

КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Новый анализ акцентирует внимание на отдельных моментах рекомендаций JNC-8

Согласно результатам нового анализа исследования INVEST, у пациентов в возрасте старше 60 лет с артериальной гипертензией достижение уровня систолического артериального давления (САД) 140-150 мм рт. ст. ассоциируется с менее благоприятными исходами, чем достижение уровня САД <140 мм рт. ст.

8354 участника испытания в возрасте старше 60 лет с наличием ишемической болезни сердца и уровнем САД >150 мм рт. ст. были рандомизированы в группу приема атенолола либо пролонгированной формы верапамила. Полученные результаты показали, что при уровне САД <140 мм рт. ст. отмечается более низкий риск достижения первичной и большинства вторичных сердечно-сосудистых конечных точек по сравнению с аналогичным показателем у пациентов, имеющих САД ≥140 мм рт. ст.

Авторы отмечают, что общие уровни достижения первичной конечной точки и смертности от всех причин в обеих группах были равными. Однако у пациентов, достигших уровня САД <140 мм рт. ст., зарегистрировано достоверно меньшее количество инсультов. Кроме того, у лиц с уровнем САД >150 мм рт. ст. отмечено достоверное повышение риска достижения как первичной комбинированной (смертность от всех причин, нефатальный инфаркт миокарда и нефатальный инсульт), так и вторичной (смертность от всех причин, сердечно-сосудистая смерть, инфаркт миокарда, нефатальный инфаркт миокарда, инсульт, нефатальный инсульт, сердечная недостаточность или реваскуляризация) конечных точек.

Авторы отмечают, что полученные данные порождают дискуссию о соотношении польза/вред относительно риска инсульта у пациентов, достигших на фоне лечения значений САД на уровне 140-150 мм рт. ст., и снижения общей смертности у больных, получающих антигипертензивные средства и имеющие значения САД >150 мм рт. ст.

Как известно, в рекомендациях JNC-8 для лиц в возрасте старше 60 лет в отличие от рекомендаций других ассоциаций и обществ верхняя граница САД составляет 150 мм рт. ст.

www.cardiosource.org

Новое положение о применении антитромботической терапии при фибрилляции предсердий и остром коронарном синдроме

Европейскими медицинскими обществами опубликовано новое положение о применении антитромботической терапии у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП), которым предстоит чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) по поводу развившегося острого коронарного синдрома (ОКС). Это связано с широким внедрением в практику новых пероральных антикоагулянтов и нового поколения элутинг-стентов. Также в документе обсуждаются вопросы применения антитромботической терапии у пациентов с ФП, которым необходима транскатетерная замена аортального клапана.

В документе рекомендуется добавление антагониста витамина К или нового перорального антикоагулянта у пациентов с ОКС, получающих двойную антитромбоцитарную терапию, в случае развития ФП.

Отмечается, что потенциальная роль новых пероральных антикоагулянтов у пациентов с ОКС и ФП напрямую не оценивалась, так как больные с ФП, требующие приема новых пероральных антикоагулянтов, исключались из исследований по ОКС. С другой стороны, пациенты с недавно выявленным ОКС в анамнезе чаще всего исключались из 3-й фазы исследований, посвященных профилактике инсульта у больных с ФП.

Таким образом, на сегодняшний день нет четкой доказательной базы относительно того, обеспечивают ли новые пероральные антикоагулянты такое же действие, что и антагонисты витамина К, при ОКС или стентировании.

Однако имеется ограниченная доказательная база в отношении антагонистов витамина К. Так, в исследовании WOEST (первом рандомизированном исследовании по сравнению двойной и тройной антитромботической терапии при ЧКВ) было показано преимущество назначения комбинации антагониста витамина К и клопидогреля перед тройной терапией, включающей еще и ацетилсалициловую кислоту (АСК). Было отмечено уменьшение общего количества кровотечений при применении двойной терапии ($p < 0,001$), хотя достоверных различий в развитии массивных кровотечений не наблюдалось; повышения риска тромбоза стентов или ишемических событий не отмечено. Риск достижения вторичной комбинированной конечной точки, включавшей смерть, инфаркт миокарда и инсульт, к 1-му году был ниже при применении двойной терапии ($p = 0,025$).

В положении отмечается, что существуют некоторые важные моменты, не позволяющие сделать окончательные заключения по исследованию WOEST в отношении комбинации ОКС и ФП: лишь 69% пациентов получали пероральные антикоагулянты в связи с наличием ФП. Большинству (70-75%) больных проводилось избирательное ЧКВ, а бедренный доступ применялся у 74% пациентов, что повышало риск возникновения кровотечения в области доступа.

В документе также рекомендуется отдавать предпочтение элутинг-стентам нового поколения, а не простым металлическим у пациентов с низким риском возникновения кровотечений по шкале HAS-BLED, потому что они меньше подвержены тромбозам.

В положении упоминаются два исследования, посвященные изучению применения новых пероральных антикоагулянтов у пациентов с ФП, которым предстоит ЧКВ. Так, в исследовании PIONEER AF-PCI сравнивается результативность приема ривароксабана в двух различных дозировках и антагониста витамина К в комбинации с антитромбоцитарной терапией одним препаратом либо различными комбинациями двойной антитромбоцитарной терапии. Двойная первичная конечная точка включала значимое кровотечение к 1-му году приема и сочетание массивного, малого кровотечения и кровотечения, требующего хирургического вмешательства.

С другой стороны, отмечается, что целью исследования PIONEER AF-PCI не является выявление различий частоты развития инсульта. Ожидается, что данное исследование завершится в 2016 г.

Также упоминается исследование RE-DUAL PCI, в котором сравнивается применение дабигатрана в двух дозировках в сочетании с одним антитромбоцитарным препаратом (не АСК) по сравнению с использованием варфарина в комбинации с двойной антитромбоцитарной терапией у пациентов с ФП, которым предстоит ЧКВ. Оцениваться будет комбинированная конечная точка, включающая смерть, инфаркт миокарда и инсульт.

В создании документа принимали участие Рабочая группа по изучению тромбоза Европейского общества кардиологов, Европейская ассоциация сердечного ритма, Европейская ассоциация по перкутанному сердечно-сосудистым вмешательствам, Ассоциация по оказанию неотложной помощи при острой сердечно-сосудистой патологии.

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

Связь ожирения и деменции

Результаты нового исследования показывают, что наличие ожирения в среднем возрасте повышает риск развития в последующем деменции.

В ретроспективном исследовании авторы проанализировали данные 451 232 жителей Англии, у которых в период с 1999 по 2011 г. были выявлены признаки ожирения.

Оказалось, что у лиц в возрасте от 30 до 39 лет, госпитализированных в связи с ожирением, отмечался относительный риск (ОР) развития деменции на уровне 3,5 (95% доверительный интервал – ДИ – 2,1-5,6; $p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. В сравнении с показателем в группе участников с избыточной массой тела у пациентов в возрасте 40-49 лет, имеющих признаки ожирения, ОР развития деменции составил 1,7 (95% ДИ 1,3-2,2), 50-59 лет – 1,5 (95% ДИ 1,3-1,7), 60-69 лет – 1,4 (95% ДИ 1,3-1,5; $p < 0,001$ для всех).

Следует отметить, что если ожирение было диагностировано у пациентов в возрасте 70-80 лет, риск развития деменции не изменился (ОР 0,97; 95% ДИ 0,93-1,01).

В случае когда возраст пациентов на момент впервые диагностированного ожирения составлял ≥80 лет, риск развития деменции снижался (ОР 0,78; 95% ДИ 0,74-0,82).

Дополнительный анализ показал, что у 940 пациентов с ожирением была диагностирована болезнь Альцгеймера, а у 1716 – сосудистая деменция. ОР развития болезни Альцгеймера и сосудистой деменции у лиц с впервые установленным диагнозом ожирения в возрасте 30-39 лет составил 5,4 (95% ДИ 1,7-13,7; $p = 0,001$) и 5,6 (95% ДИ 1,0-9,5; $p = 0,02$) соответственно.

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

Уровни кальция выступают предикторами развития сахарного диабета 2 типа

По данным анализа результатов исследования PREMIDED, повышенный уровень кальция в крови является независимым предиктором риска развития сахарного диабета (СД) 2 типа.

По словам авторов, на сегодняшний день главным фактором риска развития СД 2 типа является уровень глюкозы натощак. Однако после коррекции результатов с учетом концентрации глюкозы авторы выявили, что прогностическая роль кальция в отношении развития СД не зависит от уровня глюкозы.

Кальций играет важную роль как в секреции, так и в реализации эффектов инсулина. В предыдущих исследованиях было показано, что повышенный уровень кальция ассоциирован с увеличением концентрации глюкозы и снижением чувствительности к инсулину.

В исследовании PREMIDED было включено 7447 мужчин (в возрасте 55-80 лет) и женщин (в возрасте 60-80 лет) с высоким сердечно-сосудистым риском, который был обусловлен либо СД 2 типа, либо наличием 3 других факторов риска, включающих семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний, ожирение / избыточную массу тела, курение, артериальную гипертензию и дислипидемию.

Текущий анализ включал 707 участников исследования PREMIDED, у которых исходно не было СД. В течение периода наблюдения (в среднем на протяжении 4,8 года) у 77 больных развился СД. Средние уровни кальция в крови были достоверно выше у пациентов, у которых наблюдалось возникновение СД (9,74 и 9,60 мг/дл соответственно; $p = 0,023$).

После коррекции с учетом потенциальных факторов и исключения из испытания 57 пациентов, у которых либо развился СД в первые 6 мес периода наблюдения, либо отсутствовали данные относительно концентрации кальция, было отмечено, что риск развития СД в группе наибольшего терциля по уровню кальция (в среднем 10,2 мг/дл) был более чем в 3 раза выше по сравнению с группой наименьшего терциля (9,0 мг/дл) с ОР 3,48 ($p < 0,01$).

В модели, предполагающей коррекцию с учетом исходного уровня глюкозы натощак, ОР составил 3,52 на повышение на каждый 1 мг/дл скорректированного на альбумин уровня кальция ($p = 0,02$). Результаты оставались статистически достоверными после коррекции на исходное потребление кальция, изменения потребления кальция за период наблюдения и исключения лиц, принимавших кальциевые и/или витамин D-содержащие добавки.

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

Сравнение распространенности факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в различных странах мира

Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в странах с низким и средним доходом стремительно увеличивается, составляя 80% во всем мире. С целью оценки распространенности причин развития ССЗ авторы исследования PURE проанализировали факторы риска (согласно шкале INTERHEART), заболеваемость ССЗ и смертность среди более 150 000 взрослых лиц из 17 стран с высоким, средним и низким уровнями доходов.

Средняя распространенность факторов риска была максимальной в странах с высоким уровнем доходов, а минимальная – в странах с низким уровнем доходов. Более подвержены вероятности ССЗ жители сельской местности. Применение антитромбоцитарных препаратов с целью первичной профилактики было максимальным в странах с высоким уровнем доходов и минимальным – в странах с низким уровнем доходов. Такая же тенденция отмечалась и относительно применения β-блокаторов, блокаторов ренин-ангиотензиновой системы и статинов.

Показатели общей и сердечно-сосудистой смертности были наиболее высокими в странах с низким уровнем доходов, а минимальными – в финансово благополучных странах. Частота неосновных сердечно-сосудистых событий, напротив, была выше в странах с высоким уровнем доходов. Среди лиц с сердечно-сосудистыми событиями в анамнезе уровень смертности был максимальным в странах с низким уровнем доходов.

Главным открытием исследования является парадоксальная зависимость: распространенность факторов риска в странах с низким уровнем доходов наименьшая, а частота сердечно-сосудистых событий, как и уровень смертности вследствие сердечно-сосудистых событий, – максимальна. Эти результаты свидетельствуют о том, что повышение доступности высококвалифицированной медицинской помощи и качества ее оказания жителям в странах с низким и средним уровнями доходов может улучшить ситуацию в области терапии ССЗ.

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