РІЗОПТАН[®]

ризатриптан



- Швидко та ефективно позбавляє від нападу мігрені¹⁻³
- Доведена біоеквівалентність оригінальному ризатриптану⁴
- Один з найдоступніших за ціною ризатриптанів в Україні⁵



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату РІЗОПТАН*. Діюча речовина: ризатриптан; 1 таблекта містить ризатриптану бензоату 14,55 мг у перерахуванні на ризатриптан 10 мг. Лікарська форма. Таблекта 1 од марама страваетника грука засобі, що застосорують спря мідтей. Спектемні агойтісь 3-НТ рецепторів сертотніну. Ризатриптан. Код ЛК КОСС СОЧ. Фармакологічні властивості. Ризатриптан спективні оз високою афінністю за язуяться з рецепторами подрив 3-НТВ 15-ТПП. Сертаветника активність ризатриптан у принамення інігренемог поповоно болю може бути пояснева його агоністичним впливом на рецептори 5-НТВ та 5-НТПО екстрацеребральних інгремато поповоно болю може бути пояснева його агоністичним впливом на рецептори 5-НТВ та 5-НТПО екстрацеребральних інгремато половоно болю може бути пояснева його агоністичним впливом на рецептори 5-НТВ та 5-НТПО екстрацеребральних інгремать. Активація рецепторів 5-НТВ та 5-НТПО може призвести до звуження інгражраніальних кровоносних судни, які викликають кіль, і інгібурання вивільнення небропеттиду, що веде до зниження разпавлення чутилися тканні заменшення передач центрального тритемінального болю-воют окталу. Показання. Невідкладна терапія фази головного болю при нападач питем застосування з інгібторами мономіноскудам (МАО) або застосування протятом двох пожнів з моменту припичасня застосування зі інгібторами мономіноскудам (МАО) або застосування протятом двох пожнів з моменту припичасня застосування зі інгібторами мономіноскудам (МАО) або застосування протятом двох пожнів з моменту припизастосування зі інгібторами мономіноскудам (МАО) або застосування протятом двох пожнів з моменту припизастосування зі інгібторами мАО. Токжа пенніхова абт тяжка артеріам на протятом двох пожнів з моменту принизастосування з інгібторами мАО. Токжа пеннума з принима за поменту з такжа можна з применти з принима з принима з принима з такжа з протятом з принима з принима з такжа з такжа можна з протять в пенторицких на приниматаль. Затамость з пенторицких арг

Швейцарська якість, українська ціна

ТОВ Фарма Старт | бульвар Івана Лепсе, 8 | Київ | 03124 | Україна Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua





Ризатриптан в лечении мигрени: что отличает его от других препаратов класса?

Мигрень не несет непосредственной угрозы жизни пациента, но существенно снижает ее качество, а также нарушает трудоспособность человека, причем не только во время и сразу после атаки, но и в период между приступами. В связи с этим мигрень является серьезным социально-экономическим бременем для общества (Х.Н. Ни et al., 1999; J. Berg, L.J. Stovner, 2005; R.B. Lipton, M.E. Bigal, 2005). В то же время менее трети больных удовлетворены применяемым лечением при острых приступах мигрени (R.B. Lipton, W.F. Stewart, 1999), что обусловливает необходимость поиска новых возможностей терапии. Одним из препаратов для лечения мигрени, нашедшим в последние годы широкое применение в мире, является ризатриптан. В этом небольшом обзоре рассмотрим его основные преимущества перед другими представителями класса триптанов.

Современные возможности лечения мигрени

В современных рекомендациях по лечению мигрени предлагается использовать ступенчатый или стратифицированный подход, в соответствии с которым выбор препаратов определяется тяжестью заболевания и ответом на предыдущую терапию. Так, у пациентов с мигренью легкой/умеренной степени тяжести считается целесообразным применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и/или неопиоидных аналгетиков. При умеренном/тяжелом течении мигрени или в случае неудовлетворительного ответа на лечение НПВП и ненаркотическими аналгетиками рекомендовано назначение специальных препаратов для лечения мигрени или же опиоидных аналгетиков, хотя последние следует использовать умеренно (S.D. Silberstein, for the US Headache Consortium, 2000; P.J. Goadsby et al., 2002).

К специальным препаратам для лечения мигрени, то есть оказывающим нейроваскулярное действие, относят производные спорыньи (эрготамин, дигидроэрготамин) и триптаны. Что касается первых, то они используются в клинической практике уже давно, однако их широкому применению препятствует достаточно высокая частота побочных эффектов вследствие их низкой селективности (прежде всего тошнота и рвота). Кроме того, их эффективность мало изучена в контролируемых клинических исследованиях (Р. Tfelt-Hansen et al., 2000).

Благодаря высокой фармакологической селективности и надежной доказательной базе эффективности и безопасности значительно чаще для лечения мигрени назначают триптаны — селективные агонисты серотониновых 5-HT1B/1D-рецепторов, которые влияют на все звенья патогенеза приступа мигрени (Р.J. Goadsby et al., 2002). Одним из представителей этого класса является ризатриптан, имеющий ряд преимуществ перед другими препаратами класса.

Доказательная база эффективности ризатриптана

Эффективность ризатриптана 5 и 10 мг при острой мигрени была подтверждена в целом ряде рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований (РКИ) (W.H. Visser et al., 1996; H. Gijsman et al., 1997; J. Goldstein et al., 1998; J. Teall et al., 1998; P. Tfelt-Hansen et al., 1998; S.P. Ahrens et al., 1999; M. Bomhof et al., 1999; J. Pascual et al., 2000; A. Kolodny et al., 2004). Не останавливаясь на отдельных испытаниях, приведем сразу результаты метаанализа 7 РКИ с участием в общей сложности 4814 пациентов с мигренью. Он показал, что ризатриптан 10 мг достоверно (р<0,001) превосходит плацебо в отношении облегчения боли в течение 2 ч после приема (18 и 37% пациентов соответственно), сохранения безболевого статуса в течение 24 ч (7 и 25% соответственно), а также уменьшения выраженности тошноты, фото- и фонофобии и нарушения трудоспособности (М.D. Ferrari et al., 2001).

В большом количестве клинических испытаний ризатриптан сравнивали с другими триптанами. Метаанализ 53 таких исследований с участием 24 089 пациентов показал, что ризатриптан 10 мг превосходит по эффективности многие препараты сравнения, в частности суматриптан в диапазоне доз 25-100 мг. Авторы пришли к выводу, что по стандартным критериям эффективности (частота достижения безболевого состояния, облегчение боли через 2 ч, сохранение эффекта в течение 24 ч после приема препарата) максимально приближенными к идеалу являются ризатриптан 10 мг, элетриптан 80 мг и алмотриптан 12,5 мг (М.D. Ferrari et al., 2002).

Сравнение ризатриптана с другими неспециальными препаратами для лечения мигрени проводилось в ряде открытых исследований. В частности, по данным J. Pascual и соавт. (2005), пациенты, ранее получавшие нетриптановую терапию (НПВП, ненаркотические аналгетики, производные спорыны в монотерапии или в комбинации), сообщили о значительно более высокой частоте возвращения к нормальному функционированию при лечении ризатриптаном 10 мг по сравнению с предыдущей терапией (48 и 19% соответственно; OP 2,08; 95% ДИ 1,92-2,25; p<0,001).

Хотя обычно для купирования легких приступов мигрени рекомендуют НПВП или ненаркотические аналгетики, применение у таких пациентов триптанов может быть более выгодным с точки зрения предотвращения дальнейшего усугубления мигренозной атаки. N.T. Mathew и соавт. (2004) убедительно показали, что ризатриптан эффективен и при слабой боли на ранней стадии приступа мигрени.

Одной из проблем в лечении мигрени может быть постепенное снижение эффективности применяемой терапии по мере повторения приступов. В то же время в долгосрочных (6-12 мес)

исследованиях ризатриптана не было обнаружено каких-либо признаков развития толерантности у пациентов к этому препарату. Ризатриптан сохранял эффективность в течение длительного периода (до 12 мес) с вероятно большей последовательной эффективностью в купировании нескольких атак, чем у других триптанов (G.A. Block et al., 1998; R. Cady et al., 2001).

Следует отметить, что ризатриптан продемонстрировал высокую эффективность и у отдельных подгрупп пациентов с мигренью. Так, например, S.D. Silberstein с коллегами (2000, 2002) получили сопоставимые результаты применения ризатриптана у пациенток с менструальной и неменструальной мигренью.

Безопасность и переносимость

Во всех проведенных исследованиях была отмечена в целом хорошая переносимость ризатриптана. Наиболее распространенными побочными эффектами, которые отмечались немного чаще, чем в группах плацебо, были головокружение (6-9 vs 4% соответственно), сонливость (5-8 vs 4%), тошнота (5-6 vs 4%), повышенная утомляемость (3-5 vs 2%) (М. D. Ferrari et al., 2001). Они носили преимущественно транзиторный характер и имели легкую/умеренную степень интенсивности, а частота прекращения лечения в связи с нежелательными явлениями была очень низкой. Сообщения о серьезных неблагоприятных событиях, связанных с приемом препарата, отсутствовали.

Что касается сравнения с другими препаратами, то в исследовании Р. Tfelt-Hansen и соавт. (1998) была отмечена достоверно более низкая частота нежелательных явлений у пациентов, получавших ризатриптан 5/10 мг, по сравнению с суматриптаном 100 мг (27/33 и 41% соответственно; p<0,05).

Удовлетворенность пациентов лечением ризатриптаном

Фармакологические особенности отдельных триптанов, а также различия в их эффективности и безопасности, обнаруженные в сравнительных исследованиях, могут показаться на первый взгляд небольшими, но они оказываются клинически значимыми для многих пациентов.

В первую очередь следует отметить, что как врачи, так и пациенты наиболее важным критерием эффективности в терапии мигрени считают быстрое купирования боли (R.B. Lipton et al., 2002; F.M. Cutrer et al., 2004). С этой точки зрения ризатриптан заслуживает особого внимания. Так, среднее время достижения максимальной концентрации в плазме крови после однократного приема 10 мг ризатриптана у здоровых добровольцев составляет приблизительно 1-1,5 ч, что меньше, чем у других представителей класса (D.G. Sciberras et al., 1997; M.R. Goldberg et al., 2000; К.Р. Vyas et al., 2000; М.D. Ferrari et al., 2002). Это позволяет не только быстрее улучшить самочувствие пациента, но и прервать прогрессирование приступа на более раннем этапе, то есть не допустить превращения боли в сильную и очень сильную, когда купировать ее становится намного сложнее. Таким образом, это обеспечивает более высокую эффективность в целом.

Поэтому неудивительно, что удовлетворенность лечением ризатриптаном в сравнительных исследованиях оказалась выше по сравнению с суматриптаном 50 мг, золмитриптаном 2,5 мг, наратриптаном 2,5 мг и эрготамином/кофеином 2/200 мг (J. Goldstein et al., 1998; M. Bomhof et al., 1999; J. Pascual et al., 2000; S. Christie et al., 2003; E. Loder et al., 2001).

Потенциальные экономические выгоды от терапии ризатриптаном

Логично было бы предположить, что более высокая эффективность лечения приведет к снижению затрат, связанных с заболеванием. И это действительно так. Результаты открытого исследования М.Ј. Lainez и соавт. (2005), включившего 259 пациентов с мигренью, показали, что лечение ризатриптаном в течение 3 мес привело к значительному сокращению количества обращений за медицинскими услугами, пропусков работы и потерь производительности, а также улучшению качества жизни по сравнению с тремя месяцами до начала терапии. А по данным метаанализа J.D. Belsey (2004), ризатриптан 10 мг имел наиболее выгодный коэффициент эффективности затрат по сравнению с другими триптанами (алмотриптан, элетриптан, фроватриптан, наратриптан, золмитриптан, суматриптан) с учетом их стоимости в разных странах.

Подготовила **Наталья Мищенко**

RIZO-PUB-092016-009

