

Narodil se, žil a zemřel. Betablokátor

Milan Kvapil

„Vynález“ betablokátorů jistě ve své době medicínu nejen změnil, ale také ji velmi posunul. Přehršle molekul zčásti se lišících svými vlastnostmi se stala na dlouhou dobu základem farmakologického portfolia nejen kardiologa. Z pozice antihypertenziva byly postupně vytlačovány novějšími skupinami bezpečnějších a více pozitivních účinků přinášejících farmak. Nicméně, využití betablokátorů ke snížení rizika náhlé smrti u pacientů po infarktu bylo (a stále jistě ještě je) kánonem. Řadí se k základní pěti léčivých látek, o kterých soudíme, že prodlužují život.

Před zavedením současného komplexu organizačních a léčebných postupů a metod kynula pacientovi, který měl to štěstí, že přežil akutní infarkt myokardu („transmurální“), malá naděje na dlouhý život po opuštění nemocnice. Důsledkem zajizvené ischemické nekrózy byla snížená kardiální rezerva a vysoké riziko maligních arytmií. Betablokátory významně snížily právě riziko maligních arytmií. Ale, jak praví básník, „Čas oponou trhnul, a změněn svět“ (Romance o jaře 1848, Jan Neruda)¹. Změnilo se mnohé, zejména pak většina nemocných, kterým se závčas dostane komplexní intervence, nemají tak závažné poškození myokardu. S jistou mírou nadsázky jistě lze říci, že jejich srdce je plně funkční, bez jizvy hodné zřetele. Současně se u nich snižuje výrazně riziko recidivy akutního infarktu (pokud užívají doporučenou medikaci). Přesto betablokátory zůstaly standardem v terapii.

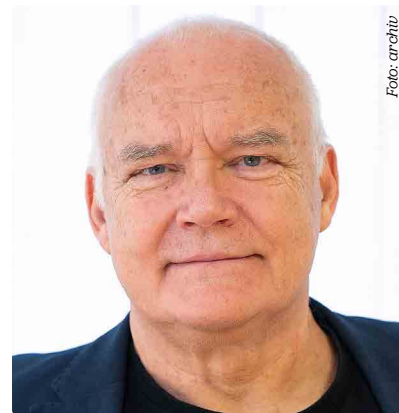
Kardiologie není středobodem mého zájmu, takže můj pohled může být zkreslený nepochopením jemných nuancí souvislostí přediva děje. Myslím si ale, že

vše se dalo do pohybu v souvislosti s tím, že někdo si té změny v profilu pacientů po akutním infarktu myokardu povšiml. A zapřemýšlel nad otázkou, zdali je vlastně betablokátor přínosný u pacientů bez přítomnosti srdeční nedostatečnosti (která bývá většinou důsledkem právě větší nekrózy myokardu). Retrospektivní analýza (po adjustaci, a tedy zahrnutí různých rizikových parametrů!!!!) publikovaná v roce 2017 nepotvrdila žádný přínos.² V roce 2021 poměrně důvěryhodní autoři Cochranovy databáze uveřejnili analýzu, která nepotvrdila naprosto jednoznačně přínos betablokátorů v této indikaci (jako vždy autoři uzavírají s mnohými „ale“), u seniorů starších 75 let nebyl jejich přínos žádný.³ Dlužno podotknout, že byly analyzovány vousaté studie z minulého století (převážně), tedy z doby předintervazivní. Ty samozřejmě zahrnují právě nemocné s rozsáhlými nekrózami myokardu.

Jak jsem si dovolil připomenout, vše se změnilo, profil pacientů, kteří jsou léčeni intervenčně, se zásadně liší od profilu pacientů doby minulé, předintervenzní. Nové práce, které zpochybňují přínos betablokátorů u nemocných po infarktu bez přítomnosti kardiální nedostatečnosti, přijal i důvěryhodný NEJM.^{4,5} Souhrnně, mně, internistovi, se zdá, že u neselhávajícího srdce nevykazují betablokátory žádný účinek ve smyslu snížení mortality. Ve vyšších věkových skupinách pak obzvláště. Odezva v aktuálních doporučeních České kardiologické společnosti je zřejmá – viz kapitole 13.3.3 Betablokátory: „Klinický přínos betablokátorů po AKS u pacientů se sníženou EF LK je podpořen důkazy ze současných studií. Důkazy pro preskripci betablokátorů po nekomplikovaném

AKS u pacientů s EF LK > 40 % nejsou jednoznačné.“ Diskuse, jak jsem pochopil z textů v NEJM, je však stále bouřlivá, což je dobře. Ale mně, kardiologickému laikovi, připadá, že to tak asi bude. Proč indikovat něco určeného pro jiné pacienty, než máme nyní. Přirovnal bych k situaci, kdy staromilec lpí na demokratických volbách, když je každému zřejmé, že naše vedení ví mnohem lépe než prostý, neinformovaný občan, co je pro něj dobré. A k tomu přece volby nepotřebujeme, ještě by nám je mohl někdo pokazit.

Co ale máme udělat v situaci, kdy můžeme oprávněně předpokládat, že zpochybnění efektu betablokátoru u kardiálně **neselhávajícího** pacienta si někteří vyloží bohužel tak, že betablokátor není již indikován po akutním infarktu u nikoho? Karvedilol totiž u selhávajících funguje stále.⁷ Tak skončím svůj fejetonek ne citací velkého básníka, ale citací genderově nekorektního lidového rčení: „A teď babo rad.“⁸



Prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
Prezident Diabetické asociace
České republiky

Literatura

1. <https://www.cesky-jazyk.cz/citanka/jan-neruda/romance-o-jare-1848-balady-a-romance.html#axzz8x672e81V>. (Podotýkám, že jsem byl překvapen, když jsem objevil autora tohoto, jak jsem se dočetl, zlidovělého rčení.)
2. Dondo TB, Hall M, West RM, et al. β -Blockers and Mortality After Acute Myocardial Infarction in Patients Without Heart Failure or Ventricular Dysfunction. *J Am Coll Cardiol* 2017;69:2710–2720.
3. Safi S, Sethi NJ, Korang SK, et al. Beta-blockers in patients without heart failure after myocardial infarction. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;11:CD012565.
4. Silvain J, Cayla G, Ferrari E, et al.; ABYSS Investigators of the ACTION Study Group. Beta-Blocker Interruption or Continuation after Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 2024;391:1277–1286.
5. Yndigegn T, Lindahl B, Mars K, et al; REDUCE-AMI Investigators. Beta-Blockers after Myocardial Infarction and Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med* 2024;390:1372–1381.
6. <https://actavia.e-corevasa.cz/pdfs/cor/2024/02/04.pdf>
7. Amano M, Izumi C, Watanabe H, et al.; CAPITAL-RCT Investigators. Effects of Long-Term Carvedilol Therapy in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction and Mildly Reduced Left Ventricular Ejection Fraction. *Am J Cardiol* 2023;199:50–58.
8. <https://www.odpovedi.cz/otazky/jak-vznikla-veta-a-ted-babo-rad>.