

КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Эффекты препаратов, повышающих уровень липопротеинов высокой плотности

На конференции Британского сердечно-сосудистого общества (2014) были представлены результаты метаанализа, согласно которым препараты, повышающие уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), не снижают уровень смертности от всех причин, риск развития ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта у пациентов, принимающих статины.

По данным эпидемиологических исследований было показано, что ХС ЛПВП является прогностическим фактором. Это свидетельствует о том, что фармакологические воздействия с целью повышения его уровня могут способствовать улучшению сердечно-сосудистых исходов.

Данный метаанализ оценивал пользу применения ЛПВП-повышающих препаратов – ниацина, фибратов и ингибиторов белка-переносчика эфиров ХС (СЕТР-I) – на риск смерти от всех причин, сердечно-сосудистой смерти, нефатального ИМ и инсульта. Всего в анализ было включено 39 исследований с общим количеством пациентов 117 411, которых рандомизировали в группу приема ЛПВП-повышающих препаратов и контрольную группу.

Основные результаты

Ни один из препаратов не повлиял на уровень смертности от всех причин:

Ниацин: относительный риск (ОР) 1,03; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,92-1,15; $p=0,59$.

Фибраты: ОР 0,98; 95% ДИ 0,89-1,08; $p=0,66$.

СЕТР-I: 1,16; 95% ДИ 0,93-1,44; $p=0,19$.

Не было выявлено статистически значимого влияния на уровень сердечно-сосудистой смертности:

Ниацин: ОР 0,93; 95% ДИ 0,76-1,12; $p=0,44$.

Фибраты: ОР 0,92; 95% ДИ 0,81-1,04; $p=0,19$.

СЕТР-I: 1,00; 95% ДИ 0,80-1,24; $p=0,99$.

Влияние на частоту инсульта:

Ниацин: ОР 0,96; 95% ДИ 0,75-1,22; $p=0,72$.

Фибраты: ОР 1,01; 95% ДИ 0,90-1,13; $p=0,84$.

СЕТР-I: 1,14; 95% ДИ 0,90-1,45; $p=0,29$.

Применение ниацина до начала систематической статинотерапии приводило к снижению риска развития нефатального ИМ (ОР 0,69; 95% ДИ 0,56-0,85; $p=0,0004$); прием ниацина на фоне статинотерапии не показал статистически достоверного снижения риска (ОР 0,96; 95% ДИ 0,85-1,09; $p=0,52$).

То же касалось и фибратов: без приема статинов – ОР нефатального ИМ 0,78; 95% ДИ 0,71-0,86; $p<0,00001$; на фоне приема статинов – ОР 0,83; 95% ДИ 0,69-1,01; $p=0,07$.

<http://www.PACE.cme.org>

Чрескожное коронарное вмешательство против аортокоронарного шунтирования при сахарном диабете

Данные нового исследования, в котором проводилось не прямое сравнение различных методов реваскуляризации, свидетельствуют о том, что у пациентов с сахарным диабетом (СД) выполнение чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) приводит к одинаковому по сравнению с аортокоронарным шунтированием (АКШ) результатам относительно выживаемости пациентов.

Анализ 68 исследований показал, что применение ЧКВ у пациентов с СД, которым устанавливался стент первого поколения, приводило к повышению риска смерти по сравнению с АКШ. Это подтверждается и в исследовании FREEDOM, в котором сравнивали АКШ и ЧКВ с преимущественной установкой стентов с лекарственным покрытием первого поколения.

Однако в текущем исследовании уровень смертности пациентов с ИБС, которым устанавливались стенты второго поколения, особенно стенты с эверолимусом, был сравним с таковым у пациентов, которым проводили АКШ. По словам авторов, у пациентов после ЧКВ отмечалось повышение (статистически незначимое) риска необходимости проведения повторной реваскуляризации. Также была выявлена тенденция к повышению риска возникновения инсульта у пациентов после АКШ.

В ранее проведенных исследованиях было показано, что у пациентов с СД выполнение АКШ по сравнению с ЧКВ приводит к снижению уровня смертности. Однако в них АКШ сравнивалось с баллонной ангиопластикой, ЧКВ – с применением непокрытых металлических стентов, стентов с паклитаксолом или сиролимусом первого поколения.

В текущий метаанализ было включено 68 рандомизированных исследований. Общее количество участников составило 24 015, период наблюдения – в среднем 3 года. В 14 исследованиях АКШ сравнивалось с баллонной ангиопластикой, цельнометаллическими стентами или стентами с лекарственным покрытием первого поколения. В остальных испытаниях сопоставлялись стенты первого или второго поколения.

ЧКВ с применением стентов с лекарственным покрытием первого поколения ассоциировалось с повышением уровня смертности по сравнению с АКШ. Однако при сравнении АКШ и ЧКВ с использованием стентов с лекарственным покрытием второго поколения уровни смертности были сопоставимы.

Необходимость в повторной реваскуляризации уменьшалась от применения баллонной ангиопластики до непокрытых стентов и стентов с лекарственным покрытием первого поколения и была минимальна при применении стентов второго поколения.

С другой стороны, АКШ ассоциировалось с повышением (хотя и недостоверным) риска развития инсульта.

Авторы отмечают, что после начала применения новых стентов был выполнен лишь один прямой сравнительный анализ АКШ и ЧКВ. Следовательно, требуется проведение дополнительных исследований, которые могут доказать, что применение ЧКВ с установкой стентов новой генерации у пациентов с СД не хуже АКШ в отношении снижения риска смерти и ИМ.

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

Мутация гена приводит к снижению уровня триглицеридов

По данным двух независимых исследований, оказалось, что наличие редкой мутации гена, кодирующего аполипопротеин С3 (АПОС3), не только приводит к снижению уровня триглицеридов (ТГ) плазмы крови, но и снижает риск развития ИБС. Полученные

результаты могут привести к разработке новых лекарственных средств, которые будут имитировать генетический эффект, хотя в ближайшем будущем их появления не предвидится.

По словам авторов, приблизительно у одного из 150 жителей США наблюдается одна из 4 мутаций в данном гене, вследствие чего у них отмечаются более низкие уровни ТГ (приблизительно на 40%). Важно, что у данной категории пациентов наблюдается 40% снижение риска заболеваний сердца по сравнению с лицами с интактным геном.

Несмотря на то что на сегодня отсутствует определенный препарат, который бы влиял на высокий уровень ТГ и улучшал клинические исходы, изменение образа жизни может значительно снизить уровень ТГ и предотвращать нежелательные сердечно-сосудистые события. Лечащие врачи должны информировать пациентов и поощрять их в поддержании нормальной массы тела, физической активности 150 мин в неделю, снижении потребления углеводов и алкоголя и в случае наличия СД строго контролировать уровень глюкозы крови.

Авторы отмечают, что в настоящее время разрабатывается орфанный препарат, снижающий концентрации АПОС3 в плазме крови у пациентов с выраженной гипертриглицеридемией. Небольшие клинические исследования показали, что его применение приводило к снижению уровня ТГ на 70%.

Как известно, ниацин и фибраты назначаются для снижения уровня ТГ, а Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США были одобрены препараты жирных кислот для применения у пациентов с уровнем ТГ >500 мг/дл. Однако использование какого-либо из этих препаратов не влияет на клинические исходы.

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

Аденозин позволяет снизить риск рецидива фибрилляции предсердий после абляции

По результатам масштабного проспективного мультицентрового исследования, применение аденозина с целью выявления скрытых путей проведения вокруг легочных вен во время выполнения радиочастотной абляции по поводу пароксизмальной формы фибрилляции предсердий (ФП) приводит к достоверному снижению рецидивов предсердных тахикардий.

Авторы отмечают, что, несмотря на преимущества абляции перед противоаритмическими препаратами, рецидив ФП отмечается у 50% пациентов, прошедших данную процедуру.

По словам исследователей, аденозин дает возможность выявить скрытые пути проведения и его применение снижает риск повторного развития аритмий на 50%. К тому же достоверно уменьшается необходимость повторного проведения процедуры абляции.

Результаты данного исследования (ADVICE) были представлены на международном конгрессе CardioStim (2014). В общей сложности в исследовании приняли участие 11 центров Канады, 6 европейских и 1 австралийский центр. Были проанализированы данные 546 пациентов с рефрактерной к медикаментозной противоритмической терапии ФП, которым была проведена изоляция легочных вен. 534 участникам исследования с целью определения остаточных путей скрытого проведения было выполнено внутривенное введение аденозина через 20 мин после процедуры; у 284 пациентов установлен факт их наличия (у 147 из них была проведена дополнительная абляция). Из 250 участников исследования, у которых пути введения аденозина не было выявлено скрытых путей проведения, 133 были рандомизированы в группу стандартной терапии, а 117 включены в регистр наблюдения.

В отношении первичной конечной точки – времени до первого рецидива симптомной ЭКГ-задокументированной ФП / трепетания предсердий / предсердной тахикардии длительностью более 30 с в период от 3 мес до 1 года после абляции – у 69,4% пациентов, которым была выполнена дополнительная целенаправленная абляция после обнаружения скрытого пути проведения, рецидивов предсердных тахикардий не выявлено. В группе пациентов, которым после обнаружения скрытого пути не была проведена дополнительная абляция, доля лиц без рецидива аритмии составила 42,3%. Из 117 пациентов без выявленного скрытого пути, которые были включены в регистр наблюдения, у 55,7% не отмечалось эпизодов аритмий к 1-му году после абляции.

У 20,4% пациентов, которым после выявления скрытого пути была проведена целенаправленная его абляция, в течение 1-летнего периода наблюдения была выполнена повторная абляция. В группе больных, которым после выявления скрытого пути не проводили абляцию, данный показатель составил 35% ($p=0,006$). Среди лиц, у которых не было выявлено скрытого пути после введения аденозина, 27,4% потребовалась повторная абляция.

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

Польза блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при СД зависит от группы препаратов

Блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у пациентов с СД 2 типа, как считалось ранее, снижает уровни сердечно-сосудистой смертности и смертности от всех причин. Однако в исследовании (2011) было показано, что применение блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА) олесартана ассоциировалось с повышением уровня смертности по сравнению с плацебо. С целью дифференциации эффектов ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и БРА китайские ученые провели метаанализ 35 рандомизированных контролируемых исследований (56 тыс. пациентов; 23 исследования по ИАПФ, 13 исследований по БРА).

По результатам метаанализа, оказалось, что применение ИАПФ ассоциировано с достоверным снижением уровня смертности от всех причин, сердечно-сосудистой смертности и основных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (относительное снижение: 13, 17 и 14% соответственно), а применение БРА не ассоциировалось с какой-либо пользой в отношении указанных исходов. Результаты были сходными при сравнении исследуемого лекарственного средства с активными препаратами или плацебо. В отношении снижения риска инсульта не было выявлено пользы ни в группе ИАПФ, ни в группе БРА.

В комментариях отмечается, что результаты исследования свидетельствуют о преимуществах ИАПФ в качестве терапии первой линии у пациентов с СД с целью снижения риска смерти от всех причин и сердечно-сосудистой смерти. Для категории пациентов, которые не могут принимать ИАПФ, на основании полученных результатов возникает вопрос: стоит ли вообще рассматривать применение БРА у данной категории пациентов с целью снижения риска смерти.

<http://www.jwatch.org>

По материалам сайта www.webcardio.org