

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012
of the European Society of Cardiology

Link: <http://eurjh.oxfordjournals.org/content/14/8/803.long>

European Heart Journal (2012) 33, 1787–1847. doi:10.1093/eurheartj/ehs104

KOMENTÁŘ

Nová doporučení Evropské kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu akutního a chronického srdečního selhání doznala několik změn od posledních doporučení z roku 2008, většina z nich se však týká zejména léčby chronického srdečního selhání. V oblasti farmakologické léčby se rozšířily indikace podání blokátorů aldosteronových receptorů, byl zařazen ivabradin (blokátor specifického kaliového kanálu) do terapeutických algoritmů chronického srdečního selhání. Ostatní hlavní změny se týkají především srdeční resynchronizační terapie (rozšíření a upřesnění indikací), revascularizace myokardu (chirurgické, perkutánní) a jejich významu u pacientů se srdečním selháním a zohlednění zvýšeného využívání mechanických srdečních podpůrných systémů. Do aktualizovaných doporučení jsou již zahrnuty i transkatérové intervence na srdečních chlopních.

VÝBĚR Z DOPORUČENÍ

- Klíčovými vyšetřeními při diagnostice srdečního selhání jsou ultrazvuk srdce (TTE) a 12svodové EKG; UZ je zásadní i pro dělení na srdeční selhání se sníženou EF LK (tzv. HF-REF, heart failure with „reduced“ ejection fraction) a srdeční selhání se zachovanou EF (tzv. „diastolické“ selhání, HF-PEF, heart failure with „preserved“ ejection fraction).
- Jako základní léky pro léčbu chronického srdečního selhání jsou jednoznačně doporučeny ACEI a betablokátory (EF LK < 40 %), při perzistujících symptomech u pacientů s EF < 35 % doplnění

kombinace o blokátory aldosteronových receptorů.

- Podání digoxinu může být zváženo u pacientů se sinusovým rytmem a EF < 45 %, kteří netolerují betablokátor (a jsou zároveň léčeni ACEI a blokátory aldosteronových receptorů), při sinusovém rytmu s frekvencí > 70/min. může být jeho alternativou ivabradin.
- Digoxin může být zvážen u pacientů s EF LK < 45 % a perzistující symptomatologií (NYHA II-IV) i přes adekvátní terapii betablokátorem, ACEI a blokátorem aldosteronových receptorů.

PACIENTI S PLICNÍM MĚSTNÁNÍM/ PLICNÍM EDEMEM

- Klíčovým léčebným postupem zůstává intravenózní podání kličkových diuretik, oxygenterapie s vysokým průtokem kyslíku u hypoxemických pacientů a profylaxe tromboembolické nemoci u pacientů bez antikoagulační léčby.
- Neinvazivní ventilace je doporučena u pacientů s plicním edémem a tachypnoe (> 20/min.) s cílem odstranit dušnost a korigovat hyperkapnii a acidózu.
- Kontinuální infuze nitrátů nebo nitroprusidu sodného (může být zvážena u pacientů bez hypotenze (STK > 110 mm Hg) a při absenci závažné mitrální nebo aortální stenózy. Velkou pozornost je nutné věnovat případnému podání nitroprusidu sodného u pacientů s akutní ischémií myokardu.
- Inotropika nejsou doporučena při absenci hypotenze, hypoperfuze a šokového stavu.

PACIENTI S HYPOTENZÍ, HYPOPERFUZÍ NEBO ŠOKEM

- U síňových a komorových arytmií je doporučeno provedení elektrické kardioverze, pokud arytmie přispívá k hemodynamické nestabilitě pacienta.
- Inotropikum (např. dobutamin) by mělo být podáno u pacientů s hypotenzí (STK < 85 mm Hg) a/nebo hypoperfuzí s cílem zvýšení srdečního výdeje a krevního tlaku a zlepšení periferní perfuze.
- Levosimendan (nebo inhibitor fosfodiesterázy III) může být zváženo při betablokádě, pokud ta významně přispívá k hypoperfuzi.
- Podání vazopresorů (dopaminu nebo noradrenalinu) může být zváženo u pacientů s kardiogenním šokem (i přes léčbu inotropiky) s cílem zvýšení TK a perfuze životně důležitých orgánů.
- Krátkodobá mechanická oběhová podpora by měla být zvážena („bridge to recovery“) u pacientů s přetrvávající těžkou hypoperfuzí přes inotropní terapii, pokud příčina stavu je potenciálně reverzibilní (např. virová myokarditida) nebo potenciálně chirurgicky řešitelná (např. akutní ruptura mezikomorového septa).
- Krátkodobá mechanická oběhová podpora (zejména ECMO) může být zvážena („bridge to decision“) u pacientů s prudkým zhoršením klinického stavu s cílem umožnit dokončení kompletní diagnostiky.

PACIENTI S AKUTNÍM KORONÁRNÍM SYNDROMEM

- U pacientů s elevací ST úseku nebo nově vzniklým LBBB je indikována bezprostřední primární PCI, případně chirurgická revaskularizace u vybraných pacientů s cílem redukovat nekrózu myokardu a riziko časně smrti.
- Pokud nemůže být provedena PCI/CABG, je doporučena intravenózní trombolýza jako alternativa.
- Časná PCI (nebo CABG u vybraných pacientů) je doporučena při akutním koronárním syndromu s absencí elevací ST úseku s cílem redukovat ri-

ziko recidivy akutního koronárního syndromu. Urgentní revaskularizace je doporučena u hemodynamicky nestabilních pacientů.

PACIENTI S FIBRILACÍ SÍNÍ A RYCHLOU ODPOVĚDÍ KOMOR

- Plná antikoagulační léčba (např. heparinem) by měla být u pacientů bez antikoagulace zahájena ihned po detekci fibrilace síní s cílem redukce rizika systémové arteriální embolizace a cévní mozkové příhody.
- Elektrická kardioverze je doporučena u hemodynamicky nestabilních pacientů při fibrilaci síní.
- Elektrická nebo farmakologická kardioverze amiodaronem by měla být zvážena u pacientů bez nutnosti akutní verze na sinusový rytmus (tzv. „rhythm control“ léčba), a to pouze při první atace fibrilace síní trvající < 48 hodin nebo po vyloučení trombu v oušku levé síně.
- Srdeční glykosidy intravenózně by měly být zváženy pro rychlou kontrolu frekvence komor.

Adresa pro korespondenci:

MUDr. Jana Stříteská

Fakultní nemocnice Hradec Králové
Klinika anesteziologie, resuscitace
a intenzivní medicíny
Sokolská tř. 581, 500 05 Hradec Králové

Prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM

Fakultní nemocnice Hradec Králové
Klinika anesteziologie, resuscitace
a intenzivní medicíny
Sokolská tř. 581, 500 05 Hradec Králové

Department of Anesthesia, Pain Management
and Perioperative Medicine,
Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia,
Canada