

Tab. 2. Příklady operačních výkonů se středním (vlevo) a vysokým (vpravo) chirurgickým rizikem

Středně vysoké chirurgické riziko (1–5%)	Vysoké chirurgické riziko (>5%)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Stenoza karotické tepny asymptomatická (CEA nebo CAS) ■ Stenoza karotické tepny symptomatická (CEA) ■ Endovaskulární léčba aneurysmatu aorty ■ Operace hlavy nebo krku ■ Intraperitoneální: splenektomie, operace hiátové hernie, ■ cholecystektomie ■ Menší nitrohruční výkony ■ Velké neurochirurgické nebo ortopedické výkony (operace kyčle a páteře) ■ Angioplastika periferních tepen ■ Transplantace ledvin ■ Velké urologické nebo gynekologické operace 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adrenální resekce ■ Aortální a velká cévní chirurgie ■ Operace symptomatické stenozy karotické tepny (CAS) ■ Výkony v duodeno-pankreatické oblasti ■ Resekce jater, operace žlučových cest ■ Ezofagektomie ■ Otevřená revaskularizace dolní končetiny pro akutní končetinovou ■ ischemii nebo amputace ■ Pneumonektomie (VATS nebo otevřená operace) ■ Transplantace plic nebo jater ■ Chirurgie perforovaného střeva ■ Totální cystektomie

CAS – stenting karotické tepny; CEA – karotická endarterektomie; CV – kardiovaskulární; MI – infarkt myokardu; VATS – videoasistovaná hrudní chirurgie.

Odhad chirurgického rizika je široká aproximace 30denního rizika kardiovaskulární smrti, infarktu myokardu a cévní mozkové příhody, která bere v úvahu pouze specifický chirurgický zákrok, bez ohledu na pacientovy komorbidity.

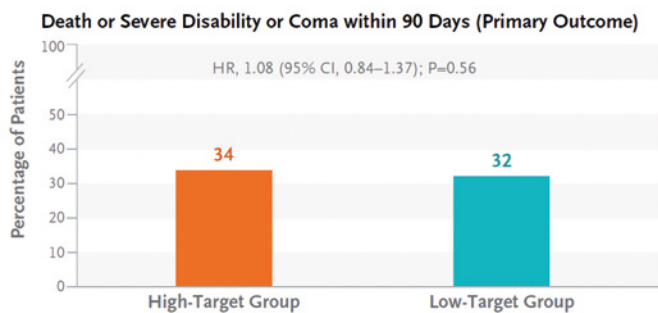
13–14 kPa). Po 90 dnech rovněž nebyl rozdíl mezi oběma skupinami tlaku ve výskytu úmrtí, těžkého postižení nebo komatu, výskyt závažných nežádoucích příhod v obou skupinách byl také obdobný (Obr. 6) (6).

Výsledky této studie tedy nepodporují agresivní cíle MAP nebo omezování oxygenace v postresuscitační péči o pacienty po mimonemocnické oběhové zástavě.

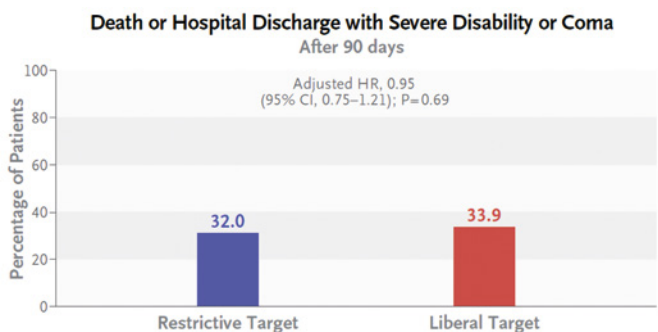
DELIVER: Dapagliflozin u srdečního selhání se zachovalou a mírně sníženou ejekční frakcí

Důkazy pro účinnost léčby u pacientů se srdečním selháním se zachovalou ejekční frakcí (HFpEF) byly donedávna velmi omezené.

Obr. 5. Výskyt úmrtí nebo těžkého neurologického deficitu či komatu po 90 dnech u pacientů s vyšším (oranžově) a nižším (zeleně) cílovým středním arteriálním tlakem. Převzato z (5)



Obr. 6. Výskyt úmrtí nebo těžkého neurologického deficitu či komatu po 90 dnech u pacientů s vyšší (červeně) a nižší (modře) cílovou hodnotou oxygenace po KPCR. Převzato z (6)



V roce 2021 u nich jako první lék prokázal účinnost empagliflozin ve studii EMPEROR- PRESERVED.

Benefity gliflozinů u této skupiny pacientů potvrzují výsledky studie DELIVER, ve které bylo 6 263 pacientů se srdečním selháním a ejekční frakcí levé komory (EF LK) > 40 %, tedy se zachovalou (HFpEF) a mírně sníženou EF LK (HFmrEF), randomizováno k užívání 10 mg dapagliflozinu nebo placeba.

Po průměrné době sledování 2,3 roku se primární cílová příhoda (zhoršení srdečního selhání nebo KV úmrtí) vyskytla u významně menšího počtu pacientů ve skupině s dapagliflozinem než v placebové skupině (16,4 % vs. 19,5 %, snížení relativního rizika 18 %, P < 0,001). Obdobný přínos byl pozorován u podskupin pacientů s EF LK > 60% a < 60 %. (Obr. 7) (7). Výskyt závažných nežádoucích příhod byl v obou skupinách podobný.

Glifloziny se na základě výsledků uvedených studií stávají základním pilířem léčby pro celé spektrum pacientů se srdečním selháním, bez ohledu na EF LK.

SODIUM-HF: Příjem sodíku u srdečního selhání

Mezinárodní studie SODIUM-HF randomizovala 806 pacientů se srdečním selháním, užívajících optimální tolerovanou farmakoterapii k restrikci příjmu sodíku na méně než 1500 mg/den oproti jeho běžnému dietnímu příjmu. Během 12 měsíců sledování dosáhla skupina s omezením sodíku jeho průměrného denního příjmu 1658 mg, zatímco při standardní dietě byl příjem 2073 mg/den.

Snížení příjmu sodíku v dietě nevedlo během 12 měsíců k poklesu souhrnného cíle úmrtí ze všech příčin, hospitalizace z kardiovaskulárních příčin nebo návštěvy kardiovaskulárních pohotovostních oddělení ve srovnání s obvyklou péčí (15 % vs. 17 %, P = 0,53), ale naopak při něm byl trend k častějším úmrtím z jakýchkoliv příčin (6 % vs. 4 %, P = 0,32) (8) (Obr. 8). Při restrikci sodíku bylo zaznamenáno zlepšení pacienty uváděné kvality života a klinicky hodnocené funkční třídy NYHA, nicméně mezi skupinami nebyl zaznamenán žádný významný rozdíl ve vzdálenosti chůze za 6 minut.

Pacienti se srdečním selháním tedy nemusejí snižovat příjem sodíku, postačí jim standardní dietní doporučení.