

КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Наличие прегипертензии повышает риск фибрилляции предсердий

До настоящего времени артериальную гипертензию считали самым распространенным фактором риска фибрилляции предсердий (ФП), однако норвежские ученые показали, что повышение артериального давления (АД) у практически здоровых мужчин среднего возраста до уровня высоких нормальных цифр (то есть наличие так называемой прегипертензии) также является предиктором развития указанного нарушения сердечного ритма.

Было проведено клиническое обследование 2014 здоровых мужчин в возрасте от 40 до 59 лет, которые с 1972 по 1975 год принимали участие в перспективных исследованиях. Среди всех пациентов 44% были курильщиками. Лица с серьезными заболеваниями в анализ не включались. В течение среднего срока наблюдения, составившего 30 лет, у 13% мужчин развилась ФП. Средний возраст начала мерцательной аритмии составил 71 год.

Исходя из результатов многофакторного анализа уровень как систолического, так и диастолического АД в начале исследования был связан с риском развития ФП. Как и следовало ожидать, мужчины с исходным уровнем систолического \geq АД 140 мм рт. ст. имели значительно более высокий риск ФП (ОР 1,62; 95% ДИ от 1,10 до 2,39). Другие предикторы развития указанного нарушения ритма включали возраст, гипертрофию левого желудочка и повышенный индекс массы тела.

В дополнение к этому мужчины с систолическим АД от 128 до 138 мм рт. ст. в начале исследования также подвергались более высокому риску развития ФП (ОР 1,51; 95% ДИ от 1,05 до 2,20). Относительный риск развития ФП у пациентов с повышенным диастолическим АД по сравнению с нормотензивными участниками составил 1,79 (95% ДИ от 1,28 до 2,59). Данная ассоциация сохранилась даже после учета таких факторов, как наличие у пациента сахарного диабета или сердечно-сосудистых заболеваний, течение которых связано с повышением риска ФП.

Результаты исследования были опубликованы онлайн в журнале Hypertension Американской ассоциации сердца (АНА). По мнению ученых, повышенное АД в течение длительного времени может привести к медленному, но прогрессирующему процессу структурного и электрофизиологического ремоделирования как желудочков, так и предсердий. Повышение конечного диастолического давления в левом желудочке и, как следствие, увеличенное давление в левом предсердии может вызвать дилатацию предсердий и расширение вен, что способствует развитию мерцательной аритмии. Исследователи полагают, что применение нефармакологических и фармакологических методов, которые могут замедлять прогрессирование прегипертензии в артериальную гипертензию, позволит значительно снизить риск развития ФП.

Grundvold I. et al.

Hypertension 2012; DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.179713.

Регулярное потребление черного чая снижает уровень АД

Рандомизированное плацебо контролируемое исследование показало, что регулярное потребление черного чая, который богат флавоноидами, значительно снижает уровень АД. J. Hodgson и соавт. из Университета Западной Австралии (г. Перте) провели рандомизированное исследование, в которое включили 95 мужчин и женщин в возрасте от 35 до 75 лет (средний возраст мужчин – 56 лет, женщин – 57 лет). Средний индекс массы тела участников исследования на момент включения составлял 25 кг/м², средний уровень систолического АД – 121 мм рт. ст. Во время 4-недельного вводного периода суточный рацион пациентов включал пищу с низким содержанием флавоноидов и 3 чашки чая. После этого пациентов разделили на 2 группы: участники одной из групп в течение 6 мес потребляли по 3 чашки чая в день, что соответствовало количественному содержанию 429 мг полифенолов и 96 мг кофеина; другой – плацебо.

В ходе 6 мес наблюдения режим питания в обеих группах был сопоставим по калорийности и потреблению питательных веществ. Показатели почечной экскреции натрия и калия, вес у пациентов в обеих группах существенно не изменились, однако было обнаружено различие в показателях 24-часового амбулаторного мониторинга суточного АД, главным образом в дневное время суток. Так, после 3 мес наблюдения уровень систолического АД у пациентов в группе черного чая снизился в среднем на 2,7 мм рт. ст., через 6 мес – на 2,0 мм рт. ст.; диастолического – на 2,3 и 2,1 мм рт.ст. соответственно.

Таким образом, ученые показали, что потребление 3 чашек черного чая в день в течение 6 мес снижает как диастолическое, так и систолическое АД в среднем на 2-3 мм рт. ст. (p<0,05). Как сообщают авторы исследования в журнале Archives of Internal Medicine, даже эти небольшие изменения АД могут оказать значительное влияние на состояние здоровья на популяционном уровне. Указанные различия ассоциируются со снижением распространенности артериальной гипертензии на 10% и сердечно-сосудистых заболеваний на 7-10%.

Отмеченный гипотензивный эффект черного чая ученые связывают с воздействием активных компонентов напитка на функцию эндотелия. Известно, что эндотелиальная дисфункция может быть ранним маркером артериальной гипертензии. Существуют доказательства того, что потребление чая улучшает функцию эндотелия, а также влияет на содержание оксида азота и снижает уровень эндотелина; это может способствовать снижению тонуса сосудов и снижению АД. Другой возможный механизм включает влияние флавоноидов чая на массу тела и висцеральную жировую ткань. Недавно проведенный метаанализ показал, что зеленый чай и его флавоноиды, многие из которых являются структурно похожими на флавоноиды черного чая, в комбинации с кофеином могут снижать вес и объем висцерального жира. В данном исследовании динамика объема висцерального жира, к сожалению, не отслеживалась.

Hodgson J. et al.

Arch Intern Med 2012; 172: 186-188.

Эффективность и безопасность антитромбоцитарной терапии кангрелором у пациентов, которым планируется проведение АКШ: результаты рандомизированного контролируемого исследования BRIDGE

Результаты рандомизированного исследования показали, что антитромбоцитарный препарат кангрелор позволяет поддерживать низкий уровень реактивности тромбоцитов у пациентов, которым предстоит отмена терапии тиаенопиридинами в связи с предстоящим хирургическим вмешательством по поводу аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Хотя двойная антитромбоцитарная терапия аспирином и пероральными ингибиторами рецепторов аденозиндифосфата P2Y₁₂ предотвращает рецидивы тромбоза у больных высокого риска, в том числе у лиц с острым коронарным синдромом, подобное лечение сопряжено с повышением риска кровотечений. В связи с этим пациентам, у которых

планируется хирургическое вмешательство, рекомендовано приостановить терапию тиаенопиридинами за 5-7 дней до операции. В свою очередь, отмена тиаенопиридинов у таких больных повышает риск тромбообразования.

Было проведено рандомизированное контролируемое исследование BRIDGE, в котором изучалась роль кангрелора в лечении пациентов, подвергающихся АКШ. Исследование, проведенное в 34 центрах, включило 210 пациентов, получавших терапию тиаенопиридинами после острого коронарного синдрома или стентирования в качестве вторичной профилактики. Все больные прекратили прием тиаенопиридинов и были рандомизированы в группу внутривенного введения кангрелора (в течение не менее 24 ч) или плацебо. Введение изучаемого препарата прекращалось за 1-6 ч до начала АКШ. В ходе исследования у пациентов ежедневно измеряли реактивность тромбоцитов с использованием анализа VerifyNow P2Y₁₂. Единицей измерения является единица реактивности тромбоцитов (platelet reactivity units, PRU).

Кангрелор вводился в дозе 0,75 мкг/кг/мин. До начала инфузионной терапии уровни реактивности тромбоцитов и количество больных с показателем PRU \geq 240, который, как известно, связан с низким риском тромбообразования, достоверно не отличались в обеих группах. В то же время в период лечения количество пациентов со стабильным уровнем PRU <240 было значительно выше в группе кангрелора (98,8% против 19% в группе плацебо; ОР 5,2; p<0,001), при этом отмеченное преимущество препарата не ассоциировалось с повышением риска серьезных кровотечений. Дополнительные случаи кровотечений, связанных с АКШ (случаи повторного хирургического вмешательства, объем выделенной крови через дренаж в грудной клетке >1,5 л/сут или переливание >4 ед. эритроцитарной массы), имели место у 11,8% пациентов, получавших кангрелор, и у 10,4% пациентов, получавших плацебо (p=0,76). Частота небольших кровотечений в дни, предшествующие операции, в группе кангрелора была незначительно выше. В дооперационном периоде ишемические события возникли у 3 пациентов в группе кангрелора и у 4 участников в группе плацебо.

Авторы исследования считают, что применение кангрелора имеет уникальные преимущества перед другими терапевтическими стратегиями, в том числе внутривенным введением гепарина и приемом ингибиторов гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa. Кангрелор высокоспецифичен для аденозиновых рецепторов P2Y₁₂. Поскольку он не подвергается метаболизму, его действие начинается сразу после введения. Препарат достигает равновесной концентрации в плазме примерно через 30 мин после начала инфузии, при этом ингибируя активность до 100% тромбоцитов. Период полувыведения кангрелора составляет от 2,6 до 3,3 мин. Восстановление нормального уровня агрегации наблюдается уже через 15 мин после прекращения введения препарата. Таким образом, препарат характеризуется очень быстрым началом и окончанием действия.

Как подчеркивают исследователи в сопроводительной статье, опубликованной 18 января в журнале Journal of the American Medical Association, антикоагулянты не снижают риск тромбоза стента, а применение гепарина может повысить реактивность тромбоцитов. Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что внутривенное назначение кангрелора является приемлемой стратегией ведения пациентов, которые подвергаются операциям на сердце и нуждаются в длительном ингибировании рецепторов P2Y₁₂ после прекращения приема тиаенопиридинов.

Angiolillo D. et al.

JAMA 2012; 307: 265-274.

Имплантация стентов с лекарственным покрытием безопасна у пожилых пациентов

Пациенты пожилого возраста, как правило, редко включаются в рандомизированные исследования ввиду высокой вероятности наличия сопутствующих заболеваний и повышенного сердечно-сосудистого риска. До настоящего времени только в двух исследованиях сравнивались результаты терапии пожилых пациентов, которым имплантировались стенты с лекарственным покрытием (СЛП) и металлические стенты без лекарственного покрытия (СБЛП) (J Am Coll Cardiol 2009; 53: 1629-1641; J Am Coll Cardiol 2008; 51: 2017-2024). Результаты этих испытаний показали клиническое преимущество СЛП в улучшении показателей выживаемости у пожилых пациентов.

Для оценки эффективности стентирования с применением СЛП у пациентов пожилого возраста было проведено исследование с участием 5089 пациентов, данные которых содержались в реестре Национального института сердца, легких и крови (National Heart, Lung, and Blood Institute Dynamic Registry). Пациентов разделили на 3 возрастные подгруппы: моложе 65 лет (n=2680); 65-79 лет (n=1942) и старше 80 лет (n=443). В первых двух возрастных подгруппах среди участников, которым имплантировали СЛП и СБЛП, были обнаружены существенные различия в демографических и клинических характеристиках, а именно в частоте наличия у пациентов сахарного диабета, гиперхолестеринемии, ранее установленного стента, сердечной недостаточности во время госпитализации и инфаркта миокарда в качестве основного показания к операции. В подгруппе пациентов старше 80 лет существенно различалась только частота гиперхолестеринемии. Следует отметить, что СЛП чаще устанавливался пациентам моложе 65 лет, у которых имело место поражение левой коронарной артерии, а также пациентам всех возрастов с кальцинированным поражением высокой степени.

Результаты исследования показали, что использование СЛП у пациентов старшего возраста является безопасным и эффективным. В первых двух возрастных подгруппах частота внутригоспитальной смерти, инфаркта миокарда была сопоставима у пациентов с СЛП и участников с СБЛП, тогда как среди больных старше 80 лет эти показатели были значительно ниже среди лиц с СЛП. Кроме того, во всех трех возрастных подгруппах частота реваскуляризации целевого сосуда, требующая проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), и повторной реваскуляризации была значительно ниже среди участников, которым был имплантирован СЛП; особенно это было заметно у пациентов старше 80 лет. Так, частота реваскуляризации целевого сосуда, требующей ЧКВ, и повторной реваскуляризации у пациентов, которым имплантировали СЛП, по сравнению с таковыми у лиц с СБЛП соответственно составила:

- у пациентов моложе 65 лет – 7,4 против 14,6% (ОР 0,44) и 12,3 против 17,4% (ОР 0,65);
- у пациентов 65-79 лет – 4,8 против 9,5% (ОР 0,50) и 7,6 против 12,3% (ОР 0,62);
- у пациентов старше 80 лет – 4,5 против 10,4% (ОР 0,15) и 6,0 против 14,5% (ОР 0,18).

Таким образом, результаты большого популяционного исследования показали, что использование СЛП значительно снижает риск реваскуляризации целевого сосуда, требующей ЧКВ, и повторной реваскуляризации у пациентов всех трех возрастных подгрупп, при этом не повышая риск смерти или инфаркта миокарда. Эти данные подтверждают эффективность и безопасность использования СЛП независимо от возраста пациента.

Bailey K.R. et al.

Am J Cardiol 2012; 109: 195-201.

Подготовила Ольга Татаренко