



Kombinace hydralazinu a isosorbid dinitrátu

Tato kombinace byla testována ve studii A-HEFT u afro-americké populace a ukázala příznivý účinek na mortalitu u srdečního selhání vzhledem k tomu, že hydralazin v perorální formě v ČR není k dispozici, proto pro naše nemocné ji nelze používat (7).

Digoxin

Použití digoxinu lze zvážit u pacientů se sinusovým rytmem a symptomatickým HFrEF s cílem snížit riziko hospitalizací. Účinky digoxinu u pacientů s HFrEF a fibrilací síní nebyly v RCT hodnoceny a studie z nedávné doby naznačily potenciálně vyšší riziko příhod (mortality a hospitalizací pro srdeční selhání) u pacientů s fibrilací síní užívajících digoxin. Toto zjištění je však sporné. U pacientů se symptomatickým srdečním selháním a fibrilací síní se digoxin osvědčil při zpomalování rychlé komorové frekvence. Doporučuje se klidová komorová frekvence v rozmezí 70–90 tepů/min. Také je nutno kontrolovat a dodržovat plazmatickou koncentraci v rozmezí 0,5–0,9 ng/ml = 0,64–1,2 nmol/l. Použití digoxinu ve studii DIG nesnížilo mortalitu, ale snížilo počet hospitalizací, tedy vedl ke zlepšení kvality života (8, 9).

Nové lékové skupiny u chronického srdečního selhání

Inhibitor angiotenzinových receptorů a neprilysinu

Byla vyvinuta nová léková skupina inhibující současně RAAS a neutrální endopeptidázu [angiotensin receptor neprilysin inhibitor (ARNI)]. Prvním představitelem této skupiny je molekula slučující vlastnosti valsartanu a sakubitrilu (inhibitoru neprilysinu).

V publikované studii PARADIGM-HF byly hodnoceny dlouhodobé účinky kombinace sakubitril/valsartan ve srovnání s ACE-I (enalapril) na morbiditu a mortalitu ambulantních pacientů s HFrEF a EFLK $\leq 40\%$ a dostávali randomizovaně buď enalapril (2×10 mg), nebo kombinace sakubitril/valsartan ($2 \times 97/103$ mg). Primární cíle vyzněly vysoce statisticky významně ve prospěch sakubitril/valsartanu, a to jak pro složený cíl kardiovaskulární úmrtí a první hospitalizace pro srdeční selhání ($p < 0,001$), tak pro oba jednotlivé podcíle, tedy pro kardiovaskulární mortalitu ($p < 0,001$), tak pro první hospitalizace pro srdeční selhání ($p < 0,001$). Statisticky významně byla nižší i celková mortalita ($p < 0,001$). Naopak pokles renálních funkcí a nový výskyt fibrilace síní byl v obou skupinách podobný (10, 11). Proto se kombinace sakubitril/valsartan doporučuje u pacientů s HFrEF, kteří splňují výše uvedený profil jako náhrada za inhibitory ACE či sartany (10, 11). Sakubitril/valsartan je registrován pod názvem Entresto.

Glifloziny – selektivní inhibitory transportéru pro sodík a glukózu 2 (sodium-glucose co-transporter 2 SGLT2)

Inhibitory SGLT2 – glifloziny byly do klinické praxe uvedeny jako perorální antidiabetika, která působí mechanismem zvýšeného vylučování glukózy močí pomocí blokády ko-transportéru SGLT2, čímž je zabráněno zpětnému vstřebání glukózy v ledvinách. Glifloziny (canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin) přinesly do léčby diabetes mellitus převratný mechanismus účinku, dlouho se totiž vůbec nevěřilo, že by bylo možné snižovat hladinu cukru v krvi cestou vylučování cukru močí. Zdá se, že ale mají i další než jen glykosurický efekt, např. vasodilatační či metabolické účinky.