

Ostra niewydolność serca: czy problem kończy się w dniu wypisu?

dr n. med. Robert Zymlński

Klinika Kardiologii, Ośrodek Chorób Serca, Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław



Ostra niewydolność serca (AHF) pozostaje ciągle jednym z najbardziej wymagających wyzwań terapeutycznych w kardiologii. Mimo postępu współczesnej medycyny śmiertelność wewnątrz- i szpitalna u chorych z AHF utrzymuje się na wysokim poziomie [1]. Dowodem na trudności w leczeniu i znaczący wpływ na rokowanie ma także wysoki, tj. 24% i 40%, odsetek rehospitalizacji w okresie odpowiednio 30- i 90-dniowym. Znamienny pozostaje fakt, że 45% ponownych przyjęć do szpitala wynika z przyczyn niekardiogennych [2].

Wiele niepowodzeń w trakcie leczenia pacjentów z AHF wynika ze złożonej patofizjologii tego skomplikowanego zespołu klinicznego. Prowadzi to do oczywistych trudności w zaprojektowaniu prospektywnych badań, które mogłyby stworzyć uniwersalne rekomendacje uwzględniające różnorodne scenariusze kliniczne związane z AHF [3].

Z powyższych powodów praca Marcinkiewicz i wsp. [4] zasługuje na uwagę i skomentowanie. Zespół dokonał analizy losów pacjentów z kardiogennym obrzękiem płuc w okresie 2-letniej obserwacji po wypisie ze szpitala. U ok. 1/3 chorych przyczyną AHF był ostry zespół wieńcowy (ACS): u 69% zawał z uniesieniem, u 31% bez uniesienia odcinka ST. Zabiegi przeszłokrojowej rewaskularyzacji przeprowadzono u 2/3 leczonych. Migotanie przedsionków, które rozpoznano u 38% osób, tylko w 4% przypadków było bezpośrednio związane z epizodem AHF. Śmiertelność 12- i 24-miesięczna w badanej grupie wyniosła odpowiednio 26% i 45%. Wyselekcjonowany charakter chorych nie pozwala odnieść tych danych do ogólnej populacji po epizodzie AHF. Autorzy dokonali retrospektywnego podziału na podgrupy pacjentów, którzy przeżyli lub zmarli w okresie 2-letniej obserwacji. W analizie jednoczynnikowej wpływ na rokowanie w badanych grupach miała masa lewej komory i wymiar końcoworozkurczowy prawej komory. W analizie wieloczynnikowej ACS, jako przyczyna obrzęku płuc, wiązała się z lepszym odległym rokowaniem, natomiast zapalenie płuc było czynnikiem zwiększonej śmiertelności. To bardzo interesujący fragment analizy.

Kluczem do sukcesu w trakcie leczenia obrzęku płuc jest szybka identyfikacja czynników sprawczych i ich usunięcie. Zastosowanie w trybie pilnym zabiegu przeszłokrojowej rewaskularyzacji

w przypadku ok. 30% chorych z ACS i obrzękiem płuc w korzystny sposób wpłynęło na losy leczonych, potwierdzając wcześniejsze dane wskazujące, że ta forma terapii jest postępowaniem z wyboru.

Komentarza wymaga raportowane przez Autorów współistnienie zapalenia płuc u chorych z AHF. Przez wiele lat istniało wiele kontrowersji dotyczących obiektywnego potwierdzenia zapalenia płuc i zasadności rozpoczynania terapii antybiotykami w trakcie ostrej dekomensacji krążenia. Dzięki wprowadzeniu do praktyki klinicznej możliwości oznaczania stężeń mózgowych peptydów natriuretycznych oraz prokalcytoniny i białka C-reaktywnego rozpoznawanie zapaleń płuc u pacjentów z AHF stało się bardziej zobiektywizowane (obok wywiadu, badania przedmiotowego, RTG klatki piersiowej i echokardiografii). Problem infekcji dróg oddechowych w przebiegu AHF był przedmiotem badania BACH (*Biomarkers in the Assessment of Congestive Heart Failure*). Autorzy wykazali, że decyzja o włączeniu antybiotykoterapii u chorych z podwyższonymi, w odróżnieniu od prawidłowych, wartościami stężeń prokalcytoniny przekładała się na znamienne lepsze rokowanie [5]. W prezentowanej pracy nie ma niestety danych o przesłankach do tego rodzaju leczenia. Trzeba pamiętać, że nieuzasadnione zastosowanie antybiotyków wiąże się z pogorszeniem rokowania.

Pełniejszy obraz badanej populacji uzyskalibyśmy także poprzez ocenę stężenia uznanych markerów rokowniczych, takich jak: peptydów natriuretycznych, troponin sercowych (zwłaszcza u chorych, u których rozpoznano ACS), wartości ciśnienia tętniczego stwierdzanych przy przyjęciu. Cenne byłyby także informacje o farmakoterapii w okresie szpitalnym. Wiadomo, że utrzymanie i optymalizacja dawek leków, takich jak: beta-adrenolityki, inhibitory enzymu konwertującego, antagoniści receptora mineralokortykosteroidowego, poprawia rokowanie u chorych z niewydolnością serca.

Wartość pracy byłaby większa, gdyby Autorzy zaprezentowali dane dotyczące odsetka implantacji kardiowerterów-defibrylatorów i/lub stymulatorów resynchronizujących. Cennym uzupełnieniem byłoby uzyskanie wiedzy o częstości i powodach hospitalizacji pacjentów w badanym okresie. Brak tych informacji przy świadomości, jak istotna jest ich rola w rokowaniu, utrudnia ocenę losów chorych w obu podgrupach. Jest to bez wątpienia wynik retrospektywnego charakteru pracy, kiedy to uzyskanie pełnych danych bywa utrudnione.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Nieminen MS, Brutsaert D, Dicstein K et al. EuroHeart Failure Survey II; a survey on hospitalized acute heart failure patients; description of population. *Eur Heart J*, 2006; 27: 2725–2736.
2. Manzano-Fernández S. Complementary prognostic value of cystatin C, N-terminal pro-B-type natriuretic peptide and cardiac troponin T. *Am J Cardiol*, 2009; 103: 1753–1759.
3. Grupa Robocza 2012 Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) ds. Rozpoznania oraz Leczenia Ostrej i Przewlekłej Niewydolności Serca działająca we współpracy z Asocjacją Niewydolności Serca ESC (HFA). Wytyczne ESC dotyczące rozpoznania oraz leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca na 2012 rok. *Kardiol Pol*, 2012; 70, (suppl. II): 101–176.
4. Marcinkiewicz-Siemion M, Ponikwicka K, Szpakowicz A et al. Cardiogenic pulmonary oedema: alarmingly poor long term prognosis. Analysis of risk factors. *Kardiol Pol*, 2013; 71: 712–720.
5. Maisel A, Neath SX, Landsberg J, Mueller C et al. Use of procalcitonin for the diagnosis of pneumonia in patients presenting with a chief complaint of dyspnoea: results from the BACH (Biomarkers in Acute Heart Failure) trial. *Eur J Heart Fail*, 2012; 14: 278–286.