

НОВОСТИ

**АпоА1 помогает предсказывать
исходы сердечной
недостаточности независимо
от ишемической болезни
сердца и дислипидемии**

Аполипопротеин А1 (АпоА1) – белок, у человека кодируемый геном APOA1, является основным белковым компонентом ЛПВП в плазме. Хиломикроны, секретируемые тонкокишечными энтероцитами, также содержат АпоА1, однако в кровотоке он быстро превращается в ЛПВП. АпоА1 способствует выходу холестерина из тканей и его выведению печенью, служит кофактором LCAT (лецитинхолестеринацилтрансферазы, ответственной за образование большинства эфиров холестерина в плазме) и стабилизирующим фактором для PGI2 (простациклина, обладающего противосвертывающими свойствами).

На ежегодном конгрессе Американского общества сердечной недостаточности (HFSA), прошедшем в сентябре 2012 г. в г. Сиэтле (США), были представлены результаты исследования, согласно которым уровни АпоА1 позволяют статистически значимо и независимо предсказывать клинические исходы у пациентов с сердечной недостаточностью.

В анализ включили 173 амбулаторных пациента – участника проспективного исследования ТАСС. Исходный показатель фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составлял в среднем 29%; у 34% пациентов был сахарный диабет, у 40% – ишемическая болезнь сердца, у 51% – дислипидемия и у 30% – хроническая болезнь почек. Период наблюдения составил в среднем 2,7 года.

Авторы установили, что высокий исходный уровень АпоА1 (>135 мг/дл) ассоциировался со снижением риска первичной конечной точки (сумма всех случаев смерти, трансплантации и имплантации вспомогательных устройств) в 2 раза по сравнению со средним уровнем (118-135 мг/дл) и в 3 раза – по сравнению с низким уровнем АпоА1 (<117 мг/дл).

Кроме того, с первичной конечной точкой достоверно коррелировали систолическое АД, ФВ ЛЖ и сахарный диабет. Тем не менее многомерный анализ показал, что уровни АпоА1 позволяли статистически значимо предсказывать достижение первичной конечной точки независимо от пола, возраста, наличия диабета, дислипидемии, артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца, курения, уровня систолического АД, частоты сердечных сокращений, ФВ ЛЖ, а также применения β-блокаторов, ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II.

Основываясь на полученных результатах, исследователи считают, что АпоА1 может стать перспективной терапевтической мишенью при сердечной недостаточности.

Bhalla V., Georgiopoulou V., Gupta D. et al. Apolipoprotein A-1 levels and heart failure outcomes. Heart Failure Society of America 2012 Scientific Meeting; September 10, 2012; Seattle, WA. Abstract 229

**Последние результаты
исследования PURE:
артериальной гипертензией
страдает 40% взрослого
населения мира**

На конгрессе Европейского общества кардиологов, который проходил 25-29 августа 2012 г. в г. Мюнхене (Германия), ученые из Аргентины представили последние результаты текущего исследования PURE, посвященного изучению

распространенности различных хронических заболеваний в мировой популяции.

Распространенность АГ и ее контроль оценивался у 153 996 человек из 628 городских и сельских населенных пунктов 17 стран мира. Средний возраст участников составил 50,4 года, женщин было 60%, 46% пациентов проживали в сельской местности.

Распространенность АГ была самой низкой в странах с наиболее низким ВВП (около 30%) и самой высокой – в странах с верхнесредним уровнем ВВП (около 50%), при этом страны с высоким и нижнесредним уровнем ВВП располагались посередине (около 40%).

Оптимальный контроль АД осуществляется только у 30% популяции, и еще у 30% присутствует регипертензия. Из 40% лиц с АГ знают о своем заболевании и получают лечение 46%, но контролируется АД только у 13%.

В странах с низким ВВП распространенность АГ в городах выше, чем в селах; в государствах с высоким ВВП наблюдается противоположная ситуация.

Мужчины страдают АГ чаще, чем женщины, в странах с верхнесредним и высоким уровнем ВВП, а в государствах с низким ВВП распространенность заболевания выше у женщин.

У представителей стран с верхнесредним и высоким уровнем ВВП низкий

уровень образования ассоциируется с более высокой распространенностью АГ; в странах с низким ВВП, наоборот, АГ чаще встречается у высокообразованных людей.

Комбинированную антигипертензивную терапию получают только 14% пациентов с АГ.

Авторы исследования пришли к выводу, что охват лечением и контроль АГ являются очень низкими во всем мире и практически отсутствуют в сельских регионах развивающихся стран.

Hughes S. Latest from PURE: 40% of adult population worldwide has hypertension. <http://www.theheart.org/article/1443611.do>

Подготовил **Алексей Терещенко**

Я люблю мою дочь

Подтверждение эффективности
ЛИПРИМАРА у пациентов среднего
и высокого риска

Нефатальный ИМ

47%

относительное
снижение риска,
выявленное в
исследовании
ALLIANCE¹

Инсульт

48%

относительное
снижение риска,
выявленное в
исследовании
CARDS²

Литература: 1. Michael J. Koren, Donald B. Hunninghake on behalf of the ALLIANCE Investigators. Clinical Outcomes in Managed-Care Patients With Coronary Heart Disease Treated Aggressively in Lipid-Lowering Disease Management Clinics The ALLIANCE Study. J Am Coll Cardiol 2004;44(9):1772-1778. 2. Helen M. Colhoun, D. John Betteridge, Paul N. Durrington et al., on behalf of the CARDS Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2004;364:685-696.

Цель лечения и профилактики
ССЗ – сделать жизнь пациентов
яркой и полной ощущений



Липримар®
аторвастатин кальций
таблетки

Липримар® (аторвастатин), таблетки по 10, 20, 40 и 80 мг; 14, 28, 30 таблеток в упаковке.

Короткая инструкция для медицинского применения препарата.

Показания: Дополнение к диете для лечения больных с повышенным уровнем общего холестерина (в т.ч. у детей в возрасте 10-17 лет). Пациентам без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний, но имеющим несколько факторов риска. Пациентам с клиническими проявлениями коронарных заболеваний. **Способ применения и дозы:** Гипохолестеринемическая диета. Препарат назначается в дозе 10-80 мг один раз в сутки в любое время для независимо от приема пищи. Изменять дозу следует с интервалом в 4 недели или больше. **Противопоказания:** гиперчувствительность, болезни печени в активной фазе, трехкратное и более повышение уровней сывороточных трансаминаз, беременность, лактация. Побочное действие: наиболее часто наблюдались бессонница, головная боль, тошнота, диарея, боль в животе, диспепсия, запор, метеоризм, миалгия, астения. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** при приеме Липримар® с циклоспорином, фолевой кислотой и ее производными, эритромицином, азольными антимикотиками или иназином возрастает риск развития миопатии. Аторвастатин может повысить уровни лития, кортизона и этилового спирта. При одновременном применении холестеринемия концентрации аторвастатина снижалась приблизительно на 25%. **Особенности применения:** До начала и в период лечения необходимо контролировать показатели функции печени. Применять с осторожностью у пациентов, страдающих алкоголизмом и/или имеющих заболевания печени в анамнезе. Лечение следует прекратить при значительном повышении (в 10 раз) уровней креатинфосфокиназы (КФК) или развитии миопатии. **Условия отпуска:** По рецепту.

Перед применением препарата необходимо ознакомиться с инструкцией по применению.

Информация для врачей и фармацевтов. Предназначена для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах на медицинскую тематику.

Регистрационное свидетельство в Украине: Липримар 10 мг – № UA/2377/01/04.

Липримар 20 мг – UA/2377/01/01, Липримар 40 мг – UA/2377/01/02, Липримар 80 мг – UA/2377/01/03 от 25.06.2009.



За дополнительной информацией обращайтесь в Представительство "Файзер Ейч. Си. Пи. Корпорейшн" в Украине, 03608, г. Киев, ул. Амосова 12, тел. (044) 291-60-50
UA-LIP-13-004