

# Výběr z nových doporučení ESC 2023

■ Ing. Mgr. Ludmila Bernotová, Medical Education Partner, ROCHE s.r.o., Diagnostics Division



**Poslední kongres Evropské kardiologické společnosti (ESC), který se konal 25.–28. srpna 2023 v Amsterdamu, navštívilo přes 30 tisíc lékařských odborníků z celkem 175 zemí (6 tisíc účastníků prezenčně a více než 24 tisíc účastníků online). Kongres přinesl řadu nových doporučení, včetně aktualizace Doporučení ESC 2021 pro srdeční selhání. Výběr nejzajímavějších novinek v oblasti nových doporučení prezentovaných na kongresu přinášíme v následujícím souhrnu.**

**Aktualizace Doporučení ESC z roku 2021 pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání** přišla pouhé dva roky od vydání předchozích doporučení.<sup>1</sup> Důvodem jsou významná data a poznatky z recentních klinických studií, jejichž přínos je tak zásadní, že odkládat jejich implementaci do klinických doporučení by bylo neetické. Jednou z takových studií je studie STRONG-HF, jejíž výsledky výrazně mění pohled na strategii léčby pacientů hospitalizovaných pro akutní srdeční selhání a význam opakovaného měření hladin NT-proBNP.<sup>2</sup> Nově je doporučeno zahájit intenzivní terapii co nejdříve a současně rychle titrovat farmakologickou léčbu ještě před propuštěním pacienta a poté dále pokračovat během kontrolních návštěv v prvních šesti týdnech po hospitalizaci. Tento postup snižuje riziko rehospitalizace a mortalitu pacientů o 34 %. Během 6týdenní titrace léčby je třeba sledovat příznaky a známky kongesce, kontrolovat krevní tlak a srdeční

frekvenci, hladiny NT-proBNP, draslíku a eGFR, které mohou signalizovat nutnost změny léčebné strategie pacienta.<sup>1</sup>

Další významnou novinkou aktualizace 2023 je rozšíření použití inhibitorů SGLT2 (sodíko-glukózový kotransportér 2 v ledvinách) u pacientů s chronickým srdečním selháním. Léčba inhibitory SGLT2 neboli glifloziny (dapagliflozin, empagliflozin) je nyní doporučena nejen u pacientů se srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí (HFrEF), jako tomu bylo doposud, ale také u pacientů se srdečním selháním s mírně sníženou (HFmrEF) a zachovanou ejekční frakcí (HFpEF).<sup>1</sup> U pacientů, kteří užívají glifloziny z indikace HFpEF, je úhrada z veřejného zdravotního pojištění v České republice podmíněna naměřenou hladinou NT-proBNP.<sup>3</sup>

**Doporučení ESC 2023 pro management kardiovaskulárních onemocnění u pacientů s diabetem** se věnují nejen změnám životního stylu vedoucím ke snížení rizika výskytu kardiovaskulárních onemocnění, ale také novým postupům pro včasný záchyt srdečního selhání u diabetiků.<sup>4</sup> Pacienti s diabetem mají 2–4x vyšší riziko rozvoje srdečního selhání ve srovnání s pacienty bez diabetu. Nová doporučení ESC 2023 zdůrazňují screening symptomů a známek srdečního selhání při každé kontrole diabetického pacienta.<sup>4</sup> Nález byt jediného ze symptomů (dušnost, námahová dušnost, únava, nevykonnost atd.) nebo známek srdečního selhání (nárůst tělesné hmotnosti, periferní otoky, plicní chrůpky

atd.) by měl vést ke stanovení hladin NT-proBNP.<sup>4</sup> Pomocí tohoto kardiomarkeru lze detekovat pacienty s rozvíjející se srdeční dysfunkcí, provést doplňující vyšetření a včas zahájit léčbu srdečního selhání.<sup>4</sup>

U této populace pacientů se také každoročně doporučuje screening chronického onemocnění ledvin. Doporučení poprvé popisuje oportunní screening fibrilace síní pomocí palpce pulzu nebo EKG u diabetiků ve věku ≥65 let. Oportunní screening (náhodný screening během lékařské kontroly) se doporučuje také u osob mladších 65 let, pokud jsou přítomny další rizikové faktory, jako je vysoký krevní tlak. Novinkou je rovněž doporučení k pravidelnému měření krevního tlaku u všech pacientů s diabetem za účelem zjištění a léčby hypertenze a snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění.<sup>4</sup>

**Doporučení ESC 2023 pro kardiomyopatie** pokrývají všechny fenotypy vrozených kardiomyopatií a představují tak historicky první komplexní odborný postup pro jejich diagnostiku a léčbu.<sup>5</sup> Kardiomyopatie zahrnují různorodou skupinu chorob srdečního svalu (myokardu), pro které je charakteristické postižení struktury srdečního svalu. Toto strukturální postižení může způsobovat zhoršení stažlivosti nebo narušení elektrické aktivity srdce, kvůli kterým dochází k srdečnímu selhání nebo k arytmiím.

V rámci diagnostiky je akcentováno použití zobrazovacích technik (echokardiografie,

magnetická rezonance) a v indikovaných případech také genetické testování pacienta, včetně rodinných příslušníků. Důraz je kladen na multidisciplinární přístup k pacientům, především s ohledem na extrakardiální projevy kardiomyopatií (např. neurologické, neuromuskulární, oftalmologické, nefrologické) a integraci lékařských odborníků, kteří se věnují kardiogenetice (specialisté v oborech kardiologie, genetiky, patologie, psychologie).<sup>5</sup>

**Doporučení ESC 2023 pro management akutních koronárních syndromů (AKS)** poprvé slučují problematiku infarktu myokardu s EKG elevací úseku ST (STEMI), bez elevací úseku ST (NSTEMI) a nestabilní anginu pectoris do jednoho dokumentu.<sup>6</sup> Bolest na hrudi, která trvá déle než 15 minut a/nebo se opakuje během jedné hodiny, by měla vést k zavolání rychlé záchranné služby. V rámci diagnostiky AKS nedochází k výrazným změnám. Diagnostika AKS zůstává založena na kombinaci anamnézy, symptomů a známek, včetně nálezu EKG a stanovení hladin troponinů. Doporučuje se měřit srdeční troponiny vysoce citlivými (high-sensitivity, hs) metodami, co nejdříve, s výsledky do 60 minut od odběru krve. Diagnostika STEMI stojí primárně na EKG nálezu, který v případě podezření na STEMI okamžitě vede k odeslání pacienta na reperfuční terapii.<sup>6</sup>

U pacientů s podezřením na NSTEMI by měl být použit rychlý troponinový algoritmus (0 h / 1 h nebo 0 h / 2 h) pro rozdělení pacientů do skupin „rule-in“ (vysoká pravděpodobnost NSTEMI), „rule-out“ (nízká pravděpodobnost NSTEMI) a pacientů, kteří musí být dále sledováni. Pro maximalizaci bezpečnosti a efektivity 0 h / 1 h algoritmu by druhé měření troponinu mělo být po jedné hodině vyžádáno i v případě, kdy ještě není znám výsledek prvního stanovení. U 1 % pacientů může nastat pozdní zvýšení srdečních troponinů. Proto je při přetrvávajícím podezření na AKS doporučeno provést jejich opakované měření. Důležité je také pamatovat na to, že infarkt myokardu není jedinou možnou příčinou akutního poškození kardiomyocytů spojeného s elevací srdečních troponinů, proto je při diferenciální diagnostice třeba vzít v úvahu i ostatní stavy, které jsou provázány zvýšenými hladinami troponinů (např. disekce aorty, plicní embolie,

pneumotorax, Tako-tsubo syndrom atd.).<sup>6</sup> **Doporučení ESC 2023 pro diagnostiku a léčbu infekční endokarditidy (IE)** radí mezi vysoce rizikové všechny pacienty s prodělanou IE v anamnéze, pacienty s chlopenními náhradami nebo po výkonech na chlopních (vč. TAVI; katetrizační náhrada aortální chlopně), pacienty s vrozenými srdečními vadami a pacienty s implantovanými srdečními podporami.<sup>7</sup> Tito pacienti by v rámci prevence IE měli dodržovat správnou zubní a kožní hygienu. V případě orodentálních zákroků by jim měla být indikována antibiotická profylaxe, která pomáhá předcházet vzácným, ale potenciálně smrtelným infekcím vnitřní výstelky srdce a chlopní.<sup>7</sup> Diagnostika infekční endokarditidy (IE) je založena především na pozitivní hemokultuře a lézích zjištěných zobrazovacími metodami. Laboratorní stanovení biomarkerů při IE nespecificky odráží komplexní patofyziologii prozánětlivých a protizánětlivých procesů, humorálních a buněčné reakce nebo oběhové a orgánové abnormality.<sup>7</sup> Pomůckou k odhadu závažnosti infekce jsou hodnoty krevního obrazu, prokalcitoninu a C-reaktivního proteinu, rychlost sedimentace erytrocytů a markery orgánové dysfunkce (srdeční troponin, natriuretické peptidy, laktát, kreatinin, bilirubin).<sup>7</sup> Prokalcitonin a C-reaktivní protein jsou zároveň nejrozšířenějšími biomarkery pro sledování antibiotického stewardshipu.<sup>7</sup> Hlavní rolí biomarkerů při IE je usnadnit počáteční stratifikaci rizika a sledovat odpověď na antibiotickou léčbu.<sup>7</sup>

Všechna doporučení ESC jsou k dispozici na internetových stránkách Evropské kardiologické společnosti: [www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines](http://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines) nebo pod tímto QR kódem:



\* Empagliflozin a dapagliflozin jsou hrazeny u pacientů se symptomatickým chronickým srdečním selháním třídy NYHA II-III s ejekční frakcí >40 % a eGFR >20 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> a hodnotou NT-proBNP >300 pg/ml nebo v případě pacientů s fibrilací síní s hodnotami NT-proBNP >900 pg/ml (empagliflozin) či >600 pg/ml (dapagliflozin).<sup>3</sup>



ING. MGR. LUDMILA BERNOTOVÁ

Roche s.r.o.  
Diagnostics Division

**Kontakt:**  
ludmila.bernotova@roche.com

Vystudovala farmaceutickou fakultu a biomedicínské inženýrství. Od ledna 2021 pracuje v diagnostické divizi společnosti Roche.

Aktuálně je součástí medicínského týmu, kde působí na pozici Medical Education Partner. Věnuje se vzdělávání lékařů v oblasti klinické využitelnosti laboratorních markerů, především kardiomarkerů. Účastní se odborných konferencí a organizuje edukační semináře. Zároveň se podílí na přípravě edukačních materiálů pro lékaře a pacienty.

## Reference:

- McDonagh TA, et al. Eur Heart J. 2023 Oct 1; 44 (37): 3627-3639.
- Mebazaa A, et al. Lancet. 2022 Dec 3; 400(10367): 1938-1952.
- Informace o správním řízení SUKL S102896/2023 a SUKL S128339/2022 na webu <https://www.sukl.cz/modules/procedures/>. Zobrazeno 06.03.2024.
- Marx N, et al. Eur Heart J. 2023 Aug 25; ehad 192.
- Arbelo E, et al. Eur Heart J. 2023 Aug 25; ehad 194.
- Byrne RA et al. Eur. Heart J. 2023 Oct 12; 44(38): 3720-3826.
- Delgado V, et al. Eur Heart J. 2023 Oct 14; 44(39): 3948-4042.