



валсартан 80 мг, 160 мг, 320 мг



валсартан 80 мг/гідрохлортіазид 12,5 мг,  
валсартан 160 мг/гідрохлортіазид 12,5 мг,  
валсартан 320 мг/гідрохлортіазид 12,5 мг



валсартан 160 мг/гідрохлортіазид 25 мг,  
валсартан 320 мг/гідрохлортіазид 25 мг

## Потужне зниження артеріального тиску від ведучого виробника сартанів (1)

### Вальсакор. Показання\*:

- Артеріальна гіпертензія
- Серцева недостатність
- Нещодавно перенесений інфаркт міокарда

**Склад:** Вальсакор: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 40 мг або 80 мг або 160 мг або 320 мг валсартану; Вальсакор Н80: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 80 мг валсартану та 12,5 мг гідрохлортіазиду; Вальсакор Н160: 160 мг валсартану та 12,5 мг гідрохлортіазиду; Вальсакор НД160: 160 мг валсартану та 25 мг гідрохлортіазиду; Вальсакор Н320: 320 мг валсартану та 12,5 мг гідрохлортіазиду; Вальсакор НД320: 320 мг валсартану та 25 мг гідрохлортіазиду. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Прості препарати антагоністів ангіотензину II. Код АТС С09С А03. **Показання.** Артеріальна гіпертензія. Лікування артеріальної гіпертензії у дорослих та дітей віком від 6 до 18 років. Артеріальна гіпертензія (таблетки 40 мг). Лікування артеріальної гіпертензії у дітей віком від 6 до 18 років. Постінфарктний стан. Лікування клінічно стабільних пацієнтів із симптоматичною серцевою недостатністю або асимптоматичною систолічною дисфункцією лівого шлуночка після нещодавно перенесеного (12 годин – 10 днів) інфаркту міокарда. Серцева недостатність. Артеріальна гіпертензія у пацієнтів, тиск яких відповідно не регулюється монотерапією. **Противпоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату; підвищена чутливість до будь-якого сульфонамідного препарату; тяжкі порушення функції печінки, цироз печінки та холестази; анурія, порушення функції нирок (кліренс креатиніну <30 мл/хв.), гемодіаліз; рефрактерна гіпокаліємія, гіпонатріємія, гіпокальціємія або симптоматична гіперурикемія, вагітність та період годування груддю. **Побічні реакції.** зниження гемоглобіну, зниження гематокриту, нейтропенія, тромбоцитопенія, підвищена чутливість, включаючи сироваткову реакцію, підвищення калію у сироватці крові, гіпонатріємія, запаморочення, постуральне запаморочення, втрата свідомості, головний біль, безсоння, зниження лібідо, вертимо, артеріальна гіпотензія, ортостатична гіпотензія, серцева недостатність, васкуліт, кашель, фарингіт, риніт, синусит, інфекції верхніх дихальних шляхів, вірусні інфекції, абдомінальний біль, нудота, діарея, підвищення значень печінкової проби, включаючи підвищення білірубіну в сироватці крові, ангіоневротичний набряк, висипання, свербіж, міалгія, артралгія, ниркова недостатність та порушення функції нирок, гостра ниркова недостатність, підвищення креатиніну у сироватці крові, підвищення азоту сечовини у крові, астенія, підвищена втомлюваність. **Фармакологічні властивості.** Валсартан – це активний, специфічний антагоніст рецепторів ангіотензину II. Він діє селективно на підтип рецепторів АТ1, відповідальних за відомі ефекти ангіотензину II. Валсартан не притгичує активності АПФ (відомого також як кініназа II), що перетворює ангіотензин I на ангіотензин II та каталізує розпад брадікініну. Антагоністи ангіотензину II не спричинюють кашлю, оскільки не впливають на активність ангіотензинперетворювального ферменту і не посилюють продукцію брадікініну та субстанції Р. Лікування валсартаном пацієнтів з артеріальною гіпертензією призводило до зниження артеріального тиску, не впливаючи на частоту серцевих скорочень. В комбінації з гідрохлортіазидом досягається значне додаткове зниження артеріального тиску.

Відпускається за рецептом лікаря. Інформація про лікарський засіб для використання у професійній діяльності медичними та фармацевтичними працівниками.



*Лоріста®* лозартан 25 мг,  
лозартан 50 мг,  
лозартан 100 мг

*Лоріста® Н* лозартан 50 мг/гідрохлортіазид 12,5 мг,  
лозартан 100 мг/гідрохлортіазид 12,5 мг

*Лоріста® НД* лозартан 100 мг/гідрохлортіазид 25 мг

## Доведена ефективність в зниженні АТ за наявності високодозових комбінацій (2)

### Лоріста. Показання\*\*:

- Артеріальна гіпертензія у дорослих і дітей старше 6 років
- Лікування захворювань нирок у пацієнтів з АГ і ЦД 2-го типу
- Серцева недостатність
- Зниження розвитку інсульту у пацієнтів з АГ та гіпертрофією лівого шлуночка

**Склад:** Лоріста: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 50 мг або 100 мг лозартану калію; Лоріста Н: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 50 мг лозартану та 12,5 мг гідрохлортіазиду; Лоріста Н100: 100 мг лозартану та 12,5 мг гідрохлортіазиду; Лоріста НД: 100 мг лозартану та 25 мг гідрохлортіазиду. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Прості препарати антагоністів ангіотензину II. Код АТС С09С А01. Комбіновані препарати інгібіторів ангіотензину II. Лозартан і діуретики. Код АТС С09Д А01. **Показання.** Лікування есенціальної гіпертензії у дорослих, а також у дітей старше 6 років. Лікування захворювання нирок у дорослих пацієнтів з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом II типу з протеїнурією  $\geq 0,5$  г/добу – як частина антигіпертензивної терапії. Лікування хронічної серцевої недостатності (у пацієнтів віком 60 років та старше), коли застосування інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) вважається неможливим з причини несумісності, особливо при кашлі, або протипоказане. Пацієнти із серцевою недостатністю, стан яких стабілізувався при застосуванні інгібітору АПФ, не слід переводити на лікування лозартаном. У пацієнта фракція викиду лівого шлуночка повинна становити  $\leq 40\%$ , стан має бути клінічно стабільним, також пацієнтові слід дотримуватися встановленого режиму лікування щодо хронічної серцевої недостатності. Зниження ризику розвитку інсульту у дорослих пацієнтів з артеріальною гіпертензією і гіпертрофією лівого шлуночка, що документально підтверджено за допомогою ЕКГ. Лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів, артеріальний тиск яких відповідно не регулюється тільки лозартаном або гідрохлортіазидом. **Противпоказання.** Підвищена чутливість до лозартану, гідрохлортіазиду, речовин, що є похідними сульфонамідів, або до будь-яких допоміжних речовин препарату. Гіпокаліємія або гіперкальціємія, резистентна до терапії. Тяжкі порушення функції печінки; холестази та обструкція жовчовивідних шляхів. Рефрактерна гіпонатріємія. Симптоматична гіперурикемія/подагра. II та III триместри вагітності. Період годування груддю. Тяжкі порушення функції нирок (кліренс креатиніну <30 мл/хв.). Анурія. **Побічні реакції.** часто – головний біль, запаморочення; безсоння; кашель, інфекції верхніх дихальних шляхів; закладеність носа, синусит, розлади з боку синусових пазух; абдомінальний біль, нудота, діарея, диспепсія; м'язові судоми, біль у спині, біль у ногах, міалгія; астенія, втома, біль у груднині; нечасто – анемія, пурпура Геноха-Шенлейна, екхімоз, гемоліз; подагра; нервозність, парестезія, периферична невропатія, тремор, мігрень, втрата свідомості; затуманений зір, печіння/поколювання в очах, кон'юнктивіт, зниження зорової активності; вертиго, дзвін у вухах; артеріальна гіпотензія, ортостатична гіпотензія, стерналгія, стенокардія, АВ-блокада II ступеня, інсульт, інфаркт міокарда, часте серцебиття, аритмії (фібриляція передсердь, синусова брадикардія, тахікардія, шлуночкова тахікардія, фібриляція шлуночків), васкуліт; алопеція, дерматит, сухість шкіри, еритема, почервоніння, фоточутливість, свербіж, висипання, кропив'янка, підвищене потовиділення; ноктурія, часте сечовиділення, інфекції сечовивідних шляхів; зниження лібідо, імпотенція; відчуття страху, тривожний розлад, панічний розлад, сплутаність свідомості, депресія, аномальні сновидіння, розлади сну, сонливість, порушення пам'яті; фарингальний дискомфорт, фарингіт, ларингіт, задиха, бронхіт, носова кровотеча, риніт, закладеність дихальних шляхів; запор, зубний біль, сухість у роті, метеоризм, гастрит, блювання, анорексія; біль у руках, набряк сулолів, біль у колінах, біль у скелетно-м'язовому апараті, біль у плечах, тугорухливість, артралгія, артрит, кокалія, фіброміалгія, слабкість м'язів; набряк обличчя, гарячка; гіперкаліємія, незначне зниження гематокриту та гемоглобіну; незначне зниження рівнів сечовини та креатиніну в сироватці; рідко – анафілактичні реакції, ангіоневротичний набряк, кропив'янка. **Фармакологічні властивості.** Лозартан є синтетичним пероральним антагоністом рецепторів ангіотензину II (тип АТ1). Ангіотензин II, потужний вазоконстриктор, є основним активним гормоном ренін-ангіотензинової системи та важливим детермінантом патофізіології артеріальної гіпертензії. Лозартан селективно блокує рецептори ангіотензину II (тип АТ1). In vitro та in vivo лозартан та його фармакологічно активний метаболіт карбонової кислоти Е-3174 блокують всі фізіологічно відповідні дії ангіотензину II, незважаючи на джерело та шлях його синтезу. В комбінації з гідрохлортіазидом досягається значне додаткове зниження артеріального тиску. **Категорія відпуску.** Відпускається за рецептом лікаря. Інформація про лікарський засіб для використання у професійній діяльності медичними та фармацевтичними працівниками. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції з медичного використання препарату. Р.П. Лоріста Н100 №UA/12084/01/01 від 30.05.2012 №403; Лоріста № UA/5516/01/01; UA/5516/01/02; UA/5516/01/03; UA/5516/01/04 від 25.01.2012 №47



1. In Central, Eastern and South-Eastern Europe (ref: IMS, IMS MV, Intellix, Medicube, Pharmazoom, Pharmexpert, Pharmstandart 1-6 2014).  
2. Глезер М.Г., Сайгітов Р.Т. Моніторинг ефективності та безпеки лозартану та його комбінації з гідрохлортіазидом у хворих на артеріальну гіпертензію: результати дослідження РЕЗУЛЬТАТ/Кардіологія 2012; 10: 9-14

За детальнішою інформацією звертайтеся:

ТОВ «КРКА УКРАЇНА»

01015, Україна, м. Київ, вул. Старонаводницька, 13, секція «В-Г», офіс 127, п/с 42

Тел.: +380 44 354-26-68, факс: +380 44 354-26-67; веб-сайт: www.krka.ua, ел. пошта: info.ua@krka.biz



# Лечение артериальной гипертензии: проблемы индивидуализации терапии

По материалам научно-практической конференции  
«Медико-социальные аспекты артериальной гипертензии в Украине» (г. Львов)

**Успешное лечение артериальной гипертензии (АГ) и снижение риска сердечно-сосудистых осложнений – одна из тех целей, на пути к которым врачу предстоит решить множество нелегких задач. На эффективность контроля артериального давления (АД) влияет огромное количество факторов – индивидуальные особенности пациента, свойства препарата, причины и течение заболевания и многие другие. Какие из них могут использоваться сегодня в качестве критериев выбора средства для лечения АГ, и когда следует ориентироваться на эти критерии? Данные вопросы обсуждались в ходе выступления руководителя отдела гипертонической болезни ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Евгении Петровны Свищенко.**



— Вопросы о влиянии и различных факторов на эффективность антигипертензивных средств неоднократно становились предметом дискуссий, однако четких критериев, которые было бы удобно использовать

в реальной клинической практике при выборе терапии, на сегодня не так много. К патогенетическим критериям выбора антигипертензивных препаратов относятся признаки гиперсимпатикотонии (высокое пульсовое АД у лиц молодого возраста, тахикардия) и склонность к задержке жидкости (отеки). В первом случае оправдано включение в схему антигипертензивной терапии бета-адреноблокаторов, во втором – диуретиков.

Что касается демографических критериев, то в клинических исследованиях и аналитических работах изучено влияние на эффективность антигипертензивных препаратов таких факторов, как пол и возраст. Отдельные данные о том, что антигипертензивные средства оказывают эффекты разной степени выраженности в зависимости от пола, не были подтверждены, и единственное, о чем можно говорить с уверенностью: распространенный побочный эффект ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) – сухой кашель – у женщин встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин.

Поэтому сегодня речь может идти только о таком критерии, как возраст пациента, хотя и в отношении роли этого фактора у международных экспертов нет единого мнения.

Так, рекомендации Британского Национального института качества медицинской помощи (NICE) 2011 г. по лечению АГ базируются на возрастном критерии. Британские эксперты рекомендуют начинать антигипертензивное лечение с ИАПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) у пациентов в возрасте до 55 лет. Больным старше 55 лет рекомендованы с этой целью антагонисты кальция. Комбинация блокатора ренин-ангиотензиновой системы (РАС) – ИАПФ/БРА – и антагониста кальция рекомендована всем пациентам при неэффективности монотерапии, а следующий этап лечения предполагает подключение диуретика.

В 2013 г. вышли в свет рекомендации по лечению АГ Американского общества гипертензии и Международного общества гипертензии (ASH/ISH), которые также основаны на возрастном подходе с учетом степени тяжести АГ. Пациентам с уровнем АД 140/90–159/99 мм рт. ст. в возрасте до 60 лет американские эксперты рекомендуют начало лечения с монотерапии ИАПФ или БРА, тогда как больным старше 60 лет в качестве препаратов выбора рекомендованы антагонисты кальция или тиазидные диуретики. При неэффективности

монотерапии назначаются комбинации препаратов этих групп – двух- или трехкомпонентные в зависимости от степени тяжести АГ.

В отличие от руководств NICE и ASH/ISH в руководстве Объединенного национального комитета США по предупреждению, выявлению, оценке и терапии повышенного АД (JNC-8) 2014 г. возраст пациентов в качестве критерия для выбора антигипертензивной терапии не используется. Авторы рекомендаций JNC-8 предлагают выбор стартового антигипертензивного препарата из четырех групп независимо от возраста пациента: тиазидный/тиазидоподобный диуретик, антагонист кальция, ИАПФ, БРА в монотерапии или в комбинациях. Эти же препараты рекомендованы больным любого возраста с сахарным диабетом без поражения почек. При наличии поражения почек в качестве препаратов первой линии терапии применяются ИАПФ и БРА в монотерапии или в комбинации с другими препаратами.

Мнение экспертов JNC совпадает с выводом, сделанным в 2008 г. группой ТТС (Trialists' Collaborative Group), о пользе снижения АД и для пациентов, не достигших 65 лет, и тех, кто перешагнул этот возрастной порог, в то время как убедительные доказательства того, что эффективность разных классов препаратов зависит от возраста, не получены.

Сегодня мы ориентируемся на обновленное руководство Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов (ESH/ESC) 2013 г., в котором в качестве препаратов первой линии рекомендованы диуретики (тиазидные, хлорталидон, индапамид), бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ИАПФ/БРА. В данных рекомендациях отсутствуют указания на использование демографических, патогенетических или других критериев выбора препарата, однако нельзя отрицать их наличие и возможность применения в клинической практике с целью индивидуализации антигипертензивной терапии.

Еще один аспект, который не освещен в современных версиях международных рекомендаций, но активно изучается сегодня, – это возможность повышения эффективности контроля АД с помощью хронотерапии. Хронотерапия – подход, который был предложен с целью повышения эффективности антигипертензивного лечения на основании индивидуальных особенностей пациентов и особенностей механизмов действия препаратов. Например, оптимальное время приема для бета-адреноблокаторов, снижающих активность симпатической нервной системы, – утренние часы. Утром также предпочтительно принимать диуретики – это более удобно для пациентов. Что касается блокаторов РАС – ИАПФ и БРА, – то некоторые данные указывают на то, что эти препараты, возможно, лучше принимать на ночь. Такой метод, например, используется

с целью нормализации суточного профиля АД у пациентов с ночными подъемами АД (профиль «найт-пикер») или его недостаточным снижением («нон-диппер»). Известно, что суточные колебания АД – физиологический феномен, нарушение которого в определенных ситуациях может играть значимую роль в возникновении фатальных сердечно-сосудистых осложнений АГ. Например, частота развития инфарктов, инсультов и внезапной сердечной смерти наиболее высока в утренние часы, когда уровни АД самые высокие. С другой стороны, нередко у пациентов с небольшим повышением АД в дневные часы именно высокие цифры ночного АД являются фактором риска тяжелых поражений органов-мишеней, в частности гипертрофии левого желудочка сердца (ГЛЖ). Это было подтверждено в нашем исследовании, продемонстрировавшем, что у пациентов «дипперов» на протяжении 10 лет медленнее прогрессируют почечная дисфункция и ГЛЖ по сравнению с «нон-дипперами» (Е.П. Свищенко и соавт., 2005). Показано также, что прогноз выживаемости у пациентов с суточным профилем АД по типу «нон-диппер» и «найт-пикер» хуже по сравнению с теми, у кого циркадные ритмы АД не нарушены (I. Z. Ben-Dov, 2007).

В последнее время появились данные, что назначение пациентам с нарушенным суточным профилем АД хотя бы одного антигипертензивного препарата на ночь сопровождается существенным снижением риска сердечно-сосудистых осложнений. Одним из первых исследований, способствовавших привлечению внимания к этой проблеме, стала работа R.C. Hermida (2005). В этом исследовании назначение на ночь 160 мг валсартана пациентам из группы «нон-диппер» на протяжении 3 мес обеспечивало большее снижение АД ночью, при этом снижение АД в дневные часы было сопоставимо с таковым в группе утреннего приема препарата. Важно понимать, что данный эффект был обусловлен не только высокой концентрацией в крови действующего вещества в ночные часы, но и тем, что валсартан эффективно блокирует РАС, активность которой резко повышается во время сна. Таким образом, в ряде случаев врач может рекомендовать прием блокаторов РАС – ИАПФ и БРА – перед сном, и валсартан – один из наиболее широко используемых сегодня антигипертензивных препаратов – является оптимальным выбором для многих пациентов, поскольку обладает не только выраженным и длительным антигипертензивным эффектом, но и хорошим профилем безопасности и прекрасной переносимостью.

В отделе гипертонической болезни сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины накоплен большой опыт применения генерического валсартана – препарата Вальсакор, производитель которого – европейская компания KRKA – хорошо известен

украинским врачам и пациентам. Наш опыт применения Вальсакора в повседневной практике и в ходе клинических исследований свидетельствует о том, что его назначение существенно повышает вероятность перевода больных АГ из групп «нон-диппер» и «найт-пикер» в группу «диппер». Так, в одном из исследований, проведенных в нашем отделе, назначение Вальсакора на ночь способствовало уменьшению доли пациентов с профилем АД «нон-диппер» с 41 до 20%. В практическом отношении это означает снижение риска поражения органов-мишеней и в перспективе – увеличение продолжительности жизни больных. Таким образом, нормализация суточного профиля АД – одна из важных задач ведения пациентов с АГ, и наш собственный опыт показывает, что валсартан (Вальсакор) эффективен в этом отношении.

Назначение валсартана может быть не только приемом индивидуализированного лечения АГ, но и тем универсальным подходом, который позволяет избежать неоправданной потери времени и средств при использовании метода проб и ошибок, обеспечить быстрое достижение целевых значений АД и снижение сердечно-сосудистого риска, а также сохранить приверженность больных к терапии. Валсартан может быть назначен пациентам с АГ любого возраста, а отсутствие на фоне его применения сухого кашля – частого побочного эффекта ИАПФ – снижает вероятность прекращения терапии. К тому же данный побочный эффект не столь безобиден: установлено, что отек Квинке – тяжелая аллергическая реакция, сопряженная с высоким риском смерти, – в 10 раз чаще встречается у тех пациентов, у которых развивался кашель на фоне терапии ИАПФ (Morimoto et al., 2004).

Валсартан – препарат, который стал лидером продаж в кардиологическом сегменте в США в 2014 г., и этот факт служит очередным подтверждением того, что сартаны в последние годы занимают одно из ведущих мест в мировой клинической практике, потеснив при этом ИАПФ. Присутствие на украинском рынке качественных и доступных европейских генерических сартанов позволяет надеяться, что позиции этой группы препаратов укрепятся и в нашей стране. Единственное, что для этого требуется, – преодоление врачебной инертности и создание у врачей заинтересованности в достижении необходимых результатов лечения АГ.

На украинском рынке Вальсакор представлен как в виде монопрепарата в дозах 80 мг, 160 мг и 320 мг, так и в виде комбинации с диуретиком гидрохлортиазидом в дозах 12,5 мг (Вальсакор® Н 80, Вальсакор® Н 160, Вальсакор® Н 320) и 25 мг (Вальсакор HD 160, Вальсакор HD 320). Максимальная суточная доза валсартана составляет 320 мг; сегодня мы имеем возможность назначать тяжелым пациентам с высокими цифрами АД фиксированные комбинации валсартана как в дозе 320 мг в комбинации с гидрохлортиазидом, так и в более низких дозах. Наличие таких комбинаций позволяет не только повысить эффективность антигипертензивной терапии в сложных ситуациях, но и сделать ее более гибкой благодаря выбору оптимальной дозы диуретика.

Подготовила Наталья Очеретяная

