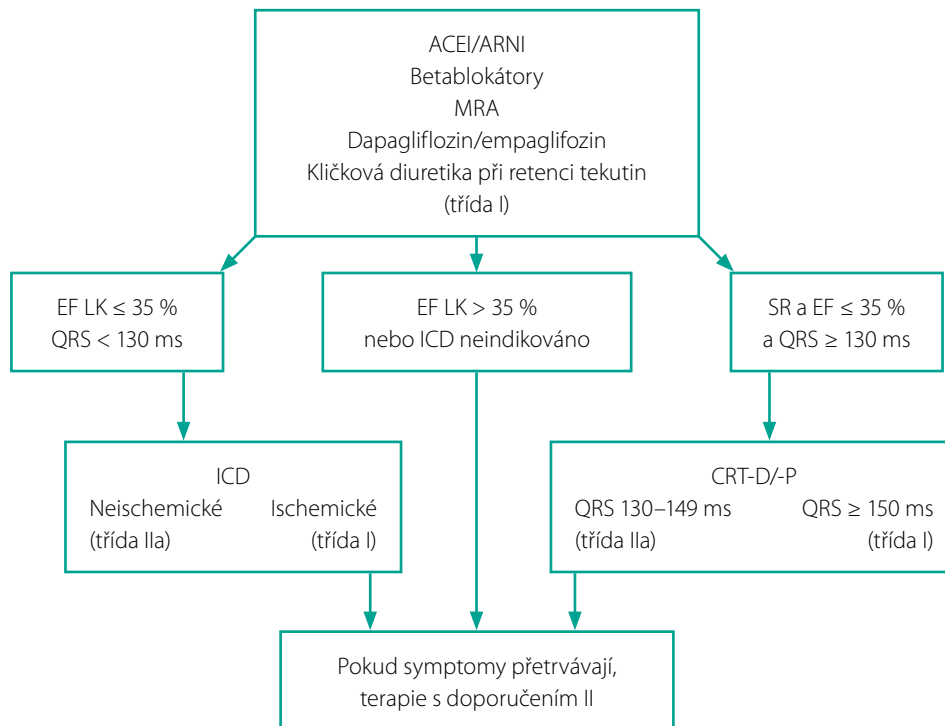


**Graf 1.** Algoritmus léčby srdečního selhání se sníženou ejekční frakcí (dle (1))

ACEI – inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu; ARNI – inhibitory angiotenzinových receptorů a neprilysinu; CRT-D – resynchronizace s defibrilátorem; CRT-P – resynchronizace s pacemakerem; EF LK – ejekční frakce levé komory; ICD – implantabilní kardioverter-defibrilátor; MRA – antagonisté mineralokortikoidních receptorů; SR – sinusový rytmus

z kardiovaskulárních příčin o 18 % a úmrtí z jakýchkoli příčin o 17 %. Nebyl statisticky významný rozdíl mezi osobami s diabetem a bez něj (8). Podobné výsledky u kompozitního cíle (snížení o 25 %) a hospitalizací pro srdeční selhání (snížení o 24 %) ukázala i studie s empagliflozinem EMPEROR–Reduced, v níž byl u celkové mortality patrný trend ke snížení o 8 % (CI 0,77–1,10) a obdobně i ke snížení úmrtí z kardiovaskulárních příčin o 8 % (CI 0,75–1,12) (9, 10). Obě studie potvrdily obrovský význam SGLT2i v léčbě srdečního selhání a díky jejich výsledkům byly SGLT2i (dapa- a empagliflozin) zařazeny mezi základní farmakoterapie HFrEF v nových odborných doporučeních pro léčbu srdečního selhání (IA) (1, 2, 11).

### Ostatní léky v léčbě HFrEF

Z ostatních léků by měl být zvážen blokátor kanálu If – ivabradin u symptomatických nemocných s ejekční frakcí  $\leq 35\%$ , sinusovým rytmem a srdeční frekvencí nad 70/minutu (IIa B). Novinkou je solubilní stimulator guanylát cyklázového receptoru – vericiguat, který může být zvážen u nemocných ve funkční třídě NYHA II–IV, kteří se klinicky horší i přes léčbu ACEI či ARNI (IIb B) na základě výsledků studie VICTORIA (12, 13). Je evidentní, že starší léky ustupují novým a doporučení jejich užití není akcentováno. Hydralazin a izosorbid dinitrát by měly být zváženy u černošských nemocných s ejekční frakcí  $< 35\%$  a/nebo  $< 45\%$  v kombinaci s dilatací levé komory ve funkční třídě NYHA III–IV (IIa B). Hydralazin a izosorbid dinitrát mohou být zvážovány u nemocných se symptomatickým HFrEF, kteří netolerují ACEI, ARNI či ARB (IIb B). Digoxin může být zvážen u symptomatických nemocných s HFrEF a sinusovým rytmem (IIb B).

### Změny v doporučení pro přístrojovou terapii u HFrEF

Dle aktuálních odborných doporučení je vhodné zvážit implantaci implantabilního kardioverteru defibrilátoru (ICD) ke snížení rizika náhlé smrti a celkové mortality u pacientů se symptomatickým srdečním selháním (třída NYHA II–III) a EF LK  $\leq 35\%$  i přes  $\geq 3$  měsíce trvající optimální farmakoterapii za předpokladu očekávaného přežití podstatně delšího než jeden rok v dobrém funkčním stavu. V prevenci náhlé smrti profitují zejm. mladší pacienti s ischemickou kardiomyopatií. V minulých odborných doporučeních bylo toto doporučení ve třídě I, ale pouze u pacientů s dilatační kardiomyopatií. Nová doporučení kladou lehce menší důraz na indikaci srdeční resynchronizační léčby – je vhodné ji zvážit (dříve doporučena) u symptomatických pacientů se srdečním selháním, sinusovým rytmem, šířkou komplexu QRS 130–149 ms, obrazem LBBB a EF LK  $\leq 35\%$  i přes  $\geq 3$  měsíce trvající optimální farmakoterapii s cílem zmírnit symptomy a snížit morbiditu a mortalitu. Naopak vyšší třídu doporučení (IIa) dostává upgrade již implantovaného trvalého kardiostimulátoru na srdeční resynchronizační léčbu, pokud má pacient HFrEF s následným zhoršením srdečního selhání i přes optimální léčbu, pokud je významný podíl stimulace pravé komory.

### Léčebný algoritmus HFmrEF

Skupina zahrnuje pacienty s ejekční frakcí 41–49 %, tzn. s mírným snížením systolické funkce levé komory. Doporučení uvádějí veškerou farmakoterapii s doporučením I lze zvážit – IIb. Podávání ACEI/ARB, betablokátorů, MRA a ARNI lze zvážit ke snížení rizika hospitalizace pro srdeční selhání a rizika úmrtí.