

## НОВОСТИ

**У пациентов с систолической сердечной недостаточностью и ожирением бариатрические операции улучшают фракцию выброса**

Ожирение – доказанный фактор риска развития СН. Бариатрические операции (БО) позволяют достичь выраженного снижения веса, а также ремиссии СД, дислипидемии и АГ.

A.R. Vest и соавт. ретроспективно проанализировали результаты наблюдения 35 пациентов с систолической СН, подвергшихся БО в период 2004-2011 гг. У 15 больных имелись пред- и послеоперационные эхокардиограммы, при этом исходная ФВ составляла <50%. Этих 15 пациентов сопоставили с 15 больными СН с ожирением, которым БО не проводились (контроль).

Пациенты основной и контрольной групп были хорошо сбалансированы по возрасту (51 год), полу (женщин – 53%), исходной ФВ (39 vs 42%;  $p=0,39$ ) и интервалу между ЭхоКГ (38 vs 36 мес;  $p=0,063$ ). В основной группе отмечались более высокий исходный ИМТ (48 vs 39  $\text{кг}/\text{м}^2$ ;  $p=0,02$ ) и тенденция к большей распространенности ИБС (60 vs 27%), СД (67 vs 53%) и АГ (93 vs 60%). Из БО чаще всего проводили шунтирование желудка по Ру (60%). Как и ожидалось, у пациентов основной группы масса тела значительно снизилась (-9,3 кг;  $p=0,0002$ ) в отличие от больных контрольной группы (-0,5 кг;  $p=0,42$ ). Несмотря на более высокую распространенность сопутствующих заболеваний, ФВ в основной группе достоверно улучшилась (+6,5%;  $p=0,01$ ), чего не наблюдалось в контроле (+1%;  $p=0,65$ ). Важно отметить, что изменения ФВ после операции не коррелировали с изменениями систолического артериального давления (АД) и интервалом между ЭхоКГ.

**Безопасность и переносимость глиального фактора роста 2 у больных ХСН**

Глиальный фактор роста 2 (GGF-2) – нейрегулируемый пептид, необходимый для поддержания сердечной функции. На экспериментальных моделях кардиального повреждения у животных GGF-2 улучшал функцию миокарда и ускорял восстановление. На ACC-2013 было представлено первое исследование GGF-2 у человека, в котором безопасность и переносимость этого фактора роста изучались у пациентов с систолической СН (D.J. Lenihan et al.).

После получения информированного согласия больных с симптомной СН ( $n=40$ ) рандомизировали в соотношении 2:1 для получения GGF-2 или плацебо в 7 когортах с различной дозировкой (от 0,007 до 1,5  $\text{мг}/\text{кг}$ ). Пациентов наблюдали в клинике в течение 30 ч, затем осуществлялась оценка побочных эффектов через 1, 2, 4, 12 и 24 нед после введения.

Гематологические и электрокардиографические параметры при лечении GGF-2 не изменялись, случаев досрочного выхода из исследования по причине побочных эффектов не было. В когорте наиболее высокой дозы GGF-2 зафиксировано по одному случаю дозозимитирующей токсичности в соответствии с правилом Хая (АЛТ, АСТ, билирубин) и поверхностной уроэпителиальной карциномы.

Авторы пришли к выводу, что однократное введение GGF-2 в целом хорошо переносится при использовании дозы  $\leq 0,75$   $\text{мг}/\text{кг}$ . Более высокие дозы могут ассоциироваться с обратимыми проявлениями гепатотоксичности.

**Лечение спиронолактоном значительно снижает 30-дневные показатели смертности и госпитализации, обусловленные сердечной недостаточностью**

В ходе исследования, представленного Y. Хуе и соавт., 536 пациентов с острой СН (ОСН) из 17 высокоспециализированных центров наблюдали на протяжении 30 дней после первичной госпитализации. Все больные получали лечение в соответствии с современными рекомендациями по ведению СН.

За 30-дневный период было зафиксировано 19 случаев смерти и 30 повторных госпитализаций. У пациентов, которым при выписке был назначен спиронолактон, суммарная частота смерти и повторных госпитализаций была на 46% ниже, чем у больных, не принимавших этот препарат ( $p<0,039$ ). Увеличение выживаемости осталось статистически значимым и после поправки на сыровоточный уровень калия, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), галектин-3, ST-2 и BNP. У пациентов с уровнем креатинина выше медианы (1,4  $\text{мг}/\text{дл}$ ) лечение спиронолактоном ассоциировалось с достоверным улучшением 30-дневной выживаемости без событий (ОР 0,389;  $p=0,01$ ); в то же время у больных с уровнем креатинина ниже медианы спиронолактон на этот показатель не влиял.

Таким образом, у пациентов с ОСН лечение спиронолактоном значительно снижает 30-дневную частоту смерти и повторных госпитализаций, особенно у больных с нарушенной почечной функцией.

**Роль метформина на ранних стадиях сердечной недостаточности**

В ретроспективном когортном исследовании, проведенном M. David и C. Droogan, приняли участие 88 пациентов с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), диагностированной с помощью ЭхоКГ, не имеющие СН. Больных разделили на три группы: пациенты без СД с ГЛЖ и другими факторами риска; пациенты с СД и ГЛЖ, не получающие метформин; пациенты с СД и ГЛЖ, принимающие метформин. Первичной конечной точкой было развитие СН (стадии С по классификации

ACC) на протяжении периода исследования (2005-2011 гг.).

Результаты показали значительное различие в частоте развития СН у пациентов с СД, получавших метформин, по сравнению с таковой у участников без СД и у больных СД, которые метформин не принимали (0, 28 и 52% соответственно). Среди больных СД лечение метформином ассоциировалось со снижением относительного риска развития СН на 54% ( $p=0,001$ ). ФВ и ее динамика не являлись предикторами развития СН, при этом у всех пациентов с ГЛЖ отмечался повышенный риск развития СН с сохраненной ФВ.

Таким образом, метформин может отсрочивать прогрессирование ранних стадий СН (А и В по классификации ACC в более позднюю стадию (С).

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 ALLIANCE<sup>1</sup>

Инсульт

48%

относительное снижение риска, выявленное в исследовании CARDS<sup>2</sup>

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):1772-1779. 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 назначают в дозе 10-80 мг один раз в сутки в любое время дня независимо от приема пищи. Интервалы доз 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 Липримара® с циклоспорином, флиевей кислотой и ее производными, эритромицином, азольными антимикотиками или итраконазолом возрастает риск развития миопатии. Аторвастатин может повысить уровни дигоксина, норэпинефрина и этилэстрадиола. При одновременном применении аторвастатина концентрации холестерина снижались 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 креатининфосфокиназы (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