Инструкция по применению
Ко-Перинева Таблетки 2,5 мг + 8 мг 30 шт

Характеристики

Форма выпуска: Таблетки
Страна: Россия
Производитель: КРКА
Порядок отпуска: по рецепту
Действующее вещество: Индапамид+Периндоприл
Количество в упаковке: 30
Дозировка действующего вещества: 2,5 мг+ 8 мг
Срок годности: 36.0

Описание

Круглые, двояковыпуклые таблетки белого или почти белого цвета, с риской на одной стороне.

Действующее вещество

Индапамид+Периндоприл

Состав

на 1 таблетку 2,5 мг + 8 мг Действующие вещества: Индапамид: 2,500 мг Периндоприла эрбумин К, полуфабрикат-гранулы: 150,060 мг Действующее вещество полуфабриката-гранул: Периндоприла эрбумин 8,000 мг Вспомогательные вещества полуфабриката-гранул: кальция хлорида гексагидрат, лактозы моногидрат, кросповидон Вспомогательные вещества: целлюлоза микрокристаллическая, натрия гидрокарбонат, кремния диоксид коллоидный, магния стеарат Или на 1 таблетку 2,5 мг + 8 мг Действующие вещества: Индапамид: 2,500 мг Периндоприла эрбумин: 8,000 мг Вспомогательные вещества: кальция хлорида гексагидрат, лактозы моногидрат, кросповидон, целлюлоза микрокристаллическая, натрия гидрокарбонат, кремния диоксид коллоидный, магния стеарат

Форма выпуска

Таблетки

Фармакокинетика

Комбинированное применение периндоприла и индапамида не изменяет их фармакокинетические параметры по сравнению с раздельным приемом этих препаратов. Индапамид Быстро и полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Прием пищи несколько замедляет всасывание, но существенно не влияет на количество абсорбированного индапамида. Максимальная концентрация (Cmax) в плазме крови достигается через 1 час после приема внутрь однократной дозы. Связывается с белками плазмы крови на 79 %. Период полувыведения (T½) составляет от 14 до 24 часов (в среднем 18 часов). Не кумулирует. Метаболизируется в печени. Выводится почками (70 %) преимущественно в виде метаболитов (фракция неизмененного препарата составляет около 5 %) и через кишечник с желчью в виде неактивных метаболитов (22 %). У пациентов с почечной недостаточностью фармакокинетические параметры индапамида существенно не изменяются. Периндоприл После приема внутрь быстро всасывается из ЖКТ. Биодоступность составляет 65-70%. Прием пищи уменьшает превращение периндоприла в периндоприлат. T½ периндоприла из плазмы крови составляет 1 час. Cmaxв плазме крови достигается через 3-4 часа после приема внутрь. Поскольку прием с пищей уменьшает превращение периндоприла в периндоприлат и биодоступность препарата, периндоприл необходимо принимать 1 раз в сутки – утром перед завтраком. При приеме периндоприла 1 раз в сутки равновесная концентрация достигается в течение 4 суток. Отмечается линейная зависимость между дозой периндоприла и его концентрацией в плазме крови. В печени подвергается метаболизму с образованием активного метаболита периндоприлата. Помимо активного метаболита периндоприлата периндоприл образует еще 5 неактивных метаболитов. Связь периндоприлата с белками плазмы крови дозозависима и составляет 20%. Периндоприлат легко проходит через гистогематические барьеры, исключая гематоэнцефалический барьер, незначительное количество проникает через плаценту и в грудное молоко. Выводится почками, T½ периндоприлата составляет около 17 часов. Не кумулирует. У пациентов пожилого возраста, у пациентов с почечной и сердечной недостаточностью выведение периндоприлата замедлено. При почечной недостаточности рекомендуется снижать дозу периндоприла в зависимости от степени тяжести почечной недостаточности (клиренса креатинина (КК)). Диализный клиренс периндоприлата составляет 70 мл/мин. Фармакокинетика периндоприла изменена у пациентов с циррозом печени: печеночный клиренс уменьшается в 2 раза. Однако количество образующегося периндоприлата не уменьшается, поэтому коррекции дозы не требуется.

Показания

Эссенциальная гипертензия.

Способ применения и дозы

Внутрь, 1 раз в сутки, предпочтительно в утренние часы до завтрака, запивая достаточным количеством жидкости. По возможности прием препарата Ко-Перинева® следует начинать с подбора доз однокомпонентных препаратов. В случае клинической необходимости возможно назначение комбинированной терапии препаратом Ко-Перинева® сразу после монотерапии одним из входящих в состав препарата компонентов (периндоприла и индапамида). Дозы приводятся для соотношения индапамид/периндоприл. Начальная доза – по 1 таблетке препарата Ко-Перинева® (0,625 мг + 2 мг) 1 раз в сутки. Если через 1 месяц приема препарата не удается добиться адекватного контроля АД, дозу препарата следует увеличить до 1 таблетки препарата Ко-Перинева® (1,25 мг + 4 мг) 1 раз в сутки. При необходимости для достижения более выраженного антигипертензивного эффекта возможно увеличение дозы препарата до максимальной суточной дозы препарата Ко-Перинева® – 1 таблетка (2,5 мг + 8 мг) 1 раз в сутки. Пациенты пожилого возраста Начальная доза – 1 таблетка по 0,625 мг + 2 мг препарата Ко-Перинева® 1 раз в сутки. Начинать терапию препаратом следует под контролем функции почек и АД. Пациенты с нарушением функции почек Препарат Ко-Перинева® пациентам с почечной недостаточностью тяжелой степени (КК менее 30 мл/мин) противопоказан (см. раздел Противопоказания). Пациентам с умеренно выраженной почечной недостаточностью (КК 30-60 мл/мин) рекомендуется начинать терапию с необходимых доз препаратов (в монотерапии), входящих в состав препарата Ко-Перинева®. Максимальная суточная доза препарата Ко-Перинева® –1,25 мг + 4 мг. Пациентам с КК³ 60 мл/мин коррекции дозы не требуется. На фоне терапии необходимо регулярно контролировать концентрацию креатинина и содержание калия в сыворотке крови. Пациенты с нарушением функции печени Препарат противопоказан пациентам с печеночной недостаточностью тяжелой степени(см. раздел Противопоказания). При умеренно выраженной печеночной недостаточности коррекции доз не требуется. Дети и подростки Препарат Ко-Перинева® не следует применять детям и подросткам до 18 лет, так как данные по эффективности и безопасности недостаточны (см. раздел Противопоказания).

Противопоказания

Повышенная чувствительность к действующим веществам, любому ингибитору АПФ, производным сульфонамида или любым вспомогательным веществам препарата. Ангионевротический отек (отек Квинке) в анамнезе, связанный с приемом ингибитора АПФ(см. раздел Особые указания). Наследственный/идиопатический ангионевротический отек. Гипокалиемия. Почечная недостаточность тяжелой степени (КК менее 30 мл/мин). Рефрактерная гиперкалиемия, одновременный прием с калийсберегающими диуретиками, препаратами калия и лития. Печеночная недостаточностьтяжелой степени (в том числе с энцефалопатией). Одновременный прием препаратов, удлиняющих интервал QT на ЭКГ, одновременный прием с препаратами, способными вызывать желудочковую тахикардию типа пируэт (см. раздел Взаимодействие с другими лекарственными средствами). Одновременное применение с алискиреном или препаратами, содержащими алискирен, у пациентов с сахарным диабетом и/или с умеренными или тяжелыми нарушениями функции почек (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 2 площади поверхности тела). Одновременное применение с АРА II у пациентов с диабетической нефропатией. Одновременное применение с ингибиторами нейтральной эндопептидазы (например, с препаратами, содержащими сакубитрил) в связи с высоким риском развития ангионевротического отека. Методы экстракорпоральной терапии, приводящие к контакту крови с отрицательно заряженными поверхностями. Выраженный двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз почечной артерии единственной функционирующей почки. Из-за отсутствия достаточного клинического опыта препарат Ко-Перинева®не следует применять у пациентов, находящихся на гемодиализе, а также у пациентов с нелеченной сердечной недостаточностью в стадии декомпенсации. Беременность и период грудного вскармливания (см. раздел Применение при беременности и в период грудного вскармливания). Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). Непереносимость лактозы, дефицит лактазы или синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции.

Применение при беременности и кормлении грудью

Беременность Прием препарата Ко-Перинева® противопоказан при беременности (см. раздел Противопоказания). При планировании беременности или при ее наступлении на фоне приема препарата Ко-Перинева® следует немедленно прекратить прием препарата и назначить другую гипотензивную терапию. Не следует применять препарат Ко-Перинева® в I триместре беременности. Контролируемых клинических исследований по применению ингибиторов АПФ у беременных не проводилось. Ограниченные данные свидетельствуют, что прием ингибиторов АПФ в I триместре не приводил к порокам развития плода, связанным с фетотоксичностью, но полностью исключить фетотоксическое действие ингибиторов АПФ нельзя. Препарат Ко-Перинева® противопоказан во II и III триместрах беременности. Длительное применение ингибиторов АПФ во II и III триместрах беременности может приводить к нарушению развития плода (снижение функции почек, олигогидрамнион, замедление оссификации костей черепа) и развитию осложнений у новорожденного (почечная недостаточность, артериальная гипотензия, гиперкалиемия). Длительное применение тиазидных диуретиков в III триместре беременности может вызвать гиповолемию у матери и снижение маточно-плацентарного кровотока, что приводит к фетоплацентарной ишемии и задержке развития плода. В редких случаях на фоне приема диуретиков возможно развитие у плода/новорожденного гипогликемии и тромбоцитопении. Если женщина принимала ингибитор АПФ во II и III триместрах беременности, рекомендуется провести ультразвуковое исследование почек и черепа плода/новорожденного. У новорожденных, матери которых получали терапию ингибиторами АПФ, может наблюдаться артериальная гипотензия, поэтому новорожденные должны находиться под тщательным медицинским наблюдением. Период грудного вскармливания Препарат Ко-Перинева® противопоказан в период грудного вскармливания. Неизвестно, выделяется ли периндоприл с грудным молоком. Индапамид выделяется с грудным молоком. Вызывает уменьшение или подавление лактации. У новорожденного возможно развитие повышенной чувствительности к производным сульфонамида, гипокалиемии и ядерной желтухи. Применение индапамида противопоказано в период грудного вскармливания. При необходимости применения препарата Ко-Перинева® следует прекратить грудное вскармливание.

Побочные действия

Периндоприл оказывает ингибирующее действие на РААС и уменьшает выведение ионов калия почками на фоне приема индапамида. У 6 % пациентов на фоне применения комбинации индапамид + периндоприл в дозировке 2,5 мг + 8 мг было отмечено развитие гипокалиемии (содержание калия в плазме крови менее 3,4 ммоль

/л). Гипокалиемия развивается у 4 % пациентов на фоне применения комбинации индапамид + периндоприл в дозировке 1,25 мг + 4 мг и у 2 % пациентов на фоне применения комбинации индапамид + периндоприл в дозировке 0,625 мг + 2 мг. Наиболее частыми побочными эффектами являются: для индапамида: реакции повышенной чувствительности(в основном дерматологические) у пациентов, предрасположенных к аллергическим, бронхообструктивным реакциям и макулопапулезной сыпи, для периндоприла: головокружение, головная боль, парестезия, дисгевзия (извращение вкуса), нарушение зрения, вертиго, звон в ушах, артериальная гипотензия, кашель, одышка, боль в животе, запор, диспепсия, диарея, тошнота, рвота, кожный зуд, кожная сыпь, спазмы мышц и астения. Классификация частоты развития побочных эффектов, рекомендуемая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): очень часто ⩾ 1/10 часто от ⩾ 1/100 до нечасто от ⩾ 1/1000 до редко от ⩾ 1/10000 до очень редко частота неизвестна не может быть оценена на основе имеющихся данных. В каждой группе нежелательные эффекты представлены в порядке уменьшения их серьезности. MedDRA Классы и системы органов Нежелательные эффекты Частота Индапамид Периндоприл Инфекционные и паразитарные заболевания Ринит - Очень редко Нарушения со стороны крови и лимфатической системы Эозинофилия - Нечасто* Агранулоцитоз (см. раздел Особые указания) Очень редко Очень редко Апластическая анемия Очень редко - Панцитопения - Очень редко Лейкопения Очень редко Очень редко Нейтропения (см. раздел Особые указания) - Очень редко Гемолитическая анемия Очень редко Очень редко Тромбоцитопения(см. раздел Особые указания) Очень редко Очень редко Нарушения со стороны иммунной системы Реакции повышенной чувствительности, в основном дерматологические, у пациентов, предрасположенных к бронхообструктивным и аллергическим реакциям Часто - Нарушения со стороны обмена веществ и питания Гипогликемия (см. разделы Особые указания и Взаимодействие с другими лекарственными средствами) - Нечасто* Гиперкалиемия, чаще преходящая (см. раздел Особые указания) - Нечасто* Гипонатриемия (см. раздел Особые указания) Частота неизвестна Нечасто* Гиперкальциемия Очень редко - Гипокалиемия, особенно значимая для пациентов, относящихся к группе риска (см. раздел Особые указания) Частота неизвестна - Нарушения психики Лабильность настроения - Нечасто Нарушение сна - Нечасто Спутанность сознания - Очень редко Нарушения со стороны нервной системы Головокружение - Часто Головная боль Редко Часто Парестезия Редко Часто Дисгевзия - Часто Сонливость - Нечасто* Обморок Частота неизвестна Нечасто* Инсульт, возможно, вследствие чрезмерного снижения АД у пациентов из группы высокого риска (см. раздел Особые указания) - Оченьредко Возможное развитие печеночной энцефалопатии в случае печеночной недостаточности (см. разделы Противопоказания и Особые указания) Частота неизвестна - Нарушения со стороны органа зрения Нарушение зрения Частота

неизвестна Часто Миопия (см. раздел Особые указания) Частота неизвестна - Нечеткость зрения Частота неизвестна - Нарушения со стороны органа слуха и лабиринтные нарушения Вертиго Редко Часто Звон в ушах - Часто Нарушения со стороны сердца Ощущение сердцебиения - Нечасто* Тахикардия - Нечасто* Стенокардия(см. раздел Особые указания) - Очень редко Нарушение ритма сердца (в том числе брадикардия, желудочковая тахикардия и фибрилляция предсердий) Очень редко Очень редко Инфаркт миокарда, возможно вследствие избыточного снижения АД у пациентов группы высокого риска (см. раздел Особые указания) - Очень редко Полиморфная желудочковая тахикардия типа пируэт (возможно с летальным исходом) (см. разделы Особые указания и Взаимодействие с другими лекарственными средствами) Частота неизвестна - Нарушения со стороны сосудов Артериальная гипотензия и симптомы, связанные с этим(см. раздел Особые указания) Очень редко Часто Васкулит - Нечасто* Синдром Рейно - Частота неизвестна Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения Кашель (см. раздел Особые указания) - Часто Одышка - Часто Бронхоспазм - Нечасто Эозинофильная пневмония - Очень редко Нарушения со стороны пищеварительной системы Боль в животе - Часто Запор Редко Часто Диарея - Часто Диспепсия - Часто Тошнота Редко Часто Рвота Нечасто Часто Сухость слизистой оболочки полости рта Редко Нечасто Панкреатит Очень редко Очень редко Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей Гепатит(см. раздел Особые указания) Частота неизвестна Очень редко Нарушение функции печени Очень редко - Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей Кожный зуд - Часто Кожная сыпь - Часто

Передозировка

Симптомы: выраженное снижение АД, тошнота, рвота, мышечные судороги, головокружение, сонливость, спутанность сознания, олигурия вплоть до анурии (вследствие снижения ОЦК), возможны нарушения водно-электролитного баланса (низкое содержание натрия и калия в плазме крови). Лечение: промывание желудка и /или назначение активированного угля, восстановление водно-электролитного баланса в условиях стационара. При выраженном снижении АД необходимо перевести пациента в положение лежа на спине с приподнятыми вверх ногами, далее следует провести мероприятия, направленные на увеличение ОЦК (введение 0,9 % раствора натрия хлорида внутривенно (в/в)). Периндоприлат, активный метаболит периндоприла, может быть выведен из организма с помощью диализа.

Взаимодействие с другими препаратами

Общие лекарственные взаимодействия для периндоприла и индапамида Одновременное применение не рекомендовано Препараты лития: при

одновременном применении препаратов лития и ингибиторов АПФ были зарегистрированы случаи обратимого повышения содержания лития в плазме крови и связанные с этим токсические эффекты. Одновременное применение тиазидных диуретиков может способствовать дальнейшему повышению содержания лития в плазме крови и увеличивать риск его токсического действия на фоне приема ингибитора АПФ. Одновременное применение препарата Ко-Перинева® с препаратами лития не рекомендуется. При необходимости одновременного применения необходимо тщательно контролировать содержание лития в плазме крови (см. раздел Особые указания). Одновременное применение препаратов, требующее особого внимания и осторожности Баклофен: возможно усиление антигипертензивного действия. Необходим контроль АД, функции почек и, при необходимости, коррекция дозы гипотензивных средств. НПВП, в т.ч. высокие дозы ацетилсалициловой кислоты (3 г/сутки): одновременное применение ингибиторов АПФ и НПВП (включая ацетилсалициловую кислоту в дозах, оказывающих противовоспалительное действие, ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) и неселективные НПВП) может привести к снижению антигипертензивного эффекта ингибиторов АПФ, повышает риск развития нарушений функции почек, вплоть до развития ОПН, повышает содержание калия в сыворотке крови, особенно у пациентов с исходно сниженной функцией почек. Следует соблюдать осторожность при применении данной комбинации, особенно у пациентов пожилого возраста. До начала лечения пациентам необходимо компенсировать потерю жидкости, а также регулярно контролировать функцию почек как в начале терапии, так и в процессе лечения. Одновременное применение, требующее внимания Трициклические антидепрессанты, антипсихотические средства (нейролептики):препараты этих классовусиливают антигипертензивный эффект и увеличивают риск развития ортостатической гипотензии (аддитивный эффект). Лекарственные взаимодействия для индапамида Одновременное применение, требующее особого внимания и осторожности Препараты, способные вызывать желудочковую полиморфную тахикардию типа пируэт: т. к. существует риск развития гипокалиемии, индапамид следует применять с осторожностью одновременно с лекарственными средствами, способными вызывать желудочковую тахикардию типа пируэт, такими как антиаритмические средства класса IA (хинидин, гидрохинидин, дизопирамид) и класса III (амиодарон, дофетилид, ибутилид, бретилия тозилат, соталол), некоторыми нейролептиками (хлорпромазин, циамемазин, левомепромазин, тиоридазин, трифлуоперазин), бензамидами (амисульприд, сульпирид, сультоприд, тиаприд), бутирофенонами (дроперидол, галоперидол), другими нейролептиками (пимозид), другими препаратами, такими как бепридил, цизаприд, дифеманила метилсульфат, эритромицин для в/в применения, галофантрин, мизоластин, моксифлоксацин, пентамидин, спарфлоксацин, винкамин для в/в применения, метадон, астемизол,

терфенадин. Необходимо контролировать содержание калия в сыворотке крови во избежание гипокалиемии, при развитии которой необходимо проводить ее коррекцию, контролировать интервал QT на ЭКГ. Лекарственные препараты, способные вызывать гипокалиемию: амфотерицин В при в/в введении, глюко- и минералокортикоиды (при системном применении), тетракозактид, слабительные средства, стимулирующие моторику кишечника, способствуют повышению риска развития гипокалиемии (аддитивный эффект). Необходим контроль содержания калия в плазме крови, при необходимости – его коррекция. Особое внимание следует уделять пациентам, одновременно получающим сердечные гликозиды. Следует применять слабительные средства, не стимулирующие моторику кишечника. Сердечные гликозиды: гипокалиемия усиливает токсическое действие сердечных гликозидов. При одновременном применении индапамида и сердечных гликозидов следует контролировать содержание калия в плазме крови, показатели ЭКГ и при необходимости корректировать дозу сердечных гликозидов. Одновременное применение, требующее внимания Калийсберегающие диуретики (амилорид, спиронолактон, триамтерен): такое сочетание обоснованно применяется у некоторых пациентов. При этом может наблюдаться гипокалиемия или гиперкалиемия (особенно у пациентов с почечной недостаточностью или СД). Если необходимо одновременное применение индапамида и калийсберегающих диуретиков, следует проводить контроль содержания калия в плазме крови и параметров ЭКГ. При необходимости схема лечения может быть пересмотрена. Метформин:функциональная почечная недостаточность на фоне приема диуретиков, особенно петлевых, при одновременном применении с метформином повышается риск развития молочнокислого ацидоза. Не следует применять метформин, если концентрация креатинина в плазме крови превышает 15 мг/л (135 мкмоль/л) у мужчин и 12 мг/л (110 мкмоль/л) у женщин. Йодсодержащие контрастные средства: у пациентов с гиповолемией на фоне терапии диуретическими средствами существует повышенный риск развития ОПН, особенно при применении контрастных веществ, содержащих высокие дозы йода. Перед применением йодсодержащих контрастных средств следует восполнить ОЦК. Препараты, содержащие соли кальция: при одновременном применении возможно развитие гиперкальциемии вследствие снижения выведения кальция почками. Циклоспорин, такролимус: возможноповышение концентрации креатинина в плазме крови без изменения концентрации циклоспорина в плазме крови даже при отсутствии выраженной потери ионов натрия и дегидратации. Глюкокортикостероиды (ГКС), тетракозактид (при системном применении): снижение антигипертензивного эффекта (задержка жидкости и ионов натрия в результате действия ГКС). Лекарственные взаимодействия для периндоприла Данные клинических исследований показывают, что двойная блокада РААСв результате одновременного приема ингибиторов АПФ, АРА II или алискирена приводит к

увеличению частоты возникновения таких нежелательных явлений, как артериальная гипотензия, гиперкалиемия и нарушения функции почек (включая ОПН),по сравнению с ситуациями, когда применяется только один препарат, воздействующий на РААС (см. разделы Фармакологические свойства. Фармакодинамика, Противопоказания и Особые указания). Лекарственные препараты, вызывающие гиперкалиемию Некоторые лекарственные препараты или классы препаратов могут увеличивать частоту развития гиперкалиемии: алискирен, соли калия, калийсберегающие диуретики, ингибиторы АПФ, АРА II, НПВП, гепарины, иммунодепрессанты (такие как циклоспорин или такролимус), лекарственные препараты, содержащие триметоприм, в том числе фиксированную комбинацию триметоприма и сульфометоксазола. Комбинация этих лекарственных препаратов увеличивает риск развития гиперкалиемии. Одновременное применение противопоказано Алискирен и лекарственные препараты, содержащие алискирен: одновременное применение ингибиторов АПФ с алискиреном или препаратами, содержащими алискирен, у пациентов с СДи/или с умеренными или тяжелыми нарушениями функции почек (СКФ 2 площади поверхности тела) противопоказано (см. раздел Противопоказания). Возрастает риск развития гиперкалиемии, ухудшения функции почек, сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Экстракорпоральная терапия: методы экстракорпоральной терапии, приводящие к контакту крови с отрицательно заряженными поверхностями, такие как гемодиализ или гемофильтрация с использованием высокопроточных мембран(например, полиакрилнитриловых мембран) и аферез ЛПНП с использованием декстрана сульфата противопоказаны вследствие повышенного риска развития анафилактоидных реакций. При необходимости такого лечения следует применять мембрану другого типа или применять гипотензивный препарат другой фармакотерапевтической группы. Ингибиторы нейтральной эндопептидазы: при одновременном применении ингибиторов АПФ с лекарственными препаратами, содержащими сакубитрил (ингибитор неприлизина), возрастает риск развития ангионевротического отека, в связи с чем одновременное применение указанных препаратов противопоказано. Ингибиторы АПФ следует назначать не ранее, чем через 36 часов после отмены препаратов, содержащих сакубитрил. Противопоказано назначение препаратов, содержащих сакубитрил, пациентам, получающим ингибиторы АПФ, а также в течение 36 часов после отмены ингибиторов АПФ. Одновременное применение не рекомендовано Алискирен: у пациентов, не имеющих СД или нарушения функции почек (СКФ 2 площади поверхности тела), возрастает риск гиперкалиемии, ухудшения функции почек и повышения частоты сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности (см. раздел Особые указания). Одновременное применение ингибиторов АПФ и АРА II: по имеющимся литературным данным, у пациентов с установленной атеросклеротической болезнью, сердечной недостаточностью или СД с поражением

органов-мишеней одновременный прием ингибиторов АПФ и АРА II приводит к увеличению частоты развития артериальной гипотензии, обморока, гиперкалиемии и нарушения функции почек (включая ОПН), по сравнению с ситуациями, когда применяется только один препарат, воздействующий на РААС. Применение двойной блокады РААС (например, одновременный прием ингибиторов АПФ и АРА II) должно быть ограничено единичными случаями со строгим контролем функции почек, содержания калия в плазме крови (см. раздел Особые указания). Эстрамустин: одновременное применение может привести к повышению риска побочных эффектов, таких как ангионевротический отек. Калийсберегающие диуретики (спиронолактон, триамтерен), препараты калия или калийсодержащие заменители соли:обычно содержание калия в сыворотке крови остается в пределах нормы, но у некоторых пациентов, принимающих периндоприл, может возникнуть гиперкалиемия. Калийсберегающие диуретики (например, спиронолактон, триамтерен или амилорид), препараты калия или калийсодержащие заменители соли могут приводить к значительному увеличению содержания калия в сыворотке крови. Следует также соблюдать осторожность при одновременном применении периндоприла с другими препаратами, повышающими содержание калия в сыворотке крови, такими как триметоприм и ко-тримоксазол (триметоприм + сульфаметоксазол), поскольку известно, что триметоприм действует подобно калийсберегающему диуретику – амилориду. Поэтому одновременное применение периндоприла с вышеуказанными препаратами не рекомендуется. При необходимости одновременного применения по причине гипокалиемии следует соблюдать осторожность и регулярно контролировать содержание калия в сыворотке крови и ЭКГ. Ко-тримоксазол (триметоприм + сульфаметоксазол): одновременное применение с ингибиторами АПФ может увеличивать риск развития гиперкалиемии. Одновременное применение, требующее особого внимания Гипогликемические средства для приема внутрь (производные сульфонилмочевины) и инсулин: эпидемиологические исследования показали, что совместное применение ингибиторов АПФ и гипогликемических средств (инсулин, гипогликемические средства для приема внутрь) может усиливать гипогликемический эффект инсулина и гипогликемических средств для приема внутрь вплоть до развития гипогликемии. Данный эффект, вероятнее всего, можно наблюдать в течение первых недель одновременной терапии, а также у пациентов с нарушением функции почек. Калийнесберегающие диуретики: у пациентов, получающих диуретики, особенно у пациентов с гиповолемией и/или сниженной концентрацией солей, в начале терапииингибиторами АПФ может наблюдаться выраженное снижение АД. Риск развития артериальной гипотензии можно уменьшить путем отмены диуретика, восполнением потери жидкости или солей перед началом терапии периндоприлом, а также назначением периндоприла в низкой дозе с дальнейшим постепенным ее увеличением. При артериальной гипертензии у пациентов с гиповолемией или

сниженной концентрацией солей на фоне терапии диуретиками, необходимо прекратить прием диуретика до начала применения ингибитора АПФ (при этом калийнесберегающий диуретик может быть позднее вновь назначен), или ингибитор АПФ должен быть назначен в низкой дозе с дальнейшим постепенным ее увеличением. При применении диуретиков у пациентов с ХСН ингибитор АПФ должен быть назначен в очень низкой дозе, возможно, после уменьшения дозы применяемого одновременно калийнесберегающего диуретика. Во всех случаях в течение первых недель терапии ингибитором АПФ необходим контроль функции почек (концентрации креатинина в плазме крови). Калийсберегающие диуретики (эплеренон, спиронолактон):при применении эплеренона или спиронолактона в дозах от 12,5 мг до 50 мг в сутки и низких доз ингибиторов АПФпри терапии ХСН II-IV функционального класса по классификации NYHA с фракцией выброса левого желудочка Перед применением данной комбинации лекарственных препаратов необходимо убедиться в отсутствии гиперкалиемии и нарушения функции почек. Рекомендуется регулярно контролировать концентрацию креатинина и содержание калия в плазме крови: еженедельно в первый месяц лечения и ежемесячно в последующем. Рацекадотрил: сообщалось о повышенном риске развития ангионевротического отека при одновременном применении ингибиторов АПФ и рацекадотрила (ингибитор энкефалиназы). Ингибиторы mTOR (например, сиролимус, эверолимус, темсиролимус): при одновременном применении с ингибиторами mTOR терапия может сопровождаться повышенным риском развития ангионевротического отека. Тканевые активаторы плазминогена: в обсервационных исследованиях выявлена повышенная частота развития ангионевротического отека у пациентов, принимавших ингибиторы АПФ, после применения алтеплазы для тромболитической терапии ишемического инсульта. Одновременное применение, требующее внимания Гипотензивные средства и вазодилататоры: одновременное применение этих препаратов может усиливать антигипертензивное действие периндоприла. При одновременном назначении с нитроглицерином, другими нитратами или другими вазодилататорами возможно дополнительное снижение АД. Аллопуринол, цитостатические и иммунодепрессивные средства, ГКС (при системном применении) и прокаинамид: одновременное применение с ингибиторами АПФ может увеличивать риск развития лейкопении. Препараты для общей анестезии: применение ингибиторов АПФ может приводить к усилению гипотензивного эффекта ряда средств для общей анестезии. Препараты золота: при одновременном применении ингибиторов АПФ, в том числе периндоприла, и в/в введении препарата золота (натрия ауротиомалат) описан симптомокомплекс, включающий в себя гиперемию кожи лица, тошноту, рвоту и выраженное снижение АД. Глиптины (линаглиптин, саксаглиптин, ситаглиптин, вилдаглиптин): при одновременном применении с ингибиторами АПФ возрастает риск возникновения ангионевротического отека

вследствие подавления активности дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4) глиптином. Симпатомиметики: могут ослаблять антигипертензивный эффект ингибиторов АПФ. Циклоспорин: одновременное применение с ингибиторами АПФ может увеличивать риск развития гиперкалиемии. Рекомендуется контролировать содержание калия в сыворотке крови. Гепарин: одновременное применение с ингибиторами АПФ может увеличивать риск развития гиперкалиемии. Рекомендуется контролировать содержание калия в сыворотке крови.

Особые указания

Системные заболевания соединительной ткани (в том числе системная красная волчанка (СКВ), склеродермия), терапия иммунодепрессантами (риск развития нейтропении, агранулоцитоза), угнетение костномозгового кроветворения, сниженный объем циркулирующей крови (ОЦК) (прием диуретиков, диета с ограничением поваренной соли, рвота, диарея, гемодиализ), ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, нарушение функции печени и почек, реноваскулярная гипертензия, СД, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (IV функциональный класс по классификации NYHA), гиперурикемия (особенно сопровождающаяся подагрой и уратным нефролитиазом), лабильность АД, применение у пациентов пожилого возраста, негроидной расы, спортсменов (возможна положительная реакция при допинг-контроле), одновременное проведение десенсибилизирующей терапии аллергенами (например, ядом перепончатокрылых), состояние после трансплантации почки, стеноз аортального и/или митрального клапана, гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия (ГОКМП), атеросклероз, двусторонний стеноз почечных артерий, наличие только одной функционирующей почки, одновременная терапия калийсберегающими диуретиками, препаратами калия или у пациентов с повышенным содержанием калия в плазме крови, одновременное применение с препаратами лития, золота, нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), баклофеном, кортикостероидами, препаратами, которые могут вызывать удлинение интервала QT, лекарственными препаратами, способными вызывать полиморфную желудочковую тахикардию типа пируэт, кроме не антиаритмических лекарственных средств (см. раздел Противопоказания). Препарат Ко-Перинева® не следует применять детям и подросткам до 18 лет, так как данные по эффективности и безопасности недостаточны. Пациенты пожилого возраста Перед началом приема препарата Ко-Перинева® следует оценить функцию почек и содержание калия в плазме крови. Начальную дозу препарата Ко-Перинева® подбирают в зависимости от степени снижения АД, особенно при уменьшении ОЦК и потере электролитов. Подобные меры позволяют избежать резкого снижения АД. Начальная доза – 1 таблетка по 0,625 мг + 2 мг препарата Ко-Перинева® 1 раз в

сутки. Начинать терапию препаратом следует под контролем функции почек и АД. Пациенты с нарушением функции почек Препарат Ко-Перинева® пациентам с почечной недостаточностью тяжелой степени (КК менее 30 мл/мин) противопоказан (см. раздел Противопоказания). Пациентам с умеренно выраженной почечной недостаточностью (КК 30-60 мл/мин) рекомендуется начинать терапию с необходимых доз препаратов (в монотерапии), входящих в состав препарата Ко-Перинева®. Максимальная суточная доза препарата Ко-Перинева® – 1,25 мг + 4 мг. Пациентам с КК³ 60 мл/мин коррекции дозы не требуется. На фоне терапии необходимо регулярно контролировать концентрацию креатинина и содержание калия в сыворотке крови. Пациенты с нарушением функции печени Препарат противопоказан пациентам с печеночной недостаточностью тяжелой степени (см. раздел Противопоказания). При умеренно выраженной печеночной недостаточности коррекции доз не требуется. Атеросклероз Риск артериальной гипотензии существует у всех пациентов, однако особую осторожность следует соблюдать при применении препарата Ко-Перинева® у пациентов с ишемической болезнью сердца и недостаточностью мозгового кровообращения. У таких пациентов лечение следует начинать с дозы препарата Ко-Перинева® 0,625 мг + 2 мг (начальная доза). Сахарный диабет У пациентов с сахарным диабетом 1 типа (опасность спонтанного увеличения содержания калия в плазме крови) лечение следует начинать с низкой дозы препарата и под тщательным врачебным контролем. В первый месяц терапии ингибиторами АПФ следует тщательно контролировать концентрацию глюкозы в плазме крови у пациентов с СД, получающих лечение гипогликемическими препаратами для приема внутрь или инсулином. Препараты лития Не рекомендуется одновременное применение препарата Ко-Перинева® с препаратами лития (см. раздел Взаимодействие с другими лекарственными средствами). Нарушение функции почек Терапия препаратом Ко-Перинева® противопоказана пациентам с почечной недостаточностью тяжелой степени (КК менее 30 мл/мин). У некоторых пациентов с артериальной гипертензией без предшествующего нарушения функции почек на фоне терапии препаратом Ко-Перинева® могут появиться лабораторные признаки функциональной почечной недостаточности. В этом случае лечение препаратом Ко-Перинева® следует прекратить. В дальнейшем можно возобновить комбинированную терапию, применяя низкие дозы препарата Ко-Перинева®, либо применяя периндоприл и индапамид в монотерапии. Таким пациентам необходим регулярный контроль содержания калия и концентрации креатинина в сыворотке крови через 2 недели после начала терапии и каждые последующие 2 месяца терапии препаратом Ко-Перинева®. Почечная недостаточность чаще развивается у пациентов с ХСН тяжелой степени или исходным нарушением функции почек, в том числе при стенозе почечной артерии. Артериальная гипотензия и нарушение водно-электролитного баланса В случае исходной гипонатриемии существует риск внезапного снижения АД

(особенно у пациентов со стенозом почечных артерий). Поэтому при динамическом наблюдении за пациентами следует обращать внимание на возможные симптомы обезвоживания и снижение содержания электролитов в плазме крови, например, после продолжительной диареи или рвоты. Таким пациентам необходим регулярный контроль электролитов в плазме крови. При выраженном снижении АД может потребоваться в/в введение 0,9% раствора натрия хлорида. Транзиторная артериальная гипотензия не является противопоказанием для дальнейшего продолжения терапии. После восстановления ОЦК и АД можно возобновить терапию препаратом Ко-Перинева®, применяя низкие дозы препарата, либо применяя периндоприл и индапамид в монотерапии. Содержание калия Комбинированное применение периндоприла и индапамида не предотвращает развитие гипокалиемии, особенно у пациентов с СД или почечной недостаточностью. Как и в случае комбинированного применения других гипотензивных средств и диуретика необходим регулярный контроль содержания калия в плазме крови. Информация по вспомогательным веществам Следует учитывать, что в состав вспомогательных веществ препарата Ко-Перинева®входит лактозы моногидрат, поэтому препарат противопоказан пациентам с непереносимостью лактозы, дефицитом лактазы или синдромом глюкозо-галактозной мальабсорбции (см. раздел Противопоказания). Дети и подростки Назначение препарата Ко-Перинева® детям и подросткам в возрасте до 18 лет противопоказано из-за отсутствия данных об эффективности и безопасности применения периндоприла и индапамида, как в монотерапии, так и прикомбинированном применении у пациентов данной возрастной группы. Индапамид Печеночная энцефалопатия При наличии нарушений функции печени прием тиазидных и тиазидоподобных диуретиков может привести к развитию печеночной энцефалопатии. В данном случае следует немедленно прекратить прием препарата Ко-Перинева®. Фоточувствительность Имеются сообщения о случаях повышенной фоточувствительности на фоне приема тиазидных и тиазидоподобных диуретиков. При развитии реакции фоточувствительности на фоне приема препарата Ко-Перинева® лечение необходимо прекратить. Если имеется необходимость возобновить применение препарата Ко-Перинева®, следует защищать открытые участки кожи от прямого воздействия солнечных и искусственных ультрафиолетовых лучей. Водно-электролитный баланс Содержание натрия в плазме крови До начала лечения препаратом Ко-Перинева® необходимо определить содержание натрия в плазме крови, а затем регулярно контролировать на фоне приема препарата. Гипонатриемия на начальном этапе может не сопровождаться клиническими симптомами, поэтому необходим регулярный лабораторный контроль. Более частый контроль содержания натрия показан пациентам пожилого возраста и пациентам с циррозом печени. Лечение любыми диуретиками может вызывать гипонатриемию, иногда приводящую к серьезным осложнениям. Гипонатриемия, сопровождающаяся

гиповолемией, может приводить к развитию обезвоживания и ортостатической гипотензии. Одновременное снижение содержания ионов хлора может привести к развитию вторичного компенсаторного метаболического алкалоза: частота его возникновения и степень выраженности незначительные. Содержание калия в плазме крови Терапия тиазидными и тиазидоподобными диуретиками связана с риском развития гипокалиемии. Необходимо избегать гипокалиемию (менее 3,4 ммоль/л) у следующих категорий пациентов из группы высокого риска: пациенты пожилого возраста, истощенные пациенты (как получающие, так и не получающие сочетанную медикаментозную терапию), пациенты с циррозом печени (с отеками и асцитом), ишемической болезнью сердца, ХСН. Гипокалиемия у этих пациентов усиливает токсическое действие сердечных гликозидов и повышает риск развития аритмии. К группе повышенного риска относятся пациенты с удлиненным интервалом QT на ЭКГ, как врожденным, так и вызванным действием лекарственных средств. Гипокалиемия, как и брадикардия, способствует развитию тяжелых нарушений сердечного ритма, особенно аритмии типа пируэт, которая может быть летальной. Во всех описанных случаях необходим регулярный контроль содержания калия в плазме крови. Первое определение содержания калия в плазме крови необходимо провести в течение первой недели от начала терапии препаратом Ко-Перинева®. Содержание кальция в плазме крови Тиазидные и тиазидоподобные диуретики могут уменьшать выведение кальция почками, приводя к незначительному и временному повышению содержания кальция в плазме крови. Выраженная гиперкальциемия может быть следствием скрытого гиперпаратиреоза. Перед исследованием функции паращитовидных желез следует отменить прием диуретических средств. Концентрация глюкозы в плазме крови Следует контролировать концентрацию глюкозы у пациентов с СД, особенно при наличии гипокалиемии. Мочевая кислота У пациентов с повышенной концентрацией мочевой кислоты в плазме крови на фоне терапии может увеличиваться частота возникновения приступов подагры. Диуретические средства и функция почек Тиазидные и тиазидоподобные диуретики эффективны в полной мере только у пациентов с нормальной или незначительно нарушенной функцией почек (концентрация креатинина в плазме крови у взрослых пациентов ниже 25 мг/л или 220 мкмоль/л). У пациентов пожилого возраста нормативный показатель концентрации креатинина в плазме крови должен быть скорректирован с учетом возраста, веса и пола, в соответствии с формулой Кокрофта: КК = (140 - возраст) х вес /0,814 х концентрация креатинина в плазме крови где: возраст указан в годах, вес – в кг, концентрация креатинина – в мкмоль/л. Для женщин эту формулу следует скорректировать, умножая полученный результат на коэффициент 0,85. В начале лечения диуретиками у пациентов из-за гиповолемии и гипонатриемии может наблюдаться временное снижение СКФ и повышение концентрации креатинина и мочевины в плазме крови. Эта транзиторная функциональная почечная

недостаточность не опасна для пациентов с неизмененной функцией почек, однако у пациентов с почечной недостаточностью ее выраженность может усилиться. Спортсмены Индапамид может дать положительную реакцию при проведении допинг-контроля. Острая близорукость и вторичная острая закрытоугольная глаукома Сульфонамиды и их производные могут вызывать идиосинкразическую реакцию, приводящую к развитию острой транзиторной миопии и острого приступа закрытоугольной глаукомы. При отсутствии лечения острый приступ закрытоугольной глаукомы может привести к стойкой потере зрения. В первую очередь, необходимо, как можно быстрее, отменить прием препарата. Если внутриглазное давление остается неконтролируемым, может потребоваться неотложное медикаментозное лечение или хирургическое вмешательство. Факторами риска развития острого приступа закрытоугольной глаукомы являются аллергические реакции на производные сульфонамида и пенициллины в анамнезе. Периндоприл Двойная блокада РААС Имеются данные об увеличении риска возникновения артериальной гипотензии, гиперкалиемии и нарушениях функции почек (включая ОПН) при одновременном применении ингибиторов АПФ и АРА IIили алискирена. Поэтому двойная блокада РААС посредством сочетания ингибитора АПФ с АРА II или алискиреном не рекомендуется (см. разделы Фармакологические свойства. Фармакодинамика и Взаимодействие с другими лекарственными средствами). Если двойная блокада необходима, то это должно выполняться под строгим контролем специалиста при регулярном контроле функции почек, содержания калия в плазме крови и АД. Одновременное применение с алискиреном или препаратами, содержащими алискирен, у пациентов с СД и/или с умеренными или тяжелыми нарушениями функции почек (СКФ 2 площади поверхности тела) противопоказано и не рекомендуется у других пациентов. Одновременное применение ингибиторов АПФ с АРА II противопоказано у пациентов с диабетической нефропатией и не рекомендуется у других пациентов. Калийсберегающие диуретики, препараты калия и калийсодержащие заменители соли Обычно содержание калия в сыворотке крови остается в пределах нормы, но у некоторых пациентов, принимающих периндоприл, может возникнуть гиперкалиемия. Калийсберегающие диуретики (например, спиронолактон, триамтерен или амилорид), препараты калия или калийсодержащие заменители соли могут приводить к значительному увеличению содержания калия в сыворотке крови. Следует также соблюдать осторожность при одновременном применении периндоприла с другими препаратами, повышающими содержание калия в сыворотке крови, такими как триметоприм и ко-тримоксазол (триметоприм + сульфаметоксазол), поскольку известно, что триметоприм действует подобно калийсберегающему диуретику– амилориду. Поэтому одновременное применение периндоприла с вышеуказанными препаратами не рекомендуется. При необходимости одновременного применения следует соблюдать осторожность и

регулярно контролировать содержание калия в плазме крови. Нейтропения /агранулоцитоз/тромбоцитопения/анемия Имеются сообщения о развитии нейтропении/агранулоцитоза, тромбоцитопении и анемии на фоне применения ингибиторов АПФ. У пациентов с нормальной функцией почек и без сопутствующих факторов риска нейтропения развивается редко и проходит самостоятельно после отмены ингибиторов АПФ.С особой осторожностью необходимо применять периндоприл у пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани (в том числе СКВ, склеродермия), а также на фоне приема иммунодепресантов, аллопуринола или прокаинамида, особенно у пациентов с нарушением функции почек. У таких пациентов могут развиваться тяжелые инфекции, не поддающиеся интенсивной антибиотикотерапии. В случае назначения периндоприла рекомендуется периодически контролировать количество лейкоцитов в крови. Пациент должен быть предупрежден о том, что в случае появления каких-либо признаков инфекционного заболевания (боль в горле, повышение температуры), необходимо немедленно обратиться к врачу. Повышенная чувствительность/ангионевротический отек При приеме ингибиторов АПФ, в том числе периндоприла, в редких случаях может наблюдаться развитие ангионевротического отека лица, конечностей, губ, языка, голосовых складок и/или гортани. Это может произойти в любой период терапии. При появлении этих симптомов прием препарата Ко-Перинева® должен быть немедленно прекращен, а пациент должен наблюдаться до тех пор, пока признаки отека не исчезнут полностью.Если отек затрагивает только лицо и губы, то его проявления обычно проходят самостоятельно или для лечения его симптомов могут применяться антигистаминные препараты. Ангионевротический отек, сопровождающийся отеком языка или гортани, может привести к обструкции дыхательных путей и к летальному исходу. При появлении таких симптомов следует немедленно ввести подкожно эпинефрин (адреналин) в разведении 1:1000 (0,3 мл или 0,5 мл) и/или обеспечить проходимость дыхательных путей. Сообщалось о более высоком риске развития ангионевротического отека у пациентов негроидной расы. У пациентов, в анамнезе которых отмечался отек Квинке, не связанный с приемом ингибиторов АПФ, может быть повышен риск его развития при приеме препаратов этой группы (см. раздел Противопоказания). В редких случаях на фоне терапии ингибиторами АПФ развивается ангионевротический отек кишечника. При этом у пациентов отмечается боль в животе как изолированный симптом или в сочетании с тошнотой и рвотой, в некоторых случаях без предшествующего ангионевротического отека лица и при нормальной активности С-1 эстеразы. Диагноз устанавливается с помощью компьютерной томографии брюшной полости, ультразвукового исследования или в момент хирургического вмешательства. Симптомы исчезают после прекращения приема ингибиторов АПФ. У пациентов с болью в области живота, получающих ингибиторы АПФ, при проведении дифференциального диагноза необходимо

учитывать возможность развития ангионевротического отека кишечника. Ингибиторы mTOR У пациентов, одновременно принимающих ингибиторы mTOR (например, сиролимус, эверолимус, темсиролимус), терапия может сопровождаться повышенным риском развития ангионевротического отека (например, отек верхних дыхательных путей или языка с/без респираторных нарушений). Тканевые активаторы плазминогена: в обсервационных исследованиях выявлена повышенная частота развития ангионевротического отека у пациентов, принимавших ингибиторы АПФ, после применения алтеплазы для тромболитической терапии ишемического инсульта. Ингибиторы нейтральной эндопептидазы: при одновременном применении ингибиторов АПФ с лекарственными препаратами, содержащими сакубитрил (ингибитор неприлизина), возрастает риск развития ангионевротического отека, в связи с чем одновременное применение указанных препаратов противопоказано. Ингибиторы АПФ следует назначать не ранее, чем через 36 часов после отмены препаратов, содержащих сакубитрил. Противопоказано назначение препаратов, содержащих сакубитрил, пациентам, получающим ингибиторы АПФ, а также в течение 36 часов после отмены ингибиторов АПФ. Анафилактоидные реакции при проведении процедур десенсибилизации Имеются отдельные сообщения о развитии длительных, угрожающих жизни анафилактоидных реакций у пациентов, получающих ингибиторы АПФ во время десенсибилизирующей терапии ядом перепончатокрылых насекомых (пчелы, осы). Ингибиторы АПФ необходимо применять с осторожностью у пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом или склонных к аллергическим реакциям, проходящих процедуры десенсибилизации. Следует избегать применения ингибитора АПФ пациентам, получающим иммунотерапию ядом перепончатокрылых насекомых. Тем не менее, развития анафилактоидных реакций можно избежать путем временной отмены ингибитора АПФ не менее чем за 24 часа до начала проведения процедуры десенсибилизации. Анафилактоидные реакции при проведении афереза ЛПНП В редких случаях у пациентов, получающих ингибиторы АПФ, при проведении афереза ЛПНП с использованием декстрана сульфата развивались угрожающие жизни анафилактоидные реакции. Для предотвращения анафилактоидной реакции следует прекратить терапию ингибитором АПФ перед каждой процедурой афереза. Гемодиализ У пациентов, получающих ингибиторы АПФ, при проведении гемодиализа с использованием высокопроточных мембран (например, AN69®) были отмечены анафилактоидные реакции. Поэтому желательно применять мембрану другого типа или применять гипотензивный препарат другой фармакотерапевтической группы. Первичный альдостеронизм Пациенты с первичным гиперальдостеронизмом обычно не реагируют на гипотензивные препараты, ингибирующие РААС, поэтому применение периндоприла не рекомендуется. Кашель На фоне терапии ингибитором АПФ может возникать сухой упорный кашель, который исчезает после отмены препаратов этой группы. При появлении сухого кашля следует помнить о возможной

связи этого симптома с приемом ингибитора АПФ. Если врач считает, что терапия ингибитором АПФ необходима пациенту, прием препарата Ко-Перинева® может быть продолжен. Риск артериальной гипотензии и/или почечной недостаточности (у пациентов с ХСН, нарушением водно-электролитного баланса и др.) При некоторых патологических состояниях может отмечаться значительная активация РААС, особенно при выраженной гиповолемии и снижении содержания электролитов в плазме крови (на фоне бессолевой диеты или длительного приема диуретиков), артериальной гипотензии, стенозе почечных артерий, ХСН или циррозе печени с отеками и асцитом. Применение ингибитора АПФ вызывает блокаду РААС, в связи с этим возможно резкое снижение АД и/или повышение концентрации креатинина в плазме крови, свидетельствующее о развитии функциональной почечной недостаточности, что чаще наблюдается при приеме первой дозы препарата Ко-Перинева® или в течение первых двух недель терапии. Пациенты пожилого возраста Перед началом приема препарата Ко-Перинева® следует оценить функцию почек и содержание калия в плазме крови. Начальную дозу препарата Ко-Перинева® подбирают в зависимости от степени снижения АД, особенно при уменьшении ОЦК и потере электролитов. Подобные меры позволяют избежать резкого снижения АД. Атеросклероз Риск артериальной гипотензии существует у всех пациентов, однако особую осторожность следует соблюдать при применении препарата Ко-Перинева® у пациентов с ишемической болезнью сердца и недостаточностью мозгового кровообращения. У таких пациентов лечение следует начинать с дозы препарата Ко-Перинева®0,625 мг + 2 мг (начальная доза).

Условия хранения

В сухом месте