

# КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

## Руководство АССР по профилактике тромбозов у путешественников

Согласно рекомендациям Американской коллегии торакальных врачей (American College of Chest Physicians, АССР) назначение ацетилсалициловой кислоты (АСК) с целью профилактики тромбоза глубоких вен (ТГВ) и венозной тромбоэмболии (ВТЭ) всем путешествующим на длительные расстояния лицам не обосновано. В обновленном руководстве, опубликованном в февральском выпуске журнала Chest, настоятельно рекомендуется оценивать риск ВТЭ и соотношение «польза/риск» при назначении АСК в каждом конкретном случае.

К настоящему времени достигнут значительный прогресс в профилактике ВТЭ. Однако в ряде случаев превентивное лечение АСК не обеспечивает достаточный эффект и может приводить к негативным последствиям, в том числе к возникновению кровотечений.

При необходимости длительного пребывания в сидячем положении во время путешествий рекомендуется смена положения тела, вытягивание ног без сгибания их в коленях; также возможно использование компрессионных чулок, которые обеспечивают давление на лодыжке 15-30 мм рт. ст.

К факторам риска развития тромбоза относят:

- эпизод ВТЭ в анамнезе;
- недавно перенесенные операции или травмы;
- беременность;
- ожирение;
- нарушения системы свертывания;
- использование эстрогенсодержащих препаратов;
- пожилой возраст;
- ограничение подвижности.

Пациентам высокого риска развития тромбоза рекомендуется назначение препаратов низкомолекулярного (НМГ) или нефракционированного (НФГ) гепарина, либо фондапаринукса, при этом выбор конкретного лекарственного средства должен основываться на предпочтениях больного, приверженности к терапии и удобстве приема препарата. Пациенты низкого риска развития тромбоза в фармакологических или механических средствах профилактики не нуждаются. Также антикоагулянтная профилактика не показана лицам с высоким риском кровотечения: при наличии у таких пациентов высокого риска тромбоза более целесообразно использовать компрессионные чулки или методики пневматической компрессии голеней.

Для предотвращения тромбоза у пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного и коленного сустава, применяют АСК. В руководстве также содержится информация об использовании новых классов антикоагулянтов, в том числе прямых ингибиторов тромбина и ингибиторов фактора Ха. В дополнение к низкой дозе НФГ, НМГ и фондапаринукса у пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного или коленного суставов, исследователи рекомендуют использование апиксабана, дабигатрана или ривароксабана. В качестве антитромботической терапии при мерцательной аритмии у лиц с высоким или средним риском развития инсульта вместо антагонистов витамина К рекомендовано использование дабигатрана в дозе 150 мг 2 р/сут. Пациентам с низким риском инсульта антикоагулянты не показаны.

Полное содержание руководства доступно по адресу:  
[http://chestjournal.chestpubs.org/content/141/2\\_suppl/75.full.pdf+html](http://chestjournal.chestpubs.org/content/141/2_suppl/75.full.pdf+html)  
Guyatt G. et al.  
Chest 2012; 141(Suppl): 75-47S

## FDA разрешило применение препарата Vytorin у пациентов с заболеваниями почек

Управление по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами США (FDA) одобрило применение гиполипидемического препарата Vytorin (комбинация эзетимиба и симвастатина) для применения у пациентов с умеренной и тяжелой хронической болезнью почек (ХБП). Консультативный комитет FDA также проголосовал против утверждения препарата для использования у больных с терминальной стадией почечной недостаточности, которые находятся на диализе.

В ноябре прошлого года консультативный комитет FDA единогласно рекомендовал одобрить препарат Vytorin для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у больных ХБП, не находящихся на диализе. Однако в то время процедура одобрения не завершилась, поскольку, по мнению специалистов FDA, в исследовании SHARP не изучался независимый вклад эзетимиба (Zetia) и симвастатина (Zocor) в выраженность эффекта.

Результаты исследования SHARP (Study of Heart and Renal Protection), представленные в ноябре 2010 г. на конгрессе Американского общества нефрологии (ASN) в г. Денвере, показали, что Vytorin 10/20 мг уменьшает риск серьезных атеросклеротических и сосудистых осложнений по сравнению с таковым на фоне приема плацебо. В соответствии с данными Национального фонда почки (National Kidney Foundation), больные ХБП имеют повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний, сопоставимый с таковым у пациентов с ишемической болезнью сердца. SHARP – первое рандомизированное контролируемое исследование, в котором изучалось влияние гиполипидемической терапии на снижение риска сердечно-сосудистых исходов у больных ХБП. В исследовании приняли участие около 10 тыс. пациентов.

Эзетимиб утвержден в качестве препарата для гиполипидемической терапии в 2002 г. Фиксированную комбинацию Vytorin одобрили двумя годами позже. В 2008 г. было проведено исследование ENHANCE (Effect of Combination Ezetimibe and High-Dose Simvastatin vs Simvastatin Alone on Atherosclerotic Process in Patients with Heterozygous Familial Hypercholesterolemia), в котором были получены неудовлетворительные результаты. В исследовании участвовали 720 больных с семейной гиперхолестеринемией (ГХС), которые после рандомизации получали лечение эзетимибом 10 мг / симвастатином 80 мг или монотерапией симвастатином 80 мг с плацебо в течение 24 мес. К концу исследования значимых различий в изменении толщины комплекса интима-медиа сонных артерий между группами эзетимиба/симвастатина и монотерапии симвастатином выявлено не было. Переносимость монотерапии симвастатином и комбинированной терапии эзетимиб/симвастатин была хорошей. В то же время были отмечены существенные различия в группе пациентов, принимавших Vytorin, относительно снижения уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, триглицеридов и С-реактивного белка. Американская

коллегия кардиологов (ACC) считает, что необходим тщательный анализ полученных результатов и проведение дальнейшего наблюдения.

<http://www.medpagetoday.com/ProductAlert/Prescriptions/30848>

## Значимые различия показателей, полученных при измерении артериального давления на правой и левой руке, ассоциируются с повышением риска развития сосудистых заболеваний и смерти

По мнению Кристофера Э. Кларка (Christopher E. Clark) из Эксетерского университета (Великобритания), большие различия в уровне артериального давления (АД), измеренного на разных руках, могут быть предиктором сердечно-сосудистой и общей смертности.

У многих людей при измерении АД на различных руках показатели отличаются: на правой руке они несколько выше. Как правило, такая разница связана с функциональными изменениями в сосудах; также она может быть обусловлена неодинаковым развитием мышц на правой и левой руках. Иногда разница в показателях составляет 20-40 мм рт. ст., что может свидетельствовать о заболеваниях периферических сосудов.

Большинство заболеваний периферических сосудов долгое время клинически не проявляются. Золотым стандартом их диагностики служит определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) – соотношения систолического давления на лодыжке и плече. Однако определение ЛПИ требует затрат времени, поэтому в реальной клинической практике у пациентов с АГ используется редко. В то же время очень важно как можно раньше выявить заболевания периферических артерий и своевременно назначить лечение (антигипертензивную, статинотерапию, мероприятия по отказу от курения), что позволит снизить смертность таких пациентов.

В метаанализ включили 20 исследований с участием пациентов старше 18 лет. В 5 из этих исследований участникам проводили инвазивную ангиографию. В группе пациентов с бессимптомным стенозом подключичной артерии, подтвержденным инвазивной ангиографией, средняя разница систолического АД на разных руках достигла 49 мм рт. ст. Различия в уровне систолического АД (САД) >10 мм рт. ст. ассоциируются с повышением риска стеноза подключичной артерии в 8,8 раза (p<0,0001), при этом чувствительность данного показателя достигла 65%, специфичность – 85%.

Результаты исследований, в рамках которых не проводилось инвазивное вмешательство, показали, что заболевания периферических артерий в 2,4 раза чаще возникали у лиц с разницей в уровне САД ≥10 мм рт. ст. и в 2,5 раза чаще у пациентов с разницей >15 мм рт. ст. (p=0,0002 и p<0,0001 соответственно).

Кроме того, анализ показал, что разница систолического АД >15 мм рт. ст. связана с 70% повышением риска смерти от сердечно-сосудистых причин (p=0,01) и 60% повышением риска смерти от любой причины (p=0,02). Следовательно, ученые рекомендуют относить пациентов со значительной разницей в уровне АД на разных руках к группе высокого кардиоваскулярного риска и проводить интенсивную коррекцию всех имеющихся у них факторов риска. Помимо этого, измерение АД на обеих руках, по мнению исследователей, должно стать неотъемлемой частью диагностической программы.

Clark C.E. et al.

Lancet 2012; DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61710-8

## Эффективность апиксабана при фибрилляции предсердий у пациентов с инсультом/ТИА в анамнезе: результаты субанализов исследований ARISTOTLE и AVERROES

Как показали результаты двух исследований, новый высокоселективный ингибитор фактора Ха апиксабан предотвращает развитие инсульта и системной эмболии у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) независимо от наличия в анамнезе инсульта или транзиторной ишемической атаки (ТИА). В первом субанализе исследования ARISTOTLE апиксабан подтвердил свои преимущества перед варфарином как у больных, ранее перенесших инсульт/ТИА, так и у лиц без данных заболеваний в анамнезе. Аналогичные результаты были получены в субанализе исследования AVERROES, в котором новый антикоагулянт продемонстрировал более высокую эффективность по сравнению с АСК. Результаты двух субанализов были представлены на Международной конференции Американской ассоциации инсульта (ASA), которая проходила с 1 по 8 февраля в г. Новом Орлеане (США).

Напомним, что в исследованиях AVERROES и ARISTOTLE включали пациентов с ФП и как минимум с одним дополнительным фактором риска развития инсульта. Согласно данным, полученным в ходе исследования AVERROES, у больных с ФП, которым противопоказана терапия антагонистами витамина К, в частности варфарином, апиксабан продемонстрировал статистически достоверное снижение риска развития инсульта или системной эмболии (на 55%) по сравнению с АСК без значимого повышения вероятности кровотечений, в том числе внутричерепного или кровотечения со смертельным исходом. Кроме того, не наблюдалось существенных отличий по риску геморрагического инсульта в группах апиксабана и АСК.

В исследовании ARISTOTLE включили 18 тыс. больных с ФП более чем в 1000 центрах 40 стран мира. Пациенты были рандомизированы для получения апиксабана 5 мг 2 р/сут или варфарина с достижением целевого МНО. В результате 1,8-летнего наблюдения за больными было обнаружено, что апиксабан (по сравнению с контролируемой терапией варфарином) на 21% снижал риск развития инсульта и системных эмболий; риск геморрагических инсультов снизился на 49%, больших кровотечений – на 31%, смерти от всех причин – на 11%.

В проведенных метаанализах двух исследований изучалась эффективность апиксабана в подгруппе больных, ранее перенесших инсульт/ТИА, у которых агрессивная антитромботическая терапия может повышать риск кровотечений. В исследовании ARISTOTLE таких пациентов было 18,9%. Для пациентов, ранее перенесших инсульт/ТИА, применение апиксабана позволило снизить относительный риск инсульта или системной эмболии на 24%, больших кровотечений – на 27%, внутричерепного кровоизлияния – на 63% и смерти от всех причин на 11%.

Результаты субанализа AVERROES были во многом схожи. 13,6% участников исследования имели в анамнезе инсульт/ТИА. У таких больных апиксабан снижал относительный риск инсульта или системной эмболии на 71%, при этом не увеличивая вероятность развития больших кровотечений или внутричерепного кровоизлияния.

Результаты субанализов свидетельствуют о высокой эффективности и переносимости апиксабана у всех пациентов с ФП (как перенесших инсульт/ТИА, так и без ишемических событий в анамнезе).

Easton J. et al.

ASA 2012; Abstract LB1

Подготовила Ольга Татаренко