

КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

У пациентов с ИМ с элевацией сегмента ST, получивших тромболитическую терапию, не следует откладывать проведение ЧКВ

Согласно современным стандартам, у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с элевацией сегмента ST первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) в идеале должно быть проведено в пределах 90-120 мин от развития симптомов. При невозможности своевременного ЧКВ клинические руководства рекомендуют тромболитическую терапию. Результаты двух недавно завершившихся исследований свидетельствуют о том, что после тромболитической терапии ЧКВ является более эффективным, чем отсроченное.

В метаанализе, опубликованный 2 июля в *European Heart Journal*, вошли 7 исследований с участием 2961 пациента. После успешного тромболитического лечения больные рандомизировали для получения раннего рутинного ЧКВ либо ЧКВ только в случае отсутствия признаков реперфузии. Результаты метаанализа показали, что раннее рутинное ЧКВ после тромболитической терапии у больных ИМ с элевацией сегмента ST снижает вероятность повторного инфаркта (относительный риск – ОР – 0,55; $p=0,003$), комбинированной конечной точки «смерть + повторный инфаркт» (ОР 0,65; $p=0,004$) и рекуррентной ишемии через 1 мес с сохранением этих преимуществ на протяжении 6-12 мес. Частота значимых геморрагических событий и инсульта в обеих группах была одинаковой.

В ходе другого исследования Halvorsen и соавт. наблюдали 266 пациентов, которые поступали в клинику позже, чем через 90 мин после появления симптомов ИМ. Всем больным назначали аспирин, теноктеплаз, эноксапарин и клопидогрель, затем проводилась рандомизация на раннюю ($n=134$) или отсроченную ($n=132$) инвазивную стратегию. При использовании раннего протокола пациентов как можно скорее переводили в интервенционный центр, где сразу проводили коронарную ангиографию и, при отсутствии противопоказаний, ЧКВ. Поздний протокол предусматривал ангиографию только в случае отсутствия признаков реперфузии после тромболитической терапии. Время от тромболитической терапии до ангиографии составило в среднем 130 мин в группе раннего протокола и 4 дня в группе позднего; ЧКВ была проведена 89 и 75% пациентов соответственно. Контрольное обследование через 3 мес показало, что обе стратегии позволили сохранить функцию левого желудочка без существенных различий между группами. Тем не менее частота достижения комбинированной конечной точки (смерть, инсульт или повторный ИМ в первые 12 мес) составила 6% в группе раннего протокола и 16% в группе позднего протокола ($p=0,01$).

*European Heart Journal 2010
American Heart Journal 2010; 160: 73-79*

У пациентов, перенесших остановку сердца, двигательная оценка по шкале комы Глазго теряет свою прогностическую ценность

Rittenberger и соавт. ретроспективно проанализировали результаты неврологического обследования 272 пациентов с остановкой сердца, которое проводилось при госпитализации, затем через 24 и 72 ч. Мужчин было 57%, средний возраст больных – 61 год. Большинство больных (59%) были подвергнуты терапевтической гипотермии, при которой тело пациента, находящегося в коме, охлаждают с целью предотвращения повреждения головного мозга и других органов.

У 37% пациентов остановка сердца произошла на фоне фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии; у 62% больных событие наступило вне клиники.

Исследователи обнаружили, что у пациентов с неблагоприятной двигательной оценкой по шкале комы Глазго (ШКГ) через 24 и 72 ч показатели выживаемости были значительно лучше, чем прогнозировалось. В целом 33% пациентов пережили остановку сердца, у 20% исход был благоприятным (выписка домой или перевод в реабилитационный центр).

В современных руководствах указывается, что двигательная оценка по ШКГ ≤ 3 с высокой вероятностью указывает на смерть. Тем не менее выживаемость больных с такой оценкой, установленной через 24 и 72 ч после остановки сердца, составила 17 и 20%, с оценкой ≤ 2 – 14 и 18% соответственно. Реакция зрачков на свет оказалась значительно более достоверным предиктором смерти: при отсутствии активности зрачков при поступлении выживаемость составила 11%, при отсутствии активности зрачков и/или роговичного рефлекса через 72 ч – 0%.

Авторы считают, что улучшение выживаемости пациентов, перенесших остановку сердца, связано с внедрением современных методов лечения, в частности терапевтической гипотермии. Для более точного прогнозирования исходов таких больных в своей клинике они используют комплексный подход, включающий компьютерную и магнитно-резонансную томографию головного мозга, электроэнцефалографию, соматосенсорные вызванные потенциалы и клиническое обследование.

Resuscitation. Опубликовано онлайн 17 июня 2010 г.

Общение врача и пациента по электронной почте помогает достигать целей лечения

«Спам может повышать Ваше артериальное давление, а электронное письмо от лечащего врача – наоборот, снижать его», – так считают специалисты известной американской клиники «Кайзер Перманенте».

Авторы проанализировали данные 455 133 взрослых жителей штата Калифорния, соответствующих критериям HEDIS по сахарному диабету (СД), АГ или обоим состояниям и имеющих доступ к защищенной системе электронной почты. В течение периода исследования (2008 г.) пациенты, которые использовали эту систему, и их лечащие врачи обменялись 630 807 электронными письмами.

Пациенты выступали инициаторами электронного общения в 85% случаев. Наиболее частыми причинами обращения к врачу были изменения самочувствия, результаты лабораторных исследований, появление новых симптомов, дозировки лекарственных препаратов, новые препараты.

Пациенты, использовавшие систему электронной почты для консультаций с врачом, значительно чаще достигали целевых уровней гликозилированного гемоглобина (HbA1c), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и АД, а также чаще проходили скрининговые обследования на наличие ретино- и нефропатии ($p<0,0001$ для всех показателей). Например, среди больных СД частота достижения HbA1c $<9\%$ была на 11% выше у пользователей электронной почты. Различия в достижении ХС ЛПНП <100 мг/дл и АД $<140/90$ мм рт. ст. составило 10,5 и 6,1% соответственно.

Авторы исследования считают, что общение пациента и врача по электронной почте позволяет поддерживать непрерывность лечебного процесса и повышает комплаенс, а это, в свою очередь, способствует достижению терапевтических целей.

Zhou Y.Y. et al. Improved quality at Kaiser Permanente through e-mail between physicians and patients. Health Aff 2010 29: 1370-1375

Характеристики ЧСС являются предиктором повышенного риска повреждения почек

У человека некоторые расстройства вегетативной регуляции, например нарушенная суточная вариабельность АД, достоверно ассоциируются с хронической болезнью почек (ХБП) и ее прогрессированием, причем независимо от среднего АД и наличия СД.

Золотой стандарт исследования состояния автономной нервной системы на сегодня отсутствует. Однако показатели вариабельности частоты сердечных сокращений (ВЧСС) можно использовать для оценки симпатического и парасимпатического тонуса сердца. У здоровых взрослых ЧСС в покое повышается и снижается каждые несколько секунд согласно дыхательному циклу; невыраженность такой физиологической вариабельности (т. е. низкая ВЧСС), а также высокая ЧСС в покое являются признаками нарушенной регуляции вегетативных функций.

Американские авторы проанализировали показатели ЧСС у 13 тыс. взрослых, включенных в исследование ARIC. Участников, за которыми наблюдали в среднем 16 лет, разделили на quartили согласно параметрам ЧСС. На протяжении исследования было зарегистрировано 199 случаев терминальной стадии болезни почек (ТСБП) и 541 случай госпитализации вследствие ХБП.

У пациентов с высокой ЧСС в покое вероятность развития ТСБП была в 2 раза выше по сравнению с участниками, у которых ЧСС в покое была самой низкой. При низкой ВЧСС риск развития ТСБП увеличился более чем в 1,5 раза.

Как отмечают авторы исследования, полученные ими результаты не предоставляют однозначных доказательств существования причинной связи между низкой ВЧСС и ХБП, однако позволяют предположить, что нарушения ВЧСС за несколько лет предшествуют развитию клинической почечной недостаточности. Вегетативная дисфункция может вызывать повреждение почек посредством различных механизмов, в том числе повышая резорбцию солей и воды в почках и усиливая эффекты ангиотензина. Кроме того, нарушения регуляции автономной нервной системы неблагоприятно сказываются на состоянии сосудов, что проявляется расстройствами гемодинамики и метаболизма, дистонией и воспалением.

J Am Soc Nephrol. Опубликовано онлайн 8 июля 2010 г.

У пациентов с сердечной недостаточностью дефицит железа ассоциируется с повышенной смертностью

Помимо эритропоэза, железо принимает участие в множестве других биологических процессов. Дефицит этого элемента наблюдается при многих патологических состояниях, в том числе при застойной сердечной недостаточности (ЗСН).

Ученые из Польши наблюдали 546 пациентов с ЗСН. Средний возраст участников был 55 лет, фракция выброса левого желудочка не превышала 45% (в среднем 26%). Большинство больных относились к II или III классу по NYHA.

Железодефицит (ферритин <100 мг/л или 100-300 мг/л при насыщении трансферрина $<20\%$) имели 37% пациентов. Это состояние диагностировалось значительно чаще у больных с анемией (57%), чем без анемии (32%).

После наблюдения на протяжении в среднем 2 лет 153 участника умерли и у 30 была проведена трансплантация сердца. Многомерный статистический анализ показал, что дефицит железа (но не анемия) ассоциировался с повышенным риском смерти и пересадки сердца (относительный риск 1,58; $p<0,01$).

Как отмечают авторы, в нескольких недавно завершившихся исследованиях было показано, что восполнение запасов железа у пациентов с ЗСН приводит к улучшению их функционального статуса. Результаты настоящего исследования позволяют рекомендовать использование препаратов железа в качестве терапевтического подхода с целью улучшения прогноза у пациентов с ЗСН независимо от наличия анемии.

Jankowska E.A. et al. Iron deficiency: an ominous sign in patients with systolic chronic heart failure. European Heart Journal 2010

Подготовил Алексей Терещенко

Нолипрел® Би-форте
периндоприл аргинин 10 мг
индапамид 2,5 мг
Оригинальная комбинация с уникальными сосудистыми свойствами

**НОВАЯ УДВОЕННАЯ СИЛА
В КОНТРОЛЕ АД¹**

Уже в Украине!

**МАКСИМАЛЬНАЯ ЗАЩИТА СЕРДЦА, МОЗГА
И ПОЧЕК ВАШЕГО ПАЦИЕНТА С АГ И СД 2 ТИПА²**

1 таблетка в день
1 упаковка на месяц лечения

Полное описание препарата и инструкции по применению. Отпускается по рецепту. ООО «Сервис-Украина» 01054, Киев, ул. Воробьинская, 24. Тел.: (044) 490-34-41, (044) 490-34-41