

Кардіологія • Новини

**У пацієнтів с діабетом курення усилює ефекти клопидогреля**

Курення являється важливим модифікуємим фактором атеротромботического риска. Несмотря на это, многие пациенты с атеросклеротическими заболеваниями продолжают курить. У таких больных поиск оптимальной стратегии антитромбоцитарной терапии приобретает первоочередное значение.

Целью исследования, проведенного американскими учеными, было изучить влияние курения на эффекты клопидогреля – антитромбоцитарного препарата класса тиенопиридонов – у пациентов с сахарным диабетом (СД). Известно, что курение индуцирует CYP1A2 – главный изофермент, ответственный за превращение клопидогреля (пролекарства) в его активный метаболит. У больных СД метаболизм, осуществляемый посредством CYP1A2, обычно снижен.

В исследовании включили 134 пациента с СД 2 типа, находящихся на постоянной терапии клопидогрелем. Сывороточные уровни котинина (метаболита никотина) составили <3 нг/мл у 85 некурящих, 3-199 нг/мл у 27 «легких» курильщиков и ≥200 нг/мл у 22 заядлых курильщиков.

Авторы установили, что уровни котинина сыворотки обратно коррелировали с реактивностью тромбоцитов на фоне лечения, при этом повышенные антитромбоцитарные эффекты клопидогреля, оцененные с помощью различных лабораторных методов, ассоциировались с более высокими уровнями котинина.

По сравнению с некурящими у «легких» и заядлых курильщиков вероятность высокой реактивности тромбоцитов, определенной по данным световой агрегометрии, была на 76 и 90% ниже.

Как отмечают исследователи, несмотря на то что курение усиливает эффекты клопидогреля, частота кардиоваскулярных событий, включая смертность, у курильщиков значительно выше независимо от того, какой антитромбоцитарный препарат используется.

В настоящее время проводится проспективное исследование (NCT01260584), в котором изучается влияние курения на фармакокинетику и фармакодинамику прасугреля и клопидогреля у пациентов, получающих низкие дозы ацетилсалициловой кислоты.

Angiolillo D.J. et al. Journal of American College of Cardiology 2012; 5: 293-300

**Блокаторы ренин-ангиотензиновой системы улучшают исходы пациентов с хронической болезнью почек**

В настоящее время в США хронической болезнью почек (ХБП) страдают 11% взрослых в возрасте старше 20 лет, из них у 95% заболевание находится на ранних (1-3) стадиях. Распространенность ХБП значительно увеличивается с возрастом и тесно коррелирует с частотой СД, артериальной гипертензии (АГ) и кардиоваскулярных заболеваний.

Рабочая группа по профилактическим службам США (USPSTF) совместно с экспертами по разработке клинико-практических руководств Американской коллегии врачей (ACP) провела систематический обзор литературы, посвященный оценке эффективности различных лекарственных препаратов при ХБП.

Поиск соответствующих рандомизированных контролируемых исследований осуществлялся по базе данных MEDLINE с 1985 по 2011 год; в результате было идентифицировано 110 исследований.

По сравнению с плацебо ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) ассоциировались с более низким относительным риском (ОР) терминальной стадии заболевания почек. Показатели ОР составили 0,65 для ИАПФ vs плацебо и 0,77 для БРА vs плацебо. Наибольшую пользу от лечения этими препаратами получили пациенты с СД и макроальбуминурией.

Среди больных с микроальбуминурией и кардиоваскулярными заболеваниями либо с СД с поражением органов-мишеней риск смерти на фоне терапии ИАПФ был ниже по сравнению с таковым при приеме плацебо (ОР 0,79). В группе пациентов со сниженной скоростью клубочковой фильтрации и гиперлипидемией либо застойной сердечной недостаточностью терапия статинами и β-блокаторами ассоциировалась со снижением смертности и частоты кардиоваскулярных событий по сравнению с плацебо или лечением другими препаратами.

По сравнению с обычным контролем артериального давления (АД) строгий контроль АД не имел дополнительных преимуществ в снижении риска смерти, терминальной стадии заболевания почек и других клинических исходов.

Лечение БРА и статинами имело наиболее высокую силу доказательств эффективности, в то время как терапия ИАПФ и β-блокаторами характеризовалась умеренной силой доказательств.

Fink H.A. et al. Annals of Internal Medicine. Опубликовано онлайн 16 апреля 2012 г.

**Стойкая гиперхолестеринемия чаще встречается в странах с низкими затратами на здравоохранение**

Глобальный реестр REACH (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health) включает амбулаторных пациентов в возрасте 45 лет и старше, имеющих повышенный риск атеротромбоза вследствие установленных заболеваний (ишемической болезни сердца или заболевания периферических артерий) или 3 фактора и более кардиоваскулярного риска. Реестр, в частности, предоставил возможность изучить связь между уровнем общего холестерина (ОХС) и шестью показателями экономики и здравоохранения, в том числе двумя индексами ВОЗ.

На сегодня в реестре участвуют 53 570 пациентов из Австралии и 35 других стран, включая страны Азии, Ближнего Востока и Европы, для которых доступны данные по ОХС и экономическим индексам.

Повышенный уровень холестерина определяли как ОХС >200 мг/дл, анамнез гиперлипидемии – как верифицированный в прошлом диагноз гиперлипидемии или прием гиполипидемических препаратов на момент включения в реестр.

Исходно повышенный уровень холестерина имели 38% участников REACH – от 24% пациентов в Финляндии до 73% в Болгарии.

У пациентов без анамнеза гиперхолестеринемии не обнаружено статистически значимой корреляции между холестерином и индексами экономики и здравоохранения. В то же время у больных с анамнезом гиперхолестеринемии уровни ОХС повышались пропорционально падению этих индексов. Особенно неблагоприятная ситуация с высокими уровнями холестерина наблюдалась в странах Восточной Европы: Болгарии, Венгрии, Литве, Румынии, России и Украине. Эти же страны имеют наихудшие рейтинги экономического развития и здравоохранения по индексам ВОЗ.

Несмотря на то что статины принимали большинство пациентов с анамнезом гиперлипидемии (91%), у 31% из них гиперлипидемия персистировала, вероятно, вследствие субоптимальной дозировки, высокой стоимости лечения или низкого комплайенса пациентов.

Следует отметить, что реестр REACH не включает данные из Индии и Африки, где ситуация с кардиоваскулярной заболеваемостью расценивается как неблагоприятная.

Venkitachalam L. et al. Circulation. Опубликовано онлайн 9 апреля 2012 г.

**Роль БРА в монотерапии и в комбинации с гидрохлортиазидом в лечении АГ и профилактике кардиоваскулярных и почечных осложнений**

В современных руководствах по ведению пациентов с АГ подчеркивается первоочередное значение контроля АД в предотвращении неблагоприятных кардиоваскулярных и почечных исходов. Стартовая комбинированная антигипертензивная терапия все чаще рассматривается как стандарт, особенно у больных с умеренно тяжелой и тяжелой АГ. Комбинированная терапия не только позволяет получать пользу от аддитивных и синергетических эффектов препаратов со взаимодополняющими механизмами действия, но и улучшает комплайенс пациентов и характеризуется лучшей переносимостью. АГ является ведущим фактором риска сосудистых заболеваний, поэтому большое значение в выборе антигипертензивного препарата или фиксированных комбинаций имеют не зависящие от снижения АД эффекты, в частности кардио- и нефропротекторные.

Блокаторы рецепторов ангиотензина II – современный класс препаратов для снижения АД, отличающийся высокой эффективностью и безопасностью. Целью обзора, проведенного американскими учеными, было оценить эффективность различных БРА, назначаемых в монотерапии и в комбинации с другими антигипертензивными препаратами, в снижении АД и профилактике осложнений АГ. В обзор включили клинические исследования с БРА, проведенные в 1997-2010 гг.

Результаты показали, что в большинстве случаев пациентам с АГ для снижения целевых показателей АД требовалось более одного антигипертензивного препарата. БРА характеризовались высокой антигипертензивной эффективностью и очень хорошей переносимостью как в монотерапии, так и в комбинации с другими препаратами, в частности диуретиками. У пациентов с АГ комбинированная терапия БРА и гидрохлортиазидом (ГХТЗ) обеспечивала снижение систолического и диастолического АД в среднем на 27,1 и 14,6 мм рт. ст. соответственно. Сочетанное назначение лосартана, олесартана, телмисартана и валсартана с ГХТЗ приводило к большему снижению АД по сравнению с монотерапевтическими режимами. Помимо мощного антигипертензивного эффекта, терапия БРА и БРА/ГХТЗ демонстрировала выраженные кардио- и нефропротекторные эффекты, которые в различных популяциях больных проявлялись в виде уменьшения гипертрофии левого желудочка сердца, предотвращения прогрессирования микроальбуминурии в протеинурию, а также в профилактике диабета и улучшении гликемического контроля.

Greathouse M.K., Weir M.R. International Journal of Cardiology. Опубликовано онлайн 29 марта 2012 г.

Подготовил **Алексей Терещенко**

Наказ МОЗ України від 30.05.2008р. № 283  
 РП № UA/8318/01/01 № UA/8318/01/02  
 Наказ МОЗ України № 39 від 28.01.11  
 РП № UA/11341/01/01; UA/11342/01/01

Информация для фармацевта. Перед застосуванням ознайомтеся з Інструкцією з медичного застосування препарату  
 Діокор 80, Діокор 160, Діокор СОЛО 80, Діокор СОЛО 160

**ДІОКОР 80, 160**  
 Валсартан 80мг+ГХТ 12,5мг, або Валсартан 160мг + ГХТ 12,5мг

**ДІОКОР СОЛО 80, 160**  
 Валсартан 80мг, або Валсартан 160мг

СОЦІАЛЬНА ФАРМАСТАРТ ПРОГРАМА

**ДІОКОР**  
 ЕФЕКТИВНІСТЬ  
 БЕЗПЕЧІСТЬ  
 ПРОГНОЗ

**ДІОКОР СОЛО**  
 ЕФЕКТИВНІСТЬ  
 БЕЗПЕЧІСТЬ  
 ПРОГНОЗ

**NEW!**

- Ефективність у **87%** пацієнтів <sup>2</sup>
- Тільки **0,4%** пацієнтів відмовилися від прийому комбінації валсартану й ГХТ <sup>2</sup>
- На **23%** зниження загального ризику розвитку ЦД II<sup>1</sup>

**Ідеально збалансоване терапевтичне рішення**

**3 турботою про співісвітчирика**

ТОВ «Фарма Старт» 03124 м.Київ, бул. Івана Лепсе, 8, тел.: (044) 404-85-05

ФАРМАСТАРТ



*Препарати компанії КРКА користуються довірою лікарів у понад 70-ти країнах світу<sup>1</sup>*



**НОВИНКА**

**Роксера**  
розувастатин  
Нестримна сила.

**АТОРИС**  
аторвастатин

Надійний шлях до мети.



**Вазиліп**<sup>®</sup>  
симвастатин

Вазиліп. Сердечний друг.



Джерело інформації: 1. Krka, d.d., Novo mesto. Annual Report 2010.

Р. п.: Аторис: №UA/5302/01, №UA/5302/01/02, №UA/5302/01/03, №UA/8671/01/01 від 15.07.2008.  
Вазиліп: №UA/3792/01/01, №UA/3792/01/02, №UA/3792/01/03, №UA/3792/01/04 від 29.10.2010.  
Роксера: №UA/11743/01/01, №UA/11743/01/02, №UA/11743/01/03, №UA/11743/01/04 від 5.10.2011.

За детальнішою інформацією звертайтеся:

**ТОВ «КРКА Україна»:** 01015, м. Київ, п/с 42, вул. Старонаводницька, 13, оф.125, тел.: (044) 569-28-38, факс: (044) 569-28-48, ел. адреса: ukraine@krka.biz

**КРКА**

*Наші знання та прагнення присвячені здоров'ю. Рішучість, наполегливість та майстерність в поєднанні з єдиною метою – створення ефективних та безпечних препаратів найвищої якості.*