



Modern trends in pharmacological treatment heart failure

ACE inhibitors and betablockers are the cornerstone of the treatment of heart failure, MRA should be added. Angiotensin receptor blockers (ARB) are indicated in the case of ACE inhibitors intolerance.

Renin angiotensin blockers and betablockers should be given in maximal tolerated doses. Diuretics are given to the symptoms relieve – dyspnoe or oedema. Digoxin is indicated in selected patients.

There are 3 new promising groups of drugs:

1. Angiotensin Receptor-Neprilysin Inhibitor – ARNI – Sacubitril/Valsartan can replace the ACE-I according to the results of the PARADIGM-HF trial.
2. Sodium–glucose co-transporter-2 (SGLT2) inhibitors in patients with diabetes mellitus/prediabetes.
3. A huge clinical research is done with omecamtiv mecarbil, vericiguat and other perspective drugs.

Key words: heart failure, pharmacotherapy, ACE inhibitors, sartans, betablockers, diuretics, digoxin, sacubitril/valsartan, inhibitors SGLT2-gli-flozins, omecamtiv mecarbil, vericiguat, new drugs.

Cíle léčby srdečního selhání

Cílem léčby pacientů se srdečním selháním je zlepšit jejich klinický stav, funkční kapacitu i kvalitu života, zabránit jejich hospitalizaci a snížit mortalitu. Evropská doporučení 2016 poprvé staví kvalitu života na rovnocennou úroveň mortalitě, a tedy léky, které zlepšují kvalitu života resp. snižují počet hospitalizací, jsou stejně důležité jako léky s prokázaným efektem na mortalitu. Strategii farmakologické i nefarmakologické léčby ukazuje obr. 1.

Je prokázáno, že neurohumorální antagonisté (inhibitory ACE, blokátory AT1 receptoru pro angiotenzin 2 ARB, blokátory mineralokortikoidních receptorů – MRA a betablokátory) prodlužují přežití pacientů se srdečním selháním a sníženou ejekční frakcí (Heart Failure with reduced Ejection Fraction – HFrEF), a jsou proto doporučovány pro léčbu každého pacienta, pokud nejsou kontraindikovány nebo

netolerovány. Zatím nebylo prokázáno, že by sartany (ARB) snižovaly úmrtnost nemocných s HFrEF více než inhibitory ACE, proto by se jejich podávání mělo omezit na nemocné s intolerancí inhibitorů ACE. Dále přidáváme blokátory mineralokortikoidních receptorů (MRA), při jejich intoleranci je někdy doporučena kombinace inhibitorů ACE + ARB ale za pečlivých kontrol u kardiologa či internisty (efekt na mortalitu u této kombinace nebyl zatím prokázán). Ivabradin, lék blokující If kanál v sinusovém uzlu, snižuje zvýšenou srdeční frekvenci u nemocných se sinusovým rytmem, s níž se lze často u HFrEF setkat; rovněž bylo prokázáno, že zlepšuje výsledek léčby a jeho použití je tedy třeba ve vhodných případech zvážit (1–3).

Výše uvedené léky je u pacientů se symptomy a/nebo se známkami městnání nutno užívat spolu s diuretiky. Podávání diuretik je nutno upravit podle klinického stavu pacienta.