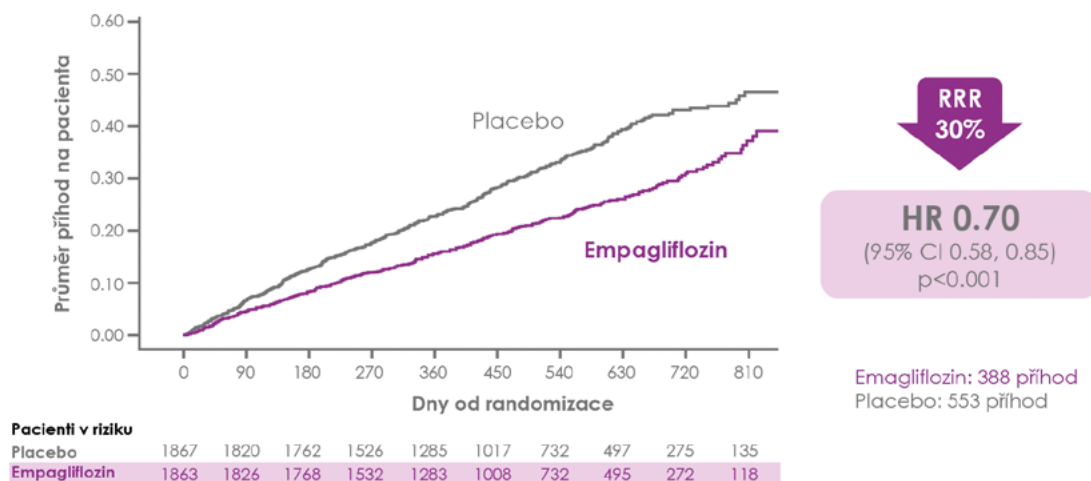
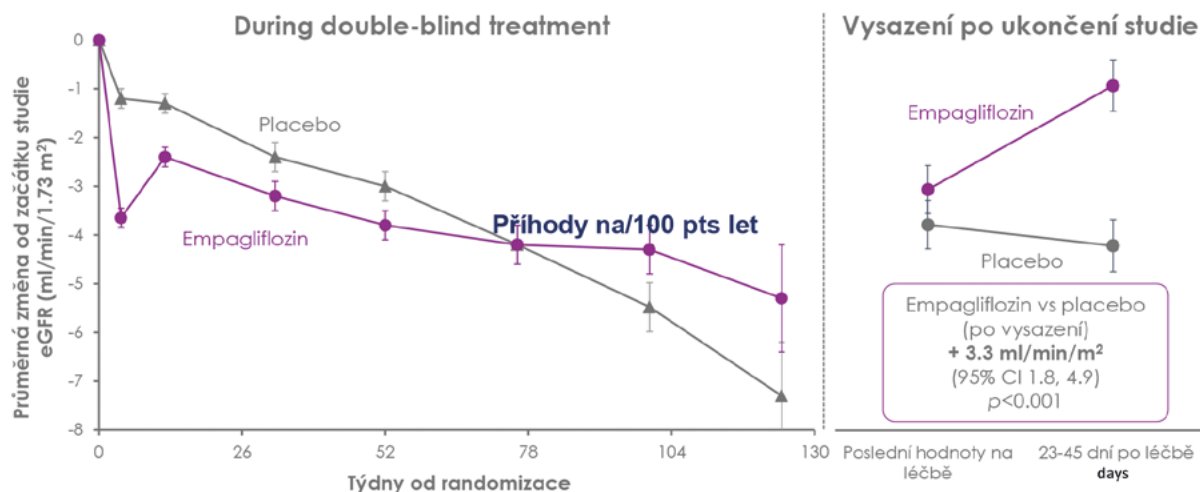


Obr. 2. Hospitalizace pro srdeční selhání**Základní sekundární cíl: celkový počet hospitalizací pro srdeční selhání (první i opakované)**

Data on file: Parkeet et al. NEJM 2020, DOI: 10.1056/NEJMoa2022190

Obr. 2

Obr. 3. Renální funkce**Změna v GFR od začátku studie**

Obr. 3

MMRM includes age and baseline eGFR (CKD-EPI) as linear covariates and baseline score by visit, visit by treatment, sex, region, baseline LVEF, week reachable and baseline diabetes as fixed effects. * [CKD-EPI]; † Analysis was performed in 964 patients with paired data. CKD-EPI, Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; eGFR, estimated glomerular filtration rate; LVEF, left ventricular ejection fraction; MMRM, mixed model repeated measures. Data on file: Parkeet et al. NEJM 2020, DOI: 10.1056/NEJMoa2022190

Počet pacientů léčených empagliflozinem potřebných na zabránění jedné příhody z primárního cíle byl 19.

Účinek empagliflozinu byl podobný ve všech předdefinovaných podskupinách, včetně nemocných s i bez diabetes mellitus. Lehce vyšší byl u nemocných s ejekční frakcí 30 % a méně. Nebyl rozdíl mezi nemocnými léčenými a neléčenými sacubitril valsartanem.

Empagliflozin byl účinný i ve dvou předdefinovaných sekundárních cílech. Počet hospitalizací pro srdeční selhání byl statisticky významně nižší ($p < 0,001$) (Obr. 2) a pokles glomerulární filtrace byl menší po empagliflozinu ($p < 0,001$) (Obr. 3). Pozitivní účinek byl pozorován i na kvalitu života a na celkový počet hospitalizací. Nebyl rozdíl ve výskytu nového diabetes mellitus. Celkem 249 (13,4%)