

КОНКОР®



ОРИГІНАЛЬНИЙ БІСОПРОЛОЛ



Керує подіями



- Для лікування пацієнтів з АГ, ХСН, ІХС (стенокардією)¹
- Забезпечує ефективне зменшення симптомів ІХС², ХСН³
- Покращує прогноз у пацієнтів з ХСН³



Коротка інструкція для медичного застосування препаратів Конкор® і Конкор® Кор. Склад: 1 таблетка містить 2,5, 5 або 10 мг бісопрололу фумарату. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Фармако-терапевтична група: селективні блокатори бета-адренорецепторів. Показання: АГ, ІХС (стенокардія), ХСН. Спосіб застосування та дози: препарат Конкор слід приймати не розжовуючи, вранці незалежно від прийому їжі, запиваючи невеликою кількістю рідини. Рекомендована доза становить 5 мг (1 таблетка препарату Конкор по 5 мг) на добу. У разі помірної гіпертензії (діастолічний тиск до 105 мм рт. ст.) підходить доза 2,5 мг (1 таблетка препарату Конкор Кор). За необхідності добова доза може бути підвищена до 10 мг (1 таблетка препарату Конкор по 10 мг) на добу. Максимальна рекомендована доза — 20 мг на добу. Лікування ХСН починається з 1,25 мг 1 раз на день з подальшою титрацією до 10 мг на добу. Максимальна рекомендована доза при ХСН — 10 мг на добу. Фармакологічні властивості. Селективний бета1-адрено-блокатор. Чинить антиангінальну та гіпотензивну дію. Зменшує потребу міокарда в кисні за рахунок зменшення ЧСС і зниження серцевого викиду і зниження артеріального тиску, збільшує постачання міокарда киснем за рахунок зменшення кінцево-діастолічного тиску і подовження діастолі. Побічні реакції: брадикардія (у пацієнтів з ХСН), ознаки погіршення серцевої недостатності (у пацієнтів з ХСН); запаморочення, головний біль; нудота, блювання, діарея, запор; відчуття холоду або оніміння кінцівок, артеріальна гіпотензія; астенія, стомлюваність. Категорія відпуску. За рецептом. Р. п. МОЗ України: №UA/3322/01/02, №UA/3322/01/03 / від 08.04.2013, №UA/3322/01/01 від 14.04.2010. Виробник: Мерк КГаА, Німеччина. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів і для поширення на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

1. Інструкція для медичного застосування препаратів Конкор® і Конкор® Кор. 2. TIBBS Study. Von Armin et al. — J Am Coll Cardiol 1995; 25: 231–8. 3. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomized trial. — Lancet 1999; 353; 9–13.

ТОВ «Такеда Україна»: 03150, м. Київ, вул. Червоноармійська, 55-Г, тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua

ХСН при коморбидних состояниях: выбор оптимального β-блокатора

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее сложных медико-социальных проблем в связи с широкой распространенностью, низким качеством жизни больных и высокой летальностью. У большинства пациентов с ХСН имеется коморбидная патология, ухудшающая течение основного заболевания и требующая коррекции проводимой терапии. Такие коморбидные состояния, как хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), сахарный диабет (СД), фибрилляция предсердий (ФП) и дисфункция почек, часто сочетаются с ХСН и могут усложнять выбор оптимальной базисной терапии. Особенно актуальной становится проблема выбора наиболее эффективного β-блокатора, который позволит улучшить прогноз основного заболевания с учетом влияния сопутствующей патологии.

23-24 апреля в г. Киеве состоялась V Научно-практическая конференция Украинской ассоциации специалистов по сердечной недостаточности «Сердечная недостаточность как междисциплинарная проблема: достижения и перспективы». Одной из ключевых тем форума стали аспекты применения β-блокаторов в терапии ХСН.



Доктор медицинских наук, профессор Елена Акиндиновна Коваль (Днепропетровская государственная медицинская академия) в своем докладе рассмотрела современные подходы к выбору оптимального β-адреноблокатора у пациентов с ХСН и коморбидными состояниями.

– Внедрение β-блокаторов в терапию ХСН в свое время стало революционным событием, так как длительное время эти лекарственные средства не использовались при данном патологическом состоянии. Лекарственные препараты, блокирующие β-адренергические рецепторы, в настоящее время рекомендуются в качестве обязательной терапии пациентам с ХСН и систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ), поскольку позволяют значительно улучшить прогноз. Теоретические преимущества β-блокаторов включают прямую защиту миокарда от токсического воздействия катехоламинов, снижение стимуляции других нейрогормональных вазоконстрикторных систем, блокаду проаритмогенных эффектов катехоламинов и антиишемические эффекты за счет снижения потребности миокарда в кислороде. Улучшение фракции выброса (ФВ) ЛЖ является одним из наиболее важных эффектов при долгосрочной терапии как кардиоселективными, так и неселективными β-адреноблокаторами. Кроме того, лечение β-блокаторами, как правило, приводит к ослаблению клинических симптомов ХСН, что проявляется улучшением функционального класса (ФК) по классификации NYHA и качества жизни по Миннесотскому опроснику. В целом терапии β-блокаторами присущи такие важные эффекты, как обратное развитие ремоделирования и улучшение систолической функции ЛЖ.

Подтверждение эффективности β-блокаторов продемонстрировано в различных клинических исследованиях. Первым исследованием, в котором β-блокаторы доказали свою эффективность у пациентов с ХСН, было исследование CIBIS-I.

Результаты исследования CIBIS-I показали преимущества бисопролола (в Украине зарегистрирован оригинальный бисопролол – препарат Конкор (Такеда) у следующих категорий пациентов:

– снижение смертности у больных без инфаркта миокарда в анамнезе на 47%, $p=0,01$;

– снижение смертности у пациентов с дилатационной кардиомиопатией на 53%, $p=0,01$ (CIBIS Investigators and Committees, 1994).

С клинической точки зрения особое внимание привлекают результаты исследования CIBIS-III, в соответствии с которыми начальная (в течение первых 6 мес) монотерапия бисопрололом по сравнению со стартовой монотерапией эналаприлом в течение первого года наблюдения приводила к статистически значимому – на 46% – снижению риска внезапной смерти.

В исследовании CIBIS-III впервые было продемонстрировано, что у пациентов в возрасте старше 65 лет с ХСН II-III ФК по NYHA и сниженной ФВ ЛЖ начало терапии β-адреноблокатором бисопрололом на протяжении 6 мес с последующим присоединением эналаприла так же эффективно и безопасно, как стартовая терапия ингибитором ангиотензинпревращающего фермента.

Однако в связи с повышением эффективности медикаментозной терапии и увеличением продолжительности жизни все более актуальной проблемой при выборе оптимального β-блокатора становятся коморбидные состояния. Сопутствующая патология оказывает значительное влияние на исход ХСН и может требовать изменения терапевтической стратегии.

В первую очередь следует отметить, что у пациентов с сохраненной и сниженной ФВ ЛЖ наблюдаются некоторые отличия в распространенности разных видов сопутствующей патологии. По данным последнего метаанализа, при сохраненной ФВ ЛЖ несколько чаще встречаются такие заболевания, как СД, анемия и ХОЗЛ, тогда как при сниженной – хроническая почечная недостаточность. Распространенность заболеваний периферических артерий и ФП в обеих подгруппах пациентов значительно не отличается и составляет около 27%. Это свидетельствует о необходимости учитывать наличие коморбидного заболевания независимо от показателя ФВ ЛЖ (S. Ater et al., 2012).

Вполне закономерно, что востребованность в терапии β-блокаторами несколько выше при сниженной ФВ ЛЖ, чем при сохраненной. Доля пациентов со сниженной и сохраненной ФВ ЛЖ, получающих β-блокаторы, составляет 64,9 и 55,7% соответственно (S. Ater et al., 2012).

Но при выборе терапии пациентам с ХСН и коморбидными состояниями следует учитывать наличие доказательств, что терапия β-блокаторами при ХСН способствует увеличению продолжительности жизни.

Какой же β-блокатор оптимален для пациентов с ХСН и ФП? У больных с сочетанием ХСН и ФП особое внимание следует обратить на антиаритмические возможности бисопролола.

Результаты отдельных клинических исследований показали, что бисопролол является наиболее эффективным β-блокатором в снижении риска госпитализаций у пациентов с ХСН и ФП.

Исследование M. Konishi и соавт. (2010) также позволило продемонстрировать преимущества бисопролола. Целью данной научной работы было сравнить эффективность бисопролола и карведилола у пациентов с тяжелой СН и ФП. В исследовании приняли участие 655 пациентов с СН III-IV ФК, 217 из которых получали терапию β-блокаторами при поступлении. 110 участников получали карведилол, а 107 – бисопролол. Участники терапевтических групп были полностью сопоставимы по клиническим характеристикам. Результаты исследования не выявили существенной разницы в выживаемости и частоте кардиоваскулярных событий между терапевтическими группами после 18 мес терапии. Однако было показано, что в подгруппе пациентов с ФП, получавших бисопролол, значительно улучшились такие показатели, как уровень контроля частоты сердечных сокращений и уровень натрийуретического пептида.

Более того, в группе бисопролола синусовый ритм удалось восстановить у значительно большего числа пациентов по сравнению с группой карведилола. По заключению авторов исследования, бисопролол и карведилол одинаково эффективны в улучшении течения тяжелой СН, однако бисопролол показал более благоприятное действие у больных с сочетанием СН и ФП.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что бисопролол более предпочтителен для пациентов с ХСН при наличии у них ФП.

Как уже было отмечено, СД также является очень распространенным коморбидным заболеванием у пациентов с ХСН. Ранее было установлено, что при сочетании СН и СД назначение β-блокаторов является целесообразным, поскольку позволяет повысить выживаемость больных. Это также подтвердили результаты одного из последних метаанализов, в котором было продемонстрировано, что применение β-блокаторов у пациентов с СД и СН снижает общую смертность на 16% (European Heart Journal Supplements, 2011). В данном метаанализе оценивалась эффективность таких β-блокаторов, как метопролол, карведилол и бисопролол.

Отдельного внимания заслуживает применение β-блокаторов у пациентов с хронической патологией почек. Согласно рекомендациям JACC от 2014 г. β-блокаторы следует применять у всех пациентов с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$ и хронической патологией почек III стадии (высокий уровень доказательств). Кроме того, β-блокаторы могут быть рассмотрены к применению при IV и V стадии патологии почек (средний уровень доказательств). Таким образом, наличие патологии почек у больного не может быть веской причиной отказа от терапии β-блокаторами. Напротив, данная коморбидность является стимулом для усиления последней.

Это подтвердили результаты последних метаанализов, в том числе Damman и соавт. (2014), в которых показано, что применение β-блокаторов у пациентов с хроническими заболеваниями почек и ХСН способно снижать относительный риск развития общей смертности на 28% и кардиоваскулярной смертности на 34%.

В ретроспективном анализе исследования CIBIS-II приведены достаточно веские обоснования для применения β-блокаторов у пациентов с СН и нарушением функции почек (E. Erdmann, 2001).

ХОЗЛ является очень опасным сопутствующим заболеванием для пациентов с ХСН, поскольку значительно ухудшает качество жизни и оказывает наиболее выраженное негативное влияние на исход по сравнению с другими коморбидностями. Было показано, что ХОЗЛ является достоверным и независимым предиктором смертности как при сохраненной, так и при сниженной ФВ ЛЖ. Кроме того, сочетание ХСН и ХОЗЛ приводит к более низкому уровню артериального давления и более высокому клиренсу креатинина у больных. Причем более высокий риск смертности при ХОЗЛ наблюдается у пациентов с сохраненной ФВ ЛЖ.

В последние годы наблюдается тенденция к снижению количества назначений β-блокаторов у больных с ХОЗЛ и ХСН. Такая ситуация, по всей видимости, обусловлена опасениями клиницистов по поводу бронхоконстрикции, которые увеличиваются при наличии у пациента одышки. Закономерным результатом недостаточного назначения β-блокаторов становится ухудшение исходов ХСН. В обзоре различных публикаций приведены доказательства целесообразности применения β-блокаторов у больных с сочетанием СН и ХОЗЛ легкой и умеренной степени тяжести (Mentz et al., 2014).

Подводя итоги данного анализа и принимая во внимание результаты последних исследований эффективности β-блокаторов при СН и различных коморбидных состояниях, можно сделать следующие выводы:

- β-блокаторы остаются компонентом базисной терапии ХСН при всех основных коморбидных заболеваниях;
- селективный блокатор β-адренорецепторов бисопролол (оригинальный бисопролол – Конкор) может являться препаратом выбора у пациентов с ХСН и коморбидными заболеваниями, особенно при наличии ФП и других жизнеугрожающих аритмий.

Подготовил Игорь Кравченко

