

Lekarz pierwszego kontaktu a niewydolność serca

prof. dr hab. n. med. Michał Tendera

Klinika Kardiologii III Katedry Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice



Niewydolność serca, będąca wspólną drogą końcową wielu chorób układu sercowo-naczyniowego, stanowi narastający problem kliniczny i społeczny [1]. W Polsce odpowiedzialność za diagnostykę i leczenie niewydolności serca (HF) spoczywa w dużym stopniu na lekarzach pierwszego kontaktu, dlatego też poznanie stosowanych me-

tod postępowania jest istotne.

W niniejszym numerze *Kardiologii Polskiej* przedstawiono wyniki badania ZOPAN, obejmującego 822 chorych [2]. W większości badań populacyjnych średnia wieku wynosi ok. 75 lat [1], w badaniu ZOPAN wartość ta była o 6,5 roku niższa.

Wymogiem kwalifikacji do badania ZOPAN było potwierdzenie rozpoznania klinicznego obecnością dysfunkcji lewej komory udokumentowanej badaniem echokardiograficznym lub radiologicznym. Nie ulega wątpliwości, że zastosowano precyzyjną metodę selekcji chorych. Trzeba jednak zwrócić uwagę na to, że opisany panel diagnostyczny nie jest w praktyce powszechnie stosowany. Prowadzone w tym samym czasie badanie w ramach programu POLKARD [3] wykazało bowiem, że lekarze pierwszego kontaktu w celu rozpoznania HF znacznie rzadziej wykorzystują wyniki badań dodatkowych: w 47% — EKG, w 30% — zdjęcie klatki piersiowej, a tylko w ok. 20% — echokardiografię.

Odsetek chorych leczonych inhibitorami konwertazy angiotensyny, beta-adrenolitykami i diuretykami (odpowiednio 88%, 77% i 77%) w badaniu ZOPAN był bardzo wysoki. Dane pochodzące z badania POLKARD [3] są podobne (81%, 68% i 75%), co świadczy o dobrym poziomie terapii stosowanej przez lekarzy pierwszego kontaktu. Dawki podstawowych leków były niższe od zalecanych w standardach postępowania. Jest to zjawisko powszechnie obserwowane, zwłaszcza w odniesieniu do beta-adrenolityków. W wielu przypadkach ograniczenie dawki jest jednak uwarunkowane przyczynami obiektywnymi [4].

Mimo że większość chorych była w II klasie wg NYHA, w półrocznym okresie poprzedzającym ocenę w badaniu

ZOPAN prawie 1/3 wymagała hospitalizacji z powodu choroby układu sercowo-naczyniowego, a 2/3 wymagało nieplanowanych wizyt ambulatoryjnych związanych z zaostrzeniem objawów HF. Opisana sytuacja potwierdza znaną prawdę, że HF angażuje znaczne środki związane z opieką zdrowotną. Rutynowa opieka nad tą grupą chorych może być kompetentnie realizowana przez lekarzy pierwszego kontaktu. Dla osób z bardziej zaawansowaną chorobą i niestabilnym jej przebiegiem konieczne jest jednak stworzenie w Polsce sieci specjalistycznych ośrodków ambulatoryjnych, których głównym celem jest edukacja pacjentów mająca na celu lepsze poznanie istoty choroby i zwiększony zakres samokontroli. O ile w przypadku leczenia cukrzycy, nadciśnienia tętniczego czy prowadzenia terapii przeciwzakrzepowej konieczność samokontroli jest jednoznacznie uświadamiana przez lekarzy i pacjentów, o tyle w przypadku HF sytuacja jest odmienna. Trzeba więc to zmienić, tworząc dla takich ośrodków odpowiednie uwarunkowania organizacyjne, ponieważ ich funkcjonowanie skutkuje poprawą rokowania [5].

Podobnie, wzorem opieki nad chorymi z ostrymi zespołami wieńcowymi, należy znaleźć rozwiązania systemowe dla opieki szpitalnej nad pacjentami z zaostrzeniem HF, otwierając możliwości mechanicznego wspomaganie lewej komory jako leczenia docelowego dla ściśle zdefiniowanej grupy chorych.

Piśmiennictwo

1. Tendera M. The epidemiology of heart failure. *JRAAS*, 2004; 5: S2-S6.
2. Rywik TM, Kołodziej P, Targoński R et al. Characteristics of the heart failure population in Poland: ZOPAN, a multicentre national programme. *Kardiol Pol*, 2011; 69: 24-31.
3. Fedyk-Lukasik M, Zdrojewski T, Wizner B et al. Heart failure management in Poland: The National Cardiovascular Disease Prevention and Treatment Program POLCARD, edition 2003-2005. *Cardiol J*, 2007; 14: 552-560.
4. Tendera M, Talajic M, Robertson M et al. Safety of ivabradine in patients with coronary artery disease and left ventricular systolic dysfunction from the BEAUTIFUL Holter Substudy. *Am J Cardiol*, 2011 (in press).
5. Stromberg A, Martensson J, Fridlund B et al. Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behavior in patients with heart failure. *Eur Heart J*, 2003; 24: 1014-1023.