

Moudře a pomalu – editorial

Jiří Vítovec

I. interní kardiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Komentář k | Editorial on

Dúbrava J. Prieskum „3P (Pacient – Pulz – Prognóza) pri srdcovom zlyhavaní“ so zameraním na srdcovú frekvenciu. Vnitř Lék 2015; 62(1): 17–24.

Motto:

„Wisely and slow; they stumble that run fast.“

„Moudře a pomalu; chybují ti, kteří běží rychle.“

William Shakespeare (Romeo and Juliet, Act II, Scene III)

Chronické srdeční selhání má vysokou incidenci a stále stoupající prevalenci, je to nepochybně daň za úspěšnou léčbu kardiovaskulárních onemocnění, která v nedávné minulosti usmrtila pacienta dříve, než dospěl do pokročilého srdečního selhání. V současné době máme dostatečnou evidenci pro použití široké palety léků, které dokáží zlepšit prognózu a kvalitu života pacienta, snížit hospitalizace a výskyt symptomů provázejících srdeční selhání. Máme rovněž řadu faktorů predikujících prognózu – nedostatečná adherence k doporučené léčbě, proběhlé hospitalizace pro zhoršené selhání, zvýšená srdeční frekvence, přítomnost komorbidit – především renální insuficience, plicní obstrukční nemoci, diabetes mellitus, anémie, fibrilace síní a nedostatečná odezva na diuretickou léčbu. Společným cílem by proto měla být optimalizace péče o pacienty se srdečním selháním, mimo jiné snížením výše uvedených rizikových faktorů [1,2].

V této souvislosti je velmi zajímavý a poučný článek, který autoři podávají na základě vlastního průzkumu epidemiologických dat „3P (Pacient – Pulz – Prognóza) u srdečního selhání“ se zaměřením na srdeční frekvenci při sinusovém rytmu [3]. Více než 160 slovenských kardiologů a internistů konsekutivně zařadilo 4 700 nemocných v ambulancích či hospitalizovaných (ale klinicky stabilizovaných) s chronickým srdečním selháním (ChSS). Lékaři zaznamenávali jednorázově získané údaje řady ukazatelů, z nichž vybírám: aktuální srdeční rytmus (dle EKG), léčba ChSS dle poslední návštěvy, u těch, kteří byli léčeni betablokátory (BB) – procento jeho cílové denní dávky (< 50 %, resp. ≥ 50 %). Cílová dávka byla dle stávajících doporučení pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání: bisoprolol 10 mg, karvedilol 50 mg, metoprolol ZOK 200 mg, nebivolol 10 mg [1,2]. Dále lékaři sledovali, zdali byla plánovaná postupná titrace či zahájení léčby betablokátozem (ano/ne).

Autoři dospěli k zajímavým výsledkům. Krevní tlak byl kontrolován v doporučených hodnotách v 55 %, lehkou

hypertenzi (< 160/100 mm Hg) mělo 33 % nemocných, středně těžkou (160–179/100–109 mm Hg) 10 % a těžkou (≥ 180/110 mm Hg) měla pouze 2 % nemocných.

Sinusový rytmus byl zaznamenán u 2 868 nemocných (60,5 %), z toho 1 330 mělo srdeční frekvenci (SF) mezi 70–99/min. Z literatury víme, že vyšší srdeční frekvence, dokonce i během hospitalizace, je spojena s horší prognózou pacientů se srdečním selháním [4]. Hodnota SF byla získána z EKG záznamu, jen chybí údaj, za jakých podmínek byla EKG prováděna. Ve studii SHIFT to bylo po 5minutovém klidu a opakováno při vstupní a kontrolní vizitě [5].

V léčbě mělo betablokátory indikováno vysoké procento nemocných – 93,6 %. Dávky > 50 % doporučené dávky mělo 48 % nemocných. Zdálo by se, že je nedostatečná titrace dávkou BB, ale i ve studii SHIFT užívalo vyšší dávky jen 56 % sledovaných nemocných. Hlavní důvody pro nižší dávky BB ve studii SHIFT byly hypotenze, únava a dušnost [5]. V práci nejsou explicitně uvedeny důvody nedosažení cílových dávek, ale dá se předpokládat, že ve většině případů byla příčina obdobná jako ve studii SHIFT. Ve sledovaném souboru autoři uvádějí léčbu ivabradinem v 17 %, což je jistě poměrně vyšší počet než v běžné klinické praxi v ČR.

Přitom ivabradin má jasná mortalitní data ze studie SHIFT, v níž nemocní s SF ≥ 75/min vykazují nižší úmrtnost a méně časté hospitalizace pro srdeční selhání. Důležité je, že snížení rizika vlivem ivabradinu ve studii SHIFT bylo dosaženo navíc ke snížení rizika standardní farmakoterapií zahrnující betablokátory v souladu s doporučenými postupy pro léčbu srdečního selhání [1,2]. Za komentář stojí výsledky autory citované studie INTENSIFY, která proběhla v běžném ambulantním režimu. Přidání ivabradinu přineslo pacientům s chronickým srdečním selháním během krátké doby značnou stabilizaci onemocnění. To se po 4 měsících projevilo zlepšením NYHA klasifikace, zlepšením ejekční frakce levé komory a snížením hladiny BNP [7].

Autoři správně doporučují u nemocných se sinusovým rytmem a frekvencí > 70/min při dosažení optimální dávky BB přidat ivabradin. Také se indikace ivabradinu u nemocných se srdečním selháním a srdeční

frekvencí > 70/min (resp. 75/min dle Evropské lékové agentury – EMA) objevila jako první v našich doporučeních z roku 2012 [3] či přehledových článcích [8,9]. Shrnutí, pokud má nemocný s projevy srdečního selhání klidový sinusový rytmus > 75/min při optimální léčbě inhibitory ACE a betablokátory, je zcela indikována léčba ivabradinem v dávce 2krát 5 mg s titrací na 2krát 7,5 mg. A určitě je ivabradin indikován u nemocných s kontraindikací betablokátorů, což je velká skupina nemocných s bronchiálním postižením (asthma bronchiale či pokročilá CHOPN). Samozřejmě je diskutabilní, zda dříve podat ivabradin či digoxin, ale doporučení ESC jasně udávají podat nejprve ivabradin, a teprve když je nemocný dále symptomatický zkusit digoxin [1].

Jaký závěr si má čtenář odnést po přečtení článku kolegy Dúbravy [3]:

- srdeční frekvence v klidu > 70–75/min u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním je významným rizikovým faktorem pro morbiditu i mortalitu, měla by být správně metodicky měřena u nemocných s KV onemocněními v ambulancích praktických lékařů, internistů a samozřejmě kardiologů
- dávku betablokátorů titrovat do maximálně tolerovaných dávek a respektovat absolutní kontraindikace
- u nemocných se srdečním selháním po titraci základních léků inhibitorů osy renin-angiotenzin-aldosteron a betablokátorů s klidovou frekvencí sinusového rytmu > 75/min je jednoznačně indikován ivabradin v úvodní dávce 2krát 5 mg s titrací na 2krát 7,5 mg

Literatura

1. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Europ Heart J* 2012; 33(14): 1787–1847. Erratum in *Eur Heart J* 2013; 34(2): 158.
2. Špinar J, Vítovec J, Hradec J et al. Czech Society of Cardiology guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure 2011. *Cor Vasa* 2012; 54(2): e113–e134. Dostupné z DOI: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.crvasa.2012.03.002>>.
3. Dúbrava J. Prieskum „3P (Pacient – Pulz – Prognóza) pri srdcovom zlyhavaní“ so zameraním na srdcovú frekvenciu. *Vnitř Lék* 2016; 62(1): 17–24.
4. Takahama H, Yokoyama H, Kada A et al. Extent of heart rate reduction during hospitalization using beta-blockers, not the achieved heart rate itself at discharge, predicts the clinical outcome in patients with acute heart failure syndromes. *J Cardiol* 2013; 61(1): 58–64.
5. Swedberg K, Komajda M, Böhm M et al. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. *Lancet* 2010; 376(9744): 875–885.
6. Böhm M, Swedberg K, Komajda M. On behalf of the SHIFT Investigators. Heart rate as a risk factor in chronic heart failure (SHIFT): the association between heart rate and outcomes in a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2010; 376(9744): 886–894.
7. Zugck C, Martinka P, Stöckl G. Ivabradine treatment in a chronic heart failure patient cohort: symptom reduction and improvement in quality of life in clinical practice. *Adv Ther* 2014; 31(9): 961–974.
8. Hradec J. Jak optimalizovat léčbu chronického srdečního selhání farmakologickou modulací srdeční frekvence. *Remedia* 2013; 23(2): 90–96.
9. Bultas J. Ivabradin. *Remedia* 2006; 16(5): 463–473.

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC

✉ jiri.vitovec@fnusa.cz

I. interní kardioangiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

www.fnusa.cz

Doručeno do redakce 20. 9. 2015