

Leczenie chorych z niewydolnością serca na podstawie wyników badań IMPROVEMENT i EUROHEART FAILURE STUDY

Management of heart failure patients. The results of the IMPROVEMENT and EUROHEART FAILURE studies

Jerzy Korewicki¹, Michał Tendera² i Andrzej Cieśliński³
(w imieniu Komitetów Uczestników obu badań)

¹Klinika Niewydolności Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie

²III Katedra i Klinika Kardiologii Śląskiej Akademii Medycznej,
Górnośląskie Centrum Medyczne w Katowicach

³Katedra i I Klinika Kardiologii, Państwowy Szpital Kliniczny nr 1 w Poznaniu

Abstract

Background: *The main aim of this analysis was to assess differences in the treatment of patients with heart failure (HF) on different level of medical care. That is comparison of the results of two European studies IMPROVEMENT and EUROHEART FAILURE STUDY.*

Material and methods: *ACE inhibitors were taken by about 60% of patients with HF, the doses were 1/2 of recommended by ESC. Only 35% of primary care physicians declared that they use ACE inhibitors in almost all patients with HF. 10% of PCPs declared that they use beta-blockers in all patients with HF. Frequency and dosage of all above drugs were comparable among different level of medical care. Combined treatment ACE inhibitors and beta-blockers was used in average, in 20% of patients with HF. Every day practice differs significantly from compare with the guidelines standards. There is an urgent need to improve the knowledge concerning management of HF among medical doctors especially among PCPs.*

Conclusions: *During the years of 1999–2001 the management of HF differs significantly from the Polish and European guidelines. There were similar but not adequate treatment of HF among doctors on different level of medical care (IMPROVEMENT vs. EUROHEART FAILURE STUDY). Continued education and improved organization of service are required to improve the dissemination and uptake of guidelines on treatment of chronic HF in daily practice. (Folia Cardiol. 2004; 11: 789–797)*

heart failure, EUROHEART FAILURE STUDY, IMPROVEMENT, treatment

Wstęp

Adres do korespondencji: Prof. dr hab. med. Jerzy Korewicki
Klinika Niewydolności Serca IK
ul. Alpejska 42, 04–628 Warszawa
tel. (0 22) 815 42 17, (0 27) 226 44 83, faks (0 27) 226 45 22
e-mail: jkorewicki@ikard.waw.pl
Nadesłano: 26.10.2004 r. Przyjęto do druku: 15.11.2004 r.

Mimo znacznego postępu w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych chorobowość w niewydolności serca (HF, *heart failure*) paradoksalnie wzrasta, dotyczy to zwłaszcza populacji osób po 70 rż. [1]. Wnioski wynikające z badań epidemiologicz-

nych, z badań dotyczących diagnostyki i leczenia niewydolności serca stanowią podstawę zaleceń większości towarzystw naukowych [2, 3]. Metaanalizy tych badań wskazują na znaczną poprawę rokowania w przypadku stosowania rekomendowanego leczenia farmakologicznego, czyli inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACE, *angiotensin-converting enzyme*), β -blokerów, diuretyków, blokerów receptorów aldosteronu. Według Clelanda [4, 5] 2-letnia śmiertelność chorych z umiarkowaną HF w czasie, gdy powszechnie stosowano digoksynę wynosiła 34%, po wprowadzeniu β -blokerów i inhibitorów ACE szacunkowo może wynosić 14%. W podobnym okresie śmiertelność roczna chorych z ciężką HF wynosiła 52%. Współcześnie stosowane, zgodne ze standardami leczenie farmakologiczne mogłoby ją obniżyć do około 12–18%. Należy jednak podkreślić, że dane te sporządzono na podstawie wyników badań prowadzonych w wyselekcjonowanych populacjach pacjentów, różniących się od rzeczywistej populacji chorych rozkładem płci (znacznie mniej kobiet) oraz średnią wieku (ok. 65 lat *vs.* 74–76 lat).

Celem badań IMPROVEMENT i EUROHEART FAILURE STUDY, prowadzonych przez Podgrupę ds. Diagnostyki Grupy Roboczej Niewydolności Serca Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ETK), była ocena diagnostyki i leczenia niewydolności serca w praktykach lekarzy pierwszego kontaktu oraz w warunkach szpitalnych w większości krajów Europy. Badania prowadzono w latach 1999–2001.

Material i metody

Szczegóły dotyczące badań IMPROVEMENT i EUROHEART FAILURE STUDY przedstawiono w poprzednich publikacjach.

IMPROVEMENT [6, 7]

Badanie przygotowała międzynarodowa grupa robocza w celu podkreślenia problemu niewydolności serca oraz udoskonalenia możliwości diagnostycznych i leczenia prowadzonego przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Program, zaplanowany na 3–4 lata, składa się z trzech faz:

- faza I — badanie obejmujące lekarzy pierwszego kontaktu, dotyczące stanu wiedzy i praktycznego jej wykorzystania;
- faza II — programy edukacyjne oparte na wynikach uzyskanych w czasie fazy I;
- faza III — ocena efektów programu(-ów) edukacyjnych na podstawie metodyki fazy I.

W badaniu wzięli udział przedstawiciele 14 krajów Europy: Belgii, Czech, Słowacji, Francji, Nie-

miec, Węgier, Holandii, Polski, Rosji, Hiszpanii, Szwecji, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii i Turcji.

W programie ostatecznie uczestniczyło 1363 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Przeanalizowano 11 062 historie chorób. Uzyskane przez przeszkolonych, niezależnych ankieterów informacje zebrane od lekarzy i pacjentów ujęto w kwestionariuszu dotyczącym wiedzy lekarzy (*perception survey*) i kwestionariuszu oceniającym codzienną praktykę (*actual practice survey*).

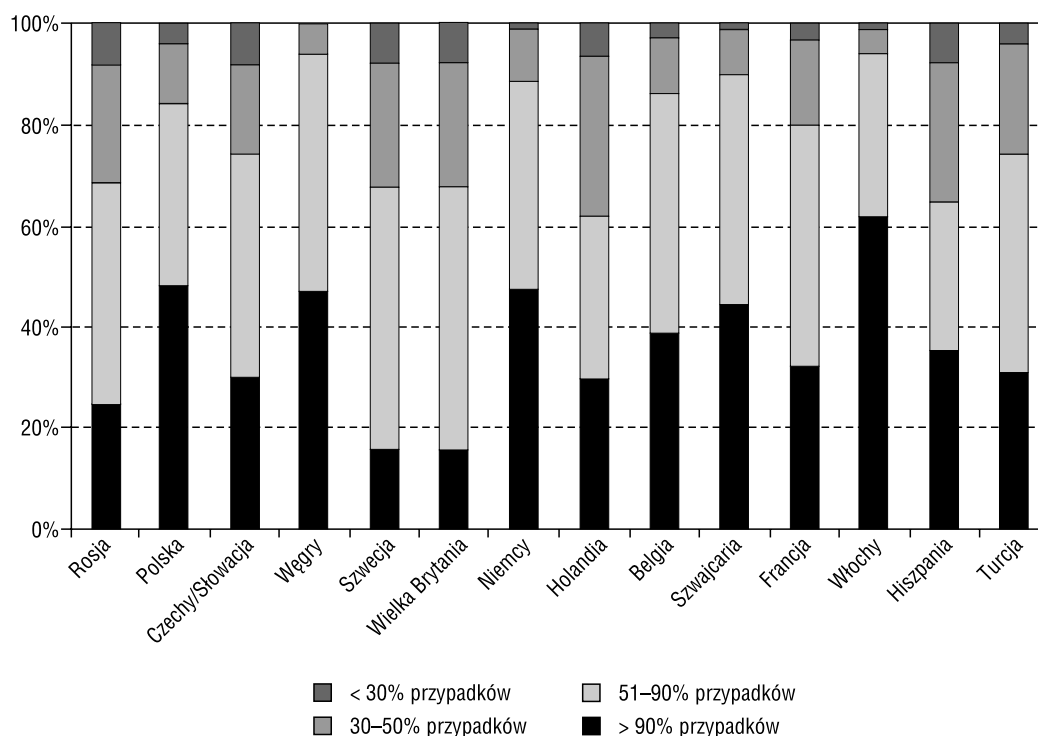
Wnioski z badania I fazy pozwoliły na stworzenie programów edukacyjnych opartych na schematach przygotowanych przez Grupę ds. Edukacji Programu IMPROVEMENT. Programy te objęły lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy internistów i kardiologów — głównie w regionach koordynatorów programu.

EUROHEART FAILURE STUDY [8, 9]

Celem badania była ocena zgodności procedur diagnostycznych i leczenia kolejnych chorych hospitalizowanych z powodu lub podejrzenia niewydolności serca z odpowiednimi zaleceniami ETK. Aby uzyskać wiarygodne i powtarzalne dane, do badania włączono grupy szpitali składające się z: jednego szpitala uniwersyteckiego i jednego lub więcej szpitali szczebla wojewódzkiego lub miejskiego. W każdym z włączonych szpitali rejestrowano wszystkie wypisy lub zgony pacjentów (oddziały: ogólne, kardiologiczne, kardiochirurgiczne, geriatryczne) z rozpoznaniem ostrego zawału serca, przypadki nowego epizodu migotania przedsionków, chorych na z cukrzycę. Rejestr prowadzono przez 6 tygodni. W dużych szpitalach, w których rejestrowano więcej niż 150 zgonów tygodniowo, okres rekrutacji skracano. Badanie (*screening*) prowadzono przez ok. 1 rok (2000–2001).

Wszyscy pacjenci spełniający kryteria włączenia wypełniali kwestionariusz zawierający szczegółowe dane dotyczące: zdarzeń poprzedzających i będących przyczyną przyjęcia do szpitala, badania klinicznego i badań diagnostycznych, leczenia kardiologicznego i innego typu leczenia medycznego. Pacjentów wypisanych ze szpitala proszono o przybycie po ok. 12 tygodniach od dnia wypisu ze szpitala. W czasie tej wizyty rejestrowano zmiany w stanie pacjenta, wyniki dodatkowo wykonanych badań, zmiany w leczeniu.

W badaniu uczestniczyło 115 szpitali (60 grup szpitali) w 24 krajach Europy. Połowa to szpitale uniwersyteckie, pozostałe to regionalne ośrodki kardiologiczno-kardiochirurgiczne i szpitale rejonowe.



Rycina 1. Wiedza lekarzy pierwszego kontaktu dotycząca stosowania inhibitorów konwertazy angiotensyny. Odpowiedź na pytanie: „Jak często stosuje Pan/i/ inhibitory konwertazy angiotensyny u chorych z niewydolnością serca?”

Figure 1. General practitioners and their expertise concerning ACE inhibitors. Answering the question: “How often do you prescribe ACEIs in heart failure patients?”

Wyniki (ryc. 1)

Inhibitory konwertazy angiotensyny

Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z lat 1997, 2001 i 2004 wskazują, że stosowanie inhibitorów ACE jest leczeniem standardowym u wszystkich chorych z HF, także u pacjentów, u których nie występują objawy (uszkodzenie lewej komory serca). Opinia lekarzy pierwszego kontaktu dotycząca konieczności stosowania inhibitorów ACE jest zróżnicowana w różnych krajach Europy. Około 35% lekarzy pierwszego kontaktu (18–48%) lek ten stosowałoby u ponad 90% chorych, około 66% (53–78) lekarzy — u ponad 50% pacjentów. W praktyce, w warunkach ambulatoryjnych inhibitorami ACE leczono średnio 60% chorych: 48% w Szwecji, 76% na Węgrzech. W warunkach szpitalnych częstość stosowania inhibitorów ACE była podobna i wynosiła średnio około 62% (40–85%) (ryc. 2).

Dawkowanie leków z tej grupy nie różniło się istotnie między pacjentami leczonymi ambulatoryjnie oraz w warunkach szpitalnych. Jednak znacznie odbiegało ono od dawek rekomendowanych. Średnio dawki inhibitorów ACE różniły się o około 50%.

Różnice te nie zależały od rodzaju opieki medycznej (tab. 1).

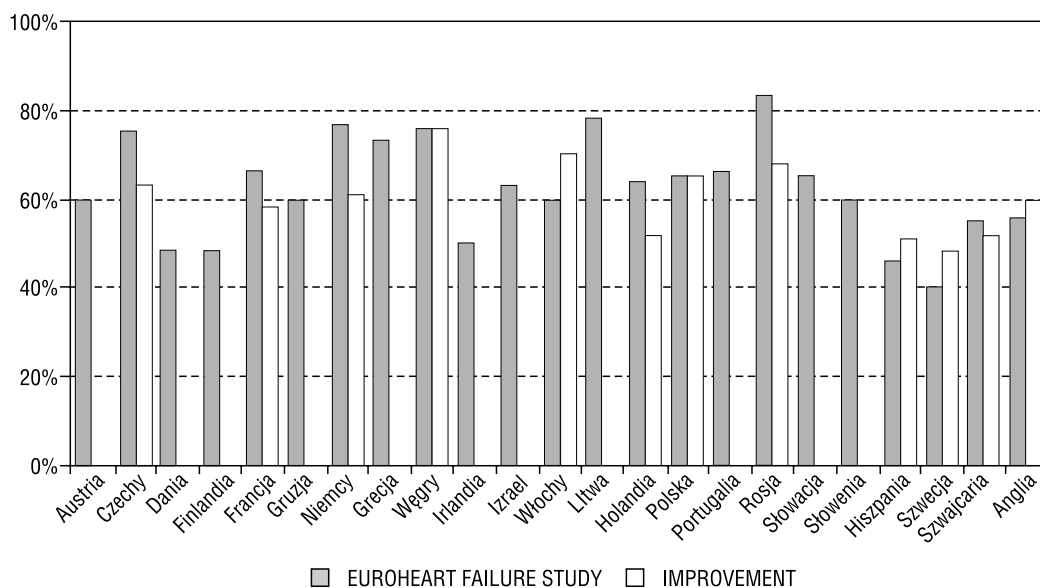
Inhibitory ACE stosowano częściej u chorych z frakcją wyrzutową mniejszą od 40% — zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i szpitalnych (77% i 79,9%). U chorych z frakcją wyrzutową większą niż 40% odsetek ten był niższy i wyniósł odpowiednio 53% i 63%. Rzadziej leki z tej grupy stosowano u chorych w wieku powyżej 75 lat, u kobiet, u osób z towarzyszącymi schorzeniami układu oddechowego.

Blokery receptorów angiotensyny podawano rzadko, najczęściej leczono nimi pacjentów w Szwajcarii, Francji i Holandii (9%) (ryc. 3).

Blokery receptorów β -adrenergicznych

Niewielu lekarzy pierwszego kontaktu było przekonanych o korzyściach z rutynowego stosowania blokerów receptorów β -adrenergicznych u pacjentów z HF (< 10%). W większości przypadków (> 50%) β -blokerów stosowałoby średnio około 20% lekarzy. W praktyce, zgodnie z dokumentacją lekarską, leki te otrzymywało średnio 34% pacjentów z HF (ryc. 4).

Chorzy w wieku powyżej 70 lat przyjmowali leki z tej grupy znacznie rzadziej niż pacjenci młodszy.



Rycina 2. Częstość stosowania inhibitorów konwertazy angiotensyny wśród pacjentów z niewydolnością serca w praktykach lekarzy pierwszego kontaktu (IMPROVEMENT) i w warunkach szpitalnych (EUROHEART FAILURE STUDY)

Figure 2. Prescribing ACE inhibitors in heart failure pts in general practice (IMPROVEMENT) and in hospitals (EUROHEART FAILURE STUDY)

Tabela 1. Dawkowanie inhibitorów konwertazy angiotensyny u pacjentów leczonych w warunkach praktyk lekarzy pierwszego kontaktu (IMPROVEMENT) i w warunkach szpitalnych (EUROHEART FAILURE STUDY)

Table 1. Dosage of ACE inhibitors in heart failure pts in general practice (IMPROVEMENT) and in hospitals (EUROHEART FAILURE STUDY)

| | IMPROVEMENT | EUROHEART | Dawka docelowa |
|------------------|-------------|-----------|----------------|
| Kaptopryl [mg] | 48,4 | 57,6 | 75–150 |
| Ramipryl [mg] | 4,4 | 5,1 | 15,0 |
| Lizinopryl [mg] | 12,6 | 12,3 | 20,0 |
| Enalapryl [mg] | 13,2 | 14,3 | 20,0 |
| Peryndopryl [mg] | 3,6 | 3,1 | 4,0 |

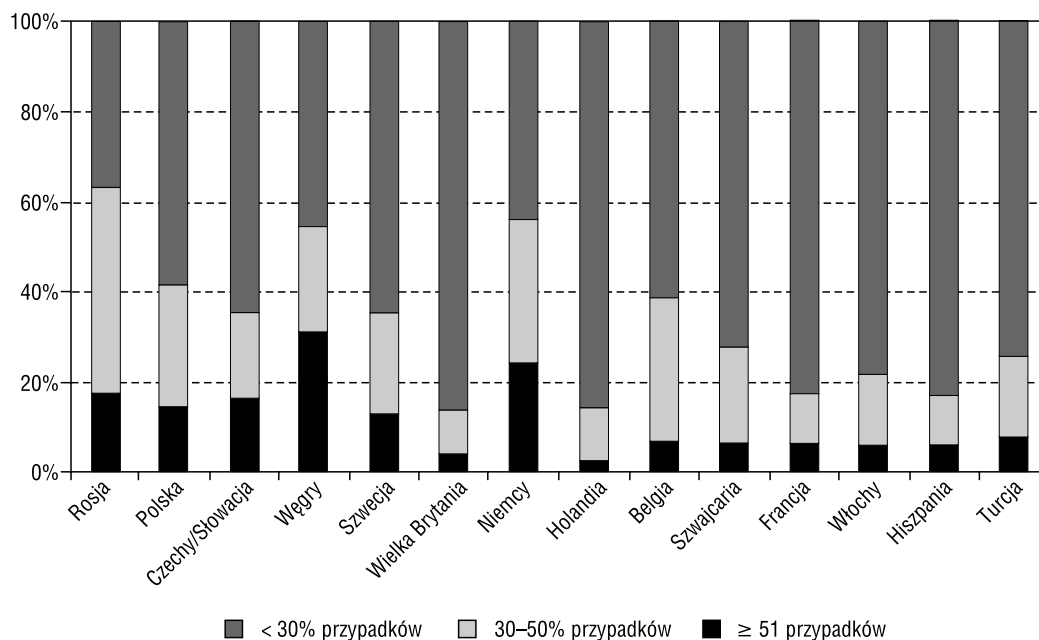
W warunkach szpitalnych chorym z HF zalecano β -blokerów równie często jak w praktyce lekarzy pierwszego kontaktu (36,9%). Częstość stosowania nie różniła się istotnie w zależności od stopnia uszkodzenia lewej komory — wynosiła 44,5% u chorych z frakcją wyrzutową większą od 40% i 48,9% u pacjentów z frakcją wyrzutową mniejszą niż 40%. Częściej leki z tej grupy stosowano na oddziałach kardiologicznych, u chorych z etiologią niedokrwinną niewydolności serca. Choroby układu oddechowego stanowiły, oprócz wieku, istotne ograniczenie stosowania β -blokerów (tab. 2).

Dawki blokerów receptorów były o połowę mniejsze od dawek rekomendowanych. Dotyczyło to metoprololu, karwedilolu i bisoprololu. Leczenie

skojarzone inhibitorem konwertazy angiotensyny i β -blokerem stosowało średnio 20% pacjentów z HF (3% w Turcji, 7% w Hiszpanii) (ryc. 5).

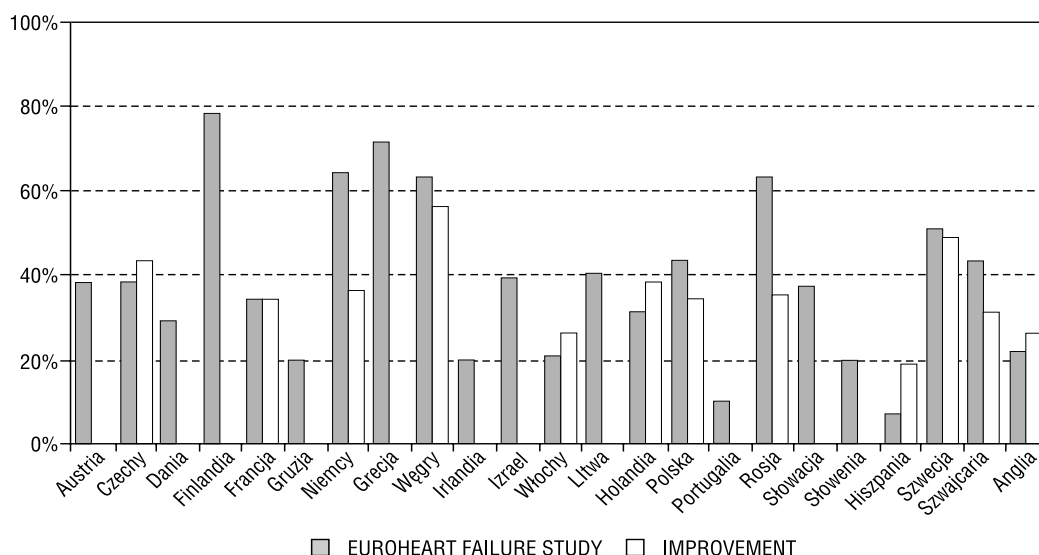
Leki moczopędne

Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami towarzystw naukowych diuretyki stosuje się w tzw. leczeniu objawowym. Wśród chorych leczonych w warunkach ambulatoryjnych około 70% pacjentów z objawami otrzymywało diuretyki — najczęściej diuretyki pętlowe. Wśród chorych hospitalizowanych leki moczopędne przyjmowało około 87% pacjentów, w ponad 90% przypadków były to diuretyki pętlowe, głównie furosemid. Dawka furosemidu u 40% chorych przekraczała 80 mg/d.



Rycina 3. Wiedza lekarzy pierwszego kontaktu dotycząca stosowania beta-blokerów. Odpowiedź na pytanie: „Jak często stosuje Pan/i/ beta-blokery u chorych z niewydolnością serca?”

Figure 3. General practitioners and their expertise concerning beta-blockers. Answering the question: “How often do you prescribe beta-blocking agents in heart failure patients?”



Rycina 4. Częstość stosowania beta-blokerów wśród pacjentów z niewydolnością serca w praktykach lekarzy pierwszego kontaktu (IMPROVEMENT) i w warunkach szpitalnych (EUROHEART FAILURE STUDY)

Figure 4. Prescribing beta-blockers in heart failure pts in general practice (IMPROVEMENT) and in hospitals (EUROHEART FAILURE STUDY)

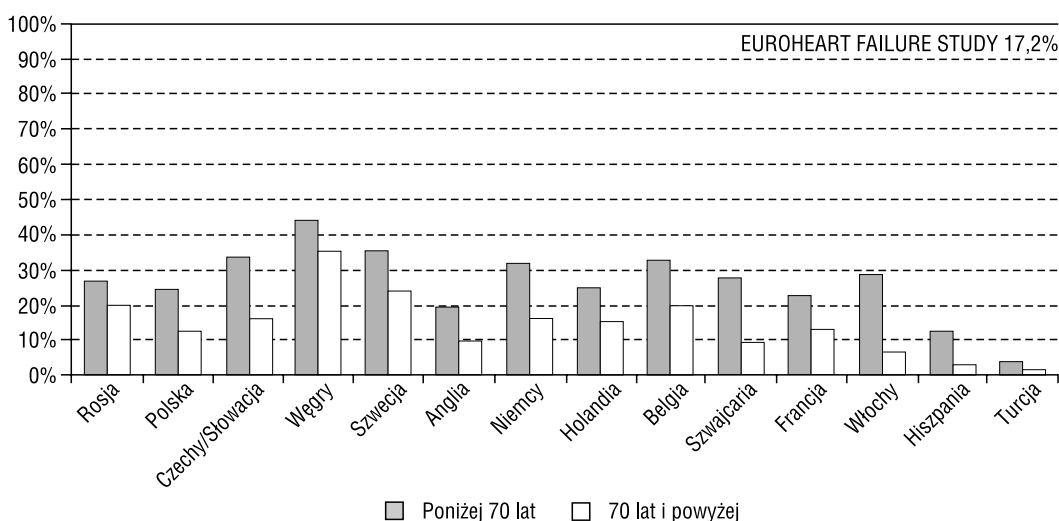
Inne leki

Naparstnicę podawano 36% pacjentów leczonych w warunkach szpitalnych, częściej chorym z frakcją wyrzutową mniejszą od 40%, a także z nadkomorowymi zaburzeniami rytmu. Antykoagu-

lantami leczono średnio 78% chorych z HF, głównie z nadkomorowymi zaburzeniami rytmu i etiologią niedokrwinną niewydolności serca. Kwas acetylosalicylowy otrzymywało około 30% osób, głównie z chorobą wieńcową. Spironolakton stosowało 20%

Tabela 2. Dawkowanie beta-blokerów u pacjentów leczonych w warunkach praktyk lekarzy pierwszego kontaktu (IMPROVEMENT) i w warunkach szpitalnych (EUROHEART FAILURE STUDY)**Table 2.** Dosage of beta-blockers in heart failure patients in general practice (IMPROVEMENT) and in hospitals (EUROHEART FAILURE STUDY)

| | IMPROVEMENT | EUROHEART | Dawka docelowa |
|-----------------|-------------|-----------|----------------|
| Metoprolol [mg] | 74,7 | 74,9 | 150,0–200,0 |
| Karwedilol [mg] | 21,7 | 17,6 | 50,0 |
| Bisoprolol [mg] | 5,9 | 4,7 | 10,0 |
| Atenolol [mg] | 54,6 | 46,9 | ? |

**Rycina 5.** Częstość stosowania leczenia skojarzonego (inhibitory ACE i beta-blokery) wśród pacjentów z niewydolnością serca w praktykach lekarzy pierwszego kontaktu (IMPROVEMENT) i w warunkach szpitalnych (EUROHEART FAILURE STUDY)**Figure 5.** Prescribing combination therapy (beta-blockers and ACEIs) in heart failure pts in general practice (IMPROVEMENT) and in hospitals (EUROHEART FAILURE STUDY)

chorych, przede wszystkim pacjenci hospitalizowani na oddziałach kardiologicznych. Podobnie często podawano blokery kanałów wapniowych, głównie kobietom z niewydolnością serca o etiologii niedokrwiennej. Lekarze pierwszego kontaktu zalecali preparaty naporstnicy średnio 36% chorych (spironolakton 12%). W badaniu EUROHEART FAILURE STUDY dodatkowo oceniano średnią liczbę leków stosowanych przez pacjentów. Ponad 70% chorych otrzymywało 3 i więcej leków, ponad 20% pacjentów więcej niż 5.

Dyskusja

Jako początek nowoczesnego leczenia niewydolności serca uznaje się rok 1975, kiedy Waagstein opublikował po raz pierwszy pracę o korzystnych

efektach leczenia β -blokerami. Dotychczas podstawą leczenia niewydolności serca była terapia naporstnicą i diuretykami. W następnych latach prowadzono liczne badania nad efektami leczenia inhibitorami konwertazy angiotensyny, a pod koniec lat 80. ponownie oceniano skuteczność leczenia β -blokerami. W zaleceniach ETK dotyczących leczenia niewydolności serca z lat 1997, 2001 i 2004 [10, 11] zaliczono obie te grupy leków do leczenia standardowego, z tym że β -blokery dzięki wynikom badania *Carvedilol [Coreg®] Prospective Randomized Cumulative Survival (COPERNICUS)* zaleca się we wszystkich stopniach zaawansowania niewydolności serca, wraz z jej ciężką postacią (IV klasa wg NYHA).

Postęp, jaki osiągnięto w zakresie patofizjologii niewydolności serca, oraz wyniki wielośrodkowych badań w znamienny sposób wpłynęły na le-

czenie chorych z niewydolnością serca. Podstawowym lekiem stosowanym u pacjentów z HF są inhibitory konwertazy angiotensyny — jest to leczenie standardowe chorych z uszkodzeniem lewej komory i niewydolnością serca [12, 13]. U około 10–15% chorych z niewydolnością serca występuje nietolerancja lub przeciwwskazania do stosowania inhibitorów ACE, jednak pozostałym pacjentom powinno się ten lek zalecać. Wyniki analizowanych badań wskazują, że tylko około 60% chorych z HF otrzymuje preparaty z tej grupy. Jednak należy pamiętać, że są to dane z lat 1999–2001. O ile cytowane wyniki można uznać za dostateczne, to samo dawkowanie inhibitorów ACE odbiega znacznie od dawek rekomendowanych. W większości przypadków, z wyjątkiem peryndoprylu, stosowane dawki stanowią 50% dawek zalecanych. Mimo że opublikowano wyniki niewielu badań oceniających efekty stosowania różnych dawek inhibitorów ACE, jednak wskazują one na korzyść z „dużych” dawek. W praktyce, pacjentom z HF należy podawać maksymalne, tolerowane przez nich dawki. Trudności w stosowaniu wysokich dawek inhibitorów ACE zwykle wiążą się z równoczesnym podawaniem diuretyków. Zaleca się, aby w chwili rozpoczynania podawania inhibitorów ACE dawki diuretyków zmniejszyć lub, jeżeli to możliwe, leki z tej grupy odstawić. Ponowne wznowienie podawania diuretyków powinno nastąpić po określeniu optymalnych dawek inhibitorów ACE. Inhibitory konwertazy angiotensyny stosowano rzadziej u pacjentów w wieku podeszłym (powyżej 75 rż.), u kobiet i u chorych z towarzyszącymi schorzeniami układu oddechowego.

Najczęstszą przyczyną niewydolności serca jest choroba niedokrwienna, głównie przeżyty zawał serca. W Polsce i innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej ponad 80% pacjentów z HF to osoby z chorobą niedokrwienną. Opublikowane wyniki badania EUROPA wskazują na korzystny efekt podawania dużych dawek inhibitorów ACE w tej grupie chorych, co ponadto powoduje mniejszą częstość (w porównaniu z placebo) ujawniania się cech niewydolności serca [14]. Zatem chorzy z niewydolnością serca powinni rutynowo otrzymywać leki z tej grupy.

Kolejnymi, standardowo stosowanymi lekami są blokery receptorów β -adrenergicznych. Grupę tę reprezentują 3 leki: bisoprolol, metoprolol, karwedilol. Ich stosowanie u chorych z niewydolnością serca wiąże się z redukcją względnego ryzyka zgonu o około 35%. W prezentowanych badaniach jedynie około 30% chorych z niewydolnością serca otrzymuje te leki. Dotychczas uważano, że choroby układu oddechowego i wiek stanowią istotne

ograniczenie w stosowaniu β -blokerów. Szczegółowe analizy wielośrodkowych badań lekowych wskazują, że wiek nie stanowi ograniczenia w podawaniu β -blokerów, podobnie jak zmiany w układzie oddechowym (z wyjątkiem ostrej nadreaktywności oskrzeli). Nietolerancja glukozy (cukrzyca) nie stanowi ograniczenia w stosowaniu tej grupy leków, a karwedilol nawet poprawia wrażliwość na insulinę. Wydaje się, że najczęstszym problemem jest dobór optymalnej dawki — trwa on od kilku do kilkunastu tygodni, wymaga zatem cierpliwości — zarówno ze strony lekarza, jak i pacjenta.

Bardzo istotne wyniki przyniosło badanie *Carvedilol ACE inhibitors Remodelling Mild Heart Failure evaluation* (CARMEN), w którym oceniano wpływ inhibitorów ACE, β -blokerów i łącznego ich podawania na przebudowę mięśnia sercowego. Zaskoczeniem może być fakt, że inhibitory ACE mają niewielki wpływ na przebudowę lewej komory. Znamienne efekty można uzyskać poprzez łączne podawanie inhibitorów ACE i β -blokerów [15].

Komentarza wymaga stosowanie blokerów receptorów angiotensyny (ARB, *angiotensin receptor blockers*) u chorych z niewydolnością serca. Bez wątplenia zgodnie z europejskimi i amerykańskimi standardami leki z tej grupy powinno się stosować u chorych z niewydolnością serca, którzy nie tolerują inhibitorów ACE lub β -blokerów. Wątpliwości może wzbudzać łączenie ARB z inhibitorami ACE lub/i β -blokerami. Niektóre doniesienia wskazywały na niekorzystne efekty łączenia tych trzech grup leków. Wyniki badania *Candesartan Cilexetil [Atacand™] in Heart Failure Assessment of Reduction Mortality and Morbidity* (CHARM) wyjaśniły wszelkie wątpliwości. Łączenie zarówno inhibitorów ACE z ARB, jak i inhibitorów ACE, ARB z β -blokerami przyniosło wymierne korzyści, takie jak ograniczenie liczby hospitalizacji czy poprawę rokowania chorych z niewydolnością serca [16].

Współczesne leczenie niewydolności serca, poza poprawą w zakresie objawów i komfortu życia, znamienne wpływa na rokowanie chorych. Jako standardowe leczenie uznano stosowanie inhibitorów ACE i β -blokerów. Diuretyki modyfikują objawy niewydolności serca. Naparstnicę stosuje się w szczególnych sytuacjach, głównie u chorych w III i IV klasie według klasyfikacji NYHA, a jej korzystne efekty wiążą się z wpływem na aktywację układów neurohumoralnych, a nie z efektem inotropowym dodatnim. Wszystkich leków podawanych doustnie, mających działanie inotropowe dodatnie, nie stosuje się w leczeniu niewydolności serca ze względu na zwiększanie śmiertelności. Zatem przewlekłe leczenie niewydolności serca polegające na

poprawie kurczliwości mięśnia sercowego nie zostało zaaprobowane. Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami i współczesną wiedzą dotyczącą patofizjologii korzystne efekty wywierają te leki, które hamują przebudowę mięśnia sercowego i modyfikują efekty aktywacji układów neurohumoranych. W podsumowaniu warto zacytować zalecenia ETK dotyczące leczenia niewydolności serca z lat 1997, 2001, 2004.

U chorych z upośledzoną czynnością skurczową lewej komory należy stosować inhibitory ACE. Każdy pacjent po przebytych zawale serca z bezobjawową dysfunkcją lewej komory powinien ponadto otrzymywać leki β -adrenolityczne.

Chorym z objawową dysfunkcją lewej komory (II klasa wg NYHA), u których nie występuje retencja płynów, zaleca się stosowanie inhibitorów ACE i β -blokerów. W przypadku utrzymywania się objawów, mimo stosowania optymalnych dawek powyższych leków, po wyłączeniu innych lub odwracalnych przyczyn objawów niewydolności serca należy rozważyć podanie diuretyków. Chorym, u których występuje retencja płynów, zaleca się terapię inhibitorami ACE, blokerami receptorów β -adrenergicznych i diuretykami. Pacjenci z rytmem zatokowym, otrzymujący naporstnicę, u których objawy zmniejszyły się lub ustąpiły, powinni nadal stosować ten lek.

Chorzy z niewydolnością serca w zaawansowanym stadium (III klasa wg NYHA) oprócz leków, które otrzymują chorzy w II klasie według NYHA, powinni przyjmować małe (25–50 mg) dawki spironolaktonu. W tej grupie chorych często podaje się preparaty naporstnicy, w terapii można również łączyć diuretyki pętlowe i tiazdy. Brak poprawy może być wskazaniem do kwalifikacji do transplantacji serca.

W przypadku schyłkowej niewydolności serca (IV klasa wg NYHA) należy rozważyć transplantację serca w okresie zaostrzeń (dekompensacji) oraz podanie dożylnie leków działających inotropowo dodatnio.

Wyniki badania IMPROVEMENT i EUROHEART FAILURE STUDY wskazują na duże rozbieżności między zaleceniami i codzienną praktyką lekarzy. Rozbieżności te dotyczą lekarzy wszystkich krajów Europy biorących udział w badaniu. Mimo że są to dane z lat 1999–2001, zwraca uwagę mała znajomość zasad leczenia niewydolności serca, zwłaszcza wśród lekarzy pierwszego kontaktu. Jest to fakt istotny, ponieważ niewydolność serca jest albo w bliskiej przyszłości stanie się epidemią współczesnej Europy. Stan ten będzie wymagał zmiany sposobów diagnozowania i leczenia niewydolności serca. Główny ciężar będzie spoczywał na lekarzach pierwszego kontaktu. Należy zatem zintensyfikować szkolenia lekarzy, pacjentów i ich rodzin w zakresie problematyki niewydolności serca. Istnieje pilna konieczność popularyzowania zaleceń Polskiego i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących leczenia chorych z niewydolnością serca.

Wnioski

Leczenie niewydolności serca zarówno przez lekarzy pierwszego kontaktu, jak i lekarzy szpitali miejskich i uniwersyteckich znacznie odbiega od standardów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i ETK. Stosowane dawki leków standardowych (inhibitory ACE i β -blokery) również różnią się od dawek rekomendowanych. Leczenie standardowe (czyli inhibitory ACE i β -blokery) zaleca się jedynie 20% chorych z objawową niewydolnością serca.

Przedstawione wyniki badań IMPROVEMENT i EUROHEART FAILURE STUDY wskazują na konieczność najszybszego rozpropagowania zaleceń Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i ETK dotyczących niewydolności serca. Istnieje również konieczność powszechniejszego szkolenia lekarzy, pacjentów i rodzin pacjentów w zakresie problematyki związanej z niewydolnością serca.

Streszczenie

Wstęp: *Głównym celem porównywanych prac była ocena leczenia chorych z niewydolnością serca na różnych szczeblach opieki medycznej.*

Materiał i metody: *Inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE) otrzymywało ponad 60% chorych z niewydolnością serca niezależnie od miejsca leczenia. Zwraca uwagę fakt, że średnio jedynie 35% lekarzy pierwszego kontaktu deklaruje stosowanie inhibitorów ACE prawie u wszystkich chorych z niewydolnością serca. Dawki inhibitorów ACE (niezależnie od miejsca prowadzonego leczenia) wynosiły 50% dawek zalecanych przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne.*

Wyniki: Zaledwie około 10% lekarzy pierwszego kontaktu rutynowo podawałoby beta-blokery chorym z niewydolnością serca. W praktyce beta-blokery otrzymywało średnio 34% pacjentów z niewydolnością serca. Dawki metoprololu, karwedilolu i bisoprololu wynosiły 50% dawek rekomendowanych przez ESC. Skojarzone leczenie inhibitorami ACE i beta-blokerami stosowało jedynie średnio 20% chorych z niewydolnością serca. Większość chorych z niewydolnością serca otrzymywała diuretyki. Należy podkreślić, że u około 40% chorych dawka furosemidu przekraczała 80 mg/d.

Wnioski: W latach 1999–2001 leczenie niewydolności serca znacznie różniło się od standardów terapii zalecanej przez ESC — zarówno pod względem częstości stosowania standardowych leków, jak i ich dawkowania. Nie stwierdzono istotnych różnic między sposobami leczenia niewydolności serca prowadzonego przez lekarzy pierwszego kontaktu (IMPROVEMENT) a leczenia w warunkach szpitalnych (EUROHEART FAILURE STUDY). (Folia Cardiol. 2004; 11: 789–797)

niewydolność serca, EUROHEART FAILURE STUDY, IMPROVEMENT, leczenie

Piśmiennictwo

1. Korewicki J., Rywik S., Rywik T. Management of heart failure in Poland. *Eur. J. Heart Fail.* 2002; 4: 215–219.
2. Hobbs F.D.R., Jones M.I., Allan T.F., Wilson S., Tobias R. European survey of primary care physician perceptions on heart failure diagnosis and management (Euro-HF). *Bur. Heart J.* 2000; 21: 1877–1887.
3. Hillis G.S., Al-Mohammad A., Wood M., Jennings K.P. Changing patterns of investigation and treatment of cardiac failure in hospital. *Heart* 1996; 76: 427–429.
4. Cleland J.G.F., Cohen-Solal A., Cosin-Aguilar J. i wsp. An international survey of the management of heart failure in primary care. The IMPROVEMENT of Heart Failure Programme. *Lancet* 2002; 360: 1631–139.
5. Cleland J., Louis A., Witte K. Pharmacoeconomic in heart failure. *Eur. Heart J. Suppl.* 2001; 3: G25–G32.
6. Korewicki J., Tendera M., Browarek A., Zieliński T. Założenia programu IMPROVEMENT. *Folia Cardiol.* 2003; 10: 23–28.
7. The Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Increasing the awareness and improving the management of heart failure in Europe: the IMPROVEMENT of HF initiative. *Eur. J. Heart Fail.* 1999; 1: 139–144.
8. Cleland J., Swedberg K., Cohen Solal A. i wsp. The EuroHeart Failure Survey of the EUROHEART Survey Programme: a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. *Eur. J. Heart Fail.* 2000; 2: 123–132.
9. The Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Part 2: Treatment. *Eur. Heart J.* 2003; 24: 464–475.
10. Guidelines for Diagnosis and Treatment of chronic Heart Failure. Chairmen K. Swedberg 2004 (w druku).
11. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure ESC. Remme W.J., Swedberg K. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur. Heart J.* 2001; 22: 1527–1560.
12. Clark A.L., Coats A.J.S. Severity of heart failure and dosages of angiotensin converting enzyme inhibitors. *BMJ* 1996; 310: 973–974.
13. Davie A.P., McMurray J.J.V. ACE inhibitors and health care economics. *Coronary Artery Disease* 1995; 6: 315–319.
14. Fox K. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease (the Europa Study). *Lancet* 2003; 362: 782–788.
15. Remme W. Should ACE inhibition always be first-line therapy in heart failure? Lessons from the CARMEN Study. *Cardiovascular Drug and Therapy.* 2003; 17: 107–109.
16. Pfeffer M., Swedberg K., Granger C. i wsp. effects of cardesartan on mortality and morbidity in patients with heart failure: the CHARM — overall programme. *Lancet* 2003; 362: 759–766.

