Квинафар



Полезные ссылки:

Цена в Яндексе Горздрав Столички Апрель
Госреестр Википедия Реестр ЕАЭС
РЛС VIDAL Mail.Ru Drugs.com[англ]

Форма выпуска:

Таблетки, покрытые оболочкой белого цвета, овальные, с гравировкой "10" на одной стороне и риской - на другой.

	1 таб.
хинаприла гидрохлорид	10 мг

Вспомогательные вещества: магния карбонат, кальция гидрофосфат безводный, желатин, кросповидон (полиплаздон XL), магния стеарат.

Состав оболочки таблеток: гипромеллоза 6cP, титана диоксид (E171), макрогол 6000, макрогол 400.

7 шт. - блистеры (4) - пачки картонные.
10 шт. - блистеры (2) - пачки картонные.
10 шт. - блистеры (3) - пачки картонные.

Таблетки, покрытые оболочкой белого цвета, овальные, с гравировкой "20" на одной стороне и риской - на другой.

	1 таб.
хинаприла гидрохлорид	20 мг

Вспомогательные вещества: магния карбонат, кальция гидрофосфат безводный, желатин, кросповидон (полиплаздон XL), магния стеарат.

Состав оболочки таблеток: гипромеллоза 6cP, титана диоксид (E171), макрогол 6000, макрогол 400.

7 шт. - блистеры (4) - пачки картонные.
10 шт. - блистеры (2) - пачки картонные.
10 шт. - блистеры (3) - пачки картонные.

Фармакологические свойства:

Фармакодинамика

Антигипертензивный препарат, ингибитор АПФ. Хинаприл быстро метаболизируется с образованием хинаприлата (хинаприла диацид - основной метаболит), который является ингибитором АПФ. Механизм действия хинаприла заключается в ингибировании активности циркулирующего и тканевого АПФ, в результате чего снижается образование сосудосуживающего пептида ангиотензина II и альдостерона, что сопровождается понижением АД (антигипертензивным эффектом). Длительность антигипертензивного действия хинаприла превышает длительность ингибирующего эффекта на циркулирующий АПФ, в то время как ингибирование тканевого АПФ более тесно коррелирует с продолжительностью антигипертензивного действия препарата. Применение хинаприла в дозе 10-40 мг у больных с артериальной гипертензией приводит к снижению АД как в положении сидя, так и стоя, с минимальным воздействием на ЧСС. Антигипертензивное действие препарата проявляется в течение 1 ч после его приема внутрь, достигая максимума в течение 2-4 ч. У некоторых больных максимальный антигипергензивный эффект достигается только через 2 недели после начала лечения. В рекомендуемых дозах антигипертензивное

действие препарата продолжается в течение 24 ч и сохраняется на фоне длительной терапии.

Применение хинаприла у больных хронической сердечной недостаточностью приводит к снижению ОПСС, среднего АД, систолического и диастолического АД, давления заклинивания легочных капилляров и повышению сердечного выброса.

Хинаприл, как и другие ингибиторы АПФ, может повышать чувствительность к инсулину

Фармакокинетика

Всасывание

C_{max} хинаприла в плазме крови достигается через 1 ч после приема. Степень абсорбции составляет около 60% и на нее не влияет прием пищи. После всасывания хинаприл метаболизируется с образованием основного активного метаболита - хинаприлата и ряда неактивных метаболитов.

C_{max} в плазме крови достигается приблизительно через 2 ч после приема внутрь хинаприла.

Хинаприл и его метаболиты не проникают через ГЭБ.

Выведение

$T_{1/2}$ хинаприла составляет приблизительно 1 ч.

Хинаприлат, в основном, выводится почками; эффективный $T_{1/2}$ составляет 3 ч. Примерно 97% хинаприла или хинаприлата циркулирует в плазме крови в связанном с белками виде.

Фармакокинетика в особых клинических случаях

У больных с почечной недостаточностью $T_{1/2}$ хинаприлата увеличивается по мере снижения КК.

Снижение выведения хинаприлата наблюдается у пациентов пожилого возраста (старше 65 лет). Концентрация хинаприлата снижается у больных с алкогольным циррозом печени в связи с нарушением метаболизма хинаприла.

Показания к применению:

— артериальная гипертензия (в монотерапии или в комбинации с тиазидными диуретиками и бета-адреноблокаторами);

— хроническая сердечная недостаточность (в комбинации с диуретиками и/или сердечными гликозидами).

Относится к болезням:

- Артериальная гипертензия
- Гипертензия
- Сердечная недостаточность
- ТИА

Противопоказания:

— ангионевротический отек в анамнезе, связанный с лечением ингибиторами АПФ;

— гемодинамически значимый стеноз аортального или митрального клапанов;

— гипертрофическая кардиомиопатия;

— первичный гиперальдостеронизм;

— двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной почки;

— выраженные нарушения функции почек (КК менее 10 мл/мин);

— гемодиализ;

— состояние после трансплантации почек;

— беременность;

— период лактации;

— возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены);

— повышенная чувствительность к хинаприлу или к любому компоненту препарата.

С *осторожностью* назначают при указаниях в анамнезе на ангионевротический отек, не связанный с применением ингибиторов АПФ, при симптоматической артериальной гипотензии у пациентов, ранее принимавших диуретики и соблюдающих диету с ограниченным потреблением соли, при тяжелой сердечной недостаточности у пациентов с высоким риском выраженной артериальной гипотензии; состояниях, сопровождающихся снижением ОЦК (в т.ч. рвота, диарея); при гиперкалиемии; угнетении костномозгового кроветворения; аортальном стенозе; цереброваскулярных заболеваниях (резкое снижение АД на фоне терапии ингибиторами АПФ может ухудшить течение этих заболеваний); тяжелых аутоиммунных заболеваниях соединительной ткани; нарушениях функции печени (особенно при одновременном применении с диуретиком); при комбинированной терапии с калийсберегающими диуретиками; сахарном диабете; обширных хирургических вмешательствах и при общей анестезии.

Способ применения и дозы:

Препарат принимают внутрь.

При монотерапии *артериальной гипертензии* начальная доза Квинафара у пациентов, не принимающих диуретики, составляет 10-20 мг 1 раз в сутки. Дозу препарата следует титровать в зависимости от клинического эффекта, увеличивая в 2 раза до поддерживающей дозы 20 мг/сут или 40 мг/сут, которую принимают в 1 прием или делят на две части. Изменять дозу следует, как правило, с интервалом в 4 недели. У большинства больных адекватный контроль АД при длительном лечении обеспечивается однократным приемом препарата. Максимальная суточная доза составляет 80 мг.

При артериальной гипертензии у пациентов, получающих диуретики, начальная доза Квинафара составляет 5 мг/сут. Дозу препарата следует титровать до тех пор, пока не будет достигнут оптимальный антигипертензивный эффект. У больных артериальной гипертензией пожилого возраста начальная доза Квинафара составляет 10 мг/сут. Далее проводят титрование дозы до достижения оптимального эффекта.

При *хронической сердечной недостаточности* начальная доза Квинафара составляет 5 мг 1-2 раза/сут. После приема первой дозы препарата требуется наблюдение за больными с целью исключения артериальной гипотензии. Если переносимость начальной дозы Квинафара хорошая, то ее следует титровать до эффективной дозы, которая обычно составляет 10-40 мг/сут в 2 равных приема в сочетании с сопутствующей терапией диуретиками и/или сердечными гликозидами.

У пациентов с нарушениями функции почек рекомендуемая начальная доза Квинафара составляет 5 мг при КК более 30 мл/мин, 2.5 мг – при КК менее 30 мл/мин. Если переносимость начальной дозы хорошая, то возможно назначение препарата 2 раза/сут. При отсутствии выраженной артериальной гипотензии или значительного ухудшения функции почек дозу можно увеличивать с недельными интервалами с учетом клинического и гемодинамического эффектов.

Максимальную рекомендуемую дозу определяют в зависимости от КК:

Клиренс креатинина (мл/мин)	**Максимальная рекомендуемая начальная доза** (мг)
более 60	10
30-60	5
10-30	2.5

Побочное действие:

Со стороны: головная боль, головокружение, повышенная возбудимость, повышенная утомляемость, депрессия, сонливость, астения, вертиго, шум в ушах.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: вазодилатация, постуральная гипотензия, тахикардия, стенокардия, сердцебиение, боли в области грудной клетки, транзиторные приступы ишемии, обморок.

Со стороны пищеварительной системы: сухость во рту, диспепсия, боли в области живота, тошнота, рвота, диарея, метеоризм, панкреатит, холестаз, гепатит.

Со стороны дыхательной системы: диспноэ, бронхит, бронхоспазм, кашель, ринит.

Со стороны кожного покрова: зуд, усиленное потоотделение, сыпь, алопеция.

Аллергические реакции: крапивница, дерматит, синдром Стивенса-Джонсона, фотосенсибилизизация; редко - ангионевротический отек.

Со стороны мочевыделительной системы: инфекции мочевыводящих путей, повышение содержания креатинина и азота мочевины крови.

Со стороны системы кроветворения: редко - агранулоцитоз, нейтропения, гемолитическая анемия,

Со стороны обмена веществ: редко - гиперкалиемия, отеки.

Со стороны костно-мышечной системы: артралгии, боли в области спины, миалгия, артралгия.

Прочие: ослабление зрения, снижение потенции.

Передозировка:

Симптомы: выраженное снижение АД.

Лечение: в/в введение жидкости, проведение симптоматической терапии; гемодиализ и перитонеальный диализ оказывают небольшое влияние на выведение хинаприла и хинаприлата.

Применение при беременности и кормлении грудью:

Применение Квинафара противопоказано при беременности. Ингибиторы АПФ, включая хинаприл, выводятся с грудным молоком.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

Применение тетрациклина с хинаприлом сопровождалось снижением всасывания тетрациклина на 28-37% за счет наличия магния карбоната в качестве неактивного компонента препарата. Следует избегать одновременного приема тетрациклина и хинаприла.

У больных, получающих диуретики, может наблюдаться чрезмерное снижение АД после начала терапии хинаприлом. Это гипотензивное действие можно свести к минимуму, если приостановить прием диуретика и увеличить прием соли перед приемом первой дозы хинаприла. Если нет возможности отменить прием диуретика, то необходимо наблюдать за больным в течение 2 ч после приема первой дозы препарата.

Возможно повышение содержания калия в сыворотке крови при одновременном применении хинаприла и калийсберегающих диуретиков, препаратов калия или его солей (комбинации следует применять с осторожностью под контролем уровня калия в плазме крови). Как и в случае приема других ингибиторов АПФ, у больных, принимающих хинаприл в качестве монотерапии, может наблюдаться гиперкалиемия. При комбинированном применении хинаприл может уменьшить гипокалиемию, вызваемую тиазидными диуретиками.

Имеются данные о повышенном содержании лития в плазме крови и о симптомах интоксикации литием у больных, одновременно получающих препараты лития и ингибиторы АПФ, за счет усиления выведения натрия под воздействием этих препаратов (комбинированную терапию проводить с осторожностью, под контролем концентрации лития в плазме крови). Если при этом применяются также и диуретики, это может увеличить риск интоксикации литием.

У некоторых больных одновременный прием НПВС может вызвать снижение антигипертензивного действия ингибиторов АПФ. Более того, было показано, что при одновременном применении НПВС и ингибиторов АПФ наблюдается дополнительное увеличение содержания калия в плазме крови; при этом функция почек может снизиться. Эти изменения являются обратимыми и обычно наблюдаются у больных с нарушениями функции почек.

Одновременный прием аллопуринола, цитотоксических и иммунодепрессивных средств, кортикостероидов системного действия и прокаинамида с ингибиторами АПФ может повысить риск развития лейкопении. При сочетанном применении с хинаприлом может наблюдаться усиление действия других антигипертензивных средств. Антациды могут снизить биодоступность хинаприла.

При одновременном применении с барбитуратами, средствами для наркоза, а также с алкоголем возможно потенцирование ортостатической артериальной гипотензии.

При одновременном применении с гипогликемическими средствами (пероральные и инсулин) может потребоваться коррекция дозы последних.

Особые указания и меры предосторожности:

Хинаприл не следует применять у больных с гемодинамически значимым стенозом устья аорты. У больных, находящихся на гемодиализе с использованием высокопроточных полиакрилнитриловых мембран, имеется высокая вероятность развития анафилактоидных реакций при одновременном применении ингибиторов АПФ. Поэтому следует избегать таких сочетаний и использовать альтернативные антигипертензивные средства или другие мембраны для гемодиализа. Подобные реакции наблюдались во время афереза ЛПНП с использованием декстрансульфата. Не рекомендуется использовать эти методы у пациентов, получающих хинаприл.

У пациентов, получающих ингибиторы АПФ, во время десенсибилизирующей терапии с использованием яда перепончатых (геминоптера) иногда наблюдались анафилактоидные реакции, представляющие угрозу для жизни больного. Этих реакций можно избежать, если временно приостановить применение ингибиторов АПФ перед проведением десенсибилизирующей терапии.

У больных с почечной недостаточностью следует контролировать функцию почек во время проведения лечения, хотя в большинстве случаев хинаприл не влияет на почечную функцию или даже может ее улучшить.

У отдельных предрасположенных больных можно ожидать изменение функции почек в результате ингибирования ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). У больных с тяжелой хронической сердечной недостаточностью, у которых функция почек может зависеть от РААС, терапия ингибиторами АПФ, включая хинаприл, может быть связана с олигурией и/или прогрессирующей азотемией, в редких случаях может вызвать острую почечную недостаточность и/или смерть.

$T_{1/2}$ хинаприла увеличивается при снижении КК. У больных с КК менее 60 мл/мин используют более низкую начальную дозу Квинафара. Затем проводят титрование этой дозы, повышая ее, на основании клинического эффекта, при этом следует внимательно следить за функцией почек. У больных с артериальной гипертензией и односторонним или двусторонним стенозом почечной артерии после лечения ингибиторами АПФ наблюдается увеличение азота мочевины и креатинина в плазме крови. Эти увеличения обратимы после прекращения терапии ингибиторами АПФ и/или диуретиками. У этих больных в течение первых недель лечения хинаприлом необходимо следить за функцией почек.

У некоторых больных с артериальной гипертензией или хронической сердечной недостаточностью, у которых не было явных признаков патологии сосудов почек, может наблюдаться увеличение уровней азота мочевины и креатинина крови, которые обычно бывают незначительными и носят транзиторный характер, особенно, если хинаприл принимают вместе с диуретиками, что наблюдается у 4% и 3% больных, соответственно. Более часто это отмечается у больных с нарушениями функции почек. В этих случаях может потребоваться снижение дозы или прекращение приема диуретика и/или хинаприла.

У больных, получающих ингибиторы АПФ, может развиться ангионевротический отек. В случае развития ларингоспазма, ангионевротического отека лица, языка или надгортанника лечение Квинафаром следует немедленно прекратить, назначить соответствующее лечение и внимательно наблюдать за больным до исчезновения отека. Отек лица и губ обычно проходит без лечения; для купирования симптомов можно успешно использовать антигистаминные средства. Ангионевротический отек гортани может привести к летальному исходу. Если при отеке языка, надгортанника или гортани существует опасность развития обструкции дыхательных путей, то в этих случаях требуется соответствующая неотложная терапия, например, п/к введение эпинефрина (адреналина) 1:1000 (0.3-0.5 мл).

Артериальная гипотензия, сопровождающаяся клиническими симптомами, редко наблюдается у больных с артериальной гипертензией, получающих лечение хинаприлом. Однако артериальная гипотензия является возможным осложнением при применении ингибиторов АПФ, особенно у больных с гипонатриемией или находящихся на диализе. При возникновении симптомов артериальной гипотензии больного следует уложить на спину и, если необходимо, в/в вводят 0,9% раствор натрия хлорида. Преходящая артериальная гипотензия не является противопоказанием к продолжению терапии, однако следует рассмотреть возможность снижения дозы хинаприла или прекращения сопутствующей терапии диуретиком.

В редких случаях лечение ингибиторами АПФ больных с неосложненной артериальной гипертензией может сопровождаться агранулоцитозом и угнетением костного мозга, что чаще встречается у больных с нарушениями функции почек. Необходимо контролировать уровень лейкоцитов крови.

У больных, которым проводятся хирургические вмешательства или общая анестезия, ингибиторы АПФ следует применять с осторожностью, т. к. они блокируют образование ангиотензина II, в результате чего компенсаторно высвобождается ренин. Это может вызвать артериальную гипотензию, которую корректируют введением жидкостей.

Влияние на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами

Следует соблюдать осторожность при управлении транспортными средствами или выполнении другой работы, требующей повышенного внимания, особенно в начале лечения.

При нарушениях функции почек

У пациентов с нарушениями функции почек максимальную рекомендуемую дозу определяют в зависимости от КК:

Препарат противопоказан при двустороннем стенозп почечных артерий или стенозе артерии единственной почки, при выраженном нарушении функции почек (КК менее 10 мл/мин), гемодиализе, состоянии после трансплантации почек.

При нарушениях функции печени

С осторожностью следует принимать препарат при нарушениях функции печени (особенно при одновременном применении с диуретиком).

Условия хранения:

Препарат следует хранить в недоступном для месте детей при температуре не выше 30°С.

Срок годности:

2 года.

Условия отпуска в аптеке:

По рецепту.

Источник: http://drugs.thead.ru/Kvinafar