

Секция 9. Медицинские науки

Капсултанова Дина Амангельдиновна

к.м.н., доцент кафедры ВБ №3 с курсом аллергологии

Казахский Национальный медицинский университет

им. С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Альмухамбетова Рауза Кадыровна

к.м.н., профессор кафедры ВБ №3 с курсом аллергологии

Казахский Национальный медицинский университет

им. С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Жангелова Шолпан Болатовна

к.м.н., профессор кафедры ВБ №3 с курсом аллергологии

Казахский Национальный медицинский университет

им. С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Макашева Зульфия Сагиндыковна

Заведующая 2 кардиологическим отделением

Городской кардиологический центр г. Алматы

г. Алматы, Республика Казахстан

Мылтықбай Мәдина Арыстанбекқызы

врач-интерн

Казахского Национального медицинского университета

им. С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Рыспекова Маржан Ордакановна

врач-интерн

Казахского Национального медицинского университета

им. С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Седдики Ромал

врач-интерн

Казахского Национального медицинского университета

им. С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Шарифи Нажбулла

врач-интерн

Казахского Национального медицинского университета

им. С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Хабиби Махбулла

врач-интерн

Казахского Национального медицинского университета

им. С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИВАБРАДИНА У ПАЦИЕНТОВ С ХСН И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

В настоящее время проблема распространённости сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является одной из наиболее актуальных во всем мире. Ежегодная смертность от ССЗ, основной причиной которых является ишемическая болезнь сердца (ИБС), составляет около 17 млн. человек [1, с.277]. Так считается, что к 2020 году ИБС станет одной из причин потери трудоспособности и смерти людей. Одной из форм ИБС является стабильная стенокардия напряжения (СН), а наличие некупированных приступов стенокардии повышает риск смертности от ИБС в 2,2 раза у мужчин и в 1,7 раз - у женщин [1, с.277; 2, с.1082]. Вместе с тем при данном виде стенокардии имеется высокий риск развития инфаркта миокарда (ИМ) и внезапной смерти (ВС), а также других неблагоприятных последствий, одним из которых является хроническая сердечная

недостаточность. [3, с. 12.]. Так в России и странах СНГ распространенность ХСН в популяции составляет в среднем 7%, также отмечен рост встречаемости случаев в среднем на 1,2 человека на 1000 населения в год, который часто обусловлен неадекватным лечением ИБС. Для пациентов страдающих СН антиишемическими препаратами первого ряда являются β -адреноблокаторы, которые урежают ЧСС, удлиняют диастолу и, как следствие, улучшают перфузию миокарда, снижают его потребность в кислороде и уменьшают ишемию [2, с.1084]. Но наличие определенных побочных эффектов этой группы препаратов ограничивает их применение при бронхиальной астме (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ); при периферическом атеросклерозе, артериальной гипотонии и др. Ивабрадин- представитель нового класса пульс-урежающей терапии у пациентов со стабильной стенокардией и сердечной недостаточностью, регулирует ионный поток в I_f -каналах клеток синусового узла. Препарат не влияет на активность симпатoadреналовой системы, не вызывает снижения сократительной способности миокарда, вазодилатации и гипотензии. За счет урежения ЧСС ивабрадин увеличивает длительность диастолы, дозозависимо снижает потребность миокарда в кислороде, не влияет на тонус коронарных артерий. Это обеспечивает адекватную перфузию миокарда как в покое, так и при физической нагрузке [4, с.689; 5, с.104; 6, с.57]

Цель: сравнить эффективность лечения пациентов с ХСН и СН блокатором I_f - каналов синусового узла ивабрадином и бета-адреноблокатором – бисопрололом.

Материал и методы. Было обследовано и пролечено 50 пациентов с ХСН и СН. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 27 человек (средний возраст – $65 \pm 2,4$ года), 2 группа – 23 человека (средний возраст – $64,7 \pm 2,9$ лет). Больным 1-ой группы в первые 2-3 дня лечения назначали ивабрадин по 5 мг каждые 12 ч, а 2-ой группы – бисопролол (5 мг в сутки). Если ЧСС сохранялась более 70 ударов в минуту, то дозировка ивабрадина была увеличена до 15 мг/сутки. Лечение ХСН и СН

проводилось согласно общепринятым стандартам. Эффективность лечения оценивали на 2-сутки и при выписке (10-12 сутки) по жалобам, показателям гемодинамики - ЧСС, данным ЭКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ - наличие ишемии, и показателям ЭхоКГ - фракция выброса левого желудочка; а безопасность - по появлению побочных эффектов в процессе лечения.

Результаты. Исходная ЧСС составила $89,9 \pm 3,2$ и $88,4 \pm 4,0$ ударов в 1 мин в первой и второй группах соответственно. На 8- 10-е сутки лечения целевой уровень ЧСС (50 - 60 ударов в минуту) был достигнут у 24 (91 %) больных первой и 17 (77 %) больных второй группы соответственно ($p < 0,02$).

При поступлении у всех пациентов на ЭКГ регистрировалась ишемия. Эпизоды ишемии при холтеровском мониторировании были зарегистрированы у всех пациентов обеих групп с частотой $2,1 \pm 1,2$ и $1,9 \pm 1,3$ соответственно. А через 10 дней ишемия уменьшилась, но всё же фиксировали 1 эпизод в сутки только у 1 человека (3,7 %), получавших ивабрадин и у 3 (13 %) пациентов получавших бисопролол. У больных, получавших ивабрадин, в динамике улучшились показатели ЭхоКГ: так фракция выброса левого желудочка увеличилась с $31,6 \pm 2,4\%$ до $38,4 \pm 1,6\%$ ($p < 0,05$), тогда как у пациентов, получавших бисопролол, этот показатель изменился лишь с $31,9 \pm 1,9\%$ до $34,9 \pm 2,0\%$. С данными ЭхоКГ коррелировали клинические проявления ХСН. В процессе лечения ивабрадином у 1 (3,7%) больного на 3-е сутки лечения развились головные боли, но в последующем при продолжении терапии они прошли. У 2 (8,6%) пациентов, получавших бисопролол, развилась выраженная гипотония, поэтому препарат был отменён и соответственно целевой уровень ЧСС не был достигнут. У пациентов первой группы, на фоне применения ивабрадина гипотонии не наблюдалось.

Выводы. Ивабрадин приводит к уменьшению клинических симптомов стабильной стенокардии и ХСН. Однако в сравнении с бисопрололом, более эффективно снижает ЧСС. Это приводит к улучшению

сократительной способности миокарда левого желудочка, коронарного кровотока. У пациентов с СН и ХСН, при непереносимости β – адреноблокаторов или имеющих противопоказания к их применению, такие, как хроническая обструктивная болезнь легких, заболевания периферических артерий, артериальная гипотония, запоры, ивабрадин может использоваться в виде монотерапии. Ивабрадин хорошо переносится пациентами, различные дозы препарата не оказывают негативного влияния на гемодинамику, всё это приводит к улучшению качества жизни пациента и, как следствие этого, его приверженности к лечению.

Литература

1. Джаниани Н.А. Проблемы фармакотерапии больных хронической сердечной недостаточностью и сочетанной патологией: фокус на β -адреноблокаторы. РМЖ, 2011; 4:276-280.
2. Карпов Ю.А, Сорокин Е.В. Бета-адреноблокаторы: более 50 лет в научной и клинической практике. Русский медицинский журнал, 2009, 18 (357).1081-1085.
3. Осия А. О. Клинико - патофизиологические аспекты лечения стабильной стенокардии. Дисс.к.м.н. / Государственный институт усовершенствования врачей Минобороны РФ]. - Москва, 2009. - 70 с.
4. Vilaine J. P., Bidouard J. P., Lesage L., et al. Anti-ischemic effects of ivabradin, a selective heart-rate reducing agent, in exercise-induced myocardial ischemia in pigs. J Cardiovasc Pharmacol 2003; 42:688-96
5. Карпов Ю.А. Программа АЛЬТЕРНАТИВА исследование антиангинальной эффективности и переносимости Кораксана (ивабрадина) и оценка качества жизни пациентов со стабильной стенокардией. Сердце, 2007:102-104
6. Koster R. et al. Treatment of stable angina pectoris by ivabradine in every day practice: The REDUCTION Study. Am Heart J 2009; 158:E51-57.