



**ИНСТРУКЦИЯ**  
(информация для пациентов)  
по медицинскому применению лекарственного средства  
**ЭНАЛАПРИЛ**

**Торговое название:** Эналаприл

**Международное непатентованное название:** Enalapril

**Форма выпуска:** таблетки 10 мг

**Описание:** Таблетки круглые, желтовато-розового цвета, с риской на одной стороне и с линией разлома на другой стороне, возможны вкрапления.

**Состав:** каждая таблетка содержит: *активное вещество* эналаприла малеата – 10,0 мг; *вспомогательные компоненты:* коллидон 25 (повидон), лактоза моногидрат, крахмал кукурузный, аэросил 200 (кремния диоксид коллоидный), магния стеарат, пунцовый 4 R (E-124), апельсиновый желтый (E-110).

**Фармакотерапевтическая группа:** Средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему. Ингибиторы АПФ.

**Код АТС:** C09AA02

**Фармакологическое действие**

Ингибитор АПФ. Подавляет образование ангиотензина II и устраняет его сосудосуживающее действие, повышает сердечный выброс, уменьшает сосудистое сопротивление, давление в малом круге кровообращения. Способствует повышению уровня калия в сыворотке крови.

**Показания к применению**

- лечение артериальной гипертензии;
- лечение клинически выраженной сердечной недостаточности;
- профилактика клинически выраженной сердечной недостаточности у пациентов с бессимптомной дисфункцией левого желудочка (фракция выброса  $\leq 35\%$ ).

**Способ применения и режим дозирования**

Препарат следует принимать в одно и то же время дня (вне зависимости от приема пищи), запивая небольшим количеством жидкости.

Режим дозирования устанавливают индивидуально в зависимости от состояния больного.

*При лечении артериальной гипертензии* препарат назначают в начальной дозе 5 мг/сутки (в этом случае рекомендуется использовать лекарственную форму Эналаприла – таблетки 5 мг). После приема начальной дозы больные должны находиться под медицинским наблюдением в течение 2 ч и дополнительно 1 ч, пока не стабилизируется АД. Коррекцию дозы проводят в зависимости от достигнутого клинического эффекта. Обычно поддерживающая суточная доза составляет от 10–20 мг, в исключительных случаях – до 40 мг в 1 или 2 приема. В случае назначения пациентам, одновременно получающим диуретики, лечение диуретиком необходимо прекратить за 2–3 дня до назначения эналаприла. Начальная доза для больных, которые получали диуретики,

составляет 2,5 мг 1 раз/сутки. Когда начальная доза препарата составляет 2,5 мг, рекомендуется использовать лекарственную форму Эналаприла – таблетки 2,5 мг.

*При бессимптомной дисфункции левого желудочка* рекомендуемая начальная доза препарата составляет 2,5 мг 2 раза/сутки, в этом случае рекомендуется использовать лекарственную форму Эналаприла – таблетки 2,5 мг. В зависимости от состояния пациента возможна коррекция дозы. Средняя поддерживающая доза составляет 10 мг 2 раза/сутки.

*При хронической сердечной недостаточности* рекомендуемая начальная доза препарата составляет 2,5 мг 1 раз/сутки, в этом случае рекомендуется использовать лекарственную форму Эналаприла – таблетки 2,5 мг. Увеличивать дозу препарата следует постепенно до достижения максимального клинического эффекта; в среднем для подбора оптимальной дозы требуется 2–4 недели. Средняя поддерживающая доза составляет 2,5-10 мг 1 раз/сутки, суточная максимальная поддерживающая доза – 40 мг (разделенные на 2 приема).

*При лечении артериальной гипертензии при заболеваниях почек* режим дозирования устанавливается в зависимости от выраженности нарушений функции почек или от значений клиренса креатинина. Начальную дозу препарата следует постепенно увеличивать, пока не будет достигнут удовлетворительный клинический эффект. При клиренсе креатинина 80–30 мл/мин доза обычно составляет 5–10 мг/сутки (в случае назначения 5 мг рекомендуется использовать лекарственную форму Эналаприла – таблетки 5 мг), клиренс креатинина 30–10 мл/мин – 2,5-5 мг/сутки (в случае назначения 2,5 мг или 5 мг рекомендуется использовать лекарственную форму Эналаприла – таблетки 2,5 мг или 5 мг).

Длительность лечения зависит от эффективности терапии. При слишком выраженном снижении артериального давления дозу препарата постепенно уменьшают.

*Пациенты с нарушением функции почек*

#### Дозировка при почечной недостаточности

Должен быть увеличен интервал между приемами эналаприла и/или уменьшена доза.

Клиренс креатинина (CrCl), мл/мин	Начальная доза, мг/день
$30 < CrCl < 80$ мл/мин	5-10 мг
$10 < CrCl \leq 30$ мл/мин	2,5 мг
$CrCl \leq 10$ мл/мин	2,5 мг в дни диализа

Эналаприл удаляется во время диализа. Дозировка в дни без диализа должна быть скорректирована в зависимости от артериального давления.

При необходимости приема препарата в дозе 2,5 мг или 5 мг рекомендуется использовать лекарственную форму Эналаприла – таблетки 2,5 мг или 5 мг.

#### *Пожилые пациенты*

Доза должна быть подобрана с учетом функции почек пациента.

#### *Дети с артериальной гипертензией в возрасте старше 6 лет*

Опыт клинического применения эналаприла у детей с артериальной гипертензией ограничен.

Детям, которые могут глотать таблетки, дозу следует назначать индивидуально, в соответствии с состоянием пациента, ответом на лечение и массой тела пациента.

Рекомендуемая начальная доза составляет 2,5 мг для пациентов с массой тела от 20 до 50 кг (рекомендуется использовать лекарственную форму Эналаприла – таблетки 2,5 мг) и 5 мг для пациентов с массой тела  $\geq 50$  кг (рекомендуется использовать лекарственную форму Эналаприла – таблетки 5 мг). Эналаприл принимают 1 раз в сутки. Дозировку следует корректировать в зависимости от потребностей до максимальной 20 мг в сутки для пациентов с массой тела от 20 до 50 кг и 40 мг для пациентов с массой тела  $\geq 50$  кг.

#### **Побочное действие**

Указанные ниже побочные эффекты представлены в соответствии со следующими градациями частоты их возникновения: очень часто ( $>1/10$ ); часто ( $>1/100$ ,  $<1/10$ ); нечасто ( $>1/1000$ ,  $<1/100$ ); редко ( $>1/10000$ ,  $<1/1000$ ); очень редко ( $<1/10000$ ) (включая отдельные сообщения),

неизвестная частота (по имеющимся данным определить частоту встречаемости не представляется возможным).

*Со стороны крови:* редко – анемия (включая апластическую и гемолитическую), нейтропения, снижение гемоглобина, снижение гематокрита, тромбоцитопения, агранулоцитоз, угнетение костного мозга, панцитопения, лимфаденопатия, аутоиммунные болезни.

*Со стороны эндокринной системы:* неизвестно – синдром нарушения секреции АДГ.

*Метаболические нарушения:* нечасто – гипогликемия.

*Со стороны нервной системы и психики:* часто – депрессия, головная боль; редко – спутанность сознания, сонливость, бессонница, нервозность, парестезии, вертиго, расстройства сна, аномальные сновидения.

*Со стороны органов зрения:* очень часто – нечеткость зрения.

*Со стороны сердечно-сосудистой системы:* очень часто – головокружение; часто – гипотензия (включая ортостатическую гипотензию), синкопе, боль за грудиной, нарушения ритма, стенокардия, тахикардия; редко – ортостатическая гипотензия, тахикардия, инфаркт миокарда или инсульт (возможно, в результате чрезмерного снижения давления у пациентов с высоким риском), феномен Рейно.

*Со стороны дыхательной системы:* очень часто – кашель; часто – одышка; редко – ринорея, боль в горле и охриплость, бронхоспазм/астма, легочные инфильтраты, ринит, аллергический альвеолит/эозинофильная пневмония.

*Со стороны пищеварительного тракта:* очень часто – тошнота; часто – диарея, боль в животе, изменение вкуса; редко – кишечная непроходимость, панкреатит, рвота, диспепсия, запор, анорексия, раздражение желудка, сухость во рту, пептические язвы, стоматит/афтозные язвы, глоссит; очень редко – ангионевротический отек кишечника.

*Со стороны пищеварительной системы:* редко – печеночная недостаточность, гепатит гепатоцеллюлярный или холестатический, гепатит, включая некроз, холестаз (включая желтуху).

*Со стороны кожи и подкожных тканей:* часто – сыпь, гиперчувствительность/ангионевротический отек лица, конечностей, губ, языка, голосовой щели и/или гортани; нечасто – повышенное потоотделение, зуд, крапивница, алопеция; редко – множественная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, эксфолиативный дерматит, токсический эпидермальный некролиз, пемфигус, эритродермия.

Сообщалось о развитии сложного симптомокомплекса, который включал некоторые или все из таких проявлений, как: лихорадка, серозит, васкулит, миалгия/миозит, артралгия/артрит, положительный тест на антинуклеарные антитела, повышение СОЭ, эозинофилия и лейкоцитоз. Как побочные эффекты могут возникать сыпь, фотосенсибилизация и другие кожные реакции.

*Со стороны мочевыделительной системы:* нечасто – нарушение функции почек, почечная недостаточность, протеинурия; редко – олигурия.

*Со стороны репродуктивной системы:* нечасто – импотенция; редко – гинекомастия.

*Общие нарушения:* очень часто – астения; часто – усталость; нечасто – мышечные судороги, приливы, звон в ушах, ощущение дискомфорта, лихорадка.

*Изменения лабораторных показателей:* часто – гиперкалиемия, повышение уровня креатинина в сыворотке крови; редко – повышение уровня мочевины в крови, гипонатриемия, повышение ферментов печени, билирубина в сыворотке крови.

В случае возникновения вышеперечисленных побочных реакций или побочных реакций, не указанных в данной инструкции по медицинскому применению лекарственного средства, необходимо обратиться к врачу.

### **Противопоказания**

Гиперчувствительность к эналаприлу и другим ингибиторам АПФ, ангионевротический отек в анамнезе, беременность (особенно второй и третий триместры беременности), лактация, детский возраст до 18 лет (безопасность и эффективность не определены).

Почечная недостаточность: клиренс креатинина менее 10 мл/мин (для данной лекарственной формы).

Одновременное применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов рецепторов АП II с Алискиреном у пациентов с сахарным диабетом или умеренной/тяжелой почечной недостаточностью (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) противопоказано.

*С осторожностью:* сниженная функция почек, печени, одновременно с иммунодепрессантами, при двухстороннем стенозе почечных артерий.

### **Передозировка**

Данные по передозировке у людей ограничены. Наиболее характерными особенностями передозировки, зарегистрированными на сегодняшний день, являются выраженная артериальная гипотензия, которая начинается примерно через 6 ч после приема таблетки, одновременно с блокадой ренин-ангиотензиновой системы, ступор. Симптомы, связанные с передозировкой ингибиторов АПФ, могут включать циркуляторный шок, электролитные нарушения, почечную недостаточность, гипервентиляцию, тахикардию, сердцебиение, брадикардию, головокружение, беспокойство и кашель.

Рекомендованным лечением при передозировке является внутривенное вливание физиологического раствора. При возникновении гипотензии пациента укладывают горизонтально с приподнятыми ногами. Следует рассмотреть возможность инфузии ангиотензина II и/или катехоламинов внутривенно. Если препарат был принят недавно, следует принять меры выведения эналаприла малеата (например, рвота, промывание желудка, введение сорбентов и натрия сульфата). Эналаприл может быть удален из общей циркуляции с помощью гемодиализа. При устойчивой к терапии брадикардии показано использование кардиостимуляторов. Следует постоянно следить за основными жизненными функциями, концентрацией в сыворотке крови электролитов и креатинина.

### **Меры предосторожности**

Если пациент с артериальной гипертензией получал лечение диуретиками, то их, по возможности, следует отменить за 2–3 дня до начала лечения эналаприлом. В противном случае существенно возрастает риск развития артериальной гипотензии. Если отмена диуретиков невозможна, то эналаприл следует применять в уменьшенных дозах. При хронической сердечной недостаточности дозу диуретиков необходимо уменьшить.

Следует отменить препарат перед исследованием функции паращитовидных желез.

Следует иметь в виду возможность развития артериальной гипотензии у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью, тяжелыми нарушениями функции почек, а также у пациентов с нарушениями водно-электролитного баланса, обусловленного лечением диуретиками, бессолевой диетой, диареей, рвотой или находящихся на гемодиализе.

С осторожностью, также из-за риска развития артериальной гипотензии, назначают препарат пациентам с ишемической болезнью сердца, тяжелыми цереброваскулярными заболеваниями, при стенозе устья аорты с нарушениями гемодинамики или других препятствиях оттоку крови из левого желудочка.

### *Двойная блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС)*

Двойная блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы ассоциируется с повышенным риском развития гипотонии, гиперкалиемии и нарушениями функции почек (включая острую почечную недостаточность) в сравнении с монотерапией. Двойная блокада РААС с применением иАПФ, БРА II или Алискирена не может быть рекомендована любому пациенту, особенно пациентам с диабетической нефропатией.

В отдельных случаях, когда совместное применение иАПФ и БРА II абсолютно показано, необходимо тщательное наблюдение специалиста и обязательный мониторинг функции почек, водно-электролитного баланса, артериального давления. Это относится к назначению кандесартана или валсартана в качестве дополнительной терапии к ингибиторам АПФ у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Проведение двойной блокады РААС под тщательным наблюдением специалиста и обязательным мониторингом функции почек, водно-электролитного баланса и артериального давления, возможно у пациентов с хронической сердечной недостаточностью при непереносимости антагонистов альдостерона

(спиронолактона), у которых наблюдается персистирование симптомов хронической сердечной недостаточности, несмотря на проведение иной адекватной терапии.

*Нарушение функции почек.* Нарушение функции почек в связи с приемом эналаприла, главным образом, наблюдалось у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью или заболеванием почек, включая стеноз артерии почек. Для таких пациентов стандартной медицинской практикой является регулярный контроль содержания калия и уровня креатинина. При своевременном выявлении и соответствующем лечении почечная недостаточность, связанная с терапией эналаприлом, обычно носит обратимый характер.

*Реноваскулярная гипертензия.* Существует повышенный риск артериальной гипотензии и почечной недостаточности, когда пациенты с двусторонним стенозом артерий почек или стенозом артерии единственной почки лечатся ингибиторами АПФ. Нарушение функции почек возможно уже при минимальных изменениях уровня креатинина в сыворотке крови. Таким пациентам лечение следует начинать малыми дозами под тщательным врачебным наблюдением с титрованием дозы и мониторингом функции почек.

*Трансплантация почки.* В связи с отсутствием опыта применения эналаприла у пациентов, недавно перенесших операцию по трансплантации почки, назначение препарата данной категории пациентов не рекомендуется.

*Печеночная недостаточность.* Редко при лечении ингибиторами АПФ развивался синдром, который начинался с холестатической желтухи или гепатита и прогрессировал до некроза печени и (иногда) приводил к летальному исходу. Механизм этого синдрома остается невыясненным. Пациенты, которые принимают ингибиторы АПФ и у которых развивается желтуха или заметное повышение ферментов печени, должны прекратить прием ингибитора АПФ и находиться под соответствующим медицинским наблюдением.

*Нейтропения/агранулоцитоз.* У пациентов, принимавших ингибиторы АПФ, сообщалось о появлении нейтропении/агранулоцитоза, тромбоцитопении и анемии. У пациентов с нормальной функцией почек и при отсутствии других осложняющих факторов нейтропения возникала редко. Эналаприл назначают очень осторожно пациентам с коллагенозами, а также проходящим иммуносупрессивную терапию, лечение аллопуринолом или прокаинамидом. У некоторых из этих пациентов развивались серьезные инфекции, которые иногда не отвечали на интенсивную терапию антибиотиками. При назначении эналаприла таким пациентам рекомендуется периодический мониторинг количества лейкоцитов, пациенты должны сообщать о любых проявлениях инфекции.

*Гиперчувствительность/ангионевротический отек.* При применении ингибиторов АПФ, в том числе эналаприла, были описаны единичные случаи ангионевротического отека лица, конечностей, губ, языка, голосовой щели и/или гортани, возникавшие в разные периоды лечения. В этих случаях следует немедленно прекратить лечение эналаприлом и установить постоянное наблюдение за пациентом до полного исчезновения симптомов. Если отек локализуется в области языка, голосовой щели или гортани, может развиваться обструкция дыхательных путей. В этом случае следует немедленно начать соответствующую терапию и/или меры по обеспечению проходимости дыхательных путей.

У представителей негроидной расы, принимавших ингибиторы АПФ, чаще возникал ангионевротический отек по сравнению с пациентами других рас.

*Анафилактические реакции во время проведения гипосенсибилизации аллергеном из яда перепончатокрылых.* Изредка у пациентов, получавших ингибиторы АПФ во время проведения гипосенсибилизации аллергеном из яда перепончатокрылых, развивались анафилактические реакции, которые могли быть угрожающими для жизни пациентов. Подобных реакций можно избежать, если до начала гипосенсибилизации временно прекратить прием ингибитора АПФ.

*Анафилактические реакции в течение афереза липопротеидов низкой плотности.* Редко у пациентов, принимавших ингибиторы АПФ в течение афереза ЛПНП с декстрана сульфатом, возникали анафилактические реакции, которые представляли угрозу жизни. Таких реакций можно избежать путем временного прекращения приема ингибиторов АПФ перед каждым аферезом.

*Пациенты, находящиеся на гемодиализе.* У пациентов, находящихся на диализе с использованием мембран высокой пропускной способности (например AN 69) и применяющих одновременно ингибитор АПФ, иногда развивались анафилактические реакции. Поэтому для таких пациентов рекомендуется рассмотреть вопрос о применении диализных мембран другого типа или гипотензивного средства другой группы.

*Гипогликемия.* Пациентам с сахарным диабетом, принимающим пероральные противодиабетические препараты или инсулин и начинающим терапию ингибитором АПФ, следует рекомендовать тщательно контролировать уровень глюкозы в крови, особенно в первые несколько месяцев совместного применения.

*Кашель.* Сообщалось о возникновении кашля при лечении ингибиторами АПФ. Обычно кашель носит непродуктивный устойчивый характер и прекращается после отмены препарата.

*Хирургические вмешательства и анестезия.* Во время обширных хирургических операций или во время анестезии препаратами, вызывающими артериальную гипотензию, эналаприл может блокировать образование ангиотензина II, вторично приводя к компенсаторному освобождению ренина. Если при этом развивается артериальная гипотензия, в патогенезе которой участвует данный механизм, она может быть скорректирована путем увеличения объема жидкости.

*Гиперкалиемия.* Во время лечения ингибиторами АПФ, включая эналаприл, у некоторых пациентов наблюдалось повышение уровня калия в крови. Риск гиперкалиемии повышен у пациентов с нарушением функции почек, лиц старше 70 лет, пациентов с сахарным диабетом, пациентов с такими состояниями как: обезвоживание, острая сердечная декомпенсация, метаболический ацидоз, сопутствующим приемом калийсберегающих диуретиков (например, спиронолактона, эплеренона, триамтерена или амилорида), при использовании пищевых добавок или солевых заменителей, содержащих калий; а также у пациентов, принимающих другие препараты, которые могут вызвать повышение калия в крови. Гиперкалиемия может вызвать серьезные, иногда летальные аритмии. Если одновременный прием эналаприла и любого из этих препаратов считается необходимым, их следует применять с осторожностью, регулярно контролируя содержание калия в сыворотке крови.

*Лактоза.* Препарат содержит лактозу, поэтому его не следует назначать пациентам с редкими наследственными формами непереносимости галактозы, дефицитом лактазы или синдромом глюкозо-галактозной мальабсорбции.

*Дети.* Существуют ограниченные данные об эффективности и безопасности применения эналаприла при артериальной гипертензии у детей старше 6 лет. Применять препарат у детей по другим показаниям не рекомендуется. Препарат не следует применять у новорожденных и педиатрических пациентов с клубочковой фильтрацией  $<30$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

*Применение во время беременности и в период лактации*

*Беременность*

*Применение ингибиторов АПФ не рекомендуется в первом триместре беременности.*

За исключением тех случаев, когда невозможно произвести замену ИАПФ на иную альтернативную терапию, пациентки, планирующие беременность, должны быть переведены на антигипертензивную терапию лекарственными средствами, у которых профиль безопасности для беременных женщин является хорошо изученным. При наступлении беременности прием ингибитора АПФ должен быть прекращен незамедлительно, и при необходимости назначена иная антигипертензивная терапия.

*Применение ингибиторов АПФ противопоказано во втором и третьем триместрах беременности.*

При применении ингибиторов АПФ во втором и третьем триместрах беременности установлено проявление фетотоксического действия (нарушение функции почек, олигогидрамниоз, задержка окостенения костей черепа) и неонатальной токсичности (почечная недостаточность, гипотензия, гиперкалиемия). В случае, если прием ингибитора АПФ осуществлялся со второго триместра беременности, рекомендуется УЗИ функции почек и костей черепа. У новорожденных, матери которых принимали ингибиторы АПФ, необходимо тщательно контролировать артериальное давление для предотвращения возможного развития гипотензии.

### *Лактация*

*На время лечения следует прекратить грудное вскармливание.*

Эналаприл в очень низких концентрациях проникает в грудное молоко. Хотя создаваемые концентрации можно рассматривать как клинически незначимые, использование данного лекарственного средства в период кормления грудью не рекомендуется в случае рождения недоношенных новорожденных, а также в первые несколько недель после рождения в связи с предполагаемым риском неблагоприятного воздействия на сердечно-сосудистую систему и почки, а также недостаточным клиническим опытом.

При кормлении ребенка более старшего возраста использование данных лекарственных средств возможно в случае, если терапия рассматривается как необходимая для матери и состояние ребенка контролируется с точки зрения возможного развития любых побочных реакций.

*Влияние на способность к управлению автотранспортом и другими потенциально опасными механизмами.* На период лечения следует соблюдать осторожность при управлении автомобилем и потенциально опасными механизмами из-за возможного появления головокружения, сонливости, снижения памяти.

### **Взаимодействие с другими лекарственными средствами**

При одновременном назначении с калийсберегающими диуретиками или препаратами калия возможно развитие гиперкалиемии. При одновременном применении с диуретиками, бета-адреноблокаторами, метилдопой, нитратами, блокаторами кальциевых каналов, гидралазином, празозином возможно усиление гипотензивного действия. При одновременном применении с НПВС (в т. ч. с ацетилсалициловой кислотой) возможно снижение эффекта эналаприла и повышение риска развития нарушения функции почек. При одновременном применении с этанолом, а также средствами для общей анестезии увеличивается риск развития артериальной гипотензии. Эналаприл ослабляет действие препаратов, содержащих теофиллин. При одновременном применении с препаратами лития замедляется выведение лития и усиливается его действие. При одновременном применении с циметидином удлиняется период полувыведения эналаприла.

### *Двойная блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы*

На основе имеющихся данных, двойная блокада РААС с применением иАПФ, БРА II или Алискирена не может быть рекомендована любому пациенту, особенно пациентам с диабетической нефропатией.

У пациентов с сахарным диабетом или умеренной/тяжелой почечной недостаточностью (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) одновременное применение Алискирена с иАПФ или БРА II противопоказано.

В отдельных случаях, когда совместное применение иАПФ и БРА II абсолютно показано, необходимо тщательное наблюдение специалиста и обязательный мониторинг функции почек, водно-электролитного баланса, артериального давления.

### *Препараты золота*

Получены единичные сообщения о нитритоидных реакциях (симптомы включают покраснение лица, тошноту, рвоту и гипотензию) у пациентов, получающих инъекционные препараты золота (натрия ауротиомалат) и ингибиторы АПФ, включая эналаприл.

### *Противодиабетические средства*

Эпидемиологические исследования предполагают, что одновременное применение ингибиторов АПФ и противодиабетических препаратов (инсулин, противодиабетические препараты для приема внутрь) может приводить к заметному снижению уровня сахара в крови с риском развития гипогликемии. Это явление с наибольшей вероятностью может появиться у пациентов с повреждением почек в течение первых недель комбинированного лечения.

### *Трициклические антидепрессанты/нейролептики/анестетики/наркотические средства*

Одновременное применение некоторых анестетиков, трициклических антидепрессантов и нейролептиков с ингибиторами АПФ может приводить к дополнительному снижению АД.

### *Симпатомиметики*

Симпатомиметики могут уменьшать антигипертензивный эффект.

*Ацетилсалициловая кислота, тромболитики и β-блокаторы*

Эналаприл может безопасно назначаться одновременно с ацетилсалициловой кислотой (в кардиологической дозировке), тромболитиками и β-блокаторами.

**Условия хранения**

В защищенном от влаги месте при температуре не выше 25°C.

Хранить в недоступном для детей месте.

**Срок годности**

3 года. Не использовать по истечении срока годности, указанного на упаковке.

**Упаковка**

По 10 таблеток в контурную ячейковую упаковку. По 3 контурные упаковки вместе с инструкцией по применению помещают в пачку из картона.

**Отпуск из аптек**

По рецепту.

**Произведено:** «Си. Ти. Эс. Кемикал Индастриз Лтд.», Израиль

**Расфасовано и упаковано:** РУП «Белмедпрепараты», Республика Беларусь, 220007, г. Минск, ул. Фабрициуса, 30, т./ф.: (+375 17) 220-37-16, e-mail: [medic@belmedpreparaty.com](mailto:medic@belmedpreparaty.com).