

kvence postupného nasazování jednotlivých léčiv s pomalou titrací na cílové dávky řádově v průběhu měsíců. Tento postup je nyní nahrazován novou strategií současného zahájení léčby dvěma z doporučených lékových skupin, následuje brzké nasazení dalších dvou stěžejních léčiv v dalších krocích v průběhu 4 týdnů. Titrace na cílové nebo maximálně tolerované dávky probíhá následně (8) (Obr. 5). Pro vedení farmakoterapie je také důležitá znalost doporučení pro postup u pacientů se stoupající EF LK (HFimpEF) – tedy tam, kde díky naší léčbě došlo ke zlepšení hodnot systolické funkce. U těchto pacientů bychom měli pokračovat v léčbě podle doporučení na základě jejich nejnižší předchozí hodnoty EF LK – tedy u pacientů s HFrEF ponecháváme nasazenou léčbu i po normalizaci systolické funkce LK a vymizení symptomů srdečního selhávání.

Srdeční selhání s mírně sníženou ejekční frakcí levé komory

Pacienti s mírně sníženou systolickou funkcí LK (HFmrEF) by měli být vždy léčeni SGLT2 inhibitory. U symptomatických pacientů je vhodné do terapie dále doplnit některý z betablokátorů určených pro léčbu srdečního selhání, dále ARNI, ACEI nebo ARB. K této léčbě dále přidáváme antagonistu mineralkortikoidních receptorů (MRA). Největší profit z takové komplexní léčby mají pacienti s EF LK v dolní části rozmezí 41–49 %. U pacientů s retencí tekutin je samozřejmě opět indikováno kličkové diuretikum k dosažení dekongesce a udržení normální volemie. Zcela recentně jsou pro pacienty s HFmrEF k dispozici data o zřetelném přínosu prvního nesteroidního MRA – finerenonu, budeme se s ním tedy do budoucna setkávat také v léčbě chronického srdečního selhání (9).

Srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí levé komory

Skupina pacientů se zachovanou ejekční frakcí LK (HFpEF) je výrazně heterogenní a zahrnuje celou řadu etiologických činitelů, které k tomuto typu srdeční dysfunkce vedou. Možná i proto nemáme tak robustní data o prospěšnosti některých lékových skupin pro tyto pacienty (ve srovnání s těmi se sníženou EF), a doporučení pro jejich léčbu jsou tedy méně rozsáhlá. Ve farmakoterapii symptomatických pacientů se srdečním selháním s nesníženou systolickou funkcí LK jsou opět základním léčivem

SGLT2 inhibitory (10) (Obr. 6). Pacienti s retencí tekutin by měli současně užívat kličková diuretika a antagonistu mineralkortikoidních receptorů (MRA). Také pro pacienty s HFpEF máme čerstvá data o prospěšnosti léčby finerenonem (9). Dále je doporučována (především pro ženy, u mužů pro pacienty s EF LK s hodnotou do 60 %) léčba ARNI, pokud není možná, tak léčba sartanem (ARB) (Obr. 3). Na rozdíl od předchozích typů srdečního selhání není u těchto pacientů v indikaci chronického srdečního selhání doporučována terapie betablokátorů (BB).

Aktuální možnosti farmakoterapie srdečního selhání v úhradových podmínkách ČR

Lze farmakoterapii srdečního selhání podle aktuálních doporučení realizovat v klinické praxi v České republice? Jistě ano, ale ne všechna doporučená léčiva jsou ve všech indikacích podle doporučených postupů hrazena z veřejného zdravotního pojištění. V některých klinických situacích bohužel narážíme na indikační omezení úhrady. U pacientů s HFrEF nemůžeme léčbu zahájit gliflozinem jako součástí iniciační kombinační léčby – podle indikačního omezení úhrady bychom měli zhodnotit funkční stav po titraci dávek ostatních lékových skupin (ACEI, BB, MRA) a léčbu SGLT2 inhibitorem zahájit až při nadále přetrvávající symptomatologii třídy NYHA II–III. Druhým omezením je limitace pro nasazení sakubitril/valsartanu. Podle doporučených postupů je léčivem první volby v inhibici RAAS pro symptomatické pacienty ve funkční třídě NYHA II–III. Indikační úhradové omezení však nasazení tohoto léčiva podmiňují nedostatečným účinkem předchozí léčby ACE inhibitorem nebo sartanem a již zavedenou léčbou betablokátozem a antagonistou mineralokortikoidního receptoru v cílové dávce dle doporučení nebo v maximální tolerované dávce. V aktuálních doporučených postupech je sakubitril/valsartan doporučován také pro léčbu pacientů s mírně sníženou (EF LK 41–49 %) a zachovanou (EF LK ≥ 50 %) systolickou funkcí. Z veřejného zdravotního pojištění je však toto léčivo hrazeno pouze pacientům s EF LK ≤ 35 %. Při předepisování gliflozinu pacientům s mírně sníženou a zachovalou systolickou funkcí LK musíme být opatrní při volbě velikosti balení empagliflozinu a dapagliflozinu – ne všechny jsou hrazeny pro tuto diagnózu. Komplexní farmakoterapie je tedy pro naše pacienty se srdečním selháním dostupná, předepisující lékař však

Obr. 5. Současný přístup k nasazování a titraci léčiv u HFrEF; upraveno podle (8)

