

# КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

## Новые рекомендации ASH/ISH по гипертензии

Вслед за выходом JNC-8 появились новые совместные рекомендации Американского общества по артериальной гипертензии (ASH) и Международного общества по артериальной гипертензии (ISH).

В новом руководстве ASH/ISH подчеркиваются проблемы, связанные с эпидемией артериальной гипертензии и вызвавшими ее причинами, выявлением и диагностикой, определением и классификацией. Отдельный раздел посвящен вопросам, связанным с подходом к афроамериканским пациентам.

Как и в JNC-8, в руководстве ASH/ISH предложен алгоритм лечения, однако можно отметить некоторые расхождения в подходах.

Так, в рекомендациях ASH/ISH указано, что граничные уровни артериального давления, при которых стоит начинать лечение, составляют  $\geq 150/90$  мм рт. ст., касаются лиц возрастом старше 80 лет, в то время как в руководстве JNC-8 это относится к пациентам старше 60 лет.

В рекомендациях ASH/ISH поддерживается использование различных классов препаратов, указанных в руководстве JNC-8 для начальной терапии, в зависимости от расы, возраста и уровня артериального давления. Однако в то время как JNC-8 рекомендует ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), блокаторы кальциевых каналов (БМК) и тиазидные диуретики как препараты выбора для начальной терапии у неафроамериканцев, в ASH/ISH рекомендуются иАПФ и БРА для данной категории пациентов возрастом менее 60 лет и БМК и тиазидные диуретики для лиц возрастом старше 60 лет.

Для афроамериканцев в обоих документах рекомендуется применение БМК или тиазидных диуретиков.

Также, у пациентов с уровнем АД  $\geq 160/100$  мм рт. ст. в руководстве ISH/ASH рекомендовано начинать терапию сразу с двух антигипертензивных препаратов.

[www.medscape.com/cardiology](http://www.medscape.com/cardiology)

## Обзор данных в отношении тройной антитромботической терапии

Ниже представлены 10 ключевых положений обзора, посвященного тройной антитромботической терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

1. Изолированное применение антагонистов витамина К не является альтернативой двойной антитромботической терапии у пациентов с острым коронарным синдромом и при имплантации стента.

2. Имеющиеся данные ретроспективных и рандомизированных исследований свидетельствуют о том, что тройная антитромботическая терапия более эффективна, чем двойная антитромботическая терапия либо комбинация антагониста витамина К и одного из антитромботических препаратов, однако вызывает повышение уровня кровотечений. При сравнении с двойной антитромботической терапией тройная антитромботическая терапия приводит к возрастанию риска кровотечений в 2-5 раз.

3. Рекомендуются минимально возможные сроки приема тройной антитромботической терапии. Европейское общество кардиологов (ESC) рекомендует принимать данную терапию в течение 1 мес после имплантации простого металлического стента; лечение продлевается до 3 мес в случае имплантации стента с лекарственным покрытием (или до 6 мес в случае применения стента, покрытого паклитакселом).

4. Руководство ESC рекомендует более низкие целевые значения международного нормализационного отношения (МНО) – 2,0-2,5 (вместо 2,0-3,0) в течение приема тройной антитромботической терапии. В то же время руководство Американской коллегии торакальных врачей рекомендует значения МНО на уровне 2,0-3,0.

5. Мультицентровое исследование WOEST – первое рандомизированное проспективное исследование, целью которого было изучить оптимальную антитромботическую терапию у пациентов с фибрилляцией предсердий после коронарного стентирования. В данном исследовании участники были разделены на две группы: первая получала тройную антитромботическую терапию, вторая – антагонист витамина К и клопидогрель в суточной дозе 75 мг. По результатам исследования уровень кровотечений был ниже в группе двойной терапии. Авторы не считают, что аспирин должен быть полностью исключен из терапии таких пациентов, однако придерживаются мнения, что длительность его приема и тройной антитромботической терапии должна быть сокращена до 1 мес.

6. Большинство кровотечений, возникающих у пациентов, получающих тройную антитромботическую терапию, являются желудочно-кишечными. Обоснованным считается применение ингибиторов протонной помпы во время приема тройной антитромботической терапии с целью снижения риска желудочно-кишечных кровотечений.

7. В случае необходимости применения тройной антитромботической терапии дозы антитромботических препаратов должны быть минимальными. Низкие дозы аспирина эффективны и должны быть  $< 100$  мг/сут.

8. Тройная антитромботическая терапия с использованием новых оральных антикоагулянтов на данное время не рекомендуется. Авторы считают, что в случае, когда пациент и его лечащий врач все же принимают решение применять данные препараты в тройной антитромботической терапии, предпочтение должно отдаваться ривароксабану в низких дозах.

9. Следует избегать назначения антагонистов рецепторов P2Y<sub>12</sub> третьего поколения (например, прасугреля или тикагрелора) в случае необходимости проведения тройной антитромботической терапии.

10. Исходя из анализа подгрупп исследования ACTIVE W, двойная антитромботическая терапия может быть обоснованной альтернативой тройной антитромботической терапии у пациентов с низким риском по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (т. е. 0-1).

[www.cardiosource.org](http://www.cardiosource.org)

## Новые критерии соответствия методов визуализации при хронической ИБС

Новые критерии соответствия методов визуализации для выявления и оценки риска хронической ишемической болезни сердца (ИБС) впервые используют ранжирование различных визуализационных методик – от стресс-электрокардиограммы (ЭКГ) до диагностической коронарографии.

В новых критериях соответствия, опубликованных Американской коллегией кардиологов (ACCF) и девятью другими сердечно-сосудистыми обществами, обновлены предыдущие критерии для радионуклидной визуализации, стресс-эхокардиографии, определения индекса коронарного кальция (ИКК), КТ-ангиографии, стресс-МРТ и инвазивной коронарографии. В критериях рассматриваются 80 различных клинических сценариев относительно диагностики и лечения пациентов с хронической ИБС с применением различных диагностических подходов, которые делятся на соответствующие, возможно соответствующие и редко соответствующие.

По словам авторов, главная новизна данного документа состоит в ранжировании диагностических подходов в отношении одной и той же клинической ситуации.

Новым документом определен уровень соответствия различных диагностических подходов к первичной оценке пациентов с ишемическими эквивалентами, впервые диагностированной сердечной недостаточностью, аритмиями, синкопальными состояниями как соответствующий и возможно соответствующий. Экспертная группа, однако, отмечает исключения для случаев, при которых низкая оценка претестовой вероятности диагноза или низкий риск ограничивают пользу большинства диагностических подходов, кроме стресс-ЭКГ.

В критериях соответствия отмечается, что проведение диагностики для оценки у больных новых симптомов или ухудшения уже имеющихся после предыдущего тестирования является соответствующим подходом. К тому же осуществление диагностики у пациентов в течение 90 дней после патологических либо неясных предшествующих результатов считается соответствующим либо возможно соответствующим подходом.

Диагностика асимптомных пациентов в целом признается редко соответствующей, за исключением определения ИКК и стресс-ЭКГ у больных среднего и высокого риска, а также проведение стресс-тестов и анатомической визуализации у пациентов высокого риска – в данных ситуациях указанные методики являются соответствующими.

[www.cardiosource.org](http://www.cardiosource.org)

## Отсутствие пользы от применения высоких доз витаминов в предупреждении развития сердечно-сосудистых событий

По данным нового исследования TACT, прием 28 витаминов и минералов стабильными пациентами с инфарктом миокарда в анамнезе не снижает будущего риска сердечно-сосудистых событий.

В исследовании пациенты возрастом старше 50 лет, перенесшие инфаркт миокарда в предшествующие 6 нед до начала исследования, были рандомизированы на 2 группы – больных, получающую высокие дозы мультивитаминных и минеральных, включая витамины А, С и Е, селен и магний, и участников, принимавших плацебо.

В исследовании были использованы стандартные дозы, применяемые в центрах, где проводят хелатотерапию. Пациенты получали дозы витаминов и минералов, превышающие рекомендованные дневные (например, 1200 мг витамина С, 25 000 МЕ витамина А, 400 МЕ витамина Е, 200 мг ниацина и 800 мкг фолата).

В течение исследования 46% больных прекратили лечение. В общей сложности 76% пациентов принимали терапию в течение года и лишь 47% в течение 3 лет, 17% участников выбыли из исследования.

Первичной конечной точки достигли 27% больных из группы мультивитаминных и 30% пациентов из группы плацебо.

[www.medscape.com/cardiology](http://www.medscape.com/cardiology)

## Дополнительные 2000 шагов снижают риск ССЗ

По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) – предвестник сахарного диабета 2 типа – наблюдается у 79 млн американцев.

В мире ситуация еще хуже – НТГ определяется у 344 млн человек, и это число к 2030 г. вырастет до 472 млн человек.

В метаанализ вошли данные (n=9306) исследований, проведенных в 40 странах. Результаты показали, что дополнительные 20 мин умеренных физических нагрузок, таких как ходьба, уменьшают риск инфаркта и инсульта на 8%.

Это первое исследование, в котором четко указывается, какие уровни ежедневной ходьбы могут модифицировать риск ССЗ, инсульта, и сердечно-сосудистых смертей.

Авторы проанализировали данные исследования NAVIGATOR касательно лиц с НТГ и ССЗ, или как минимум одним сердечно-сосудистым фактором риска.

Всем участникам предоставили информацию о важности снижения массы тела, уменьшения потребления жиров и повышения физической активности до уровня 150 мин в неделю.

Исследователи отмечали среднее количество шагов, которые, согласно шагомеру, каждый из участников совершал ежедневно в течение недели в начале исследования и через 1 год.

Было обнаружено, что у лиц, которые увеличили ежедневное количество шагов на 2000, наблюдалось снижение риска ССЗ на 10% по сравнению с предыдущим годом.

Также было обнаружено, что увеличение/уменьшение физической активности на каждые 2000 шагов ассоциировалось с дополнительным 8% снижением/повышением риска сердечно-сосудистых событий.

[www.medicalnewstoday.com](http://www.medicalnewstoday.com)

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