

Т.М. Соломенчук, д.м.н., професор, Н.А. Слаба, к.м.н., кафедра сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

Оцінка добового профілю артеріального тиску у пацієнтів з артеріальною гіпертензією на фоні застосування комбінованої антигіпертензивної терапії

Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з найважливіших соціально-економічних та медичних проблем не тільки через значну поширеність, а й з огляду на те місце, яке вона посідає в структурі загальної смертності [1, 7, 27]. АГ є превалуючим фактором ризику кардіоваскулярних катастроф, що істотно впливає на показники смертності населення економічно розвинених країн світу [5, 27]. Епідеміологічні дослідження свідчать, що навіть помірне підвищення артеріального тиску (АТ) відчутно збільшує ризик розвитку інсульту, інфаркту міокарда, серцевої недостатності, раптової смерті, захворювань периферичних артерій, а також термінальної стадії ниркової недостатності.

Упродовж тривалого часу поняття контролю АГ обмежувалося лише досягненням цільового рівня АТ на плечовій артерії (офісного АТ). Проте результати численних досліджень показали, що у хворих на АГ розвиток гіпертрофії лівого шлуночка, збільшення товщини каротидної інтима-меді та інші маркери ураження органів-мішеней тісніше корелюють з рівнями амбулаторного моніторингу АТ, на відміну від показників офісного вимірювання АТ. Доведено, що середні 24-годинні значення АТ мають сильніший зв'язок із частотою розвитку ускладнень та фатальних подій, ніж офісний брахіальний АТ. Дані метааналізів продемонстрували, що рівень амбулаторного тиску загалом є більш чутливим предиктором ризику серцево-судинних захворювань, таких як ішемічна хвороба серця (ІХС) або смерть від ІХС чи інсульту, ніж офісний АТ.

Крім того, результати добового моніторингу АТ (ДМАТ) дозволяють більш адекватно оцінювати гіпотензивну та органо-ангіопротекторну ефективність призначеної антигіпертензивної терапії. Одним із найголовніших завдань лікування гіпертензивних пацієнтів є збереження структури та функції артерій, які насамперед уражаються при АГ внаслідок їх механічного та нейрогуморального пошкодження, що зумовлює розвиток ускладнень. Серед лікарських засобів, які покращують прогноз при ІХС та АГ, пряма ангіопротекторна ефективність властива інгібіторам ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, зокрема інгібіторам ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ).

Згідно з оновленими у 2013 році рекомендаціями ESH/ESC з лікування АГ та Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги (УКПМД) (2012) у хворих, у яких рівень АТ перевищує 160/100 мм рт. ст., та за наявності високого і дуже високого ризику незалежно від рівня АТ лікування рекомендовано починати з комбінованої антигіпертензивної терапії. Доведено, що поєднання двох-трьох препаратів навіть у половинних дозах, порівняно з монотерапією лікарським засобом у максимальному дозуванні, за однакового зниження рівня АТ у хворих на АГ сприяє півтора-дворазовому зменшенню частоти кардіоваскулярних подій.

Нові європейські рекомендації з лікування АГ підтримують використання не просто комбінації ліків, а саме фіксованих комбінацій антигіпертензивних препаратів в одній таблетці, що покращує прихильність до терапії і збільшує ефективність контролю АТ.

Однією з пріоритетних є фіксована комбінація ІАПФ з тiazидним діуретиком. Останні довели свою здатність поліпшувати прогноз при АГ, особливо у пацієнтів похилого віку, хворих із серцевою недостатністю, ізольованою систолічною АГ, ризиком цереброваскулярних ускладнень. Прийом дигідропіридинового блокатора кальцієвих каналів (БКК) тривалої дії в поєднанні з ІАПФ або ІАПФ/тiazидним діуретиком завдяки його прямій антиатерогенній активності дозволяє додатково знижувати ризик будь-якого кардіоваскулярного ускладнення і смерті ще приблизно на 20% (ACCOMPLISH). І дійсно, найбільш поширеною раціональною трикомпонентною комбінацією, рекомендованою до використання УКПМД (2012), є комбінація ІАПФ + тiazидний діуретик + БКК.

Мета дослідження: вивчення ефективності та переносимості антигіпертензивної терапії

на основі фіксованої комбінації еналаприлу 20 мг і гідрохлортiazиду (ГХТ) 12,5 мг та еналаприлу 20 мг з ГХТ 12,5 мг у поєднанні з амлодипіном (5-10 мг) на підставі даних ДМАТ у пацієнтів з АГ II-III ступеня тяжкості.

Матеріали та методи

У дослідженні взяли участь 53 пацієнти з АГ II-III ступеня, які раніше не отримували регулярну антигіпертензивну терапію або у яких попередня антигіпертензивна терапія не забезпечувала адекватний контроль АТ. Критеріями включення в дослідження були рівень АТ 160/100 мм рт. ст. і вище і/або наявність ураження і/або органа-мішені; критеріями виключення — гострий інфаркт міокарда, наявність стійких функціональних порушень з боку нервової системи, хронічна серцева недостатність стадії ПБ і вище, цукровий діабет, ниркова й печінкова недостатність, інфекційні та онкологічні захворювання.

До призначення терапії і через 12 тижнів усім пацієнтам проводили ДМАТ, визначення показників функціонального обміну, рівнів глікемії та глікозильованого гемоглобіну, сечової кислоти, калію, натрію, креатиніну та розрахунок кліренсу креатиніну — швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Кокрофта-Голта.

ДМАТ здійснювали за допомогою осцилометричного апарату ВАТ41-1 (Україна). Удень АТ реєстрували кожні 15 хв, уночі — кожні 30 хв. Аналізували такі показники ДМАТ: середньодобовий, середньоденний, середньонічний систолічний (САТ) і діастолічний АТ (ДАТ); максимальні та мінімальні значення АТ за вказані проміжки часу; середньодобовий пульсовий АТ (ПАТ); ступінь нічного зниження АТ за добовим індексом (ДІ); індекс часу (ІЧ); варіабельність АТ (окремо для нічного та денного періоду). Період «відмивання» від попередньої терапії становив 5-7 днів.

Усім обстеженим пацієнтам призначали фіксовану комбінацію еналаприлу 20 мг і ГХТ 12,5 мг (Еналозид Форте, «Фармак», Україна). Хворим, у яких за даними офісного вимірювання рівні АТ перевищували 150/95 мм рт. ст., через 2 тижні додатково призначали амлодипін (Аладин, «Фармак», Україна) у дозі 5 мг/добу. У результаті були сформовані дві групи пацієнтів. До першої групи увійшли 29 хворих, які приймали фіксовану комбінацію еналаприлу 20 мг з ГХТ 12,5 мг. Другу групу становили 24 пацієнти, які отримували фіксовану комбінацію еналаприлу 20 мг з ГХТ 12,5 мг зранку в поєднанні з амлодипіном 5-10 мг увечері. Тривалість спостереження — 12 тижнів.

Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням пакета програм для статистичного аналізу STATISTICA (версія 6.0). У разі нормального розподілу результати представляли у формі середнього значення і стандартного відхилення ($M \pm m$). Достовірність відмінностей між групами за кількісними ознаками оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента (за умови нормального розподілу) та критерію Вілкоксона-Манна-Уїтні (у разі розподілів, відмінних від нормального), за якісними ознаками — з використанням критерію Фішера. Відмінності вважалися достовірними за рівня значимості >95% ($p < 0,05$).

Результати

Усі пацієнти успішно завершили дослідження згідно з протоколом. Результати вимірювання показників ДМАТ до початку й наприкінці лікування (через 12 тижнів безперервної терапії) представлено в таблиці 1.

На початку дослідження у всіх обстежених хворих спостерігали підвищення показників, які відображають пресорне навантаження АТ, зокрема середньодобові, денні та нічні значення САТ і ДАТ, ІЧ, а також недостатнє нічне зниження АТ.

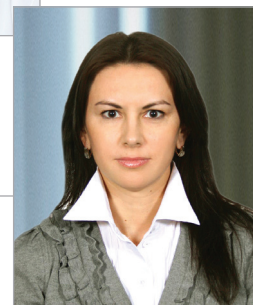
Згідно з даними літератури частота досягнення цільових рівнів за показниками ДМАТ завжди нижча, ніж при офісному вимірюванні, оскільки офісне вимірювання — це лише фрагмент, що характеризує добовий профіль АТ. Більш показовими щодо визначення антигіпертензивної ефективності лікарських засобів є результати ДМАТ. За даними нашого дослідження, середньодобовий САТ у хворих першої групи до початку терапії становив $163,5 \pm 4,1$ мм рт. ст., ДАТ — $101,6 \pm 5,3$ мм рт. ст. На фоні прийому еналаприлу з ГХТ середньодобовий рівень АТ знизився до цільових значень у 23 (79,3%) пацієнтів, зокрема САТ — на 15,9% (до $137,6 \pm 3,2$ мм рт. ст., $p < 0,05$), ДАТ — на 12,0% (до $89,4 \pm 4,7$ мм рт. ст., $p < 0,05$). У 24 (44,7%) хворих, які в подальшому увійшли до другої групи, на другому тижні лікування виникла необхідність у додатковому призначенні амлодипіну. Ця група пацієнтів відрізнялася більш високим вихідним рівнем САТ ($167,8 \pm 3,3$ мм рт. ст.)



Т.М. Соломенчук



Н.А. Слаба



і ДАТ ($104,3 \pm 3,5$ мм рт. ст.) та гіршим добовим профілем АТ. Додаткове призначення амлодипіну сприяло досягненню цільового рівня АТ у більшості хворих (20; 83,3%) уже через 4 тижні лікування. Під час аналізу показників ДМАТ у пацієнтів другої групи спостерігалося більш істотне зниження середньодобового САТ (на 20,4% — до $133,6 \pm 3,6$ мм рт. ст.) за рахунок зменшення значення середньоденного САТ на 19,4% та середньонічного САТ на 21,9% ($p < 0,001$), ДАТ — на 20,2% (до $83,2 \pm 5,1$ мм рт. ст.) унаслідок зниження денного ДАТ на 18,3%

Таблиця 1. Динаміка показників ДМАТ у першій і другій групах пацієнтів до початку лікування і через 12 тижнів спостереження

	Перша група (n=29)			Друга група (n=24)		
	На початку лікування	Через 12 тиж	Δ (%)	На початку лікування	Через 12 тиж	Δ (%)
Середньодобові показники						
САТ, мм рт. ст.	163,5±4,1	137,6±3,2*	-15,9	167,8±3,3	133,6±3,6*	-20,4
ДАТ, мм рт. ст.	101,6±5,3	89,4±4,7*	-12,0	104,3±3,5	83,2±5,1*	-20,2
ПАТ, мм рт. ст.	61,9±3,4	48,2±2,1*	-22,1	63,5±2,8	50,4±3,8*	-20,6
ІЧ САТ, %	86,8±3,2	35,1±2,7*	-59,5	88,5±3,2	30,9±3,6*	-65,1
ІЧ ДАТ, %	78,2±2,3	31,8±3,9*	-59,3	82,9±2,3	28,4±2,5*	-65,7
Вар. САТ, мм рт. ст.	16,5±1,9	13,5±2,5*	-18,2	17,7±1,4	12,2±0,7*	-31,1
Вар. ДАТ, мм рт. ст.	14,1±1,2	11,9±1,4	-15,6	14,8±1,2	11,8±1,8*	-20,3
ЧСС за хв	74,9±1,7	73,6±0,9	-1,7	74,0±1,4	74,6±1,2	0,8
Середньоденні показники						
САТ, мм рт. ст.	169,2±1,3	143,6±7,1*	-15,3	171,4±1,9	139,8±3,5*	-19,4
ДАТ, мм рт. ст.	104,5±7,1	92,8±4,7*	-11,2	106,9±7,4	87,3±5,4*	-18,3
ПАТ, мм рт. ст.	64,7±1,3	50,8±1,8*	-21,5	64,5±3,1	52,5±2,1*	-18,6
ІЧ САТ, %	89,3±3,2	41,5±2,9*	-53,5	93,3±2,4	32,9±4,5*	-64,6
ІЧ ДАТ, %	84,0±2,6	34,7±3,2*	-58,7	86,8±1,6	31,2±2,6*	-65,1
Вар. САТ, мм рт. ст.	17,3±1,3	14,2±2,8*	-17,1	18,9±1,5	13,1±0,8*	-30,7
Вар. ДАТ, мм рт. ст.	14,8±1,8	12,6±1,4	-14,9	15,5±1,4	12,6±0,9*	-18,7
Середньонічні показники						
САТ, мм рт. ст.	154,8±4,0	127,6±4,0*	-17,6	156,3±5,1	122,1±4,9*	-21,9
ДАТ, мм рт. ст.	94,4±2,6	81,2±2,3*	-14,0	96,8±2,6	76,5±2,9*	-21,0
ПАТ, мм рт. ст.	60,4±2,1	46,4±1,6*	-23,2	59,5±1,1	45,6±1,8*	-23,3
ІЧ САТ, %	80,9±3,4	30,5±3,5*	-62,3	84,5±3,6	26,1±2,5*	-69,1
ІЧ ДАТ, %	73,4±3,9	29,3±3,1*	-60,1	78,9±4,1	26,5±3,3*	-66,4
Вар. САТ, мм рт. ст.	15,7±1,4	12,5±1,2*	-20,4	16,8±1,2	11,2±0,8*	-33,3
Вар. ДАТ, мм рт. ст.	13,4±1,7	11,2±1,4	-16,4	13,9±1,5	11,0±1,6	-20,9
Середньонічні показники						
ДІ САТ, %	8,5±2,3	11,1±1,9	23,4	8,8±2,4	12,7±1,8	30,7
ДІ ДАТ, %	9,7±2,5	12,5±1,7	22,4	9,4±2,6	12,4±1,9	24,2

* $p < 0,05$, достовірність різниці між початком і 12-м тижнем лікування.

Таблиця 2. Динаміка типів добових ритмів АТ у першій і другій групах пацієнтів до початку лікування та через 12 тижнів спостереження

		Перша група (n=29)		Друга група (n=24)	
		На початку лікування, абс. (%)	Через 12 тиж., абс. (%)	На початку лікування, абс. (%)	Через 12 тиж., абс. (%)
Dippers	CAT	8 (27,6)	18 (62,1)*	7 (29,2)	18 (75,0)*
	ДАТ	9 (31,0)	18 (62,1)*	6 (25,0)	17 (70,8)*
Non-dipper	CAT	17 (58,6)	10 (34,5)*	14 (58,3)	6 (25,0)*
	ДАТ	16 (55,2)	11 (37,9)	15 (62,5)	7 (29,2)*
Night-peaker	CAT	2 (6,9)	1 (3,4)	3 (12,5)	-
	ДАТ	2 (6,9)	-	2 (8,3)	-
Over-dipper	CAT	2 (6,9)	-	-	-
	ДАТ	2 (6,9)	-	-	-

*p<0,05, достовірність різниці між початком і 12-м тижнем лікування.

і нічного ДАТ на 21,0%. Слід зауважити, що навіть у незначної частини хворих, які не досягли цільового рівня АТ (<140/90 мм рт. ст.), призначення еналаприлу з ГХТ, особливо у поєднанні з амлодипіном, сприяло зменшенню рівня САТ/ДАТ на величину, більшу за 10/5 мм рт. ст., що вважається критерієм ефективності препарату.

Позитивним моментом у лікуванні було достовірне зниження середньодобового ПАТ на 20,6-22,1% у пацієнтів обох груп, в основному за рахунок нічного зниження ПАТ (відповідно в першій і другій групах — на 23,2-23,3%). Високий ПАТ є незалежним фактором ризику формування коронарного атеросклерозу і гіпертрофії лівого шлуночка та використовується як маркер серцево-судинних ускладнень.

Сучасні підходи до терапії АГ передбачають вибір лікарських засобів, які здатні забезпечити адекватний контроль АТ протягом 24 год. Доведено, що не тільки високі абсолютні значення САТ і ДАТ, а й тривалість їх підвищення протягом доби, тобто «навантаження тиском» на судинну систему, є важливими предикторами виникнення серцево-судинних ускладнень.

Ми оцінювали показник ІЧ протягом доби, який і характеризує «навантаження тиском» у денні та нічні години на фоні двох варіантів антигіпертензивної терапії. До початку лікування спостерігалися високі середньодобові, середньоденні та середньнічні значення ІЧ у двох групах хворих (коливання показника від 73,4±3,9 до 93,3±2,4%) (табл. 1), що свідчило про стабільно високі рівні АТ упродовж доби і високий ризик кардіоваскулярних ускладнень в обстежених хворих. На фоні 12-тижневого прийому комбінації еналаприлу з ГХТ серед хворих першої групи зареєстровано істотне (p<0,05) зниження показників «навантаження тиском»: у середньому за добу ІЧ САТ знизився на 59,5%, ІЧ ДАТ — на 59,3%, у денні години відповідно на 53,5 і 58,7%, у нічні — на 62,3 і 60,1%. У другій групі пацієнтів, яким додатково призначали амлодипін, спостерігалася виразніша позитивна динаміка показника ІЧ. У середньому за добу в цій групі хворих навантаження підвищеним САТ (ІЧ САТ) зменшилося на 65,1%, ІЧ ДАТ — на 65,7%, у денні години відповідно ІЧ САТ — на 64,6%, ІЧ ДАТ — на 65,1%, у нічні години ІЧ САТ — на 69,1%, ІЧ ДАТ — на 66,4%. Таким чином, можна зробити висновок про досягнення на фоні лікування переважно нормотензивного стану як у денні, так і в нічні години, та зниження інтенсивності і тривалості «навантаження тиском».

Дослідження останніх років підтвердили, що недостатнє зниження АТ в нічні години (<10% порівняно з денним АТ), тобто добовий профіль АТ non-dipper, є потужним незалежним фактором ризику смерті від серцево-судинних захворювань. Збільшення співвідношення ніч/день для САТ і/або ДАТ на кожні 5% асоціюється зі зростанням ризику смерті на 20% навіть у тих випадках, коли середньодобові значення АТ не перевищують рівня 135/80 мм рт. ст. На початку нашого дослідження у 37 із 53 обстежених хворих

(69,8%) спостерігався диспропорційний добовий ритм АТ. Зокрема, профіль non-dipper (нічне зниження АТ <10% порівняно з денним АТ) зареєстровано у 58,6% пацієнтів першої групи та 62,5% хворих другої групи, night-peaker (відсутність нічного зниження або підвищення АТ) — у 6,9% пацієнтів першої групи і 12,5% хворих другої групи, extreme dipper pattern (надмірне, >20%, нічне зниження АТ порівняно з денним АТ) — у 6,9% обстежених першої групи (табл. 2).

Аналіз динаміки типів добових кривих АТ за даними ДМАТ показав, що через 12 тижнів терапії еналаприлом з ГХТ спостерігалася позитивна динаміка добових профілів АТ. ДІ, який характеризує ступінь нічного зниження АТ, істотно підвищився: ДІ САТ — на 23,4%, ДІ ДАТ — на 22,4% (табл. 1). Додавання до лікування амлодипіну забезпечило підвищення відповідних показників до 30,7% (ДІ САТ) і 24,19% (ДІ ДАТ), що сприяло нормалізації порушень добового профілю АТ у більшості хворих, які мали до початку лікування диспропорційний характер циркадного ритму. У результаті лікування кількість пацієнтів з нормальним добовим індексом (профіль dipper) збільшилася у першій групі до 62,1%, у другій — до 70,8% (табл. 2). Можливість більш вираженого коригуючого впливу додаткового прийому амлодипіну на регулювання добового ритму АТ слід урахувати при виявленні у деяких хворих епізодів нічного підвищення АТ або його недостатнього зниження, що є фактором ризику пошкодження органів-мішеней та розвитку небезпечних серцево-судинних ускладнень (інфаркту міокарда, інсульту).

На сьогодні особливо великого значення надають підвищенню варіабельності АТ як незалежному чиннику ризику ураження органів-мішеней і несприятливого прогнозу у пацієнтів з АГ. З огляду на це однією з вимог до антигіпертензивних препаратів є відсутність несприятливого впливу на варіабельність АТ. У нашому дослідженні у 20 обстежених (69,0%) першої групи та 18 хворих (75,0%) другої групи зареєстровано підвищену вихідну середньодобову варіабельність САТ і ДАТ. Отримані результати показали, що після проведення лікування в першій групі добова варіабельність САТ і ДАТ зменшилася на 18,2 і 15,6%, у денні години — на 17,1 і 14,9%, у нічні — на 20,4 і 16,4% відповідно. Додавання до лікування амлодипіну сприяло більш істотному покращенню показників варіабельності АТ у пацієнтів другої групи. Зокрема, добова варіабельність САТ і ДАТ знизилася на 31,1 і 20,3%, у денний час — на 30,7 і 18,7%, у нічний — на 33,3 і 20,9% відповідно, що вказує на значно сильніший позитивний вплив на показники варіабельності АТ комбінованої потрійної антигіпертензивної терапії із застосуванням ІАПФ у поєднанні з діуретиком та ББК.

Аналіз показників, які характеризують метаболічний статус пацієнтів у динаміці спостереження, тобто ліпідного, вуглеводного й пуринового обміну, електrolітів та креатиніну, свідчить про те, що рівні більшості з них достовірно не змінювалися в процесі лікування в першій групі і мали тенденцію до покращення у другій групі хворих (табл. 3). Ці результати можуть слугувати

Таблиця 3. Динаміка показників метаболічного обміну в першій і другій групах пацієнтів до початку лікування та через 12 тижнів спостереження

	Перша група (n=19)		Друга група (n=14)	
	На початку лікування	Через 12 тиж	На початку лікування	Через 12 тиж
ЗХС, ммоль/л	6,67±0,16	6,62±0,18	6,59±0,22	6,41±0,12
ЛПНЩ, ммоль/л	4,42±0,29	4,39±0,19	4,33±0,28	4,15±0,21
ЛПДНЩ, ммоль/л	1,14±0,09	1,18±0,07	1,13±0,14	1,11±0,13
ЛПВЩ, ммоль/л	1,07±0,15	1,03±0,14	1,09±0,16	1,07±0,09
ТГ, ммоль/л	2,34±0,11	2,42±0,12	2,38±0,11	2,25±0,10
Глюкоза	5,50±0,13	5,82±0,18	5,43±0,17	5,21±0,19
НbA _{1c}	5,69±1,81	5,78±1,46	5,47±1,75	5,53±1,21
Калій	4,42±0,07	4,11±0,06	4,55±0,04	4,21±0,07
Сечова кислота	0,17±0,03	0,20±0,04	0,18±0,05	0,19±0,06
Креатинін	79,8±4,3	80,5±3,6	78,7±5,1	77,6±6,3
ШКФ	63,21±5,53	63,13±4,57	64,31±6,16	63,95±4,84

Примітка: ЗХС — загальний холестерин, ЛПНЩ — ліпопротеїни низької щільності, ЛПДНЩ — ліпопротеїни дуже низької щільності, ЛПВЩ — ліпопротеїни високої щільності, ТГ — тригліцериди.

підтвердженням безпечності застосування комбінації еналаприлу з ГХТ (Еналозид форте) та амлодипіну (Аладин) у пацієнтів з АГ, у тому числі із супутніми метаболічними порушеннями.

Переносимість тривалого лікування комбінацією еналаприлу з ГХТ та амлодипіном була доброю. В обох групах серйозні побічні ефекти за 12 тижнів терапії не спостерігалися. Жоден пацієнт не вивув із дослідження. Помірні набряки гомілок, які не вимагали відміни препарату, зареєстровано у двох пацієнтів другої групи.

Висновки

1. Фіксована комбінація еналаприлу з ГХТ (Еналозид Форте) є високоефективним засобом лікування пацієнтів з АГ II-III ступеня. Застосування препарату сприяє вираженому зниженню показників АТ та дозволяє досягти цільових рівнів АТ у 79,3% хворих. Призначення Аладину

у поєднанні з Еналозидом Форте забезпечує додаткове зниження АТ та збільшення частки пацієнтів, які досягають цільового рівня АТ.

2. Дванадцятитижнева терапія Еналозидом Форте має коригуючий вплив на добовий профіль АТ, достовірно знижуючи навантаження тиском майже на 60% і варіабельність АТ на 16-18%. Додаткове призначення Аладину суттєво покращує зазначені показники: навантаження тиском зменшується на 65%, варіабельність АТ — на 20-31%.

3. На фоні лікування Еналозидом Форте або Еналозидом Форте в комбінації з Аладином оптимального добового профілю АТ через 12 тижнів досягають відповідно 62,1 і 70,8% пацієнтів.

4. Лікування Еналозидом Форте або Еналозидом Форте в комбінації з Аладином характеризується доброю переносимістю та метаболічною нейтральністю.

Список літератури знаходиться в редакції. 3v

Еналозид® — комбінований інгібітор АПФ з 24-годинною антигіпертензивною дією¹

1. Інструкція для медичного застосування препарату: Еналозид 12,5, Еналозид 25, Еналозид Форте

Еналаприл - доведений антигіпертензивний ефект²:

- 14 завершених досліджень (30 000 пацієнтів)²
- 10 досліджень (27961 пацієнт) із «твердими» клінічними точками²
 - ↓ зниження кардиальної смертності
 - ↓ зменшення випадків виникнення інфаркту міокарда
 - ↓ зменшення випадків виникнення мозкового інсульту
- 7 досліджень (12 791 пацієнт) (ABCD CONSENSUS CASSIS NETWORK SOLVD V-HeFT-II PRACTICAL)²
 - ↓ зниження загальної смертності

2. ¹ - Діяльність застосування комбінованих форм еналаприлу у пацієнтів з високими цифрами артеріального тиску (ортостат); М.Ю. Сосискіна, Вісничий НМД № 11, Погода, Світова медицина, 2011 № 4.

1 таблетка містить в перерізанні на 100% речовини: Еналозид 12,5 - еналаприлу малату - 10 мг, гідрохлоріда - 12,5 мг; Еналозид 25 - еналаприлу малату - 10 мг, гідрохлоріда - 25 мг; Еналозид Моно - еналаприлу малату - 10 мг; Еналозид Форте - еналаприлу малату - 20 мг, гідрохлоріда - 12 мг.

Фармакологічна група. Комбінований препарат із білоків ангіотензину-перетворюючого ферменту (АПФ) та діуретика. АТС C09B A02.

Посилання для застосування. Артеріальний тиск: Підвищення для профілактики. Снизити дислипідну вміст в еритроцитах, діурез, головний біль, запороженість, слабкість, артеріальний тиск, сухий кашель, набряк кінцівок, набряк ший, Рідко спостерігається: тошнота, запоровий біль, утримання дихання, судни в носі, зменшення лібру, запотівка, гіпокаліємія або гіперкаліємія, гіпокаліємія, гіпокаліємія, гіперкаліємія, гіперкаліємія, підвищення в крові концентрації сечовини, креатиніну, білірубину, печінкові трансферази, порушення функції печінки з холестазом і гіперкаліємією, тремор, зміни крові (лейкопенія, тромбоцитопенія), рідко: агулія, анемія рідкі.

Фармакокінетика. Еналозид належить до групи комбінованих антигіпертензивних засобів. Еналаприлу малату, що входить до складу препарату, є інгібітором ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), який перетворює ангіотензин I на ангіотензин II. Препарат викликає розширення периферичних артерій, зменшення загальної периферичного судинного опору та зменшення вихідного тиску крові. Гідрохлорид викликає позитивний діуретичний ефект, прискорює до зменшення об'єму циркулюючої крові, зменшує внутрішньочеревний тиск, судни також вступать до судинорозширюючого ефекту. При одночасному застосуванні еналаприлу малату і гідрохлоріда взаємодіяється в гіпотензивний ефект.

Умова відпуску. За рецептом.

Лікарська інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.

Інформаційний портал для медичних фахівців: Еналозид 12,5 (№20) Р.П. МДЗ України №АД070201/01 від 01.08.10 №730 Еналозид 25 (№20) Р.П. МДЗ України №АД050801/01 від 28.01.11 №309 Еналозид Моно (№20) Р.П. МДЗ України №АД100101/02 та №АД100101/02 від 23.03.2009 №177, 01.08.10 №751 Еналозид Форте (№20) Р.П. МДЗ України №АД070201/02 від 11.05.11 №827

Ресторан: ТМТ «Фармак» м. Київ, вул. Фрунзе, 63 тел. (044) 239 16 44 www.farmak.ua

Фармак®