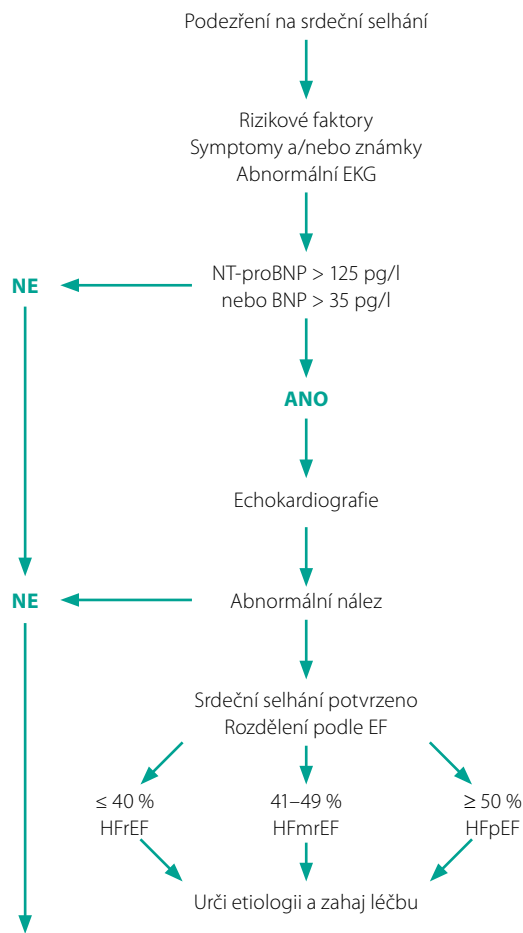


Obr. 1. Diagnostický algoritmus pro srdeční selhání

Srdeční selhání nepravděpodobné

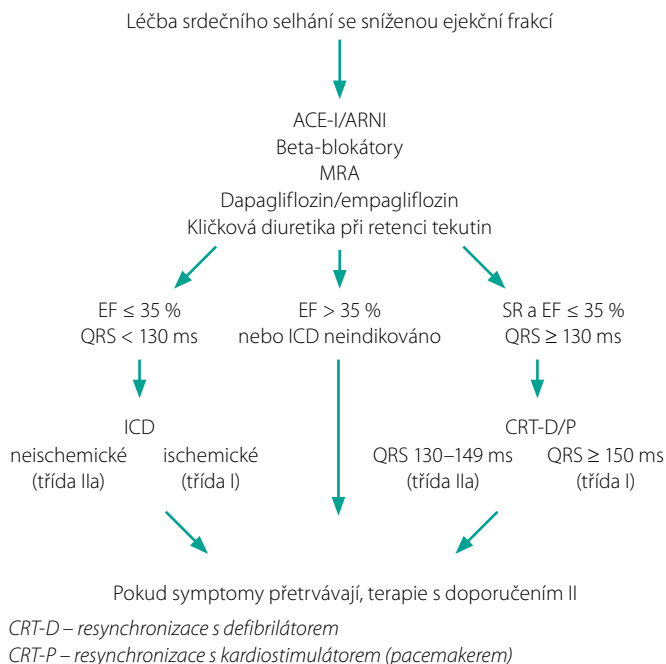
Základní principy farmakoterapie u nemocných se srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí

Základem léčby je modulace systému renin-angiotenzin-aldosteron pomocí ACE-I nebo ARNI, dále betablokátorů a mineralkortikoidních blokátorů. Tyto léky zlepšují prognózu a snižují symptomy. Měla by být snaha titrovat je do maximálních dávek, resp. dávek ověřených klinickými studiemi. Pacienti netolerující ACE-I jsou indikováni na blokátoru receptoru 1 pro angiotenzin II (AIIA) – sartany. Do léčby by dále měly být přidány blokátoru SGLT2 dapagliflozin nebo empagliflozin.

Léky doporučené všem pacientům se srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí ukazuje tabulka 2. Nově se zde objevují SGLT2 inhibitory dapagliflozin a empagliflozin. Diuretika jsou doporučena nemocným s objemovým přetížením. Dávky doporučených léků ověřené klinickými studiemi ukazuje tabulka 3.

Tab. 2. Léky doporučené všem pacientům se srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí

| Doporučení | | |
|---|---|---|
| ACE-I na snížení mortality a hospitalizací | I | A |
| Betablokátoru na snížení mortality a hospitalizací | I | A |
| MRA na snížení mortality a hospitalizací | I | A |
| Dapagliflozin a empagliflozin na snížení mortality a hospitalizací | I | A |
| Sacubitril valsartan jako náhrada za ACE-I na snížení mortality a hospitalizací | I | B |

Obr. 2. Algoritmus léčby srdečního selhání

CRT-D – resynchronizace s defibrilátorem

CRT-P – resynchronizace s kardiostimulátorem (pacemakerem)

ACE inhibitory

ACE inhibitory jsou prvním lékem volby na snížení mortality i morbidity u nemocných s HFrEF. Klinické studie ukázaly, že zlepšují i symptomy.

Betablokátoru

Betablokátoru snižují morbiditu i mortalitu u nemocných s HFrEF a zlepšují symptomy. Měly by být nasazovány u klinicky stabilních nemocných.

Antagonisté mineralkortikoidních receptorů

MRA (spironolakton, eplerenon) po přidání k ACE-I a betablokátoru snižují morbiditu a mortalitu u nemocných s HFrEF.

Inhibitory angiotenzinového receptoru – neprilysinu (ARNI)

Ve studii PARADIGM-HF ARNI snižovaly morbiditu a mortalitu více než enalapril u nemocných s HFrEF. Použití ARNI by mohlo vést i ke snížení nutnosti podávání kličkových diuretik. Jako nejčastější nežádoucí účinek je udávána hypotenze. Je doporučeno pomocí ARNI nahradit ACE-I nebo ARB u nemocných, kteří zůstávají symptomatictí na léčbě.

Inhibitory sodium-glucose co-transporteru 2

Dapagliflozin ve studii DAPA HF zlepšil prognózu nemocných s HFrEF a NYHA II-IV, pokud byl přidán k zavedené medikaci. Podobný