

Почти половина взрослых жителей США имеют диабет, гипертензию или гиперхолестеринемию

Согласно последним данным национального реестра NHANES, почти половина взрослых жителей США страдают по крайней мере одним хроническим заболеванием, связанным с повышенным фактором сердечно-сосудистого риска: 45% людей в возрасте 20 лет и старше имеют гиперхолестеринемию, артериальную гипертензию (АГ) или сахарный диабет (СД). При этом все три патологических состояния диагностированы у 3% взрослых, два – у 13%. АГ и гиперхолестеринемию имеют 9% взрослых, АГ и СД – 3%. Исследование также показало, что около 8% взрослых американцев имеют недиагностированную АГ, 3% – недиагностированную СД и еще 8% – недиагностированную гиперхолестеринемию. Как минимум два из этих состояний не распознаны примерно у 15% взрослой популяции.

Fryar C.D. et al.
CDC Health Statistics, April, 2010

Комбинация клопидогреля с ИПП ассоциируется с повышенным риском инфаркта миокарда

Запутанная история взаимодействия клопидогреля и ингибиторов протонной помпы (ИПП) продолжается – опубликовано еще одно исследование, в котором наблюдался неблагоприятный эффект при комбинированном применении этих препаратов, а именно: удвоение риска повторной госпитализации по поводу инфаркта миокарда (ИМ). Кроме того, в этом исследовании повышенный риск наблюдался в том числе и при использовании пантопразола, несмотря на то что в более ранних сообщениях указывалось об отсутствии значимого взаимодействия этого препарата с клопидогрелем по сравнению с другими ИПП.

Для статистического анализа авторы использовали коммерческие и государственные медицинские базы данных, охватывающие около 2 млн граждан США. Критериями включения были назначение клопидогреля в период 2004-2006 гг. и стационарное лечение по поводу острого ИМ или установки стента в коронарную артерию в пределах 30 дней до даты идентификации. В группу монотерапии клопидогрелем включали пациентов, которые на протяжении 90 дней до и в течение 90 дней после назначения этого препарата не получали ИПП. Группа комбинированной терапии состояла из больных, получавших ИПП на момент включения и в следующие 90 дней.

Пациентов обеих групп сравнивали 1:1. Наблюдение продолжалось на протяжении 360 дней после госпитализации. Критериями включения соответствовали 6008 пациентов группы монотерапии клопидогрелем и 1041 больной группы клопидогрель + ИПП. После учета сопутствующих факторов в каждую группу вошли по 1033 пациента.

Результаты исследования показали достоверно более высокий риск повторной госпитализации по поводу ИМ или ИМ/стентирования у больных, получавших клопидогрель и ИПП (табл.).

Клинический исход	Клопидогрель + ИПП: событий на 100 пациентов в год, n	Клопидогрель: событий на 100 пациентов в год, n	Стандартизованный относительный риск	p
Госпитализация по поводу ИМ	9,7	4,1	1,93	0,03
Госпитализация по поводу ИМ или коронарного стентирования	27,6	14,3	1,64	0,005

Поскольку считается, что пантопризол обладает меньшим потенциалом лекарственного взаимодействия по сравнению с другими ИПП, был проведен дополнительный анализ для этого препарата (его принимали 63% пациентов). Однако полученные результаты не отличались от данных исследования в целом.

Ограничением настоящего исследования является его ретроспективный дизайн, а также отсутствие информации о приверженности к лечению клопидогрелем и сопутствующем приеме аспирина.

Stockl K.M. et al.
Archives of Internal Medicine 2010; 170: 704-710

Гастроинтестинальный риск, ассоциированный с приемом низких доз аспирина, выше у пожилых женщин

Благодаря высокой эффективности и низкой стоимости аспирина в низких дозах (АНД) является важнейшим средством профилактики сердечно-сосудистых событий. Однако лечение АНД ассоциируется с удвоением риска развития гастроинтестинальных кровотечений, даже при использовании дозы 75 мг/сут. Целью настоящего исследования было изучение половых различий в клиническом проявлении АНД-ассоциированных поражений пищеварительного тракта.

В период 2003-2007 гг. 453 пациентам (298 мужчин и 155 женщин), получавшим АНД (81-100 мг/сут), была выполнена эзофагогастродуоденоскопия, после чего прием АНД продолжался. АНД-ассоциированные пептические язвы были диагностированы у 119 больных (87 мужчин и 32 женщины).

Независимо от гендерной принадлежности главным фактором риска АНД-ассоциированной пептической язвы было наличие пептической язвы в анамнезе. У женщин (но не у мужчин) достоверным фактором риска был возраст старше 70 лет (ОР 8,4; p=0,0069). Кроме того, по сравнению с пациентами мужского пола у женщин время от начала приема АНД до эндоскопической верификации язвы было значительно короче (p=0,005).

Okada K. et al.
World Journal of Gastroenterology 2010; 16: 1896-1900

Ожирение и курение увеличивают риск тромбообразования

Новые данные относительно факторов риска венозной тромбоэмболии (ВТЭ) получили ученые из Дании. В исследовании, начавшееся еще в 1976 г., включили 18 954 взрослых жителей г. Копенгагена в возрасте 20 лет и старше. Было установлено, что у выкуривающих более 25 сигарет в день риск ВТЭ увеличился на 52% по сравнению с некурящими участниками. В то же время ожирение ассоциировалось с повышением риска ВТЭ на 65% по сравнению с нормальной массой тела, а тяжелое ожирение практически удваивало этот риск. С другой стороны, СД, уровень физической нагрузки, гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия не приводили к увеличению риска ВТЭ. Интересно отметить, что фактором риска ВТЭ было повышенное диастолическое артериальное давление (АД), но не диагноз АГ.

Holst A.G. et al.
Circulation. Опубликовано онлайн 19 апреля 2010 г.

Атенолол недостаточно снижает центральное аортальное давление даже на фоне лечения амлодипином

Известно, что β-блокатор атенолол менее эффективно снижает центральное аортальное давление по сравнению с ингибиторами АПФ, блокаторами рецепторов ангиотензина II (БРА) и антагонистами кальция. Ученые из Франции поставили перед собой задачу установить, сохраняются ли преимущества БРА над атенололом при сопутствующем лечении антагонистом кальция амлодипином.

В ходе рандомизированного исследования EXPLOR 393 пациента с резистентной АГ на протяжении 6 мес получали лечение амлодипином в комбинации с валсартаном или атенололом.

Через 24 нед уровень брахиального АД в обеих группах был одинаковым. Группы также не различались по контролю АД после 8 нед (47% в группе амлодипина/валсартана и 43% в группе амлодипина/атенолола) и 24 нед лечения (56 и 59% соответственно).

В обеих группах было достигнуто сопоставимое снижение аортального диастолического АД, однако аортальное систолическое АД было на 3,95 мм рт. ст. ниже у пациентов, получавших амлодипин/валсартан (p=0,013). В группе амлодипина/валсартана аортальное пульсовое АД было на 3,74 мм рт. ст. ниже (p<0,001), индекс аугментации – на 6,5% ниже (p<0,001) по сравнению с группой амлодипина/атенолола.

Полученные данные свидетельствуют о том, что даже в комбинации с антагонистом кальция атенолол не оказывает влияния на центральное АД, необходимого для эффективного предотвращения сердечно-сосудистых событий, заключили авторы.

Boutouyrie P. et al.
Hypertension. Опубликовано онлайн 19 апреля 2010 г.

Реперфузия в пределах 5 ч после инфаркта миокарда продлевает жизнь

В апрельском номере American Journal of Cardiology американские исследователи представили данные 3-летнего наблюдения за 686 пациентами, подвергшимися первичному чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ) после ИМ с элевацией сегмента ST. Показатель «время от появления симптомов до баллона» составил в среднем 3,5 ч. Пациентов разделили на 3 группы в зависимости от времени реперфузии: <3, 3-5 и >5 ч от развития симптоматики.

Смертность была значительно выше у больных, которые ожидали проведения ЧКВ дольше всего (ОР 2,44). Сокращение времени до ЧКВ достоверно увеличивало вероятность полной реперфузии (TIMI 3): в группах <3, 3-5 и >5 ч она была достигнута у 86,5; 80,9 и 75,7% пациентов соответственно. Кроме того, показатель «время от появления симптомов до баллона» обратно коррелировал с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) ≤40%. Частота этого исхода составила 19,7% в группе наиболее раннего проведения ЧКВ, 22,8% в промежуточной группе и 33,1% у пациентов, которым реперфузия была проведена через 5 ч и более от развития симптомов. ФВЛЖ ≤40% в этом исследовании была главным предиктором 3-летней смертности (ОР 6,02).

Maeng M. et al.
American Journal of Cardiology 2010

Отсрочивание назначения клопидогреля после стентирования увеличивает риск инфаркта миокарда и смерти

Смена стационарного этапа лечения амбулаторным является критическим периодом, во время которого часто возникают проблемы с лекарственной терапией. Для многих сердечно-сосудистых препаратов небольшой перерыв в приеме не приводит к ближайшим неблагоприятным последствиям. Однако это не относится к клопидогрелю, назначаемому при стентировании, что было убедительно показано американскими авторами.

Согласно результатам исследования, среди 7402 пациентов, выписанных после имплантации покрытого стента, 16% клопидогрель не был назначен в день выписки; задержка составляла в среднем 3 дня. По сравнению с пациентами, которым клопидогрель был назначен в день выписки, любая задержка с назначением препарата (≥1, 3 или 5 дней) ассоциировалась с достоверным увеличением риска смерти/ИМ на 53% (средний период наблюдения – 664 дня). Факторы, связанные с отсроченным назначением клопидогреля, включали пожилой возраст; наличие в анамнезе ИМ, СД, почечной недостаточности или ревааскуляризации; кардиогенный шок, внутривенное кровотечение и использование клопидогреля в пределах 24 ч от поступления в клинику.

Исследователи также установили, что отсроченное назначение статина не ассоциировалось с ухудшением клинических исходов.

Основными причинами задержки с назначением клопидогреля после выписки были стоимость препарата, трудности с его получением во время выписки и недостаточное понимание пациентом назначенной схемы лечения. Прежде этими же авторами было продемонстрировано, что наиболее частыми причинами раннего прекращения приема клопидогреля являются непонимание пациентом необходимости продолжения терапии и неадекватный выбор продолжительности лечения врачом.

Ho P.M. et al.
Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. Опубликовано онлайн 20 апреля 2010 г.

γ'-Фибриноген – новый маркер сердечно-сосудистого риска

У значительного количества пациентов сердечно-сосудистые события развиваются в отсутствие известных факторов риска, таких как АГ, гиперхолестеринемия, гипергликемия и т. д. Поэтому продолжается поиск новых маркеров, которые бы позволили идентифицировать эту популяцию больных.

γ'-Фибриноген – подтип фибриногена, составляющий около 10% от общего фибриногена. По биохимическим и биологическим свойствам он значительно отличается от других изоформ. Установлено, что γ'-фибриноген увеличивает резистентность тромбов к лизису и таким образом может способствовать развитию тромбоэмболических осложнений.

Американские ученые разработали способ определения концентрации γ'-фибриногена в крови с помощью иммунометрического метода и провели исследование, в ходе которого оценили чувствительность и специфичность этого маркера в оценке сердечно-сосудистого риска.

В анализ включили 133 здоровых участника Фрамингемского исследования (контроль) и столько же больных ишемической болезнью сердца (ИБС) из другого исследования. У здоровых людей концентрация γ'-фибриногена в плазме варьировала в широком диапазоне – от 0,037 до 1,44 г/л с положительной корреляцией с женским полом, возрастом, индексом массы тела, курением, уровнями глюкозы и триглицеридов крови. В то же время концентрация γ'-фибриногена не зависела от общего холестерина и уровня АД. Наблюдалась обратная корреляция между γ'-фибриногеном и холестеринемией липопротеидов высокой плотности.

Сравнительный анализ в контрольной группе и у больных ИБС показал, что нахождение в верхнем тертиле по концентрации γ'-фибриногена ассоциировалось с увеличением вероятности диагноза ИБС примерно в 7 раз, при этом пограничный уровень 0,30 г/л обладал диагностической точностью 78%.

Lovely H. et al.
Clinical Chemistry. Опубликовано онлайн 26 марта 2010 г.

Подготовил Алексей Терещенко