

Novinky v liečbe srdcového zlyhávania – editorial

Ján Murín

I. interná klinika LF UK a UNB, Nemocnica Staré mesto, Bratislava, Slovenská republika

Komentár k | Editorial on

Souček F et al. Novinky v léčbě srdečního selhání. Vnitř Lék 2017; 63(04): 255–264.

Srdcové zlyhávanie (SZ) je dnes veľmi častým ochorením a jeho výskyt neustále stúpa, hlavne u starších (nad 65 rokov) ľudí – jednak pre predlžovanie veku, ale aj pre lepšiu liečbu iných kardiovaskulárnych ochorení (akútneho infarktu, akútneho SZ, chlopňových ochorení a ďalších stavov). Ochorenie sa diagnostikuje klinicky podľa symptómov a prejavov, niekedy siahame po vyšetrení biomarkerom (BNP, NTproBNP), echokardiografické vyšetrenie je nutné jednak k zisteniu typu SZ (s redukovanou alebo zachovalou ejekčnou frakciou ľavej komory), ale informuje nás aj o morfológických a funkčných pomeroch srdca (čo je významné z prognostického hľadiska). Odhad prognózy je dôležitý aj z hľadiska plánu liečebného prístupu (starší pacient v NYHA triede III–IV je spokojný so zlepšením kvality života, u iných možno zlepšiť funkčnú zdatnosť, brániť hospitalizáciám alebo možno uvažovať aj o redukcii mortality). Užitočným prognostickým ukazovateľom je výpočet tzv. MAGGIC skóre, dostupný aj na webe a jednoducho kalkulovaný z údajov, ktoré sú obecné u pacienta so SZ vždy dostupné – navýšenie jedného bodu zvyšuje výskyt mortality/hospitalizácií pre SZ u chorého asi o 6 % [1].

U SZ s redukovanou ejekčnou frakciou, tj. u systolického SZ, máme dostupnú jasnú liečbu, ktorá bola za posledných asi 20 rokov postupne otestovaná v mnohých klinických štúdiách. Preto sa tejto forme SZ venovali aj autori [2]. Správne predstavili nové liečivo SZ, tzv. ARNI (sakubitril/valsartan), ktorý podľa štúdie PARADIGM HF [3] môže nahradiť v liečbe ACE inhibítor, nakoľko je o 20 % účinnejším v redukcii kardiovaskulárnej mortality/rehospitalizácií pre SZ. Treba tu ešte upozorniť na to, že pri užívaní biomarkeru ako vodítka posúdenia zlepšenia stavu chorého, sa má používať NT-proBNP (pri zlepšení stavu chorého jeho hodnota v sére klesá) a nie BNP (jeho hodnota v sére stúpa, lebo sakubitril blokuje odčerpávanie BNP, a preto BNP neinformuje o benefite liečby SZ) [4]. Aby sa minimalizovalo riziko výskytu angioedému, u chorého na liečbe ACE inhibítorom treba pred nasadením ARNI liečbu ACE inhibítora na 36 hod prerušiť, a až potom ARNI nasadiť. Empagliflozín (štúdia EMPA-REG OURCOME, viac ako 7 000 diabetikov 2. typu s vysokým kardiovaskulárnym rizikom) ohromne prekvalifikoval redukcii kardiovaskulárnej mortality (o 38 %), redukciiu hospitalizácií pre SZ (o 35 %), redukciiu celko-

vej mortality (o 32 %), ale neovplyvnil výskyt infarktov myokardu, a tak sa predpokladá, že ovplyvnil hlavne hemodynamiku a SZ (ved' je to vlastne osmotické diuretikum) [5,6]. Prebiehajú klinické štúdie s empagliflozínom a dapagliflozínom u pacientov so SZ, a nielen u diabetikov, ale aj u nediabetikov – výsledky možno očakávať asi za 3–4 roky. Môžeme predpokladať, že by to mohol byť nádejný liek i pre SZ.

V oblasti farmakoterapie SZ so zachovalou ejekčnou frakciou nemáme jasné „odporúčania“, a tak volíme diuretiká pri prevodnení, liečbu komorbidít (predsieňovej fibrilácie, diabetu, sideropénie, obštrukčnej choroby pľúc apod), ale siahame i po neurohormonálnej blokáde ako v prípade SZ s redukovanou ejekčnou frakciou.

Farmakoterapia akútneho SZ je dobre autormi rozobratá. O prognóze chorého často rozhoduje jednak príčinné ochorenie, napr. rozsah akútneho koronárneho syndrómu, ale významnú úlohu u systolického akútneho SZ hraje aj hodnota krvného tlaku pri prijatí. Ak je tlak vysoký, máme viac priestoru pre úspešnú liečbu a prognóza chorého býva tiež lepšia. Ak je však chorý hypotenzný, jeho prognóza dobrá nebýva, ale týchto chorých v reálnej praxi býva našťastie menej, asi 5–10 % [7].

Prístrojová (non-farmakologická) liečba je tiež dobre rozobratá. Môžeme konštatovať, že liečebné prístupy k chorým s chronickým systolickým SZ sa predsa len zlepšili. Výskumné úsilie si dnes vyžaduje hlavne SZ so zachovalou ejekčnou frakciou. Zdá sa, že u týchto pacientov jestvuje viac rôznych fenotypov ochorenia, napr. hypertenzívny fenotyp (s hypertrofiou ľavej komory), diabetický fenotyp SZ, amyloidový fenotyp apod – a je možné, že im treba priradiť rozdielny liečebný prístup, zatiaľ však sú to skôr hypotetické úvahy.

Hlavné klinické úsilie u SZ by malo byť dnes hlavne v prevencii ochorenia, teda v lepšej a skoršej liečbe hypertenzie a iných rizikových faktorov (diabetes, obezita, dyslipidémia) a aj ochorení (ischemická choroba srdca), ďalej v prevencii fajčenia a vo zvyšovaní telesnej aktivity občanov. U rizikovejších pacientov môžeme objaviť prítomnosť SZ napr. vyšetrením už spomínaných biomarkerov v sére (BNP, NT-proBNP) s nádejou, že pri skoršom zistení ochorenia uspejeme skoršou liečbou SZ. V oblasti akútneho SZ sa uvažuje o podobnom prístupe

k tomuto ochoreniu, ako je to s akútnymi koronárnymi syndrómami – tj. vyhľadať pacientov čím skôr a čím skôr zhodnotiť klinický stav a jeho príčinu a hlavne čím skôr im zabezpečiť liečbu.

Literatúra

1. Pocock SJ, Ariti AC, McMurray JJV et al. Predicting survival in heart failure: a risk score based on 39 372 patients from 30 studies. *Eur Heart J* 2013; 34(19): 1404–1413. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehs337>>.
2. Souček F, Novák J. Novinky v léčbě srdečního selhání. *Vnitř Lék* 2017; 63(4): 255–264.
3. McMurray JJV, Packer M, Desain AS et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014; 371(11): 993–1004. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1409077>>.
4. Zile MR, Claggett BL, Prescott MF et al. Prognostic implications of changes in N-terminal pro-B-type natriuretic peptide patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2016; 68(22): 2425–2436. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2016.09.931>>.
5. Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al. [EMPA-REG OUTCOME Investigators]. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015; 373(22): 2117–2128. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1504720>>.
6. Murín J. Empagliflozín (inhibitor sodíkovo-glukózového kotransportéra 2) – nádej pre diabetikov 2. typu. *Cardiol Lett* 2016; 25(1): 45–48.
7. Nohria A, Tsang SW, Fang JC et al. Clinical assessment identifies hemodynamic profiles that predict outcomes in patients admitted with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2003; 41(10): 1797–1804.

prof. MUDr. Ján Murín, CSc.

✉ jan.murin@gmail.com

I. interná klinika LF UK a UNB, Nemocnica Staré Mesto, Bratislava, Slovenská republika

www.unb.sk

Doručeno do redakce 9. 3. 2017