РАЗДЕЛ XX. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ НАУКИ

Абдюшева Г.И., Касприк И.Н., Дианова Д.Г.

Возможность использования неселективных бета-адреноблокаторов в кардиологической практике

*Пермская государственная фармацевтическая академия
(Россия, Пермь)*

doi: 10.18411/sr-10-12-2017-63

idsp: 000001:sr-10-12-2017-63

Аннотация

В статье проводится сравнительная характеристика неселективных бета-адреноблокаторов, используемых в кардиологической практике, включенных в Федеральное руководство по использованию лекарственных средств Российской Федерации. В ходе работы были проанализированы Федеральные руководства по использованию лекарственных средств 2005, 2008, 2012 годов издания. Сравнительная характеристика анализируемых неселективных бета-адреноблокаторов показала, что в перечень препаратов, предлагаемых для фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний, каждый год вносятся дополнения и изменения.

Ключевые слова: кардиология, неселективные бета-адреноблокаторы.

Современную кардиологию невозможно представить без препаратов группы бета-адреноблокаторов, которых в настоящее время известно более 30 наименований[1, с. 97-164]. Необходимость включения бета-адреноблокаторов в программу лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) очевидна: за последние 50 лет кардиологической клинической практики бета-адреноблокаторы заняли прочные позиции в профилактике осложнений и в фармакотерапии артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), метаболическом синдроме (МС), а также при некоторых формах тахикардий[2, с. 1105-1187]. Бета-адреноблокаторы оказывают выраженное антиангинальное действие, и поэтому, сначала 60-х годов XX века их используют для лечения больных ишемической болезнью сердца, страдающих стенокардией напряжения. Применение бета-адреноблокаторов позволяет уменьшить количество приступов стенокардии и потребность в приеме нитроглицерина, улучшить переносимость физической нагрузки и снизить выраженность ишемии миокарда. Бета-адреноблокаторы оказывают также антиаритмическое действие и используются для лечения различных видов нарушений ритма (бета-адреноблокаторы составляют отдельный – 2 класс – антиаритмических препаратов) как желудочкового, так и наджелудочкового происхождения. Бета-адреноблокаторы с успехом назначают также для нормализации частоты сердечных сокращений у больных с фибрилляцией предсердий, и при этом бета-адреноблокаторы не уступают по эффективности сердечным гликозидам[3, с. 1334-1381]. В последнее время бета-адреноблокаторы стали с успехом использовать для лечения больных с хронической сердечной недостаточностью. В ряде исследований было показано, что бета-адреноблокаторы у таких больных уменьшают выраженность сердечной недостаточности и существенно улучшают сократимость миокарда[4, с. 32-405].

В связи вышеизложенным, актуальным является изучить перечень неселективных бета-адреноблокаторов и их возможность использования в кардиологической практике.

Цель работы – провести сравнительную характеристику по использованию неселективных бета-адреноблокаторов в кардиологической практике и включенных в

Федеральные руководства по использованию лекарственных средств 2005-2012 годов издания.

В ходе сравнительной характеристики Федеральных руководств 2005-2012 годов установлено, что для фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний были включены следующие неселективные бета-адреноблокаторы: пропранолол, алпронолол, пиндолол, надолол, карведилол, лабеталол, соталол, окспренолол, бопиндолол[5, с. 117-123; 6, с. 350-360; 7, с. 344-359].

В ходе анализа было выявлено, что препараты пропранолола, включенные в формуляр 2005 года, представлены: анаприлин (раствор для инъекции 0.25%), анаприлин (табл. 0.01 г, 0.04 г), индерал (табл. 0.04 г), обзидан (раствор для инъекций 0.1%; табл. 0.04 г) производимые в Германии и России. В 2008 году к вышеперечисленным препаратам был дополнительно включен препарат индерал ЛА (в капсулах 0.16 г), производителями которого являются Россия, Германия, США. В 2012 году рекомендован препарат пропранололникомед (табл. 0.01 г, 0.04 г, 0.08 г, 0.16 г), производимый Германией, Россией, Великобританией. Показано, что со временем было увеличено количество торговых наименований и широта применения дозировок пропранолола. В формулярных системах были рекомендованы препараты пропранолола различных производителей, таких как Германия, России, США, Великобритания, Белоруссия, Румыния, Индия, Австрия.

Установлено, что алпронолол, производимый в Швеции был рекомендован для использования только в 2005 году в виде аптина (раствор для инъекций по 10 мл; табл. 0.05 г, 0.1 г), в 2008 году в перечне значился алфедрол (табл. по 0.05 г и 0.1 г) и альпронолол (табл. по 0.05 г и 0.1 г; табл. пролонгированного действия 0.2 мг). В последующие годы алпронолол не был включен в Федеральные руководства.

В ходе анализа выявлено, что препараты пиндолола были рекомендованы на протяжении периода 2005-2012 годов в виде вискена (табл. по 0.005 г; раствор для инъекций по 5 мл) и с 2008 года – веспар (табл. по 0.005 г и 0.01 г; раствор для инъекций), производимых в Швейцарии, Индии, Венгрии.

Установлено, что надолол включен в формуляры 2005-2008 годов издания в виде коргард (табл. 0.04 г и 0.08 г), производства Турции, США, России. Карведилол рекомендован только в 2005 году в виде кориола (табл. по 0.00625 г, 0.0125 г, 0.025 г), производимый в Германии. Так же в формулярной системе за 2005 год предлагался лабеталол в виде препаратов альбетол (раствор для инъекций; табл. 0.01 г, 0.02 г) и трандат (капсулы по 0.1 г), производимые в Финляндии и Италии.

Обнаружено, что соталол включен в Федеральное руководство только с 2012 года, были рекомендованы препараты: сотагексал (табл. 0.08 г, 0.16 г), соталекс (табл. 0.16 г), производителями которых являются такие страны как Россия, Германия, Франция.

Таким образом, сравнительная характеристика неселективных бета-адреноблокаторов, включенных в Федеральные руководства 2005, 2008, 2012 годов издания и применяемых в кардиологической практике, каждый год вносят дополнения и изменения в рамках рационального применения лекарственных средств. В анализируемых формулярах отмечается добавление новых препаратов либо прекращение применения по тому или иному действующему веществу, увеличение количества наименований стран производителей[8, с. 178-181]. Включение новых торговых наименований с расширением вариаций дозировок, усовершенствованием лекарственных форм и созданием новых, позволяет повысить качество и удобство лечения заболеваний. Правильный выбор бета-адреноблокаторов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями может существенно повысить эффективность лечения.

1. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности. В сб. «Национальные клинические рекомендации». МЕДИЭкспо; 2009. –С. –97–164.

2. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertension; 2007.– С. –1105–1187.
3. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary. The task force of the management of stable angina pectoris of the European Society of Cardiology // Eur Heart J; 2006. –С. – 1334–1381.
4. Чазов Е.И. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний/ Е.И. Чазов, Ю.Н. Беленкова – М.: Литтерра; 2004. – Т.6. – С.– 32-40.
5. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск XIX. – М.: «Эхо»; 2008. – С. 117-123.
6. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск VI. – М.: «Эхо»; 2005. – С. 350-360.
7. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск XIII. – М.: «Эхо»; 2012. – С. 344-359.
8. Валиев В.В. Сравнительная характеристика дофаминергических препаратов, применяемых для фармакотерапии болезни паркинсона и включенных в федеральное руководство по использованию лекарственных средств Российской Федерации / В.В.Валиев, Д.Г. Дианова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. - № 11 (53). – Часть 3. – С. 178-181.