

НОВОСТИ КОНГРЕССА АМЕРИКАНСКОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

4-7 ноября в городе Орlando (штат Флорида, США) прошел ежегодный конгресс Американской кардиологической ассоциации (American Heart Association). Наверное, наиболее ожидаемым событием на этом конгрессе стал доклад результатов исследования CORONA, в котором изучалось влияние статинов на прогноз жизни больных с тяжелой хронической сердечной недостаточностью. Результаты этого исследования подробно описаны и прокомментированы в этом номере журнала профессором С.Р. Гиляревским. Отметим, что, несмотря на общий отрицательный результат этого исследования в отношении эффекта статинов, оно дало много новых знаний как в отношении действия самих статинов, так и в отношении течения сердечной недостаточности. Исследование CORONA, кроме того, продемонстрировало полную безопасность конкретного препарата – розувастатина, по поводу которой совсем недавно шли ожесточенные дискуссии.

Значительным событием явился и доклад результатов исследования TRITON-TIMI 38, в котором у более чем 13 000 больных с острым коронарным синдромом сравнивали эффект двух антиагрегантов: традиционного – клопидогреля (который назначали в нагрузочной дозе 300 мг, затем в поддерживающей – 75 мг в день) и нового – прасугреля (нагрузочная доза – 60 мг, поддерживающая доза – 10 мг в день). Средняя продолжительность лечения составила 12 месяцев. Оба препарата назначались в добавление к аспирину. По влиянию на первичную конечную точку (сердечно-сосудистая смерть, инфаркт миокарда, инсульт) прасугрель существенно превосходил клопидогрель (9,9 и 12,1 %, соответственно; $p=0,0004$). Анализ в подгруппах показал, что эффект прасугреля не зависел от типа острого коронарного синдрома, возраста, наличия или отсутствия сахарного диабета, типа установленного стента. При применении прасугреля достоверно реже, чем при применении клопидогреля, регистрировали возникновение тромбоза в области стента. Прасугрель, однако, существенно чаще, чем клопидогрель, вызывал опасные для жизни и фатальные кровотечения, особенно у больных с транзиторной ишемической атакой или инсультом в анамнезе. В связи с этим авторы исследования не рекомендуют использовать прасугрель у пациентов с доказанными цереброваскулярными заболеваниями, а у пожилых больных и пациентов с низкой массой тела тщательно подбирать дозу, основываясь на данных фармакокинетики.

На конгрессе были доложены окончательные резуль-

таты исследования ILLUMINATE, в котором изучалось действие нового препарата, способного повышать уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛВП), – торсетрапиба – у больных с ИБС или ее эквивалентами. Больные основной группы получали торсетрапиб в сочетании с аторвастатином, а больные контрольной группы – только аторвастатин. Как известно, исследование было прекращено досрочно из-за явного увеличения общей смертности в основной группе. Это происходило, несмотря на то, что торсетрапиб значительно увеличивал содержание холестерина ЛВП и снижал содержание холестерина липопротеинов низкой плотности. Причины отрицательного результата окончательно не ясны: возможно, они кроются в побочных действиях самого препарата либо в так называемом нецелевом фармакологическом действии (off-target pharmacological effects) всей этой группы препаратов. Это действие, возможно, заключается в активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (что проявлялось повышением артериального давления, снижением содержания калия и повышением содержания альдостерона и натрия в крови).

Большой научный и практический интерес представляют результаты исследования HJ-CREATE, проводившегося в Японии, в котором оценивали влияние добавления к терапии антагониста рецепторов ангиотензина (АРА) у больных с ангиографически подтвержденной ИБС и артериальной гипертензией. Исследование проводилось с помощью открытого рандомизированного метода: больным основной группы (1024 человек) к терапии добавляли кандесартан, больным контрольной группы (1025 человек) назначали стандартную терапию, в которой отсутствовали АРА. Частота основных коронарных событий (первичная конечная точка) в течение 5 лет наблюдения в целом оказалась одинаковой в обеих группах. Однако в подгруппе больных со сниженной функцией почек кандесартан достоверно снижал вероятность этих осложнений (на 21 %, $p=0,039$). При анализе вторичных конечных точек было отмечено, что кандесартан не влиял на частоту реваскуляризации миокарда, но существенно снижал вероятность появления новых случаев сахарного диабета (на 63 %, $p=0,027$). Побочные действия лекарств достоверно реже регистрировались в группе кандесартана, в первую очередь, за счет значительно реже встречавшегося при лечении кандесартаном кашля. Таким образом, первичная гипотеза о том, что терапия АРА будет в большей степени предупреждать сердечно-сосу-

дистые осложнения, чем ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), в целом, не подтвердилась. Возможно, она верна лишь для определенных категорий больных.

С целью сравнения эффективности ИАПФ и АРА у больных артериальной гипертонией D. Matchar и соавторы проанализировали результаты 61-го сравнительного рандомизированного исследования, каждое из которых включало не менее 20-ти больных и продолжалось не менее 12-ти недель. В качестве ИАПФ чаще всего использовали эналаприл (24 исследования), а в качестве АРА – лозартан (19 исследований). Анализ не выявил никаких различий в выраженности антигипертензивного эффекта ИАПФ и АРА. Частота сердечно-сосудистых осложнений, вероятность развития сахарного диабета, гипертрофии левого желудочка, метаболических нарушений были одинаковыми при лечении обеими группами препаратов. Лишь вероятность возникновения кашля была существенно меньше при назначении АРА, в связи с чем препараты реже отменяли из-за возникновения побочных эффектов.

В исследовании AF-CHF, которое проводилось у 1376-ти больных с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью, сравнивали две тактики лечения. Первая заключалась в контроле синусового ритма с помощью электрической кардиоверсии и антиаритмической терапии (как правило, амиодароном), вторая – в контроле частоты сердечных сокращений с помощью бета-блокаторов и/или дигоксина, при необходимости – имплантации кардиостимулятора или проведении абляции. Обе группы больных получали терапию антикоагулянтами. Кроме того, в обеих группах проводили лечение сердечной недостаточности по современным стандартам. Период наблюдения составил, в среднем, 37 месяцев. Первичная конечная точка (сердечно-сосудистая смерть) была зарегистрирована у 27% больных первой группы и 25% больных второй группы, различия были статистически незначимыми. Частота вторичных конечных точек – общей смертности, развития инсульта, прогрессирования сердечной недостаточности – также была одинаковой в обеих группах больных. Авторы исследования сделали вывод, что, как правило, не следует предпринимать попыток контролировать синусовый ритм у больных с сердечной недостаточностью.

На конгрессе продолжилась недавно начатая дискуссия по поводу целесообразности и безопасности исполь-

зования стентов с лекарственным покрытием у больных с ишемической болезнью сердца. Профессор G. Stone отстаивает точку зрения, что использование стентов с лекарственным покрытием снижает смертность и вероятность инфаркта миокарда по сравнению с использованием биометаллических стентов. Он считает, что данные об отрицательном влиянии стентов с лекарственным покрытием на прогноз жизни больных, приводившиеся на Европейском конгрессе кардиологов в 2006 г. в Барселоне, были методически уязвимы. Окончательный ответ на вопрос, по мнению профессора G. Stone, дадут проспективные контролируемые рандомизированные исследования, которые проводятся в настоящее время. Профессор S. Yusuf поставил вопрос более радикально. По его мнению, дискуссия о том, какой стент лучше, вообще неуместна, поскольку она затмевает более важный вопрос – насколько оправданна тактика рутинного использования стентов при стабильно протекающей ишемической болезни сердца. Ангиопластика улучшает прогноз жизни лишь в двух случаях: при остром инфаркте миокарда, который сопровождается подъемом сегмента ST, и при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST у больных с высоким риском осложнений. По мнению S. Yusuf, ни патофизиологические, ни эпидемиологические данные не оправдывают применения ангиопластики со стентированием при хронической ишемической болезни сердца. Инфаркты миокарда возникают, обычно, в области некротических стенозов, а установка стента может дестабилизировать атеросклеротический процесс, в частности, усилить выраженность эндотелиальной дисфункции. Внимание клиницистов должно быть сосредоточено на повышении качества медикаментозной терапии, направленной как на улучшение прогноза заболевания, так и на ликвидацию его симптомов. Ангиопластику надо делать лишь тогда, когда симптомы сохраняются на фоне максимальной медикаментозной терапии. «Мы нуждаемся в закрытии 50% инвазивных лабораторий и перепрофилировании интервенционных кардиологов в область использования лекарств и изменения образа жизни», – сказал в заключение профессор S. Yusuf.

Подготовил С.Ю. Марцевич

Дополнительную информацию можно получить на странице American Heart Association Scientific Sessions 2007 по адресу: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3044219>