



ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
21.09.2016 № 989
Реєстраційне посвідчення
№ UAN#5474/01/01

ЗМІНИ ВНЕСЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
26.06.2020 №1466

Склад:

діючі речовини: 1 таблетка містить каптоприлу у перерахуванні на 100 % речовину 50 мг, гідрохлортазиду у перерахуванні на 100 % речовину 12,5 мг;
допоміжні речовини: повідон; лактоза, моногідрат; кальцію стеарат; крохмаль картопляний; кремнію діоксид кольорій безводний (аеросил).

Лікарська форма.

Таблетки.

Основні фізико-хімічні властивості: таблетки білого або майже білого кольору, круглої форми з плоскою поверхнею, з однією або двома рисками та фаскою.

Фармакотерапевтична група. Комбіновані препарати інгібіторів АПФ. Каптоприл і діуретики.

Код ATХ C09B A01.

Фармакологічні властивості.

Фармакодинаміка.

Комбінований антигіпертензивний препарат. Каптоприл, що входить до складу препаратору, інгібітор ангіотензинпреветровіального ферменту (АПФ), пригнічує утворення ангіотензину II, перешкоджає його судинозвужувальній дії та стимулюючому впливу на секрецію альдостерону в надниркових залозах. Знижує загальний периферичний судинний опір, артеріальний тиск, зменшує перед - та після навантаження на міокард, знижує тиск у правому передсерді та в малому колі кровообігу.

Гідрохлортазид виявляє помірно виражений діуретичний ефект, збільшуючи виведення з організму іонів натрію, хлору, калію та рідини. Зменшує вміст іонів натрію у судинній стінці, знижуючи її чутливість до вазоконстрикторних впливів і посилюючи тим самим антигіпертензивний ефект каптоприлу.

Немеланомний рак шкіри: На основі наявних даних епідеміологічних досліджень спостерігається сукупний дозозалежний зв'язок між прийомом гідрохлортазида і немеланомним раком шкіри. Одне дослідження включало популяцію, що включала 71 533 випадків базальноклітинної карциноми і 8 629 випадків плоскоклітинної карциноми, які відповідали 1 430 833 та 172 462 контролальної популяції відповідно. Висока кумулятивна доза гідрохлортазида ($\geq 50,000$ мг) була пов'язана з встановленням коефіцієнтом ймовірності 1,29 (95% ДІ: 1,23-1,35) для базальноклітинної карциноми і 3,98 (95% ДІ: 3,68-4,31) для плоскоклітинної карциноми. Встановлена залежність від кумулятивної дози спостерігалася як для базальноклітинної так і для плоскоклітинної карциноми. Інше дослідження показало можливий зв'язок між раком губи (плоскоклітинна карцинома) та впливом гідрохлортазида: 633 випадків раку губ збігається з 63 067 контролальної популяції, використовуючи стратегію вибірки, що визначає ризик. Залежність від кумулятивної дози було продемонстровано і встановленім коефіцієнтом ймовірності 2,1 (95% ДІ: 1,7-2,6), що збільшується до коефіцієнту ймовірності 3,9 (3,0-4,9) для високих доз (~ 25 000 мг) і коефіцієнту ймовірності 7,7 (5,7-10,5) для найвищої кумулятивної дози (~ 100,000 мг) (див. також розділ «Особливості застосування»).

Фармакокінетика.

Каптоприл швидко всмоктується після перорального прийому, максимальна концентрація у сироватці крові досягається приблизно через 1 годину після прийому. Мінімальне всмоктування – приблизно 75 %. Пік концентрації у плазмі крові досягається протягом 60-90 хвилин. Наявність їжі у шлунково-кишковому тракті зменшує всмоктування приблизно на 30-40 %. З білками плазми крові зв'язується приблизно 25-30 % препарату, що циркулює. Період напіввиведення незміненого каптоприлу з плазмою крові становить приблизно 2 години.

Понад 95 % прийнятої дози препарату виводиться з сечею протягом 24 годин; 40-50 % становить препарат у незміненому вигляді, решту складають незмінені метаболіти. Порушення функції нирок може привести до накопичення препарату.

Дослідження на тваринах показали, що каптоприл не проникає через гематоцефалічний бар'єр.

Всмоктування гідрохлортазиду при пероральному прийомі відбувається швидко. Середня тривалість періоду напіврозпаду у плазмі крові при прийомі препаратору настіле становить від 5 до 15 годин. Гідрохлортазид швидко виводиться нирками і (> 95 %) виводиться з сечею у незміненому вигляді.

Клінічні характеристики.

Показання.

Лікування артеріальної гіпертензії.

Протипоказання.

- Гіперчувствливість до діючих речовин або допоміжних речовин лікарського засобу, та до будь-яких інших інгібіторів АПФ або похідних сульфонамідів.

- Наявність в анамнезі ангіоневротичного набряку під час лікування інгібіторами АПФ.

- Спадковий/ідіопатичний ангіоневротичний набряк.

- Тяжкі порушення функції нирок (кліренс креатиніну < 30 мл/хв).

- Тяжкі порушення функції печінки.

- Вагітні та жінки, що планують завагітніти (див. розділ «Застосування у період вагітності або годування грудью»).

- Двобічний стеноз ниркових артерій, який впливає на гемодинаміку, або стеноз артерій єдиної нирки, який є істотним для гемодинаміки.

- Порфірія.

- Анурия.

- Резистентна до лікування гіпокаліємія або гіперкаліємія.

- Рефрактерна гіпонатріємія.

- Симптомна гіперурикемія (подагра).

- Одночасне застосування аліскрен-вімісних препаратів пацієнтам із цукровим діабетом або порушенням ниркової функції (ШКФ< 60 мл/хв/1,73м²).

Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.

КАПТОПРИЛ

Калійзберігаючі діуретики або харчові добавки з калієм.

Інгібітори АПФ зменшують втрату калію, що спричинена прийомом діуретиків. Калійзберігаючі діуретики (наприклад, спиронолактон, тріамтерен або амілорід), добавки з калієм або замінники солі, що містять калій, можуть привести до гіперкаліємії. При одночасному застосуванні на тлі наявної гіпокаліємії їх варто застосовувати з великою обережністю і частим моніторингом концентрації калію у сироватці крові.

Діуретики (тіазидні або петлеві діуретики): існує ризик розвитку артеріальної гіпотензії внаслідок дегідратації, що спричинена прийомом високих доз діуретиків при застосуванні каптоприлу. Гіпотензивний ефект можна зменшити шляхом відміні діуретиків, збільшеннем вживання рідини і солі, зменшеннем початкових доз капто-

Капотіазид®

CAPOTIAZIDE®

Цитотоксичні засоби (наприклад, циклофосфамід, метотрексат): тіазиди можуть зменшувати виведення нірковими цитотоксичними лікарськими препаратами і потенціювати їх мієосупресорний ефект.

Метилдолпа: повідомлялося про окремі випадки виникнення гемолітичної анемії при одночасному застосуванні гідрохлортазиду та метилдолпи.

Циклоспорин: при одночасному застосуванні циклоспорину може посилюватися гіперурикемія та зростати ризик ускладнень на зразок подагри.

Вплив лікарських засобів на результати лабораторних аналізів. Через вплив на обмін кальцію тіазиди можуть впливати на результати оцінки функції параситовидних залоз (див. розділ «Особливості застосування»).

Йодомісні контрастні засоби: у випадку індукованої діуретиками дегідратації підвищується ризик розвитку гострої ниркової недостатності, переважно при застосуванні високих доз йодомісніх контрастних засобів. Пацієнти потребують регідратації до введення йодомісніх препаратів.

Бета-блокатори та діазоксид: одночасне застосування з а-адреноблокаторами може посилювати гіпотензивний ефект каптоприлу і підвищувати ризик розвитку ортостатичної гіпотензії.

Лікування гострого інфаркту міокарда: каптоприл може застосовувати разом з ацетилсіліциовою кислотою (у кардіологічному дозуванні), тромболітиками, β-адреноблокаторами та/або нітратами у пацієнтів з інфарктом міокарда.

Трициклічні антидепресанти/нейролептики: інгібітори АПФ можуть посилювати гіпотензивний ефект деяких трициклічних антидепресантів і нейролептиків, що може приводити до ортостатичної гіпотензії.

Алопуринол, прокайнамід, цитостатичні та імунонедепресивні лікарські засоби: сумісне застосування з інгібіторами АПФ може привести до підвищеного ризику розвитку лейкопенії, особливо якщо останні застосовувати у дозах вище рекомендованих.

Літій: паралельне використання інгібіторів АПФ і літію може спричинити тимчасове підвищення рівня літію в сироватці крові та інтоксикацію літієм. Супутній прийом інгібіторів АПФ та тіазидних діуретиків може додатково збільшити рівень літію в сироватці крові та підвищити ризик інтоксикації літієм. Не рекомендується прийом каптоприлу з літієм. Якщо така комбінація є необхідною для пацієнта, слід здійснювати ретельний моніторинг рівня літію в сироватці крові (див. розділ «Особливості застосування»).

Симптоматіметики: можуть зменшувати антигіпертензивний ефект інгібіторів АПФ, тому пацієнтам слід проводити ретельний моніторинг рівня АТ (артеріального тиску).

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП): описано, що інгібітори АПФ та НПЗП здійснюють додатковий ефект на збільшення рівня калію в сироватці крові, що може спричинити порушення функції нирок. Зазвичай цей ефект є оборотним. Рідко може мати місце гостра ниркова недостатність, особливо у пацієнтів з порушеннями функції нирок, наприклад, пацієнти літнього віку або зневоднені пацієнти. Введення НПЗП може знижити дію гіпоглікемічних лікарських засобів.

ГІДРОХЛОРТАЗИД: антиаритмічні засоби класу Ia (наприклад, хінідин, гідрохлортазид);

- антиаритмічні засоби класу III (наприклад, аміодарон, сotalol, дофетилід, ібутилід);

- деякі нейролептики (наприклад, тіоридазин, хлорпромазин, левомепромазин, трифтормеразин, ціамемазин, сульпірид, сультоприд, амісульпірид, тіаприд, пімо-зид, галоперидол, дроперидол);

- інші лікарські засоби (наприклад, бепридил, цизаприд, дифеманіл, еритроміцин для внутрішньовенного введення, галофантрин, мізоластин, пентамідин, терфенадин, вінкамін для внутрішньовенного введення).

Подвійна блокада ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) інгібіторами АПФ, блокаторами рецепторів ангіотензину II або аліскіреном асоційована з підвищеним ризиком гіпотензії, гіперкаліємії та зниженням функції нирок (у тому числі гострої ниркової недостатності) порівняно з монотерапією, тому їх комбіноване застосування не рекомендується.

Інгібітори АПФ та блокатори рецепторів ангіотензину II не слід використовувати одночасно для пацієнтів з діабетичною нефропатією.

Особливості застосування.

Комбінований препарат у фіксованих дозах показаний пацієнтам, артеріальний тиск яких не може адекватно контролюватися тільки каптоприлом або гідрохлортазидом окремо.

КАПТОПРИЛ

Артеріальна гіпотензія: виникає рідко у хворих з неускладненою гіпертензією.

Симптоми артеріальної гіпотензії частіше зустрічаються у пацієнтів з гіпертонічною хворобою, у яких водно-електролітний баланс знижений у наслідок терапії діуретиками, дієти з низьким вмістом натрію, діареї, блювання або гемодіалізу. Перш ніж назначити інгібітори АПФ, необхідно відкоригувати водно-електролітний баланс, та прияти рішення про призначення мінімально ефективної дози препарату.

Як і з будь-яким іншим антигіпертензивними засобами, інтенсивне зниження артеріального тиску у хворих з ішемічними серцево-судинними або цереброваскулярними захворюваннями може підвищувати ризик розвитку інфаркту міокарда або інсульту. Якщо виникає артеріальна гіпотензія, пацієнту необхідно надати горизонтальне (лежачи на спині) положення. Може бути необхідним збільшення об'єму циркулюючої крові, шляхом внутрішньового введення 0,9 % розчину натрію хлориду.

Артеріальна гіпертензія. Пацієнти із серцевою недостатністю також є в групі ризику виникнення симптоматичної гіпотензії при застосуванні інгібіторів АПФ. Тому даним пацієнтам рекомендовано призначити каптоприл з низької початкової дози. Підвищення дози інгібіторів АПФ і діуретиків слід проводити під ретельним наглядом лікаря.

Реноваскулярна гіпертензія: іс

ца або помітне підвищення рівня печінкових ферментів, необхідно припинити прийом інгібіторів АПФ і звернути до лікаря.

Гіперкаліємія: у деяких пацієнтів, які приймають інгібітори АПФ, у тому числі Каптоприл®, спостерігається підвищення рівня калію у сироватці крові. До групи ризику розвитку гіперкаліємії відносяться пацієнти з нирковою недостатністю, цукровим діабетом, особи, які приймають калійзбергаючі діуретики, харчові добавки з калієм, а також пацієнти, які приймають інші лікарські засоби, що підвищують рівень калію у сироватці крові (наприклад гепарин). Якщо прийом вище вказаних препаратів на тлі прийому інгібіторів АПФ є необхідним, потрібно проводити контроль рівня калію у сироватці крові.

Літій: комбінація літію та каптоприпу не рекомендована (див. розділ «Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодії»).

Стеноз аорти і мірального клапану/обструктивна гіпертрофічна кардіоміопатія / кардіогенний шок: інгібітори АПФ слід з обережністю застосовувати пацієнтам з обструкцією клапана і вихідного відділу лівого шлуночка, їх застосування слідувати у випадку кардіогенного шоку і значних гемодинамічних порушень.

Нейтропенія/агранулоцитоз: повідомлялося про випадки нейтропенії, агранулоцитозу, тромбоцитопенії та анемії у пацієнтів, які приймали інгібітори АПФ. У пацієнтів з нормальнюю функцією нирок, при відсутності інших факторів, нейтропенія спостерігається рідко. З особливою обережністю препарат слід назначати пацієнтам з колагенозами, пацієнтам, які проходять курс лікування імунонедресантами, приймають алопуринол або про-каїнамід, а також при поєданні цих станів, особливо на тлі наявного порушення функції нирок. У деяких таких пацієнтів розвивається тяжкі інфекції, що не завжди піддається інтенсивній терапії антибіотиками. При прийомі препарату таким пацієнтам слід проводити періодичний контроль кількості лейкоцитів у крові та їх диференційний підрахунок (до лікування, кожні 2 тижні протягом перших трьох місяців терапії і періодично надалі) та попередити хворого про необхідність повідомляти про будь-які ознаки інфекції (наприклад підвищення температури, біль у горлі). У разі виникнення нейтропенії (кількість нейтрофілів < 1000/mm³) застосування препаратора слід припинити. Після припинення терапії каптоприпу у більшості пацієнтів кількість нейтрофілів швидко повертається до нормального рівня.

Протеїнурія: у пацієнтів з порушеню функцією нирок або у тих, хто приймає відносно високі дози каптоприпу (більше 150 мг/добу), можливий розвиток протеїнурії. Рівень білка в сечі більше 1 г на добу було зареєстровано приблизно у 0,7 % пацієнтів, які отримували каптоприп. Нefротоксичний синдром діагностований у 20 % пацієнтів з протеїнурією. У більшості випадків протеїнурія зникала протягом 6 місяців після відміни препаратору. Параметри функції нирок, такі як рівень азоту сечовини і креатиніну, змінювались рідко. У хворих із порушеню функцією нирок необхідно проводити визначення рівню білка в сечі до початку лікування та періодично контролювати його під час терапії препаратором.

Анафілактоїдні реакції: у пацієнтів, які приймають інгібітори АПФ під час проведення десенсибілізації алергеном з отрути перетинчастокрилих, можливий розвиток стіків, таких, що загрожують життю анафілактоїдних реакцій. Тому лікування інгібіторами АПФ слід застосовувати з обережністю пацієнтам, які проходять подібні заходи десенсибілізації.

Анафілактоїдні реакції під час високопроточного діалізу/аферезу ліlopротеїдів низької щільності: у пацієнтів, які приймають інгібітори АПФ під час проходження гемодіалізу із застосуванням високопроточних мембрани, можливий розвиток стіків анафілактоїдних реакцій. Розвитку цих реакцій можна уникнути шляхом заміни діалізних мембрани на мембрани іншого типу або прийому антигіпертензивних засобів іншого класу.

У пацієнтів, які приймають інгібітори АПФ, під час проведення аферезу ліlopротеїдів низької щільності можливий розвиток стіків анафілактоїдних реакцій. Розвитку цих реакцій можна уникнути шляхом заміни діалізних мембрани на мембрани іншого типу або прийому антигіпертензивних засобів іншого класу.

Хірургічні втручання/анестезія: у пацієнтів, які піддаються серйозним хірургічним втручанням або анестезії препараторами, що знижують артеріальний тиск, може розвинутися артеріальна гіпотензія. Артеріальну гіпотензію, що виникла у такому випадку, потрібно відкоригувати за допомогою збільшення об'єму циркулюючої крові шляхом введення додаткового об'єму рідини.

Пацієнти з цукровим діабетом: інгібітори АПФ слід приймати з обережністю пацієнтам з цукровим діабетом, які приймають пероральні протидіабетичні засоби або інсулін, а також регулярно проводити контроль рівня глукози крові, особливо протягом першого місяця лікування.

Застосування інгібіторів АПФ, у тому числі каптоприпу, пацієнтам негройдної раси є менш ефективним для зниження артеріального тиску, ніж пацієнтам іншої раси, вра-слід переважання низьких фракцій реніну.

ГІДРОХЛОРТИАЗИД

Ниркова недостатність: препарат слід з обережністю застосовувати при порушенні функції нирок, оскільки тіазидні діуретики можуть привести до азотемії. Також можлива кумуляція препаратору. При прогресуванні захворювання нирок, що характеризується підвищеним рівнем залишкового азоту крові, слід ретельним чином оцінити доцільність продовження терапії і у випадку необхідності - припинити лікування.

Печінкова недостатність: слід з обережністю застосовувати препарат при порушенні функції печінки або при прогресуючих захворюваннях печінки, оскільки тіазидні діуретики можуть спричинити порушення водно-електролітного балансу, що у свою чергу, може привести до швидкого розвитку печінкової коми.

Метаболічні та ендокринні порушення: при лікуванні тіазидами можливе зниження глукозотерантності. Може виникати необхідність у модифікації доз протидіабетичних засобів, у тому числі інсуліну. На тлі терапії тіазидами може маніфестиувати латентний цукровий діабет.

Із застосуванням тіазидних діуретиків було пов'язано підвищення рівня холестерину і тригліцидів.

У деяких пацієнтів, які приймають тіазиди, може виникати гіперурикемія або загострення подагри.

Порушення електролітного балансу: у випадку застосування діуретичної терапії необхідно проводити періодичний моніторинг рівня електролітів у сироватці крові.

Тіазиди, у тому числі і гідрохлортиазид, можуть викликати водно-електролітний дисбаланс (гіпокаліємія, гіпонатріемія і гіпохлоремічний алкалоз). Попереджуvalьними симптомами, які свідчать про наявність водно-електролітного дисбалансу, є сухість у роті, спрага, слабкість, в'ялість, сонливість, стурбованість, біль у м'язах або судомі, м'язова слабкість, артеріальна гіпотензія, олігурія, тахікардія, а також шлунково-кишкові розлади, такі як нудота і блювання.

Хоча одночасне застосування з каптоприлом зменшує ризик розвитку гіпокаліємії, спричиненої гідрохлортиазидом, до групи підвищеної ризику розвитку гіпокаліємії відносяться пацієнти з цирозом печінки, підвищеним діурезом, недостатнім пероральним заміщенням втрати електролітів, а також особи, які отримують терапію глюкокортикоїдами або адренокортикотропним гормоном.

У спекотну пору року у пацієнтів, схильних до набряків, може виникнути гіпонатріемія, зазвичай помірна і така, що не потребує лікування.

Тіазиди можуть знижувати ниркову екскрецію кальцію і, таким чином, спричиняти коливання або незначне підвищення концентрації кальцію. Тому перед проведенням визначення функціонального стану парасцитовидних за-лоз застосування препаратору слід припинити.

Антидопінговий тест: гідрохлортиазид, який входить до цього препарату, може давати позитивний результат при проведенні антидопінгового тесту.

Інше: реакції гіперчувствливості можуть виникати у пацієнтів з наявністю або відсутністю випадків розвитку алергії або бронхіальної астми в анамнезі. Повідомлялося про можливий розвиток або загострення системного червоного вовчачка.

Гостра міопія і вторинна гостра закритокутова глаукома: лікарські засоби, що містять сульфаніламід або його похідні, можуть викликати ідіосинкрезію, яка призводить до транзиторної міопії і гострої закритокутової глаукоми. Гідрохлортиазид є похідним сульфаніламіду, однак до цього часу повідомлялося лише про окремі випадки виникнення закритокутової глаукоми на тлі застосування гідрохлортиазиду. До симптомів цього захворювання відносяться різке зниження гостроти зору або біль в очах. Як правило, ці симптоми розвиваються через кілька годин або кілька тижнів після початку терапії цим препаратом. Якщо залишити гостру закритокутову глаукому без лікування, це може привести до необоротної втрати зору у пацієнта. При виявленні такого симптуму, перш за все, слід якомога швидше відмінити терапію цим препаратом. Якщо після цього внутрішньоочний тиск залишається неконтрольований, можна розглянути доцільність медикаментозного або хірургичного лікування. Фактори ризику розвитку гострої закритокутової глаукоми можуть включати наявність в анамнезі алергії або сульфаніламіду або пеніцилін.

Препарат може впливати на результати наступних лабораторних аналізів:

- препарат може знижувати рівень зв'язаного з білками йоду у плазмі крові;
- лікування препаратором слід припинити перед проведенням лабораторного обстеження з метою оцінки функції парасцитовидних залоз;
- препарат здатний підвищувати концентрацію вільного білірубіну в сироватці крові.

Немеланомний рак шкіри

Підвищення ризику розвитку немеланомного раку шкіри (базальноклітинної карциноми і плоскоклітинної карциноми) після застосування високих сумарних доз гідрохлортиазиду було виявлено у двох епідеміологічних дослідженнях, що базуються на даних Данського національного реєстру онкологічних захворювань. В якості можливого механізму розвитку немеланомного раку шкіри може виступати фотосенсібілізація дія гідрохлортиазиду.

Пацієнти, які приймають гідрохлортиазід, слід інформувати про ризик розвитку немеланомного раку шкіри, про необхідність регулярної перевірки шкіри на наявність нових вогнів що єдино необхідністю негайній консультації лікаря при появі підозрілих новоутворень на шкірі.

Пацієнти повинні бути проінформовані про профілактичні заходи, такі як обмеження впливу сонячного світла та УФ-променів, а також про необхідність застосування у разі їх впливу адекватного захисту шкіри (одяг, сонцезахисні креми тощо).

Підозрілі ураження шкіри повинні бути терміново діагностовані, включаючи проведення гістологічного дослідження біоптатом. Питання про застосування гідрохлортиазиду пацієнтам, які раніше перенесли немеланомний рак шкіри, може потребувати перегляду.

КОМБІНАЦІЯ КАПТОПРИЛУ І ГІДРОХЛОРТИАЗИДУ

Вагітність. Препарат не слід застосовувати вагітним або жінкам, які планують завагітніти. Якщо під час лікування цим препаратом підтверджується вагітність, його застосування необхідно негайніо припинити та замінити іншим лікарським засобом, що дозволений до застосування вагітним.

Ризик розвитку гіпокаліємії: комбінація інгібіторів АПФ і тіазидів не виключає можливості розвитку гіпокаліємії.

Необхідно проводити регулярний моніторинг рівня калію у крові.

Комбінація з літієм: одночасне застосування каптоприлу з літієм: не рекомендується через посилення токсичності останнього (див. розділ «Взаємодія з нашими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

Лактоза: у зв'язку з наявністю у складі препарату Каптоприз® лактози пацієнтам з рідкісними спадковими порушеннями переносимості лактози, галактози, дефіциту лактази Лапа або глукозо-галактозної мальабсорбції не слід приймати цей лікарський засіб.

Пацієнти, які отримують одночасно терапію інгібіторами АПФ і МРМ (мішень рапаміцину у ссавців) інгібіторами (наприклад, темсролімус, сіролімус, еверолімус), можуть мати підвищений ризик розвитку ангіоневротичного набряку.

Комбінація з літієм: одночасне застосування каптоприлу з літієм не рекомендується через посилення токсичності останнього (див. розділ «Взаємодія з нашими лікарськими засобами та інші види взаємодій»).

Застосування у період вагітності або годування груддю: лікарський засіб не слід застосовувати вагітним або жінкам, які планують завагітніти. Якщо під час лікування цим засобом підтверджується вагітність, його застосування необхідно негайніо припинити та замінити іншим лікарським засобом, дозволеним для застосування вагітним.

Препарат у період лактатози: препарат не слід припиняти на початку терапії інгібітором АПФ і тіазидом.

Застосування у період лактатози: препарат не слід припиняти на початку терапії інгібітором АПФ і тіазидом.

Застосування у період лактатози: препарат не слід припиняти на початку терапії інгібітором АПФ і тіазидом.

Застосування у період лактатози: препарат не слід припиняти на початку терапії інгібітором АПФ і тіазидом.

Застосування у період лактатози: препарат не слід припиняти на початку терапії інгібітором АПФ і тіазидом.

Застосування у період лактатози: препарат не слід припиняти на початку терапії інгібітором АПФ і тіазидом.

Застосування у період лактатози: препарат не слід припиняти на початку терапії інгібітором АПФ і тіазидом.

Застосування у період лактатози: препарат не слід припиняти на початку терапії інгібітором АПФ і тіазидом.