



Antagonisté mineralokortikoidních receptorů (MRA)

Podávat MRA (spironolakton a eplerenon) se doporučuje všem symptomatickým pacientům (i přes léčbu iACE a betablokátozem) se srdečním selháním a ejekční frakcí $\leq 35\%$ s cílem snížit mortalitu a hospitalizace. Příznivý vliv byl prokázán např. ve studii EPHEsus (1, 4). MRA tedy přidáváme k inhibitorům ACE či sartanům všem symptomatickým nemocným.

Opatrnosti je třeba v případech, kdy se MRA podává pacientům s poškozením renálních funkcí a nemocným s hodnotami draslíku v séru $> 5,0 \text{ mmol/l}$. Podle klinického stavu je nutno pravidelně kontrolovat hodnoty draslíku v séru a renální funkce. Doporučeny jsou spironolakton a eplerenon (4).

Betablokátozy

Betablokátozy snižují mortalitu a morbiditu většiny symptomatických pacientů s HFrEF i přes užívání iACE. Existuje shoda, že betablokátozy a inhibitory ACE se navzájem doplňují, a že je lze začít podávat okamžitě po stanovení diagnózy srdečního selhání. Toto bylo prokázáno např. ve studiích MERIT, COPENICUS či CAPRICORN (1). Zdá se, že u ambulantních nemocných je vhodnější začít inhibicí ACE či sartanem a poté titrovat dávku betablokátozu. Zatím nejsou k dispozici žádné důkazy podporující zahájení léčby betablokátozem před zahájením podávání iACE či sartanem. Studie CIBIS III vyšla v tomto směru neutrálně (1, 3).

Betablokátozy je nutno začít podávat klinicky stabilizovaným pacientům v nízkých dávkách a dávku pozvolna titrovat až do maximální snášené dávky. U pacientů přijatých do nemocnice pro akutní srdeční selhání (ASS) je nutno betablokátozy začít podávat s opatrností ihned poté, co bylo dosaženo stabilizace pacienta (6).

Doporučené BB jsou ty, které prošly velkými klinickými, mortalitními studiemi: bisoprolol, carvedilol, metoprolol succinát (ZOK) a nebivolol (1).

Inhibitor kanálu I_f

Ivabradin zpomaluje srdeční frekvenci inhibicí kanálu I_f v sinusovém uzlu a je tedy nutno jej podávat pouze pacientům se sinusovým rytmem. U pacientů se symptomatickým HFrEF a s EFLK $\leq 35\%$, sinusovým rytmem a srdeční frekvencí ≥ 70 tepů/min snížil ivabradin ve studii SHIFT incidenci souhrnného sledovaného parametru mortality a hospitalizací pro srdeční selhání. Evropská léková agentura (European Medicines Agency, EMA) schválila ivabradin k použití v Evropě u pacientů s HFrEF a s EFLK $\leq 35\%$, sinusovým rytmem při klidové srdeční frekvenci ≥ 75 tepů/min (1, 2).

Diuretika

Diuretika se doporučují ke zmírnění známek a symptomů městnání u pacientů s HFrEF; účinky této lékové skupiny však v randomizovaných klinických studiích dosud nebyly a pravděpodobně nebudou hodnoceny. Kličková diuretika vyvolávají intenzivnější a kratší diurézu než thiazidová diuretika. Obě skupiny působí synergicky a jejich kombinaci lze použít k léčbě rezistentních otoků. Dávku diuretik je nutno v průběhu času upravovat podle individuálních potřeb. Z kličkových diuretik se používá furosemid a torasemid, z thiazidových hydrochlorothiazid, chlorthalidon a indapamid a z kalium šetřících verospiron a spironolakton a existuje také amilorid a triamterén (1, 2).