ZU_2013_11-12.qxd 04.07.2013 16:13 Page 20

НОВОСТИ

Метопролол по сравнению с карведилолом в исследовании MADIT-CRT

В исследовании MADIT-CRT изучали влияние имплантации кардиовертера-дефибриллятора в сочетании с кардиальной ресинхронизирующей терапией на выживаемость и кардиваскулярные события у пациентов с сердечной недостаточностью (СН). На ACC-2013 были представлены два сравнительных анализа применения метопролола и карведилола у пациентов – участников MADIT-CRT.

Влияние двух β-блокаторов на клинические исходы изучали M.H. Ruwald и соавт. Было установлено, что госпитализация по поводу СН или смерть произошли у 30% пациентов, получавших метопролол, и у 23% больных, которым был назначен карведилол (относительный риск – ОР – для карведилола 0,70; p=0,001). Преимущество карведилола было еще более выраженным в подгруппе пациентов, которым в сочетании с кардиальной ресинхронизирующей терапией был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор – CRT-D (ОР 0,61; p=0,001), при этом в данной подгруппе карведилол был наиболее эффективным у больных с блокадой левой ножки пучка Гиса – БЛНПГ (ОР 0,51; p<0,001). Желудочковые аритмии наблюдались у 26 и 22% пациентов, получавших метопролол и карведилол соответственно (ОР 0,80; p=0,05). Зависимость эффекта от дозы наблюдалась только для карведилола. Авторы анализа пришли к выводу, что у пациентов с СН I-II класса по NYHA с широкими комплексами QRS карведилол ассоциируется с достоверным снижением риска госпитализации по поводу СН и смерти на 30% по сравнению с метопрололом. Кроме того, был выявлен выраженный синергетический эффект карведилола у пациентов с БЛНПГ, получающих CRT-D-терапию.

Во втором анализе эти же авторы осуществили сравнительную оценку влияния метопролола и карведилола на частоту неадекватной терапии имплантированным устройством, а именно антитахикардической стимуляции и шоков.

На протяжении периода наблюдения 3,4 года неадекватная терапия имела место у 253 пациентов из 1790. Лечение карведилолом ассоциировалось со значительным снижением риска неадекватной терапии по сравнению с метопрололом (ОР 0,64; p=0,002), в том числе неадекватной антитахикардической стимуляции (ОР 0,66; p=0,009) и неадекватных шоков (ОР 0,54; p=0,004). Риск неадекватной терапии, связанный с фибрилляцией предсердий, при лечении карведилолом снижался на 50% (ОР 0,50; p=0,004).

Влияние реваскуляризации жизнеспособного миокарда на общую смертность пациентов с ишемической кардиомиопатией

Целесообразность реваскуляризации жизнеспособного миокарда у пациентов с ишемической кардиомиопатией остается спорной. Этому вопросу было просвящено исследование, представленное S. Chatterjee и соавт.

В базах данных MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Scopus и Web of Science был проведен систематический поиск соответствующих исследований, опубликованных между 1999 г. и мартом 2012 г.

Авторы установили, что в обсервационных исследованиях реваскуляризация значительно снижала общую смертность (ОР 0,35). В рандомизированных контролированных исследованиях снижение смертности было менее выраженным (ОР 0,78), однако после поправки на сопутствующие факторы оно осталось статистически высокодостоверным (p=0,0009).

Высокие дозы фуросемида повышают заболеваемость и смертность при стабильной хронической сердечной недостаточности

В предыдущих исследованиях высокие дозы диуретиков у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ассоциировались с повышенной смертностью. Тем не менее точно не установлено, чем обусловлена эта связь: неблагоприятным действием самих диуретиков либо тем, что назначаемые дозы указанных препаратов являются маркером клинической тяжести СН. Рекомендации по оптимальной дозировке диуретиков при ХСН, основанные на доказательствах, на сегодня отсутствуют.

Целью исследования, представленного J. Terrovitis и соавт., было изучить возможность снижения высоких доз фуросемида, требовавшихся ранее для достижения эуволемии, у клинически стабильных пациентов с СН, а также оценить влияние такого вмешательства на исходы.

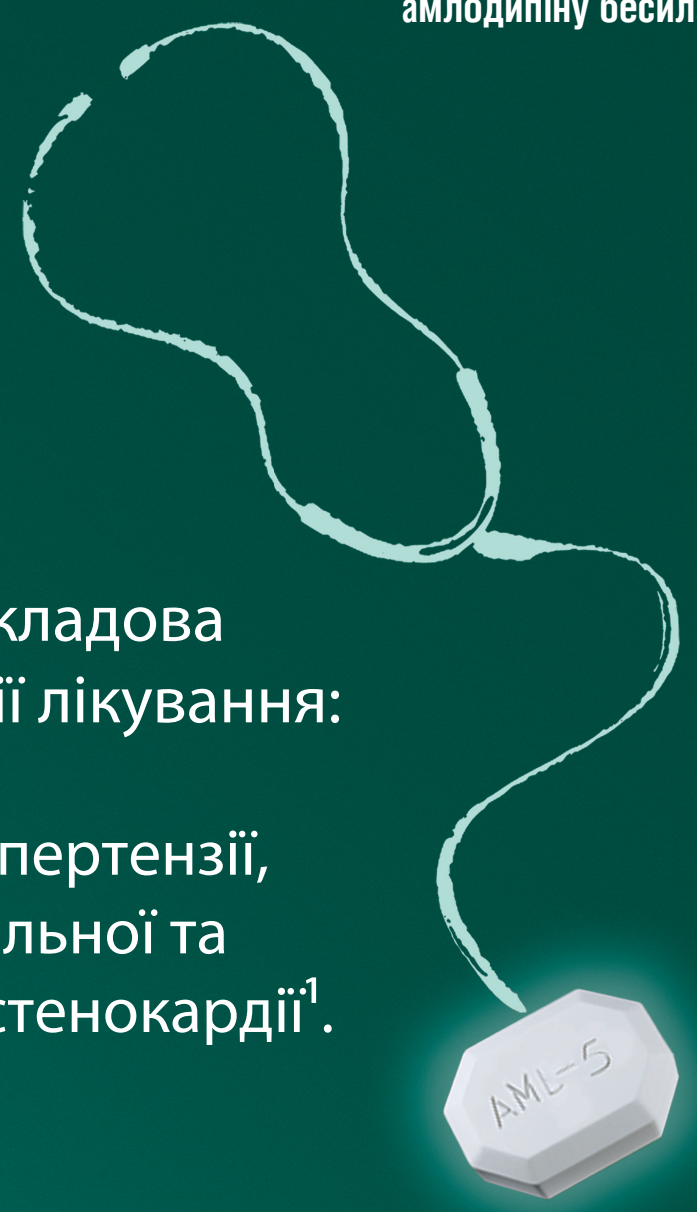
В исследование включали больных стабильной ХСН (за последние 3 мес – отсутствие госпитализаций по поводу СН, изменения класса СН и дозировки фуросемида), получающих фуросемид перорально в дозе >120 мг/сут. Участников (n=40; средний возраст 62 года, средний класс NYHA 1,93; средняя ФВ 28%; средняя суточная доза фуросемида 215 мг) рандомизировали в соотношении 1:1 для продолжения приема ранее назначенной дозы фуросемида (группа А) или ее снижения до 1/3 (группа В).

По исходным характеристикам группы не различались. В группе А существенных изменений массы тела и класса СН по NYHA за период наблюдения не отмечалось, в то время как гемоглобин плазмы значительно снизился (со 134 до 129 г/л; p=0,036), а креатинин сыворотки – повысился (с 1,25 до 1,60 мг/дл; p=0,042). В группе В, несмотря на снижение дозы фуросемида (средняя доза 75 мг/сут), масса тела и класс NYHA не изменялись, как и гематологические и биохимические показатели. На протяжении периода наблюдения умерли или были госпитализированы (по любым причинам) 40% больных группы А и 15 пациентов группы В (p=0,072); выживаемость без госпитализации составила 75 и 100% соответственно (p=0,012).

Авторы пришли к заключению, что у стабильных больных ХСН снижение дозы фуросемида не только не сопровождается ухудшением клинического состояния, но и может ассоциироваться с более благоприятным прогнозом.

Подготовил ***Алексей Терещенко***

НОРВАСК®
амлодипіну бесилат



НОРВАСК® — складова частина стратегії лікування:

- артеріальної гіпертензії,
- хронічної стабільної та вазоспастичної стенокардії[1].

Література:
1. Інструкція з медичного застосування препарату Норваск® РП №UA/5681/01/02, UA/5681/01/01 від 26.10.2011

Норваск® (амлодипін) таблетки 5 та 10 мг; 30 таблеток в упаковці.
Коротка інструкція для медичного застосування препарату.
Показання для застосування: артеріальна гіпертензія, хронічна стабільна стенокардія, вазоспастична стенокардія (стенокардія Принцметала). **Спосіб застосування та дози:** рекомендована початкова доза Норваску® становить 5 мг 1 раз на добу, максимальна доза – 10 мг 1 раз на добу. **Протипоказання:** Індивідуальна підвищена чутливість до дигідропіридинів, амлодипіну чи будь-якого іншого компонента препарату, артеріальна гіпотензія тяжкого ступеня, шок(включаючи кардіогенний шок), обструкція вивідного отвору лівого шлуночка(наприклад, стеноз аорти тяжкого ступеня), гемодинамічно нестабільна серцева недостатність після гострого інфаркту міокарду. **Побічні реакції:** часто спостерігались: сонливість, запаморочення, головний біль, пальпітація, припливи крові, біль у черевній порожнині, нудота, набряки гомілок, набряки, втомлюваність. **Особливості застосування:** пацієнтам з серцевою недостатністю, порушенням функції печінки, а також літнім пацієнтам слід застосовувати Норваск® з обережністю. Не рекомендується застосовувати амлодипін разом з грейпфрутом або грейпфрутовим соком. Амлодипін може чинити незначний або помірний вплив на здатність керувати автотранспортом або працювати з іншими механізмами. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами:** амлодипін слід з обережністю застосовувати у комбінації з інгібіторами та індукторами CYP3A4. Гіпотензивний ефект амлодипіну потенціює гіпотензивний ефект інших антигіпертензивних засобів. Через ризик розвитку гіперкаліємії рекомендовано уникати застосування блокаторів кальцієвих каналів,таких як амлодипін, схильним до злоякісної гіпертермії пацієнтам та при лікуванні злоякісної гіпертермії. **Фармакологічні властивості:** амлодипін – антагоніст іонів кальцію (похідне дигідропіридину), що блокує надходження іонів кальцію до міокарду та до клітин гладких м'язів. **Категорія відпуску:** за рецептом. Перед використанням препарату необхідно ознайомитись з інструкцією по застосуванню. Інформація для лікарів та фармацевтів. Призначена для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Реєстраційне посвідчення № UA/5681/01/01, UA/5681/01/02 від 26.10.11 р.

Pfizer
За додатковою інформацією звертайтесь у Представництво "Pfizer H. C. P. Corporation" в Україні:
03680, м. Київ, вул. Амосова,12. Бізнес-Центр «Horizon Park». Тел. (044) 291-60-50.
UA-NOR-13-005