

## Komentarz



### prof. dr hab. n. med. Małgorzata Lelonek, FESC

Zakład Kardiologii Nieinwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Autorzy, Anna Praska-Ogińska i Janusz Bednarski, poruszyli bardzo ważny temat niewydolności serca (HF, *heart failure*) z poziomu szpitala powiatowego. Organizacja opieki nad pacjentem z HF w Polsce powoduje, że większość chorych trafia właśnie do tego poziomu referencyjności oddziałów, zazwyczaj częściej na oddział internistyczny niż kardiologiczny.

Dane Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z 2012 roku wskazują, że HF jest najczęstszym powodem hospitalizacji w polskiej populacji osób po 65. roku życia [1]. Częstość hospitalizacji w Polsce jest 2-krotnie wyższa niż w krajach Organizacji Współpracy Gospo-

darczej i Rozwoju (OECD, *Organisation for Economic Cooperation and Development*) i 5-krotnie wyższa niż w Wielkiej Brytanii [2]. Wskaźniki hospitalizacji pacjentów z HF w Polsce należą do najwyższych w Europie i wynoszą 547/100 tys. mieszkańców, a hospitalizacje z powodu HF pochłaniają około 94% budżetu przeznaczanego na leczenie HF [3]. Istotnym problemem są powtarzające się hospitalizacje [4]. Postęp leczenia – głównie w zakresie elektroterapii – spowodował, że pacjenci z HF obecnie żyją dłużej, jednak mimo leczenia progresja choroby wiąże się z zaostrzeniami i prowadzi do obrazu *pump failure*. Dlatego tak ważne jest wczesne rozpoznanie i optymalne leczenie HF lekami o udowodnionej skuteczności w zakresie poprawy rokowania i zmniejszenia zachorowalności.

Autorzy pracy porównali uzyskane dane z charakterystyki klinicznej do danych z krajów europejskich oraz ze Stanów Zjednoczonych, wskazując na podobieństwa i różnice populacji hospitalizowanej z powodu HF. Warto przytoczyć dane z rejestru QUALIFY (*Quality of adherence to guideline recommendations for live-saving treatment in heart failure: an international survey*) [5], mimo że obejmował on chorych ambulatoryjnych, ale z wywiadem hospitalizacji z powodu zaostrzenia HF w okresie ostatnich 1–15 miesięcy. W rejestrze tym analizowano przestrzeganie wytycznych w czasie zbliżonym do tego, w którym zbierano dane do przedstawianej pracy. Średni wiek chorych tej pracy jest wyższy niż w populacji polskiej w rejestrze QUALIFY [6] – średnia wieku, odpowiednio, 73 w porównaniu z 67 latami, z niższym odsetkiem mężczyzn (63% v. 77%). Opisana populacja, podobnie jak w rejestrach europejskich, jest obciążona chorobami współistniejącymi – najczęściej nadciśnieniem tętniczym (58%), chorobą wieńcową (24%), migotaniem przedsionków (38%) oraz cukrzycą (29%). Częściej występowała przewlekła choroba nerek z filtracją kłębuszkową (GFR, *glomerular filtration rate*) poniżej 50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (88%), co może się wiązać ze starszym wiekiem chorych. Natomiast GFR poniżej 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> w niniejszym rejestrze stwierdzono u 17% chorych, co jest porównywalne z danymi z rejestrów światowych. Stężenie N-końcowego fragmentu propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP, *N-terminal B-type natriuretic propeptide*) było wysokie (średnio 4819 pg/ml); 28% chorych zostało przyjętych w trybie pilnym.

W porównaniu z rejestrze QUALIFY niższy był odsetek chorych z urządzeniami wszczepialnymi, wynosząc – odpowiednio – 9,7% w porównaniu z 7% w odniesieniu do wszczepialnych kardiowerterów-defibrylatorów (ICD, *implantable cardioverter-defibrillator*) oraz 9% w porównaniu z 3% w przypadku terapii resynchronizującej (CRT, *cardiac resynchronization therapy*). Wskazuje to na nadal duże niezaspokojone potrzeby w zakresie elektroterapii.

W przedstawianej pracy profil kliniczny polskich chorych jest podobny do profilu pacjentów krajów wysokorozwiniętych oraz większości chorych z rejestrów europejskich. Dla lekarza praktyka oznacza to, że zalecenia zawarte w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*) należy bezpośrednio implementować polskim chorym.

W ocenianej populacji u 42% stwierdzono obniżoną frakcję wyrzutową (EF, *ejection fraction*) lewej komory (EF < 50%), blisko 1/3 populacji miała dysfunkcję skurczową lewej komory z EF poniżej 40%. Mimo wszystko zaskakujący jest fakt, że aż u 28% chorych nie wykonano oceny echokardiograficznej w trakcie hospitalizacji, choć dane pochodzą z oddziału kardiologii. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC dotyczącymi HF ocena echokardiograficzna jest niezbędna do ustalenia rozpoznania HF z udokumentowaniem wartości EF lewej komory oraz zmian strukturalnych, takich jak przerost lewej komory/powiększenie lewego przedsionka i/lub cech upośledzenia funkcji rozkurczowej [7].

Autorzy nie przeanalizowali stosowanej terapii ani dawek leków – szkoda, ponieważ zjawisko *adherence* jest dużym problemem, co przekłada się na rokowanie tej populacji. Zwrócili natomiast uwagę na stopniowo się zwiększającą

odsetek chorych z HF z zachowaną EF (HFpEF, *heart failure with preserved ejection fraction*) hospitalizowanych w ostatnich latach z powodu HF. W związku z tym, że w znacznej części rejestrów szpitalnych nie podaje się wartości EF, wciąż nie ma rzetelnych danych epidemiologicznych na temat rzeczywistych proporcji HFpEF do HF z obniżoną EF (HFrEF, *heart failure with reduced ejection fraction*). Wydaje się jednak, co potwierdza prezentowany rejestr, że odsetek ten może sięgać nawet 60–65% hospitalizowanych pacjentów.

Należy podkreślić, że praca Anny Praski-Ogińskiej i Janusza Bednarskiego dołącza do danych, które wskazują na konieczność poprawy opieki nad pacjentem z HF w Polsce.

### Piśmiennictwo

1. Sekcja Niewydolności serca PTK. Niewydolność serca w Polsce – raport 2016. <http://www.niewydolnosc-serca.pl/barometr.pdf> (20.01.2017).
2. OECD indicators. Health at a glance 2015. OECD Publishing, Paris 2015.
3. Gierczynski J, Gryglewicz J, Karczewicz E. Niewydolność serca – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Uczelnia Łazarzskiego, Warszawa 2013.
4. Lelonek M. Niewydolność serca i powtarzające się hospitalizacje. *Folia Cardiol.* 2016; 11(1): 37–46, doi: [10.5603/fc.2016.0005](https://doi.org/10.5603/fc.2016.0005).
5. Komajda M, Anker SD, Cowie MR, et al. QUALIFY Investigators. Physicians' adherence to guideline-recommended medications in heart failure with reduced ejection fraction: data from the QUALIFY global survey. *Eur J Heart Fail.* 2016; 18(5): 514–522, doi: [10.1002/ejhf.510](https://doi.org/10.1002/ejhf.510), indexed in Pubmed: [27095461](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27095461/).
6. Opolski G, Ozierański K, Lelonek M, et al. Adherence to systolic heart failure guidelines in ambulatory care in Poland – data from the international QUALIFY survey. *Pol Arch Intern Med.* 2017 [Epub ahead of print], doi: [10.20452/pamw.4083](https://doi.org/10.20452/pamw.4083), indexed in Pubmed: [28786405](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28786405/).
7. Ponikowski P, Voors A, Anker S, et al. Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku. *Kardiologia Pol.* 2016; 74(10): 1037–1147, doi: [10.5603/kp.2016.0141](https://doi.org/10.5603/kp.2016.0141), indexed in Pubmed: [27748494](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27748494/).