

KARDIOLOGIA

Niewydolność serca – zdążyć ocalić życie

Marta Sułkowska

Zapytana o receptę na skuteczną ochronę i poprawę jakości życia pacjentów z niewydolnością serca prof. dr hab. n. med. Małgorzata Lelonek, FESC, FHFA, kierownik Zakładu Kardiologii Nieinwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i przewodnicząca Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, odpowiada jasno: leczenie musi uwzględniać wszystkie optymalne rozwiązania zawarte w aktualnym schemacie terapii niewydolności serca, z zaznaczeniem, że w pierwszej kolejności włącza się terapię o potwierdzonej klinicznie skuteczności w zakresie redukcji śmiertelności. – *Terapia niewydolności serca musi być intensywna, szybka i bezpieczna. Czas jest kluczowy: musimy działać tak, by zdążyć ocalić życie pacjenta* – podkreśla ekspertka.

U pacjentów z niewydolnością serca charakterystyczne jest wysokie ryzyko hospitalizacji z powodu zaostrzenia choroby podstawowej i pogarszające się rokowanie po każdym pobycie w szpitalu, wynikające z progresji niewydolności serca.

Pacjent wysokiego ryzyka

– Hospitalizacja w niewydolności serca świadczy o progresji choroby – schorzenie postępuje, a dotychczasowe leczenie okazuje się niewystarczające. Niestety, to się przekłada na szanse pacjentów. Ryzyko zgonu w niewydolności serca jest dwukrotnie wyższe po hospitalizacji z jej powodu aniżeli przed hospitalizacją. Z badania PARADIGM-HF¹ wiemy, że chorzy z przebyłą hospitalizacją z powodu niewydolności serca w wywiadzie mają blisko siedmiokrotnie wyższe ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych niż chorzy, którzy nie byli hospitalizowani z jej powodu. W tym samym badaniu wykazano, że nawet jeśli pacjenci mają stabilne objawy – nie mieli zaostrzenia choroby, to i tak aż u 20 proc. z nich konieczna jest hospitalizacja z powodu zaostrzenia niewydolności serca lub dochodzi do zgonu sercowo-naczyniowego. Z tej populacji ponad połowa chorych umiera z powodu nagłego zgonu sercowego (NZS). Przetoczone dane oznaczają, że pacjent ze zdiagnozowaną niewydolnością serca niezależnie od innych czynników staje się automatycznie pacjentem wysokiego ryzyka – zarówno pod względem zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, jak i pod względem wysokiej śmiertelności. Ryzyko, które i tak jest duże, dodatkowo wzrasta, kiedy w przebiegu niewydolności serca pojawiają się hospitalizacje. Oznacza to, że pacjenta z niewydolnością serca musimy leczyć jednocześnie szybko, intensywnie i od razu w sposób możliwie najbardziej efektywny. Inaczej możemy po prostu nie zdążyć ocalić mu życia – mówi prof. Małgorzata Lelonek.

Terapia szybka i zdecydowana

Zdaniem przewodniczącej Asocjacji Niewydolności Serca PTK jedną z najważniejszych zalet nowoczesnych form terapii niewydolności serca jest ich szybkie i intensywne działanie. Pacjent odczuwa poprawę w ciągu dni – tygodni, a nie miesięcy. Innowacyjne formy leczenia są także bezpieczne – w przypadku floczyn nie jest wymagana kontrola parametrów laboratoryjnych. – Już po kilku dniach stosowania nowoczesnych form farmakoterapii nasi pacjenci przyznają, że oddycha im się zdecydowanie łatwiej, są bardziej aktywni i wydolni. Chorzy nie męczą się tak łatwo jak przed wdrożeniem terapii. To wszystko niezmiernie pozytywnie wpływa na jakość życia pacjentów, ich poczucie samodzielności, sprawczości, zadowolenia z życia. W zakresie farmakoterapii ciekawym przykładem innowacyjnego rozwiązania jest dapagliflozyna. Ta molekula posiada mocne dowody kliniczne potwierdzające redukcję śmiertelności u pacjentów z niewydolnością serca. U chorych stosujących tę terapię badanie DAPA-HF² dowiodło zmniejszenia śmiertelności całkowitej o 17 proc. oraz śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych o 18 proc. W badaniu DAPA-CKD³, przeprowadzonym w grupie osób z przewlekłą chorobą nerek (wśród pacjentów, którzy z racji schorzenia współistniejącego z niewydolnością serca mają znacznie więcej obciążeń i tym samym gorsze rokowanie), udowodniono redukcję śmiertelności aż o 31 proc. Co istotne, korzystny wpływ na redukcję śmiertelności wykazano niezależnie od tego, czy u pacjentów występowała niewydolność serca czy też nie. Oznacza to, że badana terapia działała intensywnie nawet u bardziej obciążonych chorych – podkreśla prof. Małgorzata Lelonek.

Unikalne właściwości terapii

– W badaniu PARADIGM-HF badano sakubitryl/walsartan nie w porównaniu



Fot. Termedia

prof. Małgorzata Lelonek: Jeżeli mówimy o celu leczenia, jakim jest redukcja śmiertelności, jako klinicysta wybieram dla swoich pacjentów połączenie β -blokera i dapagliflozyny

z placebo, jak w przypadku innych wymienionych cząsteczek, ale z enalaprilem – aktywnym komparatorem. W tym przypadku badany lek wykazał redukcję śmiertelności, co potwierdziło, że jego działanie terapeutyczne jest lepsze niż inhibitora konwertazy angiotensyny. W badaniu DAPA-HF ok. 8 proc. pacjentów z badanej populacji przyjmowało sakubitryl/walsartan, jednak efekt leczenia dapagliflozyną był równie korzystny niezależnie od tego, czy chory przyjmował ten preparat czy też nie. Oznacza to, że dapagliflozyna wykazała korzystne działanie dodatkowe niezależne od korzystnego działania sakubitrylu/walsartanu. To oznacza, że lek ten jest w stanie dodatkowo poprawić jakość i długość życia pacjentów. To nowe możliwości terapii – wyjaśnia ekspertka.

Zdaniem prof. Małgorzaty Lelonek farmakoterapia stosowana w leczeniu niewydolności serca znajduje się obecnie w ciekawym punkcie rozwoju.

– Dla dapagliflozyny udokumentowano w HFrEF redukcję ryzyka wystąpienia pierwszorzędowego punktu końcowego już od 28. dnia terapii, czyli w niespełna miesiąc od rozpoczęcia leczenia. A gdy złożony punkt końcowy rozszerzono o wizytę na szpitalnym oddziale ratunkowym, to potwierdzona istotność redukcji w zakre-

sie pierwszorzędowego punktu końcowego rozpoczęła się już 7. dnia! Trzeba przyznać, że tak wysoce skutecznych terapii dotychczas nie było, a w odniesieniu do czasu przedłużenia życia osiąganego dzięki farmakoterapii chociażby w dziedzinie onkologii (nieraz lata vs miesiące) innowacyjne formy terapii kardiologicznej wydają się wręcz spektakularne – uważa prof. Małgorzata Lelonek.

Terapia w praktyce

W najnowszym schemacie opisującym optymalną terapię niewydolności serca Milton Packer i John J.V. McMurray zaproponowali, by leczenie rozpoczynać od β -blokera i floczyn⁴.

– Jeżeli mówimy o celu leczenia, jakim jest redukcja śmiertelności, jako klinicysta wybieram dla swoich pacjentów właśnie to połączenie: β -bloker i dapagliflozynę. Jeżeli mam pacjenta z wysokim ryzykiem, np. po czterech przebytych hospitalizacjach w ostatnim roku, pierwszym i najważniejszym celem terapii w oczywisty sposób będzie ochrona życia chorego. Trzeba działać szybko i od razu skutecznie – w niewydolności serca kluczowy jest czas. Nie możemy planować wieloetapowej strategii ze stopniowym włączaniem kolejnych terapii, bo... możemy nie zdążyć. Mówiąc inaczej: musimy mieć pewność, że zdążymy uratować życie naszego pacjenta – podsumowuje prof. Małgorzata Lelonek.

Przypisy

- 1 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1409077>
- 2 <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/36/3727/6358075?login=false>
- 3 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2024816>
- 4 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8360176/>