

КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Омега-3 жирные кислоты могут уменьшать отрицательное влияние низкого веса при рождении на сосуды

На сегодня доказано, что низкий вес при рождении является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний во взрослом возрасте. В 2005 г. Skilton и соавт. установили, что нарушенный рост плода ассоциируется с увеличением толщины интимы-медии (ТИМ) у новорожденных.

В настоящей работе эти же авторы проанализировали данные детей с весом при рождении ниже 90-го перцентиля, включенных в исследование Childhood Asthma Prevention Study – рандомизированное контролируемое испытание, в котором изучается потенциальная способность назначения омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ω -ПНЖК) снижать риск астмы и атопии.

С 6-месячного возраста или с началом искусственного вскармливания 187 детей группы ω -ПНЖК получали 500 мг рыбьего жира в сутки; 176 детей контрольной группы получали аналогичное количество подсолнечного масла.

В контрольной группе отмечалась статистически значимая обратная корреляция между весом при рождении и ТИМ ($p=0,04$), которая осталась таковой и после поправки на индекс массы тела в возрасте 8 лет. В то же время в группе ω -ПНЖК подобная корреляция отсутствовала ($p=0,24$) и даже наблюдалась тенденция в повышению ТИМ с увеличением веса при рождении.

Авторы отмечают, что зафиксированное влияние ω -ПНЖК на ТИМ сонных артерий соответствует потенциальному уменьшению в будущем риска инфаркта миокарда на 5-7% и инсульта на 6-8% на каждый килограмм сниженного веса при рождении (с поправкой на гестационный возраст и пол).

Skilton M. et al. *Pediatrics*. Опубликовано онлайн 20 февраля 2012 г.

Периоперационное назначение статинов снижает риск кардиальных событий

В предыдущих исследованиях было установлено, что у пациентов, находящихся на терапии статинами, продолжение приема этих препаратов в периоперационном периоде снижает частоту осложнений. Целью исследования американских ученых было установить, обладают ли статины подобным профилактическим эффектом у пациентов, ранее их не получавших.

Авторы проанализировали 15 рандомизированных контролируемых исследований, включивших в целом 2300 пациентов, ни один из которых ранее не принимал статины. В 11 исследованиях осуществляли оперативные вмешательства на сосудах, в 2 – некардиальные вмешательства. В различных исследованиях использовались разные статины и их дозировки, при этом лечение начиналось за 2-37 дней до операции и длилось от 3 до 67 дней. Послеоперационный прием статинов продолжался от 7 до 30 дней.

В 10 исследованиях с участием пациентов, подвергавшихся кардиальным и некардиальным вмешательствам, периоперационный инфаркт миокарда развился у 4,5% из 1041 больного, получавших статины, и у 8,9% из 1036 пациентов группы контроля (снижение относительного риска – ОР – на 47%).

В 9 исследованиях сообщался риск фибрилляции предсердий (ФП), при этом статинотерапия снижала этот риск на 44%. В целом ФП зарегистрирована у 19,9% из 467 пациентов, принимавших статины, и у 36,3% из 466 больных группы контроля.

Наконец, назначение статинов ассоциировалось со статистически значимым сокращением периода пребывания в стационаре.

По показателю 30-дневной летальности и средней продолжительности пребывания в отделении интенсивной терапии группы не различались.

По мнению авторов, периоперационная статинотерапия может противодействовать сосудистым и воспалительным реакциям на оперативное вмешательство, которые при отсутствии такого лечения могут служить триггерами кардиальных событий на фоне ишемической болезни сердца.

Chopra V. et al. *Archives of Surgery* 2012; 147 (2)

Фибрилляция предсердий является предиктором когнитивного дефицита даже в отсутствие инсульта

В исследованиях ONATARGET и TRANSCEND оценивали эффективность и безопасность терапии ингибитором АПФ рамиприлом и/или блокатором рецепторов ангиотензина II телмисартаном в широкой популяции пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском. Основные результаты этих клинических испытаний показали, что по эффективности в предотвращении сердечно-сосудистых событий телмисартан как минимум не уступает рамиприлу, но при этом лучше переносится и ассоциируется с более высокой приверженностью к лечению.

Новый post hoc анализ ONATARGET и TRANSCEND включил 31 546 пациентов. Когнитивную функцию участников оценивали в начале исследования, затем через 2 года и 5 лет с помощью опросника MMSE и других методов. Первичными клиническими исходами были снижение оценки по MMSE на 3 балла и более, развитие деменции, потеря независимости в повседневной жизни и направление в специализированные учреждения для долгосрочной терапии.

В начале ФП имели 3,3% пациентов; на протяжении периода наблюдения в среднем 56 мес это нарушение ритма было диагностировано еще у 2052 (6,5%).

С учетом поправки на сопутствующие факторы ФП статистически значимо ассоциировалась с ухудшением когнитивной функции (ОР 1,14), развитием деменции (ОР 1,30), потерей независимости в повседневной жизни (ОР 1,35) и направлением в специализированные учреждения (ОР 1,53). Данные показатели ОР не отличались у пациентов с инсультом и без инсульта, получавших и не получавших антигипертензивную терапию.

Marzona I. et al. *Canadian Medical Association Journal*. Опубликовано онлайн 27 февраля 2012 г.

6 из 7 видов лечения, рекомендованных руководствами по СН, снижают 2-летнюю смертность

В реестре IMPROVE-HF у пациентов с сердечной недостаточностью (СН), изучаются 7 терапевтических вмешательств, рекомендованных современными руководствами: ИАПФ/БРА, β -блокаторы, антагонисты альдостерона, антикоагулянты при фибрилляции/трепетании предсердий, кардиальная ресинхронизирующая терапия (КРТ), имплантация кардиовертера-дефибриллятора (ИКД, или КРТ с дефибриллятором), а также обучение пациента ведению СН.

В отличие от рандомизированных клинических исследований, в которые, как правило, включаются более молодые больные без сопутствующих заболеваний, реестр IMPROVE-HF проводится в условиях реальной клинической практики.

Таблица 1. Связь между видами лечения, рекомендованными руководствами по СН, и риском смерти за 2-летний период

Вид терапии	Стандартизованный ОР (95% ДИ)
ИАПФ/БРА	0,56 (0,47-0,67)
β -Блокаторы	0,42 (0,34-0,52)
Антагонисты альдостерона	1,05 (0,74-1,51)
Антикоагулянты при ФП	0,73 (0,57-0,95)
ИКД	0,62 (0,53-0,73)
КРТ	0,44 (0,29-0,67)
Обучение по СН	0,73 (0,62-0,85)

Таблица 2. Кумулятивное влияние сочетанного применения вмешательств, рекомендованных руководствами по СН, на риск смерти за 2-летний период

Терапия	Стандартизованный ОР (95% ДИ)	p (для прироста благоприятного эффекта)
β -Блокатор	0,61 (0,51-0,72)	<0,0001
β -Блокатор + ИАПФ/БРА	0,37 (0,29-0,46)	<0,0001
β -Блокатор + ИАПФ/БРА + ИКД	0,24 (0,19-0,32)	<0,0001
β -Блокатор + ИАПФ/БРА + ИКД + обучение	0,19 (0,14-0,25)	0,0038
β -Блокатор + ИАПФ/БРА + ИКД + обучение + антикоагулянты	0,17 (0,12-0,23)	0,1388
β -Блокатор + ИАПФ/БРА + ИКД + обучение + антикоагулянты + КРТ	0,19 (0,13-0,28)	0,1208

В ходе статистического анализа по типу «случай–контроль» 1372 больных СН, умерших за период 24 мес («случаи»), сравнили с 2752 пациентами с СН, проживших дольше этого периода («контроль»). Метод логистической регрессии позволил исследователям рассчитать риск смерти для каждого изучаемого терапевтического вмешательства.

В результате было установлено, что 6 из 7 видов лечения, рекомендованных руководствами по СН, значительно снижают 2-летнюю смертность. Единственным неэффективным вмешательством оказалось применение антагонистов альдостерона (табл. 1).

Кроме того, исследователи установили кумулятивный прирост эффективности терапии при комбинировании различных видов лечения, который достигал плато при использовании 4 или 5 методов. Например, β -блокаторы, ИАПФ/БРА, ИКД и обучение ведению СН снижали 2-летний риск смерти на 81% (табл. 2).

Отсутствие благоприятного влияния на выживаемость антагонистов альдостерона, по словам авторов, стало неожиданным результатом, особенно с учетом того, что в нескольких клинических исследованиях такой эффект был показан.

Fonarow G.C. et al. *Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*. Опубликовано онлайн 21 февраля 2012 г.

Детальный сбор семейного анамнеза повышает точность оценки сердечно-сосудистого риска

Британские ученые провели первое в своем роде контролируемое изучение клинической пользы от сбора семейного анамнеза как составляющей рутинной оценки сердечно-сосудистого риска в условиях первичной медицинской помощи.

Авторы отмечают, что обычно под сбором семейного анамнеза подразумевается вопрос о наличии у родственников заболеваний сердца, сахарного диабета или онкопатологии. Однако в данном исследовании осуществлялся детальный сбор семейного анамнеза с систематическим анализом всех родственников первой степени родства.

Пациентов, наблюдавшихся врачами первичного звена, рандомизировали на стандартную оценку сердечно-сосудистого риска с помощью традиционных факторов риска (контрольная группа) или на ту же оценку, но с детальным сбором семейного анамнеза (основная группа). Участники основной группы заполняли анкету по ишемической болезни сердца (ИБС), вопросы которой охватывали историю болезни пациента, информацию об ИБС у родителей, дедушек и бабушек, размер семьи и другие детали, включая сведения о братьях и сестрах, дядях и тетях, а также о детях. Первичной конечной точкой был процент пациентов, отнесенных к категории высокого сердечно-сосудистого риска (10-летний риск $\geq 20\%$).

При использовании стандартной оценки риска (без сбора семейного анамнеза) высокий сердечно-сосудистый риск был констатирован у 10,1 и 12,6% пациентов контрольной и основной групп соответственно. После добавления информации, полученной с помощью анкеты, количество пациентов с высоким риском увеличилось более чем на 5%. В то же время использование данных по семейному анамнезу, полученных из электронных медицинских карт пациентов контрольной группы, позволило дополнительно отнести к категории высокого сердечно-сосудистого риска всего 0,5%.

Согласно электронным медицинским картам, ИБС в семейном анамнезе имели примерно 5% пациентов обеих групп. Однако когда исследователи использовали данные анкет, оказалось, что семейный анамнез был отягощен по ИБС почти у трети участников (29,2%).

Как отмечают авторы, результаты исследования имеют огромное практическое значение. Отнесение пациента к категории высокого сердечно-сосудистого риска является показанием к интенсивной модификации образа жизни (с помощью диеты, повышения физической активности, отказа от курения и т. д.) и назначению профилактической медикаментозной терапии. В частности, назначение таким пациентам статинов является фармакоэкономически выгодным и позволяет снизить будущий риск ИБС более чем на 30%. Кроме того, лицам с высоким сердечно-сосудистым риском могут быть показаны ацетилсалициловая кислота, блокаторы ренин-ангиотензиновой системы и другие препараты.

Berg A.O. *Annals of Internal Medicine* 2012; 156: 315-316

Осложнения беременности повышают сердечно-сосудистый риск женщины на 30%

Новый анализ проспективного клинического исследования ALSPAC, включивший 3416 женщин из общей популяции Великобритании, показал, что преэклампсия (систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое ≥ 90 мм рт. ст. в сочетании с протеинурией при двух измерениях после 20-й недели гестации), гестационная гипертензия (то же без протеинурии), гестационный диабет и рождение плода с низкой массой тела для гестационного возраста ассоциировались со статистически значимым повышением риска развития кардиальной патологии. В частности, гипертензивные расстройства во время беременности повышали 10-летний риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, рассчитанный по Фрамингемской шкале, на 27%, гестационный диабет – на 26%. Рождение плода с повышенной массой тела для гестационного возраста и преждевременные роды на ассоциировались с увеличением сердечно-сосудистого риска.

Результаты данного анализа подчеркивают значимость получения информации об осложнениях беременности при сборе анамнеза, так как такая информация позволяет точнее оценить сердечно-сосудистый риск и при необходимости начать раннюю первичную профилактику.

Fraser A. et al. *Circulation*. Опубликовано онлайн 12 февраля 2012 г.

Подготовил **Алексей Терещенко**