

Симпатичний овердрайв як глобальна проблема серцево-судинних захворювань

22-25 вересня відбувся XXI Національний конгрес кардіологів, який включав низку науково-практичних симпозиумів, присвячених окремим аспектам кардіології. Хоча захід відбувся в онлайн-режимі, він традиційно охоплював широкий спектр кардіологічних, споріднених і коморбідних патологічних станів та зацікавив слухачів усіх відповідних профілів: від сімейних лікарів до інтервенційних кардіологів. Неабияку популярність серед учасників конгресу мав сателітний симпозиум компанії «Асіно», присвячений ролі симпатичної гіперактивації в розвитку та прогресуванні кардіоваскулярної патології.



На початку своєї доповіді завідувач відділення симптоматичних гіпертензій ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска» НАМН України» (м. Київ), професор кафедри кардіології та функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук **Юрій Миколайович Сіренко**

звернув увагу на значні показники смертності від серцево-судинних захворювань (ССЗ) в Україні, що залишаються одними з найвищих у Європі та світі. Відомими факторами ризику ССЗ є артеріальна гіпертензія (АГ), дисліпідемія та інші метаболічні порушення (гіперглікемія, підвищення рівня сечової кислоти), малорухливий спосіб життя, харчові звички з надмірним уживанням тваринних жирів тощо. Але це далеко не всі фактори серцево-судинного ризику. Сьогодні відомо, що на серцево-судинну захворюваність та смертність значною мірою впливає стан симпатичної нервової системи (СНС).

Симпатичний овердрайв – це та ситуація, коли СНС, яка є регулятором багатьох метаболічних реакцій в організмі, тривалий час працює у режимі перенавантаження. Підвищена активність СНС зумовлює підвищення в'язкості крові, збільшення судинного тону, зміни у структурі судинної стінки та здатність судин до вазодилатації, зміни в роботі серця, зокрема здатність його повноцінного розслаблення в період діастолі (діастолічна дисфункція), зростання показників артеріального тиску (АТ), збільшення інсулінорезистентності, підвищення апетиту тощо.

Описані зміни сприяють прогресуванню атеросклерозу, спричиняють порушення функції серця та збільшують частоту аритмій. Тривала симпатикотонія є однією з поширених причин раптової смерті.

До факторів, що сприяють значному підвищенню симпатичного тону, належать куріння, надмірна маса тіла й ожиріння (особливо за центральним типом), цукровий діабет 2 типу (гіперінсулінемія зумовлює стимуляцію синтезу норадреналіну та стимуляцію симпатoadреналової системи), психологічний стрес. В умовах пандемії COVID-19 вагомими факторами симпатичної активації можуть бути тривала самоізоляція з позбавленням звичних соціальних контактів і страх зараження коронавірусом.

Симпатичний овердрайв й опосередковане ним підвищення частоти серцевих скорочень (ЧСС) тісно пов'язані з рівнем смертності від ССЗ. На сьогодні ЧСС вважається інтегральним показником, що чітко корелює з кардіоваскулярною смертністю.

За даними Фрамінгемського дослідження (довготривале проспективне випробування ССЗ), пацієнти з АГ і високою ЧСС (>84 уд./хв) мали вдвічі більший ризик розвитку серцево-судинних ускладнень порівняно із хворими на АГ з нормальними показниками ЧСС, серцево-судинної й загальної смертності.

В пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС) ЧСС >70 уд./хв асоціювалася зі збільшенням ризику виникнення серцево-судинних ускладнень на 40%.

У дослідженні MESA зростання ЧСС асоціювалося зі збільшенням ризику розвитку хронічної серцевої недостатності (ХСН) зі зниженою систолічною функцією серця.

Коригувати ЧСС можна за допомогою недигідропіридинних блокаторів кальцієвих каналів (верапаміл, дилтіазем), β-адреноблокаторів без внутрішньої симпатоміметичної активності, інгібіторів І¹-каналів (івабрадин). Із цього переліку препаратів найефективнішими у зниженні гіперсимпатикотонії та пов'язаної з нею ЧСС є β-адреноблокатори без внутрішньої симпатоміметичної активності, про що свідчать дані клінічних досліджень. Саме цей клас препаратів (завдяки можливості впливати на досить велику кількість факторів серцево-судинного континууму) здатен

ефективно пригнічувати прогресування ІХС і знижувати ризик серцево-судинних ускладнень у таких пацієнтів.



Науковий керівник відділу аритмій серця ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», доктор медичних наук, професор Олег Сергійович Сичов звернув увагу, що симпатична гіперактивація запускає низку патогенетичних процесів, які спричиняють розвиток серцево-судинних ускладнень. Так, тривала симпатикотонія зменшує резервні можливості міокарда, знижує скоротливість кардіоміоцитів і коронарний кровоток, спричиняє електролітні порушення, активацію цитокінів та прогресує ремоделювання міокарда. Вазоконстрикція, що з'являється при цьому, знижує адаптивні можливості на фізичні навантаження, збільшує ризик дисфункції міокарда та серцевої недостатності, ішемії й аритмій, зокрема раптової аритмічної смерті.

Про зв'язок зростання ЧСС із несприятливими серцево-судинними наслідками відомо досить давно. Так, у 1996 р. Е. Копі та співавт. довели, що середнє значення інтервалу RR <700 мс (ЧСС >85 уд./хв) є незалежним предиктором розвитку раптової серцевої смерті, при цьому діагностична цінність цього показника перевищувала такий критерій, як середнє значення фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ).

Проспективне дослідження 7079 чоловіків віком 42-53 роки, за якими спостерігали в середньому протягом 23 років, продемонструвало зростання ризику раптової смерті за мірою збільшення середніх показників ЧСС у стані спокою. Так, у групі пацієнтів із ЧСС >75 уд./хв ризик раптової смерті виявився з 3,8 разу вищим порівняно із квінтелем найменшої ЧСС (Jouven X. et al., 2001). У групі осіб із ЧСС >75 уд./хв спостерігалася також зростання показників загальної смертності, частоти інфаркту міокарда (ІМ) із летальними наслідками та смерті від ССЗ, однак це підвищення не було настільки вираженим (приблизно удвічі вище відповідних показників у групі осіб із ЧСС до 60 уд./хв).

β-Адреноблокатори є основними препаратами для лікування ІХС, зменшення гіпертрофії лівого шлуночка, запобігання ІМ, аритмій, дилатації та ремоделювання лівого шлуночка, розвитку ХСН, серцево-судинної смертності, в т. ч. і раптової смерті.

Так, у рекомендаціях Європейської асоціації серцевого ритму β-адреноблокатори є препаратами першої лінії у лікуванні безсимптомних аритмій.

Згідно з оновленими рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (ESC, 2019), β-адреноблокатори мають вагоміше значення в лікуванні суправентрикулярних аритмій. Зокрема, вони показані як невідкладна терапія тахікардій з вузькими комплексами QRS (рівень доказовості – II а). Також β-адреноблокатори є препаратами першого вибору в пацієнтів із суправентрикулярними тахікардіями, які відмовляються від проведення радіочастотної абляції (або в разі неефективності цієї процедури).

В цюгорічних Європейських рекомендаціях із фібриляції передсердь зазначено, що β-адреноблокатори є препаратами першої лінії для всіх пацієнтів із фібриляцією передсердь незалежно від ФВ, при цьому селективні β-адреноблокатори вперше показані як препарати першої лінії для контролю ритму у вагітних (клас рекомендацій – IA).

Наразі немає альтернативи селективним β-адреноблокаторам у пацієнтів з подовженим інтервалом QT; вони є золотим стандартом терапії для попередження раптової смерті в цієї категорії хворих.

На сьогодні бісопролол – єдиний селективний β-адреноблокатор, з використанням якого був проведений окремий метааналіз. До нього увійшли два масштабні випробування – CIBIS I та CIBIS II із сумарною кількістю 3288 пацієнтів.

Для дослідження CIBIS I відібрали 641 пацієнта із ХСН з III-IV функціональним класом (ФК) за NYHA, яким протягом 4 років призначали бісопролол у малих і середніх дозах (1,25-5 мг) додатково до стандартної терапії комбінацією діуретик + інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ). Випробування продемонструвало хорошу переносимість бісопрололу, достовірне зниження смертності та госпіталізації з приводу ХСН порівняно із групою стандартної терапії.

До дослідження CIBIS II залучили 2647 пацієнтів із III-IV ФК і стабільною ХСН із ФВ ЛШ ≤35%, які отримували діуретики й ІАПФ. Бісопролол титрували до максимально переносимої дози. Цільова доза становила 10 мг/добу, якої досягли 43% хворих. Випробування було заплановано на 2 роки, але припинено раніше (через 1,3 року після другого проміжного аналізу), оскільки смертність від усіх причин у групі бісопрололу була значно нижчою, ніж у групі плацебо. Дослідження також довело хорошу переносимість бісопрололу.

Загалом у випробуванні CIBIS II в пацієнтів, які отримували бісопролол, виявлено статистично значимі:

- зниження смертності від усіх причин на 34% (незалежно від етіології) (p<0,0001);
- зниження раптової смерті на 44% (p=0,0011);
- зниження госпіталізації з усіх причин на 20% (p=0,0006);
- зниження госпіталізації у зв'язку із прогресуванням серцевої недостатності на 36% (p<0,0001).

За даними метааналізу двох досліджень, бісопролол статистично значимо знижував загальну смертність (BP 0,71), смертність від ССЗ (BP 0,72); показники раптової смерті (BP 0,63), госпіталізації (BP 0,85).

Сьогодні в настановах ESC (2015) щодо лікування пацієнтів зі шлуночковими аритміями та попередження раптової серцевої смертності β-адреноблокатори віднесено до препаратів першої лінії. Також β-адреноблокатори рекомендовані як вторинна профілактика раптової смерті.



Професор кафедри кардіології та функціональної діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук Лариса Миколаївна Яковлева зазначила, що більшість негативних ефектів гіперактивації СНС так або інакше пов'язані саме зі стимуляцією β₁-адренорецепторів. Так, стимуляція β₁-адренорецепторів у нирках зумовлює активацію сим-

патоадреналової системи, підвищує АТ і ЧСС, сприяє розвитку ішемії міокарда; стимуляція β₁-адренорецепторів у серці також сприяє зростанню ЧСС.

Вплив високої ЧСС на смертність у загальній популяції оцінювався в різних підгрупах населення Франції залежно від віку, статі та рівня АТ. У дослідженні взяли участь 19 386 пацієнтів віком від 40 до 69 років. Виявилося, що в популяції людей молодого віку (молодих чоловіків віком до 55 років) збільшення ЧСС супроводжувалося підвищенням як смертності від усіх причин, так і ризику ССЗ, зокрема ІХС. Отже, підвищена ЧСС є незалежним прогностичним фактором смерті від ССЗ у чоловіків молодого віку.

Сьогодні в рекомендаціях ESC/ESH виділено ЧСС >80 уд./хв як окремий фактор, що впливає на серцево-судинний ризик у пацієнтів з АГ і свідчить про гіперактивацію СНС. Звичайно, корекція ЧСС у хворих з АГ не є первинною метою лікування, однак має важливе значення щодо віддаленого прогнозу кардіоваскулярних подій.

Під час рандомізованого подвійного сліпого дослідження ADLIB у пацієнтів молодого / середнього віку (28-55 років) з підвищеним діастолічним АТ бісопролол виявився найефективнішим порівняно з α-адреноблокатором, доксазозином, блокатором кальцієвих каналів, амлодипіном, ІАПФ, лізіноприлом і діуретиком при застосуванні протягом 6 тижнів.

Отже, селективна блокада бісопрололом β₁-адренорецепторів не тільки сприяє захисту від несприятливих серцево-судинних подій, а й дозволяє досягти контролю АТ. Сьогодні блокатори β-адренорецепторів можуть призначатися для контролю АГ, проте вони особливо показані в певних групах пацієнтів з АГ.

Згідно з рекомендаціями ESC/ESH, блокатори β-адренорецепторів показані для контролю АГ в осіб з ІХС, ХСН (особливо при ХСН зі зниженою ФВ ЛШ), хворих, які перенесли ІМ, пацієнтів із фібриляцією передсердь, вагітних.

Продовження на стор. 54.

Симпатичний овердрайв як глобальна проблема серцево-судинних захворювань

Продовження. Початок на стор. 53.

В осіб з ІХС зниження ЧСС спричиняє збільшення періоду діастолі та покращення кровопостачання міокарда (оскільки коронарний кровоток відбувається саме в діастолі), тому призначення β-адреноблокаторів у таких пацієнтів мало б виявити свої переваги.

Це припущення підтвердили результати проспективного багатовисхідного дослідження CORONOR, для участі в якому послідовно відібрали 4149 амбулаторних пацієнтів з документованою стабільною ІХС (попереднім ІМ чи реваскуляризацією >1 року тому та/або обструкцією ≥50% принаймні однієї коронарної артерії). Було показано, що застосування β-адреноблокаторів у цієї групи хворих супроводжувалося зниженням ризику смерті від ССЗ на 57% протягом 2 років. У пацієнтів після гострого ІМ, яким провели коронарну реваскуляризацію, β-адреноблокатори статистично значимо знижували частоту основних несприятливих серцево-судинних результатів і смертність протягом 6 місяців, причому найбільшу перевагу відзначено у хворих з зниженою ФВ ЛШ або ураженням кількох коронарних судин, тобто в дослідженні CORONOR був продемонстрований позитивний прогностуючий ефект β-адреноблокаторів у пацієнтів з ІХС.

У випробуванні TIBBS вивчали антиангінальну ефективність бісопрололу (оригінальний препарат Конкор®) і ніфедипіну, до якого залучили пацієнтів з доведеною тяжкою або помірною ішемією міокарда, крім осіб з абсолютними показаннями до реваскуляризації (ураження стовбура лівої коронарної артерії чи низька ФВ ЛШ). Через 4 тижні від початку лікування в пацієнтів, які приймали бісопролол дозою 10 мг/добу, кількість нападів стенокардії та транзиторних ішемічних епізодів (за даними дводобового моніторингу ЕКГ) зменшилася більше ніж удвічі (з 8,1±0,6 до 3,2±0,4 випадку). На тлі терапії цим препаратом у 52,5% хворих епізоди ішемії були усунуті повністю; і, що найважливіше, на 68% знизилася кількість ранкових піків епізодів ішемії (в період з 08:00 до 08:59). Бісопролол (порівняно з ніфедипіном) забезпечував покращення виживаності надалі та чинив

сприятливіший вплив на перебіг ІХС (зниження частоти ІМ, госпіталізацій у зв'язку з нестабільною стенокардією).

В рекомендаціях ESC (2019) з лікування пацієнтів із хронічним коронарним синдромом β-адреноблокатори розглядаються як препарати першої лінії у стратегії антиангінальної / антиішемічної терапії (рівень доказовості – ІА), крім клінічних ситуацій з вираженою брадикардією (<50 уд./хв).

Відповідно до рекомендацій ESC із СН (2016), медикаментозну терапію хворим із симптоматичною ХСН зі зниженою ФВ ЛШ (II-IV ФК за NYHA) слід розпочинати із β-адреноблокатора, приєднуючи до нього додатково ІАПФ; або спочатку починати з ІАПФ, додаючи згодом β-адреноблокатор (клас і рівень доказовості – ІА). Отже, необхідно титрувати ІАПФ додатково до β-адреноблокаторів або до ІАПФ, титруючи, додати β-адреноблокатор.

Аби правильно обрати лікувальну тактику, слід розуміти, що на ранній стадії ХСН основна причина смерті хворих – раптова кардіальна смерть, пов'язана з активацією СНС на початку захворювання і подальшим розвитком летальних аритмій. Саме тому велика частина хворих не доживає до розгорнутої картини ХСН, тобто тяжкої її стадії – III, IV ФК за класифікацією NYHA. Якщо пацієнт переживає ранню стадію ХСН, ризик раптової смерті дещо знижується (хоча й зберігається досить високим), а ймовірність померти від прогресування ХСН зростає.

У процесі розвитку ХСН СНС активується раніше, ніж ренін-ангіотензин-альдостеронова система (РААС); саме

β-адреноблокатори ефективніше знижують концентрацію норадреналіну, ніж ІАПФ, вони також здатні знижувати активність РААС. Додавання ІАПФ дає змогу ефективніше знижувати концентрацію ангіотензину II у хворих на ХСН, які вже отримують терапію β-адреноблокатором.

Чи має значення черговість призначення β-адреноблокатора й ІАПФ? Відповідь на це запитання отримано за результатами дослідження CIBIS-III, в якому взяли участь 1010 пацієнтів віком >65 років із ХСН легкого та помірного ступенів тяжкості (II або III ФК за NYHA) із ФВ ЛШ <35% і стабільним перебігом захворювання протягом >7 днів. Під час випробування порівнювалася стартова терапія ІАПФ (еналаприл) з подальшим додаванням бісопрололу (Конкор®) і стартова терапія Конкором з подальшим додаванням еналаприлу. В разі початку лікування Конкором уже через півроку простежувалося зниження ризику смерті на 28% порівняно з терапією, що стартувала з еналаприлу. Ця перевага зберігалася і в подальшому, причому її вираженість навіть зростала: через 1 рік спостереження в групі хворих, які почали лікування із препарату Конкор®, ризик смерті був на 46% меншим (Krum H. et al., 2011). Пояснити це явище можна саме контролем симпатичного овердрайву за допомогою β-адреноблокатора.

В цьому дослідженні також було продемонстровано, що бісопролол не впливає на рівень глюкози крові й гемоглобін у під час тривалого прийому та є безпечним у хворих на цукровий діабет.

Висновки

Отже, висока ЧСС є одним з важливих проявів гіперсимпатикотонії та асоціюється із погіршенням ефективності лікування пацієнтів із низкою ССЗ (ІХС, АГ, ХСН тощо) та зростанням кардіоваскулярної смертності. Завдяки здатності впливати на множинні механізми серцево-судинного континууму β-адреноблокатори є препаратами вибору при лікуванні пацієнтів із зазначеною патологією. Призначаючи терапію, перевагу слід віддавати сучасним представникам цього класу препаратів, яким є бісопролол.

Підготував В'ячеслав Килимчук

UA-CONC-PUB-112020-033



НОВИНИ МОЗ

З 26 листопада кожен українець через контакт-центр МОЗ зможе викликати мобільну бригаду

Всеукраїнський контакт-центр Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України із протидії поширенню COVID-19 розширює спектр послуг. Зокрема, 26 листопада в тестовому режимі буде додано функцію залишення запиту на виїзд мобільної бригади.

«Ми надаємо громадянам можливість залишити запит на виїзд мобільної бригади в тестовому режимі. У подальшому це здійснюватиметься на постійній основі», - повідомив під час щоденного онлайн-брифінгу міністр охорони здоров'я Максим Степанов.

За його словами, для цього було проведено масштабну роботу, що передбачала контактування з усіма закладами охорони здоров'я в країні. Зокрема, заклади визначили відповідальних осіб, яким швидко можна передати запит на виклик мобільної бригади. Крім того, найближчим часом через контакт-центр планується запустити можливість консультації із сімейними лікарями.

«Через велике навантаження на сімейних лікарів ми почали новий набір лікарів, які зможуть надавати консультації через контакт-центр. Сподіваюся, що незабаром ми завершимо підготовчий етап, і будь-яка людина зможе отримувати таким чином консультацію сімейного лікаря», - зазначив М. Степанов.

Водночас міністр нагадав про необхідність дотримуватися усіх правил протиепідемічної безпеки та карантинних заходів, запроваджених у країні.

Нагадаємо, 2 листопада розпочав роботу всеукраїнський контакт-центр МОЗ із протидії коронавірусній хворобі. Тепер, щоб отримати вичерпну інформацію, яка стосується лікування та діагностики COVID-19, варто лише зателефонувати за номером 0-800-60-20-19.

Затверджено план заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки

Кабінет Міністрів України затвердив план заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки. Реалізація заходів дозволить досягти цільових показників із підвищення ефективності лікування туберкульозу, зменшення смертності та подолання епідемії туберкульозу в Україні. План заходів визначає чіткі та конкретні завдання на виконання Стратегії, індикатори їхньої реалізації та відповідальних виконавців.

«Особливу увагу приділено питанню реабілітації та соціального супроводу хворих на туберкульоз. Зокрема, передбачається напрацювання дієвого механізму залучення місцевих служб соціального захисту населення, неурядових організацій і центрів зайнятості. Ми вважаємо, що підхід до соціальної підтримки та медичної реабілітації хворого на туберкульоз має відбуватися відповідно до індивідуальних потреб цього хворого», - зазначив заступник міністра охорони здоров'я, Головного державний санітарний лікар України Віктор Ляшко.

За його словами, серед першочергових кроків на 2021 рік визначено:

- забезпечення безперервності лікування та діагностики туберкульозу в умовах реагування на виклики, пов'язані з коронавірусною хворобою (COVID-19);
- створення системи єдиних регіональних фтизіопульмонологічних центрів та обладнаних усім необхідним кабінетів районних фтизіатрів із доступом до комп'ютерної томографії та новітніх методів діагностики;
- забезпечення відповідності матеріально-технічної бази регіональних фтизіопульмонологічних центрів вимогам стандарту з інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, котрі надають допомогу хворим на туберкульоз.

У МОЗ розробляють механізм відшкодування вартості медичних виробів хворим на цукровий діабет

Під головуванням першого заступника міністра охорони здоров'я України Ірини Садов'як було проведено нараду щодо запровадження пілотного проекту державного регулювання цін на медичні вироби для хворих на цукровий діабет і відшкодування їхньої вартості. У заході взяли участь експерти МОЗ України за напрямками «Ендокринологія. Дитяча ендокринологія», представники МОЗ України, НАМН України, Національної служби здоров'я України, Держлікслужби, громадських організацій.

За результатами наради Ірина Садов'як, зокрема, повідомила: «Проектом передбачається прийняття нових технічних регламентів, які регулюватимуть контроль якості медичних виробів; запровадження декларування оптово-відпускних цін на медичні вироби; встановлення граничних рівнів націнок на медичні вироби й оновлення протоколів лікування хворих на цукровий діабет 1 та 2 типу. Ці питання будуть враховані при розробці проекту постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання пільгового забезпечення хворих на цукровий діабет медичними виробами».

Серед іншого, учасники заходу зазначили, що нині в Україні діють уніфіковані протоколи первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги хворим на цукровий діабет 1 та 2 типу зразка 2012 та 2014 років. Протоколи передбачають чотириразові щоденні дослідження рівня глюкози в крові для хворих на цукровий діабет 1 та 2 типу, які отримують інсулінотерапію, та щоденне одноразове дослідження рівня глюкози в крові для пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу, котрі не отримують інсулінотерапії. Експерт МОЗ зі спеціальності «Ендокринологія. Дитяча ендокринологія» Наталія Зелінська наголосила, що, згідно з рекомендаціями ВООЗ, хворі на цукровий діабет 1 та 2 типу мають забезпечуватися діагностичними медичними виробами для 6-8 щоденних досліджень рівня глюкози в крові.

Згідно з даними ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», наразі в Україні зареєстровано понад 1,3 млн хворих на цукровий діабет, невпинно зростає кількість недиагностованих випадків захворювання та предіабету. Особливого значення проблема цукрового діабету набуває в період пандемії COVID-19, оскільки хворі на діабет належать до групи ризику тяжкого перебігу коронавірусної хвороби.

Конкор® Конкор® Кор

Бісопрололу фумарат



Працює на результат

- Надійний контроль АТ¹
- Зменшення нападів ішемії та ризику коронарних подій у пацієнтів з ІХС^{1,3}
- Конкор Кор для індивідуального підбору дози у пацієнтів з ХСН²
- Покращує прогноз у пацієнтів із ХСН^{1,2,4}



Скорочена інструкція для медичного застосування препаратів Конкор, Конкор Кор

Склад: 1 таблетка містить 2,5 (Конкор Кор), 5 або 10 (Конкор) мг бісопрололу фумарату. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармако-терапевтична група:** селективні блокатори бета-адренорецепторів. **Показання.** Конкор Кор і Конкор: ХСН із систолічною дисфункцією лівого шлуночка в комбінації з інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту, діуретиками, при необхідності — серцевими глікозидами. Конкор: АГ, ІХС (стенокардія). **Фармакологічні властивості.** Селективний β_1 -адреноблокатор. Чинить антиангінальну та гіпотензивну дію. Зменшує потребу міокарда в кисні завдяки зменшенню ЧСС і зменшенню серцевого викиду та зниженню артеріального

тиску, збільшує постачання міокарда киснем за рахунок зменшення кінцево-діастолічного тиску і подовження діастолі. **Побічні реакції:** брадикардія, погіршення серцевої недостатності, відчуття холоду або оніміння кінцівок, артеріальна гіпотензія, запаморочення, головний біль, нудота, блювання, діарея, запор, астения, втомлюваність. Повна інформація знаходиться в інструкціях для медичного застосування препаратів. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. п. МОЗ України:** №UA/3322/01/01, №UA/3322/01/02, №UA/3322/01/03. **Виробник:** Мерк КГаА, Німеччина/Merck KGaA, Germany. **Найменування та місцезнаходження уповноваженого представника:** ТОВ «Асіно Україна», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інфор-

мація знаходиться в інструкціях для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

АГ — артеріальна гіпертензія, ІХС — ішемічна хвороба серця, ХСН — хронічна серцева недостатність.

1. Інструкція для медичного застосування препарату Конкор. 2. Інструкція для медичного застосування препарату Конкор Кор. 3. TIBBS, Von Armin et al., JACC Vol. 25, No. 1 231 January 1995:231–8. 4. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomized trial. — Lancet 1999; 353: 9–13.

ТОВ «Асіно Україна» | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua

MERCK

 **acino**

Швейцарські стандарти якості