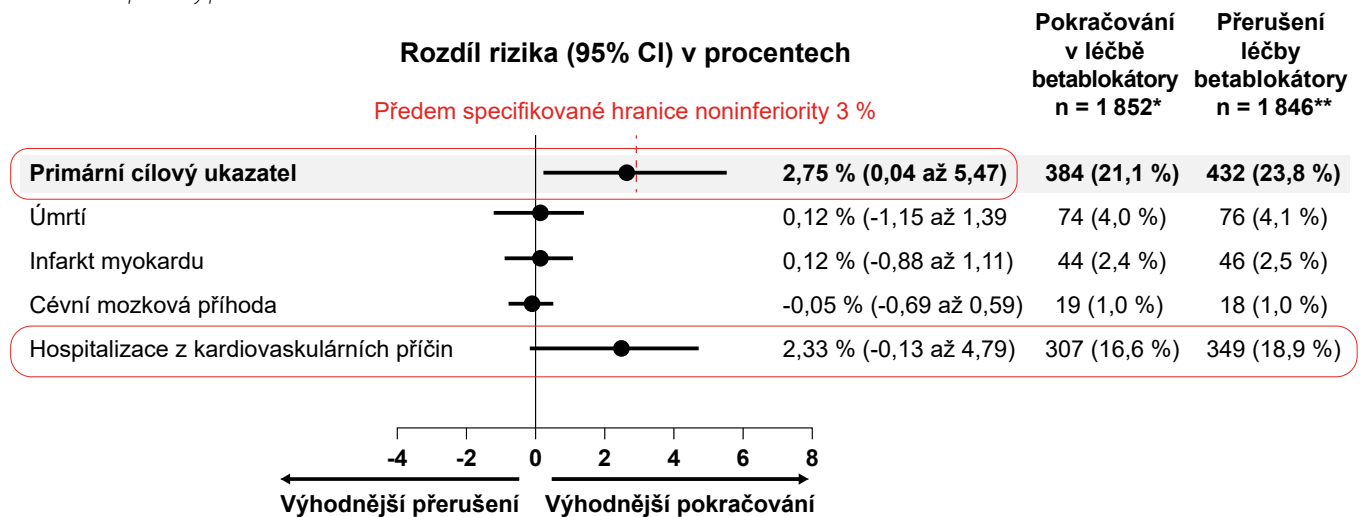


Obr. 4. Komponenty primárního cílového ukazatele ve studii ABYSS

u nemocných se zachovanou EFLK, na rozdíl od nemocných s mírně sníženou EFLK, kteří měli z léčby betablokátorů prospěch.

O výše zmíněné metaanalýze se velmi kriticky zmínil i ve svém letošním komentáři autoři studie ABYSS (19). Poukázali na to, že většina z 24 studií byla observačních (pouze tři randomizované kontrolované studie), užívání betablokátorů v nich bylo spojeno s významným 11% snížením mortality ze všech příčin (HR 0,89; 95% CI, 0,81–0,97) ve srovnání s nepoužitím betablokátorů. Tento benefit byl výraznější u nemocných s mírně sníženou EFLK mezi 40 a 50 % (HR 0,79; 95% CI 0,69–0,91) a dříve pozorovaný u podobné podskupiny malých studií jako byla studie CAPITAL-RCT (9). Primární cílový ukazatel úmrtí při terapii betablokátorů nastával navzdory hlavní zajatosti proti betablokátorům, protože nemocní s nízkým rizikem byli přirozeně vybráni k přerušení terapie betablokátorů, zatímco u nemocných s vyšším rizikem v těchto observačních studiích, což představuje 97 % populace souhrnné analýzy, byla vyšší (80%) pravděpodobnost, že budou v léčbě betablokátorů pokračovat. Dodatečné analýzy byly zatemněny metodologickými nejasnostmi, především absencí individuálních údajů a posuzováním klinických událostí bez společných definic pro cílové ukazatele napříč studiemi vedoucím k vysokému riziku zkreslení. Podle autorů komentáře pouze randomizace může zabránit takové akumulaci zkreslení a heterogenitě skupin, které jsou poté srovnávány z hlediska výsledků. Autoři komentáře připomněli horší výsledky bez léčby betablokátorů v podskupině hypertenzních nemocných během dodatečné subanalýzy studie ABYSS přednesené na kongresu Evropské kardiologické společnosti loni v Londýně a vliv vyšší srdeční frekvence na vyšší mortalitu nemocných s hypertenzí potvrzený už ve Framinghamské studii (20).

Dalším klíčovým faktorem ovlivňujícím dlouhodobou prognózu pacientů po IM je adherence k předepisované farmakoterapii. Jednou z možností, jak adherenci k medikaci zvýšit, je podávání fixních kombinací léčiv, které snižují počet užívaných tablet a zjednodušují tak dávkovací režim. A právě fixní kombinace betablokátorů s dalšími léky podávanými v rámci sekundární prevence po IM, jako jsou především

Tab. 1. Fixní kombinace inhibitoru angiotenzin konvertujícího enzymu s betablokátozem registrované v ČR k 14. 4. 2025

Perindopril-arginin + bisoprolol-fumarát
COSYREL 5 mg / 5 mg
COSYREL 10 mg / 5 mg
COSYREL 5 mg / 10 mg
COSYREL 10 mg / 10 mg

inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu, představuje logickou cestu ke zlepšení adherence hypertenzních nemocných po IM (Tab. 1). Tento přístup nejen, že zvyšuje pravděpodobnost dlouhodobého dodržování léčby, ale také může vést k lepší kontrole krevního tlaku a ke zlepšení dlouhodobé kardiovaskulární prognózy těchto nemocných.

Závěr

Na základě dosud publikovaných studií lze konstatovat, že u nemocných s IM v anamnéze a s EFLK > 40 % nebylo zjištěno, že by přerušení dlouhodobé léčby betablokátorů bylo noninferitní ke strategii založené na pokračování v léčbě betablokátorů. U nemocných s arteriální hypertenzí jsou z dodatečné analýzy studie ABYSS k dispozici dokonce data o prospěšnosti pokračování v léčbě betablokátorů i u nemocných bez snížené EFLK. U těchto nemocných může být podávání fixní kombinace podporující vyšší adherenci k terapii dalším faktorem pro snížení jejich celkového kardiovaskulárního rizika. Předepisování fixní kombinace betablokátorů s dalšími léky podávanými v rámci sekundární prevence po IM se proto jeví být logickým krokem. Např. fixní kombinace bisoprololu a perindoprilu, která zajišťuje kontrolu krevního tlaku a srdeční frekvence v jedné tabletě, představuje správnou volbu. Tato kombinace může být obzvláště vhodná pro hypertenzní pacienty po IM, kteří mohou mít prospěch z dlouhodobé současné blokády systému renin-angiotenzin a zvýšené aktivity sympatiku. Definitivní odpověď na otázku podávání betablokátorů u nemocných po IM a zachovalou EFLK nám snad přinesou výsledky třech výše zmíněných probíhajících randomizovaných studií.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Práce je původní a nebyla publikována ani není zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Poděkování:** N/A. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.