

Czy istnieją uniwersalne wskaźniki ryzyka zgonu u chorych z niewydolnością serca?

dr hab. n. med. Tomasz Zieliński

Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii, Instytut Kardiologii, Warszawa



Czynniki ryzyka zgonu u chorych z przewlekłą niewydolnością serca były przedmiotem zainteresowania od wielu lat i obecnie są coraz lepiej poznane. Bardzo bogate są również dane dotyczące klinicznej stratyfikacji ryzyka u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi i niewydolnością serca, poczynając od prostej klasyfikacji Killipa i Kimballa, a skończywszy na analizach czynników ryzyka z dużych badań klinicznych.

Dopiero ostatnio, m.in. po opublikowaniu badań rejestrowych ADHERE, uzyskano nieco więcej informacji na temat losów chorych hospitalizowanych z powodu ostrej niewydolności serca. Wytyczne leczenie ostrej niewydolności serca, które pod auspicjami ESC ukazały się w 2005 r., jednoznacznie wskazały, że chorzy hospitalizowani z powodu ostrej niewydolności serca są grupą wyjątkowo niejednorodną, która różni się zarówno etiologią choroby, jak i czasem narastania objawów oraz stosowanym sposobem leczenia [1].

Dlatego też próba określenia czynników ryzyka zgonu w obserwacji odległej jest w tej grupie bardzo trudna.

Często niedocenianą zaletą badań rejestrowych jest analizowanie losów dużej liczby pacjentów bez selekcji wstępnej podyktowanej bardzo rygorystycznymi wskazaniami i przeciwwskazaniami, które towarzyszą dużym interwencyjnym badaniom klinicznym. Oddaje to lepiej praktykę kliniczną i stanowi odbicie rzeczywistych wyników na danym terenie pod warunkiem kompletności rejestru.

Przedstawione badanie Gromadzińskiego i Targońskiego nie jest klasycznym badaniem rejestrowym, jest badaniem retrospektywnym dotyczącym grupy kolejnych 100 chorych przyjętych do szpitala z powodu zaostrzenia przewlekłej niewydolności serca. Mimo stosunkowo małej liczebności badanej grupy oraz powszechnie znanych ograniczeń badań retrospektywnych przynosi ono szereg interesujących obserwacji dotyczących charakterystyki i rokowania tej grupy chorych.

Zwraca uwagę średni wiek chorych – ponad 70 lat, obecność nadciśnienia tętniczego aż u 74%, fakt, że 60%

badanych stanowiły kobiety oraz że ponad 60% chorych miało frakcję wyrzutu lewej komory powyżej 50%. Ta charakterystyka grupy sugeruje, że dominowali w niej chorzy z rozkurczową niewydolnością serca, co stanowi o bardzo istotnej wartości tej pracy. Mimo to w obserwacji 3-letniej zmarło aż 40% chorych, co może potwierdzać, że rokowanie chorych ze skurczową i rozkurczową niewydolnością serca jest podobne. Zachęcam Autorów do potwierdzenia tej obserwacji w prospektywnym badaniu rejestrowym – na większej grupie pacjentów.

Nadciśnienie płucne rozpoznane na podstawie badania echokardiograficznego okazało się zmienną istotną w rokowaniu chorych jedynie w analizie jednoczynnikowej, co wydaje się nieco zaskakujące, natomiast znaczenie hiponatremii i wieku wydaje się jednoznacznie potwierdzone. Można tylko żałować, że na razie w niewielkim stopniu możemy skutecznie przeciwdziałać hiponatremii u chorych z bardzo zaawansowaną niewydolnością serca. W jakim stopniu zastosowanie antagonistów wazopresyny okaże się skuteczne w leczeniu tej grupy chorych, przekonamy się w najbliższej przyszłości.

W swojej analizie Autorzy uwzględnili tylko niektóre ze znanych czynników ryzyka, co wynika zapewne z retrospektywnego charakteru badania. W analizie wieloczynnikowej stosowanej w szeroko przyjętym modelu stratyfikacji ryzyka u chorych z przewlekłą niewydolnością serca, m.in. u chorych kwalifikowanych do przeszczepu serca, stosuje się model HFSS (*Heart Failure System Score*). Czynniki zwiększającymi ryzyko zgonu są: etiologia wieńcowa, wyższa częstość serca, niższa frakcja wyrzutu lewej komory, niższe średnie ciśnienie tętnicze, czas trwania zespołu QRS >120 ms, niższy poziom sodu w surowicy, niskie maksymalne zużycie tlenu. Wyliczony na podstawie wartości ww. czynników wskaźnik HFSS, zwany również wskaźnikiem Aaronsona, stratyfikuje chorych do grupy wysokiego ryzyka – wartość wskaźnika poniżej 7,2; średniego ryzyka 7,1–8,1 i niskiego ryzyka >8,1.

Z nowych wskaźników na uwagę zasługuje możliwość wykorzystania w stratyfikacji ryzyka poziomu peptydu natriuretycznego BNP lub NT-proBNP. W badaniach publikowanych między innymi na łamach *Kardiologii*

Polskiej Kübler i wsp. [2] wykazali, że u chorych ze zdekompenowaną niewydolnością serca czynnikiem rokowniczo niekorzystnym jest brak lub niewielki spadek poziomu NT-proBNP w okresie leczenia szpitalnego. W pracach zrealizowanych w ramach badania POLCARD HF w grupie chorych skierowanych jako kandydaci do przeszczepu serca wykazaliśmy, że poziom NT-proBNP powyżej 5000 pg/ml w pierwszym okresie hospitalizacji jest niezależnym od wskaźnika HFSS czynnikiem ryzyka zgonu [3].

Piśmiennictwo

1. Diagnostyka i leczenie ostrej niewydolności serca. Wytyczne postępowania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, ESC). *Kardiologia Polska* 2005; 63: 143-86.
2. Kübler P, Petruk-Kowalczyk J, Majda J, et al. Utrzymujące się wysokie stężenie NT-proBNP jest czynnikiem złego rokowania u chorych ze zdekompenowaną niewydolnością serca. *Kardiologia Polska* 2006; 64: 250-6.
3. Zieliński T, Korewicki J, Browarek A, et al. Survival of patients referred for heart transplantation – prospective, registry based analysis. *J Heart Lung Transplant* 2006; 25 (Suppl. 2): S70 (abstract).