

Оптимизация подбора пациентов для проведения почечной денервации

В Германии было проведено небольшое исследование, результаты которого показывают, что определить пациентов, которые с большей вероятностью отреагируют на почечную денервацию по поводу резистентной артериальной гипертензии, можно с помощью оценки уровней различных маркеров эндотелиальной функции, сосудистого ремоделирования при артериальной гипертензии.

Среди пациентов, отвечающих на почечную денервацию, перед проведением процедуры отмечались более высокие уровни растворимой fms-подобной тирозинкиназы-1 (sFLT-1), молекулы межклеточной адгезии-1 (ICAM-1) и молекулы сосудистой клеточной адгезии-1 (VCAM-1) по сравнению с пациентами, которые не реагировали на лечение.

Авторы отмечают, что ранее для идентификации пациентов, отвечающих на лечение, исследователи обращали внимание на клинические характеристики. В новом же испытании акцент был сделан на биомаркеры. Однако отмечается, что проведенное исследование не решает проблему оптимизации подбора пациентов для инвазивной процедуры из-за небольшого количества участников.

Всего в исследовании приняли участие 55 пациентов с резистентной артериальной гипертензией, которым предстояло проведение почечной денервации. В начале исследования и через 6 мес после процедуры у участников оценивали концентрации sFLT-1, ICAM-1 и VCAM-1. Эффективность инвазивного лечения определялась при снижении систолического артериального давления более чем на 10 мм рт. ст. через 6 мес после проведения процедуры. У 46 пациентов снижение систолического артериального давления составило 31,6 мм рт. ст. У 9 участников, не отвечающих на лечение, снижение офисного артериального давления составило 4,6 мм рт. ст. Как уже упоминалось, исходные уровни sFLT-1, ICAM-1 и VCAM-1 были выше у пациентов, отвечающих на терапию.

<http://www.medscape.com/cardiology>

Комбинированное применение ингибиторов ренин-ангиотензиновой системы

Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) отмечает, что классы препаратов, различно воздействующие на ренин-ангиотензиновую систему, не должны применяться в комбинации.

В частности, пациентам с диабетической нефропатией не следует одновременно назначать блокатор рецепторов ангиотензина и ингибитор ангиотензинпревращающего фермента.

В случае, когда двойная блокада считается абсолютно необходимой, она должна проводиться под тщательным наблюдением специалиста со строгим мониторингом функции почек, солевого и волемического баланса, а также контролем артериального давления.

Комбинация прямого ингибитора ренина алискирена с блокатором рецепторов ангиотензина или ингибитором ангиотензинпревращающего фермента абсолютно противопоказана для применения у пациентов с нарушением функции почек или сахарным диабетом.

Основные риски, сопровождающие применение комбинации различных препаратов, воздействующих на ренин-ангиотензиновую систему, включают гиперкалиемию, артериальную гипотензию и ухудшение функции почек по сравнению с применением любого препарата в монотерапии. К тому же комбинированное использование препаратов не сопровождается улучшением клинических исходов, которые можно было бы ожидать на фоне снижения артериального давления. Польза от такой терапии превышает риски лишь у ограниченной группы пациентов с сердечной недостаточностью, которым другие режимы терапии не подходят.

Опасения по поводу комбинации препаратов данных классов возникли после выполнения масштабного метаанализа (H. Makani et al., 2013), результаты которого показали, что одновременный прием нескольких вышеупомянутых классов лекарственных средств не снижает смертность и ассоциирован с повышением риска развития побочных эффектов.

Рекомендации Комитета по оценке риска в сфере фармаконадзора EMA были опубликованы после 10-месячного обзора. Данные рекомендации впоследствии будут переданы для рассмотрения и утверждения.

[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1540-8159](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1540-8159)

Ценность догоспитальной регистрации электрокардиограммы

Большинство служб скорой помощи имеют возможность регистрации электрокардиограммы (ЭКГ) на догоспитальном этапе, а в некоторых случаях работники скорой помощи доставляют пациентов не в отделение скорой помощи, а сразу транспортируют пациента в катетеризационную лабораторию. Однако до сегодня продолжают дебаты по поводу того, способно ли проведение некоторых процедур (в т. ч. регистрации ЭКГ) на догоспитальном этапе улучшать уровень качества госпитальной медицинской помощи и клинические исходы.

В связи с этим авторы нового исследования проанализировали Национальный регистр инфаркта миокарда в Англии и Уэльсе с целью определения, ассоциирована ли догоспитальная регистрация ЭКГ с улучшением качества медицинской помощи и клиническими исходами у пациентов.

Из 288 990 больных с инфарктом миокарда, которые были транспортированы в больницы с 2005 по 2009 г., догоспитальная регистрация ЭКГ проводилась у 50%, у 32% пациентов ЭКГ не регистрировалась (в 18% случаев установить, проводилась ли догоспитальная ЭКГ, не удалось). Больным с инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST, у которых регистрировалась догоспитальная ЭКГ, по сравнению с пациентами без таковой чаще проводили реваскуляризацию (84 vs 74%), у них чаще отмечалось время «вызов-баллон» <90 мин (28 vs 21%), время от прибытия в клинику до проведения тромболитика <30 мин (91 vs 84%).

30-дневная смертность пациентов, которым была проведена догоспитальная регистрация ЭКГ, была ниже (7,4 vs 8,2%).

<http://www.jwatch.org/>

Применение адреналина в случае сердечно-легочной реанимации

Данные нового метаанализа показывают одинаковую выживаемость до выписки и неврологические исходы у взрослых пациентов после остановки сердца независимо от того, вводился ли им адреналин и каковы были его дозы.

Стандарт по проведению реанимационных мероприятий на этапе дальнейшего поддержания жизни (ALS) рекомендует применение адреналина в дозе 1 мг каждые 3-5 мин. Но существует ли доказательная база того, что данная терапия улучшает клинические исходы?

С целью ответа на данный вопрос исследователи провели метаанализ 14 рандомизированных контролируемых исследований (общее количество пациентов – 12 250), которые были проведены в 9 странах мира. В них сравнивали применение стандартной дозы адреналина с высокой его дозой (>1 мг на 1 введение), вазопрессинном или плацебо у взрослых лиц с внегоспитальной остановкой сердца.

Уровни выживаемости до момента госпитализации и возобновления спонтанного кровообращения были выше в группе применения адреналина в высоких дозах по сравнению с использованием стандартных доз; при применении стандартных доз показатели были выше, чем в группе плацебо. Однако оказалось, что не было различий в выживаемости до выписки или неврологических исходах между какой-либо группой лечения или их подгруппами (в зависимости от вида исходного сердечного ритма, количества введенных доз). В метаанализе не выполнялся контроль качества проведения сердечно-легочной реанимации.

<http://www.jwatch.org/>

Новый анализ связи уровня кальция и риска развития ишемической болезни сердца

По данным нового метаанализа, препараты кальция с/без витамина D не повышают риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) или смерти от всех причин у женщин пожилого возраста.

Авторы проанализировали 18 клинических исследований, объединившие данные о 63 500 женщинах пожилого возраста.

Полученные данные противоположны результатам метаанализа 2010 г., в котором было показано, что прием препаратов кальция (без сочетанного назначения витамина D) достоверно повышает риск развития инфаркта миокарда у мужчин и женщин. В этом метаанализе (n=8151) прием кальция был ассоциирован с относительным повышением риска развития инфаркта миокарда на 31%. Похожий метаанализ, включивший исследования с сочетанным назначением витамина D, показал сопоставимые результаты.

Авторы отмечают, что кальций и витамин D необходимы для нормального состояния костей, и данные добавки широко применяются у лиц пожилого возраста, которые не могут получить с помощью пищи необходимую суточную дозу указанных веществ. Однако до сих пор считалось, что прием препаратов / пищевых добавок на основе кальция и/или витамина D сопряжен с серьезными побочными эффектами.

В новом метаанализе приняли участие 63 564 женщины, которые получали кальциевые добавки с/без витамина D. В данной когорте пациентов зарегистрировано 3390 событий, связанных с ИБС, и 4157 летальных исходов. В 5 исследованиях, в которых анализировались события, связанные с ИБС, объединенный относительный риск у женщин, принимавших препараты / пищевые добавки на основе кальция, составил 1,02. В 17 исследованиях случаев смерти от всех причин такой риск составил 0,96. Ни один из показателей не оказался достоверным.

www.medscape.com/cardiology

Неалкогольная жировая болезнь печени и кардиометаболический риск

Исходя из данных двух новых исследований, неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является независимым предиктором кардиометаболического риска.

Так, в японском исследовании было показано, что наличие НАЖБП ассоциировано с повышением риска развития сахарного диабета 2 типа, а улучшение в течении заболевания на протяжении 10-летнего периода наблюдения снижает этот риск.

По данным французского исследования, наличие НАЖБП являлось предиктором атеросклероза сонных артерий независимо от классических факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. У пациентов с НАЖБП толщина комплекса «интима-медиа» (КИМ), частота возникновения бляшек в сонных артериях и количество баллов по Фрамингемской шкале были больше.

В японском исследовании принимали участие 3074 пациента, у которых не было сахарного диабета либо гепатитов А и В в анамнезе, участники не злоупотребляли алкоголем, им было выполнено два ультразвуковых исследования за последние 10 лет.

В начале исследования у 24% участников была выявлена НАЖБП. За период наблюдения в среднем в течение 11,3 года у 16,1% из 728 пациентов с НАЖБП развился сахарный диабет 2 типа по сравнению с 3,1% из 2346 пациентов, у которых не было НАЖБП. Некорригированное отношение шансов для этой взаимосвязи составило 6,05 (p<0,001).

После мультивариантного анализа, направленного на различные сопутствующие факторы, включая возраст, пол, индекс массы тела, анамнез сахарного диабета у родственников и дислипидемию, отношение шансов оставалось достоверным на уровне 2,82 (p<0,001).

Во французском исследовании принимали участие пациенты (n=5671) в возрасте от 20 до 57 лет с ≥2 факторами сердечно-сосудистого риска. Всем пациентам было выполнено как минимум одно ультразвуковое исследование сонных артерий с целью измерения толщины КИМ и выявления атеросклеротических бляшек.

Показатель толщины КИМ был достоверно выше у 1871 пациента с НАЖБП по сравнению с 3800 пациентами без нее (0,64 и 0,61 мм соответственно; p<0,001). Также у лиц с НАЖБП чаще отмечались атеросклеротические бляшки в сонных артериях (44 и 37% соответственно; p<0,001), показатель по Фрамингемской шкале риска был выше (15 и 8; p<0,001).

www.medscape.com/cardiology

По материалам сайта www.webcardio.org