

Результаты исследований, представленные на конгрессе Европейского кардиологического общества

28 августа – 1 сентября, г. Стокгольм, Швеция

Риски и преимущества билатерального маммарного аортокоронарного шунтирования: результаты рандомизированного исследования ART

В недавних исследованиях показано, что аортокоронарное шунтирование (АКШ) остается одним из наиболее эффективных интервенционных методов лечения пациентов с тяжелыми поражениями коронарных артерий. Более двух десятилетий назад показано преимущество одностороннего шунтирования с использованием внутренней грудной (маммарной) артерии в увеличении выживаемости, предотвращении инфаркта миокарда (ИМ), рецидивирующей стенокардии и повторных интервенционных вмешательств. Данные обсервационных исследований позволяют предположить наличие даже более выраженного эффекта АКШ в улучшении общей выживаемости и предотвращении необходимости повторных вмешательств при билатеральном шунтировании с использованием внутренних грудных артерий. Однако в США и странах Европы указанный способ используется менее чем у 5% пациентов, поскольку эта технически более сложная и длительная операция может повышать смертность и заболеваемость, включая нарушения процессов заживления.

ART (The Arterial Revascularisation Trial), одно из самых крупных клинических испытаний в области кардиальной хирургии, – рандомизированное исследование, в котором изучали влияние АКШ с использованием одностороннего или двустороннего шунта из внутренней маммарной артерии на выживаемость в течение 10 лет (главная конечная точка), а также сердечно-сосудистые события, качество жизни и затраты на лечение (дополнительные конечные точки). D. Taggart и P.A. Kappetein доложили на конгрессе результаты, полученные в течение года наблюдения.

В исследовании ART приняли участие 28 центров в Австралии, Австрии, Бразилии, Индии, Италии, Польше и Великобритании. Пациентов с наличием показаний к АКШ и без противопоказаний к билатеральному шунтированию рандомизировали в группы проведения одностороннего АКШ или билатерального маммарного АКШ (БАКШ). При сопоставлении результатов учитывали возраст, функцию левого желудочка, наличие сахарного диабета (СД), особенности проведения операции (с отключением насосной функции сердца или на работающем сердце).

Рандомизация продолжалась с июня 2004 г. по декабрь 2007 г., всего в исследовании приняли участие 3102 пациента для проведения АКШ (n=1554) либо БАКШ (n=1548). Средний возраст участников составил 64 года, 86% из них мужчины, наличие СД отмечалось у 24% пациентов, 42% имели ИМ в анамнезе, у 16% ранее проводились интервенционные вмешательства. Фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) >50% отмечалась у 73% больных. 40% АКШ и 42% БАКШ проводили на неработающем сердце. Средняя продолжительность операции составляла 3 ч 19 мин в группе АКШ, в группе БАКШ этот показатель увеличивался в среднем на 23 мин. Смертность в течение 30 дней после операции была 1,2% в каждой группе. Смертность в течение первого года после вмешательства составила 2,4% в группе АКШ и 2,5% у пациентов, которым было выполнено БАКШ, средняя продолжительность послеоперационной госпитализации – 6 и 6,5 дней соответственно.

Таким образом, ART является одним из крупнейших рандомизированных клинических исследований, в котором показано, что, несмотря на преобладающее в хирургическом сообществе мнение о наличии повышенного риска смерти и развития осложнений при проведении БАКШ, эти показатели были сопоставимы с таковыми у больных при проведении АКШ в течение 30 дней и 1 года после операции. Эти предварительные данные позволяют говорить о наличии преимуществ у БАКШ по сравнению с АКШ и оценить возможные риски. В последующих анализах предполагается оценить исходы АКШ и БАКШ в разных подгруппах пациентов.

Эффективность сестринского патронажа в предотвращении осложнений после перенесенного ИМ: результаты исследования RESPONSE

Существует значительное расхождение между рекомендациями относительно вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и их выполнением. Ron Peters и соавт. представили результаты исследования RESPONSE, проходившего в 11 центрах в Нидерландах, в котором оценивали эффективность сестринского патронажа в снижении риска осложнений у пациентов после перенесенного ИМ.

RESPONSE – рандомизированное клиническое исследование, в котором принимали участие пациенты в возрасте 18-80 лет, перенесшие ИМ в пределах 8 нед перед включением в исследование. Больных рандомизировали в группы сестринского патронажа в дополнение к стандартному лечению (основная группа) либо только стандартного лечения (группа контроля).

Патронажная программа предполагала до 4 сестринских визитов в течение 6 мес после возникновения события. Сестринский протокол сопровождения был основан на действующих рекомендациях и фокусировался на контроле здорового образа жизни (отказ от курения, выполнение адекватной физической нагрузки, поддержание нормальной массы тела), биометрических факторов риска (уровень АД, липидов в крови, скрининг СД, гликемический контроль у пациентов с СД), а также приверженности к медикаментозному лечению. Данные независимо оценивались через 6 и 12 мес после включения в исследование.

Главной конечной точкой был подсчет 10-летнего сердечно-сосудистого риска (SCORE) через 12 мес наблюдения (через 6 мес после последнего визита медсестры). Шкала SCORE учитывает возраст, пол, уровень общего холестерина, систолическое АД и статус курения.

Дополнительной конечной точкой было количество пациентов с хорошим контролем факторов риска.

Всего в исследование включили 754 пациента после перенесенного ИМ, которых рандомизировали в группу сестринского патронажа (n=377) либо в контрольную группу

(n=377). Через 12 мес SCORE составил 4,5% в основной группе и 5,4% в контрольной (p=0,029). Хороший контроль факторов риска через 12 мес отмечался у 35% пациентов из группы патронажа по сравнению с 25% в группе контроля (p=0,006). Приверженность к медикаментозному лечению было хорошей в обеих группах.

Таким образом, сестринский патронаж пациентов в течение 6 мес после перенесенного ИМ является хорошим дополнением к вторичной профилактике и эффективно снижает сердечно-сосудистый риск путем достижения контроля факторов риска. Предложенная программа может с успехом применяться в клинической практике.

Возможность предотвращения микроальбуминурии у пациентов с СД: результаты исследования ROADMAP

Микроальбуминурия является ранним признаком наличия диабетической нефропатии и повышает сердечно-сосудистый риск. H. Haller и соавт. из медицинской школы г. Ганновера (Германия) доложили результаты исследования ROADMAP, в котором оценивали влияние раннего назначения блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) у пациентов с СД и нормальным уровнем экскреции альбумина с мочой на снижение риска возникновения микроальбуминурии и, соответственно, снижение риска сердечно-сосудистых и почечных событий.

В этом рандомизированном двойном слепом многоцентровом плацебо контролируемом исследовании приняли участие 4447 пациентов с СД 2 типа и наличием, по меньшей мере, одного дополнительного фактора риска, которые получали в составе комбинированной терапии олмесартан 40 мг/сут либо плацебо. Средняя продолжительность лечения составила 3,2 года. В обеих группах пациенты также получали дополнительную антигипертензивную терапию (за исключением ингибиторов АПФ и других БРА) для достижения целевого уровня АД <130/80 мм рт. ст.

Скорость клубочковой фильтрации, уровень АД, профиль сердечно-сосудистого риска были сопоставимы в обеих группах. Почти 80% пациентов из группы олмесартана и 71% из группы плацебо достигли целевых уровней АД к 48-му мес лечения. Статистический анализ показал, что общая частота микроальбуминурии составила в группе олмесартана 8,2% (n=178) по сравнению с 9,8% (n=210) в группе плацебо, что свидетельствует об эффективности олмесартана в снижении риска микроальбуминурии на 23% (ОР 0,77; 95% ДИ 0,63-0,94; p=0,01). В конце исследования скорость клубочковой фильтрации была несколько ниже в группе лечения олмесартаном по сравнению с плацебо (80,1 против 83,7 мл/мин/1,73 м²; p<0,001). В обеих группах у 23 пациентов отмечалось повышение уровня креатинина в 2 раза по сравнению с исходным уровнем. Общий уровень сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности был низким и сопоставимым в обеих группах. Так, наличие сердечно-сосудистых событий было отмечено у 81 (3,6%) и 91 (4,1%) пациентов из группы олмесартана и группы плацебо, а общая смертность составила 1,2 и 1,7% соответственно (p>0,1). Однако в группе олмесартана сердечно-сосудистая смертность была несколько выше по сравнению с плацебо (0,7 против 0,1% соответственно; p= 0,01), что может быть связано с эпизодами гипотензии у пациентов с наличием сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, олмесартан, помимо отличного антигипертензивного эффекта, показал дополнительное преимущество у пациентов с СД 2 типа в предупреждении микроальбуминурии.

Наличие метаболического синдрома значительно снижает эффективность антигипертензивной терапии

N. Cortez-Dias и соавт. из г. Лиссабона (Португалия) изучали влияние метаболического синдрома и моделей антигипертензивного лечения на эффективность достижения целевых уровней АД. Авторы провели перекрестное популяционное исследование в учреждениях первичной медицинской помощи с участием 719 врачей общей практики. В исследование включали первых двух взрослых пациентов, записавшихся на прием в определенные дни вне зависимости от причины обращения за помощью. Все пациенты заполняли опросник с указанием социально-демографических, клинических характеристик и данных лабораторных исследований. АД измеряли дважды в позиции сидя после 5-минутного периода отдыха. Эффективность антигипертензивной терапии оценивали по наличию неконтролируемой гипертензии (уровень АД ≥140/90 мм рт. ст.). Наличие метаболического синдрома оценивали по критериям NCEP-ATP III. В анализе изучали взаимосвязь между наличием неконтролируемой АД и метаболического синдрома, а также демографическими особенностями и назначенным антигипертензивным лечением. Выявлено, что в исследуемой популяции (n=16 856) антигипертензивную терапию принимали 8925 пациентов с АД (61,6% женщин, средний возраст 58,1±15,1 года). Среди них лишь в 35,8% случаев удавалось достичь контроля над АД (p=0,046); у 24,2% пациентов уровень АД превышал 160/100 мм рт. ст., а в 5,3% случаях уровень АД был >180/110 мм рт. ст. Выявлена тесная корреляция между случаями неконтролируемой АД и наличием метаболического синдрома у пациентов (ОР 5,23), при этом наличие метаболического синдрома было независимым фактором повышения АД в среднем на 7 мм рт. ст. Также установлено, что эффективность контроля над АД уменьшается с возрастом, увеличением массы тела и окружности талии, повышением уровня триглицеридов ≥150 мг/дл. Однако, несмотря на наличие стойкой корреляции, ни один из этих факторов риска не был признан независимым фактором риска развития неконтролируемой АД. Кроме того, эффективность контроля над АД не зависела от выбранной схемы терапии. Таким образом, в популяционном исследовании выявлена достаточно низкая эффективность контроля над уровнем АД, что, впрочем, не зависело от выбранной модели терапии. Наиболее достоверным фактором, влияющим на низкую эффективность контроля над АД, является наличие метаболического синдрома, который достоверно снижает эффективность антигипертензивной терапии.

Подготовила **Татьяна Спринсян**