

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Крючкова О. Н.¹, Костюкова Е. А.¹, Лебедь Е. И.¹, Ицкова Е. А.¹, Захарова М. А.², Турна Э. Ю.¹

Цель. Изучить эффективность фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина в достижении целевых уровней артериального давления у больных с ХОБЛ в сочетании с АГ.

Материал и методы. В исследование были включены 28 пациентов — 17 мужчин и 11 женщин, средний возраст — 51,42±1,45 лет с установленным диагнозом ХОБЛ II-III, в сочетании с артериальной гипертензией II стадии, 2 степени. В лечении использована фиксированная антигипертензивная комбинация ингибитора АПФ периндоприла и блокатора кальциевых каналов амлодипина. Оценивали показатели "офисного АД", параметры суточного мониторирования АД, данные спирографии.

Результаты. Через 30 дней наблюдалось достоверное снижение средних показателей "офисного АД", у 24 (85,7%) больных отмечалось достижение целевых уровней АД. По данным СМАД было выявлено снижение среднесуточных, дневных и ночных показателей АД. Увеличилось количество пациентов с 5 (17,8%) до 12 (42,8%) с физиологическим типом ночного снижения АД. Различные дозовые режимы комбинации периндоприл/амлодипин у 27 (96,4%) больных позволили достичь уровня АД менее 140/90 мм рт.ст. Отдаленные результаты, прослеженные у большинства пациентов, продемонстрировали хорошую переносимость и высокую антигипертензивную эффективность фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина.

Заключение. Применение фиксированной комбинации ингибитора АПФ периндоприла и блокатора кальциевых каналов амлодипина обеспечило эффективное, зависимое от дозы, снижение АД и позволило у большинства больных ХОБЛ и АГ добиться целевого уровня АД. Лечение сопровождалось достоверным снижением среднесуточных, дневных и ночных показателей СМАД. На фоне проводимой терапии отмечалось восстановление физиологического суточного ритма АД с достаточным снижением ночью. Возникновение возможного при применении ингибиторов АПФ побочного эффекта в виде сухого кашля, наблюдалось редко и не сопровождалось ухудшением состояния функции внешнего дыхания.

Российский кардиологический журнал 2014, 11 (115): 67–69
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2014-11-67-69>

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, периндоприл, амлодипин.

¹ФПО ГУ Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь; ²7-ая городская клиническая больница, Симферополь, Республика Крым, Россия.

Крючкова О. Н. — профессор кафедры терапии и семейной медицины, Костюкова Е. А.* — ассистент кафедры терапии и семейной медицины, Лебедь Е. И. — ассистент кафедры терапии и семейной медицины, Ицкова Е. А. — доцент кафедры терапии и семейной медицины, Захарова М. А. — заведующая отделением пульмонологии, Турна Э. Ю. — ассистент кафедры терапии и семейной медицины.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
elenakostyukova@rambler.ru

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ДАД — диастолическое артериальное давление, САД — систолическое артериальное давление, СМАД — суточное мониторирование АД, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких.

Рукопись получена 01.10.2014
Рецензия получена 06.10.2014
Принята к публикации 13.10.2014

EFFECTIVENESS OF PERINDOPRIL AND AMLODIPINE COMBINATION IN HYPERTENSIVES WITH COPD

Kryuchkova O. N.¹, Kostyukova E. A.¹, Lebed E. I.¹, Itskova E. A.¹, Zakharova M. A.², Turna E. Yu.¹

Aim. To study efficacy of the standard combination of perindopril and amlodipine in target blood pressure levels achievement in COPD patients with AH.

Material and methods. Totally 28 patients included - 17 men and 11 women, mean age 51,42±1,45 y.o. with the COPD II-III stage established, with arterial hypertension II stage, 2 grade. In treatment we used fixed antihypertensive combination of ACE inhibitor and calcium channel blocker amlodipine. The values of "office BP" were measured, with ambulatory blood pressure monitoring and spirometry data.

Results. After 30 days there was significant decrease of the mean "office BP" values, in 24 (85,7%) patients there was decrease of target BP. By ABPM data the decrease of mean clock-round, daytime and nocturnal BP values revealed. There was increase of the quantity of patients with physiological sleep pattern of BP from 5 to 12 (17,8% to 42,8%). Various dose regimens of perindopril/arginine combinations in 27 patients (96,4%) made it to achieve the BP level less than 140/90 mmHg. Long-term outcomes, tracked in the most of patients, showed good tolerability and high antihypertensive efficacy of the fixed perindopril and arginine combination.

Conclusion. The use of fixed ACE inhibitor and calcium channel blocker combination fulfilled effective, dose dependent BP decrease and let most of COPD and AH patients reach the target BP. The treatment was followed by significant decrease of mean, daytime and nocturnal levels of ABPM. With the treatment there was recovery of physiological circle-round BP with reliable decrease at night. The possible side effect — dry cough — was rare and did not lead to the decrease of spirometry parameters.

Russ J Cardiol 2014, 11 (115): 67–69
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2014-11-67-69>

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, arterial hypertension, perindopril, amlodipine.

¹FPO SI Crimea State Medical University n.a. S.I. Georgievsky, Simferopol; ²The 7th City Clinical Hospital, Simferopol, Crimea Respublic, Russia.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает второе место в структуре распространенности неинфекционных заболеваний и характеризуется выраженной тенденцией к дальнейшему росту, как заболеваемости, так и смертности. Согласно прогнозу ВОЗ,

к 2030 году ХОБЛ может стать одной из наиболее распространенных причин смерти и приблизиться к показателю смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [1, 2]. Вероятность неблагоприятных исходов увеличивается при сочетании этих состояний [3].

В реальной клинической практике одним из наиболее частых коморбидных состояний при ХОБЛ является артериальная гипертензия (АГ), что обусловлено высокой встречаемостью обоих заболеваний [4, 5].

В современных рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии ХОБЛ не рассматривается европейскими экспертами в категории состояний, доказано повышающих сердечно-сосудистый риск, — таких, как сахарный диабет или хроническая болезнь почек [6]. Но, в то же время, ряд исследований демонстрируют большую частоту выявления АГ и более высокие показатели уровня артериального давления (АД) у пациентов с ХОБЛ по сравнению с общей популяцией [7, 8]. Это, возможно, объясняется влиянием гипоксии, развитием системной эндотелиальной дисфункции, а также длительным использованием в терапии больных ХОБЛ бета-адреностимуляторов и кортикостероидов [9].

Лечение АГ у больных ХОБЛ имеет ряд особенностей, так как некоторые антигипертензивные препараты и, прежде всего, бета-адреноблокаторы, диуретики, ограничены к применению при бронхообструктивных заболеваниях. Препаратами выбора в лечении АГ у больных ХОБЛ считаются антагонисты кальция, поскольку, наряду со способностью расширять артерии большого круга, они оказывают дилатирующее действие на сосуды малого круга кровообращения, снижают легочную гипертензию, обладают свойствами бронходилататоров [10, 11].

Но монотерапия АГ у большинства пациентов с данной коморбидной патологией не позволяет достичь целевых уровней АД. К числу наиболее рациональных схем терапии относится комбинация дигидропиридинового антагониста кальция — амлодипина и ингибитора АПФ — периндоприла, которая продемонстрировала преимущество данного режима антигипертензивной терапии в улучшении прогноза больных АГ [12].

Цель исследования — изучить эффективность фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина в достижении целевых уровней артериального давления у больных с ХОБЛ в сочетании с АГ.

Материал и методы

В исследование были включены 28 пациентов, из них 17 мужчин и 11 женщин, с установленным диагнозом ХОБЛ II-III, в сочетании с артериальной гипертензией II стадии, 2 степени. Средний возраст больных составил $51,42 \pm 1,45$ лет. Критериями включения в исследование были:

- отсутствие достижения целевых уровней АД на монотерапии продолжительностью не менее 1 месяца любым из препаратов, относящихся к основным антигипертензивным группам;
- отсутствие достижения целевых уровней АД при использовании комбинации ингибитора АПФ и диуретика.

Всем пациентам, включенным в исследование, была использована фиксированная антигипертензивная комбинация ингибитора АПФ периндоприла и блокатора кальциевых каналов амлодипина (Престанс, “Лаборатория Сервье”, Франция), в стартовой дозе 5/5 мг. Все пациенты также получали серетид 50/500 и аторвастатин 20 мг в сутки.

До включения в исследование и через 30 дней оценивали показатели “офисного АД”, параметры суточного мониторирования АД (СМАД) (аппарат СМАД и ЭКГ АВРМ LAVTECH). В эти же сроки на основании спирографического исследования (аппарат Спироком) анализировали состояние функции внешнего дыхания, оценивали наличие побочных эффектов. Пациентам, не достигшим через 30 дней целевых уровней АД, в дальнейшем проводилось лечение с увеличением дозы препарата. Отдаленные результаты исследования через 3 месяца лечения были прослежены у 22 (78,5%) пациентов.

Результаты и обсуждение

Уровень исходного “офисного” АД в группе пациентов с сочетанием ХОБЛ и АГ составлял $167,04 \pm 1,58$ мм рт.ст. для систолического артериального давления (САД) и $103,26 \pm 0,9$ мм рт.ст. для диастолического артериального давления (ДАД). Через 30 дней наблюдалось достоверное снижение средних показателей “офисного АД” в группе наблюдения. Уровень САД достиг среднего показателя $147,35 \pm 1,68$ мм рт.ст., ДАД — $89,41 \pm 0,98$ мм рт.ст., при этом у 24 (85,7%) больных отмечалось достижение целевых уровней АД.

При анализе динамики СМАД было выявлено значимое снижение среднесуточных показателей систолического артериального давления. Так, среднесуточный показатель САД до лечения составлял $153,24 \pm 2,5$ мм рт.ст., ДАД — $94,47 \pm 0,93$ мм рт.ст. На фоне лечения эти показатели достоверно снизились ($p < 0,05$) до $129,74 \pm 1,19$ мм рт.ст. и $87,39 \pm 1,26$ мм рт.ст., соответственно. Положительная динамика средних уровней АД отмечалась как в дневное, так и в ночное время суток. Наблюдалось снижение среднего показателя САД в дневное время на 21,3 мм рт.ст., ДАД — на 8,6 мм рт.ст. Ночью данные показатели СМАД уменьшились в среднем на 18,5 и 7,4 мм рт.ст.

У больных с ХОБЛ при анализе суточного профиля АД до включения в исследование обращало на себя внимание преобладание пациентов с повышением или отсутствием снижения АД в ночной период (night-peaker — 9 пациентов (32,1%), non-dipper — 15 (53,5%), dipper — 5 (17,8%)), что может быть обусловлено активацией нейрогуморальных систем и усугублением бронхиальной обструкции в ночные часы. При повторном исследовании СМАД отмечалось снижение количества больных с патологическим суточным ритмом (night-peaker — до 6

ВЫРАЖЕННОЕ СНИЖЕНИЕ АД ТОЧНОЕ ПОПАДАНИЕ В ЦЕЛЬ



ПРЕСТАНС

ПЕРИНДОПРИЛ АРГИНИН + АМЛОДИПИН

1 ТАБЛЕТКА В ДЕНЬ



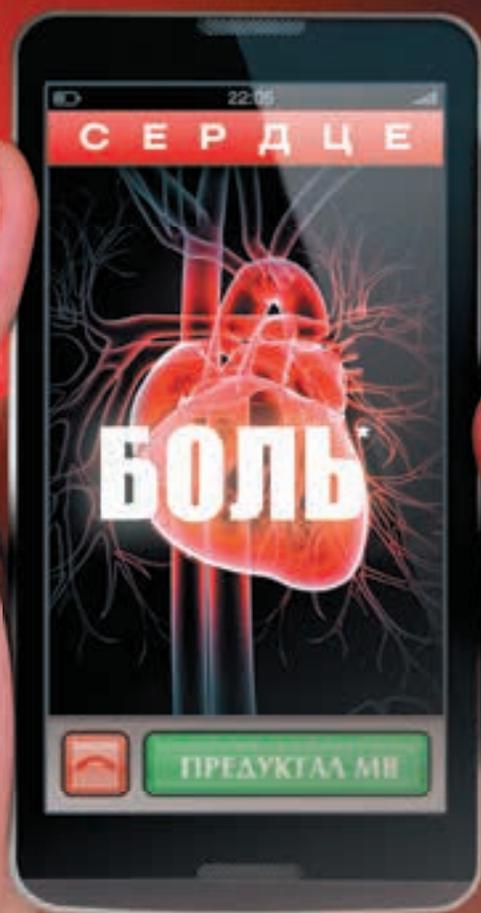
Рег. уд. N ЛСР-000836/10
На правах рекламы

СОСТАВ: Престанс в таблетках 5 мг/5 мг, 5 мг/10 мг, 10 мг/5 мг, 10 мг/10 мг, содержащих, соответственно, периндоприла аргинина 5 мг / амлодипина 5 мг, периндоприла аргинина 5 мг / амлодипина 10 мг, периндоприла аргинина 10 мг / амлодипина 5 мг, периндоприла аргинина 10 мг / амлодипина 10 мг. Содержит лактозу в качестве вспомогательного вещества. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Артериальная гипертензия и/или ишемическая болезнь сердца (ИБС): стабильная стенокардия напряжения у пациентов, которым требуется терапия периндоприлом и амлодипином. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки утром перед приемом пищи. Доза препарата подбирается после раннее проведенного титрования доз отдельных компонентов препарата. Пациенты пожилого возраста и пациенты с почечной недостаточностью: Необходимо регулярно контролировать концентрацию креатинина и калия в плазме крови. Противопоказан пациентам с клиренсом креатинина (КК) менее 60 мл/мин. Пациенты с печеночной недостаточностью: Поиск оптимальной начальной и поддерживающей дозы следует проводить индивидуально, применяя препараты амлодипина и периндоприла в монотерапии. Дети и подростки: Не следует назначать детям и подросткам до 18 лет. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Гиперчувствительность к периндоприлу или другим ингибиторам АПФ, к амлодипину или другим производным дигидропиридина, или к любому вспомогательному веществу; ангионевротический отек в анамнезе на фоне терапии ингибитором АПФ; наследственной/идиопатической ангионевротический отек; тяжелая артериальная гипотензия; шок, включая кардиогенный, обструкция выводящего тракта левого желудочка (напр., клинически значимый стеноз аорты); гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после острого инфаркта миокарда; почечная недостаточность, возраст до 18 лет, наследственная непереносимость лактозы, лактазная недостаточность и глюкозо-галактозная мальабсорбция. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:** Повышенная чувствительность/ангионевротический отек. При появлении симптомов прием препарата должен быть немедленно прекращен, а пациент должен наблюдаться до полного исчезновения симптомов. Анафилактические реакции при проведении афереза ЛПНП или десенсибилизации. Следует временно прекратить терапию перед каждой процедурой. Нейтропения/агранулоцитоз/тромбоцитопения/анемия. С особой осторожностью следует применять у пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, на фоне приема иммунодепрессантов, аллопуринола или прокаинамида, особенно у пациентов с нарушенной функцией почек. Таким пациентам рекомендуется контролировать лейкоциты в крови. Беременность. Необходимо прекратить лечение. При необходимости назначить другую гипотензивную терапию. Артериальная гипотензия. У пациентов с повышенным риском развития симптоматической артериальной гипотензии и у пациентов со стенокардией и цереброваскулярными заболеваниями необходимо тщательно контролировать АД, функцию почек и содержание калия в сыворотке крови. Продолжая артериальную гипотензию не является препятствием для дальнейшего приема препарата. После восстановления объема циркулирующей крови и АД лечение может быть продолжено. Митральный стеноз/аортальный стеноз/гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. С осторожностью. Сердечная недостаточность. С осторожностью. Нарушение функции почек. Пациентам с почечной недостаточностью (КК менее 60 мл/мин) рекомендуется индивидуальный подбор доз периндоприла и амлодипина и необходим регулярный контроль содержания калия и креатинина в сыворотке крови. У пациентов с двусторонним стенозом почечной артерии или стенозом артерии единственной почки на фоне терапии ингибиторами АПФ возможно повышение концентрации мочевины и креатинина в сыворотке крови. Наличие реноваскулярной гипертензии обуславливает повышенный риск развития тяжелой артериальной гипотензии и почечной недостаточности. Почечная недостаточность. Амлодипин не выводится из организма посредством диализа. Печеночная недостаточность. При появлении желтухи или значительного повышения активности печеночных ферментов следует прекратить прием препарата. Пациентам с тяжелой печеночной недостаточностью повышать дозу следует постепенно, обеспечивая тщательный мониторинг клинического состояния. Этнические различия. У пациентов негроидной расы чаще, чем у представителей других рас развивается ангионевротический отек. Кашель. Сухой кашель. Хирургическое вмешательство/общая анестезия. Прекратить прием препарата за 24 ч до хирургического вмешательства. Гипокалиемия. Лечение должно проводиться на фоне регулярного контроля содержания калия в сыворотке крови у пациентов с почечной недостаточностью, в возрасте старше 70 лет, сахарным диабетом, некоторыми сопутствующими состояниями (дегидратация, острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности, метаболический ацидоз), одномоментным приемом калийсберегающих диуретиков, а также препаратов калия. Сахарный диабет. В течение первого месяца терапии необходимо контролировать концентрацию глюкозы в крови. Гипернатриемический криз. Эффективность и безопасность не установлены. Пожилые пациенты. Повышенные дозы с осторожностью. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ:** Нереккомендуемые сочетания: калийсберегающие диуретики, препараты калия или калийсодержащие заменители пищевой соли, препараты лития, эстрамустил, дантролен (внутривенное введение), грейпфрут или грейпфрутовый сок. Сочетания препаратов, требующие особого внимания: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), включая ацетилсалициловую кислоту ≥3 г/сут; гипогликемические средства для приема внутрь, производные сульфонилмочевины и инсулин, индукторы и ингибиторы изоферментов цитохрома СУ2А4, беклофен. Сочетания препаратов, требующие внимания: диуретики, симпатомиметические средства, препараты золота, гипотензивные средства, вазодилаторы, кортикостероиды, тетрациклин, с-азарноблокаторы (празозин, альфузозин, доксазозин, тамсулозин), амифостол, амфотериол, амфотериин, трициклические антидепрессанты, нейролептики, средства для общей анестезии, аллопуринол, цитостатические и иммуносупрессивные средства, прокаинамид. **БЕРЕМЕННОСТЬ И КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:** Препарат не рекомендуется применять в первом триместре беременности и при кормлении грудью. Препарат противопоказан во втором и третьем триместрах беременности. **ФЕРТИЛЬНОСТЬ:** Обратимое снижение подвижности сперматозоидов у некоторых пациентов, принимавших блокаторы кальциевых каналов. **ВЛИЯНИЕ НА СПОСОБНОСТЬ УПРАВЛЯТЬ АВТОМОБИЛЕМ И ВЫПОЛНЯТЬ РАБОТУ, ТРЕБУЮЩИЕ ПОВЫШЕННОЙ СКОРОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ:** Вследствие возможного развития головокружения, сонливости и других побочных реакций, следует соблюдать осторожность. **ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:** Часто: Сонливость, головокружение, головная боль, парестезия, вертиго, нарушения зрения, шум в ушах, сердцебиение, «приливы» крови к коже лица, артериальная гипотензия, одышка, кашель, боль в животе, тошнота, рвота, диспепсия, диарея, запор, зуд, сыпь, экзантема, отек голени, мышечные спазмы, отек, повышенная утомляемость, астения. Нечасто: аллергические реакции, бессонница, лабильность настроения, нарушение сна, ринит, бронхит, изменение ритма дыхания, сухость слизистой оболочки полости рта, тремор, гипестезия, дисперсия, обморок, ангионевротический отек лица, конечностей, губ, слизистой оболочки языка, глоточных спазмов и/или гортани, алоpecia, геморрагическая сыпь, изменение цвета кожи, повышенная потливость, крапивница, артериальная миалгия, боль в спине, нарушение мочеиспускания, никтурия, учащенное мочеиспускание, нарушение функции почек, импотенция, гинекомастия, боль в грудной клетке, одымогане, боли, увеличение массы тела, снижение массы тела. Редко: ступорность сознания, повышение концентрации билирубина. Очень редко: лейкопения/нейтропения, агранулоцитоз, панцитопения, тромбоцитопения, гемолитическая анемия у пациентов с врожденным дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, снижение гемоглобина и гематокрита, гипергликемия, периферическая нейропатия, гипертонус, стенокардия, инфаркт миокарда, аритмия, инсульт, васкулит, зоицинофильная пневмония, панкреатит, гиперплазия десен, гастрит, гепатит, желтуха, повышение активности «печеночных» ферментов, цитолитический или холестатический гепатит, отек Квинке, мультиформная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, экфолиативный дерматит, фотоувствительность, острая почечная недостаточность. Неутраченной частью: гипогликемия, повышение концентрации мочевины и креатинина в сыворотке крови, гиперкалемия. **Зарегистрированы отдельные случаи экстрапирамидного синдрома. ПЕРЕДОЗИРОВАНИЕ:** **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ:** Периндоприл – ингибитор фермента, превращающего ангиотензин II (ингибитор АПФ). Амлодипин – блокатор производное дигидропиридина, ингибирует трансформерный переход ионор кальция в кардиомиоцитах и гладкомышечных клетках соседней стенок. **ФОРМА ВЫПУСКА:** Таблетки, содержащие 5 мг периндоприла аргинина + 5 мг амлодипина, 10 мг периндоприла аргинина + 10 мг амлодипина, 5 мг периндоприла аргинина + 10 мг амлодипина, 10 мг периндоприла аргинина + 5 мг амлодипина. По 30 таблеток во флакон из полипропилена, снабженный дозатором и пробкой, содержащий влагопоглощающий гель (силикагель). По 1 флакону с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную с контролем первого вскрытия. При расфасовке (упаковке) на российском предприятии ООО «Серджио»: По 1 флакону с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную с контролем первого вскрытия. Упаковка для стационаров: По 3 флаконов в картонном поддоне с ячейками для флаконов, с равным количеством инструкций по медицинскому применению в коробку картонную с контролем первого вскрытия. По 3 флакона с равным количеством инструкций по медицинскому применению в пачку картонную с контролем первого вскрытия.



(*) Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.
Представительство АО «Лаборатории Сервь» (Франция), 115054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3, тел. (495) 937-07-00, факс (495) 937-07-01, www.servier.ru

ОТВЕТЬТЕ НА ЗОВ СЕРДЦА!



* Приступы стабильной стенокардии

Триметазидин 35 мг

ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ



КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по медицинскому применению препарата ПРЕДУКТАЛ® МВ

СОСТАВ: 1 таблетка с модифицированным высвобождением, покрытая пленочной оболочкой, содержит триметазидина дигидрохлорида 35 мг. Вспомогательные вещества: кальций гидрофосфат дигидрат, повидон, гипромеллоза, манния старат, кремния диоксид коллоидный, макрогол. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** кардиология: длительная терапия ишемической болезни сердца; профилактика приступов стабильной стенокардии в составе моно- или комбинированной терапии. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; болезнь Паркинсона, симптомы паркинсонизма, тремор, синдром «беспокойных ног» и другие, связанные с ними двигательные нарушения; тяжелая почечная недостаточность (креатинин крови менее 30 мг/мл); и/или в отсутствие достаточного количества клинических данных пациентам до 18 лет назначение препарата не рекомендуется. С осторожностью: пациенты с тяжелой печеночной недостаточностью (клинические данные ограничены), пациенты с умеренной почечной недостаточностью. Беременность и период кормления грудью. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** таблетки следует принимать целиком, не разжевывая, запивая водой. Внутрь, по 1 таблетке 2 раза в сутки, утром и вечером, во время еды. Продолжительность лечения определяется врачом. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** боль в животе, диарея, диспепсия, тошнота, рвота, астения, головокружение, головная боль, кожная сыпь, зуд, крапивница, ощущение сердцебиения, extrasystolia, тахикардия, выраженное снижение АД, ортостатическая гипотензия, которая может сопровождаться общей слабостью, головокружением или потерей равновесия, особенно при одновременном приеме гипотензивных препаратов, «приливы» крови к коже лица. **ПЕРЕДОЗИРОВКА:** имеется лишь ограниченная информация о передозировке триметазидина. В случае передозировки следует проводить симптоматическую терапию. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ:** не наблюдалось. **ФОРМА ВЫПУСКА:** таблетки с модифицированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 35 мг. По 30 таблеток в блистер (ПВХ/Ал). 1 блистер с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. При расфасовке (упаковке)/производстве на российском предприятии ООО «Серджио»: по 30 таблеток в блистер (ПВХ/Ал), 1 блистер с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. **УПАКОВКА ДЛЯ СТАЦИОНАРОВ:** по 30 таблеток в блистер (ПВХ/Ал), По 3 или 6 блистеров с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. По 10 блистеров по 30 таблеток в блистере помещают в пачку картонную (пачку не маркируют). По 3 пачки картонные с инструкциями по медицинскому применению в коробку картонную с контролем первого вскрытия.

(21,4%) и non-dipper — до 10 (35,7%) больных) и, соответственно, увеличилось количество пациентов с физиологическим ночным снижением АД — dipper — до 12 (42,8%) больных.

Больным, не достигшим на стартовых дозах целевых уровней АД через месяц лечения, была увеличена доза амлодипина до 10 мг (с использованием фиксированной комбинации периндоприл 5 мг/амлодипин 10 мг) с последующим контролем АД через 2 недели. При увеличении дозы амлодипина из четырех пациентов двое через две недели достигли целевых уровней АД. Одному пациенту в последующем была использована высоко-дозовая фиксированная комбинация периндоприл 10 мг/амлодипин 10 мг и одному больному аналогичная комбинация в сочетании с 2,5 мг индапамида. Таким образом, большинству больных ХОБЛ и АГ использование комбинации периндоприла и амлодипина в различных дозовых режимах позволило достигнуть уровня АД менее 140/90 мм рт.ст.

Анализируя переносимость проводимого лечения, мы не выявили побочных эффектов, потребовавших отмены препарата. Двое пациентов (7,1%) отмечали небольшое усиление кашля. При этом спирографиче-

ское исследование не выявило ухудшения состояния функции внешнего дыхания.

Отдаленные результаты были прослежены в течение 3 месяцев у 22 (78,5%) пациентов. У большинства из них сохранялся достаточный антигипертензивный эффект подобранной терапии. Одному пациенту потребовалось в дальнейшем увеличение дозы препарата.

Заключение

Применение фиксированной комбинации ингибитора АПФ периндоприла и блокатора кальциевых каналов амлодипина (Престанс) обеспечило эффективное, зависимое от дозы, снижение АД и позволило у большинства больных ХОБЛ и АГ добиться целевого уровня АД. Лечение сопровождалось достоверным снижением как среднесуточных показателей СМАД, так и уровней САД и ДАД в дневное и ночное время суток. На фоне проводимой терапии отмечалось восстановление физиологического суточного ритма АД с достаточным снижением ночью. Возникновение возможного при применении ингибиторов АПФ побочного эффекта в виде сухого кашля наблюдалось редко и не сопровождалось ухудшением состояния функции внешнего дыхания.

Литература

- Hurd SS, Lenfant C. COPD: good lung health is the key. Comment. *Lancet*. 2005; 366: 1832-34.
- WHO Key Facts COPD: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html>.
- Hunninghake DB. Cardiovascular Disease in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Proceedings of the American Thoracic Society. 2005; 2: 44-9.
- Crisafulli E, Costi S, Luppi F, et al. Role of comorbidities in a cohort of patients with COPD undergoing pulmonary rehabilitation. *Thorax*. 2008; 63: 487-92.
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2007; 25: 1105-87.
- Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. et al. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2013; 34: 2159-219.
- Zadionchenko VS, Adasheva TV, Fedorova IV, et al. Arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease - clinical-pathogenetic parallels and possibilities of therapy. *Russ J Cardiol* 2009; 6: 62-9. Russian (Задюнченко В.С., Адашева Т.В., Федорова И.В., и др. Артериальная гипертония и хроническая обструктивная болезнь легких — клиничко-патогенетические параллели и возможности терапии. *Российский кардиологический журнал* 2009; 6: 62-9).
- Caroli NA, Rebrov AP. Arterial hypertension in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Farmateka* 2010; 18-19: 62-9. Russian (Кароли Н.А., Ребров А.П. Артериальная гипертония у больных хронической обструктивной болезнью легких. *Фарматека* 2010; 18-19: 62-9).
- Сіренко Ю. М. Артеріальна гіпертензія та супутня патологія / Ю. М. Сіренко. Донецьк: Издательский дом Заславский. 2010. 130 с.
- Bova AA. Modern approaches to antihypertensive therapy in patients with arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease. *Medical news* 2010; 1: 15-7. Russian (Бова А.А. Современные подходы к антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертонией и хронической обструктивной болезнью легких. *Медицинские новости* 2010; 1: 15-7).
- Diagnosis and treatment of hypertension. National clinical guidelines. Compendium. Ed. RG Oganov. 3rd edition. M.: Izd-vo "Silicea-Poligraf", 2010. p. 491. Russian (Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Национальные клинические рекомендации. Сборник. Под. ред. Р.Г. Оганова. 3-е издание. М.: Изд-во "Силицея-Полиграф", 2010. с. 491).
- Dahlof B, Sever PS, Poulter NR, et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial — Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. Published online September 4, 2005.