Ордисс Н



Международное непатентованное название (Действующее вещество):

- Гидрохлоротиазид
- Кандесартан

Полезные ссылки:

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

Форма выпуска:

Таблетки двояковыпуклые, капсулообразные, светло-розового цвета, с риской на обеих сторонах. На одной стороне гравировка "С" и "16" по разные стороны риски.

	1 таб.
кандесартана цилексетил	16 мг
гидрохлоротиазид	12.5 мг

Вспомогательные вещества: крахмал прежелатинизированный 15 мг, повидон (K-30) 16 мг, кармеллоза кальция 6.6 мг, полоксамер 188 1 мг, целлюлоза микрокристаллическая 72 мг, лактозы моногидрат 177.6 мг, краситель железа оксид красный (E172) 0.1 мг, магния стеарат 3.2 мг.

10 шт. - блистеры (3) - пачки картонные.
5 шт. - блистеры (6) - пачки картонные.

Таблетки двояковыпуклые, капсулообразные, белого или почти белого цвета, с риской на обеих сторонах. На одной стороне гравировка "С" и "32" по разные стороны риски.

	1 таб.
кандесартана цилексетил	32 мг
гидрохлоротиазид	12.5 мг

Вспомогательные вещества: крахмал прежелатинизированный 30 мг, повидон (K-30) 32 мг, кармеллоза кальция 13.2 мг, полоксамер 188 2 мг, целлюлоза микрокристаллическая 148 мг, лактозы моногидрат 363.9 мг, магния стеарат 6.4 мг.

10 шт. - блистеры (3) - пачки картонные.
5 шт. - блистеры (6) - пачки картонные.

Таблетки двояковыпуклые, капсулообразные, светло-розового цвета, с риской на обеих сторонах. На одной стороне

гравировка "Н" и "25" по разные стороны риски. На другой стороне гравировка "С" и "32" по разные стороны риски.

	1 таб.
кандесартана цилексетил	32 мг
гидрохлоротиазид	25 мг

Вспомогательные вещества: крахмал прежелатинизированный 30 мг, повидон (К-30) 32 мг, кармеллоза кальция 13.2 мг, полоксамер 188 2 мг, целлюлоза микрокристаллическая 144 мг, лактозы моногидрат 355.2 мг, краситель железа оксид красный (Е172) 0.2 мг, магния стеарат 6.4 мг.

10 шт. - блистеры (3) - пачки картонные.
5 шт. - блистеры (6) - пачки картонные.

Фармакологические свойства:

Фармакодинамика

Ангиотензин II - основной гормон ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), который играет важную роль в патогенезе артериальной гипертензии, сердечной недостаточности и других сердечно-сосудистых заболеваний. Основными физиологическими эффектами ангиотензина II являются вазоконстрикция, стимуляция продукции альдостерона, регуляция водно-электролитного состояния и стимуляция клеточного роста. Эффекты опосредованы взаимодействием ангиотензина II с ангиотензиновыми рецепторами типа 1 (AT_1-рецепторы).

Кандесартан - селективный антагонист AT_1-рецепторов ангиотензина II, не ингибирует ангиотензинпревращающий фермент (АПФ), осуществляющий превращение ангиотензина I в ангиотензин II, разрушающий брадикинин, не приводит к накоплению брадикинина или субстанции Р. В результате блокирования AT_1-рецепторов ангиотензина II происходит дозозависимое повышение содержания ренина, ангиотензина I, ангиотензина II и снижение концентрации альдостерона в плазме крови.

При сравнении кандесартана с ингибиторами АПФ развитие кашля встречалось реже у пациентов, получавших кандесартан.

Кандесартан не связывается с рецепторами других гормонов и не блокирует ионные каналы, участвующие в регуляции функций сердечно-сосудистой системы.

Гидрохлоротиазид - тиазидоподобный диуретик, угнетает активную реабсорбцию натрия, в основном в дистальных отделах почечных канальцев и усиливает выделение ионов натрия, хлора и воды. Выделение калия и магния почками усиливается в зависимости от дозы, в то время как кальций начинает реабсорбироваться в больших количествах, чем раньше.

Гидрохлоротиазид уменьшает объем плазмы крови и внеклеточной жидкости, уменьшает интенсивность транспорта крови сердцем, снижает артериальное давление (АД). Во время долговременного лечения, гипотензивный эффект развивается за счет расширения артериол. При длительном применении гидрохлоротиазида уменьшается риск сердечнососудистых заболеваний и смертность.

Кандесартан и гидрохлоротиазид оказывают суммированное гипотензивное действие. У пациентов с артериальной гипертензией применение кандесартана/гидрохлоротиазида вызывает эффективное и продолжительное снижение АД без увеличения частоты сердечных сокращений (ЧСС). Ортостатической артериальной гипотензии при первом приеме препарата не наблюдается, после окончания лечения артериальная гипертензия не усиливается.

После однократного приема кандесартана/гидрохлоротиазида основной гипотензивный эффект развивается в течение 2 ч. Применение препарата 1 раз в сутки эффективно и мягко снижает АД в течение 24 ч с незначительной разницей между максимальным и средним эффектом действия. При продолжительном лечении стабильное снижение АД наступает в течение 4 недель после начала приема препарата и может поддерживаться при длительном курсе лечения.

В клинических исследованиях частота развития побочных эффектов, особенно кашля, была реже при применении кандесартана/гидрохлоротиазида, чем при приеме комбинации ингибиторов АПФ с гипотиазидом.

В настоящее время отсутствуют данные о применении кандесартана/гидрохлоротиазида у пациентов с почечной недостаточностью, нефропатией, сниженной функцией левого желудочка, острой сердечной недостаточностью и перенесших инфаркт миокарда.

Эффективность кандесартана/гидрохлоротиазида не зависит от пола и возраста.

Фармакокинетика

Всасывание и распределение

Кандесартан

При всасывании из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) кандесартана цилекситил посредством эфирного гидролиза быстро превращается в активное вещество -кандесартан, прочно связывается с AT_1-рецепторами и медленно

диссоциирует, не имеет свойств агониста. Абсолютная биодоступность кандесартана после приема внутрь составляет около 40%. Относительная биодоступность таблетированной формы по сравнению с раствором для приема внутрь составляет приблизительно 34%. Таким образом, расчетная абсолютная биодоступность таблетированной формы препарата составляет 14%. Прием пищи не оказывает значимого влияния на площадь под кривой "концентрация-время" (AUC), т.е. пища существенно не влияет на биодоступность препарата.

Максимальная концентрация в плазме крови (C_{max}) достигается через 3-4 ч после приема таблетированной формы препарата. При увеличении дозы препарата в рекомендуемых пределах концентрация кандесартана повышается линейно. Связывание кандесартана с белками плазмы крови - более 99%. Плазменный объем распределения (V_d) кандесартана составляет 0,1 л/кг.

Фармакокинетические параметры кандесартана не зависят от пола пациента.

Гидрохлоротиазид

Гидрохлоротиазид быстро всасывается из ЖКТ. Биодоступность составляет примерно 70%. Сопутствующий прием пищи увеличивает всасывание приблизительно на 15%. Биодоступность может быть снижена у пациентов с сердечной недостаточностью и выраженными отеками.

Связывание с белками плазмы крови составляет примерно 60%. Видимый V_d составляет примерно 0,8 л/кг.

Метаболизм и выведение

Кандесартан

Кандесартан в основном выводится из организма с мочой и желчью в неизмененном виде и лишь в незначительной степени метаболизируется в печени. Период полувыведения ($T_{1/2}$) кандесартана составляет приблизительно 9 ч. Кумуляции препарата в организме не наблюдается.

Общий клиренс кандесартана составляет около 0,37 мл/мин/кг, при этом почечный клиренс - около 0,19 мл/мин/кг. Почечная экскреция кандесартана осуществляется путем клубочковой фильтрации и активной канальцевой секреции.

При приеме внутрь радиоактивно-меченого кандесартана около 26% от введенного количества выводится с мочой в виде кандесартана и 7% в виде неактивного метаболита, тогда как в кале обнаруживается 56% от введенного количества в виде кандесартана и 10 % в виде неактивного метаболита.

Гидрохлоротиазид

Гидрохлоротиазид не метаболизируется и выделяется практически полностью в виде активной формы препарата путем клубочковой фильтрации и активной канальцевой секреции в проксимальном отделе нефрона. $T_{1/2}$ составляет около 8 ч и не меняется при совместном приеме с кандесартаном. Примерно 70% дозы, принятой внутрь, выводится почками в течение 48 ч. При использовании комбинации препаратов не выявлено дополнительного накопления гидрохлоротиазида в сравнении с монотерапией.

Фармакокинетика в особых клинических случаях

Кандесартан

Фармакокинетические параметры кандесартана не зависят от пола пациента.

У пациентов старше 65 лет C_{max} и AUC кандесартана увеличиваются на 50% и 80%, соответственно, по сравнению с молодыми пациентами. Однако гипотензивный эффект и частота развития побочных эффектов при применении кандесартана/гидрохлоротиазида не зависят от возраста пациентов.

У пациентов с легким и умеренным нарушением функции почек C_{max} и AUC кандесартана увеличивались на 50% и 70% соответственно, тогда как AT_1 препарата не изменяется по сравнению с пациентами с нормальной функцией почек.

У пациентов с тяжелым нарушением функции почек и/или находящихся на гемодиализе C_{max} и AUC кандесартана увеличивались на 50% и 110% соответственно, а $T_{1/2}$ препарата увеличивался в 2 раза.

У пациентов с легким и умеренным нарушением функции печени отмечалось повышение AUC кандесартана на 23%.

Гидрохлоротиазид

$T_{1/2}$ более продолжителен у пациентов с почечной недостаточностью.

Показания к применению:

— лечение артериальной гипертензии у пациентов, которым показана комбинированная терапия.

Относится к болезням:

- Артериальная гипертензия
- Гипертензия

Противопоказания:

— повышенная чувствительность к кандесартану, гидрохлоротиазиду и другим компонентам препарата;

— беременность;

— период грудного вскармливания;

— непереносимость лактозы;

— дефицит лактазы;

— синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции;

— первичный гиперальдостеронизм;

— подагра;

— тяжелое нарушение функции почек (клиренс креатинина (КК) менее 30 мл/мин);

— тяжелое нарушение функции печени;

— холестаз;

— стойкая гипокалиемия, гипокальциемия;

— состояние после трансплантации почки;

— детский возраст до 18 лет.

С осторожностью

Одновременное применение с другими гипотензивными препаратами, калийнесберегающими диуретиками, амфотерицином, карбеноксолоном, пенициллин-натриевой солью, производными салициловой кислоты, сердечными гликозидами, антиаритмическими препаратами, препаратами лития, нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), колестиполом, колестирамином, тубокурарином, бета-адреноблокаторами, антихолинергическими препаратами, амантадином, цитотоксическими препаратами, глюкокортикостероидами (ГКС), адренокортикотропным гормоном (АКТГ), алкоголем, барбитуратами, общими анестетиками, эпинефрином, йодсодержащими препаратами; недостаточность функции печени и почек средней степени.

Способ применения и дозы:

Внутрь, независимо от приема пищи. Рекомендуемая доза - 1 таблетка 1 раз в сутки. Рекомендуется титрование дозы кандесартана перед переводом пациента на терапию препаратом Ордисс Н. При необходимости пациентов переводят с ионотерапии кандесартаном на терапию препаратом Ордисс Н. Основной гипотензивный эффект достигается, как правило, в первые 4 недели после начала лечения.

У пациентов с нарушением функции почек предпочтительнее применение петлевых диуретиков по сравнению с тиазидными. До начала терапии препаратом Ордисс Н у пациентов с легким или умеренным нарушением функции почек (КК более 30 мл/мин), включая пациентов, находящихся на гемодиализе, рекомендуется титрование дозы кандесартана. начиная с 4 мг.

Препарат Ордисс Н противопоказан пациентам с почечной недостаточностью тяжелой степени (КК менее 30 мл/мин).

Для пациентов с риском артериальной гипотензии (например, со сниженным объемом циркулирующей крови (ОЦК)), рекомендуется титрование дозы кандесартана, начиная с 4 мг.

У пациентов с нарушением функции печени средней степени до начала терапии препаратом Ордисс II рекомендуется титрование дозы кандесартана, начиная с 2 мг. Пациентам с нарушением функции печени тяжелой степени применение препарата Ордисс Н противопоказано.

У пациентов пожилого возраста коррекции дозы не требуется.

Побочное действие:

Частота развития побочных эффектов классифицирована согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения: очень часто - не менее 10%; часто - не менее 1%, но менее 10%; нечасто - не менее 0,1%, но менее 1%; редко - не менее 0,01%, но менее 0,1%; очень редко (включая единичные случаи) - менее 0,01%.

Кандесартан

Со стороны системы крови: очень редко - лейкопения, нейтропения, агранулоцитоз.

Со стороны обмена веществ и питания: очень редко - гиперкалиемия, гипонатриемия.

Со стороны центральной нервной системы (ЦНС): часто - головокружение; очень редко -головная боль.

Со стороны ЖКТ: очень редко - тошнота.

Со стороны печени и желчевыводящих путей: очень редко - повышение активности «печеночных» трансаминаз, нарушение функции печени, гепатит.

Со стороны кооюи и подкожных тканей: очень редко - сыпь, кожный зуд, крапивница, ангионевротический отек.

Со стороны скелетно-мышечной системы и соединительной ткани: очень редко - боль в спине, артралгия, миалгия.

Со стороны почек и мочевыводящих путей: очень редко - почечная недостаточность.

Гидрохлоротиазид

Со стороны системы крови: редко - лейкопения, нейтропения, агранулоцитоз, тромбоцитопения, апластическая анемия, угнетение функции костного мозга, гемолитическая анемия.

Со стороны иммунной системы: редко - анафилактическая реакция.

Со стороны обмена веществ и питания: часто - гипергликемия, гиперурикемия, гипонатриемия, гипокалиемия.

Со стороны ЦНС: часто - головокружение, вергиго; редко - нарушения сна, беспокойность, депрессия, парестезия.

Со стороны органа зрения: редко - снижение четкости зрения.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: нечасто - постуральная гипотензия; редко -аритмия, васкулит.

Со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: редко -респираторный дистресс-синдром, пневмонит, отек легких.

Со стороны ЖКТ: нечасто - анорексия, потеря аппетита, запор, диарея, раздражение слизистой оболочки желудка; редко - панкреатит.

Со стороны печени и желчевыводящих путей: редко - внутрипеченочная холестатическая желтуха.

Со стороны кожи и подкожных тканей: нечасто - сыпь, крапивница, реакция фотосенсибилизации; редко - токсический эпидермальный некролиз, эритематозоподобные реакции, рецидив кожного эритематоза.

Со стороны скелетно-мышечной системы и соединительной ткани: редко - мышечный спазм.

Со стороны почек и мочевыводяиших путей: часто - глюкозурия; редко - нарушение функции почек, интерстициальный нефрит.

Прочие: часто - слабость, повышение концентрации холестерина, триглицеридов в плазме крови; редко - лихорадка, повышение концентрации креатинина, мочевины в плазме крови.

Передозировка:

Симптомы: анализ фармакологических свойств препарата позволяет предположить, что основным проявлением передозировки может быть клинически выраженное снижение АД, головокружение. Были описаны отдельные случаи передозировки препарата (до 672 мг кандесартана), закончившиеся выздоровлением пациентов без тяжелых последствий. Основным проявлением передозировки гидрохлоротиазида является острая потеря жидкости и электролитов. Также наблюдались такие симптомы, как головокружение, снижение АД. сухость во рту, тахикардия, желудочковая аритмия, потеря сознания и мышечные судороги.

Лечение: при развитии клинически выраженного снижения АД необходимо проводить симптоматическое лечение и

контролировать состояние пациента. Уложить пациента на спину и приподнять ноги. При необходимости следует увеличить ОЦК, например, путем внутривенного введения изотонического раствора хлорида натрия. В случае необходимости могут быть назначены симпатомиметические средства. Выведение кандесартана и гидрохлоротиазида с помощью гемодиализа маловероятно.

Применение при беременности и кормлении грудью:

Препарат Ордисс Н противопоказан к применению при беременности и в период грудного вскармливания.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами:

В фармакокинетических исследованиях было изучено одновременное применение кандесартана/гидрохлоротиазида с гидрохлоротиазидом, варфарином, дигоксином, пероральными контрацептивами (этинилэстрадиол/левоноргестрел), глибенкламидом, нифедипином и эналаприлом. Клинически значимых лекарственных взаимодействий выявлено не было.

Кандесартан метаболизируется в печени в незначительной степени при участии изофермента CYP2C9. Проведенные исследования по взаимодействию не выявили влияния препарата на CYP2C9 и CYP3A4, действие на другие изоферменты системы цитохрома P450 не изучено.

Одновременное применение кандесартана/гидрохлоротиазида с другими антигипертензивными средствами усиливает гипотензивный эффект.

Действие гидрохлоротиазида, приводящее к потере калия, может усиливаться другими средствами, приводящими к потере калия и гипокалиемии (например, диуретики, слабительные, амфотерицин, карбеноксолон, пенициллин G натрий, производные салициловой кислоты).

Опыт применения других лекарственных средств, действующих на РААС. показывает, что сопутствующая терапия калийсберегающими диуретиками, препаратами калия, заменителями соли, содержащими калий, и другими средствами, повышающими содержание калия в сыворотке крови (например, гепарин), может приводить к развитию гиперкалиемии.

Гипокалиемия и гипомагниемия, вызванные *приемом диуретических препаратов*, предрасполагают к развитию кардиотоксического эффекта сердечных гликозидов и антиаритмических препаратов. При приеме кандесартана/гидрохлоротиазида параллельно с такими препаратами требуется контроль содержания калия в крови.

При одновременном применении *препаратов лития с ингибиторами АПФ* возникает обратимое повышение концентрации лития в сыворотке крови и развитие токсических реакций. Подобные реакции могут встречаться и при использовании антагонистов рецепторов ангиотензина II, в связи с чем рекомендуется контролировать содержание лития в сыворотке крови.

Мочегонное, натрийуретическое и гипотензивное действия гидрохлоротиазида ослабляются при одновременном применении *НПВП*.

Всасывание гидрохлоротиазида ослабляется при применении *колестипола, колестирамина.*

Действие *недеполяризующих миорелаксантов* (например, тубокурарина) может быть усилено гидрохлоротиазидом.

Тиазидные диуретики могут вызывать повышение содержания кальция в плазме крови в связи с уменьшением его экскреции. При необходимости применения кальцийсодержащих пищевых добавок или витамина D следует контролировать содержание кальция в плазме крови и при необходимости корректировать дозу. Тиазидоподобные диуретики усиливают гипергликемическое действие бета-адреноблокаторов и диазоксида.

Антихолинергические средства (например, атропин, биперидин) могут увеличивать биодоступность тиазидных диуретиков вследствие снижения моторики ЖКТ. Тиазидоподобные диуретики могут увеличить риск неблагоприятного действия амантадина.

Тиазидоподобные диуретики способны замедлить выведение цитостатических препаратов (таких как циклофосфамид, метотрексат) из организма и усилить их миелоподавляющее действие.

Риск гипокалиемии может увеличиться при сопутствующем приеме *ГКС или АКТГ*.

На фоне применения препарата Ордисс Н может увеличиваться частота развития ортостатической артериальной гипотензии при приеме *алкоголя, барбитуратов или общих анестетиков*.

При лечении тиазидными диуретиками возможно снижение толерантности к глюкозе, в связи с чем может потребоваться подбор дозы гипогликемических препаратов (в т. ч. инсулина).

Гидрохлоротиазид может уменьшить влияние сосудосуживающих аминов (например, эпинефрина).

Гидрохлоротиазид может увеличить риск развития острой почечной недостаточности, особенно в совокупности с большими дозами йодированного наполнителя.

Значительного взаимодействия гидрохлоротиазида с пищей не обнаружено.

Особые указания и меры предосторожности:

У пациентов с почечной недостаточностью применение "петлевых" диуретиков предпочтительнее тиазидных. Для пациентов с почечной недостаточностью при терапии препаратом Ордисс Н рекомендуется постоянно контролировать содержание калия, креатинина и мочевой кислоты.

Данные о применении препарата Ордисс Н у пациентов, недавно перенесших пересадку почки, отсутствуют.

Препараты, влияющие на РААС (например, ингибиторы АПФ), могут привести к повышению содержания мочевины в крови и содержания креатинина в сыворотке пациентов с двухсторонним стенозом почечной артерии или стенозом артерии единственной почки. Аналогичного эффекта следует ожидать и от антагонистов рецепторов ангиотензина II.

У пациентов с дефицитом ОЦК и/или натрия возможно развитие симптоматической артериальной гипотензии, поэтому не рекомендуется применять препарат Ордисс Н до исчезновения данных симптомов.

У пациентов, получающих антагонисты ангиотензина II, во время анестезии и при хирургических вмешательствах может развиться артериальная гипотензия в результате блокады РААС. Очень редко могут отмечаться случаи тяжелой артериальной гипотензии, требующей в/в введения жидкости и/или сосудосуживающих средств.

Пациентам с нарушениям функции печени или прогрессирующей болезнью печени следует применять тиазидные диуретики с осторожностью, т.к. незначительные колебания объема жидкости и электролитного состава могут вызвать печеночную кому. Данные о применении препарата Ордисс Н у пациентов с печеночной недостаточностью отсутствуют.

При назначении препарата Ордисс Н пациентам с обструктивной гипертрофической кардиомиопатией или гемодинамически значимым стенозом аортального или митрального клапана следует соблюдать осторожность.

Пациенты с первичным гиперальдостеронизмом обычно резистентны к терапии антигипертензивными средствами, влияющими на РААС, поэтому назначать таким пациентам препарат Ордисс Н не рекомендуется.

Как и во всех случаях приема препаратов, обладающих мочегонным действием, следует контролировать показатели электролитов в плазме крови.

Препараты на основе тиазидов, обладающие мочегонным действием, способны уменьшить выделение ионов кальция с мочой и могут вызвать скачкообразные изменения и незначительное увеличение концентрации ионов кальция в плазме крови.

Тиазиды, в т.ч. и гидрохлоротиазид, могут вызывать нарушения водно-солевого баланса (гиперкальцисмия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипомагниемия и гипохлоремический алкалоз).

Выявленная гиперкальциемия может быть признаком скрытого гипертиреоза. Применение тиазидных диуретиков следует прекратить до получения результатов анализов исследования паращитовидной железы.

Гидрохлоротиазид дозозависимо увеличивает выделение калия, что может стать причиной гипокалиемии. Подобное действие гидрохлоротиазида проявляется меньше, если применять его в сочетании с кандесартаном. Риск гипокалиемии оказывается повышенным у пациентов с циррозом печени, повышенным диурезом, принимающих жидкость с пониженным содержанием солей, проходящих параллельно курс лечения ГКС или АКТГ.

На основании опыта применения препаратов, влияющих на РААС, параллельное применение препарата Ордисс Н и диуретических препаратов, увеличивающих выделение калия, можно компенсировать применением пищевых добавок, содержащих калий или других препаратов, способных повысить содержание калия в плазме крови. Применение препарата Ордисс Н может вызвать гипокалиемию, особенно у пациентов с сердечной или почечной недостаточностью (подобные случаи документально не зарегистрированы).

Тиазидные диуретики увеличивают выделение магния, что может вызвать гипомагниемию.

Применение тиазидных диуретиков способно изменить концентрацию глюкозы в крови вплоть до проявления латентно протекающего сахарного диабета. Может потребоваться коррекция дозы гипогликемических средств, в т. ч. инсулина.

С применением тиазидных диуретиков связывают увеличение содержание холестерина и триглицерида в плазме крови. Однако при использовании препарата Ордисс Н наблюдалось минимальное количество либо отсутствие подобных эффектов. Тиазидные диуретики увеличивают концентрацию мочевой кислоты в плазме крови и могут способствовать возникновению подапэы у предрасположенных пациентов. Пациенты, у которых сосудистый тонус и функция почек преимущественно зависят от активности РААС (например, пациенты с тяжелой хронической

сердечной недостаточностью, заболеваниями почек, включая стеноз почечной артерии), особенно чувствительны к препаратам, действующим на РААС. Назначение подобных препаратов сопровождается у этих пациентов резкой артериальной гипотензией, азотемией, олигурией и реже - острой почечной недостаточностью. Возможность развития перечисленных эффектов не исключена и при использовании антагонистов рецепторов ангиотензина II. Резкое снижение АД у пациентов с ишемической кардиопатией, цереброваскулярными заболеваниями ишемического генеза при использовании любых антитипертензивмых средств, может приводить к развитию инфаркта миокарда или инсульта.

Проявление реакций повышенной чувствительности к гидрохлоротиазиду наиболее вероятно у пациентов с бронхиальной астмой, аллергическими реакциями в анамнезе, что не исключает появления аллергической симптоматики у прочих пациентов. При использовании тиазидных диуретиков отмечены случаи обострения или появления симптомов застойной себореи.

При использовании тиазидных диуретиков отмечались случаи ухудшения течения системной красной волчанки.

Препарат содержит лактозу, поэтому его не следует принимать пациентам с редкими наследственными заболеваниями, проявляющимися в отсутствии толерантности к лактозе, дефиците лактозы или нарушении всасывания глюкозы и лактозы. Использование в педиатрии

Безопасность и эффективность применения препарата Ордисс Н у детей и подростков в возрасте до 18 лет не установлены.

Влияние на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами

При возникновении нежелательных эффектов со стороны ЦНС при терапии препаратом Ордисс Н следует соблюдать осторожность при выполнении действий, требующих повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций.

При нарушениях функции почек

Препарат Ордисс Н противопоказан пациентам с почечной недостаточностью тяжелой степени (КК менее 30 мл/мин). Применяется с осторожностью при недостаточности функции почек средней степени.

При нарушениях функции печени

Препарат Ордисс Н противопоказан пациентам с печеночной недостаточностью тяжелой степени. Применяется с осторожностью при недостаточности функции почек средней степени.

Применение в пожилом возрасте

У пациентов пожилого возраста коррекции дозы не требуется.

Применение в детском возрасте

Противопоказано.

Условия хранения:

Хранить при температуре не выше 25°С. Хранить в недоступном для детей месте.

Срок годности:

2 года.

Условия отпуска в аптеке:

По рецепту.

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