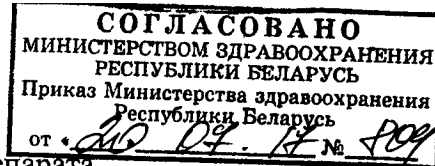


5453 - 2016
ИНСТРУКЦИЯ

по медицинскому применению препарата

ТЕНОЧЕК

**Регистрационный номер:****Торговое название препарата:** ТЕНОЧЕК**Международное непатентованное название (МНН) или группировочное название:**

атенолол/амлодипин

Лекарственная форма: таблетки**Состав:** каждая таблетка содержит:**Активные вещества:** атенолола 50,00 мг и амлодипина в форме амлодипина бесилата 5,00 мг.**Вспомогательные вещества:** крахмал кукурузный, кальция гидрофосфат, целлюлоза микрокристаллическая, повидон-30, натрия крахмалгликолят, тальк очищенный, магния стеарат, кремния диоксид коллоидный.**Описание**

Таблетки белого или почти белого цвета, круглые, плоские, со скошенными краями и тиснением «ТС» на одной стороне и разделительной риской на другой стороне.

Фармакологические свойства:**Фармакотерапевтическая группа.** Комбинации селективных бета-адреноблокаторов и прочих антигипертензивных средств.**Код АТХ:** C07FB03**Фармакодинамика**

Комбинированный антигипертензивный препарат. Эффект обусловлен действием двух компонентов – бета1-адреноблокатора (атенолол) и блокатора «медленных» кальциевых каналов (амлодипин).

Фиксированная комбинация Атенлола и Амлодипина считается наиболее эффективной комбинацией при рассмотрении ее с позиции метаболического и гемодинамического взаимодействия лекарственных средств. Прием Амлодипина ведет к дилатации артериол, выражающейся рефлекторной тахикардией. Это один из основных побочных эффектов Амлодипина. Увеличение частоты сердечных сокращений приводит к повышению потребности миокарда в кислороде, что нежелательно для пациентов с ишемической болезнью сердца. Будучи селективным блокатором β_1 -адренергических рецепторов, Атенлол нивелирует рефлекторную тахикардию, вызываемую приемом Амлодипина.

Клинические исследования последних лет продемонстрировали благоприятное влияние терапии блокаторов «медленных» кальциевых каналов на липидный спектр крови, что способствует снижению риска сердечно-сосудистых исходов.

Взаимодополняющий механизм действия Амлодипина, снижающего общее периферическое сопротивление сосудов и Атенлола, уменьшающего сердечный выброс, приводит к более выраженному гипотензивному эффекту и лучшей переносимости по сравнению с монотерапией Амлодипином и Атенлолом, улучшая соотношение эффективность/побочные эффекты.

Атенлол: оказывает антиангинальное, гипотензивное и антиаритмическое действие. Не обладает мембраностабилизирующей и внутренней симпатомиметической активностью. Уменьшает стимулирующее катехоламинами образование цАМФ и АТФ, снижает внутриклеточный ток Ca^{2+} . В первые 24 часа после перорального приема на фоне снижения сердечного выброса отмечается реактивное повышение общего периферического сопротивления сосудов, выраженность которого в течение 1-3 суток постепенно снижается.

Гипотензивный эффект связан с уменьшением сердечного выброса, снижением активности ренин-ангиотензиновой системы, чувствительности барорецепторов и влиянием на центральную нервную систему. Гипотензивное действие проявляется снижением систолического и диастолического артериального давления, уменьшением

5453 - 2016

ударного и минутного объемов. В средних терапевтических дозах не оказывает действия на тонус периферических артерий. Гипотензивный эффект продолжается 24 часа, при регулярном приеме стабилизируется к концу 2 недели лечения.

Антиангинальный эффект определяется снижением потребности миокарда в кислороде в результате уменьшения частоты сердечных сокращений (удлинение диастолы и улучшение перфузии миокарда) и сократимости, а также снижением чувствительности миокарда к воздействию симпатической иннервации. Уряжает частоту сердечных сокращений в покое и при физической нагрузке. За счет увеличения натяжения мышечных волокон желудочков и конечного диастолического давления в левом желудочке может повышать потребность миокарда в кислороде, особенно у больных с хронической недостаточностью.

Антиаритмическое действие проявляется подавлением синусовой тахикардии и связано с устранением аритмогенных симпатических влияний на проводящую систему сердца, торможением гетерогенного автоматизма, уменьшением скорости распространения возбуждения через синоаурикулярный узел и удлинением рефракторного периода. Угнетает проведение импульсов в антеградном и, в меньшей степени, в ретроградном направлениях через атриовентрикулярный узел и по дополнительным путям.

Увеличивает выживаемость больных, перенесших инфаркт миокарда (снижает частоту желудочковых аритмий и приступов стенокардий).

В терапевтических концентрациях не влияет на бета-2 адренорецепторы, в отличие от неселективных бета-адреноблокаторов оказывает менее выраженное влияние на гладкую мускулатуру бронхов и периферических артерий и на липидный обмен. Незначительно уменьшает жизненную емкость легких, практически не ослабляет бронходилатирующее действие изопротеренола. При приеме более 100 мг в сутки может оказать бета-2-адреноблокирующее действие. Отрицательный хронотропный эффект проявляется через 1 час после приема, достигает максимума спустя 2-4 часа и продолжается до 24 часов.

Амлодипин: производное дигидропиридина. Обладает антигипертензивным, антиангинальным, спазмолитическим и сосудорасширяющим действием. Блокирует поступление ионов кальция через клеточные мембраны в гладкомышечные клетки миокарда и сосудов.

Механизм гипотензивного действия обусловлен прямым расслабляющим влиянием на гладкие мышцы сосудов.

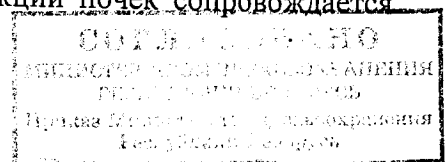
Антиангинальный эффект препарата обусловлен, во-первых, его способностью расширять периферические артериолы, что приводит к снижению общего периферического сосудистого сопротивления. Уменьшение нагрузки на сердце приводит к снижению потребности миокарда в кислороде. Во-вторых, под действием препарата, за счет расширения коронарных артерий увеличивается поступление кислорода в миокард (особенно при вазоспастической стенокардии).

Амлодипин не оказывает неблагоприятного влияния на обмен веществ и липиды плазмы крови, обладает антиатеросклеротической, антитромботической активностью, повышает скорость клубочковой фильтрации, обладает слабым натрийуретическим действием. При диабетической нефропатии не увеличивает выраженность микроальбуминурии.

Фармакокинетика

Атенолол: после приема внутрь препарат быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта – приблизительно 50% от дозы, принятой внутрь. Растворимость в жирах плохая, биодоступность – 40-50%, время достижения максимальной концентрации в плазме крови после приема внутрь – 2-4 часа. Плохо проникает через гематоэнцефалический барьер, проходит в незначительных количествах через плацентарный барьер и в грудное молоко. Связь с белками плазмы крови – 6-16%.

Практически не метаболизируется в печени. Период полувыведения 6-9 часов (увеличивается у пациентов пожилого возраста). Выводится почками путем клубочковой фильтрации (85-100% в неизменном виде). Нарушение функции почек сопровождается



удлинением $T_{1/2}$ и кумуляцией: при клиренсе креатинина ниже $35 \text{ мг/мни}/1,73 \text{ м}^2$, $T_{1/2}$ составляет 16-27 часов, при клиренсе ниже 15 мг/мин – более 27 часов (необходимо уменьшение доз). Выводится в ходе гемодиализа.

Амлодипин: после приема внутрь амлодипин быстро абсорбируется из желудочно-кишечного тракта 90%, максимальная концентрация препарата в крови наблюдается через 6-12 часов. Равновесная концентрация препарата в плазме крови достигается через 7-8 дней после его постоянного приема. Препарат обладает высоким объемом распределения – около 20 л/кг ; биодоступность составляет 60-65%, связь с белками плазмы крови высокая – более 95%. $T_{1/2}$ препарата составляет 35-45 часов. Метаболизируется в основном в печени с образованием неактивных метаболитов. Менее 10% принятой внутрь дозы выводится в неизменном виде, около 60% экскретируется почками в виде неактивных метаболитов; 20-25% выводится в виде метаболитов с желчью и через кишечник, а также с грудным молоком. Проникает через гематоэнцефалический барьер.

Показания к применению

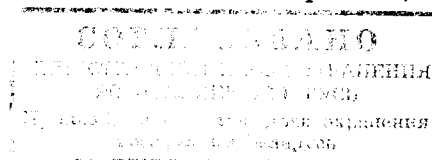
Лечение легкой и умеренной артериальной гипертензии у пациентов, состояние которых уже адекватно контролируется одновременным приемом атенолола и амлодипина в тех же дозах, что и в препарате ТЕНОЧЕК.

Противопоказания

- повышенная чувствительность к препарату;
- выраженная артериальная гипотензия;
- атриовентрикулярная блокада II и III степени;
- синдром слабости синусового узла;
- синоатрикулярная блокада;
- острая сердечная недостаточность;
- хроническая сердечная недостаточность II Б – III стадии декомпенсирования;
- инфаркт миокарда с артериальной гипотонией;
- синусовая брадикардия (частота сердечных сокращений менее 50 уд. в 1 мин);
- кардиогенный шок;
- одновременное применение ингибиторов MAO (за исключением ингибиторов MAO-B);
- повышенная чувствительность к другим блокатором β -адренорецепторов;
- гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после острого инфаркта миокарда;
- метаболический ацидоз;
- бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких;
- стенокардия Принцметала;
- кардиомегалия без признаков сердечной недостаточности;
- возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены).

С осторожностью назначается при:

- Атриовентрикулярная блокада I степени;
- нарушении функции печени;
- при стенозе устья аорты;
- хронической сердечной недостаточности (в стадии компенсации);
- хроническая почечная недостаточность;
- феохромоцитомы;
- сахарный диабет;
- гипогликемия;
- тиреотоксикоз;
- облитерирующие заболевания периферических сосудов («перемежающая» хромота, синдром Рейно);



- миастения;
- депрессия (в том числе в анамнезе);
- псориаз;
- пожилой возраст.

Беременность и период кормления грудью

Специальные исследования по изучению безопасности применения комбинированного применения ателолола и амлодипина во время беременности и в период кормления грудью не проводились.

Ателолол и амлодипин проникают через плацентарный барьер. Бета-адреноблокаторы снижают кровоток в плаценте и могут привести к задержке развития плода, внутриутробной гибели плода и преждевременным родам. Амлодипин может привести к увеличению продолжительности схваток. Таким образом, применять ТЕНОЧЕК во время беременности возможно только в тех случаях, когда нет более безопасной альтернативы, а риск, связанный с основным заболеванием, превышает возможный вред для матери и плода.

Ателолол в значительных количествах выделяется с грудным молоком. Необходимо принять решение о прекращении приема кормящими матерями препарата или о прекращении грудного вскармливания, исходя из важности приема препарата для матери или преимуществ грудного вскармливания.

Способ применения и дозы

Комбинированный препарат с фиксированными дозами активных компонентов не подходит для начального лечения.

Взрослым назначают внутрь. Принимают не разжевывая, запивая водой, перед приемом пищи, желателен в одно и то же время.

Нельзя изменять дозировку или прекращать лечение без совета врача. При резкой отмене препарата возможно развитие синдрома отмены.

При артериальной гипертензии обычная доза составляет 1 таблетку в сутки. При необходимости и нормальной переносимости препарата в отдельных случаях эту дозу можно увеличить до максимальной, составляющей 2 таблетки в сутки.

У больных со значительными нарушениями функции почек доза зависит от уровня клиренса креатинина: при клиренсе креатинина 10-30 мл / мин дозу уменьшают в 2 раза, если клиренс креатинина менее 10 мл / мин – необходимо рассмотреть вопрос о приеме другого лекарственного средства.

Побочное действие

Оценка нежелательных эффектов основана на нижеследующих данных о частоте возникновения: очень часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100$ до $< 1/10$), нечасто ($\geq 1/1,000$ до $< 1/100$), редко ($\geq 1/10,000$ до $< 1/1000$), очень редко ($< 1/10,000$), неизвестно (не может быть оценена на основе имеющихся данных).

Со стороны крови и лимфатической системы

Редко: тромбоцитарная пурпура, анемия (апластическая), тромбоз.

Очень редко: лейкопения, тромбоцитопения.

Со стороны иммунной системы

Очень редко: аллергические реакции.

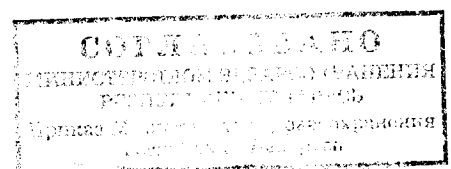
Психические расстройства

Часто: сонливость или бессонница

Нечасто: изменения настроения (включая тревожность), депрессия.

Редко: изменения настроения, "кошмарные" сновидения, спутанность сознания, галлюцинации, беспокойство, спутанность сознания

Со стороны нервной системы



Часто: сонливость, головокружение, головная боль.

Нечасто: тремор, дисгевзия, гипестезия, парестезии.

Очень редко: гипертонус, периферическая нейропатия.

Неизвестно: снижение способности к концентрации внимания, снижение быстроты реакции, судороги.

Со стороны органа чувств

Нечасто: нарушение зрения (включая диплопию), звон в ушах.

Редко: уменьшение секреции слезной жидкости, сухость и болезненность глаз, конъюнктивит.

Со стороны сердечно-сосудистой системы

Часто: брадикардия, проявления ангиоспазма (похолодание нижних конечностей), приливы. Нечасто: артериальная гипотензия, усиленное сердцебиение.

Редко: ощущение сердцебиения, развитие (усугубление) симптомов хронической сердечной недостаточности (отечность лодыжек, стоп, одышка), нарушение проводимости, аритмия, атриовентрикулярной; ортостатическая гипотензия, перемежающаяся хромота, может быть увеличена, синдром Рейно.

Очень редко: инфаркт миокарда, васкулит.

Со стороны дыхательной системы

Нечасто: диспноэ, заложенность носа.

Редко: бронхоспазм, апноэ.

Очень редко: кашель.

Со стороны желудочно-кишечного тракта

Часто: желудочно-кишечные расстройства: тошнота, рвота, боль в животе, запор или диарея, нарушение вкуса.

Нечасто: сухость во рту.

Очень редко: панкреатит, гастрит, гиперплазия десен.

Со стороны гепатобилиарной системы

Часто: повышение активности "печеночных" ферментов, гипербилирубинемия.

Редко: гепатотоксичность, включая холестаз.

Со стороны кожи и подкожной ткани

Нечасто: алоpecia, пурпура, изменение окраски кожи, потливость, зуд, сыпь, экзантема

Редко: дерматиты, обострение течения псориаза.

Очень редко: ангионевротический отек, мультиформная эритема, крапивница, эксфолиативный дерматит, синдром Стивенса Джонсона, отек Квинке, фотосенсибилизация.

Неизвестно: усиление потоотделения, фотосенсибилизация, реакции гиперчувствительности, включая ангионевротический отек и крапивница.

Со стороны обмена веществ

Очень редко: возможно развитие гипогликемического состояния, особенно у больных сахарным диабетом на фоне гипогликемической терапии.

Очень редко: гипергликемия.

Со стороны костно-мышечной и соединительной тканей

Часто: отек голеней.

Нечасто: артралгия, миалгия, судороги, боль в спине.

Со стороны почек и мочевыводящих путей

Нечасто: нарушение мочеиспускания, никтурия, повышенная частота мочеиспускания.

Со стороны репродуктивной системы

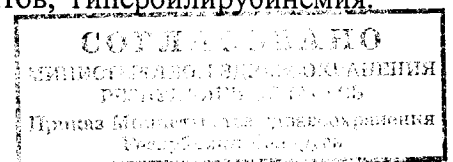
Редко: снижение потенции, снижение либидо, болезнь Пейрони.

Нечасто: гинекомастия.

Лабораторные показатели

Нечасто: увеличение или уменьшение массы тела.

Очень редко: повышение активности "печеночных" ферментов, гипербилирубинемия.



Общие нарушения и состояния в месте введения

Часто: отек, повышенная утомляемость.

Нечасто: боль за грудиной, астения, боль, недомогание.

Передозировка

Основными клиническими симптомами передозировки являются брадикардия, нерегулярный пульс, рвота, нарушение сознания, бронхоспазм, могут наблюдаться головокружение, акроцианоз верхних и нижних конечностей; очень редко - генерализованные судорожные припадки. Передозировка может привести к чрезмерной периферической вазодилатации и возможной рефлекторной тахикардии. Описаны случаи длительной системной гипотензии, включая шок с летальным исходом.

Лечение:

В случае передозировки или при угрожающем снижении частоты сердечных сокращений и/или артериального давления лечение прекращают. Клинически значимая артериальная гипотензия, вызванная передозировкой, требует проведения активных мероприятий, направленных на поддержание функций сердечно-сосудистой системы, включая мониторинг показателей работы сердца и легких, тщательный мониторинг жизненных показателей, контроль за объемом циркулирующей крови и диурезом. С целью устранения последствий блокады кальциевых каналов необходимо внутривенное введение глюконата кальция.

Если наблюдается рефрактерность к терапии брадикардии, возможна временная электрокардиостимуляция.

При бронхоспазме назначают антагонисты β_2 -адренорецепторов в виде аэрозоля (при недостаточности эффекта - также внутривенно) или аминофиллин внутривенно.

При генерализованных судорогах назначают медленное введение диазепама.

Специфического антидота нет. Промывание желудка, прием активированного угля.

Гемодиализ неэффективен.

Взаимодействие с другими лекарственными средствамиАмлодипин.

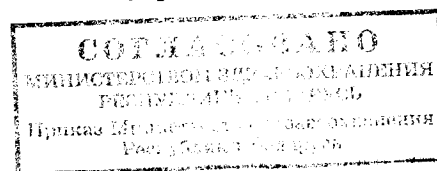
Совместим с основными группами гипотензивных средств (диуретики, ингибиторы АПФ, β -адреноблокаторы), нитратами и гипогликемическими препаратами. Средства для ингаляционного наркоза (производные углеводов), амиодарон, хинидин и другие антагонисты кальция могут усилить действие амлодипина. НПВП также значительно не влияют на гипотензивный эффект амлодипина.

Одновременное применение амлодипина и ингибиторов СYP3A4 (ингибиторы протеаз, азольные противогрибковые средства, макролиды, такие как эритромицин или кларитромицин, верапамил или дилтиазем) может привести к значимому повышению экспозиции амлодипина. Клиническое значение таких изменений может быть более выраженным у пациентов пожилого возраста. Может потребоваться клиническое наблюдение за состоянием пациента и подбор дозы.

Не рекомендуется одновременно применять амлодипин и грейпфруты или грейпфрутовый сок, поскольку у некоторых пациентов биодоступность амлодипина может повышаться, что, в свою очередь, приводит к усилению гипотензивного действия.

Одновременное применение амлодипина и веществ, являющихся индукторами СYP3A4 (например рифампицина, зверобоя), может приводить к снижению концентрации амлодипина в плазме крови, поэтому применять такие комбинации следует с осторожностью.

У животных наблюдались желудочковые фибрилляции с летальным исходом и сердечно-сосудистый коллапс, что ассоциировалось с гиперкалиемией, после применения верапамила и дантролена внутривенно. В случае необходимости внутривенного введения



5453 - 2016

верапамила, это следует делать не ранее чем через 48 часов после приема ТЕНОЧЕКА. Из-за риска развития гиперкалиемии рекомендуется избегать применения блокаторов кальциевых каналов, таких как амлодипин, склонным к злокачественной гипертермии пациентам и при лечении злокачественной гипертермии.

Влияние амлодипина на другие лекарственные средства.

Гипотензивное действие амлодипина потенцирует гипотензивное действие других антигипертензивных средств.

Клинические исследования взаимодействия препарата показали, что амлодипин не влияет на фармакокинетику аторвастатина, дигоксина, варфарина и циклоспорина.

Во время терапии рекомендуется избегать употребления алкоголя.

Атенолол.

Антиаритмические и наркотические средства усиливают кардиодепрессивное действие атенолола (повышается риск развития брадикардии, аритмии, гипотензии, сердечной недостаточности). Резерпин, α -метилдопа, клонидин, гуанфацин, сердечные гликозиды потенцируют отрицательный хроно-, дромо- и батмотропный эффект. Инсулин и другие противодиабетические средства при одновременном применении могут усиливать развитие гипогликемии. Нестероидные противовоспалительные средства, эстрогены, симпатомиметики, ксантины ослабляют гипотензивное действие атенолола. Симпатолитики, нитроглицерин, гидралазин - усиливают. Антациды замедляют всасывание атенолола. Циметидин тормозит метаболизм. Пролонгирует действие антидеполяризующий эффект кумаринов. Трициклические антидепрессанты, нейролептики, седативные, снотворные средства и алкоголь потенцируют угнетение центральной нервной системы. При одновременном применении с лидокаином может уменьшить его выведение и повысить риск токсического действия лидокаина. Применение вместе с производными фенотиазина способствует повышению концентрации каждого из препаратов в сыворотке крови. Атенолол несовместим с ингибиторами МАО.

При одновременном применении атенолола и:

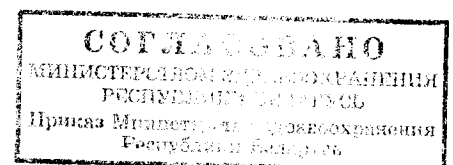
- Трициклических антидепрессантов, барбитуратов, фенотиазида, диуретиков, вазодилататоров и других антигипертензивных средств (например празозина) возможно усиление гипотензивного эффекта;
- Блокаторов кальциевых каналов (нифедипин), кроме усиления гипотензивного эффекта, может развиваться сердечная недостаточность;
- Блокаторов кальциевых каналов с отрицательным инотропным эффектом (верапамил, дилтиазем) возможно усиление их действия, особенно у пациентов с нарушениями желудочковой функции и/или AV-проводимости, что повышает риск развития артериальной гипотензии, брадикардии. В случае необходимости введения верапамила это следует делать не менее чем через 48 часов после отмены атенолола;
- Периферических миорелаксантов (например суксаметония, тубокурарину) возможно усиление нервно-мышечной блокады;
- Эуфиллина и теофиллина возможно взаимное подавление терапевтических эффектов.

Меры предосторожности

Мониторинг за состоянием пациентов должен включать наблюдение за ЧСС и АД (в начале лечения – ежедневно, затем 1 раз в 3-4 мес), контроль концентрации глюкозы крови у пациентов с сахарным диабетом 1 раз в 4-5 мес, контроль функционального состояния почек особенно у пожилых пациентов – 1 раз 4-5 мес.

Следует обучить пациента методике подсчета ЧСС и определения величины АД.

С осторожностью назначать больным с сердечной недостаточностью, нарушениями функции печени и почек. У больных с нарушенной функцией печени период полувыведения амлодипина увеличивается. Рекомендаций по дозировке препарата в этом случае не разработано.



Пациенты с ишемической болезнью сердца в период отмены препарата должны находиться под тщательным наблюдением врача. У больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ) резкая отмена β -адреноблокаторов может вызвать увеличение частоты ангиоальных приступов, увеличить риск развития тяжелых аритмий и развития инфаркта миокарда. Поэтому отмену атенолола у больных ИБС и АГ необходимо проводить постепенно в течении 2 недель, снижая дозу на 25% через 3-4 дня. Особого внимания также требует подбор доз для больных с декомпенсацией сердечной деятельности.

По сравнению с неселективными β -адренорецепторами, кардиоселективные β -адреноблокаторы имеют меньшее влияние на функцию легких, однако при obstructивных заболеваниях дыхательных путей атенолол следует назначать только в случае абсолютных показаний. При необходимости его назначения в некоторых случаях можно рекомендовать применение β_2 -адреномиметиков.

Атенолол маскирует тахикардию, возникающую при гипогликемии, и может увеличивать продолжительность гипогликемической реакции на инсулин.

Особое внимание необходимо в случаях, если требуется хирургическое вмешательство под наркозом у больных, принимающих атенолол. Прием препарата рекомендуется прекратить за 48 часов до хирургического вмешательства. В качестве анестетика следует выбирать препарат с возможно минимальным отрицательным инотропным действием.

С осторожностью назначают пациентам с феохромоцитомой, гипертиреозом и тяжелой миастенией, пациентам, которые имеют различные облитерирующие заболевания периферических артерий, выраженным нарушением функции почек.

Пациентам с гиперфункцией щитовидной железы препарат следует назначать с осторожностью, поскольку это может маскировать тахикардию, вызванную гипогликемией или тиреотоксикозом.

В случае проявления у пациентов пожилого возраста нарастающей брадикардии (менее 50 уд./мин), артериальной гипотензии (систолическое давление ниже 100 мм рт.ст.), AV-блокады, бронхоспазма, желудочковых аритмий, тяжелых нарушений функции печени и почек необходимо уменьшить дозу или прекратить лечение. Терапию следует прекращать постепенно, уменьшая дозу в течение 10-14 дней.

Во время терапии рекомендуется избегать употребления алкоголя.

При применении атенолола возможно уменьшение продукции слезной жидкости, что имеет значение для пациентов, пользующихся контактными линзами.

Препарат применяют с осторожностью при стенокардии Принцметала, тромбоцитопенической/нетромбоцитопенической пурпуре в анамнезе при лечении β -адреноблокаторами, длительном голодании и больших физических нагрузках (возможно возникновение тяжелого гипогликемического состояния), при проведении гипосенсибилизирующей терапии или при аллергических заболеваниях в анамнезе, пациентам пожилого возраста (лечение рекомендуется начинать с уменьшенных доз, постепенно повышая дозу под контролем АД и ЧСС; при обнаружении у таких пациентов выраженной брадикардии, артериальной гипотензии, нарушения ритма, проводимости или других осложнений необходимо уменьшить дозу препарата или отменить его).

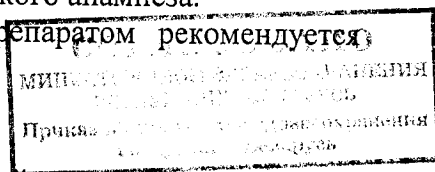
Возможно усиление выраженности аллергических реакций и отсутствие эффекта от обычных доз эпинефрина на фоне отягощенного аллергологического анамнеза.

При развитии депрессии, вызванной приемом, лечение препаратом рекомендуется прекратить.

У курильщиков эффективность бета-адреноблокаторов ниже.

Влияние на способность водить машину и работать с техникой

Теночек следует с осторожностью назначать водителям автотранспорта и лицам, работающим с механизмами, из-за возможного снижения внимания.



Форма выпуска

По 14 таблеток в блистер из ПВХ/алюминиевой фольги.

По 2 блистера вместе с инструкцией по применению помещают в картонную пачку.

Условия хранения

В защищенном от влаги и света месте при температуре не выше 25 °С.

Хранить в недоступном для детей месте!

Срок годности

3 года.

Не использовать позже даты, указанной на упаковке.

Условия отпуска

По рецепту

Производитель

Ипка Лабораториз Лимитед, Индия

48, Кандивли Индастриал Эстейт,

Кандивли (Вест), Мумбай 400 067, Индия

Представительство КОО «Ипка Лабораториз Лимитед» в Республике Беларусь
220089, г. Минск, ул. Уманская, 54, оф. № 13, тел. +375 17 328 18 47

