

Новости с XIV конгресса Американского общества сердечной недостаточности (HFSA) 12-15 сентября, г. Сан-Диего (США)

HFSA основано в 1994 г. как общественная образовательная организация, целью которой является объединение экспертов в области сердечной недостаточности (СН). На протяжении четырех дней работы конгресса HFSA ведущие специалисты представляли современные достижения в изучении этиологии и патогенеза СН, а также результаты новых клинических исследований, направленных на улучшение диагностики и лечения пациентов с СН всех стадий.

Пленарное заседание открылось научной сессией «Новейшие технологии для диагностики и лечения кардиоваскулярной патологии». Профессор Е. Браунвальд (Гарвардский медицинский университет) был награжден премией за важные достижения в кардиологии и получил титул «Наиболее часто цитируемый автор». После окончания пленарного заседания состоялись множественные сессии с презентациями ведущих специалистов национальных и международных обществ, научных сотрудников и непосредственно клиницистов. Большое количество докладов фокусировалось на новых принципах и подходах к лечению СН с целью уменьшения риска жизнеугрожающих осложнений и увеличения выживаемости больных с этой сложной патологией.

«В этом году на конференции представлена самая современная информация о достижениях в области СН – начиная от фундаментальных аспектов этиологии и патогенеза СН и заканчивая исследованиями, направленными на улучшение эффективности лечения и приверженности к нему больных. Сегодня мы привлекаем всех специалистов, интересующихся проблемами СН; обсуждаем причины, терапевтические возможности, социально-экономические аспекты этой проблемы», – отметил президент HFSA **Д. Манн**.

Особое внимание привлекли доклады, касающиеся новых направлений в лечении СН: роли нарушений генома в развитии болезней; результатов применения стволовых клеток и генной терапии у пациентов с СН; имплантации механических устройств при СН; связи депрессии и СН; применению паллиативного подхода при терминальной стадии СН.

Ряд докладов был посвящен изучению плазменной концентрации мозгового В-натрийуретического пептида (BNP), а также его неактивных фрагментов (NT-proBNP, CT-BNP), которые являются независимыми и достаточно мощными предикторами неблагоприятного прогноза у больных с СН любой этиологии.

В метаанализе семи проспективных исследований (**K. Salah et al.**) изучалось прогностическое значение уровня NT-proBNP у пациентов с СН при выписке из кардиологического стационара.

В анализ был включен 1301 больной с остро возникшей сердечной декомпенсацией (средний возраст – 71 год, 60% мужчин), 70% пациентов имели фракцию выброса (ФВ) левого желудочка $\geq 45\%$. Оценивали уровни NT-proBNP при выписке из стационара и относительное снижение этого показателя во время лечения. Период наблюдения составлял 180 дней. Выживаемость больных анализировали с использованием метода Каплана-Мейера и сравнивали с помощью теста log-rank (двустороннее значение p); относительный риск (ОР) рассчитывали с помощью модели пропорциональной регрессии Кокса. Смертность от всех причин составила 15%, частота сердечно-сосудистых событий – 43%. Средний уровень NT-proBNP при поступлении в стационар составил 6447 пг/мл, при выписке – 3252 пг/мл. Расхождение кривых выживаемости наблюдалось при пороговых значениях NT-proBNP при выписке 4802 пг/мл, наблюдалось снижение данного показателя за период стационарного лечения на 37%. Для комбинированной конечной точки пороговые значения NT-proBNP составили 3457 пг/мл, а снижение во время

пребывания в стационаре – 42%. Исследователи делают вывод о большой клинической ценности показателей NT-proBNP при выписке из стационара, а также динамики во время лечения для прогнозирования исходов СН.

R. Kociol и соавт. проведен анализ влияния показателей BNP на смертность пациентов, участвовавших в крупном исследовании OPTIMIZE-HF (Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients With Heart Failure). Уровни BNP определяли во время поступления в стационар и при выписке; также оценивали их динамику во время лечения.

В исследование были включены 7039 пациентов из 220 клиник (средний возраст – 80 лет, 44% мужчин). Средние уровни BNP при поступлении в стационар и при выписке составили 832 и 534 пг/мл соответственно. При построении многофакторной клинической модели в качестве строгого предиктора неблагоприятных исходов у пациентов с СН принимали только уровни BNP при выписке из стационара. Исследователи считают необходимым продолжение научных наблюдений в этой области.

Интересными представляются результаты исследования, в котором изучалась связь уровня билирубина в крови и смертности больных СН (**L. Allen et al.**).

Увеличение уровня общего билирубина (ОБ) ассоциируется с повышением смертности у пациентов с симптоматической сердечной недостаточностью, что связывают с нарушением функции печени. Однако результаты некоторых исследований продемонстрировали, что повышенные уровни билирубина в общей популяции коррелируют со снижением риска инфаркта миокарда, возможно, за счет антиоксидантных свойств билирубина. С целью оценки влияния уровня ОБ на частоту возникновения инфаркта миокарда у больных с СН и систолической дисфункцией левого желудочка проанализированы данные 2708 пациентов, которые принимали участие в исследовании BEST (The Beta-Blocker Evaluation of Survival Trial). Больные с уровнем ОБ >3 мг/дл в исследовании не включались. Средний исходный уровень ОБ составлял $0,83 \pm 0,013$ мг/дл. Его повышение коррелировало с высокой общей и сердечно-сосудистой смертностью, прогрессированием СН, высокой частотой госпитализации в связи с СН, но не ассоциировалось с повышением частоты развития инфаркта миокарда. Уровни ОБ у пациентов, которые принимали бундолол или плацебо на протяжении 12 мес, составили $0,103 \pm 0,013$ и $0,035 \pm 0,014$ соответственно. Частота возникновения инфаркта миокарда в группе плацебо составила 6,9%, в группе бундолола – 3,3%.

Оригинальное исследование о влиянии гимнастики тайчи на качество жизни пациентов с СН представила **G. Yeh**.

В частности, было продемонстрировано статистически достоверное улучшение качества жизни, эмоционального и физического состояния пациентов с СН I-III функционального класса по NYHA при выполнении гимнастических упражнений. В исследовании рандомизировали 100 пациентов с ФВ левого желудочка $<40\%$. Пациенты первой группы (стандартного лечения и модификации образа жизни) на протяжении 12 нед дважды в неделю выполняли упражнения гимнастики тайчи под строгим наблюдением инструктора. Пациенты второй группы четко соблюдали лечебные рекомендации относительно лечения и модификации образа жизни, однако не посещали занятия гимнастикой тайчи. Несмотря на статистически достоверное улучшение качества жизни у пациентов первой группы, лабораторные показатели у пациентов двух групп были сопоставимы. Это свидетельствует о неоднозначности полученных результатов и обуславливает необходимость проведения дальнейших исследований.

Подготовила **Ульяна Черняга**

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Европейская комиссия одобрила препарат Brilinta™ (тикагрелор)

6 декабря компания «АстраЗенека» объявила о том, что Европейская комиссия официально одобрила препарат Brilinta™ (тикагрелор, таблетки) для медицинского применения с целью профилактики атеротромботических событий у взрослых пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Данное решение Европейской комиссии основано на положительном заключении Комитета по лекарственным средствам (Committee for Medicinal Products for Human Use) от 23 сентября 2010 г. и распространяется на 27 государств – членов Европейского Союза и 3 страны, входящие в состав Европейской экономической зоны.

Исполнительный директор компании «АстраЗенека» Дэвид Бреннан по этому поводу заявил: «Мы рады, что тикагрелор получил одобрение регуляторных органов в Европе, и надеемся, что препарат откроет для врачей возможности более эффективной анти тромботической терапии у пациентов с ОКС, чем использование клопидогреля. Теперь, когда тикагрелор официально одобрен для применения в клинической практике, мы будем работать с соответствующими органами здравоохранения и клиницистами для пересмотра формуляров и протоколов, чтобы в ближайшее время пациенты могли принимать этот жизненно важный препарат».

В августе Европейское общество кардиологов (European Society of Cardiology) и Европейское общество кардиоторакальной хирургии (European Society for Cardio-Thoracic Surgery) включили тикагрелор в пересмотренную редакцию «Рекомендаций по реваскуляризации миокарда» (класс доказательств – 1B) как лекарственное средство для анти тромботической терапии при проведении реваскуляризации миокарда у пациентов с ОКС (инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST или без такового).

Ежегодно в Европе ОКС диагностируется у 1,4 млн человек [1]. Несмотря на наличие современных лекарственных средств для лечения данной патологии, статистика свидетельствует о том, что до 15% пациентов погибают в течение 1 года с момента возникновения сердечно-сосудистого события [2]. Одобрение препарата Brilinta™ для применения в клинической практике базируется на данных, полученных в программе изучения тикагрелора, и результатах исследования PLATO (A Study of PLATelet Inhibition and Patient Outcomes), которые продемонстрировали превосходство тикагрелора над клопидогрелем. Установлено, что применение тикагрелора вместо клопидогреля в течение 1 года у 54 пациентов с ОКС предотвращает 1 атеротромботическое событие; у 91 пациента – 1 сердечно-сосудистую смерть.

На протяжении всего периода лечения препаратом не наблюдалось увеличения частоты возникновения больших/фатальных кровотечений (11,6% – в группе пациентов, получавших тикагрелор, и 11,2% – среди лиц, принимавших клопидогрель; $p=0,43$). При применении тикагрелора, как и при использовании любого другого лекарственного средства, могут наблюдаться побочные эффекты; наиболее частыми из них являются кровотечения и одышка. Кровотечения достаточно часто развиваются при лечении любым сильным ингибитором агрегации тромбоцитов. При терапии тикагрелором большие кровотечения нечасты, более распространенными являются гематомы и носовые кровотечения. По данным PLATO, возникшая на фоне приема тикагрелора одышка часто проходила самостоятельно и лишь в отдельных случаях требовала прекращения лечения. Сообщалось о других нечастых побочных явлениях, таких как головная боль, головокружение, боли в животе, диарея, кожная сыпь, зуд и желудочная диспепсия.

О препарате Brilique™/Brilinta™

Тикагрелор (Brilique™/Brilinta™) является прямым обратимым антагонистом рецепторов P2Y₁₂ и принадлежит к новому химическому классу циклопентилтриазолипиримидинов. Тикагрелор является первым обратимым антагонистом АДФ-рецепторов, предназначенным для перорального приема.

Тикагрелор назначается в сочетании с ацетилсалициловой кислотой с целью предупреждения развития атеротромботических событий у взрослых пациентов с ОКС (нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и без такового), которые подвергались чрескожным коронарным вмешательствам или шунтированию коронарных артерий.

Brilique и Brilinta – зарегистрированные торговые марки компании «АстраЗенека». Brilinta – одно из торговых названий тикагрелора в странах, в которых препарат проходит процедуру регистрации, в том числе и в США.

- Heart Health – Heart Disease: Symptoms, Diagnosis and Treatment / National Institutes of Health. What is Acute Coronary Syndrome (ACS)? <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/magazine/issues/winter09/articles/winter09p25-27.html> Accessed 24 November 2010.
- GRACE registry, as analyzed in: Fox et al. JAMA. 2007; 297 (17): 1892-1900.

Релиз представлен компанией «АстраЗенека»

