

Подбор антигипертензивной терапии у пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий

Практикующему врачу хорошо известно, что артериальная гипертензия (АГ) – это основной фактор риска развития многих сердечно-сосудистых заболеваний: инфаркта миокарда, инсульта, ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности. Кроме того, все больше данных говорит о тесной связи АГ с увеличением частоты развития фибрилляции предсердий. Учитывая, что сегодня распространенность АГ среди взрослого населения составляет 30–45% и увеличивается с возрастом, достигая 60% и выше у лиц старше 60 лет, а к 2025 г. число пациентов с АГ увеличится на 15–20% и достигнет почти 1,5 млрд [1], вопрос о правильном подборе антигипертензивной терапии с учетом сопутствующих состояний представляется актуальным как никогда.

Каковы этиологические и патогенетические аспекты взаимосвязи между АГ и ИБС? Во-первых, оба заболевания имеют одинаковые факторы риска: курение, избыточная масса тела, повышенное потребление соли, пол, возраст. Во-вторых, в основе как АГ, так и ИБС лежит эндотелиальная дисфункция. Нарушение равновесия между прессорной и депрессорной системами регуляции тонуса сосудов сначала приводит к повышению уровня АД, а затем стимулирует процессы ремоделирования сердечно-сосудистой системы. В коронарных артериях эндотелиальная дисфункция способствует атерогенезу – формированию и дестабилизации бляшки, ее разрыву и развитию инфаркта миокарда [2].

Причиной развития фибрилляции предсердий при АГ становится ремоделирование сердца, гипертрофия левого желудочка, что приводит к увеличению его ригидности и ухудшению диастолического расслабления и как следствие – повышению давления в левом предсердии и его дилатация. Специалисты отмечают, что при АГ происходят изменение числа и размеров кардиомиоцитов, гипертрофия, воспаление, развитие жировой дегенерации, накопление внеклеточного матрикса и формирование фиброза – одного из основ структурного и функционального ремоделирования предсердий при их фибрилляции [3].

Какие препараты можно назначить пациентам с АГ и ИБС? β-Блокаторы считаются препаратами первого выбора при отсутствии противопоказаний у пациентов, перенесших инфаркт (уровень доказанности А) и без предшествующего инфаркта. Показано, что β-блокаторы уменьшают сердечно-сосудистую смертность больных АГ и ИБС, увеличивают выживаемость после перенесенного инфаркта миокарда, снижают риск развития повторного заболевания, а также инсульта и сердечной недостаточности у пациентов с АГ [2]. β-Блокаторы эффективны в борьбе со стенокардией напряжения, они повышают толерантность к физической нагрузке и снижают как симптоматическую, так и бессимптомную ишемию миокарда [4]. А при фибрилляции предсердий кардиоселективные β-блокаторы (например, метопролола сукцинат) выступают как средства контроля частоты желудочковых сокращений у паци-

ентов с фибрилляцией предсердий [5]. В отличие от бисопролола и небиволола именно метопролол входит в стандарты медицинской помощи взрослым при фибрилляции предсердий [6] и в отличие от упомянутых препаратов имеет в официальных показаниях фибрилляцию предсердий и нарушение ритма сердца [7–9].

Для терапии АГ рекомендованы пролонгированные препараты, обеспечивающие лучшую приверженность терапии и более стабильный контроль артериального давления. К таким относится оригинальный препарат Беталок® ЗОК (компания «АстраЗенека») – препарат метопролола сукцината с замедленным высвобождением и наиболее широким спектром официальных показаний [4].

Исследования продемонстрировали, что селективный β-блокатор Беталок ЗОК является эффективным антиишемическим и антигипертензивным средством для профилактики стабильной стенокардии, ассоциируемой с постинфарктной дисфункцией сердца, положительно влияет на функцию левого желудочка [10], а назначение метопролола сукцината при АГ в составе комбинированной терапии фибрилляции предсердий способствует не только более эффективному контролю уровня артериального давления, но и предупреждению пароксизмов фибрилляции предсердий у большинства пациентов, приводит к нормализации показателей вариабельности ритма сердца, положительно влияет на процессы ремоделирования миокарда различных камер сердца [11].

Литература

1. Клинические рекомендации. Артериальная гипертензия у взрослых. 2020.
2. Подзолков В.И., Булатов В.А., Можарова Л.Г., Хомицкая Ю.В. Лечение артериальной гипертонии и ИБС: две болезни – единый подход. РМЖ. 2003; 28: 1568.
3. Баранова Е.И. Фибрилляция предсердий у больных артериальной гипертонией. Артериальная гипертензия. 2011; 17 (4): 293–304.
4. Смирнова М.Д., Агеев Ф.Т. Алгоритм подбора антигипертензивной терапии, место бета-блокаторов пролонгированного действия. РМЖ. 2018; 11 (1): 42–6.
5. Макляков Ю.С., Бицуев В.Г., Шарданов Н.А. и др. Фармакоэкономический анализ эффективности антиаритмической терапии бета-адреноблокаторами при постоянной форме фибрилляции предсердий. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2010; 1 (33): 35–7.
6. Приказ Минздрава России от 12.05.2021 N435н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при фибрилляции и трепетании предсердий (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.06.2021 N 63776).
7. Инструкция по применению Беталок ЗОК https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=f1b4036d-8d4f-494b-b873-f586acac1625. Доступ от 11-06-2024.
8. Инструкция по применению Бисопролола. https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=b592a084-be15-45c8-adbc-784adee63012. Доступ от 11-06-2024.
9. Инструкция по применению Небиволола. https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=0be3ed1c-22fb-486f-af81-4ed574970851. Доступ от 11-06-2024.
10. Тепляков А.Т., Дьякова М.Л., Кузнецова А.В. и др. Антиишемические и гемодинамические эффекты, безопасность применения β-адреноблокатора Беталок ЗОК у больных с постинфарктной дисфункцией сердца. Сибирский научный медицинский журнал. 2006; 1: 8–12.
11. Старичков С.А., Миллер О.Н., Скурихина О.Н. Возможности комбинированной терапии в профилактике пароксизмов фибрилляции предсердий у больных артериальной гипертензией. Вестник аритмологии. 2007; 47 (47): 10–4.