

Современные данные о профиле безопасности β -адреноблокаторов

Проблема ведения больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) остается актуальной и по сей день: так, согласно данным Российских эпидемиологических исследований, распространенность ХСН составляет 7%, в том числе клинически выраженной – 4,5%, увеличиваясь от 0,3% в возрасте 20–29 лет до 70% у лиц старше 90 лет [1]. В составе комбинированной терапии для снижения риска госпитализации из-за сердечной недостаточности (СН) и летальности всем пациентам с симптоматической СН и низкой фракцией выброса (нФВ) левого желудочка (ЛЖ) <40% рекомендованы β -адреноблокаторы [1]. Справедливости ради стоит отметить, что эти данные относятся не ко всему классу β -адреноблокаторов, а лишь к отдельным их представителям. В частности, сегодня для лечения больных с ХСНнФВ признан эффективным метопролола сукцинат [2], фигурирующий в отечественных Клинических рекомендациях по ведению пациентов с ХСН [1], изученный в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании MERIT-HF (Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure) [3, 4]. Представленные результаты исследования показали, что применение метопролола сукцината высокоэффективно и относительно безопасно у пациентов с ХСНнФВ, у больных разного пола, возраста, с наличием различных сопутствующих заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет – СД) [3, 4].

Долгое время в научной среде существовало мнение, что β -адреноблокаторы не стоит назначать больным СД, поскольку считалось, что препараты этой группы оказывают негативное влияние на гликемический контроль и липиды крови. Однако эти нежелательные явления могли бы быть справедливыми лишь в отношении неселективных β -адреноблокаторов, в то время как селективные представители этой группы, в частности метопролол, обладают меньшим риском развития таких побочных эффектов благодаря их селективности в отношении β_1 -адренорецепторов. Данные литературы показали, что β -адреноблокаторы могут вносить вклад в улучшение выживаемости больных СД: способствуют снижению общей смертности и летальности от сердечно-сосудистых заболеваний [5].

В профессиональной среде β -адреноблокаторы иногда считаются причиной наступления эректильной дисфункции (ЭД). Однако нередко упускается факт информированности пациентов о побочном эффекте препарата. Так, в одном из исследований мужчин, принимавших метопролол, разделили на 3 группы: лишь пациенты 1-й группы были полностью информированы о том, что они принимают и что препараты этой группы могут вызывать ЭД, в то время как мужчинам 2 и 3-й групп не было известно о возможных побочных эффектах. Через 60 дней

приема частота ЭД составила 32% в 1-й группе и оказалась значительно ниже в группе мужчин, не подозревавших о возможности появления ЭД (13% во 2-й и 8% в 3-й группе) [6]! Именно поэтому во многих странах существуют инструкции отдельно для врача и отдельно для пациента: в последней не указывается, что препарат может быть причиной каких-то нарушений, а лишь говорится о необходимости получить консультацию врача [7]. Кроме того, в проспективном рандомизированном двойном слепом исследовании D. Franzen и соавт. (2001 г.) было показано, что терапия метопрололом не оказывает заметного влияния на сексуальную активность мужчин [8].

Таким образом, несмотря на существующие вопросы, касающиеся профиля безопасности β -адреноблокаторов, длительный опыт их применения, результаты многочисленных крупных исследований с позиций доказательной медицины, а также улучшение соотношения риска и пользы позволяют широко назначать эту группу лекарственных средств, в частности их яркого представителя метопролола (активного компонента препарата Беталок ЗОК), разным кардиологическим больным, которым показано применение β -адреноблокаторов [2].

Литература

1. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/156_1 доступ от 11-06-2024
2. Ухолкина Г.Б. Бета-блокаторы – современное состояние вопроса. Русский медицинский журнал. 2010; 18 (21): 1–6.
3. Остроумова О.Д., Фомина В.М. Метопролола сукцинат в лечении хронической сердечной недостаточности. Русский медицинский журнал. 2012; 25: 1279.
4. Veldhuisen DJ on behalf of the MERIT-HF Study Group. European J Heart Fail 2006; 8: 539–46.
5. Остроумова О.Д., Батутина А.М., Зыкова А.А. Можно ли назначать бета-блокаторы при сахарном диабете? Consilium Medicum. 2002; 4 (3): 136–9.
6. Cocco G. Erectile dysfunction after therapy with metoprolol: the Hawthorne effect. Cardiology 2009; 112 (3): 174–7. DOI: 10.1159/000147951. Epub 2008 Jul 24. PMID: 18654082
7. Радченко А.Д. Разговоры «Про это»: проблема сексуальной дисфункции в кардиологии (часть II). Артериальная гипертензия. 2012; 3 (23): 69–86.
8. Franzen D, Metha A, Seifert N et al. Effects of beta-blockers on sexual performance in men with coronary heart disease. A prospective, randomized and double blinded study. Int J Impot Res 2001; 13: 348–51. DOI: 10.1038/sj.ijir.3900787

Номер одобрения: RU-21486

Дата согласования: 20.06.2024

Дата истечения: 19.06.2026