

# КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

## Почечная денервация влияет на функцию и морфологию миокарда независимо от снижения АД

По результатам небольшого исследования с участием пациентов, которым проводилась почечная денервация по поводу резистентной артериальной гипертензии (АГ), наблюдаемое улучшение показателей гипертрофии левого желудочка и диастолической функции не было ассоциировано с изменениями артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Результаты показали, что морфологические изменения (уменьшение гипертрофии левого желудочка) не зависят от гемодинамических изменений (снижения АД и ЧСС). Если полученные результаты подтвердятся в больших исследованиях, это может привести к определению новых показаний для процедуры почечной денервации, например, у пациентов с диастолической сердечной недостаточностью, вне зависимости от показателей АД.

В исследование были включены пациенты (n=66; 55% – мужского пола), которым проводили почечную денервацию в период с 2010 по 2011 год по поводу резистентной АГ (офисное систолическое АД  $\geq 140$  мм рт. ст.). Средний возраст больных составил 64 года. В среднем они принимали 4,3 антигипертензивных препарата. Все пациенты получали диуретик, 89% –  $\beta$ -блокатор, 55% – блокатор рецепторов ангиотензина II.

Через 6 мес после ренальной денервации среднее АД снизилось с 172,9/92,5 до 151,3/85,5 мм рт. ст., что было подтверждено 24-часовым мониторингом АД (n=50). Средняя ЧСС снизилась с 67,7 до 60,5 уд/мин. Средний индекс массы миокарда левого желудочка снизился с 61,5 до 53,4 г/м<sup>2</sup>. Также улучшились показатели диастолической функции.

По словам авторов, изменения сердечной функции и размеров желудочков не были связаны с величиной снижения АД, что свидетельствует о прямом влиянии симпатической нервной системы на морфологию и функцию миокарда.

Как известно, в 2014 г. ожидаются результаты слепого рандомизированного мультицентрового исследования, которые помогут ответить на вопрос, насколько возможно снизить АД путем ренальной денервации у пациентов с резистентной АГ.

## Прием магния ассоциирован со снижением кальцификации коронарных артерий

Во Фрамингемском исследовании (n=2695) изучалось влияние применения магния у пациентов без сердечно-сосудистого заболевания в анамнезе, которым проводилась компьютерная томография сердца и брюшной полости. Всем участникам определяли индекс коронарного кальция (ИКК) и индекс кальция брюшной аорты (ИКБА), используя шкалу Агатстона. Уровень потребления магния основывался на данных Гарвардского опросника пищевого рациона.

Среди квартилей приема магния (от наименьшего до наивысшего) отмечалось достоверное снижение средних показателей ИКК (p=0,002) и ИКБА (p=0,001). С учетом возможных факторов увеличение потребления магния на 50 мг/день было ассоциировано с уменьшением ИКК на 22% (p<0,001) и снижением ИКБА на 12% (p=0,07).

По результатам исследования был сделан вывод, что повышение потребления магния ассоциировано со снижением кальцификации артерий у бессимптомных лиц с отсутствием сердечно-сосудистого заболевания в анамнезе.

Ранее было показано, что повышение потребления магния снижает риск нежелательных сердечно-сосудистых событий, включая инсульт, нефатальный инфаркт миокарда, кардиальную смерть; также считалось, что это может замедлить или предотвратить кальцификацию артерий и формирование атеросклеротических бляшек.

## У женщин, госпитализированных во время беременности, выше риск венозной тромбоземболии

Венозная тромбоземболия является одной из ведущих причин материнской смертности в развитых странах, однако факторы риска развития этого заболевания у беременных до конца не изучены.

В новом исследовании, проведенном в Дании в период с 2003 по 2010 год, ученые проанализировали данные 300 тыс. родов и обнаружили, что частота венозной тромбоземболии составляет 1,1 случая на 1 тыс. беременностей. Помимо известных факторов риска (избыточная масса тела, венозная тромбоземболия в анамнезе), с повышенной вероятностью дородовой венозной тромбоземболии ассоциировались наличие гиперемезиса у беременных и применение бензодиазепинов.

В другом исследовании, проведенном в Великобритании, авторы оценивали эффекты госпитализации беременных, имеющих риск венозной тромбоземболии. Из 246 тыс. беременных 18% женщин была нужна госпитализация; у 22% пациенток госпитализация длилась  $\geq 3$  дней. Количество женщин с факторами риска венозной тромбоземболии составляло 27%. Риск дородовой венозной тромбоземболии был в 17 раз выше в течение госпитализации и в 6 раз выше в течение месяца после выписки независимо от исходной коморбидности. Таким образом, в 1 случае из 2 тыс. дородовых госпитализаций (в 1 случае из 1 тыс. госпитализаций продолжительностью  $\geq 3$  дней) имело место осложнение в виде венозной тромбоземболии. Вообще, уровень первой венозной тромбоземболии у беременных был в 4 раза выше, чем у небеременных.

Исходя из того, что у 2% беременных, получавших низкомолекулярные гепарины, отмечались большие кровотечения, проведение рутинной профилактики венозной тромбоземболии во время беременности не рекомендуется. Однако у женщин, которые находились в стационаре более 3 дней, особенно если у них имели место другие факторы риска венозной тромбоземболии, является оправданным тщательное взвешивание риска венозной тромбоземболии и потенциальной пользы от профилактического лечения.

## Натрий, содержащийся в шипучих болеутоляющих средствах и витаминах, повышает сердечно-сосудистый риск

По данным нового исследования, в шипучих или легкорастворимых формах препаратов, которые широко применяются (болеутоляющие и витаминные добавки), содержатся высокие уровни скрытого натрия, что связано с повышенным риском сердечно-сосудистых событий.

В обсервационном британском исследовании с участием взрослых пациентов, которое длилось 7 лет, назначение легкорастворимых форм по сравнению с терапией обычными формами было ассоциировано с повышением риска инсульта на 22% и 7-кратным повышением риска развития АГ.

Карбонат и бикарбонат натрия, содержащиеся в шипучих или легкорастворимых формах лекарственных средств и витаминов, приводят к высвобождению диоксида углерода, что ускоряет абсорбцию препарата. Указанные формы могут быть назначены пациентам

с затруднением глотания или в случае необходимости быстрого наступления действия (например, при мигрени).

Среди шипучих или легкорастворимых болеутоляющих средств были изучены парацетамол, шипучий аспирин и растворимый ибупрофен; карбонат кальция, применяемый при диспепсии с повышенной кислотностью, и комбинация аспирина и метоклопрамида, используемая при мигрени. Витаминные и минеральные добавки включали аскорбиновую кислоту и сульфат цинка.

В исследовании принимали участие более 1,29 млн пациентов, которых рандомизировали на две группы: имевших сердечно-сосудистые события (n=61 072) и контрольную группу. С учетом многих факторов в группе больных, принимавших натрийсодержащие препараты, было отмечено возрастание риска первичного исхода (нефатального инфаркта миокарда, нефатального инсульта или сосудистой смерти) в 1,16 раза по сравнению с таковым у участников контрольной группы.

## Аортокоронарное шунтирование превосходит чрескожное коронарное вмешательство по выживаемости пациентов с ИБС без наличия СД

По данным метаанализа, проведение операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) у пациентов с мультисосудистым поражением коронарных артерий имеет лучшие показатели выживаемости и снижения риска инфаркта миокарда по сравнению с таковыми после проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) независимо от наличия у больных сахарного диабета (СД).

По результатам 6 рандомизированных исследований, у пациентов, которым проводилось АКШ, отмечалось снижение уровня общей смертности на 27% и риска инфаркта миокарда на 42% (в обоих случаях p<0,001) по сравнению с проведением ЧКВ. Средний период наблюдения составил 4,1 года.

В метаанализ были включены 6 исследований (n=6055), которые отличались по дизайну (количество включенных пациентов с СД, виды стентов, используемых при ЧКВ). У всех больных отмечалось двух- и трехсосудистое поражение коронарных артерий.

Результаты показали, что предпочтение АКШ перед ЧКВ в 37 случаях приведет к спасению 1 жизни, а в 26 случаях предотвратит 1 инфаркт миокарда в течение 4,1 года.

Кроме того, было показано, что в результате проведения АКШ значительно снижаются уровни повторной реваскуляризации и частота основных неблагоприятных сердечно-сосудистых и цереброваскулярных событий (комбинированная конечная точка: смерть, нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный инсульт и повторная реваскуляризация). Однако было отмечено статистически недостоверное повышение риска инсультов при проведении АКШ.

## Преимущества новых оральных антикоагулянтов: данные метаанализа

По результатам метаанализа 4 больших рандомизированных исследований, 4 новых оральных антикоагулянта эффективнее защищают от инсульта и системной эмболии по сравнению с варфарином и обнаруживают лучшую безопасность у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

В данном исследовании оценивались эффективность и безопасность прямого ингибитора тромбина дабигатрана и ингибиторов фактора Ха ривароксабана, аликсабана и эдоксабана.

Несмотря на то что в разных исследованиях уровни снижения и статистической достоверности пользы новых оральных антикоагулянтов отличаются, результаты метаанализа свидетельствуют о том, что эти препараты практически одинаково снижают риск инсульта, внутричерепного кровотечения и смерти.

Применение новых оральных антикоагулянтов по сравнению с приемом варфарина показало достоверное снижение риска инсульта или системной эмболии, внутричерепного кровотечения и смерти от всех причин; имела место тенденция к уменьшению вероятности больших кровотечений. В то же время при применении новых оральных антикоагулянтов отмечается повышение риска желудочно-кишечных кровотечений по сравнению с таковым при приеме варфарина.

Авторы метаанализа отмечают, что сравнительная польза и безопасность применения исследуемых препаратов наблюдается при применении у различных групп пациентов, включая такие уязвимые категории, как лица пожилого возраста, пациенты с инсультом в анамнезе и нарушением функции почек. Также было показано, что снижение уровня инсультов и системной эмболии не зависело от качества дозирования варфарина. Новые препараты оказались эффективнее варфарина даже при условии четкого контроля МНО при приеме последнего.

В метаанализ вошли исследования RE-LY, ROCKET AF, ARISTOTLE и ENGAGE AF-TIMI 48.

По мнению исследователей, у пациентов с ФП должно отдаваться предпочтение новым оральным антикоагулянтам, так как они однозначно превосходят варфарин в предотвращении кровотечений (включая фатальные и внутричерепные), снижают смертность на 10%; кроме того, их намного легче принимать.

В рамках метаанализа авторы оценивали данные исследования III фазы, в которой изучались эффективность и безопасность варфарина и новых оральных антикоагулянтов. В 4 исследованиях приняли участие 42 411 пациентов, принимавших новые оральные антикоагулянты, и 29 272 больных, получавших варфарин. Период наблюдения составил от 1,8 до 2,8 года.

Риск инсульта или системных эмболий (первичная конечная точка анализа) был ниже на 19% при применении новых оральных антикоагулянтов по сравнению с таковым при приеме варфарина (p<0,0001). Преимущественно снизился риск геморрагических инсультов (p<0,0001), в то время как вероятность ишемического инсульта в группах не отличалась.

## В США продолжает снижаться смертность от инсультов

Согласно данным, представленным в новом руководстве Американской ассоциации сердца и Американской ассоциации инсульта, за последние десятилетия смертность от инсульта среди населения США значительно снизилась благодаря улучшению профилактики и лечения.

В XX ст. смертность от инсульта снизилась с 250 случаев на 100 тыс. населения в 1900 г. до 60 случаев на 100 тыс. населения в 2000 г. В 2010 г. уровень смертности от этого заболевания составил 40 случаев на 100 тыс. населения. К тому же инсульт сместился с третьего на четвертое место среди главных причин смерти в США.

Снижение уровня смертности от инсульта является одним из наибольших достижений в сфере здравоохранения в XX-XXI ст. Что касается профилактики инсульта, множество факторов повлияли на снижение его уровня, однако прежде всего, очевидно, улучшение контроля АД. Отмечается важность программ отказа от курения, улучшенного контроля диабета и показателей холестерина.

Похуже снижение уровня смертности от инсульта отмечается в Европе, однако не распространяется на развивающиеся страны, в которых недостаточно имплементированы программы лечения и профилактики.

По информации сайта [www.webcardio.org](http://www.webcardio.org)