

КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Пиоглитазон не имеет кардиоваскулярных преимуществ и не повышает риск развития рака мочевого пузыря

В двойном слепом плацебо контролируемом исследовании PROactive (Dormandy J.A. et al., 2005) у пациентов с сахарным диабетом и макроаскулярными заболеваниями, получавших на фоне других гипогликемических препаратов пиоглитазон, относительный риск достижения первичной конечной точки – суммарной частоты инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома, вмешательства на сердце, инсульта, обширных ампутаций и реваскуляризации нижних конечностей, а также смерти от всех причин – снижался на 10% (статистически незначимо). В то же время в группе пиоглилизона регистрировалась более высокая частота развития рака мочевого пузыря.

Наблюдение участников оригинального исследования PROactive продолжалось в среднем 34,5 мес. После завершения исследования было принято решение продолжать наблюдение за пациентами еще на протяжении 10 лет с целью изучения безопасности пиоглилизона. На конгрессе Европейской ассоциации по изучению диабета (EASD), прошедшем в г. Берлине (Германия), в двух отдельных докладах были представлены результаты первых 6 лет расширенного наблюдения участников PROactive.

По данным Э. Эрмманна и соавт. (Университет Кельна, Германия), частота первичной конечной точки за этот период была высокой – 43%, при этом статистически значимые различия между группами пиоглилизона и плацебо отсутствовали [1]. Доктор Э. Эрмманн отметил, что решение назначать пациенту пиоглилизон в рамках расширенного наблюдения принимал лечащий врач в момент завершения оригинального исследования, при этом врачи оставались в неведении относительно того, что они назначали раньше – пиоглилизон или плацебо. В течение первых 6 лет наблюдения пиоглилизон принимали только 13,5% пациентов, изначально рандомизированных в группу пиоглилизона.

Комментируя вышеприведенные результаты, доктор Кристофер Ли, представитель компании-производителя пиоглилизона, пришел к выводу, что возможная польза от 34-месячного приема пиоглилизона нивелируется после отмены препарата.

Хорошей новостью для пиоглилизона стало то, что предположение о повышенном риске развития рака мочевого пузыря и других злокачественных новообразований не подтвердилось: по этому показателю различия между группами отсутствовали как для расширенного наблюдения (6 лет), так и для общего периода наблюдения за пациентами (34,5 мес + 6 лет) [2].

В США лекарственные средства, содержащие пиоглилизон, имеют так называемое предупреждение в черной рамке, в котором указывается, что препарат может вызывать сердечную недостаточность или усугублять ее симптомы, а также может быть связан с повышенным риском рака мочевого пузыря.

1. Erdmann E. et al. Pioglitazone and macrovascular outcomes during observational follow-up of PROactive: 6-year update. European Association for the Study of Diabetes 2012 Meeting; October 4, 2012; Berlin, Germany.

2. Spanheimer R. et al. Pioglitazone and bladder malignancy during observational follow-up of PROactive: 6-year update. European Association for the Study of Diabetes 2012 Meeting; October 4, 2012; Berlin, Germany. Presentation 787.

Установлена связь между употреблением жирной рыбы и риском развития сердечной недостаточности

Масштабное исследование, проведенное учеными из США, показало, что регулярное употребление рыбы жирных сортов снижает риск развития сердечной недостаточности (СН), в то время как отдельные ω_3 -полиненасыщенные жирные кислоты (ω_3 -ПНЖК) подобного протекторного эффекта лишены.

В ходе исследования были проанализированы диетические предпочтения и уровни ω_3 -ПНЖК в крови более чем 20 тыс. американских врачей-мужчин, принимавших участие в исследовании Physicians' Health Study. Было установлено, что СН развивалась у 7 из 1000 мужчин, употреблявших менее 1 порции жирной рыбы в месяц, и у 4 из 1000 мужчин, которые в месяц употребляли более 1 порции такой рыбы, что соответствует снижению риска развития СН примерно на 30%.

Влияние отдельных ω_3 -ПНЖК на риск СН оказалось не таким однозначным. Считается, что за протекторный эффект жирной рыбы отвечают эйкозапентаеновая (ЭПК) и докозагексаеновая (ДГК) кислоты, и именно эти ω_3 -ПНЖК входят в состав различных диетических добавок, рекламируемых как средства для кардиопротекции. Тем не менее в исследовании было установлено, что уровни ЭПК и ДГК в крови никак не связаны с риском развития СН. В то же время более высокие уровни докозапентаеновой кислоты, которая синтезируется в организме из ЭПК и впоследствии может превращаться в ДГК, коррелировали с более низким риском развития СН.

Авторы указывают, что результаты исследования согласуются с текущими рекомендациями Американской ассоциации сердца (АНА), в соответствии с которыми с целью кардиопротекции в неделю следует употреблять не менее двух порций жирной рыбы, такой как лосось, сельдь, сардины и тунец.

Следует отметить, что более низкий риск развития СН при регулярном употреблении жирной рыбы может объясняться не только высоким содержанием в ней ω_3 -ПНЖК, но также тем, что рыба замещает в рационе другие, менее полезные для здоровья продукты.

Wilk J.B. et al. Plasma and dietary omega-3 fatty acids, fish intake, and heart failure risk in the Physicians' Health Study. American Journal of Clinical Nutrition. Опубликовано онлайн 5 сентября 2012 г.

Средиземноморская диета обеспечивает стойкое снижение веса

Главный недостаток большинства программ, направленных на снижение массы тела, состоит в том, что после их завершения вес пациентов возвращается к исходному, а то и превышает его. Тем не менее результаты израильского исследования, опубликованные 3 октября в New England Journal of Medicine, свидетельствуют о том, что снижение веса, достигнутое с помощью средиземноморской диеты, сохраняется в течение нескольких лет.

В ходе исследования 322 пациента с умеренным ожирением (средний индекс массы тела 31 кг/м²) на протяжении 2 лет придерживались одной из трех диет, после чего наблюдение продолжалось еще 4 года.

Через 2 года диетических ограничений среднее снижение веса составило 2,9 кг в группе низкожировой диеты, 4,4 кг в группе средиземноморской диеты и 4,7 кг в группе низкоуглеводной диеты.

Данные, полученные после 4 лет наблюдения у 259 участников, показали, что 67% из них продолжали придерживаться изначальной диеты, 11% перешли на другую диету и 22% перестали ограничивать себя в еде. Практически все пациенты, следовавшие низкожировой и низкоуглеводной диетам, полностью восстановили свой исходный вес, однако участники группы средиземноморской диеты набрали в среднем только 1,4 кг.

Авторы также установили, что средиземноморская диета обеспечила лучший результат в отношении уровня общего холестерина, который за 6 лет снизился в среднем на 13,9 мг/дл. В то же время наибольшее снижение отношения холестерина ЛПНП/ЛПВП наблюдалось в группе низкоуглеводной диеты.

Наша справка

Средиземноморская диета – набор пищевых привычек и принципов, которым традиционно следуют жители Средиземноморья. Диета стала популярной в связи с так называемым французским парадоксом: несмотря на то что жители юга Франции потребляют довольно большое количество жиров, они имеют гораздо более низкие показатели кардиоваскулярной заболеваемости, чем жители таких стран, как США.

В каждой из стран, окружающих Средиземное море, имеются свои уникальные традиции питания, однако есть и общие черты, которые и составляют средиземноморскую диету.

- Высокая доля в потребляемой пище фруктов, овощей, бобов, орехов, семян, продуктов из цельных злаков.
- Активное использование оливкового масла как для жарки, так и в качестве приправы к различным блюдам (в последнем случае обычно применяется масло холодного отжима).
- Высокое содержание соли, которая поступает с такими продуктами, как оливки, твердые сыры, анчоусы, рыбная икра, а также с салатами, щедро посоленными и приправленными нерафинированным оливковым маслом.
- Умеренное или высокое употребление рыбы и ограниченное употребление мяса.
- Употребление кисломолочных продуктов из нежирного (но не обезжиренного) молока и сыров с низким процентом жира, такие как моцарелла, фета, халуми, цфатский сыр.
- Умеренное употребление красного вина, обычно с пищей (кроме мусульманских стран).
- Высокое употребление свежей местной сезонной продукции – овощей, фруктов и зелени.

Schwarzfuchs D. et al. Four-Year Follow-up after Two-Year Dietary Interventions. New England Journal of Medicine 2012; 367: 1373-1374.

β -Блокаторы не приносят клинической пользы пациентам со стабильной ишемической болезнью сердца

Новый анализ крупнейшей популяционной реестра показал отсутствие положительных эффектов от приема β -блокаторов в трех отдельных подгруппах пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС): с атеросклерозом коронарных артерий без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе; с ИМ в отдаленном анамнезе (год и более); с наличием только факторов коронарного риска.

Bangalore и соавт. проанализировали данные реестра REACH (Reduction of Atherothrombosis for Continued Health) для 44 708 пациентов, из которых 14 043 (31%) имели ИМ в анамнезе, 12 012 (27%) – ИБС без ИМ и 18 653 (42%) – только факторы риска ИБС.

Первичной конечной точкой была сумма всех случаев кардиоваскулярной смерти, нефатального ИМ и нефатального инсульта; вторичная конечная точка состояла из первичной плюс госпитализации по поводу атеротромботических событий и реваскуляризационных вмешательств. Кроме того, оценивался ряд других клинических исходов. Наблюдение на пациентами продолжалось в среднем 44 мес.

Исследователи установили, что частота достижения оцениваемых исходов у пациентов, принимавших и не принимавших β -блокаторы, статистически не различалась, в том числе у больных с ИМ в анамнезе (первичная конечная точка: 16,9 vs 18,6% соответственно; отношение шансов – ОШ – 0,90; p=0,14).

В группе пациентов с ИБС без ИМ частота достижения первичной конечной точки при лечении β -блокаторами и в отсутствие их приема составила 12,9 vs 13,6% соответственно (ОШ 0,92; p=0,31). В этой группе β -блокаторы статистически значимо повышали риск вторичной конечной точки (ОШ 1,14; p=0,01) и риск госпитализации (ОШ 1,17; p=0,01).

В группе пациентов, имеющих только факторы риска ИБС, первичная конечная точка при лечении β -блокаторами достигалась достоверно чаще, чем при их неиспользовании (14,2 vs 13,6%; ОШ 1,18; p=0,02), так же как и вторичная конечная точка (22,0 vs 20,2%; ОШ 1,12; p=0,04).

Ведущий автор исследования, профессор Срипал Бангалон (Медицинская школа Университета г. Нью-Йорк, США) отметил, что доказательства в отношении использования β -блокаторов основаны преимущественно на ранних исследованиях у постинфарктных больных, проводившихся до широкого применения современных стратегий реперфузии и лекарственной терапии. Тем не менее во многих странах β -блокаторы продолжают широко использоваться у больных стабильной ИБС и даже у пациентов, имеющих только факторы риска развития ИБС. Кроме того, β -блокаторы все еще широко применяются в лечении АГ, несмотря на то что многие научные общества по АГ считают их препаратами четвертой линии при данном заболевании.

В новом руководстве по вторичной профилактике кардиоваскулярных заболеваний Американской ассоциации сердца β -блокаторам присвоен низкий класс рекомендации – IIa для долгосрочной терапии и IIb для применения у пациентов с заболеваниями коронарных и других сосудов. В соответствии с последними рекомендациями Европейского общества кардиологов (ESC) длительная терапия β -блокаторами показана только пациентам со сниженной фракцией выброса левого желудочка (класс рекомендации I).

Bangalore S. et al. Beta blocker use and clinical outcomes in stable outpatients with and without coronary artery disease. Journal of American Medical Association 2012; 308:1340-1349.

Подготовил **Алексей Терещенко**