фазы, при терапии тикагрелором (60 мг два раза в сутки) и ацетилсалициловой кислотой (АСК) в низкой дозе риск повторных атеротромботических событий и, следовательно, острого коронарного синдрома и сердечно-сосудистой смертности снижается на 29%. Полученные результаты относятся к пациентам, которые начали получать терапию тикагрелором не позднее двух лет с момента перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) или не позднее года с момента прекращения приема антиагрегантной терапии ингибитором рецептора аденозиндифосфата (АДФ). Субанализ данных исследования PEGASUS-TIMI 54 также показал снижение на 20% риска смерти от любой причины и снижение на 20% риска развития событий комбинированной конечной точки, включающей сердечно-сосудистую смерть, ИМ и инсульт. Как и ожидалось, частота развития больших кровотечений соответствовала известному профилю безопасности препарата тикагрелор.



УЧЕНЫЕ РАЗРАБОТАЛИ НАНОГЕЛИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Инфаркт миокарда наносит вред мышечным стенкам сердца. Ученые применяли прямую имплантацию стволовых клеток в стенки сердца, однако часто клетки не могли быть должным образом фиксированы или же вызывали иммунную реакцию. Другой вариант лечения, который исследуют в настоящее время, – это инъекционные гидрогели, вещества, состоящие из воды и полимера. Для их создания можно использовать полимеры естественного происхождения – кератин и коллаген, но их стоимость высока, а состав может различаться. Поэтому ученые предприняли попытку поместить стволовые клетки в недорогие гидрогели со специально разработанными в лаборатории крошечными отверстиями. Стволовые клетки инкапсулировали в наногели, которые изначально имеют жидкую структуру, а затем превращаются в мягкий гель при температуре тела. Наногель не имел негативного влияния на рост стволовых клеток и их функцию, и заключенные в оболочку стволовые клетки не вызвали реакцию отторжения. При введении стволовых клеток в форме наногеля в сердца мышей и свиней наблюдалось укрепление стенок сердца и повышение уровня регенерации и удержания клеток, по сравнению с прямым введением одних лишь стволовых клеток.



НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

АО «АКРИХИН», лидирующий российский производитель^{1,2} препаратов по доступной цене^{3,4}, продолжает расширять свой кардиологический портфель высококачественных генериков МНН-Акрихин. Компания выводит на российский рынок еще 5 лекарственных средств разных классов: **Амлодипин**, **Аторвастатин**, **Клопидогрел-Акрихин**, **Лизиноприл-Акрихин** и **Рамиприл-Акрихин**.

Одна из острых проблем кардиологии – недостаточно высокий уровень комплаентности пациентов⁵. Например, при артериальной гипертензии (АГ) это негативно сказывается на решении кратко- и среднесрочных (снижение артериального давления (АД) до целевых уровней), а тем более долгосрочных задач (профилактика развития и/или прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений)⁵. Есть данные, что в России лишь 21,5% пациентов, получающих антигипертензивную терапию, достигают целевых уровней АД⁶. В специально проведенном исследовании было установлено, что 39,5% больных не соблюдают частоту, дозировки и длительность приема препаратов⁵. Если через 1 год от начала лечения принимать гипотензивные ЛС продолжают 78% больных АГ, то через 4,5 года – всего 46%⁵. В 63,1% случаев это обусловлено низкой приверженностью к назначенному лечению⁵.

Среди факторов, влияющих на выполнение рекомендаций врача и выбор конкретного препарата, уверенно лидируют недостаток денежных средств (в среднем 40,9%) и цена ЛС (в среднем 32,6%) соответственно⁵. Значит, для сохранения комплаентности и достижения терапевтических целей приоритетное значение имеет доступность препаратов при высоком качестве. Именно этим критериям и соответствуют новые генерики МНН-Акрихин, которые позволяют получать необходимое лечение большему количеству пациентов.

Появление в арсенале врача высококачественных и доступных кардиологических препаратов от АО «АКРИХИН» – крайне важное событие еще и потому, что в лечении АГ приоритет отдается комбинированной терапии⁷. Многочисленные исследования показали, что в большинстве случаев для контроля АД требуется как минимум два препарата⁸. Это неизбежно увеличивает расходы пациентов, и многие из них либо прекращают прием лекарств, либо ищут менее затратную альтернативу, например, такую, как генерики МНН-Акрихин⁵.

Кроме выгодного соотношения «цена/качество», новинки от АО «АКРИХИН» имеют еще одну отличительную черту – современную «умную» упаковку с интуитивной цветовой навигацией, четко прописанными МНН и дозировками, заметным штампом «по рецепту».

¹ АО «АКРИХИН» входит в топ-3 наиболее узнаваемых российских фармкомпаний среди фармацевтов. По данным Ipsos Healthcare, Pharma-Q spring, 2016.

² АО «АКРИХИН» занимает 1-е место по продажам в упаковках среди всех компаний – производителей оригинальных препаратов и генериков по 15 МНН и 1-е место в натуральном и денежном выражении без учета производителей оригинальных ЛС и бренд-генериков. По данным QuintilesIMS, Russia, Retail Channel, total market, CBGx/INNx market 15 INN, MAT 09/2016.

³ IMS Consulting, результаты онлайн-исследования потребителей, май 2015, общее количество участников 306 человек.

⁴ По данным QuintilesIMS MAT Q4 2014 г., оптовые цены дистрибьюторов. Препараты, входящие в портфель «МНН-Акрихин», дешевле оригинальных ЛС, если таковые присутствуют в сегменте.

⁵ Хохлов А.Л., Лисенкова Л.А., Раков А.А. Анализ факторов, определяющих приверженность к антигипертензивной терапии. *Качественная клиническая практика*, 2003, 14: 59–66.

⁶ Чумакова Е.А., Гапонова Н.И. Исследование взаимосвязи социальных и психологических характеристик больных артериальной гипертензией, частоты вызовов скорой медицинской помощи и приверженности пациентов лечению. *Системные гипертензии*, 2014, 2: 5–8.

⁷ Мазолкин В.И. При лечении артериальной гипертензии необходим стабильный контроль АД (роль комбинированной терапии). *Трудный пациент*, 2011, 1: 14–16.

⁸ Чазова И.Е., Ощепкова Е.В., Жернакова Ю.В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации. *Кардиологический вестник*, 2015, 1: 3–30.

