

Comment on ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Komentár k Odporúčaniam ESC pre diagnostiku a liečbu akútneho a chronického srdcového zlyhávania

Goncalvesová E¹, Lesný P¹, Luknár M¹, Murín J²

¹Oddelenie zlyhávania a transplantácie srdca, NÚSCH, a.s., Bratislava, Slovenská republika

„Odporúčania“ boli prvýkrát zverejnené počas kongresu Asociácie pre srdcové zlyhávanie ESC v máji 2016 (1). Extenzívny dokument má tradičnú štruktúru rešpektujúcu medicínu dôkazov. Oproti predchádzajúcim Odporúčaniam z roku 2012 došlo k zmenám a zapracovaniu nových poznatkov vo viacerých oblastiach.

Klinická definícia srdcového zlyhávania (SZ) sa prakticky nezmenila, zdôrazňuje však skutočnosť, že SZ môže mať minimálne alebo len málo vyjadrené objektívne prejavy a príznaky, ako je dýchavica pri námahe alebo opúchanie končatín.

Z týchto dôvodov bol formulovaný nový **algoritmus pre diagnostiku** chronického SZ. V prítomnosti anamnestických prejavov SZ alebo klinických príznakov alebo nešpecifických zmien na EKG je indikované vyšetrenie natriuretických peptidov. Ich nízke hodnoty (NTproBNP < 125 pg/ml alebo BNP < 35 pg/ml) vylučujú prítomnosť SZ. Vo všetkých ostatných prípadoch je indikované štandardné echokardiografické vyšetrenie s dôslednou kvantifikáciou systolickej funkcie, ako aj funkčných a štruktúrnych zmien, ktoré by mohli byť prejavom či podkladom diastolickej dysfunkcie ľavej komory.

Jednou z najväčších zmien je **nový koncept klasifikácie SZ** na základe ejekčnej frakcie ľavej komory (EF). V súčasnosti sú na základe EF definované tri triedy SZ. SZ s redukovanou EF LK (HFrEF), kde je EF menej ako 40 %, SZ so zachovanou EF LK (HFpEF), pri ktorom je EF ≥ 50 %. Novou triedou je SZ so strednou EF (mid-range) pri EF 40 – 49 %. Tento prístup ku klasifikácii SZ vyvolal širokú diskusiu a viacerí autori ho kritizujú (2). Aj naše pozorovania ukazujú, že HFmrEF sa svojimi charakteristikami skôr približuje HFpEF (3). Zámerom

definovania a rozpoznávania takýchto pacientov v klinickej praxi je podpora pochopenia patofyziológie SZ a výskumu liečebných modalít u pacientov s ľahšími poruchami systolickej funkcie ľavej komory.

Novou kapitolou v „Odporúčaníach“ je **prevencia alebo oddialenie vzniku klinickej formy SZ** alebo smrti pred začiatkom symptómov. V tejto časti uvádzajú súhrn stratégií primárnej prevencie SZ, jednak farmakologickej, ako aj nefarmakologickej. Inováciou je najmä zaradenie inhibítora renálneho tubulárneho natrium-glukózového kotransportera (empagliflozín) do liečby diabetikov II. typu na prevenciu i liečbu SZ a na zníženie mortality (IIa,B).

Zásadnou novinkou v „Odporúčaníach“ je zaradenie **novej skupiny liekov** – inhibítovov angiotenzínových receptorov a neprilyzínu (**ARNI**) – do farmakoterapie SZ s redukovanou systolicou funkciou LK. Prvý liek z tejto skupiny liekov je sakubitril/valsartan. Neprilyzín vykonáva degradáciu natriuretických peptidov, ako aj ďalších vazoaktívnych látok, a preto ho treba inhibovať (sakubitrilom), a valsartan poskytuje selektívnu blokádu receptorov typu 1 pre angiotenzín II (pretože blokádu neprilyzínu sa zvyšuje v sére i koncentrácia angiotenzínu II). Podkladom pre pozíciu ARNI v liečbe HFrEF sú výsledky štúdie PARADIGM-HF. V tejto štúdií sa dokázalo, že zámena ACE inhibítora alebo ARB blokátora za sakubitril valsartan s následnou titráciou dávky podľa tolerancie, vedie k poklesu kardiovaskulárnej mortality a hospitalizácií pre SZ, ako aj poklesu celkovej mortality. Veľmi dôležitá je skutočnosť, že tento efekt bol konzistentný aj v početných podskupinách. „Odporúčania“ pri indikácii a iniciácii ARNI striktné vychádzajú z dizajnu štúdie PARADIGM-HF a sakubitril/valsartan

Z ¹Oddelenia zlyhávania a transplantácie srdca, NÚSCH, a.s., Bratislava a ²I. internej kliniky LFUK a UN, Bratislava, Slovenská republika
Do redakcie došlo dňa 11. mája 2017; prijaté dňa 12. mája 2017

Adresa pre korešpondenciu: Doc. MUDr. Eva Goncalvesová, CSC., OZaTS, NÚSCH, a.s., Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava 37, Slovenská republika, e-mail: eva.goncalvesova@nusch.sk

sa odporúča iba u chorých tolerujúcich ACE inhibítory alebo ARB. Z praktického hľadiska treba zdôrazniť, že kombinácia ACE-I, (respektíve ARB) a ARNI je kontraindikovaná a prvá dávka ARNI sa môže podať po minimálne 36-hodinovej pauze po poslednej dávke ACE-I. Najčastejším nežiaducim účinkom je hypotenzia, ktorú možno vo väčšine prípadov kontrolovať znížením dávok diuretík, prípadne inej „hypotenzívnej“ terapie. Pozornosť treba venovať skutočnosti, že sakubitril/valsartan redukuje mortalitu nielen z dôvodu zlyhávania srdca ako pumpy, ale aj na náhlu smrť (4). Zmeny nastali aj v **indikačných postupoch pre kardioresynchronizáciu (CTR)**. Zjednodušene, CRT je jednoznačne indikovaná u symptomatických chorých so sinusovým rytmom s obrazom blokady LTR s QRS komplexom ≥ 130 ms. Naopak, je kontraindikovaná u pacientov s QRS < 130 ms. Implantabilné kardiovertery-defibrilátory (ICD) sú v primárnej prevencii náhlej srdcovej smrti indikované u chorých s EF LK ≤ 35 %, ktorí napriek viac ako tri mesiace trvajúcej optimálnej medikamentóznej liečbe ostávajú vo funkčnej triede NYHA II-III, za predpokladu prežitia viac ako jeden rok v dobrom funkčnom stave, respektíve s primeranou kvalitou života. U asymptomatických pacientov je ICD indikované pri EF LK ≤ 30 %. U chorých s ischemickou kardiomyopatiou je táto indikácia na úrovni dôkazov A, u chorých s neischemickou kardiomyopatiou na úrovni dôkazov B. Nové aspekty do indikácie ICD vnášajú výsledky štúdie DANISH (5), ktorá bola publikovaná po „Odporúčaníach“. V tejto štúdii sa ukázalo, že u chorých s neischemickou kardiomyopatiou implantácia ICD neprináša mortalitný benefit, čo preferenčne platí u pacientov starších ako 68 rokov.

Rozsiahla časť odporúčaní sa venuje **komorbiditám** (kardiálnym aj nekardiálnym) a špeciálnym opatreniam na ich kontrolu. V súčasnosti je úplne zrejmé, že pre kontrolu symptómov a zlepšenie kvality života, a aj pre predĺženie života pacientov so SZ, je potrebná multidisciplinárna koordinovaná starostlivosť zameraná na komorbidity a aj na psychosociálne aspekty života pacientov. Schéma, ktorá je prílohou týchto odporúčaní, slúži ako návod na diagnostické a terapeutické zhodnotenie syndrómu SZ u individuálneho pacienta a môže byť dobrou pomôckou pre manažment konkrétneho pacienta, pre plánovanie diagnostických a liečebných postupov a pre posúdenie všetkých relevantných faktorov ochorenia.

V oblasti **Akútneho srdcového zlyhávania** bol vypracovaný **algoritmus** manažmentu, ktorého cieľom je dosiahnuť čo najrýchlejšie poskytnutie adekvátnej liečby. V urgentnej iniciálnej situácii chorého, často v predhospitalizačnej fáze, je potrebné identifikovať pacientov so šokovou či prešokovou cirkuláciou a respiračnou insuficienciou, a tu treba bezodkladne zabezpečiť vitálne funkcie chorého. Následne je potrebné identifikovať špecifické príčiny alebo spúšťače dekompenzácie. Ako mnemotechnická pomôcka pre tieto účely slúži skratka **CHAMP** (acute Coronary syndrome, Hypertensive emergency, Arrhythmia, Mechanical cause, Pulmonary embolism). Pri identifikácii niektorej z príčin sa

postupuje v súlade s odporúčaniami pre tieto klinické entity. U väčšiny pacientov hospitalizovaných pre SZ ide o „nešpecifickú“ dekompenzáciu bez jednoznačnej či dominantnej príčiny. V týchto prípadoch sa v iniciálnej liečbe odporúča postupovať podľa identifikácie hemodynamického profilu, kedy sa posudzuje prítomnosť kongescie, hypoperfúzie alebo ich kombinácie. V tejto súvislosti by sme chceli pripomenúť, že sa odporúča zväziť použitie vazodilatátorov u všetkých pacientov s kongesciou a systolickým TK > 90 mmHg, ak nie sú prítomné klinické prejavy hypoperfúzie. U chorých v kardiogénnom šoku alebo s hypotenziou a hypoperfúziou sú indikované inotropiká a vazopresory s včasným posúdením vhodnosti použitia mechanickej podpory cirkulácie.

Oproti „Odporúčaniam“ z roku 2012 je rozpracovaná aj kapitola venovaná **mechanickým podporám obehu**. Vhodne sú popísané základné indikácie aj kontraindikácie tohto postupu. Implantácia dlhodobej mechanickej podpory obehu sa považuje za indikovanú u pacientov, ktorí sú kandidátmi transplantácie srdca alebo u prísne selektovaných chorých s refraktérnym SZ (tzv. destinačná liečba) v triede IIa.

Odporúčania ESC pre diagnostiku a liečbu akútneho a chronického srdcového zlyhávania predstavujú veľmi rozsiahly a zložitý dokument. Ich príručná verzia, ktorá je prílohou tohto čísla Cardiology Letters, je zhrnutý výťažok podstatných a klinicky relevantných častí a bude skôr ad hoc pomôckou ako predmetom systematického štúdia. Preto odporúčame všetkým pozorne preštudovanie kapitoly 16. „To do and not to do messages from the Guidelines“, ktorá svojim rozsahom uspokojí aj tých najviac časovo limitovaných lekárov.

Literatúra

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail. 2016 Aug;18(8):891-975.
2. Delepaul B, Robin G, Delmas C, et al. Who are patients classified within the new terminology of heart failure from the 2016 ESC guidelines? ESC Heart Fail. 2017;4(2):99-104.
3. Goncalvesova E, Lesny P, Luknar M, et al. What are the differences between HFrEF, HFmrEF and HFpEF patients admitted for acute heart failure? Eur J Heart Fail. 2017;19(Suppl. S1):45.
4. Desai A, McMurray J, Packer M, Swedberg K, Rouleau J, Chen F, et al. Effect of the angiotensin-receptor-neprilysin inhibitor LCZ696 compared with enalapril on mode of death in heart failure patients. Eur Heart J. 2015;36:1990-1997.
5. Køber L, Thune JJ, Nielsen JC, Haarbo J, Videbæk L, Korup E, et al. DANISH Investigators. Defibrillator Implantation in Patients with Nonischemic Systolic Heart Failure. N Engl J Med. 2016;375:1221-1230.