

Tab. 4. Úvodní a cílové dávky léků pro srdeční selhání

Léková skupina/léčivo	Úvodní dávka	Cílová dávka
Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu		
Enalapril	2,5 mg 2x denně	10–20 mg 2x denně
Lisinopril	2,5–5 mg denně	20–40 mg denně
Ramipril	1,25–2,5 mg denně	10 mg denně
Trandolapril	1 mg denně	4 mg denně
Blokátory receptoru angiotenzinu		
Kandesartan	4–8 mg denně	32 mg denně
Valsartan	20–40 mg 2x denně	160 mg 2x denně
Losartan	25–50 mg denně	50–150 mg denně
Inhibitory neprilysinu a receptoru angiotenzinu		
Sakubitril-valsartan	49/51 mg 2x denně 24/26 mg 2x denně při sTK < 110 mm Hg	97/103 mg 2x denně
Betablokátory		
Bisoprolol	1,25 mg denně	10 mg denně
Karvedilol	3,125 mg 2x denně	25–50 mg 2x denně
Metoprolol sukcinát	12,5–25 mg denně	200 mg denně
Nebivolol	1,25 mg	10 mg denně
Antagonisté mineralokortikoidních receptorů		
Eplerenon	25 mg denně	50 mg denně
Spironolakton	12,5–25 mg denně	25 mg 2x denně
Finerenon	10 mg denně	20 mg denně
Blokátory If kanálu		
Ivabradin	5 mg 2x denně	7,5 mg 2x denně
Aktivátory guanylátcyklázy		
Vericiguat	2,5 mg denně	10 mg denně

Tab. 5. Doporučený postup optimalizace léčby HF_{rEF}

Terapeutické cíle			
Blokáda ACE/angiotenzinu II/ Neprilysinu	Blokáda noradrenalinu	Blokáda aldosteronu	Blokáda SGLT2
ACEI/ARNI	Betablokátory	MRA	iSGLT2
Nejlepší volba – kombinace všech 4 skupin			
Dosažení cílové dávky u všech lékových skupin			Není nutaná titrace dávky!

Upraveno podle: Martin CN, Eur J Heart Fail 2019; Lam C.S.P., Circulation 2020

Farmakoterapie HF_{rEF} a HF_{pEF}

Do roku 2021 se doporučení odborných společností u pacientů s HF_{rEF} a HF_{pEF} zaměřovala na empirickou léčbu arteriální hypertenze, odstranění ischemie myokardu a kontrolu rytmu nebo tepové frekvence u nemocných s fibrilací síní. Lékové skupiny ACEI, ARB, BB, MRA a ARNI byly uvedeny jako léky, které mohou být zváženy pro léčbu HF_{rEF} s cílem snížit riziko hospitalizace pro srdeční selhání a úmrtí. ARNI, MRA případně ARB mohou být zváženy u žen bez ohledu na EF LK a u mužů s EF LK menší než 55–60 %.

Zcela zásadní novinkou v léčbě HF_{rEF} a HF_{pEF} je použití iSGLT2 – tedy u pacientů s EF LK > 40 %. Snížení rizika kombinovaného výsledku úmrtí z kardiovaskulárních příčin a hospitalizace pro srdeční selhání bylo prokázáno pro pacienty se srdečním selháním a EF LK > 40 % pro empagliflozin a dapagliflozin (6, 7). Inhibitory SGLT2 jsou nyní doporučeny pro pacienty s HF_{rEF} a HF_{pEF} v nejvyšší třídě doporučení. Glifloziny jsou jediné léky, které ovlivňují průběh srdečního selhání HF_{pEF}. Jedná se o velmi heterogenní skupinu pacientů s řadou komorbidit. Diuretika jsou nezbytná v případě kongesce. Vždy je nutné pátrat po příčině srdečního selhání v kategorii HF_{pEF} a léčit tuto příčinu (například ischemickou

chorobu srdeční, arteriální hypertenzi, fibrilací síní). Některé vzácnější příčiny HF_{pEF} (ale i HF_{rEF}) jsou léčebně ovlivnitelné. Příkladem může být transthyretinová amyloidóza (lék tafamidis) nebo hypertrofická obstrukční kardiomyopatie (mavacamten) (8,9).

Další novinkou jsou výsledky studie FINEARTS-HF, která testovala efekt finerenonu u pacientů s chronickým srdečním selháním s EF > 40 % (10). Finerenon je vysoce selektivní nesteroidní antagonist mineralokortikoidních receptorů, snižuje proteinurii mnohem efektivněji než eplerenon. Finerenon má 500krát větší afinitu k receptorům pro aldosteron než k receptorům pro glukokortikoidy, androgeny a progesteron. Finerenon má dlouhý poločas (8,5 hodiny) a vysokou biologickou dostupnost (94 %). Finerenon má významně nižší riziko hyperkalemie a zhoršení renálních funkcí než spironolakton. Finerenon prokázal potenciál v prevenci KV příhod a srdečního selhání u pacientů s diabetickým onemocněním ledvin (11–13). Ve studii FINEARTS-HF snížil finerenon v dávce 20 až 40 mg jednou denně ve srovnání s placebem statisticky významně riziko zhoršení srdečního selhání a úmrtí z kardiovaskulárních příčin, a stal se tak další nadějí pro pacienty s HF_{rEF} a HF_{pEF}.