

Jak poprawić jakość opieki nad chorymi z niewydolnością serca?

Irmina Gradus-Pizlo

Krannert Institute of Cardiology, Indianapolis, Indiana

Przedrukowano za zgodą z: *Cardiology Journal* 2007; 14: 521–522

Artykuł — str. 149

Niewydolność serca (HF, *heart failure*) uznaje się za jeden z głównych problemów zdrowotnych w krajach rozwijających się ze względu na miliony pacjentów dotkniętych tą chorobą, jak również wzrastającą liczbę hospitalizacji i zgonów związanych z tym schorzeniem [1]. Istotny wzrost poziomu wiedzy dotyczącej patofizjologii oraz powstanie nowych, efektywnych form terapii pozwala na zmniejszenie wartości współczynnika zachorowalności i śmiertelności w populacji pacjentów obciążonych tą chorobą. Jednak wraz z rozwojem każdej z nowych form terapii wzrasta złożoność zaleceń dotyczących leczenia HF, a co się z tym wiąże istotna część pacjentów z tą chorobą nie została poddana rekomendowanej w wytycznych i opartej na faktach naukowych terapii. W powyższym kontekście bardzo aktualna wydaje się praca Fedyk-Lukasik i wsp. opublikowana w bieżącym numerze *Folia Cardiologica Excerpta* [2]. Chociaż badania oparte na kartach oceny najczęściej nie są formą pracy naukowej, po którą sięgamy najchętniej, to powyższe, bardzo dokładnie przygotowane opracowanie dotyczące praktycznych wzorców postępowania terapeutycznego w niewydolności serca uwidacznia trendy leczenia panujące wśród lekarzy w Polsce oraz daje wskazówki dotyczące problematycznych zagadnień. Należy stanowczo i z satysfakcją podkreślić fakt, że bardzo wysoki odsetek pacjentów z HF leczonych zarówno w ramach lecznictwa

ambulatoryjnego (81%), jak i szpitalnego (88%) otrzymywało lek z grupy inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę (ACE, *angiotensin converting enzyme*). Podobny wynik uzyskano u leczonych ambulatoryjnie pacjentów z HF w odniesieniu do stosowania leków z grupy beta-adrenolityków (84,7%). Opisane powyżej wysiłki mające na celu optymalizację terapii zapewniają chorym ogromne korzyści, jeżeli chodzi o wskaźniki przeżywalności, co udowodnili Cohn i wsp. [3], dokonując analizy ramienia placebo w badaniu *Val-HeFT (the Valsartan Heart Failure Trial)*. W tym badaniu w ciągu 23 miesięcy trwania obserwacji całkowita śmiertelność u osób, które nie otrzymywały leków z grupy inhibitorów ACE oraz beta-adrenolityków, wynosiła 31,6%, w porównaniu z 11,9% u pacjentów z grup przyjmujących wymienione leki. Powyższe dane wskazują, że zastosowanie złożonej blokady neurohormonalnej skutkowało łącznie 62-procentową redukcją śmiertelności. W przypadku zastosowania wyłącznie leku z grupy inhibitorów ACE relatywna redukcja śmiertelności wynosiła 29%, z kolei monoterapia z wykorzystaniem leków beta-adrenolitycznych powodowała 39-procentową analogiczną relatywną redukcję śmiertelności [3]. Nie ma wątpliwości, że wszyscy pacjenci z HF powinni zostać poddani powyższej terapii. Te i inne doniesienia są tak przekonujące, że w Stanach Zjednoczonych zarówno agencje rządowe, jak i główne firmy ubezpieczeniowe, pod wpływem opinii publicznej, wymagają informacji szpitalnej dotyczącej oceny zgodności leczenia zastosowanego przez lekarza

Adres do korespondencji: Irmina Gradus-Pizlo, MD, FACC, Profesor Nadzwyczajny Medycyny, Dyrektor Programu Niewydolności Serca, Krannert Institute of Cardiology, 1801 N. Senate Blvd, MPC-2 Suite D4081, Indianapolis, Indiana 46202, tel. 317 962 0533, faks 317 962 0116, e-mail: igradus@iupui.edu

Tłumaczenie: lek. Łukasz Gawiński

z wytycznymi terapii chorych z niewydolnością serca. Okres dużego stopnia autonomii lekarza bezpowrotnie minął. Powyższe dane są również pomocne podczas przydzielania premii finansowych dla ośrodków, które wykazują się (oprócz innych parametrów) 85-procentową zgodnością z zaleceniami dotyczącymi stosowania leków z grupy inhibitorów ACE/blokerów dla receptorów angiotensyny (ARB, *angiotensin receptor blocker*) podczas wypisu chorego ze szpitala. Powyższe dane są łatwo dostępne dla społeczeństwa na odpowiednich stronach internetowych. Zapotrzebowanie społeczne oraz publiczny dostęp do powyższych danych stały się głównymi czynnikami sprawczymi inicjatyw podejmowanych w szpitalach mających za zadanie poprawę jakości w zakresie wielu obszarów opieki, wliczając w to opiekę nad pacjentami z HF. Taka tendencja wyraźnie wskazuje, że system opieki oparty na lecznictwie szpitalnym może zwiększyć stopień jakości opieki medycznej oraz edukacji pacjentów hospitalizowanych z powodu HF. System ten wpływa również na zwiększenie częstości zastosowania terapii opartej na dowodach i rekomendowanej w zaleceniach poprzez rozpoczęcie podawania określonych leków jeszcze przed momentem wypisu ze szpitala.

Obserwacje poczynione przez Fedyk-Łukasik i wsp. [2] dotyczące mniejszej częstości przepisywania przez lekarzy ogólnych leków z grupy inhibitorów ACE oraz beta-adrenolityków u pacjentów z HF są zgodne z wynikami uzyskanymi przez innych autorów. Częstość zastosowania leków z grupy inhibitorów ACE u chorych z HF zanim trafią oni do ośrodka referencyjnego dla leczenia niewydolności serca wynosi 35–75% w zależności od regionu geograficznego oraz poglądów referencyjnych lekarzy w Stanach Zjednoczonych [4]. Wszystkie wytyczne zostają wdrożone do praktyki klinicznej z opóźnieniem, często pomimo przekonujących dowodów na ich słusność. A jest to ważne zagadnienie, ponieważ tradycyjnie HF leczą głównie lekarze ogólni, a liczba pacjentów stale się zwiększa i sami kardiolodzy nie są w stanie zapewnić opieki medycznej tak dużej populacji. Także w Stanach Zjednoczonych pacjentami z HF opiekują się lekarze podstawowej opieki zdrowotnej; tylko 17% chorych kiedykolwiek zgłasza się do kardiologa [5]. Dane zebrane przez Fedyk-Łukasik i wsp. jednoznacznie wskazują na istotną lukę, szczególnie w zakresie stosowania przez lekarzy ogólnych leków z grupy beta-adrenolityków w leczeniu chorych z niewydolnością serca [2]. Dlatego też tak istotne jest podkreślenie potrzeby rozpoczęcia podawania wspomnianych leków przed wypisem ze szpitala.

Dzięki takiemu postępowaniu zwiększa się częstość i bezpieczeństwo stosowania wspomnianych leków [6].

Kolejne wyzwanie dotyczące optymalizacji farmakoterapii niewydolności serca w ostatnim okresie wiązało się z udowodnieniem, że wdrożenie elektroterapii w ramach leczenia HF, w tym zastosowanie implantowych kardiowerterów-defibrylatorów oraz terapii resynchronizującej serca, również istotnie przyczynia się do redukcji śmiertelności w tej grupie chorych. Dokładna ocena pacjenta z HF za pomocą technik echokardiograficznych stała się jedną z głównych metod wspomagających proces jego kwalifikacji. Warto zauważyć, że — jak to opisano w pracy Fedyk-Łukasik i wsp. [2] — tylko mały odsetek chorych w Polsce (37%) poddaje się ocenie echokardiograficznej. Ponieważ dokładność i trafność oceny pacjenta z HF jest zagadnieniem krytycznym dla wyboru i monitorowania odpowiedniej terapii, jak również prewencji powtarzających się hospitalizacji, dostępność powyższych metod diagnostycznych powinna się w Polsce stale zwiększać. Łatwość dostępu do badania echokardiograficznego w Stanach Zjednoczonych uzyskano częściowo poprzez stworzenie oddzielnej grupy personelu pomocniczego, takiego jak technicy echokardiografii, którzy zostali przeszkoleni w zakresie wykonywania takiego badania, na późniejszym etapie interpretowanego przez kardiologa. W dobie echokardiografii cyfrowej takie podejście pozwala na elektroniczny transfer danych nawet z odległych miejsc oraz powoduje zwiększenie dostępności do specjalistycznej interpretacji badania echokardiograficznego dla pacjenta oraz jego lekarza prowadzącego, którzy w przeciwnym razie nie mieliby możliwości dostępu do takich narzędzi diagnostycznych.

Dalsza poprawa jakości opieki medycznej nad chorym z HF stanowi istotne wyzwanie dla środowiska kardiologów w Polsce. Rozwój programów dotyczących postępowania leczniczego w niewydolności serca przyniósł poprawę jakości jej leczenia, skutkującą istotnym zmniejszeniem wskaźników hospitalizacji i śmiertelności. Programy te powinny się rozwijać przy współpracy kardiologów zainteresowanych leczeniem HF i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W Stanach Zjednoczonych konieczna okazała się zmiana programu kształcenia z zakresu kardiologii w celu stworzenia podgrupy specjalistów zajmujących się niewydolnością serca. Dotychczas nie ustalono żadnych wytycznych dotyczących programów nauczania w ramach tej podspecjalizacji, jak również nie określono żadnych wymagań, które muszą spełnić szkolący się lekarze. Dobrym praktycznym rozwiązaniem jest jeden rok szkolenia dla lekarza będącego specjalistą

chorób wewnętrznych, co niewątpliwie należy uwzględnić w perspektywie ogromnych potrzeb medycznych populacji osób z niewydolnością serca. Wprowadzenie powyższej formy szkolenia powinno zaowocować powstaniem w relatywnie szybkim tempie grupy lekarzy internistów z podspecjalizacją w zakresie leczenia HF, którzy odgrywaliby przewodnią rolę w środowisku opieki podstawowej, zapewniając profesjonalną, opartą na dowodach naukowych opiekę nad pacjentem z niewydolnością serca. Jednocześnie grupa ta stanowiłaby pomost pomiędzy opieką podstawową a specjalistyczną (kardiologiczną) dla pacjentów z bardziej złożonym przebiegiem choroby. Obecność lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wyszkolonych w dziedzinie HF mogłaby zwiększyć zakres współpracy pomiędzy tymi lekarzami i kardiologami, co potencjalnie mogłoby przynieść wiele korzyści dla samych chorych. Jeszcze ważniejsze jest to, że wspomniana powyżej grupa lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej stałaby się grupą medyczną szczególnie predysponowaną do wprowadzania w życie zasad profilaktyki niewydolności serca. Podsumowując, chciałabym serdecznie pogratulować dr Fedyk-Łukasik, współautorom oraz ich współpracownikom podjęcia się

trudnego zadania opracowania danych dotyczących postępowania w niewydolności serca w Polsce [2].

Piśmiennictwo

1. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics 2004 Update. American Heart Association, Dallas, TX 2004.
2. Fedyk-Łukasik M., Zdrojewski T., Wizner B. i wsp. Leczenie niewydolności serca: Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Krążenia na lata 2003–2005 — POLKARD. Folia Cardiologica Excerpta 2008; 3: 149–158.
3. Cohn J.N., Carson P.E., O'Connor C. i wsp. Prognosis and mechanism of death in treated heart failure: data from the placebo arm of Val-HeFT. *Congest. Heart Fail.* 2006; 12: 127–131.
4. Stevenson L.W., Massie B.M., Francis G.S. i wsp. Optimizing therapy for complex or refractory heart failure: A management algorithm. *Am. Heart J.* 1998; 135 (6 cz. 2): S293–S309.
5. O'Connell J.B., Bristow M.R. Economic impact of heart failure in the United States: time for a different approach. *J. Heart Lung Transplant.* 1994; 13 (supl.): 107–112.
6. Gattis W.A., O'Connor C.M., Gallup D.S. i wsp. Predischargwe initiation of carvedilol in patients hospitalized for decompensated heart failure: Results of the Initiation Management Pre-discharge: process for Assessment of carvedilol Therapy in Heart failure (IMPACT-HF) trial. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2004; 43: 1534.