

Новости Европейского конгресса по СН



23-25 мая в Севилье (Испания) состоялся Европейский конгресс по сердечной недостаточности, проводившийся Ассоциацией сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов. В рамках одного из научных симпозиумов эксперты Британии, Германии, Польши обсуждали возможности улучшения качества терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) и предупреждения повторных госпитализаций пациентов с ХСН.



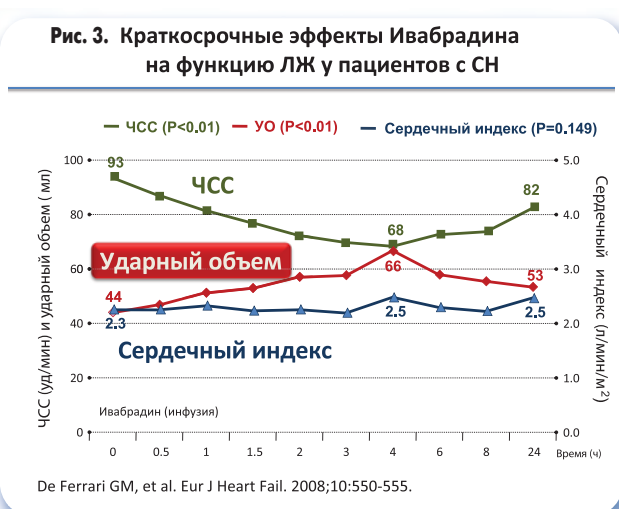
Выступление Кристофа Маака, Германия (Christoph Maack, MD, Klinik für Innere Medizin III, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg, Germany) дало ключ к пониманию роли ивабрадина (в Украине – Кораксан®) в улучшении функции сердца.

В своем выступлении Кристоф Маак озвучил практические аспекты терапии ивабрадином и дал следующие комментарии:

«...Благодаря уникальному механизму действия ивабрадин улучшает функцию сердца, причем существуют доказательства как «острых» его эффектов, которые развиваются очень быстро и становятся очевидными в ближайшие несколько часов, так и «долгосрочных», проявляющихся клинически в течение более длительного периода...» (рис. 2).

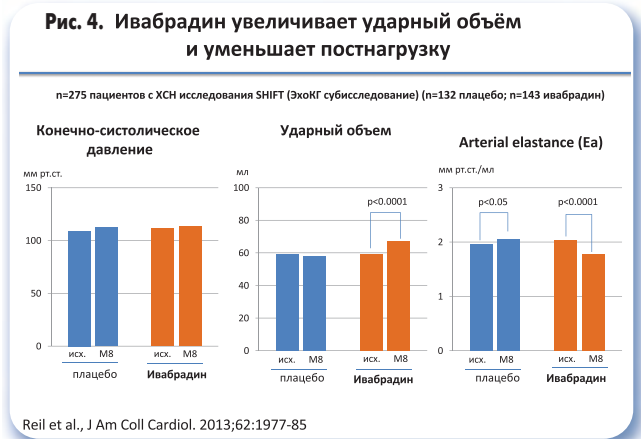


Что означает понятие «острые» эффекты ивабрадина, и как быстро они развиваются? «...Основной отличительной особенностью гемодинамического эффекта ивабрадина, особенно важной при СН, является то, что он увеличивает ударный объем и сохраняет сердечный выброс. Ивабрадин начинает работать с первых часов, и снижение частоты сердечных сокращений сопровождается поддержанием сердечного выброса на одном уровне...» (рис. 3).

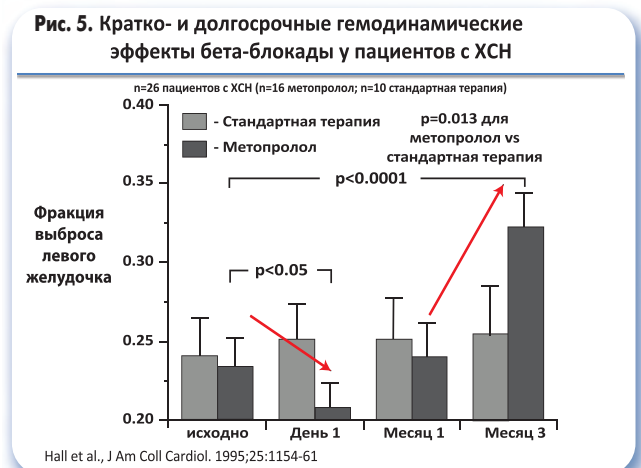


«Что означает понятие «долгосрочные» эффекты ивабрадина?»

«...Субисследование SHIfT по данным эхокардиографии – ЭхоКГ (J.-C. Tardif et al. Eur Heart J (2011) 32, 2507-2515) продемонстрировало достоверное улучшение функции сердца на фоне лечения ивабрадином: увеличение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) у пациентов с ХСН при наблюдении в течение 8 мес. В своей публикации 2013 года Жан-Кристиан Рейл и соавт., проанализировав базу данных субисследования SHIfT по результатам ЭхоКГ, объясняют такой эффект тем, что на фоне терапии ивабрадином не изменялось конечное диастолическое давление, а при сохранении сократимости достоверное увеличение ударного объема сопровождалось выраженным уменьшением постнагрузки (показатель Ea – effective arterial elastance – отражает резистивную и пульсовую постнагрузку на сердце, определяемую по отношению давление/объем). Другими словами, ивабрадин обеспечивает «разгрузку» сердца у пациентов с систолической ХСН...» (рис. 4).



Гемодинамические эффекты бета-блокады при СН «...Одна из «классических» работ американских авторов наглядно демонстрирует особенности влияния ББ на функцию ЛЖ, что связано с их негативным инотропным эффектом. Hall и соавт. показали, что в первый день приема ББ имеет место достоверное снижение ФВ ЛЖ по сравнению с исходными данными, тогда как результаты лечения через 1 и 3 мес демонстрируют увеличение этого показателя. В клинической практике ББ титруются, и для достижения клинического эффекта по влиянию на функцию ЛЖ требуется время...» (рис. 5).



«...В этом аспекте становится очевидной комплементарность ивабрадина и ББ, комбинация которых целесообразна с самого начала лечения при ХСН. А раннее назначение ивабрадина в этом случае дает возможность быстрее и эффективнее оптимизировать гемодинамику и улучшить систолическую функцию сердца, начиная с первых часов-дней-месяцев, и не «потерять» драгоценное время, когда пациент наиболее уязвим. ...Ивабрадин обладает рядом дополнительных (плейотропных) эффектов, которые в конечном итоге, возможно, также оказывают благоприятное влияние на улучшение функции сердца...» (рис. 6).



В заключение эксперты сделали вывод, что оптимизация лечения пациентов с СН, включая наиболее полное устранение застойных явлений и назначение препаратов, способных модифицировать течение болезни, наряду с преемственностью действий между стационарным и амбулаторным звеном может существенно улучшить исходы.

Терапевтический потенциал ивабрадина (Кораксана) должен использоваться в полной мере с самого начала лечения для улучшения насосной функции сердца, уменьшения частоты повторных госпитализаций и дальнейшего улучшения прогноза пациентов с ХСН.

Подготовила Наталья Очеретяная



Профессор Петр Пониковски, Польша (Piotr Ponikowski, MD, PhD, FESC, Medical University, Centre for Heart Disease, Clinical Military Hospital, Wrocław, Poland) поднял проблему повторных госпитализаций пациентов с СН как фактора, указывающего на прогрессирование патологии (рис. 1). Профессор Пониковски сравнил госпитализацию при ХСН с «точной отсчета», поскольку каждая последующая декомпенсация, приводящая к госпитализации, может быть тяжелее и продолжительнее предыдущей и требует больше усилий в терапии, при этом приближая финальную стадию СН.

Он подчеркнул, что очень важным является отрезок времени сразу после выписки, поскольку в этот период пациент наиболее «уязвим», и вероятность как повторной декомпенсации, так и риска смерти очень высока. В этом аспекте для предупреждения ранней декомпенсации необходимо учитывать адекватность диуретической стратегии, наличие аритмий, состояние гемодинамики, вероятность развития инфекций, комплаентность пациента.



Для предупреждения более поздних декомпенсаций, кроме вышеперечисленных, наиболее важными факторами являются адекватно назначенная терапия в соответствии с рекомендациями, лечение сопутствующих патологий.

На современном этапе понимания ХСН базовыми препаратами для терапии должны быть нейрогормональные антагонисты (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы – ББ, антагонисты минералокортикоидных рецепторов) и ивабрадин* (для пациентов с синусовым ритмом). Оптимизация терапии должна быть начата уже перед выпиской и продолжена на амбулаторном этапе.

*Прим. ред.: в Украине ивабрадин зарегистрирован под торговым названием Кораксан®, р/с № UA/3905/01/01, № UA/3905/01/02 (приказ МЗ Украины № 432 от 15.07.2015).

Кораксан®

Ивабрадин 10-15 мг в сутки в 2 приема

Снижает риск сердечно – сосудистой смерти и госпитализаций по СН^{1,2}



КОРАКСАН® (Р/П № UA/3905/01/01, № UA/3905/01/02 (ЗАТВЕРДЖЕНО НАКАЗОМ МОЗ УКРАЇНИ № 432 ВІД 15.07.2015)).

Фармакотерапевтична група: Кардіологічні засоби. Інші кардіологічні засоби.
Код АТС: С01ЕВ17.

Склад і лікарська форма*. Кораксан 5 мг: таблетки, вкриті плівковою оболонкою, містять 5 мг івабрадіну. Кораксан 7,5 мг: таблетки, вкриті плівковою оболонкою, містять 7,5 мг івабрадіну. Як допоміжну речовину містять лактозу.

Показання. Симптоматичне лікування хронічної стабільної стенокардії. Кораксан® показаний для симптоматичного лікування хронічної стабільної стенокардії у дорослих пацієнтів з ішемічною хворобою серця, нормальним синусовим ритмом та частотою серцевих скорочень ≥ 70 уд./хв. Препарат слід призначати:

- пацієнтам, які мають протипоказання чи обмеження до застосування β адреноблокаторів (ББ);
- у комбінації з ББ у пацієнтів, стан яких є недостатньо контрольованим при застосуванні оптимальної дози ББ.

Лікування ХСН. Зниження ризику розвитку серцево-судинних (СС) подій (СС смерті або госпіталізації з приводу погіршення ХСН) у дорослих пацієнтів із симптомною ХСН, синусовим ритмом та ЧСС ≥ 70 уд./хв.

Дози та спосіб застосування*. Симптоматичне лікування хронічної стабільної стенокардії. У пацієнтів віком до 75 років початкова доза івабрадіну не повинна перевищувати 5 мг двічі на добу (2,5 мг двічі на добу для пацієнтів ≥ 75 років). Після 3-4 тижнів лікування, якщо пацієнт і досі відчуває симптоми стенокардії, початкова доза добре переноситься та ЧСС у стані спокою залишається на рівні > 60 уд./хв., дозу івабрадіну можна збільшити до наступної більшої. Підтримуюча доза не повинна перевищувати 7,5 мг двічі на добу. Якщо впродовж 3 місяців після початку лікування симптоми стенокардії не зменшуються, прийом івабрадіну слід припинити. **Лікування хронічної серцевої недостатності.** Рекомендована початкова доза івабрадіну становить 5 мг двічі на добу. Після 2-тижневого курсу лікування дозу можна підвищити до 7,5 мг двічі на добу у разі, якщо під час лікування івабрадином ЧСС залишається на рівні > 60 уд./хв у стані спокою; або дозу необхідно знизити до 2,5 мг двічі на добу.

($\frac{1}{2}$ таблетки препарату Кораксан® 5 мг двічі на добу), якщо ЧСС залишається на рівні < 50 уд./хв у стані спокою або пацієнт відчуває симптоми, зумовлені брадикардією.

Для обох показань, якщо під час лікування ЧСС знижується < 50 уд./хв у спокої або пацієнт відчуває симптоми, зумовлені брадикардією, меншої або застосування препарату необхідно припинити, якщо під час лікування симптоми тривають, незважаючи на зменшення дози. **Протипоказання*.** Підвищена чутливість до активної речовини або до будь-якого компонента препарату. ЧСС у спокої < 70 уд./хв до початку лікування. Кардіогенний шок. Гострий інфаркт міокарда. Тяжка артеріальна гіпотензія (артеріальний тиск $< 90/50$ мм рт. ст.). Тяжка печінкова недостатність. Синдром слабкості синусового вузла. Синоатріальна блокада. Нестабільна або гостра серцева недостатність. Наявність у пацієнта штучного водія ритму (ЧСС контролюється виключно за допомогою штучного водія ритму). Нестабільна стенокардія. АВ-блокада III ступеня. Комбінація з інгібіторами Р450 3А4 сильної дії: протитрикобові препарати похідні азолу (кетоканазол та ітраконазол), макролідні антибіотики (кларитроміцин, еритроміцин для перорального застосування, джозаміцин, телітроміцин), протівірусні препарати (нелфінавір, ритонавір) та нефазодон. Комбінація з верапамином або ділтіаземом. Періоди вагітності, лактації та жінок літородного віку, які не застосовують належні заходи контрацепції. **Особливі застереження*.** Ивабрадин показаний тільки для симптоматичного лікування хронічної стабільної стенокардії через відсутність впливу від застосування на зниження ризику розвитку серцево-судинних подій. **Вимірювання ЧСС.** Враховуючи можливість суттєвого коливання ЧСС, при визначенні ЧСС у стані спокою перед початком лікування та у разі необхідності проведення титрації дози у пацієнтів, які приймають івабрадин, слід проводити серійні вимірювання ЧСС, ЕКГ або щодобовий амбулаторний моніторинг. **Аритмії.** Ивабрадин не рекомендовано застосовувати пацієнтам з фібриляцією передсердь та іншими видами аритмій, які впливають на функцію синусового вузла. Під час лікування івабрадином рекомендується регулярний клінічний моніторинг за станом пацієнтів з метою своєчасної діагностики розвитку миготливої аритмії. У пацієнтів, які приймають івабрадин, підвищується ризик розвитку фібриляції передсердь. Якщо під час лікування виникає фібриляція передсердь, слід ретельно зважити доцільність продовження терапії івабрадином з урахуванням співвідношення «користь/ризик». Пацієнти із ХСН, порушеннями внутрішньошлуночкової провідності повинні знаходитися під ретельним наглядом; пацієнтам з АВ-блокадою II ступеня івабрадин не рекомендований; **низька ЧСС:** не слід призначати івабрадин пацієнтам, у яких ЧСС у стані спокою до початку лікування становить < 70 уд./хв; якщо під час терапії ЧСС у спокої знижується < 50 уд./хв або пацієнт відчуває симптоми, які є проявами брадикардії, дозу необхідно поступово зменшити, або прийом препарату необхідно припинити, якщо ЧСС лишається < 50 уд./хв або симптоми брадикардії тривають; **комбінація з блокаторами кальцієвих каналів, які зменшують ЧСС (верапаміл, ділтіазем)** протипоказано; хворим на ХСН IV функціонального класу за NYHA: застосовувати з обережністю; **інсульт:** не рекомендовано призначати хворим відразу ж після перенесеного інсульту; **візуальна функція:** з обережністю слід призначати івабрадин пацієнтам з пігментним ретинітом. **Запобіжні заходи при застосуванні:** артеріальна гіпотензія: застосовувати з обережністю; фібриляція передсердь – кардіоритмії: проводити DC-кардіоверсію (яка не є невідкладною) рекомендується не раніше ніж через 24 години після останнього прийому івабрадіну; пацієнти з пролонгованим інтервалом QT вродженого генезу або приймають препарати, що подовжують інтервал QT: слід уникати застосування івабрадіну; пацієнти з артеріальною гіпертензією, які потребують змін у лікуванні: АТ слід контролювати; до складу препарату входить лактоза. **Взаємодія*.** Протипоказане одночасне застосування івабрадіну та сильних інгібіторів СYP3A4; верапамілу та ділтіазему. Не рекомендовано до застосування у комбінації з препаратами, що подовжують інтервал QT; інгібіторами СYP3A4 помірної дії, грейпфрутовим соком. Одночасне застосування, що потребує обережності: салуретики (тіазиди та петльові), інші інгібітори СYP3A4 помірної дії, стимулятори СYP3A4. Фертильність. Вагітність та лактація: протипоказано. Необхідно брати до уваги при керуванні автомобілем та при роботі з механізмами* можливе виникнення тимчасового порушення зору. **Побічні реакції*.** Найчастіші: Зорові феномени (фосфени). Часті: головний біль, розмитте бачення, нудота, брадикардія, АВ-блокада I ступеня (на ЕКГ – подовження інтервалу PQ), шлуночкова екстрасистоля, неконтрольована артеріальна гіпертензія, ФП. Нечасті: Еозинофілія, гіперурикемія, синкопе, диплопія, порушення зору, вертиго, підвищене серцевиття, надшлуночкова екстрасистоля, гіпотензія, диспное, нудота, запор, діарея, біль в абдомінальній ділянці, ангіоневротичний набряк, висипання, м'язові спазми, астения, втома, підвищення креатиніну плазми, подовження інтервалу QT на ЕКГ. Рідкі: еритема, свербіж, кропив'янка, незудження. **Дуже рідкі:** АВ-блокада II ступеня, АВ-блокада III ступеня, синдром слабкості синусового вузла. **Передозування*.** Властивості*. Передозування може призвести до тяжкої та тривалої брадикардії. Ивабрадин впливає виключно на частоту серцевих скорочень (ЧСС). Ивабрадин діє шляхом селективного інгібування F-каналів синусового вузла серця, контролює спонтанну діастолічну деполаризацію синусового вузла та таким чином зменшує ЧСС. Ивабрадин дозозалежно зменшує ЧСС. **Упаковка.** По 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в коробці з картону пакувального. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Представництво Ас Лабораторар Серв'є в Україні: Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 24, тел.: (044) 490-34-41, факс (044) 490-34-40. www.servier.com

*За детальною інформацією звертайтеся до повної інструкції для медичного застосування препарату.

1. Swedberg K., Komajda M., Bohm M., et al. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. Lancet. 2010; 376: 875-885.
2. Bohm M., Borer J., Ford I., et al. Heart rate at baseline influences the effect of ivabradine on cardiovascular outcomes in chronic heart failure: analysis from the SHIFT study. Clin Res Cardiol. 2013; 102(1): 11-22.

Інформація для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах на медичну тематику.

