

Вальсакор®

валсартан 80 мг, 160 мг, 320 мг

Вальсакор® Н

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

Вальсакор® НD

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

Потужне зниження артеріального тиску від ведучого виробника сартанів⁽¹⁾

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 НD160: 160 мг валсартану та 25 мг гідрохлортіазиду; Вальсакор Н320: 320 мг валсартану та 12,5 мг гідрохлортіазиду; Вальсакор НD320: 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. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату; підвищена чутливість до будь-якого сульфонамідного препарату; тяжкі порушення функції печінки, цироз печінки та холестаза; анурія, порушення функції нирок (кліренс креатиніну <30 мл/хв.), гемодіаліз; рефрактерна гіпокаліємія, гіпонатріємія, гіпокальціємія або симптоматична гіперурікемія, 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, підвищення втомованості. **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 пригнічує активності АПФ (відомого також як кініназа II), що перетворює ангіотензин I на ангіотензин II та каталізує розпад рецепторів ангіотензину II. Антагоністи ангіотензину II не спричинюють кашлю, оскільки не впливають на активність ангіотензинперетворювального ферменту і не посилюють продукцію брадикініну 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.



Лориста®

лозартан 25 мг,
лозартан 50 мг,
лозартан 100 мг

Лориста® Н

лозартан 50 мг/гідрохлортіазид 12,5 мг,
лозартан 100 мг/гідрохлортіазид 12,5 мг

Лориста® НD

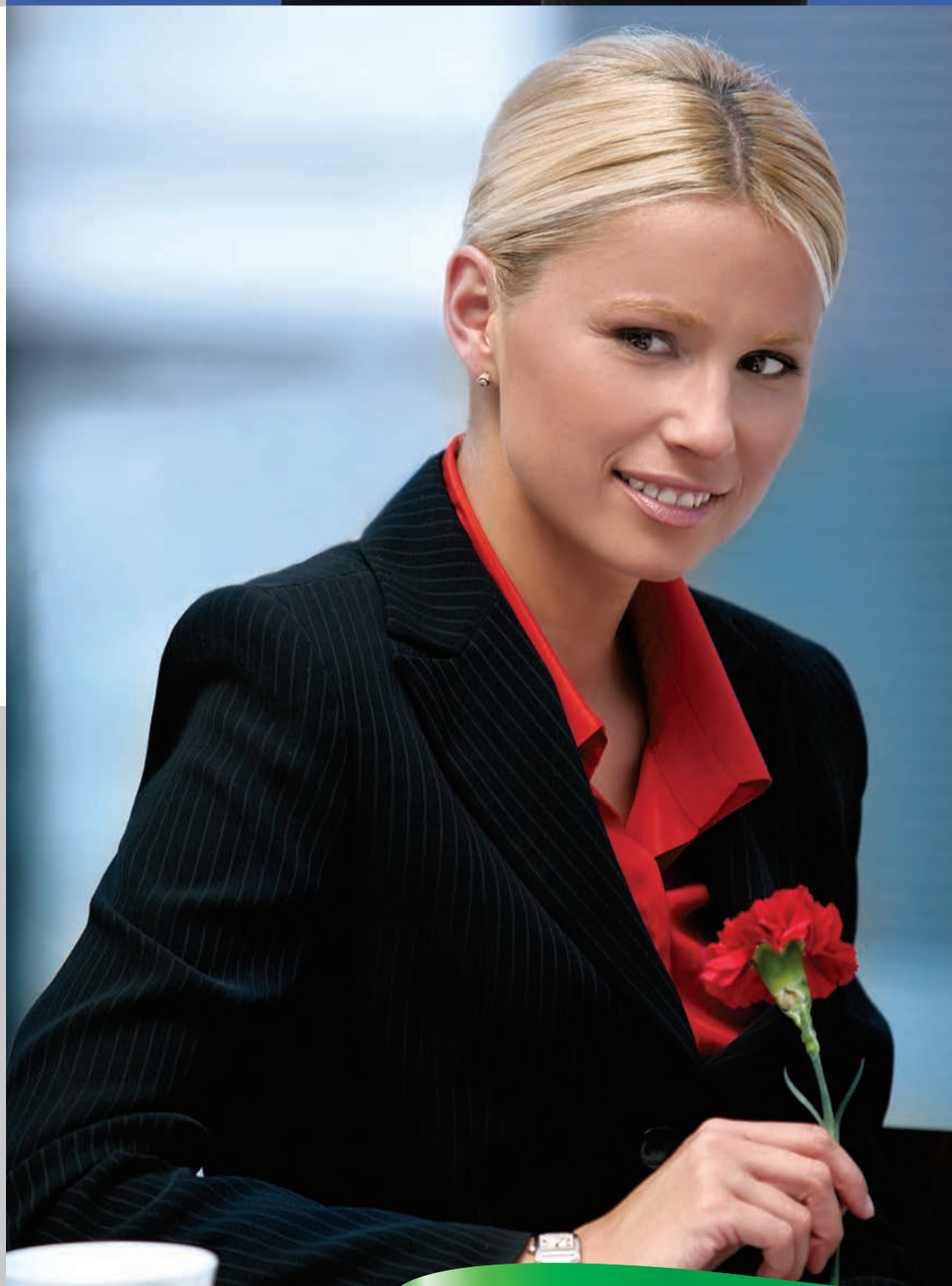
лозартан 100 мг/гідрохлортіазид 25 мг

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

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: Лориста: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 50 мг або 100 мг лозартану калію; Лориста Н: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 50 мг лозартану та 12,5 мг гідрохлортіазиду; Лориста Н100: 100 мг лозартану та 12,5 мг гідрохлортіазиду; Лориста НD: 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 С09D 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. Пацієнтів із серцевою недостатністю, стан яких стабілізувався при застосуванні інгібітору АПФ, не слід переводити на лікування лозартаном. У пацієнта фракція викиду лівого шлуночка повинна становити ≤ 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. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до лозартану, гідрохлортіазиду, речовин, що є похідними сульфонамідів, або до будь-яких допоміжних речовин препарату. Гіпокаліємія або гіперкаліємія, резистентна до терапії. Тяжкі порушення функції печінки; холестаза та обструкція жовчовивідних шляхів. Рефрактерна гіпонатріємія. Симптоматична гіперурікемія/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 судороги, біль у спині, біль у ногах, міалгія; астенія, втома, біль у груднині; нечасто – анемія, пурпура Геноха-Шенлейна, екхімоз, гемоліз; подагра; нервозність, парестезія, периферична невралгія, тремор, мігрень, втрата свідомості; затуманення зору, печіння/поколывання в очах, кон'юнктивіт, зниження зорової активності; вертимо, дзвін у вухах; артеріальна гіпотензія, ортостатична гіпотензія, стенокардія, 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, задишка, бронхіт, носова кровотеча, риніт, закладеність дихальних шляхів; запор, зубний біль, сухість у роті, метеоризм, гастрит, блювання, анорексія; біль у руках, набряк суглобів, біль у колінах, біль у скелетно-м'язовому апараті, біль у плечах, тугорухливість, артралгія, артрит, коксалгія, 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 патології 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. Лориста Н100 №UA/12084/01/01 від 30.05.2012 №403; Лориста № 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 детальною 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

KRKA

60 років

Лечение артериальной гипертензии в условиях хронического стресса

4-5 марта в ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» прошла научно-практическая конференция «Стресс и сердечно-сосудистые заболевания: национальная стратегия в современных условиях Украины». В ходе конференции кардиологи, неврологи, психиатры, специалисты в области военной медицины обсуждали влияние стрессовых факторов на риск развития сердечно-сосудистой патологии, а также пути уменьшения воздействия стрессовых факторов на организм человека и методы лечения уже развившихся заболеваний в условиях хронического стресса.

Оптимизации антигипертензивной терапии в условиях стресса был посвящен доклад доктора медицинских наук **Анны Дмитриевны Радченко** (отдел симптоматических артериальных гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины).

— В соответствии с концепцией трехфазной природы стресса, в первую фазу (фазу тревоги) признаки реакции тревоги, в том числе повышение артериального давления (АД), носят обратимый характер и не требуют специфических вмешательств. При более длительном воздействии стрессорных факторов, совместимом с адаптационными возможностями организма, наступает фаза сопротивления (или приспособления), когда наряду с функциональными формируются структурные изменения в организме, которые могут являться, например, начальными проявлениями гипертонической болезни. При наличии чрезвычайно сильных стрессорных факторов или очень длительном их воздействии развивается стадия истощения, в ходе которой вновь появляются признаки реакции тревоги, но уже необратимые, что может привести к гибели организма. Таким образом, уже на стадии приспособления следует предпринимать меры, направленные на модификацию стрессорных факторов или, если это невозможно, на повышение адаптационных возможностей организма и уменьшение выраженности патологических структурных изменений, возникших на фоне стресса.

В настоящее время отсутствует однозначный ответ на вопрос — приводит ли стресс к формированию стойкой артериальной гипертензии (АГ). Однако уже сегодня выделяют две формы АГ, связанные с воздействием стрессорных факторов — АГ «белого халата», не требующую, как правило, назначения терапии и имеющую благоприятный прогноз, и АГ «на рабочем месте». В пользу наличия последней свидетельствует повышение уровня АД у пациента во время пребывания на работе и его нормализация в остальное время. Больные с АГ «на рабочем месте» нуждаются в оценке сердечно-сосудистого риска, степень которого и определяет необходимость медикаментозного вмешательства. Антигипертензивная терапия назначается при высоком и очень высоком риске, наличие низкого риска предполагает немедикаментозное лечение и наблюдение в течение 3-6 мес.

И все же более распространенной ситуацией является обращение за медицинской помощью пациентов с уже развившейся стойкой АГ, подвергающихся постоянному воздействию стрессорных факторов, устранение которых по тем или иным причинам невозможно.

Главными задачами при ведении таких больных являются модификация факторов, повышающих активность симпатoadrenalовой системы (САС), обучение техникам управления стрессом, обеспечение постоянного приема антигипертензивных препаратов и проведение специфического лечения. Рассмотрим более подробно каждый из вышеуказанных пунктов.

К наиболее распространенным факторам, которые повышают активность САС, относятся: ожирение, курение, отсутствие физических нагрузок, высокое потребление соли, злоупотребление алкоголем.

Все эти факторы обуславливают более выраженные реакции организма на стресс и, следовательно, более тяжелые его последствия.

Обучение пациентов техникам управления стрессом (мышечное расслабление, дыхательные упражнения, йога, медитация) сегодня обретает все большее значение, тем более что результаты метаанализа 37 исследований с участием больных ишемической болезнью сердца, проходивших такое обучение наряду с выполнением физических тренировок, продемонстрировали эффективность данной стратегии в снижении риска развития смерти (на 34%) и инфарктов миокарда (на 29%).

Что касается проведения антигипертензивной терапии у пациентов с АГ, протекающей на фоне хронического стресса, то препаратами выбора в таких ситуациях являются блокаторы ренин-ангиотензиновой системы (РАС), в частности — блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), или сартаны.

Это обусловлено, во-первых, тесной взаимосвязью между активацией РАС и САС, которая особенно очевидна у больных с нарушениями почечной функции. Наличие у сартанов симпатолитического эффекта было подтверждено в эксперименте с повреждением почек. Использование лосартана в этом исследовании привело не только к снижению АД, но и к уменьшению выраженности афферентных сигналов от поврежденной почки в гипоталамус, под действием которых активируется секреция катехоламинов и усиливается вазоконстрикторное воздействие гормонов.

Кроме того, сартаны обладают способностью снижать уровень гормона лептина, воздействие которого на соответствующие центры в гипоталамусе приводит к повышению активации САС и уровня АД у больных с ожирением. Учитывая, что ожирение — один из наиболее распространенных факторов риска в популяции пациентов с АГ, данный эффект сартанов представляет значительный интерес. В сравнительном исследовании с использованием одного из представителей группы сартанов — валсартана и антагониста кальция фелодипина было показано, что при сопоставимом снижении уровня АД достоверное уменьшение концентрации лептина в крови наблюдалось только в группе больных, принимавших валсартан. Кроме того, у этих пациентов отмечено снижение индекса инсулинорезистентности НОМА и сохранение постоянного уровня катехоламинов в отличие от больных, получавших фелодипин, у которых концентрация катехоламинов в крови в процессе лечения возрастала.

В пользу выбора сартанов для лечения АГ на фоне хронического стресса свидетельствует и тот факт, что именно при назначении препаратов этой группы наблюдается наиболее высокая приверженность пациентов с АГ к лечению, что подтверждено как в клинической практике, так и в ходе сравнительных исследований (С. Bourgauf, 2005).

Преимущество сартанов перед антигипертензивными препаратами, не обладающими блокирующим влиянием на РАС, обусловлено также их



А.Д. Радченко

способностью снижать центральное АД (ЦАД) вне зависимости от влияния на частоту сердечных сокращений (ЧСС). Это отличает сартаны, в частности, от β -блокаторов, у которых данный эффект тесно связан со снижением ЧСС. Так, в сравнительном исследовании с ателололом и валсартаном прослеживалась четкая зависимость уменьшения скорости распространения пульсовой волны — СРПВ (влияющей на степень аугментации ЦАД) от степени снижения ЧСС в группе ателолола, в то время как на фоне приема валсартана такой зависимости не наблюдали (P. Boutouyrie et al., 2014).

На сегодняшний день валсартан — препарат, обладающий обширной доказательной базой эффективности в лечении больных с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями (АГ, инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью) и являющийся одним из наиболее часто назначаемых антигипертензивных препаратов в мире.

Во всех клинических исследованиях валсартан продемонстрировал высокую безопасность и прекрасную переносимость, а в сравнительных испытаниях доказаны его преимущества в этом отношении перед антигипертензивными препаратами других групп. Это подтверждает и наш клинический опыт — пациенты, которым назначают валсартан, редко прекращают длительную антигипертензивную терапию, тем более если с этой целью используется доступный европейский валсартан — препарат Вальсакор компании КРКА. Поскольку компания КРКА самостоятельно производит сырье для собственных препаратов, отличительной особенностью Вальсакора является гарантированный контроль качества на каждом этапе — от синтеза сырья до производства готовой таблетки.

Вальсакор зарегистрирован в 48 странах мира, более 650 тыс. пациентов в Европе ежедневно принимают данный препарат. Эффективность Вальсакора в лечении пациентов с АГ, сердечной недостаточностью, инфарктом миокарда в анамнезе доказана в ходе исследований, проводившихся компанией-производителем.

Таким образом, больные с АГ, протекающей на фоне хронического стресса, требуют комплексного подхода к лечению, предполагающего использование как немедикаментозных, так и медикаментозных методов терапии. Патогенетически обоснованным в таких ситуациях является назначение блокаторов РАС, а выбор в пользу сартанов поможет добиться сохранения высокой приверженности пациентов к лечению.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

