ТЕРЕЩЕНКО
Сергей Николаевич,
д. м. н., профессор,
руководитель
отдела заболеваний
миокарда и сердечной
недостаточности,
РКНПК им. А. Л. Мясникова

ЖИРОВ
Игорь Витальевич,
д. м. н., ведущий
научный сотрудник
отдела заболеваний
миокарда и сердечной
недостаточности,
РКНПК им. А. Л. Мясникова

Госпитализация при сердечной недостаточности:

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Обзор статистических данных

Начало третьего тысячелетия в современной кардиологии было связано с прорывом в понимании патогенеза, разработке эффективных лечебно-диагностических стратегий и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Внедрение в практику тромболитической терапии, кардиоинтервенционных процедур, разработка новых способов хирургического лечения сердечно-сосудистых заболеваний позволили значительно изменить структуру заболеваемости и смертности, значимо улучшить прогноз в различных группах пациентов. Это отразилось на снижении смертности от кардиоваскулярных причин и, как следствие, на увеличении ожидаемой продолжительности жизни. Вместе с тем на этой карте по-прежнему остаются белые пятна, требующие своего интенсивного изучения. К их числу относится и проблема хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Выживаемость при хронической сердечной недостаточности сопоставима с аналогичными значениями при злокачественных новообразованиях. С чем это связано? Во-первых, хроническая сердечная недостаточность — симптомокомплекс, развивающийся на конечных этапах сердечно-сосудистого континуума, то есть у пациентов с серьезными функциональными и структурными изменениями внутренних органов и систем. Во-вторых, **у пациента с ХСН почти всегда имеется сочетанная патология, что делает лечение больного чрезвычайно сложной задачей.**

26 миллионов	Число пациентов с сердечной недостаточностью по всему миру [1]
>1 миллиона	Ежегодное число госпитализаций в США и Европе [1]
80–90%	Процент госпитализаций в связи с ухудшением состояния при хронической сердечной недостаточности в сравнении с новыми случаями [2]
74%	Число пациентов с сердечной недостаточностью имеют по крайней мере 1 сопутствующее заболевание, что утяжеляет общее состояние [3]

Согласно данным Росстата, ситуация с хронической сердечной недостаточностью в нашей стране также чрезвычайно актуальна как для клинициста, так и для системы здравоохранения в целом (рисунки 1, 2).

Сердечная недостаточность является ведущей причиной госпитализации пациентов в возрасте старше 65 лет [4].

1–4%	Число госпитализаций при сердечной недостаточности среди общего числа поступлений в стационар [1–4]

1. Ambrosy PA et al. The Global Health and Economic Burden of Hospitalizations for Heart Failure. Lessons Learned From Hospitalized Heart Failure Registries. J Am Coll Cardiol. 2014; 63: 1123–1133.
2. Butler J, Braunwald E, Gheorghiade M. Recognizing worsening chronic heart failure as an entity and an end point in clinical trials. JAMA. 2014; 312 (8): 789–90.
3. Van Deursen VM et al. Co-morbidities in patients with heart failure: an analysis of the European Heart Failure Pilot Survey. Europ J Heart Fail. 2014; 16: 103–111.
4. McMurray J et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2012; 33: 1787–1847.

Смертность населения трудоспособного возраста от СН (неуточненная) в 2011–2012 годах

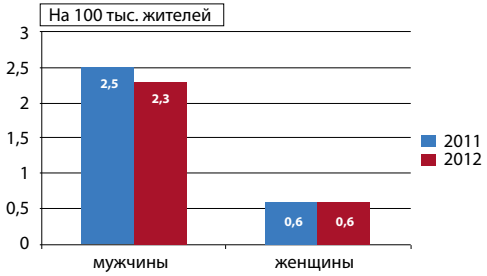

Рис. 1. По данным Росстата

Смертность населения от СН (неуточненная) в 2011–2012 годах

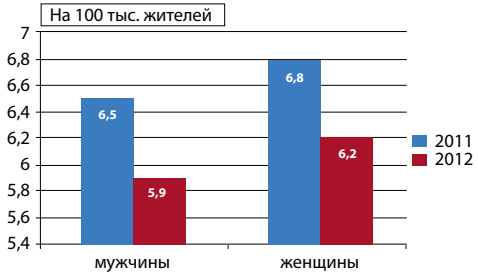

Рис. 2. По данным Росстата

	Госпитализация при сердечной недостаточности / общее число госпитализаций
Северная и Латинская Америка	
Канада (2011)	1,76%
США (2010)	3,04%
Бразилия (2013)	2,11%
Чили (2010)	1,70%
Мексика (2011)	1,64%
Европа (22 страны)	
Франция (2010)	1,46%
Германия (2011)	1,54%
Польша (2010)	3,73%
Великобритания (2011)	0,88%
Средний Восток	
Израиль (2010)	1,31%
Африка	
ЮАР (Южно-Африканская Республика) (2006)	0,65%
Азия	
Япония (2011)	1,24%
Южная Корея (2011)	0,78%
Страны Океании	
Австралия (2012)	1,38%
Новая Зеландия (2011)	1,53%

5–10 дней	Средняя длительность пребывания в стационаре [1]

1. Cowie MR et al. Improving care for patients with acute heart failure. 2014. Oxford PharmaGenesis. ISBN 978-1-903539-12-5. Available online at http://www.oxfordhealthpolicyforum.org/reports/acute-heart-failure/improving-care-for-patients-with-acute-heart-failure.

Актуальность проблемы госпитализации при сердечной недостаточности (с позиции для пациента)

Низкий показатель выживаемости

46%	Уровень 5-летней выживаемости при сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса после первой госпитализации, обусловленной данным состоянием [1]

Повторная госпитализация

	Ухудшение функций сердца и почек с каждым эпизодом острой сердечной недостаточности, приведшей к госпитализации [2]
32%	Частота повторных госпитализаций в течение 1 года пациентов с хронической сердечной недостаточностью [3]

Ухудшение качества жизни

Качество жизни пациента ухудшается по мере снижения ФК по NYHA [4]. Пациенты постоянно ощущают одышку, утомляемость, увеличение веса, обусловленное задержкой жидкости в организме, отеки лодыжек, головокружение и эпизодическое обострение симптоматики, часто приводящее к повторной госпитализации. Госпитализация в связи с сердечной недостаточностью также влияет на качество жизни пациента, снижается самостоятельность и возможность вести обычный образ жизни. При этом пациенты также страдают от социальной изоляции, живут в страхе и с ощущением потери чувства контроля над своей жизнью. Все это влияет на психологическую и физическую дееспособность, социальные и родственные связи [5].

Актуальность проблемы госпитализации при сердечной недостаточности (с позиции для общества)

Увеличение расходов в системе здравоохранения

Сердечная недостаточность является важным фактором, влияющим на увеличение общей нагрузки на систему здравоохранения и на рост расходов в данной отрасли.

1–2%	Расходы в системе здравоохранения, обусловленные сердечной недостаточностью, в Европе и Северной Америке [6]
Увеличение в 3 раза к 2030 году	В 2030 году прогнозируемые затраты на лечение пациентов с сердечной недостаточностью будут в 3 раза выше, чем в 2010 году, в основном из-за старения населения [7]

1. Tribouilloy C et al. Prognosis of heart failure with preserved ejection fraction: a 5 year prospective population-based study. Eur Heart J. 2008; 29 (3): 339–347.
2. Gheorghiade M et al. Pathophysiologic targets in the early phase of acute heart failure syndromes. Am J Cardiol. 2005; 96: 11–17.
3. Maggionni et al. EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). European Journal of Heart Failure. 2013; 15: 808–817.
4. Juenger J et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. Heart. 2002; 87: 235–241.
5. Jeon YH et al. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. BMC Health Services Research. 2010; 10: 77.
6. Cowie MR et al. Improving care for patients with acute heart failure. 2014. Oxford PharmaGenesis. ISBN 978-1-903539-12-5. Available online at http://www.oxfordhealthpolicyforum.org/reports/acute-heart-failure/improving-care-for-patients- with-acute-heart-failure.
7. Heidenreich P et al. Forecasting the Impact of Heart Failure in the United States: A Policy Statement From the American Heart Association. Circ Heart Fail. 2013; 6 (3): 606–619.

Высокие затраты при госпитализации пациентов с сердечной недостаточностью делают ее актуальной не только для пациента и врача, но и для общества в целом. Это предполагает помимо всего прочего уменьшение числа госпитализаций в стационар, с одной стороны, и оптимизацию всего спектра диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, включая обучение пациентов, непрерывность и преемственность медицинской помощи, — с другой [1].

2. ВОЗМОЖНОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЧЕТОМ РАННЕГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ВЫПИСКИ

Среди пациентов, госпитализированных по поводу сердечной недостаточности, отмечается недопустимо высокий уровень смертности в ранний период после выписки, а также значительное число повторных госпитализаций [2–5].

Смертность особенно высока в ранний период после выписки из стационара

15%	Частота смертельных исходов в период от 60 до 90 дней после выписки [2]

Повторная госпитализация особенно высока в ранний период после выписки из стационара

	1 из 4 пациентов, госпитализированных по поводу сердечной недостаточности (24%), повторно поступает в стационар в течение 30 дней после выписки [3]
	1 из 2 пациентов (46%) повторно поступает в стационар по поводу сердечной недостаточности в течение 60 дней после выписки [3]

Период после выписки из стационара можно охарактеризовать как «приобретенное временное состояние повышенного общего риска» или «период уязвимости» [4, 5].

Возможности госпитализации при сердечной недостаточности

Ключевой момент в оптимизации помощи

Gheorghiade M et al. Heart Failure Clin. 2013; 9: 285–290.

Согласно современным рекомендациям, лечение, начатое в период госпитализации, позволит снизить риск неблагоприятных исходов после выписки [6].

При выписке пациенты хоть и находятся в стабильном состоянии, тем не менее они подвержены риску неблагоприятных исходов.

- «Долгосрочная терапия, направленная на стабилизацию состояния при сердечной недостаточности, должна быть начата в стационаре и продолжена после выписки, что позволит улучшить исходы лечения».
- «Откладывание назначения потенциально эффективного лечения на недели или месяцы после выписки приводит к неоправданно высокому риску развития неблагоприятных событий в данный период времени».

1. Cowie MR et al. Improving care for patients with acute heart failure. 2014. Oxford PharmaGenesis. ISBN 978-1-903539-12-5. Available online at http://www.oxfordhealthpolicyforum.org/reports/acute-heart-failure/improving-care-for-patients- with-acute-heart-failure.
2. Butler J, Braunwald E, Gheorghiade M. Recognizing worsening chronic heart failure as an entity and an end point in clinical trials. JAMA. 2014 Aug 27; 312 (8): 789–90.
3. Christopher M., O'Connor MD et al. Causes of death and rehospitalization in patients hospitalized with worsening heart failure and reduced left ventricular ejection fraction: Results from efficacy of vasopressin antagonism in heart failure outcome study with tolvaptan (EVEREST) program. American Heart Journal. May 2010.
4. Krumholz HM. Post-hospital Syndrome – An acquired, Transient Condition of Generalized Risk. NEJM. 2013; 368; 2.
5. Marti NC et al. Timing and duration of interventions in clinical trials for patients with hospitalized heart failure. Circ Heart Fail. 2013; 6: 1095–1101.
6. Gheorghiade M et al. Recognizing hospitalized heart failure as an entity and developing new therapies to improve outcomes. Heart Failure Clin. 2013; 9: 285–290.

Psotka MA, Teerlink JR. Heart Failure Clin. 2013; 9: 303–320.

«Профилактика неблагоприятных исходов у пациентов, госпитализированных по поводу сердечной недостаточности, основывается на недопущении прогрессирования сердечной недостаточности. Выбор препарата и его дозы, основанный на принципах доказательной медицины, обеспечит длительную приверженность лечению, а также профилактику осложнений и лечение сопутствующей патологии» [1].

Стратегии с положительными результатами

Новые алгоритмы стационарного лечения демонстрируют успешность современных подходов по снижению повторных госпитализаций при сердечной недостаточности в течение 30 дней после выписки.

Пример 1. Контрольные визиты в течение первых 7 дней после выписки [2, 3].

В рамках программы по улучшению качества стационарной помощи в медицинском центре Университета штата Коннектикут (США) была проверена гипотеза о том, что увеличение частоты контрольных визитов пациентов в течение первых 7 дней после выписки позволит уменьшить частоту повторных госпитализаций в 30-дневный период после выписки.

В данное исследование были включены пациенты, выписанные из стационара, после курса лечения по поводу сердечной недостаточности в 2008 году (n=189) и в 2011 году (n=209) — до введения нового алгоритма лечения и, соответственно, после. Особенностью нового алгоритма лечения являлся обязательный контрольный визит пациента (или к пациенту) в период 7 дней после выписки. В ходе этих визитов, осуществляемых кардиологами (58%), специально обученными медицинскими сестрами (23%), врачами общей практики (5%) или другими специалистами, производилась коррекция проводимого лечения.

Результаты

Частота повторных госпитализаций в 30-дневный период после выписки снизилась на 30% после введения обязательных контрольных визитов (с 27,5% в 2008 году до 19,1% в 2011 году).

Частота повторных госпитализаций в 30-дневный период после выписки уменьшалась параллельно с увеличением частоты контрольных визитов пациентов в течение первых 7 дней после выписки.

В американские рекомендации 2013 года включено положение об обязательном контрольном визите в период 7–14 дней и/или телефонном звонке в течение 3 дней после выписки из стационара по поводу сердечной недостаточности.

1. Psotka MA, Teerlink JR. Strategies to prevent postdischarge adverse events among hospitalized patients with heart failure. Heart Failure Clin. 2013; 9: 303–320.
2. Ryan J et al. Change in Readmissions and Follow-up Visits as Part of a Heart Failure Readmission Quality Improvement Initiative. Am J Med. 2013 Nov; 126 (11): 989–994. e1.
3. Yancy CW et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. Circulation. 2013; 128: 1810–1852.

Стратегии с положительными результатами

Пример 2. Мультидисциплинарный подход. Исследование SMAC-HF [1, 2].

В исследовании SMAC-HF [1] проводилась оценка эффективности влияния стратегии повторных визитов пациентов с привлечением специалистов различного профиля по сравнению со стандартным протоколом оказания медицинской помощи при сердечной недостаточности на частоту повторных госпитализаций или смертельных исходов.

Группа 1	**Группа 2**
Стандартный протокол оказания медицинской помощи	Стандартный протокол оказания медицинской помощи + 4 еженедельных визита + 1 визит через 6 месяцев для обследования с привлечением специалистов разного профиля, а также программа обучения пациента

Данное исследование показало высокую приверженность назначенному лечению у пациентов второй группы, а также более длительный период без госпитализаций в этой группе.

Другие стратегии с доказанной низкой частотой повторных госпитализаций при сердечной недостаточности в период 30 дней после выписки:

- тесное взаимодействие с лечащим врачом общей практики с целью уменьшения числа повторных госпитализаций;
- обучение медицинских сестер с целью оказания помощи пациентам с сердечной недостаточностью по контролю лекарственной терапии;
- составление плана контрольных визитов до выписки пациента из стационара;
- незамедлительная передача документов о выписке пациента из стационара непосредственно лечащим врачам общей практики на местах (в электронном или бумажном виде);
- незамедлительная передача результатов исследований, полученных после выписки пациента из стационара, непосредственно лечащим врачам на местах (в электронном или бумажном виде).

1. Multidisciplinary Group Clinic Appointments: The Self-Management and Care of Heart Failure (SMAC-HF) Trial. Circ Heart Fail. Originally published September 18, 2014.
2. Bradley EH, Curry L, Horwitz LI. Hospital strategies associated with 30-day readmission rates for patients with heart failure. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2013; 6 (4): 444–450.

Стратегии с положительными результатами

Международные рекомендации призваны улучшить диагностику и лечение сердечной недостаточности как в стационаре, так и после выписки.

Европейский регистр по сердечной недостаточности [1, 2]:

- наблюдательное исследование, в котором участвуют: 21 страна, 211 кардиологических центров, 12 440 пациентов с сердечной недостаточностью;
- цель исследования: оценить, как внедряются Европейские рекомендации в клиническую практику.

В 2012 году Европейским обществом кардиологов рекомендовано для лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса применение следующих групп лекарственных препаратов:

- диуретики,
- иАПФ (или БРА),
- БАБ,
- АМКР,
- ивабрадин при наличии симптомов и высокой частоте сердечных сокращений (⩾70 уд./мин.).

Назначение пероральных лекарственных препаратов пациентам, госпитализированным по поводу сердечной недостаточности (n=5039)

	До госпитализации	При выписке	
ИАПФ (или БРА)	64,3%	77,0%	Имеется достоверное (p<0,0001) увеличение частоты назначения лечения, рекомендованного в руководствах
БАБ	54,8%	71,8%	
АМКР	33,9%	55,3%	
Диуретики	65,3%	83,6%	
Ивабрадин	1,2%	3,2%	

Пациентам со сниженной фракцией выброса (⩽45%) (n=4792) диуретики назначались в 84,3%, иАПФ (или БРА) — в 92,2%, БАБ — в 92,7%, АМКР — в 67,0% и ивабрадин — в 10,5%.

1. Maggioni AP, Anker SD, Dahlström U et al. Heart Failure Association of the ESC. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with European Society of Cardiology guidelines? Evidence from 12,440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. Eur J Heart Fail. 2013; 15 (10): 1173–1184.
2. McMurray J et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2012; 33: 1787–1847.

Ключевые факторы успеха

1. Обучение пациентов

- **Пациентам с сердечной недостаточностью следует предоставить необходимую информацию об их заболевании, в том числе и о том, как они могут контролировать свое состояние [1].** Повышение осведомленности пациентов о сердечной недостаточности (симптомах данного заболевания, особенностях питания и физической активности, а также о существующих методах лечения) оказывает положительное влияние на их здоровье, самочувствие и качество жизни.
- Участие медицинского персонала в программах по улучшению доступности, непрерывности и качества медицинской помощи [2]. Активная заинтересованность медицинского персонала в оказании помощи и поддержки пациентам с сердечной недостаточностью поможет таким пациентам и их семьям повысить приверженность лечению, а также обеспечит своевременность обращения за медицинской помощью при ухудшении состояния.

2. Оптимизация лечения

- **Госпитализация – ключевой момент в оптимизации процесса оказания медицинской помощи при сердечной недостаточности.** Назначение необходимого лечения пациентам еще в стационаре, после стабилизации их состояния, а также длительный и непрерывный прием рекомендованных лекарственных средств после выписки позволят улучшить долгосрочный прогноз при сердечной недостаточности. При этом чрезвычайно важно не допустить прогрессирования сердечной недостаточности и при подборе медикаментозной терапии учитывать сопутствующую патологию.
- Следование рекомендациям. Соблюдение рекомендаций, изложенных в руководствах по оказанию медицинской помощи, напрямую связано с улучшением исходов при сердечной недостаточности. Необходимо поощрять выполнение рекомендаций по лечению в стационаре, равно как и после выписки [3].

3. Непрерывность оказания медицинской помощи

- **Рекомендации при выписке.** В ряде международных руководств (2010 NICE, 2013 ACCF/AHA) содержится положение о необходимости преемственности ведения пациента на различных этапах оказания медицинской помощи [4, 5].
- Привлечение специалистов различного профиля. Пациенты, наблюдаемые с привлечением представителей различных медицинских специальностей, а также участвующие в специальных образовательных и других программах, значительно реже нуждаются в повторной госпитализации. В случае повторной госпитализации число дней, проведенных в стационаре, у таких пациентов будет меньше [6].

---

1. Jeon YH et al. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. BMC Health Services Research. 2010; 10: 77.
2. Gheorghiade M et al. Recognizing hospitalized heart failure as an entity and developing new therapies to improve outcomes.
A ade i s , Ii i ia s , i dust y s, egulato s , a d paye s pe spe ti es. Heart Failure Clin. 2013; 9: 285–290.
3. Kolandaivelu K, Leiden BB, O'Gara PT and Bhatt DL. Non-adherence to cardiovascular medications. Eur Heart J. 2014 Sep 28. pii: ehu342
4. NICE clinical guideline 108. Chronic heart failure. Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care . August 2010. Available at guidance. ni ce.org.uk/cg108.
5. Yancy CW et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. Circulation. 2013; 128: 1810-1852.
6. Sochalski J, Jaarsma T, Krumholz HM et al. What Works In Chronic Care Management: The Case Of Heart Failure. Health Affairs. 2009; 28 (1): 179–189.

3. КОРАКСАН В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Стандарт фармакотерапии систолической ХСН подробно изложен Европейским обществом кардиологов в новых рекомендациях 2012 г. Итак, лечение начинается с назначения ингибитора АПФ, в случае его непереносимости — блокатора рецепторов ангиотензина II, в случае имеющегося застоя — еще и диуретика. Следующим этапом является назначение бета-адреноблокатора и антагониста альдостерона. При неуспешности терапии применяются другие группы лекарственных средств (сердечные гликозиды, этиловые эфиры, омега-3 ПНЖК и др.), используются различные устройства: кардиовертеры-дефибрилляторы, аппараты для кардиальной ресинхронизирующей терапии, в конечных стадиях пересадка сердца, имплантация искусственных левых желудочков или мини-инвазивных насосов. Одним из принципиальных новшеств этих рекомендаций по сравнению с предыдущей версией явилось появление нового класса лекарственных препаратов – ингибиторов If-рецепторов, влияющих на активность синусового узла. Каково же место Кораксана, единственного на настоящий момент представителя названного класса, в данной схеме лечения?

Несомненная взаимосвязь между ЧСС и клиническими исходами у пациентов с ХСН была продемонстрирована в исследовании SHIFT. Исследование SHIFT было двойным слепым клиническим исследованием, в котором 6505 пациентов с умеренной или тяжелой СН, систолической дисфункцией левого желудочка (СДЛЖ) и госпитализацией в связи с СН за предшествующий год были рандомизированы в группы с назначением Кораксана или плацебо на фоне рекомендуемой в руководствах терапии СН (включая максимальные дозы β-адреноблокаторов). Всего в ходе исследования как минимум одна дополнительная госпитализация в связи с СН была отмечена у 1186 пациентов, как минимум две госпитализации — у 412 пациентов и как минимум три госпитализации — у 218 пациентов. У пациентов с дополнительными госпитализациями в связи с СН имелось более тяжелое заболевание, чем у пациентов без них. Терапия Кораксаном ассоциировалась с меньшей частотой любых госпитализаций в связи с СН [902 против 1211 в группе плацебо; отношение частот (ОЧ) — 0,75, 95% доверительный интервал (ДИ): 0,65–0,87, p=0,0002] в течение периода наблюдения с медианой 22,9 месяца. У пациентов, получавших Кораксан, риск второй и третьей дополнительной госпитализации в связи с СН был меньше [отношение рисков (ОР): 0,66, 95% ДИ: 0,55–0,79, p<0,001 и ОР: 0,71, 95% ДИ: 0,54–0,93, p=0,012 соответственно]. Похожие результаты были получены при анализе любых госпитализаций и госпитализаций в связи с сердечно-сосудистой причиной.

Современное мнение экспертов по значению Кораксана в лечении ХСН можно свести к следующим постулатам:

1. Неблагоприятная прогностическая значимость ускоренной ЧСС у пациентов с ХСН и синусовым ритмом не подвергается сомнению;
2. Новая концепция — применение лекарственных средств, селективно влияющих на синусовый узел (ведущий водитель ритма, который является стержневым для всех циклических процессов возбуждения в миокарде), является теоретически

обоснованной и клинически доказанной стратегией лечения пациентов с ХСН. Терапия Кораксаном ведет как к улучшению симптоматики, так и к более благоприятным клиническим исходам у пациентов с ХСН;

3. Кораксан и бета-блокаторы не являются соперниками, а представляют собой две группы средств, обладающих синергизмом при их назначении пациентам с ХСН.

Эффективность Кораксана в лечении сердечной недостаточности [1, 2]

Пациенты чувствуют себя лучше

Кораксан уменьшает выраженность симптомов, снижая функциональный класс по NYHA [3]

Пациенты проводят меньше времени в стационаре

Первая госпитализация	↓ **25%** (p<0,001)	Прием Кораксана позволяет значимо уменьшить число госпитализаций [4]
Вторая госпитализация	↓ **34%** (p<0,001)	
Третья госпитализация	↓ **29%** (p<0,012)	
↓ **25%**	**ОБЩЕЕ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ**	

Пациенты живут дольше

Снижение числа смертей при сердечной недостаточности: ↓ **39%** n=4150 пациентов с частотой сердечных сокращений ⩾75 уд./мин.	Прием Кораксана снижает смертность при сердечной недостаточности [5]

1. Procoralan Summary of Product Characteristics (European Medicines Agency — latest update of December 2013).
2. McMurray J et al. European Society of Cardiology Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Eur Heart J. 2012; 33: 1787–1847.
3. Zugck C, Martinka P, Stöckl G. Ivabradine Treatment in a Chronic Heart Failure Patient Cohort: Symptom Reduction and Improvement in Quality of Life in Clinical Practice. Adv Ther. 2014; 31: 961–974.
4. Borer JS et al. Effect of ivabradine on recurrent hospitalization for worsening heart failure in patients with chronic systolic heart failure: the SHIFT Study. Eur Heart J. 2012; 33 (22): 2813–2820.
5. Böhm M 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.

ИБС ХСН Следите за пульсом

Если пульс идёт на приступ...

- ***Уменьшение симптомов ИБС и ХСН[1]***
- ***Улучшение прогноза ХСН[1]***
- ***Надежный контроль ЧСС[1]***
- ***Комбинированная терапия с β-адреноблокаторами[1]***

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Кораксан® (ивабрадин)

Состав*. Таблетки, покрытые оболочкой, содержащие каждая 5 мг или 7,5 мг ивабрадина в виде ивабрадина гидрохлорида. Содержит лактозу в качестве вспомогательного вещества. **Фармакотерапевтическая группа***. Антиангинальное средство. **Показания к применению***. *Стабильная стенокардия у пациентов с нормальным синусовым ритмом*: при непереносимости или наличии противопоказаний к применению бета-адреноблокаторов; в комбинации с бета-адреноблокаторами при неадекватном контроле стабильной стенокардии на фоне оптимальной дозы бета-адреноблокатора. *Хроническая сердечная недостаточность*: для снижения частоты развития сердечно-сосудистых осложнений (смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и госпитализации в связи с усилением симптомов ХСН) у пациентов с синусовым ритмом и ЧСС не менее 70 уд/мин. **Способ применения и дозы***. Кораксан® следует принимать внутрь 2 раза в сутки, утром и вечером во время приёма пищи. *Стабильная стенокардия*: рекомендуемая начальная доза препарата составляет 10 мг в сутки (по 1 таблетке 5 мг 2 раза в сутки). В зависимости от терапевтического эффекта через 3-4 недели применения суточная доза препарата может быть увеличена до 15 мг (по 1 таблетке 7,5 мг 2 раза в сутки). Если на фоне терапии препаратом Кораксан® ЧСС в покое урежается до значений менее 50 уд/мин или у больного возникают симптомы, связанные с брадикардией, необходимо уменьшить дозу препарата Кораксан (например, до 2,5 мг (по 1/2 таблетки по 5 мг) 2 раза в сутки). Если при снижении дозы препарата Кораксан® ЧСС остается менее 50 уд/мин или сохраняются симптомы выраженной брадикардии, то прием препарата следует прекратить. **Противопоказания***. Повышенная чувствительность к ивабрадину или любому из вспомогательных веществ препарата; брадикардия (ЧСС в покое менее 60 уд/мин (до начала лечения)); кардиогенный шок; острый инфаркт миокарда; тяжелая артериальная гипотензия (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. и диастолическое АД менее 50 мм рт.ст.); тяжелая печеночная недостаточность (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью); синдром слабости синусового узла; синоатриальная блокада; нестабильная или острая сердечная недостаточность; наличие искусственного водителя ритма; нестабильная стенокардия; атриовентрикулярная (AV) блокада **III** степени; одновременное применение с мощными ингибиторами изоферментов системы цитохрома P450 3A4 (кетоконазол, итраконазол), антибиотиками группы макролидов (кларитромицин, эритромицин для приема внутрь, джозамицин, телитромицин), ингибиторами ВИЧ-протеазы (нелфинавир, ритонавир) и нефазодон; беременность и период кормления грудью, женщины детородного возраста, не использующие соответствующих средств контрацепции (см. раздел «Применение при беременности и в период лактации»); возраст до 18 лет (эффективность и безопасность применения препарата в данной возрастной группе не изучались); дефицит лактазы, непереносимость лактозы, синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции. **С осторожностью***. Препарат не рекомендуется пациентам с фибрилляцией предсердий (мерцательной аритмией) или другими типами аритмий, связанными с функцией синусового узла; во время терапии следует проводить клиническое наблюдение за пациентами на предмет выявления фибрилляции предсердий (пароксизмальной или постоянной). Пациенты с хронической сердечной недостаточностью и нарушениями внутрижелудочковой проводимости (блокада левой или правой ножки пучка Гиса) и желудочковой диссинхронией должны находиться под пристальным контролем; Кораксан® противопоказан, если до начала терапии ЧСС в покое составляет менее 60 уд/мин (см. раздел «Противопоказания»). Если на фоне терапии ЧСС в покое урежается до значений менее 50 уд/мин или у пациента возникают симптомы, связанные с брадикардией (такие как головокружение, повышенная утомляемость или артериальная гипотензия), необходимо уменьшить дозу препарата. Если при снижении дозы препарата ЧСС остается менее 50 уд/мин или сохраняются симптомы, связанные с брадикардией, то прием препарата Кораксан® следует прекратить. Умеренно выраженная печеночная недостаточность (менее 9 баллов по шкале Чайлд-Пью); тяжелая почечная недостаточность (КК менее 15 мл/мин); врожденное удлинение интервала QT; одновременный прием лекарственных средств, удлиняющих интервал QT; одновременный прием умеренных ингибиторов изоферментов цитохрома CYP3A4 и грейпфрутового сока; бессимптомная дисфункция левого желудочка; хроническая сердечная недостаточность **IV** функционального класса по классификации NYHA; атриовентрикулярная блокада **II** степени; недавно перенесенный инсульт; пигментная дегенерация сетчатки глаза (retinitis pigmentosa); артериальная гипотензия; одновременное применение с блокаторами «медленных» кальциевых каналов (ВМКК), урежающими ЧСС, такими как верапамил или дилтиазем. При возможности отсрочить плановую электрическую кардиоверсию прием препарата Кораксан® следует прекратить за 24 часа до ее проведения. При изменении гипотензивной терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, принимающих Кораксан®, требуется мониторинг АД через соответствующие интервалы времени. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами***. *Противопоказано*: сильные ингибиторы изофермента CYP3A4, антибиотики группы макролидов (кларитромицин, эритромицин для приема внутрь, джозамицин, телитромицин), ингибиторы ВИЧ-протеазы (нелфинавир, ритонавир) и нефазодон. Нерекомендовано: с лекарственными средствами, удлиняющими интервал QT, умеренными ингибиторами изофермента CYP3A4 (дилтиазем или верапамил). *С осторожностью*: умеренные ингибиторы изофермента CYP3A4, индукторы изофермента CYP3A4, грейпфрутовый сок. **Беременность и период лактации***. Препарат Кораксан® противопоказан для применения при беременности и кормлении грудью. **Влияние на способность управлять транспортными средствами и выполнять работы, требующие высокой скорости психомоторных реакций***. Возможное возникновение временного изменения световосприятия должно приниматься во внимание при управлении автотранспортом или другими механизмами при резком изменении интенсивности света, особенно в ночное время. **Побочное действие***. *Очень часто*: изменения световосприятия (фотопсия). *Часто*: нечеткость зрения, брадикардия, AV-блокада **I** степени; желудочковая экстрасистолия, головная боль, головокружение, кратковременное повышение АД. *Нечасто*: ощущение сердцебиения, наджелудочковая экстрасистолия, тошнота, запор, диарея, одышка, вертиго, спазмы мышц, гиперурикемия, эозинофилия, повышение концентрации креатинина в плазме крови, выраженное снижение АД. *Очень редко*: фибрилляция предсердий, AV-блокада **II** и **III** степени, синдром слабости синусового узла. *Неуточненной частоты*: обморок, кожная сыпь, зуд, эритема, ангионевротический отек, крапивница, астения, повышенная утомляемость, недомогание, диплопия, ухудшение зрения. **Передозировка***. **Фармакологическое действие***. Действие Кораксана основано исключительно на снижении ЧСС благодаря селективному и специфическому ингибированию ионных токов **If**-синусового узла. Снижение ЧСС приводит к нормализации потребления кислорода тканями сердца, Кораксан® дозозависимо снижает ЧСС и обеспечивает высокую антишемическую и антиангинальную эффективность. **Форма выпуска***. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг и 7,5 мг. По 14 таблеток в блистер (ПВХ/Al). По 1, 2 или 4 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. *При расфасовке (упаковке) на российском предприятии ООО «Сердикс»*: по 14 таблеток в блистер (ПВХ/Al). По 1, 2 или 4 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную.

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Кораксан® (ивабрадин)

**Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.*

Представительство АО «Лаборатории Сервье»:
115054, г. Москва, Павелецкая пл. д.2, стр.3
Тел.: (495) 937-0700, факс: (495) 937-0701

SERVIER

152CORBR462 Материал предназначен для специалистов