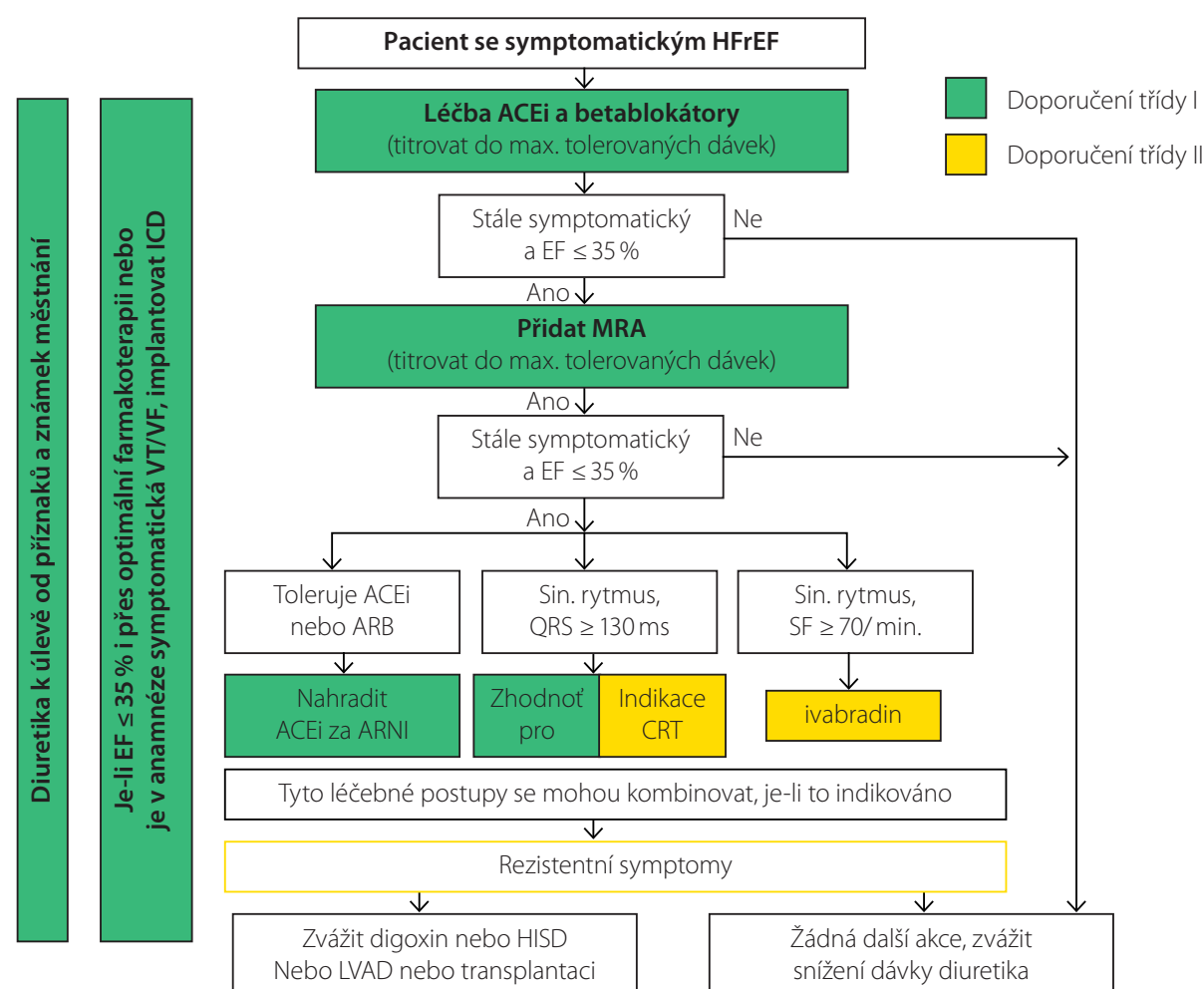


Obr. 1. Algoritmus léčby pacienta se symptomatickým srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí



ACEi – ACE inhibitory, ARB – angiotenzin II blokátory receptoru AT₁ – sartany, ARNI – sakubitril valsartan, CRT – resynchronizační terapie, EF – ejekční frakce, H-IsD – hydralazin-isosorbid dinitrát, LVAD – levokomorové srdeční podpory, MRA – blokátory mineralokortikoidních receptorů

Inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu (iACE)

Je prokázáno, že inhibitory ACE snižují mortalitu a morbiditu pacientů s HFrEF a jejich užívání se doporučuje – pokud nejsou kontraindikovány nebo netolerovány – u všech nemocných se sníženou ejekční frakcí. Tyto důkazy byly nejdříve popsány ve studii CONSENSUS u nemocných s těžkým symptomatickým srdečním selháním, později i u nemocných s lehčím srdečním selháním např. ve studiích SAVE a SOLVD. Inhibitory ACE je nutno postupně titrovat až na maximální tolerovanou dávku. Ve studii ATLAS bylo prokázáno, že vysoká dávka lisinoprilu snižuje mortalitu a hospitalizace více než malá dávka. Existují důkazy, že v klinické praxi užívá většina pacientů suboptimální dávky iACE, zde je pečlivé zvážení co nejvyšší tolerované dávky. Inhibitory ACE jsou rovněž doporučovány u pacientů s asymptomatickou systolickou dysfunkcí LK. Evropská doporučení uvádějí inhibitory ACE: ramipril, trandolapril a lisinopril a jako historické: enalapril a captopril (4).

Blokátory receptoru AT₁ pro angiotenzin II (ARB) – sartany

Sartany (ARB) měly např. ve studiích ELITE II, OPTIMAL, VALIANT či VAL-HEFT srovnatelný efekt s inhibitory ACE, ale měly by být podávány v případě intolerance jako náhrada za iACE (suchý kašel, angioedém). ESC Guidelines 2016 doporučují i kombinaci inhibitorů ACE + sartanů, ale jen v případě intolerance MRA. Doporučeny jsou losartan, candesartan a valsartan (1, 5).