

КАРДИОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Нужна ли антигипертензивная терапия пациентам с нормальным АД?

Многочисленные наблюдательные исследования показали, что пациенты даже с незначительным повышением систолического артериального давления (АД) имеют повышенный кардиоваскулярный риск. У 37% лиц с прегипертензией (АД 130-139/86-89 мм рт. ст.) старше 35 лет в течение последующих 4 лет развивается артериальная гипертензия, тогда как среди населения того же возраста, но с нормальным АД заболевание возникает в 2 раза реже (у 17%). Прегипертензия также ассоциируется с увеличением риска инфаркта миокарда (ИМ) и ишемической болезни сердца (ИБС), а также с субклиническим атеросклерозом и поражением органов-мишеней.

Результаты ранее проведенных исследований относительно целесообразности антигипертензивной терапии (АТ) у пациентов с прегипертензией были неоднозначными. Учитывая этот факт, американские ученые провели метаанализ клинических испытаний с участием пациентов с прегипертензией, которые в рамках исследования принимали различные антигипертензивные препараты.

Поиск научных работ, опубликованных с 1950 г., выявил 25 рандомизированных контролируемых клинических испытаний, в которых изучали роль АТ в первичной или вторичной профилактике сердечно-сосудистых событий у больных с АД <140/90 мм рт. ст. В целом в исследованиях приняли участие 64 162 пациента, период наблюдения варьировал от 1,5 до 63 мес. Критерии включения в различных испытаниях были разными, однако везде для участия требовалось наличие в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), инсульта, ИМ или эквивалента ССЗ, например сахарного диабета 2 типа. АТ также была разной и включала β -блокаторы, антагонисты кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина и диуретики.

Результаты метаанализа отчетливо показали значимый клинический эффект АТ у пациентов с ССЗ и АД <140/90 мм рт. ст. Так, по сравнению с контрольной группой у участников исследования, получавших антигипертензивные препараты, наблюдалось значительное снижение относительного риска инсульта (-23%), ИМ (-20%), хронической сердечной недостаточности (-29%), ССЗ (-15%) и смертности по причине ССЗ (-17%), а также смертности от всех причин (-13%). Абсолютное снижение риска, выраженное в виде количества событий на 1000 человек, показало статистически значимое преимущество АТ в отношении всех конечных точек, за исключением ИМ (в среднем -13,3%).

Таким образом, прием антигипертензивных препаратов пациентами с ССЗ, показатели АД которых не превышают норму, позволяет значительно снизить риск сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Следует отметить, что анализ не показал, являются ли наблюдаемые преимущества АТ результатом снижения АД или следствием другого механизма действия препаратов. Также не изучены последствия АТ для пациентов с прегипертензией, но без ССЗ в анамнезе. Для получения ответов на эти вопросы требуется проведение дополнительных рандомизированных исследований.

[Johnson A.M. et al.
JAMA 2011 305: 913-922.](#)

Новые доказательства о пользе умеренного потребления алкоголя

Положительная роль умеренного потребления алкоголя для предотвращения ССЗ – давно установленный факт. Это еще раз подтвердили канадские ученые, под руководством которых было проведено два метаанализа. В первом изучали влияние потребления алкоголя на показатели заболеваемости и смертности по причине ССЗ, ИБС и инсульта; во втором – взаимосвязь между потреблением алкоголя и уровнем специфических биомаркеров, свидетельствующих о повышении риска ИБС.

Для проведения первого метаанализа ученые провели обзор 84 проспективных когортных исследований, опубликованных за период с 1950 по 2009 год, обнаружив, что потребление алкоголя в небольших количествах приводит к снижению относительного риска сердечно-сосудистой смертности на 25%. Кроме того, умеренное потребление алкоголя ассоциировалось с 29% снижением относительного риска развития ИБС и с 25% снижением риска смертности от данного заболевания. В то же время связи между показателями заболеваемости и смертности по причине инсульта и потреблением алкоголя не выявлено.

Анализ кривой «доза-реакция» показал, что снижение риска смертности в результате ИБС наблюдается лишь у пациентов, которые употребляли от 12,5 до 25 г этанола в сутки. В то же время риск смертности от инсульта при увеличении этой дозы алкоголя повышался.

В ходе второго метаанализа были изучены данные 63 исследований, в которых сравнивали уровни 21 биомаркера ИБС у пациентов после употребления алкоголя и после периода абстиненции, динамику показателей липидного профиля, маркеров воспаления, эндотелиальной функции и др. Исследователи обнаружили, что умеренное употребление алкоголя приводило к благоприятным изменениям нескольких биомаркеров, связанных с риском развития ИБС, а именно:

- повышению уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в среднем на 0,094 ммоль/л (3,63 мг/дл);
- повышению уровня аполипопротеина А1 в среднем на 0,101 г/л;
- повышению уровня адипонектина в среднем на 0,56 мл/л;
- снижению уровня фибриногена в среднем на 0,20 г/л.

Подобное влияние на вышеуказанные биомаркеры имели различные алкогольные напитки. Это свидетельствует о том, что эффект имеет непосредственно спирт, а не конкретные составляющие напитков.

[Ronksley P.E. et al.
BMJ 2011 342: d671.](#)

Фибрилляция предсердий как фактор риска деменции и прогрессирования когнитивных нарушений

Ученые из Великобритании провели метаанализ, целью которого было изучить взаимосвязь фибрилляции предсердий (ФП) с развитием деменции. Всего в анализ были включены 15 исследований, охвативших в общей сложности 46 637 пациентов, средний возраст которых составил 72 года.

В одном из испытаний существенной динамики в показателях MMSE (Mini-mental State Examination) у пациентов с ФП в течение 36 мес наблюдения обнаружено не было ($p=0,55$). В то же время объединенные результаты остальных 14 исследований показали двукратное увеличение риска развития деменции у больных с ФП (95% ДИ 1,4-2,7). У пациентов с ФП, перенесших инсульт, риск деменции был еще выше (ОР 2,4; $p<0,001$). Кроме того, была показана существенная связь между ФП и прогрессированием легкого когнитивного расстройства в деменцию (ОР 4,6; 95% ДИ 1,7-12,5).

Таким образом, ФП может увеличивать риск развития деменции у пожилых людей, особенно перенесших инсульт. По мнению авторов исследования, причиной деменции у пациентов с ФП могут быть изменения сердечного выброса, что повышает риск развития тромбоэмболических осложнений и хронической ишемии головного мозга.

[Kwok C.S. et al.
Neurology 2011 76: 914-922.](#)

Оптимальная схема назначения диуретиков при хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации: результаты рандомизированного исследования DOSE

Острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН) является основной причиной госпитализации пациентов старше 65 лет. Важным компонентом их лечения является внутривенное введение петлевых диуретиков. Несмотря на многолетний клинический опыт применения препаратов этой группы, только несколько проспективных исследований предоставили данные для научно обоснованного подхода к использованию петлевых диуретиков у больных с ХСН в стадии декомпенсации.

Современные клинические рекомендации по применению указанных препаратов у таких пациентов в значительной степени основаны на мнениях экспертов, а не на результатах масштабных рандомизированных клинических испытаний, что послужило поводом для разногласий. Неопределенность существует также в отношении дозирования и способа введения петлевых диуретиков. Согласно результатам некоторых исследований, применение более высоких доз препаратов связано с повышением риска развития побочных реакций, хотя не исключают и взаимосвязь данного явления с исходно более тяжелым состоянием пациентов.

Для изучения данного вопроса американские ученые провели проспективное рандомизированное двойное слепое исследование DOSE (Diuretic Optimization Strategies Evaluation trial). В него были включены больные, госпитализированные в течение первых 24 ч после начала острой декомпенсированной сердечной недостаточности. Критериями включения в испытание служили наличие в анамнезе ХСН и прием петлевого диуретика, по крайней мере, за 1 мес до госпитализации (фуросемида 80-240 мг/сут или другого препарата в эквивалентной дозе).

Пациенты были рандомизированы на четыре группы лечения фуросемидом или его эквивалентами: болюсного или инфузионного введения низких доз препарата, что соответствовало суточной пероральной дозе, а также болюсного или инфузионного введения высоких доз препарата, в 2,5 раза превышавшего суточную пероральную дозу. В заключительный анализ включили данные 308 больных из 26 клинических центров США и Канады. Средний возраст пациентов составил 66 лет, из них 73% были мужчинами. Средняя фракция выброса левого желудочка участников исследования составила 35%.

Обнаружили, что как непрерывная инфузия, так и болюсное введение петлевых диуретиков одинаково эффективно при терапии больных с декомпенсированной ХСН. Назначение петлевого диуретика в высокой дозе приводило к более выраженному снижению массы тела и выраженности одышки, при этом среднее снижение уровня креатинина в сыворотке крови составило 0,08 мг/дл при назначении лекарственного средства в высокой дозе и 0,04 мг/дл – в более низкой дозе ($p=0,21$). Серьезные неблагоприятные события значительно чаще наблюдались у пациентов в группах лечения низкими дозами препарата (50 против 38%; $p=0,03$). Средняя продолжительность пребывания в стационаре, уровень смертности, частота повторной госпитализации в отделение кардиологии или интенсивной терапии среди пациентов различных групп были сопоставимы.

Результаты исследования не согласуются с предыдущими наблюдениями и свидетельствуют о том, что болюсное введение диуретиков не оказывает отрицательного влияния на функцию почек, а среднее изменение уровня креатинина в сыворотке крови сопоставимо с таковым в случае непрерывной инфузии.

Одним из возможных объяснений отсутствия существенных различий эффективности терапии диуретиками с помощью болюсного введения и непрерывной инфузии является тот факт, что пациентам в группах болюсного введения также проводили непрерывное инфузионное вливание плацебо. Эта особенность дизайна исследования была запланирована в целях увеличения продолжительности времени, в течение которого пациенты пребывали в горизонтальном положении. Как известно, это положение способствует повышению диуреза.

[Felker G.D. et al.
N Engl J Med 2011; 364: 797-805.](#)

Подготовила **Ольга Татаренко**