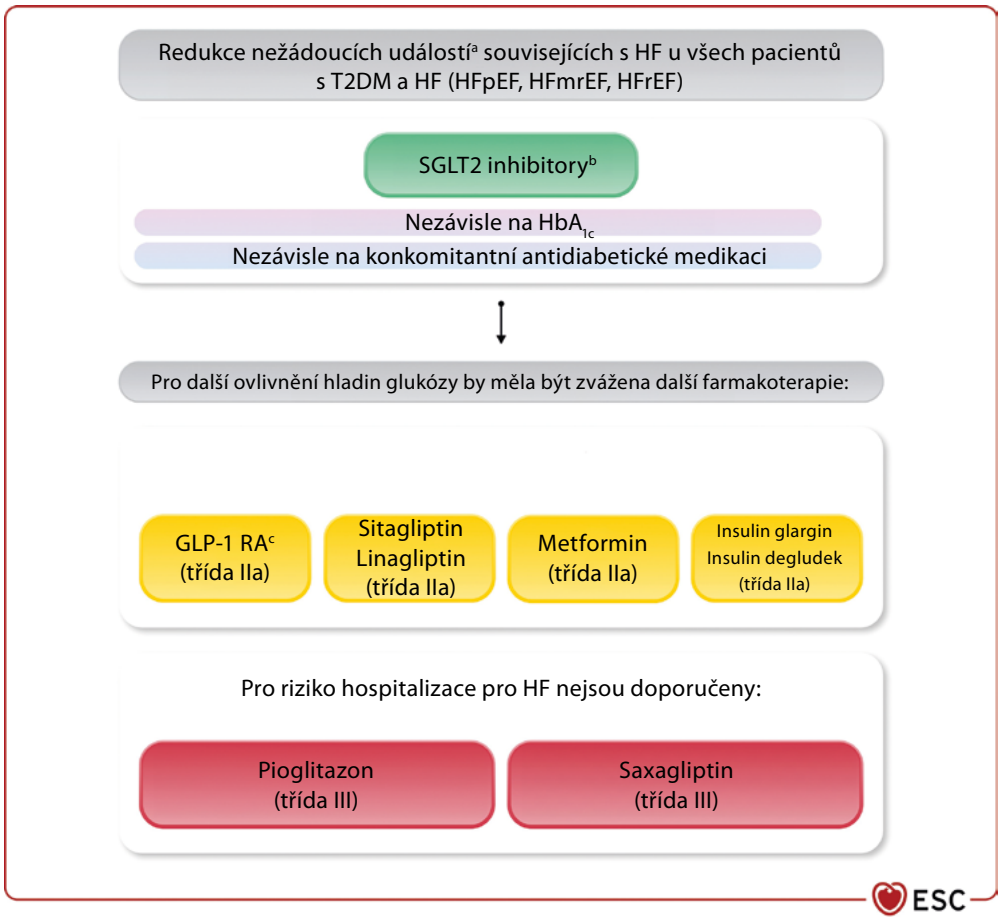
Obr. 2. *Antidiabetika u pacientů se srdečním selháním a diabetes mellitus 2. typu (2)*



CVOT = výzkumy týkající se kardiovaskulární prognózy, DPP-4 = dipeptidyl peptidáza-4, GLP-1 RA = agonista receptoru pro glucagon-like peptid-1, HbA_{1c} = glykovaný hemoglobin, HF = srdeční selhání, HFmrEF = srdeční selhání s mírně redukovanou ejekční frakcí, HFpEF = srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí, HFrEF = srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí, SGLT2 =sodíko-glukózový kotransportér 2, T2DM = diabetes mellitus 2. typu. a = Údaj zahrnuje hospitalizace pro srdeční selhání nebo smrt z kardiovaskulárních příčin. b = Empagliflozin, dapagliflozin, nebo sotagliflozin u pacientů se srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí, empagliflozin nebo dapagliflozin u pacientů se srdečním selháním se zachovalou a mírně sníženou ejekční frakcí. c = Preferovány u pacientů s aterosklerotickým kardiovaskulárním onemocněním a v případě, že je nutná redukce hmotnosti; nekombinovat s DPP-4 inhibitory.

Souhrnně byla publikována ESC guidelines pro akutní koronární syndrom (AKS), zahrnující STEMI (infarkt myokardu s ST elevacemi, předchozí verze z roku 2017) i AKS bez perzistujících ST elevací (předchozí verze z roku 2020) v jednom dokumentu (3). Guidelines v souladu se staršími verzemi zdůrazňují význam PCI (perkutánní koronární intervence) center v režimu 24/7 a okamžité (do 120 min) reperfuzní terapie v případě STEMI a u AKS bez ST elevací načasování invazivního vyšetření a terapie dle rizikové stratifikace a stability pacienta.

Doporučení pro antitrombotickou terapii (parenterální antikoagulace, duální antiagregační terapie – DAPT – tj. kyselina acetylsalicylová a P2Y12 inhibitor) u AKS nebyla zásadním způsobem proti starším verzím měněna. Předléčení potentními P2Y12 inhibitory (prasugrel, ticagrelor) před PCI může být zváženo v případě STEMI, u ostatních AKS není před invazivním řešením rutinně doporučováno. Urgentní SKG (selektivní koronarografie) / PCI je indikována po oběhové zástavě s úspěšnou resuscitací pouze v přítomnosti ST elevací.

I přes veškeré pokroky na poli léčby AKS zůstává řada otázek i v recentních guidelines nezodpovězena, nebo pro ně není dostatečná evidence o prospěšnosti. Na poli farmakoterapie se jedná např. o předléčení P2Y12 inhibitory nebo i. v. betablokátory v akutní fázi, v dlouhodobém horizontu např. o prospěšnosti p. o. betablokátorů nebo ACEi (inhibitorů angiotenzin konvertujícího enzymu) u pacientů bez poklesu EFLK (ejekční frakce levé komory), protizánětlivé farmakoterapie nebo nových hypolipidemik. Délka DAPT po AKS také jistě není zcela uzavřenou kapitolou kardiologie. Z invazivních metod bude v budoucnu nutné ozřejmit např. význam akutního intravaskulárního zobrazení a hodnocení hemodynamické významnosti lézí nebo koronární mikrovaskulární dysfunkce. U AKS s kardiogenním šokem čekáme na další evidenci o efektivitě perkutánních mechanických oběhových podpor.

Guidelines pro infekční endokarditis (IE), obávané onemocnění s vysokou letalitou, byla po 8 letech též aktualizována (4). Mezi novinky patří některé změny na poli antimikrobiální terapie, např. opouštění rutinní léčby aminoglykosidy u stafylokokové IE nativních chlopní či možnost ambulantní terapie po iniciální 2týdenní i. v. ATB terapii za hospitalizace (selektovaní pacienti, nativní chlopně, citlivé mikroorganismy). Je zdůrazňována profylaxe IE při vysoce rizikových (zejména dentálních) procedurách u vysoce rizikových pacientů (vrozené vady, chlopenní protézy atd.). Guidelines zdůrazňují význam expertních IE center s multidisciplinárním týmem, zahrnující zejména kardiology, kardiochirurgy, anesteziology, radiology, infektology a další specialisty.