

Opieka nad chorymi z niewydolnością serca

dr n. med. Tomasz M. Rywik, prof. dr hab. n. med. Jerzy Korewicki

Instytut Kardiologii, Warszawa

„...żaden lekarz nie powinien rozpoczynać leczenia bez dokładnego zrozumienia, co jest a co nie jest niewydolnością serca...”

(E.N. Silbert i L.N. Katz, 1975)



Od co najmniej kilku lat niewydolność serca (ang. *heart failure* – HF) postrzegana jest jako coraz większy, nie tylko zdrowotny, problem współczesnych społeczeństw. Uważa się, że wzrost chorobowości na HF obserwowany w ostatnich kilkunastu latach jest następstwem starzenia się populacji ogólnej, co potwierdzają dane z 2000 r., w których oceniano, że ponad 25% populacji ogólnej stanowią osoby powyżej 65. roku życia [1]. Dodatkowym istotnym czynnikiem zwiększającym zachorowalność i chorobowość na HF jest postęp w diagnostyce i leczeniu chorób układu sercowo-naczyniowego, a zwłaszcza

nadciśnienia tętniczego i choroby niedokrwiennej serca, istotnych czynników ryzyka HF. Jak wynika z badania Framingham, zachorowalność na HF jest wysoka, a szacowane ryzyko zachorowania w trakcie całego życia dla osoby w wieku 40 lat wynosi ok. 20%, i to zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet [2]. Podobnymi danymi dysponujemy dla populacji europejskiej, w której szacunkowe ryzyko wystąpienia HF dla osoby w wieku 55 lat wyliczono na 33% u mężczyzn i 29% u kobiet. Zagrożenie to jednak równoważy się dla obu płci w wieku ok. 85 lat, osiągając w przybliżeniu 23% [3].

Niewydolność serca należy do chorób o wybitnie złym rokowaniu, 5-letnie przeżycie jest gorsze niż u osób z chorobą nowotworową i wynosi odpowiednio 25–28% w HF i ok. 50% w chorobie nowotworowej [4]. Dane te zostały potwierdzone zarówno w badaniach amerykańskich, jak i europejskich. Rokowanie w tej chorobie jest ściśle związane z zaawansowaniem (klasą) niewydolności serca. Dla pacjentów z umiarkowanym nasileniem objawów śmiertelność wynosi 10–15% rocznie, podczas gdy dla pacjentów z ciężką, najbardziej zaawansowaną postacią HF (IV klasa wg NYHA) osiąga nawet 50%. W ostatnich latach, jak wynika z badań epidemiologicznych, odnotowano jednak pewną poprawę rokowania.

Niezbędnym warunkiem poprawy przeżywalności jest przede wszystkim odpowiednia diagnostyka i całościowa opieka nad pacjentami z HF. Ujednolicone standardy diagnostyczne, wskazujące także na algorytmy postępowania diagnostycznego i zwracające uwagę na wymóg obiektywnej oceny funkcji mięśnia sercowego, pojawiły się dopiero po roku 2000. Jest to niezmiernie istotne, ponieważ jak wynika z badania IMPROVEMENT, aż 50% rozpoznań ustalanych na podstawie objawów klinicznych (bez obiektywnej weryfikacji wydolności serca) jest fałszywie dodatnich [5]. Zmieniające się w przeszłości definicje i kryteria rozpoznania HF uniemożliwiają porównanie dostępności do procedur diagnostycznych w różnych okresach.

Autorzy opublikowanej pracy zwracają uwagę na bardzo ważny aspekt opieki nad chorym z HF, jakim jest dostępność odpowiednich testów diagnostycznych. Dotychczasowe prace koncentrowały się na zgodności postępowania diagnostycznego z obowiązującymi zaleceniami i na tej podstawie wyciągano w nich wnioski co do wiedzy lekarzy zajmujących się HF, bez uwzględniania dostępności do procedur diagnostycznych. Z tego powodu prezentowane wyniki dostarczają niezmiernie ciekawych danych dotyczących rzeczywistych możliwości powszechnego systemu opieki zdrowotnej.

W porównaniu z latami 90. dokonała się bardzo istotna zmiana. W lecznictwie zamkniętym – praktycznie wszystkie ośrodki znajdujące się miejscowościach mających powyżej 30 tys. mieszkańców miały dostęp do badania echokardiograficznego, brak dostępu do aparatu zanotowano jedynie w 3,3% szpitali. W mniejszych ośrodkach braki były nieco większe, przy czym dotyczyło to przede wszystkim szpitali powiatowych i oddziałów o profilu internistycznym. Można zatem przyjąć, że praktycznie ponad 90% szpitali, jeżeli potraktujemy te dane jako reprezentatywne dla populacji polskiej, dysponuje sprzętem niezbędnym do prawidłowego rozpoznania HF. Zdecydowanie gorsza jest dostępność diagnostyki biochemicznej, umożliwiającej oznaczanie peptydów natriuretycznych. Z przytoczonych danych wynika, że praktycznie poza wybranymi jednostkami klinicznymi badania to jest nieosiągalne.

W lecznictwie otwartym sytuacja odnośnie do dostępności diagnostyki echokardiograficznej i biochemicznej jest

mniej korzystna. W tym przypadku, uwzględniając czas oczekiwania na badanie echokardiograficzne, poza przychodniami specjalistycznymi możliwość diagnostyki HF jest bardzo ograniczona, co praktycznie uniemożliwia ustalenie prawidłowego rozpoznania HF przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Można także przyjąć, że oznaczanie hormonów natriuretycznych jest niedostępne dla lekarzy leczenia otwartego. Niemożliwe jest zatem nie tylko wykorzystywanie tej metody w procesie diagnostycznym, ale co jest również niezmiernie istotne – do oceny ryzyka, śledzenia progresji choroby czy też identyfikacji epizodów dekomensacji.

Odpowiednio prowadzone postępowanie diagnostyczne, umożliwiające ustalenie prawidłowego rozpoznania oraz identyfikację i leczenie chorób współistniejących, jest jednym z zasadniczych elementów opieki nad chorymi z HF.

Równie ważnym zagadnieniem jest odpowiednio prowadzone leczenie, uwzględniające nowoczesną farmakoterapię oraz metody inwazyjne, ale przede wszystkim odpowiednia współpraca pacjentów, która umożliwia świadomy udział chorych w procesach diagnostycznych i leczniczych. Ocenia się, że 5–10% chorych nigdy nie stosuje się do zaleceń, 50–60% stosuje się zawsze, a stopień współpracy pozostałych osób jest zmienny. Dlatego aby osiągnąć poprawę rokowania, ale również komfortu życia tej grupy chorych, konieczna jest zmiana dotychczasowych systemów opieki nad chorymi z HF.

W ostatnich latach zaproponowano kilka modeli opieki interdyscyplinarnej nad chorymi z HF, których celem jest zwiększenie współpracy, a tym samym jakości opieki, jak również ułatwienie dostępności do osób zajmujących się HF i bazy diagnostycznej [6, 7]. W uproszczeniu można przyjąć podział dotychczasowych modeli na: przychodnie niewydolności serca, opiekę ambulatoryjną (domową) i telemonitoring.

Przychodnie niewydolności serca tworzone są przez zespół interdyscyplinarny, w skład którego wchodzi pielęgniarki przeszkolone w HF, lekarze, rehabilitanci i dietetycy. W ramach tego systemu pacjenci mają wyznaczone regularne wizyty w przychodni, jak również w miarę potrzeb, w ograniczonym zakresie także wizyty domowe. Taki model opieki umożliwia dostęp do specjalistycznego sprzętu, możliwość korzystania z konsultacji specjalistycznych, zgromadzonej dokumentacji medycznej, a przede wszystkim z systematycznych wizyt kontrolnych. Wady to przede wszystkim mniejsza dostępność dla ludzi starszych i mniej samodzielnych, w bardziej zaawansowanych stadiach HF.

Model opieki domowej realizowany jest przede wszystkim przez zespół pielęgniarek przeszkolonych w HF w ramach wizyt w domu pacjenta, uzupełnianych o szkolenia edukacyjne, w połączeniu z okresowym kontaktem telefonicznym. Taki sposób opieki umożliwia nadzór nad słabszymi chorymi w bardziej zaawansowanych stadiach choroby. Dodatkowo wizyty domowe pozwalają na

właściwą ocenę warunków socjalnych, barier utrudniających codzienną aktywność, a także na weryfikację współpracy. Ze względu jednak na dużą czasochłonność system ten nie jest w pełni efektywny. Dodatkowo brakuje dostępu do dokumentacji medycznej, konsultacji specjalistycznych, a także bazy diagnostycznej.

Ostatni z modeli oparty jest na telemonitoringu (za pomocą urządzeń telemedycznych) wielu parametrów klinicznych, pozwalających na ocenę stopnia wydolności układu sercowo-naczyniowego i wychwytywanie epizodów pogorszenia wydolności serca. W ramach tego modelu prowadzone są także pojedyncze sesje szkoleniowe dla pacjentów i opiekunów.

Retrospektywna ocena tych systemów wskazuje na ich skuteczność w zapobieganiu dekomensacji HF, często odpowiedzialnej za hospitalizacje, które stanowią nawet do 75% wszystkich kosztów opieki medycznej nad tą grupą pacjentów. Dodatkowo w odniesieniu do rozbudowanych systemów, jakimi są przychodnie HF, wykazano także poprawę przeżywalności [8].

Warto wspomnieć, że w Polsce podjęto próby tworzenia systemów opieki ambulatoryjnej nad pacjentami z HF, m.in. w Poznaniu przez prof. Michała Wierchowickiego oraz w Bydgoszczy przez prof. Tomasza Siminiaka.

Jedynie pełen dostęp do procedur diagnostycznych i odpowiednio prowadzone postępowanie diagnostyczne pozwalające na prawidłowe rozpoznanie HF umożliwi zastosowanie adekwatnej do stopnia zaawansowania HF opieki pozwalającej na poprawę rokowania tej grupy pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Weir Robin AP, McMurray John JV. Heart failure In older patients. *Br J Cardiol* 2006; 13: 257-66.
2. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. Lifetime risk for developing congestive heart failure: The Framingham study Heart Study. *Circulation* 2002; 106: 3068.
3. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MCJM, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. *Eur Heart J* 2004; 25: 1614-9.
4. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ. More 'malignant' than cancer? 5-year survival following a first admission with heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001; 3: 315-22.
5. Cleland JGF, Cohen-Solal A, Cosin-Aguilar J, et al. An International Survey of the Management of Heart Failure in Primary Care. The IMPROVEMENT of Heart Failure Programme. *Lancet* 2002; 360: 1631-9.
6. Wierchowicki M, Poprawski K. Niewydolność serca – wyzwanie XXI wieku. Nowy model organizacyjny opieki nad chorymi wymaga pilnego wdrożenia. *Kardiologia Pol* 2004; 60: 268-73.
7. Jaarsma T. Inter-professional team approach to patients with heart failure. *Heart* 2005; 91: 832-8.
8. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray J. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 810-9.