

Новости

Тяжесть сердечной недостаточности ассоциирована с риском развития сахарного диабета

Результаты недавно опубликованного исследования дают основания утверждать, что усугубление течения сердечной недостаточности (СН) приводит к повышению риска развития сахарного диабета (СД). Ранее авторы этой работы опубликовали результаты другого исследования, в котором было показано, что у пациентов с СН риск развития СД повышается после возникновения острого коронарного синдрома (ОКС). В данном испытании исследователи изучали риск развития СД вне зависимости от наличия/отсутствия ОКС в анамнезе.

В исследование включались пациенты, которые проходили лечение в стационаре по поводу впервые установленной СН в период с 1997 по 2010 год. При этом участники ранее не принимали пероральные гипогликемические средства. Тяжесть СН оценивалась исходя из дозы принимаемых препаратов (петлевых диуретиков).

В общей сложности в исследовании приняли участие 99 632 пациента, которых разделили на 5 групп в зависимости от дозы диуретика. Пациенты первой группы (n=30 838; 31%) не принимали петлевые диуретики, второй (n=24 389; 25%) – получали ≤40 мг фуросемида. Третью группу составили 17 355 (17%) пациентов, которые получали терапию фуросемидом в дозе 40-79 мг/сут; четвертую – 11 973 (12%) пациента, которым был назначен фуросемид 80-159 мг/сут. Включенные в пятую группу (n=14 807; 15%) принимали фуросемид в суточной дозе ≥160 мг. У 7958 (8%) пациентов развился СД.

Авторы отметили, что прием петлевых диуретиков ассоциируется с риском развития СД. По сравнению с показателем для участников первой группы повышение риска составило 2,06 для пациентов второй группы, 2,28 – третьей, 2,88 – четвертой, 3,02 – пятой. Таким образом, у пациентов группы с наиболее тяжелым течением СН риск развития СД был в три раза выше, чем у больных с легкой СН.

Во всех группах у пациентов, которые также получали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или сартаны, риск развития СД был наименее выраженным, что, как полагают авторы, может быть связано с блокадой нейрогуморальной оси, улучшением кардиальной функции либо с влиянием обоих механизмов.

За время исследования 62 565 (63%) пациентов умерли. У больных с развившимся СД риск смерти был выше. Более тяжелое течение СН ожидаемо ассоциировалось с повышенным риском смерти.

www.medicalnewstoday.com

Новые рекомендации по физической активности после инсульта

В новом согласительном документе Американской ассоциации сердца (АНА) и Американской ассоциации инсульта (ААИ) указано, что рекомендации по физической активности и тренировкам должны быть частью ведения пациентов, перенесших инсульт. Новое руководство, поддерживая и расширяя рекомендации АНА/ААИ 2004 года, подчеркивает важность ранней физической активности в острую фазу инсульта. В исследованиях показана польза ранней физической активности уже через сутки после сосудистой катастрофы. Также авторы отдельно оговаривают возможные препятствия к выполнению физических упражнений после инсульта, чтобы акцентировать внимание работников здравоохранения на необходимости обсуждения данной проблемы с пациентами.

Ежегодно в США 795 тыс. пациентов переносят инсульт (1 случай инсульта каждые 40 с), при этом большинство из них выживают. Данные исследований показывают, что после инсульта отмечается значительное ухудшение физического состояния, что ведет к преимущественно малоподвижному образу жизни.

С другой стороны, в исследованиях показан благоприятный эффект физических упражнений (как аэробных, так и силовых), реализующийся повышением толерантности к физическим нагрузкам, возможностью осуществлять повседневную деятельность, улучшением качества жизни, снижением риска нежелательных сердечно-сосудистых событий.

В документе подчеркнута роль персонализации нагрузок. Отмечается, что после инсульта уровень физических нагрузок, рекомендованный пациенту, должен определяться с учетом толерантности пациента к физическим нагрузкам, уровня восстановления, окружающей среды, социальной поддержки, предпочтений в области физической активности и специфических нарушений, существующих ограничений и т.д.

Сразу после инсульта основными целями физической активности являются профилактика осложнений длительного отсутствия активности, восстановление движений и основных повседневных действий. Неблагоприятные эффекты постельного режима включают повышение диуреза со значительной потерей калия и натрия, снижением объема плазмы крови и сердечного выброса; угнетение функции иммунной системы, повышение частоты сердечных сокращений в покое, потерю мышечной силы, снижение толерантности к физическим нагрузкам, ортостатические нарушения, повышение риска контрактур суставов

и венозной тромбоземболии. Основная цель – как минимум 3 дня аэробной активности в неделю длительностью от 20 минут, хотя некоторые пациенты могут лучше переносить несколько коротких подходов умеренной интенсивности.

<http://www.medscape.com/cardiology>

Повышение артериального давления и ССЗ

Результаты нового масштабного исследования данных 1,25 млн пациентов в Великобритании показали, что повышение систолического и диастолического артериального давления (АД) может оказывать разное влияние на различные типы сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). У лиц с повышенным систолическим АД отмечается более высокий риск геморрагического инсульта, субарахноидального кровотечения и стабильной стенокардии. В то же время повышенное диастолическое АД является более четким индикатором риска аневризмы брюшного отдела аорты.

Авторы отмечают, что полученные данные не совпадают с широко распространенным мнением касательно того, что систолическое и диастолическое АД являются предикторами всего спектра сердечно-сосудистой патологии в широких возрастных границах. В рассматриваемом исследовании впервые анализировались эффекты АД на риск развития 12 различных ССЗ в разных возрастных группах. Были проанализированы электронные данные относительно уровня АД у 1,25 млн пациентов в возрасте от 30 лет, исходно не имевших ССЗ. Период наблюдения до первого сердечно-сосудистого события составил в среднем 5,2 года. Был также оценен долгосрочный риск развития отдельных ССЗ, связанный с артериальной гипертензией (АГ), в возрастной группе 30-80 лет.

Оказалось, что, несмотря на современную медикаментозную терапию, распространенность АГ остается значительной. Было показано, что наличие АГ (АД ≥140/90 мм рт. ст.) в возрасте 30 лет ассоциируется с риском развития ССЗ на протяжении последующей жизни на уровне 63%. В отсутствие АГ такой риск составляет 46% и ССЗ развивается на 5 лет позже. В популяции более молодого возраста в структуре кардиоваскулярной патологии практически половину составляет стабильная и нестабильная стенокардия, в возрасте ≥80 лет пятая часть приходится на СН.

www.medicalnewstoday.com

По материалам сайта www.webcardio.org



Физиотенс®

Моксонидин

Оригинальный МОКСОНИДИН¹

**Краткая информация о препарате Физиотенс®**

Регистрационное удостоверение: UA/0315/01/01, UA/0315/01/03. Состав, 1 таблетка содержит 0,2 мг или 0,4 мг моксонидина. Лекарственная форма. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Фармакотерапевтическая группа. Антигипертензивные лекарственные средства. Агонисты имидазолиновых рецепторов. Код АТС. С02А С05. Показания. Артериальная гипертензия. Противопоказания. Гиперчувствительность к действующему веществу или к любому другому компоненту препарата; синдром слабости синусового узла; брадикардия (в покое менее 50 уд./мин); АВ-блокада II и III степени; сердечная недостаточность. Способ применения и дозы. Стандартная начальная доза моксонидина составляет 0,2 мг в сутки. Максимальная разовая доза – 0,4 мг. Максимальная суточная доза – 0,6 мг – принимается в 2 приема. Дозу следует подбирать индивидуально в зависимости от реакции пациента. Физиотенс® можно принимать независимо от приема пищи, запивая небольшим количеством жидкости. Для пациентов с умеренной или тяжелой почечной недостаточностью, пациентов на гемодиализе начальная доза – 0,2 мг в сутки. При необходимости и в случае хорошей переносимости препарата дозу можно повысить до 0,4 мг в сутки у пациентов с умеренной почечной недостаточностью и до 0,3 мг в сутки – с тяжелой почечной недостаточностью. Побочные реакции. Наиболее частые побочные эффекты включают сухость во рту, головокружение, астению и сонливость. Эти симптомы часто уменьшаются после нескольких недель лечения. Другие побочные реакции смотрите в инструкции по медицинскому применению. Особенности применения. Моксонидин следует применять особенно осторожно у пациентов с АВ-блокадой 1-й степени, тяжелой ишемической болезнью сердца или нестабильной стенокардией, с нарушениями функции почек и др. Если Физиотенс® применяется в комбинации с β-адреноблокаторами и оба препарата необходимо отменить, сначала следует отменить β-адреноблокатор, а потом через несколько дней – Физиотенс®. Не рекомендуется внезапно прекращать применение терапии моксонидином, дозу следует постепенно уменьшать в течение двух недель. Пациентам с единичными наследственными заболеваниями, такими как непереносимость галактозы, недостаточность лактазы или мальабсорбция глюкозы–галактозы, не следует принимать этот препарат. Моксонидин не следует применять в течение беременности, если нет явной необходимости. Моксонидин не рекомендуется для применения у детей. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия. Одновременное применение препарата с другими антигипертензивными препаратами приводит к аддитивному эффекту. Не рекомендуется одновременное применение Физиотенса® с трициклическими антидепрессантами. Моксонидин может усиливать седативный эффект трициклических антидепрессантов, транквилизаторов, алкоголя, седативных и снотворных препаратов, бензодиазепинов при одновременном применении. Категория отпуска. По рецепту. Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению препарата. Информация предназначена для специалистов и распространения на специализированных семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике, размещения в специализированных медицинских изданиях. Сообщить о нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете в Представительство «Абботт Лабораториз ГмБХ» в Украине по телефону + 380 44 496 60 80 круглосуточно.

1. Journal of Clinical and Basic Cardiology 1999; 2 (2), 219-224.

За дополнительной информацией обращайтесь в Представительство «Абботт Лабораториз ГмБХ» в Украине: 01032, Киев, ул. Жилианская, 110. Тел.: +380 44 496 60 80, факс: +380 44 496 60 81.

PR-UA-PHY-01(07/14)

Abbott
A Promise for Life