

КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Руководство АСС/АНА по диагностике и терапии гипертрофической кардиомиопатии

Американская коллегия кардиологов (АСС) и Американская ассоциация сердца (АНА) представили первые рекомендации по диагностике и лечению гипертрофической кардиомиопатии (ГКМ). В создании руководства также приняли участие представители Американской ассоциации торакальной хирургии, Американского общества эхокардиографии, Американского общества ядерной кардиологии, Американского общества сердечной недостаточности, Общества сердечного ритма, Общества сердечно-сосудистой ангиографии и интервенции, а также Общества торакальных хирургов.

«ГКМ зачастую расценивается как фатальное заболевание, – отмечает один из авторов руководства Бернард Дж. Герш (Bernard J. Gersh) из клиники Мейо (г. Рочестер, США). – Однако в настоящее время мы располагаем эффективными методами лечения, которые могут помочь большинству пациентов с ГКМ. Тем не менее данное заболевание остается наиболее частой причиной внезапной смерти профессиональных спортсменов в молодом возрасте».

ГКМ часто становится причиной внезапной сердечной смерти, при этом течение заболевания может долгое время быть бессимптомным. ГКМ является наиболее распространенной наследственной сердечно-сосудистой патологией (ее частота составляет 1:500). Представленное руководство обобщает данные в отношении диагностики и лечения пациентов с данной патологией.

В руководстве, которое было одновременно опубликовано в Circulation и Journal of the American College of Cardiology, содержится подробная информация по использованию генетического тестирования с целью выявления ГКМ. Поскольку ГКМ передается по ауто-сомно-доминантному типу наследования, информирование пациента о протоколе скрининга родственников первой степени родства позволяет повысить выявляемость бессимптомных больных. В соответствии с принципами руководства генетическое тестирование может применяться для диагностики заболевания у пациентов с атипичной клинической картиной (уровень доказательства I, класс рекомендаций V) и использоваться для выявления данного заболевания у родственников пациентов с ГКМ первой степени родства (IIa, B). Однако генетическое тестирование с целью оценки риска внезапной сердечной смерти у пациентов с ГКМ считается менее значимым (IIb, B).

Для пациентов с мутациями генов, кодирующих синтез сократительных белков, но без фенотипа ГКМ, рекомендовано проведение серии электрокардиографий (ЭКГ), трансторакальной эхокардиографии (ТТЭхоКГ) с последующей клинической оценкой состояния через определенные промежутки времени в зависимости от возраста (I, B).

Ниже представлены основные положения данного руководства.

1. Для первоначальной диагностики ГКМ рекомендуют проведение 12-канальной ЭКГ и 24-часового мониторирования с целью выявления эпизодов желудочковой тахикардии и определения группы пациентов, которым требуется имплантация дефибриллятора-кардиовертера (I, B).

2. ТТЭхоКГ также можно использовать для выявления ГКМ на этапе начальной оценки у пациентов с подозрением на ГКМ, а также у родственников пациентов с уже установленным заболеванием (I, B). Периодический скрининг с ТТЭхоКГ рекомендуется для детей пациентов с ГКМ ≥12 лет, а у детей, занимающихся спортом, – еще раньше (I, C). Целесообразно проведение ТТЭхоКГ у пациентов с ГКМ каждые 1-2 года (IIa, C).

3. Нагрузочные пробы (тредмил) являются полезными для определения функциональных возможностей пациентов с ГКМ (IIa, C). Магнитно-резонансную томографию можно применять в тех случаях, когда ТТЭхоКГ не дает ожидаемых результатов (I, B), а также когда необходимо получение дополнительной информации, которая может повлиять на тактику лечения пациентов (I, B). Кроме того, для некоторых пациентов с болью в грудной клетке полезно проведение компьютерной томографии, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (SPECT) и позитронно-эмиссионной томографии (I, C; II, C).

4. Лекарственная терапия бета-блокаторами, верапамилом, дизопирамидом необходима для контроля такого симптома заболевания, как одышка (I, B).

5. В лечении ГКМ используется хирургическая миектомия межжелудочковой перегородки (IIa, B); при наличии противопоказаний к операции возможно проведение этаноловой абляции межжелудочковой перегородки.

6. Имплантация кардиостимулятора может рассматриваться как вариант у пациентов, которым не показано хирургическое лечение (IIb, B)

Полное содержание руководства доступно по адресу:
<http://circ.ahajournals.org/content/early/2011/11/07/CIR.0b013e318223e230.citation>
Gersh B. et al. Circulation 2011; DOI: 10.1161/CIR.0b013e318223e230

Кардиоваскулярное здоровье и снижение риска у детей и подростков: обновленное руководство Американской академии педиатрии

Американская академия педиатрии (ААР) представила новое руководство по раннему выявлению и коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у детей и подростков. Руководство было опубликовано онлайн в журнале Pediatrics и представлено на сателлитном симпозиуме Американской ассоциации сердца (АНА), который состоялся 13 ноября в г. Орlando (США).

В настоящее время эксперты ААР рекомендуют ввести в рутинную практику периодических осмотров оценку уровня холестерина (ХС) у всех детей. Скрининг ХС должен проводиться не менее 1 раза у детей 9-11 лет и повторно по достижении ими возраста 17-21 года. Этим положением настоящая версия рекомендаций несколько отличается от предыдущей, в которой исследование ХС считалось необходимым только у детей с семейным анамнезом сердечно-сосудистых заболеваний и высокого ХС.

Аргументируя необходимость рутинного скрининга ХС среди всех детей, доктор Janet M. de Jesus из Национального института сердца, легких и крови (США) заявила, что атеросклероз начинает развиваться в детском возрасте, а степень развития данного заболевания напрямую связана с наличием и интенсивностью известных кардиоваскулярных факторов риска. Родственники первой линии родства педиатрических пациентов, как правило, молодого и среднего возраста, поэтому наличие у них кардиоваскулярных событий не может быть корректным маркером повышенного риска таковых у детей. В связи с этим специалисты ААР предлагают расширить изучение семейного анамнеза и учитывать наличие сердечно-сосудистых заболеваний у родственников второй линии родства. В свою очередь, положительный семейный анамнез должен интенсифицировать оценку факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у ребенка.

У здоровых детей для нормализации повышенного уровня ХС зачастую достаточно коррекции питания, поэтому при выявлении повышенного уровня ХС в первую очередь необходимы

вмешательства по изменению рациона и пищевого поведения. Краткосрочное использование растительных веществ в дозах до 20 г в день – станоловых и стероловых эфиров, содержащихся в некоторых сортах маргарина, – является безопасной стратегией; однако долгосрочное использование таких веществ не исследовано и поэтому возможно только у детей, у которых на фоне коррекции питания не отмечается изменений.

Лекарственная терапия может назначаться при уровне ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) >190 мг/дл у детей старше 10 лет, которые не достигли целевых уровней ХС в результате модификации образа жизни в течение 6 мес, а также у детей с уровнем ХС ЛПНП 160-189 мг/дл при наличии других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Новые рекомендации восприняты специалистами неоднозначно. Одни считают, что повышенный уровень ХС у ребенка может мотивировать членов его семьи изменить образ жизни, повысить физическую активность и сократить потребление сладких напитков; другие специалисты высказывают обеспокоенность по поводу того, что более широкое обследование приведет к увеличению количества детей, получающих статины. На сегодня отсутствуют данные клинических исследований о какой-либо пользе коррекции повышенного уровня ХС у детей; более того, прием медикаментов может вызвать у педиатрических пациентов серьезные побочные эффекты.

ААР рекомендует также проводить ежегодную оценку уровня артериального давления у всех детей старше 3 лет, поощрять физическую активность и ограничивать время просмотра телевизора (компьютерных игр) до 2 ч в день. Рутинный скрининг гликемии должен начинаться у детей в возрасте 9-11 лет.

Ранее обнаружение и модификация известных кардиоваскулярных факторов риска позволит гарантировать детям здоровое будущее, поскольку известно, что молодые люди с более низким кардиоваскулярным риском впоследствии реже страдают атеросклерозом и менее подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям.

Полное содержание руководства доступно по адресу: <http://pediatrics.aapublications.org/site/misc/2009-2107.pdf>

Kavey R.-E.W. et al.
Pediatrics 2011; 128: DOI:10.1542/peds.2009-2107C

Сокращение длительности и нарушение качества сна повышают риск ИМ

Популяционное исследование с участием более 52 тыс. жителей Норвегии показало, что сокращение длительности и нарушение качества сна может увеличить риск ИМ.

В ходе исследования были проанализированы данные наблюдения за жителями Норвегии. В течение в среднем 11,4 года наблюдения было зарегистрировано 2368 случаев острого ИМ. Постоянные трудности с засыпанием в начале исследования отмечали 3,3% участников; 2,5% пациентов заявили о наличии эпизодов пробуждения почти каждую ночь. Оказалось, что риск ИМ у пациентов, которые имели постоянные проблемы с засыпанием и поддержанием сна, был соответственно на 45 и 30% выше по сравнению с таковым у лиц, никогда не страдавших бессонницей. Полученные результаты были скорректированы с учетом возраста, пола, образования, режима работы, семейного положения, наличия депрессии, тревожности и кардиоваскулярных факторов риска, таких как курение и низкая физическая активность.

Учитывая то, что бессонницей страдает около трети взрослого населения, оценка симптомов нарушения сна может быть полезной в снижении сердечно-сосудистого риска и профилактике ИМ. Возможно, назначение медикаментозной терапии, направленной на нормализацию сна, позволит снизить риск острого ИМ, однако этот вопрос необходимо изучить в дальнейших исследованиях.

Laugsand I.E. et al.
2011; DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.025858

Добавление ривароксабана к стандартной антитромбоцитарной терапии позволяет снизить риск кардиоваскулярной смерти пациентов с ОКС на 30%: результаты исследования ATLAS ACS-2 TIMI 51

13 ноября на научной сессии АНА представители компании Johnson & Johnson Pharmaceutical Research & Development огласили результаты нового исследования ривароксабана (Ксарелто) у пациентов с недавно перенесенным острым коронарным синдромом (ОКС).

ATLAS ACS-2 TIMI 51 (The Anti-Xa Therapy to Lower Cardiovascular Events in Addition to Standard Therapy in Subjects with Acute Coronary Syndrome) – рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое многоцентровое исследование с достижением определенного числа клинических событий для оценки эффективности и безопасности использования ривароксабана у пациентов с ОКС. В рамках исследования 15 526 пациентов с ОКС старше 18 лет были рандомизированы на группы плацебо или ривароксабана в дозе 2,5 или 5 мг 2 р/сут в течение 13 мес.

Было показано, что добавление перорального антикоагулянта ривароксабана к стандартной антитромбоцитарной терапии на 16% снижает риск сердечно-сосудистой смерти, инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта у пациентов с ОКС (10,7 против 8,9% в группе плацебо; ОР 0,84; ДИ 0,74-0,96; р=0,008). Пациенты, рандомизированные в группу ривароксабана в дозе 2,5 мг 2 р/сут, имели на 34% ниже риск смерти в результате сердечно-сосудистых заболеваний, чем пациенты в группе плацебо (ОР 0,66; 95% ДИ от 0,51 до 0,86; р=0,002), и на 32% ниже риск смерти от любой причины (ОР 0,68; 95% ДИ 0,53-0,87; р=0,002). При анализе компонентов первичной конечной точки эффективности было обнаружено, что в группе ривароксабана относительный риск смерти в результате сердечно-сосудистых причин (включая летальные исходы, связанные с кровотечением) составлял 0,80 (р=0,04), вследствие ИМ – 0,85 (р=0,47), а по причине инсульта – 1,24 (р=0,25).

Как и следовало ожидать, в группе ривароксабана было зарегистрировано больше случаев кровотечений: частота кровотечений, не связанных с шунтированием, составила 2,1 против 0,6% в группе плацебо (р<0,001), внутричерепных кровотечений – 0,6 против 0,2% соответственно (р=0,009). Однако значительного увеличения случаев фатальных кровотечений в группе пациентов, принимающих исследуемый препарат, обнаружено не было (0,3 против 0,2% в группе плацебо; р=0,66), что подтверждает благоприятный профиль переносимости ривароксабана. Учитывая то, что данный препарат является прямым ингибитором фактора Ха, этот вопрос приобретает еще большее значение. Ведь всего год назад в связи с повышением риска кровотечений было приостановлено исследование аликсабана, а в сентябре текущего года по этой же причине компания Astellas Pharma прекратила исследование дарексабана малеата.

Таким образом, авторы исследования сделали вывод, что добавление низких доз ривароксабана к стандартной антитромбоцитарной терапии является новой стратегией лечения пациентов с недавно перенесенным ОКС.

Mega J.L. et al.
N Engl J Med 2011; DOI: 10.1056/NEJMoa1112277.

Подготовила **Ольга Татаренко**