

### Сравнение эффективности карведилола и бисопролола в терапии пациентов с выраженной ХСН

Несмотря на то что и карведилол, и бисопролол являются эффективными препаратами для лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН), в литературе существует ограниченное количество данных, сравнивающих их эффективность. В связи с этим японские ученые из Токийского университета провели исследование, в котором изучили эффективность бисопролола по сравнению с карведилолом при лечении больных с выраженной СН.

В общей сложности в исследование включили 655 пациентов с СН III и IV класса согласно NYHA. Из них 217 назначили β-адреноблокаторы: одной группе (110 пациентов) – карведилол, второй (107 пациентов) – бисопролол. Статистически значимых различий в исходных характеристиках пациентов двух групп до назначения β-адреноблокаторов не было.

После 18 мес наблюдения достоверной разницы в показателях выживаемости и уровне кардиоваскулярных событий между двумя группами терапии отмечено не было. Однако анализ результатов исследования показал ряд существенных различий в эффективности терапии двумя представителями β-адреноблокаторов пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП). Всего в группу лечения карведилолом включили 40 больных с ФП на фоне выраженной СН, в группу терапии бисопрололом – 43 пациента. Авторы исследования подсчитали, что частота сердечных сокращений и уровень мозгового натрийуретического пептида значительно улучшились в группе бисопролола по сравнению с группой карведилола. Кроме того, у большего количества участников, принимавших бисопролол, был восстановлен синусовый ритм по сравнению с группой карведилола (48 против 16%;  $p=0,03$ ).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что карведилол и бисопролол одинаково эффективны в терапии выраженной СН, однако бисопролол имеет преимущество в лечении больных с ФП.

Konishi M. et al.  
Circ J 2010. Mar 30.

### β-Адреноблокаторы не повышают риск инсульта у пациентов после хирургического вмешательства

β-Адреноблокаторы широко используются для улучшения исходов пациентов с ишемической болезнью сердца, которым планируется проведение оперативного вмешательства некардиологического профиля. Однако в последнее время появились серьезные опасения в отношении безопасности применения данных препаратов в периоперационном периоде. Учитывая этот факт, голландские ученые провели исследование, в котором оценили риск возникновения инсульта, сопряженный с применением β-адреноблокаторов, у лиц, которым планируется хирургическое вмешательство.

Для этого был проведен анализ данных 3884 больных, участвующих в исследовании DECREASE (Dutch Echocardiographic Cardiac Risk Evaluation Applying Stress Echocardiography).

У этих пациентов определяли частоту развития инсульта после некардиологического оперативного вмешательства, а также факторы риска, повышающие этот показатель. Учитывались все случаи возникновения инсульта в течение 30 дней после проведения операции.

Частота развития инсульта в послеоперационном периоде в данном исследовании составила 0,46% (18 из 3884 пациентов). У больных, принимающих β-адреноблокаторы, этот показатель был равен 0,5%. Все случаи острого нарушения мозгового кровообращения оказались ишемического происхождения. У пациентов, ранее перенесших инсульт, риск его возникновения в послеоперационном периоде (относительный риск – 3,79; 95% доверительный интервал – 1,2-11,6) был выше. Прием статинов и антикоагулянтов не ассоциировался с риском послеоперационного инсульта (ОР 0,85; 95% ДИ 0,3-2,4 и ОР 1,27; 95% ДИ 0,4-4,6 соответственно). Важным является доказательство отсутствия взаимосвязи между терапией β-адреноблокаторами и риском возникновения инсульта (ОР 1,16; 95% ДИ 0,4-3,4).

На основании полученных результатов исследования можно утверждать, что терапия невысокими дозами β-адреноблокаторов, начатая не ранее чем за 30 дней до операции, не приводит к повышению риска возникновения инсульта в послеоперационном периоде.

Van Lier F. et al.  
Am J Cardiol 2010; 105 (1): 43-7. Epub 2009 Nov 14

### Сравнение влияния длительной терапии бисопрололом и лосартаном на функцию почек и сердца у пациентов с недавно диагностированной АГ

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из основных причин хронического повреждения почек, поэтому эффективное лечение данного заболевания приводит к отсрочиванию развития почечной недостаточности. Результаты некоторых исследований свидетельствуют о том, что блокаторы β-адренорецепторов могут вызывать ухудшение функции почек, а блокаторы рецепторов ангиотензина II (например, лосартан) обладают ренопротекторными свойствами. В то же время следует отметить, что влияние селективного β<sub>1</sub>-адреноблокатора бисопролола на функцию почек изучалось только в исследованиях с непродолжительным периодом наблюдения.

Целью двойного слепого проспективного исследования итальянских ученых из Университета г. Палермо было сравнение антигипертензивной эффективности и влияния на почечную и сердечную гемодинамику длительной терапии бисопрололом и лосартаном у пациентов с недавно диагностированной АГ. В исследование включили 72 больных (средний возраст 52±12 лет, 40 мужчин) с неосложненной АГ I и II ст. согласно критериям Европейского общества гипертензии (ESH). После вводного периода длительностью 14 дней пациенты были рандомизированы на группу терапии бисопрололом в дозе 5 мг/сут или лосартаном в дозе 50 мг/сут в течение 1 года. На момент начала исследования и через 12 мес терапии участникам проводили эхокардиографию и радионуклидное

исследование, с помощью которых определяли сердечный выброс и состояние почечной гемодинамики.

Существенных различий в исходных клинических данных, в том числе скорости клубочковой фильтрации и уровне артериального давления (АД), у пациентов двух групп лечения выявлено не было. Результаты исследования показали, что через 12 мес АД достоверно снизилось как в группе терапии бисопрололом, так и в группе лосартана ( $p<0,001$ ). В то же время частота сердечных сокращений уменьшилась только у больных, принимавших бисопролол. Долгосрочные эффекты терапии на показатели почечной гемодинамики и функции сердца были сопоставимы в обеих группах.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что бисопролол и лосартан являются эффективными средствами терапии пациентов с недавно диагностированной АГ I и II ст. В течение первого года приема эти препараты позволили поддержать почечную и сердечную функцию и предотвратить ухудшение показателей гемодинамики этих органов.

Parrinello G. et al.  
Clin Drug Investig 2009; 29 (9): 591-600

### Стартовая терапия β-адреноблокаторами пациентов с впервые установленной СН с сохраненной систолической функцией

До сих пор окончательно не известно, какое влияние оказывает терапия β-адреноблокаторами на прогноз больных с впервые установленной СН с сохраненной систолической функцией. Испанские ученые изучили влияние стартовой терапии бисопрололом и карведилолом на показатели смертности и заболеваемости таких пациентов. Для этого был проведен анализ данных 1085 больных, которых наблюдали в течение 5 лет. Среди них 378 пациентов (34,8%) принимали бисопролол или карведилол.

Результаты наблюдения показали, что из общего числа пациентов 711 (65,5%) были госпитализированы, 554 (51,0%) – умерли. Согласно данным анализа, использование β-адреноблокаторов было связано с более низким риском смерти от всех причин (относительный риск 0,37; доверительный интервал 95% 0,21-0,50), а также от кардиоваскулярной патологии (относительный риск 0,31; доверительный интервал 0,18-0,45). Кроме того, терапия бисопрололом и карведилолом сопровождалась более низкими показателями госпитализации (на 100 пациентов в год): 13,6 против 19,2 в группе контроля ( $p<0,001$ ). Аналогичные результаты были получены после коррекции данных с учетом сопутствующих заболеваний, приема других лекарственных препаратов и других факторов.

В целом в обсервационном исследовании было показано, что стартовая терапия бисопрололом или карведилолом приводит к уменьшению смертности и заболеваемости пациентов с впервые выявленной СН и сохраненной систолической функцией.

Gomez-Soto F.M. et al.  
Int J Cardiol 2009 Jun 30

Подготовила **Ольга Татаренко**



**Бисопролол ГЕКСАЛ®**

**10 мг**  
**5 мг**

Доступне та ефективно лікування:<sup>1</sup>

- Артеріальної гіпертензії
- Ішемічної хвороби серця
- Хронічної серцевої недостатності



Бісопролол ГЕКСАЛ® 5 мг

Діюча речовина: Бісопрололу фумарат (2:1) 5 мг / таблетка

кардіоселективний бетаблокатор

30 Таблеток, вкритих плівковою оболонкою



Бісопролол ГЕКСАЛ® 10 мг

Діюча речовина: Бісопрололу фумарат (2:1) 5 мг / таблетка

кардіоселективний бетаблокатор

ЛЕГКО РОЗДІЛИТИ



Представництво в Україні:  
03056, м. Київ, вул. Польова, 24-Д.  
Тел.: (044) 495 28 66, тел./факс: (044) 495 29 43

Відлукатися за рецептом лікаря. Інформація для спеціалістів.

1. Інструкція до застосування препарату.

Бісопролол Гексал 5 мг – РП: № UA/4401/01/01 від 19.04.2006, Бісопролол Гексал 10 мг – № UA/4401/01/02 від 19.04.2006