



Телсартан®

телмісартан

СИЛА ЗАХИСТУ

Телсартан-Н

телмісартан ГХТЗ

ПОДВІЙНА СИЛА ЗАХИСТУ*



Захист пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ризиком серцево-судинних ускладнень¹

Перша генерична фіксована комбінація телмісартана з ГХТЗ в Україні!²

* Під «Подвійною силою захисту» мається на увазі захист двома антигіпертензивними засобами від збільшення артеріального тиску.
1. Інструкція з медичного використання препарату Телсартан®. 2. За датою реєстрації в Україні, режим доступу: <https://tabletki.ua/telcartsan/analogi/> Дата останнього доступу 23.06.2018.

ВИГЛЯД ІНСТРУКЦІЇ до медичного застосування лікарського засобу ТЕЛСАРТАН-Н Склад, лікарська форма: 1 таблетка містить телмісартану 40 мг або 80 мг та гідрохлоротіазиду 12,5 мг; по 7 таблеток у блистері; по 2 або 4 блистери в картонній коробці. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, що діють на ренін-ангіотензинову систему. Комбіновані препарати інгібіторів ангіотензину II. Антагоністи ангіотензину II та діуретики. Код АТХ C09D A07. **Фармакологічні властивості.** Комбінація антагоніста рецепторів ангіотензину II телмісартану і тіазидного діуретика гідрохлоротіазиду виявляє додатковий антигіпертензивний ефект, знижуючи артеріальний тиск більше, ніж кожен її компонент окремо. Телсартан-Н при застосуванні в терапевтичних дозах один раз на добу ефективно та повільно знижує артеріальний тиск. **Показання.** Артеріальна гіпертензія. Як комбінація з фіксованою дозою Телсартан-Н призначається пацієнтам, у яких артеріальний тиск недостатньо піддається контролю при застосуванні окремо телмісартану. **Спосіб застосування.** Таблетки Телсартан-Н приймають один раз на добу перорально з рідиною, незалежно від прийому їжі. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якої діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату. Телсартан-Н призначається пацієнтам, у яких недостатньо піддається контролю при застосуванні окремо телмісартану. Другий та третій триместри вагітності. Холестатичні та білірні обструктивні порушення. Печінкова недостатність середнього ступеня. Тяжкі порушення функції нирок (кліренс креатиніну менше 30 мл/хв). Рефрактерна гіпокаліємія, гіперкаліємія. Симптомна гіперурікемія (подагра). Одночасне застосування телмісартану з аліскіреном протипоказане хворим із цукровим діабетом або з нирковою недостатністю (ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м²) (див. розділи «Спосіб застосування та дози», «Особливості застосування», «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»). **Побічні реакції:** рідко – бронхіт, фарингіт, синусит, рідко – загострення або активація системного червоного вовчачка нечасто – гіпокаліємія; рідко – гіперурікемія, гіпонатріємія; нечасто – тривого; рідко – депресія; часто – запаморочення; нечасто – сонливість, парестезія; рідко – безсоння, порушення смаку, рідко – порушення зору, нечіткість зору, нечастіше зору – вертіго; нечасто – тахикардія, аритмія; нечасто – артеріальна гіпотензія, ортостатична гіпотензія; нечасто – діатез, рідко – респіраторний дистрес-синдром (що включає пневмоніт та набряк легень) нечасто – діарея, сухість у роті, метеоризм; рідко – абдомінальний біль, запор, диспепсія, блювання, гастрит; рідко – порушення функції печінки/зажордення печінки; рідко – ангіоневротичний набряк (такі ж як металічними наслідками), еритема, свербіж, аквідермія, пієрідерма, кропив'ячка; нечасто – біль у спині, м'язові спазми, міалгія; рідко – артралгія, судини м'язів, біль у ногах; нечасто – еректильна дисфункція; нечасто – біль у грудях; рідко – симптоми, подібні до грипу, біль, інші. **Категорія відпуску.** За рецептом.

ВИГЛЯД ІНСТРУКЦІЇ до медичного застосування препарату ТЕЛСАРТАН Склад, лікарська форма: 1 таблетка містить телмісартану 40 мг або 80 мг; по 10 таблеток у блистері; по 1 або 3 блистери в картонній коробці. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, що діють на ренін-ангіотензинову систему. Прості препарати антагоністів ангіотензину II. Код АТХ C09C A07. **Фармакологічні властивості.** Телмісартан – це специфічний антагоніст рецепторів ангіотензину II (тип AT1). Телмісартан селективно зв'язується з рецептором AT1 на довгий період. Препарат не демонструє спорідненості до інших рецепторів, включаючи AT2 та інші менш охарактеризовані AT-рецептори. Телмісартан знижує рівні альдостерону плазми крові, не інгібує ренін плазми крові людини, а також не блокує іонні канали, не пригнічує ангіотензинперетворювальний фермент (кіназу II), який також розщеплює брадичінін. Після першої дози телмісартану антигіпертензивний дія поступово починає проявлятися протягом 3 годин. Антигіпертензивний ефект зберігається постійним понад добу після прийому дози, включаючи останні 4 години перед наступною дозою. **Показання.** Лікування есенціальної артеріальної гіпертензії у дорослих. Зниження серцево-судинної захворюваності у пацієнтів з – вираженими атеросклеротичними серцево-судинними захворюваннями (ішемічною хворобою серця, інсультом або захворюваннями периферичних артерій в анамнезі) – цукровим діабетом типу II з діагностованим ураженням органа-мішені. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини препарату. Протипоказаний вагітним або жінкам, які планують завагітніти. Обструктивні порушення жовчного міхура. Тяжке порушення функції печінки. Дітячий вік (до 18 років). Протипоказане одночасне застосування телмісартану та аліскіреномиских продуктів пацієнтам з цукровим діабетом або порушеннями функції нирок (ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м²). Телмісартан слід застосовувати з обережністю та обмеженими згідно інструкції при наступних станах: порушення функції печінки; нирково-судинній гіпертензії; порушенні функції нирок та трансплантації нирки; внутрішньосудинній гіповолемії; подвійній блокаді ренін-ангіотензин-альдостеронової системи; інших станів із стимуляцією ренін-ангіотензин-альдостеронової системи; первинним альдостеронізмом; стенозом аортального та мітрального клапанів; обструктивному гіпертрофічному кардіоміопатією; гіперкаліємією. Застосування в період вагітності або годування груддю. Не слід починати терапію антагоністами рецептора ангіотензину II під час вагітності. Телмісартан протипоказаний у період годування груддю, оскільки не відомо, чи виділяється він у грудне молоко у людей. **Спосіб застосування та дози.** Таблетки телмісартану рекомендують застосовувати перорально один раз на добу з рідиною, незалежно від прийому їжі. Лікування есенціальної артеріальної гіпертензії. Звичайна ефективна доза препарату – 40 мг один раз на добу. Профілактика серцево-судинних захворювань. Рекомендована доза становить 80 мг один раз на добу. Доза може змінюватися згідно інструкції, у тому числі у особливих популяційних пацієнтів з: порушеннями функції нирок; функції печінки; пацієнтів літнього віку. Телмісартан не рекомендується застосовувати дітям (до 18 років) через недостатність даних щодо ефективності та безпеки у цій популяції. **Побічні реакції.** Побічні реакції з боку: крові та лімфатичної системи; імунної системи; нервової системи; органів зору; органів слуху та вестибулярного апарату; серця та судин; дихальної системи; органів грудної клітки та середостіння; гепатобілярної системи; шкіри і підшкірної системи; Шлуноково-кишкового тракту; опорно-рухової системи та сполучної тканини; нирок та сечовидільної системи; печінкової функції/розлади печінки; загальні порушення; психічні розлади; інфекції та інвазії; інші побічні реакції. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд. Реєстраційне посвідчення лікарського засобу: UA/14589/01/01/02; Наказ МОЗ №562 від 03.09.2015.

ЗДОРОВ'Я НЕ МОЖЕ ЧЕКАТИ.

IX Міжнародний кардіосаміт в Україні: є відповіді на важливі питання

Аналіз динаміки серцево-судинної (СС) смертності в Україні та факторів ризику свідчить про домінуючу роль артеріальної гіпертензії (АГ) і важливість ефективної антигіпертензивної терапії як основи профілактики СС захворювань. Ці питання обговорювали в місті квітучих сакур, магнолій і бузку Ужгороді – саме там 27 квітня відбувся IX Міжнародний кардіосаміт в Україні.

Вітчизняні лікарі, закордонні експерти та відомі українські вчені з Києва, Львова, Одеси, Дніпра, Ужгорода та Запоріжжя під час прямих включень у форматі телемостів розглядали сучасні світові тенденції щодо лікування пацієнтів із високим СС ризиком. Спікери та слухачі намагалися відповісти на декілька важливих запитань. Чому, незважаючи на всі зусилля медичних працівників та організаторів охорони здоров'я й успіхи фармакоіндустрії, сьогодні, як і раніше, дуже складно досягти головної мети – знизити частоту серйозних СС ускладнень, насамперед інфарктів міокарда й інсультів? Як слід діяти, щоби вплинути на ситуацію? Вдосконалювати керівництва з ведення пацієнтів з АГ і ставити нові цілі в лікуванні цього захворювання? Чи слід шукати нові агенти для контролю артеріального тиску (АТ)? Або, може, причина в тому, що ми недостатньо використовуємо наявні можливості? Сподіваємося, що огляд доповідей на одному з найцікавіших заходів із кардіологічної тематики допоможе читачам знайти відповіді на ці запитання.

Ефективний контроль АТ і досягнення цільових цифр – гостра проблема для всіх країн, складним питанням залишається досягнення цих рівнів. Чи доцільно в такій ситуації «підвищувати планку» та робити цілі більш жорсткими? Директор кардіологічної та серцево-хірургічної клінік Дебреценського медичного університету, голова Товариства кардіологів Угорщини, професор Золтан Чанаді коротко прокоментував Рекомендації Американської колегії кардіологів (ACC) та Американської асоціації серця (AHA) 2017 року з діагностики та лікування АГ. Американські експерти змінили визначення та класифікацію АГ і згідно з новим керівництвом АГ I ступеня визначається за умови, якщо АТ перебуває на рівні 130-139/80-89 мм рт. ст. Нормальним показником АТ вважають $\leq 120/80$ мм рт. ст. Коментуючи нові американські рекомендації, лектор зауважив, що прагнення до нижчих значень АТ є нібито корисним для пацієнтів і для лікарів, які усвідомлюватимуть, що треба звернути увагу на АТ уже тоді, коли його рівень перевищує 130/80 мм рт. ст. Проте, з іншого боку, це «працюватиме» лише серед дуже компетентних лікарів та обізнаних пацієнтів. Окрім того, відповідно до нової класифікації АГ, кількість осіб із високим кардіоваскулярним ризиком в американській популяції різко зростає, адже підвищення АТ на 20/10 мм рт. ст. зумовлює подвоєння ризику. Отже, кардіоваскулярний ризик подвоїться в 46% американської популяції, що потребуватиме проведення певних заходів серед великої кількості людей. В оновленому американському керівництві вказується, що антигіпертензивну терапію для вторинної кардіоваскулярної профілактики необхідно призначати пацієнтам із клінічними проявами СС захворювань і рівнем АТ $\geq 130/80$ мм рт. ст. При цьому самому рівні АТ антигіпертензивні засоби мають бути призначені для первинної профілактики пацієнтам із розрахунковим ризиком несприятливих СС подій $\geq 10\%$ упродовж найближчих 10 років. Отже, ті пацієнти, котрі ще вчора не потребували інтенсивної антигіпертензивної терапії, стануть кандидатами на призначення комбінованого лікування, а це спричинить додаткові витрати. Чи кожна система охорони здоров'я це витримає – геть не другорядне питання для багатьох країн.

Таким чином, нова класифікація АГ, запропонована американськими експертами, викликає багато запитань, якщо уявити, як вона позначиться на реальній практиці.

Водночас не викликає сумніву, що ефективний контроль АГ сприяє зниженню СС ризику, тому ми не маємо зупинятися. Від учених і лікарів сьогодні очікують виважених рішень, і найбільший інтерес для європейської кардіологічної спільноти становлять європейські рекомендації з менеджменту АГ, які невдовзі будуть представлені.

Керівник відділу гіпертонічної хвороби ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України» (м. Київ), доктор медичних наук Лариса Анатоліївна Міщенко висвітлювала проблему незадовільного контролю АТ в українській популяції та зробила акцент на деяких причинах, що сприяли створенню цієї ситуації, а саме – недостатній ефективності лікування, зокрема внаслідок низької прихильності до лікування.

На відміну від розвинених держав в Україні набагато гірший стан із контролем АТ у популяції хворих на АГ. За даними епідеміологічних досліджень, в українській міській популяції пацієнтів з АГ частка тих, у кого АТ тримається на рівні 140/90 мм рт. ст., становить усього 16% (у селах – лише 9-10%). Водночас частка пацієнтів з ефективним контролем АТ у Європі дорівнює 30-50% (J. Redon et al., 2016), у США – 53% (S.S. Yoon et al., 2015), тоді як у Канаді досягають та утримують цільові рівні АТ понад 60% осіб (R.S. Padwal et al.). На тлі цих показників прагнення американських експертів до нових, більш жорстких цілей у контролі АТ видається більш оптимістичним.

Але чи реально виконувати нові завдання в Україні за умов, коли не досягнуті ті, що були на меті 10 років тому? Можливо, доцільніше зосередитися на розумних причинах, які не дають нам змоги вийти на певний рівень, щоб рухатися далі?

Лектор наголосила на одному з найважливіших питань, що безпосередньо пов'язане з ефективністю контролю АТ, а саме: «Чим лікуються наші пацієнти?».

Аналіз структури призначень лікарями препаратів для лікування АГ показує, що частка блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА) та комбінацій на їх основі становить 37%, тоді як частка інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ) – 63%. Нібито ситуація непогана, й очевидно, що лікарі чітко усвідомлюють, що саме блокатори ренін-ангіотензинової системи (РАС) є препаратами першої лінії терапії АГ, і призначають саме їх більшості пацієнтів. Натомість, як виявляється, пацієнти купують БРА лише в 15% випадків, тоді як ІАПФ віддають перевагу 86% (PharmXplorer, березень, 2018). Опитування показало, що це зумовлено особистим вибором пацієнтів або порадами фармацевтів. Отже, існує істотна різниця між структурою призначень антигіпертензивних препаратів і структурою тих лікарських засобів, які насправді застосовують пацієнти.

Чи можна розглядати низьку частоту застосування БРА як одну з причин неефективного контролю АТ?

Відомо, що ІАПФ є ефективними засобами в зниженні АТ і зменшенні ризику ускладнень АГ. Однак в Україні в структурі аптечних продажів переважають представники перших поколінь ІАПФ, яким притаманний нетривалий ефект: одним із лідерів продажів є каптоприл, і цей факт уже не потребує коментарів. Водночас очевидно, що ефективний контроль АТ протягом доби легше забезпечити за умови призначення препаратів із виразною й довготривалою дією – не менш ніж 24 год після прийому. Проте навіть виконання цієї умови часто буває замало, й багато пацієнтів потребують призначення комбінованої антигіпертензивної терапії для посилення ефекту.

На жаль, наші пацієнти цього не знають. Вони приймають неоптимальну терапію, самостійно переривають її внаслідок неефективності чи появи побічних ефектів. Вони припиняють довіряти лікарям і спираються на поради знайомих і телебачення.

Тим часом проста дія – призначення препарату, який забезпечить оптимальний рівень АТ упродовж доби після одноразового прийому та буде добре переноситися, – може істотно вплинути на прихильність до лікування. Успіх буде відчутнішим, якщо лікар витратить декілька хвилин, аби поінформувати пацієнта про ризики, пов'язані з непостійним прийомом терапії чи вживанням антигіпертензивних засобів із недостатньо тривалою дією. Демонстрація пацієнтові його ступеня ризику за допомогою шкали SCORE, а також роз'яснення, що інсульти



З. Чанаді

Л.А. Міщенко



М.В. Хайтович

Л.В. Распутіна



найчастіше трапляються в ранкові часи, коли концентрація препаратів короткої дії в крові мінімальна, будуть стимулами для виконання лікарських призначень.

З огляду на це дуже дивно видається низька прихильність лікарів до призначення БРА, адже представники цієї групи зарекомендували себе в усьому світі як препарати з виразним і тривалим антигіпертензивним ефектом і доброю переносимістю.

За даними одного з останніх метааналізів, у якому вивчали ефективність і безпечність ІАПФ та БРА, останні демонструють плацебоподібну переносимість, тобто кількість побічних ефектів і припинення терапії з цього приводу на тлі БРА є мінімальною (F. Messerli et al., 2018).

Препарати групи БРА сьогодні дуже широко представлені в Україні, й лікарі мають можливість обирати препарат залежно від індивідуальних особливостей пацієнта, адже деяким представникам групи притаманні унікальні властивості. З цієї точки зору цікаво розглянути один із найвідоміших і добре вивчених БРА – телмісартан. До прикладу, зарубіжні лікарі у своїй практиці віддають перевагу телмісартану, зважаючи на його здатність ефективно контролювати АТ протягом 24 год при одноразовому застосуванні та доведений профілактичний ефект у зниженні ризику СС ускладнень, – це показали результати опитування спеціалістів, яке провели Ramakrishnan і співавт. (2018).

Які додаткові переваги має лікування телмісартаном – про це йшлося в доповідях інших спікерів.

Завідувач кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Микола Валентинович Хайтович присвятив свою доповідь фармакокінетичним особливостям телмісартану.

Продовження на стор. 44.



IX Міжнародний кардіосаміт в Україні: є відповіді на важливі питання

Продовження. Початок на стор. 43.

Професор М.В. Хайтович зауважив, що сьогодні й лікарі, й пацієнти віддають перевагу антигіпертензивним засобам, які можна приймати 1 раз на добу, орієнтуючись на інформацію в інструкціях. Але фахівці мають аналізувати не тільки інформацію щодо кратності прийому препарату, а й фармакокінетичні та фармакодинамічні характеристики, дані щодо його біодоступності, розподілу, метаболізму. Наприклад, усі БРА рекомендовано приймати 1 раз на добу, при цьому в інструкції в деяких із них вказується, що концентрація в плазмі крові препарату та його активного метаболіту при пероральному прийомі зменшуються поліекспоненційно з термінальним часом напіввиведення приблизно 2 та 6-9 год відповідно. Тож якщо препарат приймають уранці, то за 24 год, наступного ранку перед пробудженням пацієнта, концентрація активного метаболіту в крові буде дуже низькою.

Якщо розглядати з цієї точки зору телмісартан, то він є одним із найкращих серед сартанів щодо забезпечення рівномірної та стабільної концентрації в крові, а це, своєю чергою, є важливою умовою підтримки стабільного рівня АТ. Телмісартан має період напіввиведення близько 24 год: це є запорукою того, що вжита зранку таблетка захищатиме пацієнта від СС катастроф до часу наступного прийому.

Телмісартан метаболізується лише в II фазу – найбільш безпечну (I фаза метаболізму препаратів значною мірою залежить від функції печінки, генетичних аспектів та взаємодії з іншими лікарськими засобами). Виводиться телмісартан практично на 100% із жовчу, що робить можливим його використання в пацієнтів із нирковою недостатністю. Це означає, що навіть в осіб похилого віку та пацієнтів із печінковою чи нирковою недостатністю метаболізм та елімінація телмісартану не будуть порушені.

Середній об'єм розподілу (V_{ss}) телмісартану становить приблизно 500 л, що вказує на швидкий перехід активної речовини із системного кровотоку до органів і тканин. Отже, телмісартан за цим параметром – один із найкращих у групі БРА (для порівняння: об'єм розподілу деяких БРА не перевищує 35 л).

Проблемі контролю АТ у вранішній години та можливостям телмісартану запобігти неконтрольованим пікам у цей період було присвячене українське дослідження «РАНОК», яке проводили у Вінниці та Києві.

Кандидат медичних наук Оксана Леонідівна Рековець (ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України») наголосила, що неконтрольовані вранішні піки АТ є гострою проблемою для реальної клінічної практики, про існування якої часто не здогадуються ні лікар, ні пацієнт навіть тоді, коли ретельно контролюють тиск. У таких випадках фахівці задоволені результатами «офісного» моніторингу АТ, а хворі не відчувають підвищення АТ під час сну рано-вранці. Отже, ризик розвитку СС ускладнень у ранкові години в таких пацієнтів залишається високим.

Саме такі пацієнти – з контрольованим «офісним» АТ і несподівано виявленими піками АТ уранці були включені в дослідження «РАНОК».

Результати дослідження «РАНОК» представила доктор медичних наук, професор Леся Вікторівна Распутіна (кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова).

Дизайн дослідження передбачав оцінювання ефективності антигіпертензивної терапії щодо контролю АТ у ранкові години за допомогою добового моніторингу АТ (ДМАТ) у пацієнтів з АГ із контрольованим «офісним» тиском і наявністю ранкових піків АТ.

У дослідженні брали участь чоловіки та жінки старші за 30 років із діагнозом гіпертонічної хвороби I-III стадії. Також критеріями включення в дослідження були регулярний прийом антигіпертензивної терапії відповідно до сучасних рекомендацій (усі пацієнти приймали дво- або трикомпонентні комбінації) та відсутність контролю АТ у вранішній години за результатами ДМАТ.

Під час дослідження пацієнтам відкорегували терапію: замінили один із компонентів, який діє на РАС (ІАПФ або БРА: раміприл, валсартан, лосартан) на телмісартан у дозі 40-80 мг. Причина вибору телмісартану (Телсартан, Dr. Reddy's) у тому, що препарат має найдовший період напіввиведення, сприятливий метаболічний профіль і високий ступінь ліпофільності, що зумовлює краще проникнення в тканини, а відтак – ефективнішу органопroteкцію.

Контроль офісного АТ проводили після 4 тиж, контроль ДМАТ – після 8 та 12 тиж лікування.

За результатами дослідження, включення телмісартану до схеми лікування привело до зниження максимального систолічного АТ (САТ) у ранкові години, починаючи вже з 5-го тижня прийому, але максимальний ефект спостерігався після 12 тиж лікування: зниження САТ із початкових 179 мм рт. ст. до 157,6 мм рт. ст. Максимальний діастолічний АТ (ДАТ) уранці на початку дослідження становив 101,7 мм рт. ст., а після 12 тиж прийому терапії з телмісартаном – 87,1 мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Доповідач додала, що серед пацієнтів, які брали участь у дослідженні «РАНОК», не було жодного випадку відміни телмісартану та не спостерігалось побічних ефектів.

Аналіз результатів дослідження дав змогу зробити такі висновки:

- для оцінювання ефективності антигіпертензивної терапії слід ширше застосовувати ДМАТ;
- у структурі ДМАТ слід обов'язково аналізувати рівень АТ у вранішній години;
- термін оцінювання ефективності антигіпертензивної терапії має становити не менш ніж 12 тиж за умови постійного прийому препаратів;
- враховуючи той факт, що можливість контролювати ДМАТ існує не завжди, необхідно обирати препарат із характеристиками, які свідчать про його здатність утримувати АТ на оптимальному рівні протягом 24 год;
- включення телмісартану до схеми антигіпертензивної терапії дає змогу істотно вплинути на добовий профіль АТ, зменшити швидкість підвищення АТ уранці, ліквідувати чи зменшити ранкові піки.

Доктор медичних наук, професор Запорізького державного медичного університету Олександр Євгенович Березін приділив увагу іншій характеристиці антигіпертензивного ефекту препаратів – його рівномірності.

Лектор зауважив, що сучасні вимоги до антигіпертензивних препаратів передбачають наявність не тільки тривалого, а й рівномірного антигіпертензивного ефекту протягом доби. Показником, що характеризує рівномірність антигіпертензивного ефекту, є індекс згладжування (ІЗ). ІЗ визначають як відношення середньої величини 24-годинних ефектів і відповідного стандартного відхилення.

Встановлено, що ІЗ САТ і ДАТ є найвищим у телмісартану й амлодипіну порівняно з лосартаном, раміприлом, валсартаном і плацебо (Parati et al., 2014). При комбінованій терапії ІЗ є вищим для комбінації телмісартан/гідрохлоротиазид (ГХТЗ) порівняно з комбінаціями лосартан/ГХТЗ, валсартан/ГХТЗ і плацебо (Parati et al., 2010). Встановлено також, що комбінація амлодипіну та телмісартану демонструє кращий ІЗ порівняно з монотерапією кожним із цих препаратів (Parati et al., 2014).

Особливостям терапії хворих на АГ із високим кардіо-метаболічним ризиком присвятила доповідь завідувач кафедри загальної практики Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Олена Борисівна Волошина.

Коли йдеться про лікування пацієнтів з АГ і розладами вуглеводно-ліпідного обміну, великі надії покладаються на БРА, яким притаманні позитивні метаболічні ефекти. На початку виступу доповідач зупинилася на такому факторі СС ризику, як інсулінорезистентність, що має спільні патогенетичні ланки з АГ.

Внутрішньоклітинним субстратом інсулінорезистентності є рецептори – активатори пероксисомної проліферації (PPAR), які акумулюють вільні жирні кислоти в пероксисомах ядра (M.A. Jay, J. Rep, 2007). Активация рецепторів PPAR-γ призводить до підвищення чутливості тканин до інсуліну, а також зумовлює вазопротекторний ефект (S. Wakino et al., 2002; D. Patsouris, 2004).

Унікальною особливістю телмісартану є здатність до активації рецепторів PPAR-γ при використанні в терапевтичних дозах (M. White, 2001; S. Mudaliar, 2003), тоді як інші БРА треба застосовувати в значно вищих концентраціях, аби досягти цього ефекту. Встановлено, що за рахунок активації PPAR-γ телмісартан зменшує інсулінорезистентність без побічних ефектів, які властиві глітазонам.

У багатьох дослідженнях доведено, що ця властивість телмісартану має позитивні клінічні наслідки (H. Takagi et al., 2013), і це дає змогу розглядати його як препарат вибору в пацієнтів з АГ і порушеннями вуглеводного обміну.

Телмісартану притаманні також інші позитивні метаболічні ефекти, а саме – вплив на показники ліпідного обміну (Derosa et al., 2004). Препарат знижує рівень загального холестерину у хворих із високим початковим рівнем на 18% після 6 міс застосування та додатково знижує рівень загального холестерину на 12% навіть у пацієнтів, які приймають статини (T. Inoue et al., 2007).

Порівняно з валсартаном і кандесартаном телмісартан більш виразно коригує рівень глюкози плазми, інсуліну та тригліцеридів, а також зменшує рівні адипонектину, С-реактивного білка та значення індексу НОМА (Y. Miura et al., 2005; S. Yamada et al., 2008).

У пацієнтів із діабетичною нефропатією телмісартан продемонстрував здатність не тільки зменшувати резистентність до інсуліну та підвищувати толерантність до глюкози, а й знижувати рівень альбумінурії та гальмувати прогресування дисфункції нирок (P. Balakumar et al., 2012).



О.Л. Рековець



О.Є. Березін



О.Б. Волошина



Т.М. Соломенчук

Отже, телмісартан є унікальним БРА з метаболічними плейотропними ефектами, який покращує показники вуглеводного й ліпідного обміну та є препаратом вибору у хворих на АГ із високим кардіо-метаболічним ризиком (із метаболічним синдромом, цукровим діабетом, порушеннями ліпідного обміну тощо).

Важливий передумові ефективного лікування АГ – прихильності пацієнтів до лікування приділила увагу доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини ФДПО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького Тетяна Миколаївна Соломенчук.

У реальній лікарській практиці недостатня прихильність до лікування є дуже актуальною проблемою. За даними мета-аналізу, серед 19,5 тис. хворих протягом 12 міс припинили антигіпертензивне лікування 23%, перервали – 31%, змінили препарат – 35%, і лише 27% хворих не змінювали лікування (С. Bourgault, 2001).

При цьому втрата контролю над АТ спостерігалась у 41% випадків, розвиток інфаркту міокарда – в 15% пацієнтів, інсульту – у 22%, збільшення витрат на лікування відбулося в 44% випадків (A. Dragomir, 2010; J.M. Neutel, 2003).

Відомо, що неадекватний вибір препарату (групи лікарських засобів) – одна з основних причин недостатнього комплаєнсу. При цьому мають важливе значення такі характеристики препарату, як ефективний контроль над усіма параметрами ДМАТ, 24-годинна тривалість дії, одноразовий прийом упродовж доби, переносимість (відсутність/прийнятність профілю побічних ефектів), доступна ціна.

Телмісартан може відповідає всім цим вимогам, а наявність якісного генеричного препарату (Телсартан, Dr. Reddy's) робить тривалу терапію доступнішою для українських пацієнтів. Слід зауважити, що для Телсартану отримані докази щодо відповідності фармакокінетичних характеристик таким оригінального препарату.

Отже, призначення Телсартану може сприяти досягненню високого комплаєнсу та, як наслідок, ефективному контролю АТ протягом доби та зниженню СС ризику.

Під час обговорення переваг телмісартану лектори наголосили на багатьох перевагах застосування подвійних або потрійних комбінацій на основі телмісартану, а саме:

- стабільний контроль рівня АТ протягом доби, зокрема в небезпечні ранкові години;
- ефективна профілактика СС ускладнень і смерті від СС подій у пацієнтів із високим ризиком;
- посилення кардіо- та нефропротекторних ефектів;
- прийнятний ризик побічних ефектів завдяки добрій переносимості телмісартану та використанню компонентів комбінації в низьких дозах;
- додаткові переваги в лікуванні пацієнтів із метаболічним синдромом і цукровим діабетом у вигляді позитивних метаболічних ефектів.

Підготувала **Олександра Демецька**

