

А.Н. Пархоменко, член-корреспондент НАМН України, д.м.н., профессор, ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України, г. Київ

# Что нового в лечении стенокардии?

## Мнение эксперта

Сегодня не остается сомнений в том, что кардиология как динамично развивающаяся дисциплина требует постоянной подпитки новыми идеями, находками, решениями. Так, во всем мире получили стремительное развитие различные методы коронарной реваскуляризации, совершенствуется фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в частности ишемической болезни сердца (ИБС). Но все-таки проблемы, связанные с возникновением симптомов стабильной стенокардии у пациентов с ИБС, остаются актуальными и сегодня.

Несмотря на свое определение — «стабильная стенокардия», это заболевание вряд ли можно действительно считать стабильным: наблюдаются высокий уровень смертности (сердечно-сосудистая смертность у пациентов со стабильной стенокардией составляет от 1,3 до 10% в год), частые госпитализации по поводу таких осложнений, как инфаркт миокарда (ИМ), нестабильная стенокардия. Более того, хроническая ишемия миокарда является одним из основных моментов в развитии дисфункции левого желудочка и прогрессирования сердечной недостаточности (СН).

Очевидная потребность в более эффективном решении проблемы стабильной стенокардии обратила внимание кардиологов на простой, но мощный предиктор сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности — частоту сердечных сокращений (ЧСС).

Проведенные в последнее десятилетие клинические исследования отчетливо показали, что замедление синусового ритма сердца у больных, получающих весь рекомендованный комплекс терапии, и удержание его на оптимальном уровне (контроль ЧСС) являются одними из важнейших условий успешной антиангинальной терапии. При этом значения ЧСС напрямую связаны с долгосрочным прогнозом у больных стабильной ИБС, что подтверждают не только клинические, но и популяционные исследования.

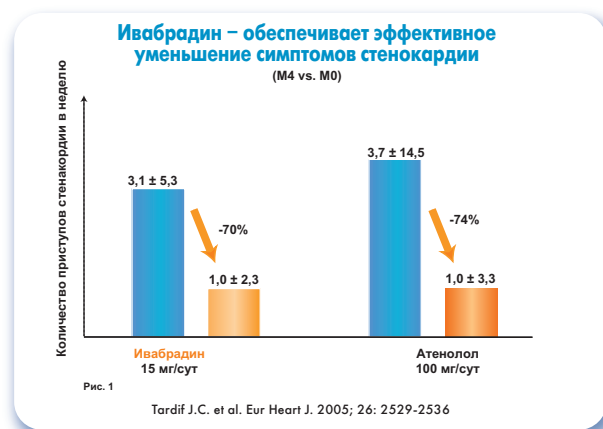
Расширение возможностей контроля ЧСС сегодня связано с появлением инновационного подхода, заключающегося в селективном воздействии на синусовый узел ингибитором If-тока ивабрадином\*.

Уникальный механизм действия ивабрадина обеспечивает воздействие на ЧСС при сохранении сократимости миокарда, отсутствии влияния на проводящую систему сердца. Ивабрадин не влияет на активность симпатической нервной системы, а следовательно, во время физической нагрузки нет повышения тонуса коронарных сосудов, чего не удается добиться при использовании большинства бета-блокаторов (в условиях блокады  $\beta$ -адренорецепторов имеет место стимуляция  $\alpha$ -адренорецепторов коронарных артерий, приводящая к констрикции коронарных артерий).

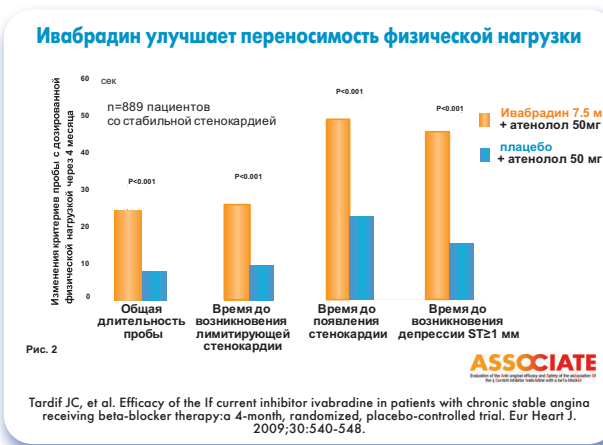
Снижение ЧСС ивабрадином сопровождается удлинением диастолы, что вместе с улучшением расслабления миокарда (ивабрадин не влияет на его сократимость) способствует увеличению кровотока в мелких коронарных сосудах, как в состоянии покоя, так и при физической нагрузке (ивабрадин сохраняет тонус коронарных сосудов в соответствии с физиологическими потребностями при физической нагрузке). Это объясняет улучшение перфузии миокарда и его антиишемическое действие.

Антиангинальная эффективность ивабрадина исследовалась как в монотерапии (J. Borer et al.), так и в комбинации (J.C. Tardif et al.).

J.C. Tardif и соавт. обнаружили, что по силе антиангинального действия ивабрадин сравним с бета-блокатором атенололом в дозе 100 мг в сутки и его можно отнести к препаратам первого ряда (рис. 1).



Мощный антиишемический эффект ингибитора If-тока ивабрадина реализуется и у пациентов с ИБС, уже принимающих бета-блокаторы. Убедительное клиническое подтверждение этого факта было получено в исследовании ASSOCIATE, в котором было отмечено достоверное улучшение всех параметров теста с физической нагрузкой (рис. 2).



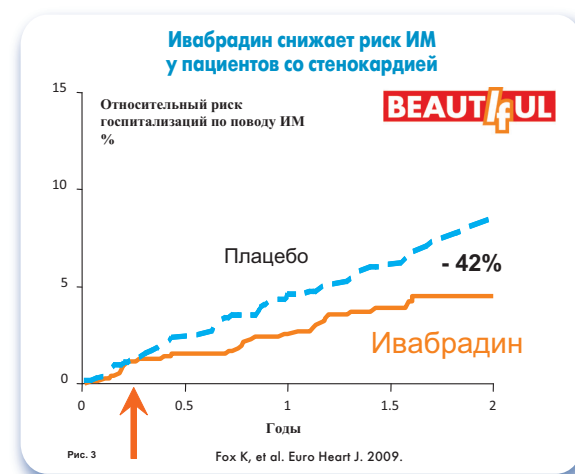
Более того, ивабрадин по сравнению с монотерапией бета-блокатором обеспечивает достоверно более выраженный антиангинальный эффект и повышение (почти в 2 раза) толерантности к физической нагрузке (J.C. Tardif et al., 2009).

Антиишемическое действие ингибитора If-тока ивабрадина на фоне рекомендованной терапии больных ИБС способствует улучшению долгосрочных исходов, в том числе и при СН. Это было подтверждено в знаковых исследованиях BEAUTIFUL и SHIFT.



А.Н. Пархоменко

Как было показано в масштабном исследовании BEAUTIFUL, у больных ИБС с симптомами стенокардии и дисфункцией левого желудочка (К. Fox et al., 2009), ивабрадин оказывает положительное влияние на прогноз, снижая риск ИМ на 42% (рис. 3) в общей популяции больных со стенокардией ( $p=0,021$ ) и на 73% – в подгруппе пациентов со стенокардией и исходной ЧСС более



70 уд/мин ( $p=0,002$ ). Это сопровождается также снижением потребности в хирургической реваскуляризации миокарда (на 30%) и таких важных для врача показателей, как сердечно-сосудистая смерть, ИМ, госпитализация по поводу СН (на 24%).

Результаты клинических исследований обусловили включение ивабрадина в рекомендации по лечению больных со стабильной стенокардией.

Возможности ивабрадина в профилактике сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ИБС продолжают изучаться. В скором времени мы ожидаем результаты многоцентрового рандомизированного плацебо-контролируемого исследования SIGNIFY, которое спланировано для оценки его влияния на прогноз у пациентов со стабильной ИБС и сохраненной систолической функцией левого желудочка. Но уже сегодня ивабрадин активно применяется во многих странах Европы и, несомненно, заслуживает более широкого применения в Украине.

\* В Украине ивабрадин зарегистрирован под торговым названием Кораксан®, р/с № UA/3905/01/01, № UA/3905/01/02 (приказы МЗ Украины № 750 от 01.09.2010, № 318 от 28.04.2012).