

Потребление кофе безопасно у пациентов с хорошо контролируемой артериальной гипертензией

Известно, что потребление кофе вызывает повышение артериального давления (АД), что может иметь негативные последствия у пациентов с артериальной гипертензией (АГ). В то же время потребление данного напитка имеет доказанные положительные свойства. Например, в некоторых исследованиях, таких как Swedish Cohort Study, Nurses' Health Study, показана связь потребления кофе с более низким риском инсульта.

Чтобы изучить влияние потребления кофе у пациентов с АГ, был проведен метаанализ 5 испытаний, в рамках которых пациенты с хорошо контролируемой АГ употребляли от 200 до 300 мг кофеина в день, что соответствует 1-2 чашкам кофе. Было показано, что сразу после потребления кофе у пациентов повышалось АД в среднем на 8,1/5,6 мм рт. ст. Данный эффект наблюдался в течение 1-го часа и сохранялся на протяжении последующих 3 ч независимо от применения пациентами антигипертензивных препаратов. Однако в исследованиях не было получено доказательств негативного долгосрочного влияния напитка на уровень АД и риск сердечно-сосудистой смерти. Долгосрочное, но незначительное увеличение систолического АД наблюдалось только у пациентов, которые употребляли более 5 чашек кофе в день (в среднем на 5,2 мм рт. ст.).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что потребление кофе не обладает долгосрочным влиянием на АД. Единственным доказанным фактом является то, что потребление кофе или напитков с кофеином непосредственно перед измерением АД в рамках планового осмотра может изменить уровень АД.

Mesas A. et al.
ASH 2011; Abstract PO-67.

Каждый пятый житель земли молодого возраста страдает артериальной гипертензией

Распространенность АГ среди лиц молодого возраста гораздо выше, чем считалось ранее. В национальном продольном исследовании Add Health, финансируемом Национальным институтом здравоохранения США, было показано, что в 2008 г. около 19% лиц в возрасте от 24 до 32 лет имели повышенное АД. Для сравнения: в 2008 г., по данным исследования NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), распространенность АГ в данной популяции составила 4%. Результаты исследования Add Health были представлены в онлайн-версии журнала Epidemiology.

В исследовании Add Health, которое было начато в 1994 г., было включено более 20 тыс. американских подростков. АГ была выявлена у каждого 5-го пациента, при этом среднее значение АД составило 125/79 мм рт. ст. Показатели, полученные в исследовании NHANES, немного отличались: в частности, средний уровень АД у участников испытания равнялся 114/67 мм рт. ст. После внесения поправок на многочисленные характеристики участников, время обследования, использование гипотензивных средств, а также особенности режима питания, потребление кофеина и курение перед измерением АД относительный риск развития АГ в исследовании Add Health по-прежнему был высоким и составил 6,6. Еще более высокая распространенность АГ была показана у жителей стран Латинской Америки и у мужчин, проживающих в странах Карибского бассейна.

Nguyen Q. et al.
Epidemiology 2011; 22: 532-541.

Сравнение эффективности и переносимости двух фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов у пациентов с АГ 2 стадии

На ежегодном заседании Американского общества гипертензии (ASH) были представлены результаты рандомизированного исследования, посвященного сравнению двух фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов у пациентов с АГ 2 ст., а именно комбинации азилсартана медоксомила с хлорталидоном и олмесартана медоксомила с гидрохлортиазидом.

Напомним, что азилсартана медоксомил одобрен Управлением по продуктам питания и лекарственным средствам США (FDA) в качестве монотерапии АГ у взрослых пациентов в феврале текущего года. Решение FDA основано на результатах исследований, которые показали, что данный препарат более эффективен, чем другие блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), в том числе валсартан и олмесартан.

В настоящем исследовании принимали участие пациенты с АГ 2 ст. с исходным уровнем АД от 160 до 190 мм рт. ст. Средний возраст пациентов составлял 57 лет, средний индекс массы тела – 32 кг/м². После окончания отмывочного периода и 2-недельной терапии плацебо пациентов рандомизировали в одну из трех групп терапии:

- азилсартана медоксомил 20 мг + хлорталидон 12,5 мг (АзС20 + ХТД12,5) – 355 пациентов;
- азилсартана медоксомил 40 мг + хлорталидон 12,5 мг (АзС40 + ХТД) – 352 пациента;
- олмесартана медоксомил 20 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг (ОлС20 + ГХТ) – 364 пациента.

Через 4 нед доза любого БРА удваивалась, в результате чего комбинации содержали 40 или 80 мг азилсартана и 40 мг олмесартана. Через 8 нед допускалось удвоение дозы любого диуретика до 25 мг/сут.

Результаты исследования показали, что уровень снижения систолического АД у пациентов, принимаемых комбинацию АзС + ХТД, был на 5-7 мм рт. ст. больше, чем при использовании комбинации ОлС + ГХТ (p<0,001). После 12 нед терапии снижение систолического АД было статистически значимым и составило 42,5 мм рт. ст. в группе низкой дозы и 44 мм рт. ст. в группе высокой дозы азилсартана в комбинации с хлорталидоном по сравнению с 37,1 мм рт. ст. в группе пациентов, которым была назначена комбинация ОлС + ГХТ (во всех случаях p<0,001). Аналогичные результаты были получены при использовании в качестве оценки антигипертензивного эффекта терапии 24-часового мониторинга АД. Также была обнаружена значительная разница в динамике диастолического АД с очевидным преимуществом терапии комбинацией препаратов, содержащих азилсартан.

Показатели переносимости были сопоставимыми в группах пациентов, принимавших АзС40 + ХТД25 и ОлС40 + ГХТ25, при этом частота нежелательных явлений, которые привели к прекращению терапии, составила 8,7 и 7,1% соответственно. В группе Аз80+ ХТД25 частота побочных эффектов была несколько выше – 14,8%. Уровень серьезных нежелательных явлений был в целом низким и достиг 2,8% в группе Аз80 + ХТД, 0,3% в группе АзС40 + ХТД25 и 2,2% в группе ОлС40 + ГХТ25. Частота развития гипокалиемии и гипонатриемии была низкой и при этом незначительно выше у пациентов, которые принимали азилсартана медоксомил.

Таким образом, фиксированная комбинация азилсартана медоксомила с хлорталидоном обладает более выраженным антигипертензивным эффектом по сравнению с комбинацией олмесартана медоксомила с гидрохлортиазидом при сопоставимой частоте побочных эффектов.

Cushman W. et al.
ASH 2011; Abstract LB-OR-03.

Впервые развившаяся фибрилляция предсердий повышает риск смерти у относительно здоровых женщин

Доказано, что фибрилляция предсердий (ФП) тесно связана с риском возникновения инсульта, СН и когнитивной дисфункции. Кроме того, некоторые исследования показали повышенный риск смерти у лиц с ФП, но в основном это подтверждалось для людей старшего возраста.

До настоящего времени было накоплено мало данных о риске неблагоприятных исходов у относительно здоровых лиц с впервые выявленной ФП. Коллектив ученых из Швеции в сотрудничестве с группой американских специалистов провели анализ данных пациенток, принимавших участие в рандомизированном исследовании WHS (Women's Health Study). В этом испытании участвовали женщины, которые с 1993 г. принимали витамин Е и аспирин с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. После завершения исследования в 2004 г. пациенток наблюдали и периодически обследовали вплоть до 2010 г.

В анализ включили данные около 35 тыс. пациенток, которые на момент начала исследования не имели ФП и других сердечно-сосудистых событий в анамнезе. Средний период наблюдения составил 15,4 года, в течение которого у 1011 женщин развилась ФП. Авторы исследования обнаружили, что ФП была связана со значительно более высоким риском смерти от всех причин (10,8 против 3,1 на 1000 человеко-лет для участниц без ФП), сердечно-сосудистой смерти (4,3 против 0,57 на 1000 человеко-лет) и некардиоваскулярной смерти (6,5 против 2,5 на 1000 человеко-лет).

После проведения многофакторного анализа с учетом основных факторов риска ФП по-прежнему ассоциировалась со значительным повышением риска смерти от всех причин, сердечно-сосудистой и некардиоваскулярной смерти (ОР 2,14; 4,18; 1,66 соответственно). Среди участников с пароксизмальной формой ФП, на долю которых приходится более половины пациенток, только относительный риск сердечно-сосудистой смерти имел статистическую значимость (ОР 2,94).

Большинству случаев смерти женщин с ФП предшествовало развитие какого-либо нефатального сердечно-сосудистого события. Следовательно, в случае впервые установленного диагноза ФП существуют потенциальные возможности для улучшения исхода у таких пациенток путем профилактики и оптимального ведения сопутствующих заболеваний и адекватного воздействия на факторы риска.

Ученые также отметили, что среди участниц исследования WHS, у которых впоследствии развилась ФП, имела место высокая распространенность сердечно-сосудистых факторов риска, в том числе гипертензии, гиперхолестеринемии, сахарного диабета; они чаще были курящими и имели индекс массы тела >25 кг/м². Следовательно, они относились к группе высокого риска. Более того, у этих пациенток часто выявляли бессимптомные структурные аномалии при проведении эхокардиографии, например расширение полости левого предсердия (у 41% женщин) и гипертрофию левого желудочка (у 32%), что говорит о вероятном существовании гипертонической болезни.

Таким образом, впервые выявляемая ФП у относительно здоровых женщин среднего возраста значительно повышает общую смертность и риск сердечно-сосудистой, некардиоваскулярной смерти. Результаты исследования были представлены 25 мая в журнале JAMA.

Conen D. et al.
JAMA 2011; 305: 2080-2087.

Блокада ренин-ангиотензиновой системы снижает риск смерти у пациентов с диастолической формой СН

Хотя СН с сохраненной фракцией выброса является известным осложнением длительно текущей АГ и может составлять до половины всех случаев госпитализаций по причине СН, в настоящее время не существует международных руководств по терапии указанной патологии. Поэтому большинство врачей проводят лечение диастолической формы СН аналогично таковому систолической СН, при которой ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы (РАС), такие как ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и БРА, являются препаратами первой линии.

Чтобы убедиться в эффективности такой терапии у пациентов с диастолической СН, был проведен метаанализ 9 исследований, в которых приняли участие 10 224 пациента. Средний возраст пациентов варьировал от 67 до 79 лет, средняя продолжительность периода наблюдения составляла от 6 мес до 5 лет. В рамках исследований пациенты с хронической симптоматической СН и фракцией выброса $\geq 40\%$ получали ИАПФ или БРА в дополнение к стандартной терапии.

Результаты метаанализа показали, что ИАПФ и БРА позволяют улучшить выживаемость пациентов с СН и сохраненной фракцией выброса. Использование ингибиторов РАС в рамках стандартного лечения диастолической формы СН было связано с уменьшением на 24% относительного риска смерти от всех причин (ОР 0,76). Прием ИАПФ снижал риск смерти от всех причин на 31% (ОР 0,69). Также была показана тенденция к снижению риска повторных госпитализаций по поводу СН, хотя ассоциация была статистически недостоверной (ОР 0,90).

Таким образом, в отсутствие клинических руководств по терапии диастолической СН результаты данного исследования подтверждают целесообразность использования ингибиторов РАС в качестве препаратов первой линии.

Agarwal V. et al.
ASH 2011; Abstract PO-200.

Подготовила **Ольга Татаренко**