

Обновленное руководство Американской ассоциации сердца (АНА) по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин

Американская ассоциация сердца (АНА) обновила руководство по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин. Полная версия рекомендаций была опубликована 18 февраля онлайн в журнале *Circulation*.

Первая версия была выпущена АНА в 1999 г. Цель обновления руководства в этом году заключалась в предоставлении данных о реальных результатах профилактических мероприятий – как потенциально положительных, так и отрицательных, а не просто в обзоре доказательств, полученных в ходе рандомизированных контролируемых клинических исследований. Исходя из этого, рекомендации теперь называются не «данные, базирующиеся на доказательствах», а «данные, базирующиеся на эффективности». Этим авторы руководства хотели подчеркнуть тот факт, что клиническая практика зачастую отличается от результатов клинических исследований.

С тех пор как АНА выпустило первое руководство по профилактике ССЗ у женщин, достигнут значительный прогресс. В частности, в 2007 г. смертность от ишемической болезни сердца (ИБС), на долю которой приходится около половины всех случаев смерти от ССЗ у женщин, снизилась на две трети по сравнению с 1980 г. Однако проблема кардиоваскулярной заболеваемости и смертности среди женской популяции не утратила своей актуальности. Так, ССЗ по-прежнему являются основной причиной смерти среди женщин, в результате которых умирает больше, чем от онкопатологии, хронических заболеваний нижних дыхательных путей, болезни Альцгеймера и несчастных случаев вместе взятых. По оценкам, каждая вторая женщина подвержена риску развития ССЗ в течение жизни.

Данное руководство направлено на улучшение мер профилактики и выявления сердечно-сосудистых факторов риска, свойственных женщинам. Следует отметить несколько основных изменений, принятых в руководстве 2011 г. В частности, несколько модифицирован алгоритм стратификации риска, принятый еще в 2007 г. Принято решение снизить порог, определяющий статус пациента высокого риска. Так, в алгоритме за 2007 г. женщины с 10-летним риском развития ИБС более 20% считались пациентками группы высокого риска. В обновленном руководстве сказано, что в данную категорию попадают те, кто имеет, по крайней мере, 10% риск развития ССЗ (не только ИБС) в ближайшие 10 лет. Причиной такого изменения стал тот факт, что многие из нынешних стратегий и шкал для определения кардиоваскулярного риска у женщин в действительности недооценивают этот уровень.

Авторы также добавили новые критерии для оценки группы риска, а именно: наличие в анамнезе системной красной волчанки, ревматоидного артрита и трех осложненных беременностей – гестоза, гестационного диабета и гипертонии, вызванной беременностью. Как было показано в недавно проведенном метаанализе, преэклампсия связана с удвоением риска развития ИБС, инсульта и венозной тромбоэмболии в течение 5-15 лет после беременности.

Категория «оптимального риска» в настоящее время согласуется с недавно принятой АНА концепцией «идеального кардиоваскулярного здоровья», которую определяют следующие факторы: отсутствие манифестирующих ССЗ в сочетании с оптимальными уровнями общего холестерина (<200 мг/дл), артериального давления (<120/80 мм рт. ст.), глюкозы натощак (<100 мг/дл); приверженность к здоровому образу жизни (ИМТ < 25 кг/м², отсутствие вредных привычек (курения и др.), достаточная физическая активность и соблюдение диеты в соответствии с подходами DASH – Dietary Approaches to Stop Hypertension).

Некоторые дополнительные изменения по сравнению с рекомендациями 2007 г.

- Добавлен новый раздел, посвященный проблеме расового и этнического многообразия, который связан с различиями сердечно-сосудистого риска, ответа на лечение, приверженности и структуры системы здравоохранения.

- Спецификация профилактических мероприятий с учетом конкретных потребностей стран или регионов.

- Акцент на экономической эффективности различных мероприятий. Например, экономически обоснованными признаны назначение аспирина, антигипертензивной терапии, а также отказ от курения для пожилых женщин группы умеренного/высокого риска; мероприятия по снижению веса, в том числе медикаментозные и хирургические, – для конкретных подгрупп пациентов, в частности женщин молодого и среднего возраста с избыточной массой тела.

- Приведены более конкретные рекомендации, касающиеся физической активности, поддержания массы тела, потребления омега-3 жирных кислот, применения статинов у женщин старше 60 лет с 10-летним риском развития ИБС свыше 10%.

- Добавлена таблица с рекомендациями по питанию с указанием норм потребления того или иного нутриента.

Mosca L. et al.

Circulation 2011; DOI: 10.1161/CIR.0b013e31820faaf8.

Сердечная ресинхронизирующая терапия (СРТ) эффективна при малосимптомной сердечной недостаточности

Ученые из Университета Альберта (г. Эдмонтон, Канада) провели анализ данных рандомизированных контролируемых клинических исследований, опубликованных за период с 1950 по 2010 год, в которых сравнивалась эффективность стандартной терапии и имплантации водителей ритма у пациентов с фракцией выброса левого желудочка менее 40%.

В метаанализ были включены 25 клинических исследований, в которых приняли участие 9082 пациента с СН различной степени тяжести. Уровень снижения смертности от всех причин у пациентов, которым был имплантирован водитель ритма, составил 19% по сравнению с контрольной группой (ОР 0,81; 95% ДИ 0,72-0,90). Преимущество такой терапии проявлялось в основном в снижении смертности в результате СН (ОР 0,64; 95% ДИ 0,49-0,83) без существенного влияния на риск внезапной сердечной смерти или некардиальной смерти.

Аналогичные результаты были получены в 6 исследованиях с участием пациентов с СН I или II класса по классификации NYHA. Было показано 17% снижение риска смерти от любых причин (ОР 0,83; 95% ДИ 0,72-0,96) у больных, которым проводилась СРТ. Такое лечение также уменьшало частоту госпитализаций по причине обострения СН (ОР 0,71; 95% ДИ 0,57-0,87), хотя и не оказывало значительного влияния на качество жизни.

Таким образом, СРТ эффективна у пациентов со сниженной фракцией выброса левого желудочка, симптомами СН и удлинением QRS вне зависимости от функционального класса NYHA. Преимущество такой терапии при малосимптомной СН подтверждает целесообразность расширения показаний к применению имплантируемых водителей ритма. Авторы исследования подытожили, что около 40% больных с СН с длительностью QRS более 120 мс в настоящее время будут иметь показания для имплантации водителя ритма.

Al-Majed N.S. et al.
Ann Int Med 2011.

Обновленное руководство по применению дабигатрана для профилактики инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий

В соответствии с обновленными рекомендациями Американской ассоциации сердца (АНА), Американской коллегии кардиологов (ACC) и Общества сердечного ритма (HRS), которые были опубликованы в журналах *Circulation*, *Journal of the American College of Cardiology* и *HeartRhythm*, предложено применение дабигатрана в качестве альтернативы варфарину для профилактики инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

Исследования показали, что около 40% больных с ФП, которые нуждаются в приеме пероральных антикоагулянтов, не получают препараты данного класса. Авторы надеются, что с появлением этого руководства количество врачей, назначающих адекватное лечение, и пациентов, получающих пероральные антикоагулянты – как варфарин, так и новый антикоагулянт дабигатран, – возрастет, что позволит значительно снизить риск развития инсультов у больных с ФП.

Дабигатран стал первым пероральным антикоагулянтом, который появился на рынке за последние 50 лет. Рандомизированное исследование показало, что препарат эффективен как альтернатива варфарину для профилактики инсульта и системной тромбоэмболии у пациентов с ФП и факторами риска развития инсульта или системной тромбоэмболии (доказательства класса I, уровень B). Данная рекомендация не относится к пациентам, имеющим искусственный клапан сердца или гемодинамически значимые пороки, тяжелую почечную недостаточность или прогрессирующее заболевание печени.

Одобрение дабигатрана FDA США в октябре 2010 г. и включение его в настоящее руководство были основаны на результатах исследования RE-LY (Randomized Evaluation of Long Term Anticoagulation Therapy), в котором приняли участие около 18 тыс. пациентов. Исследование было проведено в 951 центре 44 стран мира. У больных с ФП и факторами риска инсульта применение дабигатрана в дозе 110 мг 2 раза в сутки сопровождалось сходной с варфарином частотой развития инсульта и системной тромбоэмболии, но реже вызывало массивные кровотечения. Дабигатран, назначенный в дозе 150 мг 2 раза в сутки, снижал частоту инсульта и системной тромбоэмболии в сравнении с варфарином, но способствовал массивным кровотечениям. На основании этих результатов FDA одобрило две дозировки дабигатрана: 150 мг для пациентов с клиренсом креатинина более 30 мл/мин и 75 мг для пациентов с клиренсом креатинина 15-30 мл/мин.

Терапия дабигатраном не требует постоянного контроля международного нормализованного отношения (МНО), также для данного препарата менее вероятно взаимодействие с продуктами питания или другими лекарственными препаратами по сравнению с таковым варфарина. Однако следует учитывать, что дабигатран нужно принимать дважды в сутки, и такая терапия сопряжена с повышенным риском не связанных с кровотечением побочных эффектов, в том числе диспепсии. Поэтому авторы руководства считают, что пациентам с хорошо контролируемым МНО не стоит переходить с лечения варфарином на прием нового препарата. Кроме того, стоимость дабигатрана выше, чем варфарина. Также необходимо помнить, что рифампицин может уменьшать действие дабигатрана, тогда как верапамил – повышать его антикоагуляционный эффект. В некоторой мере ограничивает использование препарата недостаточное изучение безопасности проведения системного тромболизиса у больных с острым инсультом, которые находятся на терапии дабигатраном.

Wann L. et al.

Circulation 2011; DOI: 10.1161/CIR.0b013e31820f14c0.

Ожирение ассоциируется с фатальными случаями ИБС вне зависимости от традиционных факторов риска

Специалисты из университета Глазго (Великобритания) предположили, что ожирение по-разному влияет на риск фатальных и нефатальных коронарных событий, что можно объяснить воспалительным процессом, развивающимся у пациентов с избыточной массой тела. На сегодняшний день признано, что жировая ткань является эндокринным органом, синтезирующим провоспалительные цитокины.

Кроме того, недавние исследования показали, что некоторые маркеры воспаления, такие как С-реактивный белок (СРБ) и интерлейкин-6, более тесно связаны с фатальными случаями ИБС, чем с нефатальными.

Чтобы определить роль ожирения в развитии ИБС, Logue и соавт. проанализировали данные исследования WOSCOPS (West of Scotland Coronary Prevention Study), в котором приняли участие 6082 пациента с гиперхолестеринемией. В исследовании WOSCOPS изучался риск фатальных и нефатальных коронарных событий в течение 15 лет наблюдения.

Всех участников исследования WOSCOPS с ИМТ от 18,5 до 39,9 кг/м² разделили на группы в зависимости от квинтиля ИМТ. Было обнаружено, что относительный риск всех случаев ИБС увеличивается с 1,18 при ИМТ 27,5-29,9 кг/м² до 1,29 при ИМТ 30,0-39,9 кг/м², по сравнению с пациентами, имеющими ИМТ 25,0-27,4 кг/м². Анализ нефатальных случаев ИБС не выявил ассоциации между ИМТ у пациентов как с нормальной массой тела, так и с повышенной. В то же время у мужчин, страдающих ожирением (ИМТ > 30 кг/м²), наблюдалось 60-75% увеличение риска фатальных коронарных событий по сравнению с мужчинами, имеющими нормальную массу тела, даже с учетом других факторов риска.

Таким образом, анализ результатов крупного клинического исследования показал, что риск фатальных коронарных событий у мужчин значительно возрастает в зависимости от степени ожирения. Полученные результаты поддерживают гипотезу о различиях в патофизиологии фатальных и нефатальных событий. Как подытожили авторы анализа, влияния исключительно на традиционные факторы риска для адекватной модификации риска развития ИБС у людей с избыточной массой тела недостаточно.

Logue J. et al.

Heart 2011; DOI: 10.1136/hrt.2010.211201

Подготовила **Ольга Татаренко**