

Лечение артериальной гипертензии у пациентов с ишемической болезнью сердца

Рекомендации Американской ассоциации сердца¹, Американской коллегии кардиологов² и Американского общества специалистов по артериальной гипертензии³ (2015 г.)

Обновленные рекомендации созданы на основе публикаций последних лет, посвященных проблемам предотвращения развития ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), а также ведению пациентов с АГ, страдающих ИБС. Специалисты найдут в них ответы на следующие вопросы:

- Каковы адекватные целевые значения систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) у пациентов с установленным диагнозом ИБС?
- Являются ли положительные эффекты лечения просто «функцией» снижения артериального давления (АД) или же препаратам определенных классов присущи уникальные защитные свойства в дополнение к снижению АД?
- Существуют ли антигипертензивные препараты, особо эффективные для вторичной профилактики ИБС?
- Какие антигипертензивные препараты должны использоваться у пациентов с ИБС, страдающих стабильной стенокардией; у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), который включает в себя нестабильную стенокардию, инфаркт миокарда (ИМ) с/без подъема ST-сегмента; у пациентов с сердечной недостаточностью, вызванной ИБС?

ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

1. Целевое значение АД < 140/90 мм рт. ст. является обоснованным для вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий у пациентов с арте-

риальной гипертензией и ИБС (класс Па, уровень доказательности В)⁴.

2. Более низкое целевое значение АД (< 130/80 мм рт. ст.) может быть обоснованным для некоторых лиц с ИБС, перенесших ИМ / инсульт / транзиторную ишемическую атаку или подверженных риску, эквивалентному развитию ИБС (патология сонной артерии, заболевание периферических артерий, аневризма брюшной аорты) (Пб, В).

3. У пациентов с повышенным ДАД и ИБС с признаками ишемии миокарда АД следует снижать медленно; рекомендована осторожность при стимулировании снижения ДАД до < 60 мм рт. ст. у пациентов с сахарным диабетом или старше 60 лет. У лиц старшего возраста, страдающих АГ и имеющих широкий диапазон пульсового давления, снижение САД может привести к очень низким значениям ДАД (< 60 мм рт. ст.). Это должно побудить врача к тщательной оценке любых неблагоприятных симптомов, особенно обусловленных ишемией миокарда (Па, С).

ОСНОВЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ

1. Схема лечения пациентов с АГ и хронической стабильной стенокардией должна включать:

- β-блокаторы у лиц, перенесших ИМ;
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), если пациент перенес ИМ, страдает систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ), сахарным диабетом, или хронической почечной недостаточностью (ХПН);
- тиазидные или тиазидоподобные диуретики (I, A).

¹ American Heart Association (AHA).

² American College of Cardiology (ACC).

³ American Society of Hypertension (ASH).

⁴ Здесь и далее по тексту в скобках после рекомендаций указаны класс рекомендации и уровень доказательности в соответствии с требованиями АНА.

2. Возможность применения комбинации β -блокаторов, ИАПФ или БРА и тиазидных/ тиазидоподобных диуретиков может рассматриваться и при отсутствии в анамнезе ИМ, систолической дисфункции ЛЖ, сахарного диабета или ХПН с протеинурией (IIa, B).

3. Если β -блокаторы противопоказаны или вызывают непереносимые побочные реакции, их можно заменить недигидропиридиновыми блокаторами кальциевых каналов (БКК) (например, дилтиаземом или верапамилом), но не при наличии дисфункции ЛЖ (IIa, B).

4. Если стенокардия или АГ остаются неконтролируемыми, дигидропиридиновые БКК длительного действия могут быть добавлены к основной схеме терапии β -блокаторами, ИАПФ и тиазидными/ тиазидоподобными диуретиками. У пациентов с симптоматической ИБС и АГ следует использовать с осторожностью комбинацию β -блокатора и любого недигидропиридинового БКК (верапамила или дилтиазема) из-за повышенного риска значительных брадиаритмий и сердечной недостаточности (IIa, B).

5. Для пациентов со стабильной стенокардией целевое АД составляет $< 140/90$ мм рт. ст. (I, A). Однако необходимость более низкого целевого значения АД ($< 130/80$ мм рт. ст.) может рассматриваться для некоторых лиц с ИБС, перенесших инсульт / транзиторную ишемическую атаку или подверженных риску, эквивалентному развитию ИБС (патология сонной артерии, заболевание периферических артерий, аневризма брюшной аорты) (IIb, B).

6. Относительно использования антитромбоцитарных или антикоагулянтных препаратов у больных АГ особых противопоказаний нет, за исключением того, что у пациентов с неконтролируемой тяжелой АГ, принимающих антитромбоцитарные средства или антикоагулянты, АД следует снижать незамедлительно, чтобы снизить риск развития геморрагического инсульта (IIa, C).

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

1. В отсутствие противопоказаний к применению β -блокаторов начальная терапия АГ у пациентов с ОКС должна включать селективный β_1 -адреноблокатор короткого действия без внутренней симпатомиметической активности (метопролол тартрат или бисопролол). Терапию β -блокатором, как правило, следует начинать с применения пероральной формы препарата в течение 24 часов после проявления симптомов (I, A). У пациентов с тяжелой АГ или сохраняющейся ишемией следует рассмотреть возможность применения β -блокатора (эсмолол) внутривенно (IIa, B). У пациентов с гемодинамической нестабильностью или декомпенсированной сердечной недостаточностью начало терапии β -блокаторами следует отложить до достижения стабилизации состояния (I, A).

2. Следует рассмотреть возможность применения нитратов у больных с ОКС и АГ для снижения АД или облегчения проявлений ишемии / застоя крови в легких (I, C). Следует избегать использования нитратов у пациентов с подозрением на инфаркт правого желудочка и у гемодинамически нестабильных больных. Для начальной терапии предпочтительно применять нитроглицерин сублингвально или внутривенно; впоследствии при наличии показаний возможен переход на препарат более длительного действия.

3. При наличии противопоказаний к применению β -блокаторов или тяжелых побочных реакций у пациентов с сохраняющейся ишемией их можно заменить на недигидропиридиновые БКК, такие как верапамил или дилтиазем, при условии отсутствия дисфункции ЛЖ или сердечной недостаточности. Если контроля стенокардии/АГ не удастся достичь монотерапией β -блокатором, к схеме терапии после оптимального использования ИАПФ могут быть добавлены длительно действующие дигидропиридиновые БКК (IIa, B).

4. К схеме лечения следует добавить ИАПФ (I, A) или БРА (I, B), если: пациент перенес ИМ, гипертензия сохраняется, имеются свидетельства дисфункции ЛЖ или сердечной недостаточности или пациент страдает сахарным диабетом. Для пациентов с меньшим риском ОКС, у которых сохранена фракция выброса ЛЖ и нет сахарного диабета, ИАПФ могут быть рассмотрены как препарат первой линии для контроля АД (IIa, A).

5. Антагонисты альдостерона показаны пациентам, которые уже получают β -блокаторы и ИАПФ после ИМ и страдают дисфункцией ЛЖ, а также сердечной недостаточностью / сахарным диабетом. Лечение должно сопровождаться контролем уровня калия в сыворотке. Применения антагонистов альдостерона следует избегать у пациентов с повышенными уровнями в сыворотке крови креатинина ($\geq 2,5$ мг/дл у мужчин, $\geq 2,0$ мг/дл у женщин) или калия ($\geq 5,0$ мг-экв/л) (I, A).

6. У пациентов с ОКС, страдающих сердечной недостаточностью (класс III или IV согласно NYHA), или пациентов с ХПН и скоростью клубочковой фильтрации < 30 мл/мин предпочтительнее использовать петлевые диуретики, а не тиазидные/ тиазидоподобные. Некоторым пациентам с персистирующей гипертензией, не контролируемой приемом β -блокаторов, ИАПФ и антагонистов альдостерона, для достижения контроля АД к схеме лечения могут быть добавлены тиазидные/ тиазидоподобные диуретики (I, B).

7. У гемодинамически стабильных пациентов с ОКС целевым является значение АД $< 140/90$ мм рт. ст. (IIa, C). На момент выписки больного целесообразно достижение АД $< 130/80$ мм рт. ст. (IIb, C). АД следует снижать медленно и с осторожностью, избегая уменьшения ДАД < 60 мм рт. ст., так как это может привести к снижению коронарной перфузии и усугублению ишемии.

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

1. Лечение АГ у больных с сердечной недостаточностью должно включать мониторинг таких факторов риска, как дислипидемия, ожирение, сахарный диабет, курение, потребление натрия с пищей и тщательно контролируемая программа физических упражнений (I, C).

2. Препараты с доказанной способностью улучшать состояние пациентов с сердечной недостаточностью, имеющих сниженную фракцию выброса, как правило, способствуют также снижению АД. Пациенты должны получать терапию ИАПФ (или БРА), β -блокаторами (карведилол, метопролол сукцинат, бисопролол или небиволол) и антагонистами рецепторов альдостерона (I, A).

3. Тиазидные/тиазидоподобные диуретики следует использовать для контроля АД, а также для устранения объемной перегрузки и связанных с ней симптомов. Петлевые диуретики следует использовать для контроля волемии у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью (III и IV класса согласно NYHA) или с тяжелой почечной недостаточностью (скорость клубочковой фильтрации < 30 мл/мин), однако они менее эффективны для снижения АД, чем тиазидные/тиазидоподобные диуретики. Диуретики следует использовать вместе с ИАПФ или БРА и β -блокатором (I, C).

4. Исследования показали, что применение ИАПФ или БРА кандесартана или валсартана у пациентов с сердечной недостаточностью и пониженной фракцией выброса одинаково полезно. Препараты любого из этих классов эффективны для снижения АД (I, A).

5. Было показано, что терапия антагонистами рецепторов альдостерона спиронолактоном и эплереноном обеспечивает преимущества пациентам с сердечной недостаточностью; эти препараты следует включить в схему лечения при наличии сердечной недостаточности II-IV класса согласно NYHA с уменьшенной фракцией выброса (< 40%). Любой из них может быть заменен на тиазидный диуретик у пациентов, которым требуется принимать калийсберегающий препарат. Если антагонист рецепторов альдостерона назначают вместе с ИАПФ или БРА либо пациент страдает почечной недостаточностью, следует тщательно контролировать содержание калия в сыворотке. Однако эти препараты не должны использоваться, если уровень креатинина в сыворотке крови составляет $\geq 2,5$ мг/дл у мужчин и $\geq 2,0$ мг/дл у женщин или если уровень сывороточного калия равен 5,0 мг-экв/л и более. Спинонолактон или эплеренон могут использоваться с тиазидными/тиазидоподобными диуретиками, в частности у пациентов с резистентной АГ (I, A).

6. Гидралазин в комбинации с изосорбида динитратом следует добавить к схеме приема диуретика, ИАПФ/БРА и β -блокатора пациентам-афроамериканцам с сердечной недостаточностью III-IV клас-

са согласно NYHA и сниженной фракцией выброса (I, A). Польза от аналогичного применения других препаратов пока не доказана.

7. У пациентов с АГ и сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса рекомендовано контролировать систолическую и диастолическую гипертензию (I, A), частоту сердечных сокращений при наличии фибрилляции предсердий (I, C), застой крови в легких и периферические отеки (I, C).

8. Использование β -блокаторов, ИАПФ, БРА или БКК у больных с сердечной недостаточностью при сохраненной фракции выброса и гипертензии может быть эффективным для уменьшения проявления симптомов сердечной недостаточности (IIb, C).

9. При ИБС принципы терапии острой АГ с отеком легких подобны таковым при ИМ с/без подъема ST-сегмента (I, A). Если пациент гемодинамически нестабилен, инициирование этих методов должно быть отложено до достижения стабилизации состояния больного с сердечной недостаточностью.

10. Препаратами, применения которых следует избегать у больных с АГ и сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса, являются недигидропиридиновые БКК (например, верапамил и дилтиазем), клонидин, моксонидин и гидралазин без нитратов (III – вред; B). α -Адреноблокаторы, такие как доксазозин следует применять только в том случае, если другие препараты для лечения АГ и сердечной недостаточности не позволяют достичь контроля АД при использовании в максимальных переносимых дозах. Нестероидные противовоспалительные препараты также следует использовать с осторожностью для этой группы пациентов, учитывая их воздействие на АД, волемию и функцию почек (IIa, B).

11. Целевым считается АД < 140/90 мм рт. ст., однако может быть рассмотрено дополнительное снижение АД, даже < 130/80 мм рт. ст. у пациентов с повышенным ДАД, которые страдают ИБС и сердечной недостаточностью с признаками ишемии миокарда, АД следует снижать медленно. У лиц старшего возраста, страдающих АГ и имеющих широкий диапазон пульсового давления, снижение САД может привести к очень низким значениям ДАД (< 60 мм рт. ст.). Это должно побудить врача к тщательной оценке любых неблагоприятных симптомов, особенно обусловленных ишемией миокарда и прогрессированием сердечной недостаточности (IIa, B). Лица старше 80 лет должны быть проверены на наличие ортостатических изменений при вставании; у них следует избегать значений САД < 130 мм рт. ст. и ДАД < 65 мм рт. ст.

Реферативный обзор подготовила Наталия Купко по материалам: Rosendorff C., Lackland D.T., Allison M. et al. Treatment of hypertension in patients with coronary artery disease. A scientific statement from the American Heart Association, American College of Cardiology, and American Society of Hypertension. Hypertension. 2015; 65: 1372-1407