

М.М. Долженко, д. мед. н., професор, І.В. Давидова, к. мед. н.; Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

# Як знайти оптимальне рішення у виборі терапії артеріальної гіпертензії в пацієнта із поєднаною патологією?

**Серед тих, хто звертається по медичну допомогу до лікаря загальної практики, частка осіб із поєднаною патологією становить понад 80% [14]. Значення проблеми коморбідності для практичної діяльності насамперед зумовлене тим, що наявність декількох захворювань із хронічним перебігом призводить до погіршення якості життя пацієнтів. Поліморбідні хвороби та стани можуть суттєво вплинути на діагностику й лікування. Сліпе використання положень рекомендацій та клінічних настанов без урахування клінічного стану конкретного пацієнта, зокрема наявності у нього супутньої та комбінованої патології, може спричинити погіршення результатів терапії та розвиток ускладнень [14].**

Особливо актуальною вважають коморбідну патологію у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), оскільки серцево-судинні захворювання (ССЗ) на даний час залишаються однією з головних причин смертності (4,3 млн людей/рік) в індустріально розвинутих країнах [1]. Саме АГ є основним фактором ризику багатьох патологічних станів і ССЗ, таких як атеросклероз, гіпертрофія лівого шлуночка (ЛШ), серцева недостатність (СН), ішемічна хвороба серця (ІХС), інфаркт міокарда (ІМ), цереброваскулярні захворювання (ішемічні й геморагічні інсульти), ниркова недостатність [2].

Зважаючи на поширеність АГ та її ускладнень, ефективне проведення профілактичних і лікувальних заходів сприятиме зниженню захворюваності населення на АГ, ІХС, судинні ураження мозку, смертності від ускладнень АГ, збільшенню загальної тривалості й якості життя. З огляду на ці завдання, важливим моментом є правильний вибір препарату, який слугуватиме основою антигіпертензивної терапії. Призначення антигіпертензивних препаратів залежить від початкових величин артеріального тиску (АТ), наявності факторів серцево-судинного (СС) ризику та супутніх захворювань [3].

У рекомендаціях щодо ведення пацієнтів з АГ Європейського товариства кардіологів та Європейського товариства артеріальної гіпертензії (ESC/ESH, 2018) перевага надається поєднанню кількох лікарських засобів в одній таблетці. Застосування комбінованих антигіпертензивних засобів показане більшості пацієнтів, оскільки такий підхід покращує прихильність до лікування та являє собою більш спрощений і зручніший терапевтичний алгоритм [15].

## Лікування хворих на АГ у поєднанні з ІХС

У повсякденній клінічній практиці дуже часто трапляється саме поєднання АГ з ІХС. За поширенням, наслідками для СС-системи і ризиком розвитку ускладнень АГ та ІХС є найбільш значущою соціальною проблемою [4]. Контроль АТ у хворих на ІХС є дуже важливим, оскільки вірогідність появи повторних коронарних подій значною мірою залежить від його показників. Слід особливо відмітити, що наявні схеми медикаментозної терапії цього коморбідного стану базуються головним чином на даних доказової медицини.

Залежно від віку хворого необхідно досягати цільового рівня офісного АТ. Так, у віковому діапазоні 18–65 років систолічний АТ (САТ) повинен бути  $\leq 130$  мм рт. ст. при добрій переносимості лікування, але  $\geq 120$  мм рт. ст. (І, А). Якщо пацієнтові понад 65 років, цільове значення офісного САТ має становити від 130 до  $< 140$  мм рт. ст. за хорошої переносимості препаратів (І, А). Цільовий рівень діастолічного АТ (ДАТ) для хворих будь-якого віку з АГ та ІХС повинен перебувати в межах від 70 до 80 мм рт. ст. (І, С).

## Стратегія лікування АГ у пацієнтів з ІХС

**Крок 1.** Потрібно починати лікування з подвійної комбінації в одній таблетці: інгібітора ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) або блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА) +  $\beta$ -блокатор (ББ) або антагоністи кальцію (АК). Також це може бути ББ + діуретик. На додачу, доцільно розглянути монотерапію у групі низького ризику АГ 1-го ст. або в літніх пацієнтів ( $> 80$  років) чи ослаблених хворих.

**Крок 2.** Цей етап передбачає застосування потрійної комбінації з вищезгаданих лікувальних засобів

в одній таблетці. Необхідно розглянути початок терапії, коли систолічний АТ становить  $\geq 130$  мм рт. ст. у пацієнтів із високим ризиком виникнення ССЗ.

**Крок 3.** Призначення потрійної комбінації препаратів + спіронолактон або інший лікарський засіб (діуретик,  $\alpha$ - або  $\beta$ -блокатор). За потреби варто розглянути направлення до спеціалізованого центру для наступного обстеження (ESC/ESH, 2018).

Активність ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) відіграє важливу роль у формуванні атерогенезу, виникненні та прогресуванні АГ, гіпертрофії ЛШ, ІХС, ремоделюванні серця і судин, порушенні ритму, аж до розвитку термінальної хронічної СН і мозкового інсульту. Саме тому у пацієнтів із високим і дуже високим ризиком препаратами вибору слід вважати іАПФ або БРА, які є блокаторами РААС.

Докази сприятливого впливу ББ на СС-прогноз, протиішемічна, антигіпертензивна й антиаритмічна дія, досить хороша переносимість визначили ББ як препарати вибору в лікуванні хворих на АГ й ІХС. Після перенесеного ІМ раннє призначення ББ, іАПФ, а за їхньої непереносимості – БРА знижує ризик смерті [16].

За даними клінічних досліджень, АК не лише допомагають у контролі за рівнем АТ, але й поліпшують прогноз у пацієнтів з ІХС на тлі АГ. Одночасно були доведені судинно-протекторні ефекти цього класу препаратів. У дослідженні INVEST показано, що АК (верапаміл) і ББ (атенолол) мають однакову клінічну ефективність щодо ризику розвитку ускладнень у хворих на АГ в комбінації з ІХС [18]. Дослідники припускають, що це пов'язано зі здатністю верапамілу не тільки знижувати частоту серцевих скорочень за допомогою прямого впливу на синусовий вузол, але й зменшувати активність симпатичної нервової системи за рахунок зниження рівня норадреналіну в плазмі, тоді як на тлі приймання ББ його рівень зростає. Крім того, АК метаболічно вигідніші, ніж ББ, тому при супутньому цукровому діабеті (ЦД) або дисліпідемії перевагу віддають саме АК, щоб іще більше не погіршити вуглеводний і ліпідний обмін.

## Лікування осіб з АГ та супутнім ЦД

На сьогодні ЦД та АГ розглядаються як взаємопов'язані хвороби, кожна з яких водночас є додатковим чинником ризику розвитку атеросклерозу й ССЗ [7]. Внаслідок їхнього поєднання посилюється дисфункція ендотелію, виникають мікро- і макросудинні ускладнення, значно підвищується АТ, розвиваються гіпертрофія міокарда, ішемія та СН [17].

Починати антигіпертензивну терапію необхідно у пацієнтів із ЦД при АТ  $> 140/90$  мм рт. ст. В осіб із ЦД, які отримують антигіпертензивні препарати, рекомендовано:

- зниження САТ до цільового рівня  $\leq 130$  мм рт. ст. (при гарній переносимості ліків), але  $\geq 120$  мм рт. ст. (І, А);
- у літніх пацієнтів ( $> 65$  років) – досягнення цільового значення САТ від 130 до  $< 140$  мм рт. ст. (І, А);
- досягнення цільового показника ДАТ  $< 80$ , але  $\geq 70$  мм рт. ст.

Потрібно починати терапію з комбінації блокатора РААС з АК або тіазидним/тіазидоподібним діуретиком (І, А) [11]. При аналізі результатів найбільш масштабних клінічних досліджень із вивчення препаратів, що впливають на активність РААС, було показано, що тільки фіксована комбінація периндоприлу та індапаміду не лише знизила ризик прогресування

ниркової недостатності, але й поліпшила виживаність хворих (Patel et al., 2007). В Україні однією з відомих фіксованих комбінацій іАПФ та діуретика є Ін-Алітер – препарат, до складу якого входять іАПФ тривалої дії периндоприл і тіазидоподібний діуретик індапамід.

При розрахунковій швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ)  $< 30$  мл/хв/1,73 м<sup>3</sup> призначення тіазидних/тіазидоподібних діуретиків слід уникати, за потреби у діуретичній терапії слід розглянути застосування петльових діуретиків [11].

## Лікування хворих на АГ у поєднанні з ожирінням

Актуальність даної теми зумовлена тим, що в усьому світі останніми роками спостерігається значне збільшення частки осіб із надлишковою масою тіла [5]. Ожиріння на даний час розглядають як один з основних факторів, які призводять до розвитку захворювань та є головними причинами смертності серед дорослого населення. Насамперед мова йде про розвиток ЦД 2-го типу, а також ССЗ та онкологічних захворювань [5, 7, 12]. Відомо, що при ожирінні ризик розвитку АГ – фактора, який також значно впливає на появу ССЗ, як-то інфаркти й інсульти, підвищується втричі порівняно з людьми, що мають нормальну вагу [12].

Коли саме починати лікування у таких хворих? Європейські рекомендації щодо ведення пацієнтів з АГ (2018) передбачають необхідність початку терапії АГ при офісному значенні АТ  $> 140/90$  мм рт. ст., окрім пацієнтів віком від 80 років.

При лікуванні осіб з АГ та ожирінням рекомендовано:

- зниження САТ до цільового рівня  $\leq 130$  мм рт. ст. (при гарній переносимості), але  $\geq 120$  мм рт. ст. у хворих віком 18–64 роки;
- у літніх пацієнтів ( $> 65$  років) – досягнення цільового значення САТ від 130 до  $< 140$  мм рт. ст.;
- досягнення цільового показника ДАТ  $< 80$ , але  $\geq 70$  мм рт. ст. для хворих будь-якого віку.

Перш ніж розпочинати лікування осіб з АГ й ожирінням, насамперед необхідно зменшити масу тіла пацієнтів і ступінь абдомінального ожиріння, які мають важливе значення для зниження частоти ССЗ.

У хворих з ожирінням терапію необхідно починати із поєданого застосування препаратів, що зменшують активність РААС (іАПФ і сартани) або симпатичної нервової системи (ББ і недигідропіридинові АК), та діуретиками. Останні у малих дозах і в комбінації з іншими ліками, такими як іАПФ та БРА, можуть відігравати центральну роль у лікуванні осіб з АГ при коморбідності з ожирінням. Таким пацієнтам можна призначити фіксовану комбінацію іАПФ (периндоприл) і діуретика (індапамід), наприклад, препарат Ін-Алітер.

Якщо вибирати ББ для лікування пацієнтів з ожирінням або метаболічним синдромом, то це повинні бути лікарські засоби з особливими властивостями, як-то карведилол і небіволлол. Водночас встановлено, що недигідропіридиновий АК верапаміл може не тільки суттєво знижувати АТ, але й зменшувати активність симпатичної нервової системи [18].

## Лікування пацієнтів з АГ та коморбідною хронічною хворобою нирок

Поширеність АГ серед осіб із хронічною хворобою нирок (ХХН) становить близько 50%, а для 20–25% хворих на ниркову недостатність характерний так званий гіпертензивний нефросклероз. Поява АГ у пацієнтів на ранніх стадіях ХХН асоційована із швидким подальшим прогресуванням ураження нирок та розвитком ниркової недостатності. Крім того, СС-ускладнення в осіб із ХХН виникають частіше, ніж ниркова недостатність [6].

Закінчення на наст. стор.

## Початок на попередній стор.

Своєю чергою наявність ознак ураження нирок у хворих на АГ є додатковим фактором ризику розвитку ускладнень із боку СС-системи; в осіб із протейнурією >300 мг/добу він у 3,5 рази вищий, ніж за її відсутності [6]. Слід зауважити, що такі пацієнти нерідко мають вазоренальну гіпертензію, діабетичну нефропатію, вторинну АГ при захворюваннях нирок і, навпаки, ХХН може виникнути внаслідок ураження нирок на тлі АГ.

ХХН — поширений фактор рефрактерної АГ, і доволі часто таким хворим достатньо призначити інтенсивнішу антигіпертензивну терапію, щоб покращити контроль АТ. Починати таке лікування необхідно в осіб із ХХН (діабетичною і недіабетичною) віком 18–79 років при АТ >140/90 мм рт. ст. (І, А). Якщо хворому більш ніж 80 років, терапію ініціюють за АТ >160/90 мм рт. ст.

При лікуванні пацієнтів з АГ і ХХН, незалежно від віку, необхідно досягати цільового рівня САТ <140 мм рт. ст., але  $\geq$ 130 мм рт. ст. (при гарній переносимості) (І, А). Цільовий показник ДАТ для хворих будь-якого віку з АГ і ХХН має перебувати в діапазоні від 70 до 80 мм рт. ст. [11].

Ведення цього контингенту хворих має деякі особливості: необхідність досягнення цільового рівня АТ і більшу рефрактерність АГ до звичайного лікування. У зв'язку з цим для досягнення цільового АТ переважно потрібна комбінована терапія. Для початкового лікування рекомендовано застосовувати поєднання блокаторів РААС з АК чи діуретиками (І, А). Тому таким хворим вже на першому кроці терапії можливе призначення фіксованої комбінації іАПФ і діуретика (препарат Ін-Алітер).

## Стратегія фармакотерапії АГ у поєднанні з ХХН

**Крок 1.** Необхідно починати лікування з подвійної комбінації в одній таблетці: іАПФ або БРА + АК. Також це можуть бути іАПФ (або БРА) + діуретик.

**Крок 2.** Рекомендовано використовувати потрібну комбінацію в 1 таблетці: іАПФ або БРА + АК + діуретик.

**Крок 3.** Доцільно призначити потрібну комбінацію ліків + спіронолактон або інший препарат (2 табл.).

Також потрібно розглянути призначення ББ на будь-якому етапі лікування за наявності особливих показань, як-от СН, стенокардія, перенесений ІМ, фібриляція передсердь (ФП), вагітність (планування вагітності) [11].

## Лікування хворих з АГ і порушеннями ритму серця

АГ — найважливіший фактор ризику розвитку ФП. Її наявність істотно підвищує вірогідність появи ССЗ та смертності, приблизно у 2–5 разів — емболічного інсульту. З'ясовано, що збільшена маса міокарда ЛПШ і розширення лівого передсердя є незалежними предикторами виникнення ФП [12].

## Стратегія фармакотерапії АГ та супутньої ФП

**Крок 1.** Необхідно починати лікування з подвійної комбінації в одній таблетці: іАПФ або БРА + ББ чи недигідропіридиновий АК. Також це можуть бути ББ + АК. Проте важливо зауважити, що одночасне призначення ББ і АК можливе лише для пероральних препаратів і передбачає застосування дигідропіридинових АК. Одночасне пероральне призначення ББ і недигідропіридинових АК потребує пильного контролю, і така комбінація ліків не рекомендована. Одночасне внутрішньовенне використання ББ і недигідропіридинових АК забороняється [12].

**Крок 2.** Доцільно застосовувати потрібну комбінацію в одній таблетці: іАПФ або БРА + ББ + дигідропіридиновий АК, або ж діуретик чи ББ + дигідропіридиновий АК + діуретик.

## Стратегія фармакотерапії АГ у поєднанні з тахікардією та зниженою фракцією викиду

**Крок 1.** Рекомендовано починати лікування з іАПФ або БРА + діуретик (чи петльовий) + ББ.

**Крок 2.** Доцільно застосовувати іАПФ або БРА + діуретик (чи петльовий) + ББ + антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів (АМР).

## Лікування хворих на АГ і СН

АГ залишається однією з найважливіших причин виникнення хронічної СН. У розвинутих країнах 1–2% дорослої популяції страждає на ССЗ. У віці 55 років ризик розвитку СН у чоловіків становить 33%, у жінок — 28%. Після 65 років кожен шостий пацієнт має прояви СН, а після 70 — кожен десятий [9].

## Рекомендації з лікування АГ у пацієнтів із СН

Як початкову терапію АГ за наявності застійної СН рекомендовано іАПФ, БРА, ББ, петльові, тiazидні діуретики й антагоністи альдостерону. Значна користь іАПФ порівняно з іншими антигіпертензивними препаратами полягає у вищій ефективності щодо впливу на регрес гіпертрофії міокарда ЛПШ — важливого фактора ризику розвитку застійної СН, ІМ та потенційно фатальних шлуночкових аритмій. Саме тому їм слід віддавати перевагу при лікуванні цієї категорії хворих на АГ. У разі недостатнього антигіпертензивного ефекту або за наявності стенокардії можуть бути призначені АК дигідропіридинового ряду. Недигідропіридинові АК не використовують через імовірність погіршення скорочувальної здатності міокарда й посилення симптомів систолічної СН.

Амлодипін або гідралазин є варіантом вибору за неефективності комбінації іАПФ (або БРА), ББ, АМР і діуретиків. Призначення фелодипіну можна розглянути для зниження АТ за відсутності користі при застосуванні комбінації іАПФ (або БРА), ББ, АМР і діуретиків.

## Лікування хворих на АГ і хронічне обструктивне захворювання легень

Незважаючи на те що, за даними літератури, АГ у середньому наявна в 35% пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), досі ця асоціація є недостатньо вивченою і становить вагомий науковий інтерес [11]. Для лікування АГ в осіб із ХОЗЛ найчастіше застосовують АК, іАПФ, діуретики. Препаратами вибору вважають АК у зв'язку з вазодилатаційним впливом на артерії малого та великого кіла кровообігу, бронходилатаційною дією на гладкі м'язи не лише артерій, але й бронхіального дерева, що є підґрунтям для їхнього призначення у комплексній терапії бронхообструктивного синдрому. АК не погіршують бронхіальної прохідності, не зумовлюють гіпокаліємії, не мають прокашльового ефекту. Бронходилатаційну дію доведено у фенілалкіламінів — верапамілу і дигідропіридинів, меншою мірою — бензотіазепінів [8].

Вазодилатаційний та антиатерогенний ефекти АК є підставою для їхнього застосування у пацієнтів літнього віку з ХОЗЛ та супутнім атерогенним ураженням судин, зокрема периферичних артерій. Позитивний вплив АК на церебральний кровообіг визначає переваги їхнього вибору при призначенні хворим старших вікових груп [8].

Окрім ефективного зниження системного АТ та нормалізації його добового ритму, відновлення порушеної функції ендотелію, іАПФ також знижують вазоконстрикцію, тиск у легеневій артерії, обмежують розвиток облітерації дихальних шляхів, зменшують активність запального процесу й не чинять бронхоспастичної дії. Препарати не впливають на бронхіальну прохідність, однак слід пам'ятати, що одним з їхніх небажаних ефектів є кашель. Хоча він не пов'язаний із бронхообструкцією, все ж може суттєво погіршувати якість життя осіб із ХОЗЛ, а у низці випадків — помилково розцінюватися як загострення легеневого захворювання [8].

Комбінація іАПФ та діуретика дозволяє не лише досягти виразнішого гіпотензивного ефекту, але й дає можливість знизити дозу складових та за рахунок цього нівелювати можливі небажані явища, як-то електролітний дисбаланс, метаболічні зсуви тощо. Тому таким хворим доцільно призначати фіксовану комбінацію іАПФ тривалої дії периндоприлу і тiazидоподібного діуретика індапаміду, який має менш виразний гіпокаліємічний ефект (Ін-Алітер).

ББ до недавнього часу вважали протипоказаними при ХОЗЛ, оскільки при їхньому призначенні блокуються не лише  $\beta_1$ -адренорецептори, що забезпечує антигіпертензивний ефект, але й  $\beta_2$ -адренорецептори — це може призвести до збільшення тону середніх і дрібних бронхів, погіршення вентиляції, гіпоксемії, що клінічно проявляється посиленням задишки і підвищенням частоти дихання. Після створення високо-селективних  $\beta_1$ -блокаторів, а також препаратів із подвійним механізмом дії —  $\beta$ - і  $\alpha$ -блокаторів, думка щодо їхнього призначення при ХОЗЛ стала іншою. Так, наявність бронхіальної астми вважається протипоказанням до призначення ББ, але ХОЗЛ не є протипоказанням до застосування цих препаратів [8].

У деяких пацієнтів із ХОЗЛ (супутні тахіаритмії, стенокардія) потенційні переваги від використання ББ можуть перевищувати ризик погіршення функції легень, тож у певних випадках можливе застосування цих препаратів. Їхнє призначення слід розпочинати з мінімальної дози

під контролем електрокардіограми і бронхіальної прохідності, якщо вона знижується — лікування припиняють.

Для усунення частих надшлуночкових екстрасистол і профілактики пароксизмів ФП разом зі зниженням АТ можуть бути ефективні АК як-от верапаміл або дилтіазем, аміодарон. Ці препарати не поєднують між собою. Верапаміл і дилтіазем у багатьох хворих виявляються активнішими щодо надшлуночкових аритмій. Аміодарон доцільно застосовувати для профілактики пароксизмів ФП, якщо вони часті (більш ніж один раз на місяць), незважаючи на нормалізацію АТ [10].

Таким чином, на сьогодні в арсеналі лікаря є сучасні високоефективні засоби, які дозволяють на довготривалий період стабілізувати стан хворого, попередити розвиток ускладнень навіть за наявності поліморбідності. Завдання лікаря полягає в тому, щоб у кожному конкретному випадку підібрати найбільш раціональну комбінацію препаратів, режим їхнього приймання і переконати хворого дотримуватися всіх рекомендацій.

Серед фіксованих комбінацій поєднання іАПФ із діуретиком (Ін-Алітер) залишається однією з найбільш прийнятних для терапії АГ, оскільки, крім антигіпертензивного потенціалу, препарат має здатність запобігати нирковим, коронарним ускладненням і цереброваскулярним подіям, прогресуванню атеросклерозу, виникненню нових випадків ЦД і досягати статистично значущого зниження загальної смертності [19].

**Ін-Алітер** наявний у декількох формах — низкодозова комбінація (2 мг периндоприлу і 0,625 мг індапаміду), яку можна призначати від самого початку лікування у хворих із підвищенням АТ І–ІІ ст., та поєднання терапевтичних доз (4 мг периндоприлу і 1,25 мг індапаміду). Крім того, для тяжких пацієнтів з АГ і підвищенням АТ ІІІ ст. ймовірно застосування ще однієї комбінації терапевтичних доз — 8 мг периндоприлу і 2,5 мг індапаміду.

**Ам-Алітер** — це фіксована комбінація периндоприлу й амлодипіну (таблетки 4/5, 4/10, 8/5, 8/10 мг), показана для лікування пацієнтів з АГ та ІХС. На думку голови ESC, професора Роберто Феррарі, ця комбінація — відмінний вибір для уповільнення або зупинки прогресування СС-континууму в осіб з АГ [13].

Результати одного з найбільших у Європі досліджень ASCOT за участю пацієнтів з АГ показали, що комбінована терапія амлодипіном/периндоприлом, що входять до складу препарату **Ам-Алітер**, значно перевершує за ефективністю традиційні комбінації, досягаючи зниження ризику загальної смерті на 11%, кардіоваскулярної — на 24%, інсульту — на 23%, всіх СС-ускладнень — на 13%, а також нових випадків розвитку ЦД на 30% [20]. Терапія лікарським засобом **Ам-Алітер** відрізняється хорошою переносимістю, що надзвичайно важливо для збереження високої прихильності до лікування.

На додачу, варто відзначити, що **Ін-Алітер** та **Ам-Алітер** пройшли відкриті рандомізовані дослідження з оцінки біоеквівалентності оригінальним лікарським засобом (Ноліпрел та Бі-Престаріум). Генеричні препарати довели свою відповідність за всіма аналізованими фармакокінетичними параметрами оригінальним лікам. Разом із високою антигіпертензивною ефективністю **Ін-Алітер** та **Ам-Алітер** відрізняються чудовою переносимістю, що пояснюється особливостями фармакодинаміки компонентів.

Ми маємо свій досвід застосування цих комбінованих антигіпертензивних засобів серед хворих, які звертали-ся за консультацією на кафедру кардіології НМАПО ім. П.Л. Шупика. В результаті проведеної роботи виявлене достовірне збільшення кількості пацієнтів з АГ і різноманітними коморбідними станами, які досягли цільового рівня АТ на тлі застосування препаратів **Ін-Алітер** та **Ам-Алітер**. Окрім того, при їхньому використанні спостерігали підвищення фізичної та психічної активності, настрою, покращення самопочуття, що підтверджувалося показниками шкал SAN і HeartQoL.

З огляду на те, що одним з основних чинників, які лімітують ефективність лікування АГ, особливо у нашій країні, є його висока вартість, використання генеричних препаратів **Ін-Алітер** та **Ам-Алітер** (виробництва компанії «Мікрохім», Україна) дозволить не тільки поліпшити перебіг АГ та попередити її ускладнення, але й дозволить зменшити витрати на терапію як пацієнтів, так і системи охорони здоров'я загалом. Завдяки оптимальному співвідношенню ефективності й ціни вітчизняних препаратів, а також доступності для всіх категорій хворих, які їх потребують, **Ін-Алітер** та **Ам-Алітер** необхідно рекомендувати для широкого використання в Україні.

Список літератури знаходиться в редакції

# ІН-АЛІТЕР IN-Aliter



● периндоприл + індапамід

**Тиск нормальний відтепер,  
бо приймаю Алітер!**

**ОГОЛОШЕННЯ**  
*Віддали тачометр безкоштовно  
 – бо мені вже не потрібний.  
 Селен Маркович 095 286 90 02*

095 286 90 02  
 095 286 90 02  
 095 286 90 02  
 095 286 90 02  
 095 286 90 02  
 095 286 90 02



## АЛІТЕР – ЄДИНИЙ ВІТЧИЗНЯНИЙ ПЕРИНДОПРИЛ У СУЧАСНИХ КОМБІНАЦІЯХ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

### Витяг з інструкції для медичного застосування лікарського засобу ІН-Алітер

**Показання.** Дозування 2 мг/ 0,625 мг: есенціальна гіпертензія у дорослих пацієнтів. Дозування 4 мг/ 1,25 мг: есенціальна гіпертензія у дорослих пацієнтів; у разі необхідності додаткового контролю артеріального тиску при застосуванні периндоприлу як монотерапії. Дозування 8 мг/ 2,5 мг: артеріальна гіпертензія у пацієнтів, які потребують застосування периндоприлу у дозі 8 мг та індапаміду у дозі 2,5 мг.

|                         |                                                             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|
| ІН-АЛІТЕР 2 мг/0,625 мг | По 1 таблетці на добу,<br>бажано вранці перед вживанням їжі |
| ІН-АЛІТЕР 4 мг/1,25 мг  |                                                             |
| ІН-АЛІТЕР 8 мг/2,5 мг   |                                                             |

**Протипоказання.** Протипоказання щодо застосування периндоприлу: підвищена чутливість до периндоприлу або до будь-яких інших інгібіторів АПФ; ангіоедема (набряк Квінке) в анамнезі, пов'язана з попереднім лікуванням інгібіторами АПФ; уроджений або ідіопатичний ангіоневротичний набряк; вагітність або планування вагітності; одночасне застосування з препаратами, діючою речовиною яких є аліскірен, хворим на цукровий діабет або пацієнтам з нирковою недостатністю (швидкість клубочкової фільтрації < 60 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>) (див. розділи «Особливості застосування» та «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»); одночасне застосування з комбінацією сакубітріл/валсартан; екстракорпоральні методи лікування, які призводять до контакту крові з негативно зарядженими поверхнями (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»); значний двобічний стеноз ниркових артерій або стеноз артерії єдиної функціонуючої нирки (див. розділ «Особливості застосування»). Протипоказання щодо застосування індапаміду: гіперчутливість до індапаміду або до будь-яких інших сульфонамідів; порушення функції нирок тяжкого (кліренс креатиніну < 30 мл/хв) ступеня (для дозувань 2 мг/ 0,625 мг, 4 мг/ 1,25 мг та 8 мг/ 2,5 мг); порушення функції нирок помірного (кліренс креатиніну < 60 мл/хв) ступеня (для дозування 8 мг/ 2,5 мг); печінкова енцефалопатія; тяжке порушення функції печінки; гіпокаліємія; цей лікарський засіб протипоказано призначати у комбінації з неантиаритмічними препаратами, що може спричинити розвиток пароксизмальної шлуночкової тахікардії типу «пірует» (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій»); період годування груддю (див. розділ «Застосування у період вагітності або годування груддю»). Протипоказання, пов'язані з лікарським засобом ІН-АЛІТЕР: підвищена чутливість до будь-якої допоміжної речовини. Через відсутність достатнього клінічного досвіду ІН-АЛІТЕР не слід застосовувати: пацієнтам, які перебувають на гемодіалізі; пацієнтам з нелікованою декомпенсованою серцевою недостатністю.

**Упаковка:** по 30 таблеток (10\*3) у блістері у паці з картону.

**Категорія відпуску:** за рецептом.

**Виробник:** ТОВ Науково-виробнича фірма «МІКРОХІМ».

**Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності:** Україна, 93000, Луганська обл., м. Рубіжне, вул. Леніна, 33.

Реєстраційне посвідчення № UA/17135/01/01, UA/17135/01/02, UA/17135/01/03 наказ МОЗ № 6 від 02.01.2019. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Інформацію надано скорочено. Перед призначенням треба ознайомитися з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу.