

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДРУГИХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ СРЕДСТВ: ИВАБРАДИН И РАНОЛАЗИН

Тимершина А.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Лавров Н.В.

Кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии и фармакоэкономики
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: спектр антиангинальных средств на фармацевтическом рынке сегодня большой и постоянно пополняется. В таком богатстве выбора сложно найти наиболее подходящий вариант. Данное исследование представляет сравнительный анализ антиангинальных препаратов, недавно вошедших в терапевтическую практику России.

Цели исследования: сравнительный анализ фармакокинетики и фармакодинамики Ивабрадина и Ранолазина как других антиангинальных препаратов.

Материалы и методы: изучены материалы и исследования по препаратам, взятые из Регистра лекарственных средств России, статья о Ранолазине из научного журнала сотрудника РУДН Н.В. Стурова и экспериментальные фармакологические исследования, проведённые в исследовательском центре Сервье, где был разработан Ивабрадин [1].

Результаты: данные препараты имеют ряд сходств: биодоступность Ивабрадина — 40%, Ранолазина — 35–50% [1], они не вызывают привыкания и феномена отдачи, средства принимаются 2 раза в сутки; противопоказаны лицам до 18 лет и беременным. Есть и ряд отличий: Ивабрадин специфически ингибирует if — каналы синусового узла, понижая ЧСС, действует на h — каналы сетчатки, приводя к нарушению световосприятия; Ранолазин ингибирует поздний ток ионов Na в клетки миокарда; максимальная концентрация Ивабрадина в плазме крови возникает через час, Ранолазина через 2–6 ч; $T_{1/2}$ Ивабрадина — 2 ч, Ранолазина — 7 ч; форма выпуска Ивабрадина — порошок, Ранолазина — таблетки [2]; особые противопоказания Ивабрадина: ЧСС в покое меньше 60 уд/мин, синоатриальная блокада, искусственный водитель ритма, Ранолазина — тяжёлая почечная недостаточность (Cl креатинин <30 мл/мин), приём с антиаритмическими средствами класса Ia; особые ограничения: Ивабрадин — пигментный ретинит, Ранолазин — возраст старше 65 лет, масса тела менее 60 кг [2].

Выводы: были просмотрены статьи с сайта PubMed — National Library of Medicine за 2011, 2016, 2017 года, за основу взяты отечественные статьи, в которых учтены зарубежные исследования. Оба препарата не так давно вошли в терапевтическую практику в России, но уже зарекомендовали себя эффективностью. Они являются средствами выбора у пациентов, не переносящих побочные действия бета — блокаторов. Тем не менее, пациентам с нарушениями зрения, лучше подходит Ранолазин, так как он не влияет на структуру сетчатки. Пациентам с почечной недостаточностью лучше остановиться на Ивабрадине, так как он менее токсичен для этих органов, но при синоатриальных и атриовентрикулярных блокадах предпочтительней Ранолазин.

Литература

1. Стуров Н.В. Ранолазин: новые перспективы в лечении стабильной стенокардии / Н.В. Стуров // Трудный пациент. 2014. № 3.
2. Регистр лекарственных средств России. Энциклопедия лекарств: справочник / Г.Л. Вышковский; под ред. Ю.Ф. Крылов 26 выпуск, М.: РЛС/РЛС–Медиа, 2018.
3. Vidal 2018. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. М.: АстраФармСервис, 2018.