

Оптимальна доза та вибір β -блокаторів у пацієнтів із гострим коронарним синдромом після черезшкірного коронарного втручання (огляд дослідження)

Доцільність клінічного застосування β -адреноблокаторів у сучасну епоху реперфузійної терапії визначена недостатньо. Роль β -блокаторів у терапії гострого коронарного синдрому (ГКС) була здебільшого встановлена в старих дослідженнях дореперфузійного періоду.

Нещодавно проведено дослідження впливу β -адреноблокаторів на виникнення ускладнень при ГКС після черезшкірного коронарного втручання. З реєстру Grand-DES (Grand Drug-Eluting Stent), який містить дані щодо пацієнтів після стентування коронарних артерій елютинг-стентами з 5 центрів у Південній Кореї, було вибрано та проаналізовано 6690 пацієнтів із ГКС. Дані щодо дози та типу β -адреноблокаторів аналізували тричі на місяць після

виписки. Теоретично дозу β -адреноблокаторів слід титрувати до так званих повних доз, що застосовувалися в рандомізованих клінічних дослідженнях. Однак, через потенційні несприятливі гемодинамічні ефекти β -адреноблокаторів, дози цих препаратів, що використовуються в повсякденній клінічній практиці, істотно нижчі за цільові. Тому в даному дослідженні пацієнтів поділили на групи за середнім значенням призначеної дози β -адреноблокатора під час спостереження: $\geq 50\%$ (висока доза), $\geq 25\%$ до $< 50\%$ (середня доза) та $< 25\%$ (низька доза) від повної дози, а також з урахуванням наявності чи відсутності вазодилатуючих властивостей препаратів. При цьому повні дози препаратів склали: метопролол – 200 мг/добу, карведилол – 50 мг / добу, пропранолол

Таблиця. 1. Порівняння клінічних результатів терапії при застосуванні різних доз β -адреноблокаторів (абс., %)

Ускладнення	Високі дози (n = 562)	Середні дози (n = 1,772)	Низькі дози (n = 2713)	Середні дози vs високі (ВР з 95% ДІ)	P	Середні дози vs низькі (ВР з 95% ДІ)	P
Всі летальні випадки	29 (5.2%)	48 (2.7%)	125 (4.6%)	0.65 (0.40–1.07)	0.124	0.59 (0.42–0.82)	0.005
Серцева смерть	18 (3.2%)	22 (1.2%)	74 (2.7%)	0.49 (0.25–0.96)	0.039	0.46 (0.29–0.74)	0.002
Інфаркт міокарда	13 (2.3%)	21 (1.2%)	36 (1.3%)	1.05 (0.46–2.39)	0.999	1.02 (0.61–1.70)	0.794

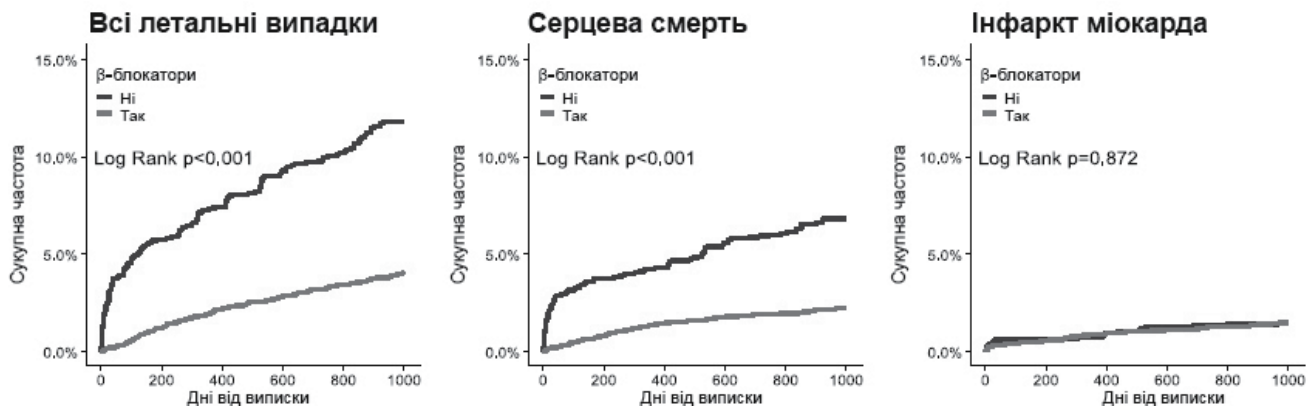


Рис. 1. Сукупний ризик ускладнень залежно від наявності або відсутності терапії β -адреноблокаторами. Пацієнти, які отримували β -адреноблокатори, мали менший ризик смерті від усіх причин (-71 %) та серцевої смерті (-73 %) порівняно з тими, хто не отримував β -адреноблокатори.

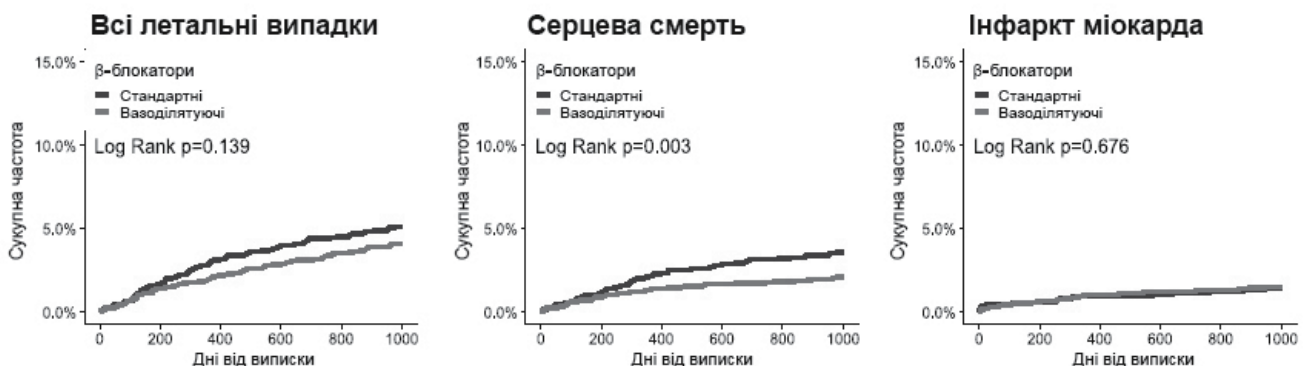


Рис. 2. Кумулятивний ризик ускладнень на фоні терапії вазодилатуючими та невазодилатуючими β -блокаторами. Терапія вазодилатуючими β -адреноблокаторами асоціювалася з меншим ризиком серцевої смерті, порівняно з групою невазодилатуючих β -адреноблокаторів.

160 – мг/добу, бісопролол – 10 мг/добу, атенолол – 100 мг/добу, небіволол – 10 мг/добу, бетаксоллол – 40 мг / добу та бевантолол – 200 мг / добу. Оцінювали кумулятивний трирічний ризик смерті від усіх причин, серцевої смерті та інфаркту міокарда. Терапія β-адреноблокаторами була пов'язана з меншим ризиком загальної та серцевої смерті, порівняно з тими, хто не отримувал даний клас препаратів (скориговане співвідношення ризиків (BP) 0,29, 95 % довірчий інтервал (ДІ) 0,24 – 0,35 стосовно смерті від усіх причин; BP 0,27 з 95 % ДІ 0,21 – 0,34 щодо показника серцевої смертності). Група терапії β-блокаторами в середніх дозах була пов'язана з меншим ризиком серцевої смерті, порівняно з групами, в яких застосовувалися високі та низькі дози β-адреноблокаторів (BP 0,49, 95 % ДІ 0,25 – 0,96, для високих доз; BP 0,46, 95% ДІ від 0,29 – 0,74, для низьких доз). Порівняння клінічних результатів терапії при засто-

суванні різних доз β-адреноблокаторів наведено в таблиці 1. У групі пацієнтів, які отримували вазодилатуючі β-адреноблокатори, було виявлено менший ризик серцевої смерті (-42 %), порівняно з тими, хто отримувал звичайні β-адреноблокатори (BP 0,58, 95 % ДІ 0,40 – 0,84).

Отже, терапія β-адреноблокаторами асоціювалася з кращими клінічними результатами у пацієнтів з ГКС, особливо при застосуванні середніх доз та судинорозширювальних β-адреноблокаторів.

Підготував доц. Лазарев П.О. (Київ) за матеріалами публікації J. Park et al. Optimal Dose and Type of β-blockers in Patients With Acute Coronary Syndrome Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. The American Journal of Cardiology, V 137, 15 December 2020: 12-19.