

KARDIOLOGIA

Droga do sukcesu w leczeniu chorych z niewydolnością serca

Kiedy pacjentem z niewydolnością serca powinien się zajmować lekarz POZ, a kiedy kardiolog? Jak obecnie wygląda, zgodnie z zaleceniami, optymalna terapia? Dla kogo floszyny? Na pytania odpowiada prof. dr hab. n. med. Przemysław Leszek, zastępca kierownika Kliniki Niewydolności Serca Narodowego Instytutu Kardiologii.

Jak poważnym problemem zdrowotno-społecznym jest niewydolność serca?

Na całym świecie to olbrzymi problem. W Polsce na niewydolność serca choruje 1,2 mln osób, a więc jest to niebagatelna liczba.

Dlaczego liczba zachorowań ciągle wzrasta?

Stały wzrost zachorowań obserwujemy z dwóch powodów. Po pierwsze, jako lekarze staliśmy się ofiarą własnego sukcesu. Całą populację leczymy lepiej, skuteczniej i w związku z tym osoby, które doświadczyły ostrego stanu, np. zawału serca, wstrząsu kardiogenego, przeżywają i wchodzi w fazę niewydolności serca. Populacja ludzi z uszkodzonym sercem przeżywających ostre stany jest znacznie większa niż kiedyś. Po drugie, lepsze leczenie, lepsza opieka skutkują tym, że pacjenci żyją dłużej. Trzeba pamiętać, że starsza populacja obciążona jest wieloma chorobami, w tym niewydolnością serca.

Oficjalnie mówi się, że nakłady na leczenie chorych z niewydolnością serca się zwiększają, ale nie pociągają to za sobą znacznej poprawy wskaźników leczenia. Co może być tego przyczyną?

Towarzyszy nam na co dzień wzrost cen, dlatego kosztowniejsze jest również utrzymanie służby zdrowia. Najważniejsze, żeby te nakłady dobrze spożytkować, jak najlepiej rozdyktować pomiędzy osoby potrzebujące, czyli optymalnie zorganizować opiekę zdrowotną.

Terapia niewydolności serca musi być intensywna, szybka i bezpieczna. Czas jest kluczowy dla ocalenia życia chorego. Jak jest dostęp do diagnostyki na poziomie POZ?

Dostęp jest coraz szerszy ze względu na to, że lekarze POZ zyskują nowy oręż. EKG, NT-proBNP, echo serca, ewentualnie badanie holterowskie mają się znaleźć w pakiecie lekarza POZ. To oczywiście jest korzystne, bo ułatwi i przyspie-

szy diagnostykę. Z tym że badanie echokardiograficzne powinno być wykonane przez specjalistę, który dokładnie oceni parametry serca.

Jak ocenia pan organizację opieki nad pacjentem z niewydolnością serca? Mówi się, że dużą częścią chorych powinni się zajmować lekarze POZ, a nie specjaliści w AOS.

Tak naprawdę pacjentem z niewydolnością serca powinni się zajmować lekarz POZ i specjalista kardiolog. Do kardiologa należy zdiagnozowanie, ocena stanu i odpowiednia kwalifikacja pacjenta, czyli rozpoczęcie leczenia przyczynowego, o ile jest to możliwe, a także równoległe włączenie odpowiedniej farmakoterapii, ewentualnie zakwalifikowanie do innych procedur, np. elektroterapii, procedur inwazyjnych, i ich przeprowadzenie.

Lekarz POZ powinien kontynuować terapię rozpoczętą przez kardiologa oraz opiekować się pacjentem na co dzień. Lekarz POZ i kardiolog powinni zatem stanowić współpracujący ze sobą zespół. W zależności od tego, co jest potrzebne pacjentowi, adekwatnie powinny być rozłożone akcenty w tym zespole.

Czy uważa pan, że w tej chwili podział zadań jest właściwy?

W tej chwili? Ja, wypisując pacjenta ze szpitala, kieruję go do anonimowego lekarza POZ i nie mam z tym lekarzem kontaktu, choć chciałbym mieć i współpracować w dalszym leczeniu. Podobnie lekarz POZ nie ma kontaktu ze mną. To powinno być naprawione.

Czy sądzi pan, że wprowadzenie opieki koordynowanej w POZ i Krajowej Sieci Kardiologicznej przyniesie oczekiwane zmiany?

Jeżeli się to uda, a powinno się udać, bo wszystkim nam zależy, żeby odpowiednio zająć się pacjentami – jak najbardziej tak.



Fot. Archiwum Termedia

” Floszyny to pierwsze leki, które można stosować u pacjentów z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory z dobrym efektem

”

Ja, wypisując pacjenta ze szpitala, kieruję go do anonimowego lekarza POZ i nie mam z tym lekarzem kontaktu, choć chciałbym mieć i współpracować w dalszym leczeniu. Podobnie lekarz POZ nie ma kontaktu ze mną

Czy jest jeszcze miejsce w systemie na KONS, czyli program koordynowanej opieki nad chorymi z niewydolnością serca? Rodził się on w bólach, był kilkakrotnie zmieniany. Eksperti Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w tym pan, przygotowali kolejną jego wersję. Szkoda by było zaprzepścić państwa wieloletnią pracę...

Ten program jest nakierowany na pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca po hospitalizacji i mógłby stanowić jedną z cegiełek Krajowej Sieci Kardiologicznej, do której powinien być włączony, żeby usprawnić jej funkcjonowanie. Nie ma tu żadnego konfliktu interesów. Zarówno opieka koordynowana w POZ, jak i Krajowa Sieć Kardiologiczna wzbogacone o KONS powinny zapewnić optymalny efekt leczenia.

Niewydolność serca nie jest jednolitą jednostką chorobową. Na podstawie badania echokardiograficznego i oceny frakcji wyrzutowej wyróżnia się trzy rodzaje niewydolności serca. Czym się charakteryzuje każda z nich?

Powiem o dwóch skrajnych. Niewydolność serca z upośledzoną frakcją wyrzutową lewej komory (HFrEF) dotyka obecnie mniej więcej 30–40 proc. chorych. W tej grupie dominują mężczyźni młodzi i w średnim wieku z licznymi czynnikami ryzyka i etiologią niedokrwioną uszkodzenia serca. Dobra wiadomość jest taka, że mamy wiele leków skutecznych w HFrEF, dzięki którym rokowanie chorych znacznie się poprawiło. Na drugim biegunie znajduje się niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory (HFpEF). Chorują na nią głównie osoby starsze, a przede wszystkim kobiety obciążone nadciśnieniem tętniczym, migotaniem przedsionków, uszkodzeniem nerek i innymi chorobami towarzyszącymi. Jeszcze do niedawna nie mieliśmy szczególnego oręża do leczenia tych chorych. Z racji tego, że społeczeństwo się starzeje, ta grupa się rozrasta i stanowi 50–60 proc. pacjentów z niewydolnością serca.

A trzeci rodzaj niewydolności serca?

To niewydolność z umiarkowanym uszkodzeniem lewej komory (HFmEF). Ci chorzy są klinicznie zbliżeni do młodych i w średnim wieku mężczyzn z HFrEF.

W najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących postępowania w niewydolności serca pojawiło

”

Refundacja floszyn w HFrEF to olbrzymi sukces. Floszyny na zasadach refundacji mogą otrzymać praktycznie wszyscy chorzy z HFrEF

się sporo nowości względem zaleceń z 2016 r. Proszę przypomnieć, na czym obecnie polega optymalna farmakoterapia?

Optymalna farmakoterapia niewydolności serca polega na wykorzystaniu czterech podstawowych grup leków. Są to β-adrenolityki, antagoniści aldosteronu, ACEI, a jeszcze lepiej ARNI, czyli sakubitril/walsartan wchodzący na miejsce ACEI, i floszyny, które przebojem wkroczyły do leczenia niewydolności serca. Co bardzo ważne, terapię rozpoczynamy od tych czterech grup leków jednocześnie. Stopniowo, ale maksymalnie szybko, w zależności od tolerancji chorego, intensyfikujemy dawki leków do dawek optymalnych.

Jak pan powiedział, w najnowszych europejskich wytycznych pojawiły się floszyny. Na szczęście dla polskich chorych od maja 2022 r. są one refundowane w leczeniu HFpEF. Dzięki badaniom wiadomo jednak, że pomogłyby także pacjentom z innym typem niewydolności serca, czyli z HFrEF.

Jak najbardziej, ale refundacja floszyn w HFrEF to już olbrzymi sukces. Floszyny na zasadach refundacji mogą otrzymać praktycznie wszyscy chorzy z HFrEF. Jeżeli natomiast chodzi o HFpEF, myślę, że refundacja prędzej czy później nastąpi. Liczymy na to, że prędzej. Przypomnę, że badanie DELIVER z dapagliflozyną zostało przedstawione we wrześniu 2022 r., czyli zaledwie 3 miesiące temu. Poza tym w europejskich wytycznych z 2021 r. zalecenia, by w HFpEF stosować floszyny, nie zostały jeszcze ujęte. Dokument ten ukazał się wcześniej, chwilę przez opublikowaniem wyników badania EMPEROR-Preserved przedstawiającego po raz pierwszy korzystny efekt leczenia HFpEF

Rozmawiała Iwona Kazimierska

empagliflozyną. Takie wskazanie pojawiło się za to w wytycznych amerykańskich z końca kwietnia 2022 r. Jak widzimy, to doskonałe leczenie, ale jeszcze bardzo świeża informacja.

Czy zatem głównym wyzwaniem w leczeniu pacjentów z HFpEF będzie wprowadzenie do armamentarium floszyn?

To są pierwsze leki, które można stosować u pacjentów HFpEF z dobrym efektem. Obecnie są one dostępne dla tych chorych bez refundacji. Przypomnę, że badanie DAPA-HF (leczenie dapagliflozyną HFpEF) zostało po raz pierwszy zaprezentowane we wrześniu 2019 r., zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w których wymienione są floszyny, ukazały się we wrześniu 2021 r., a refundację w HFrEF mamy od maja 2022 r. Widzimy więc, ile czasu mija od ogłoszenia wyniku badania klinicznego do refundacji. Jeśli druga floszyna pokazała swoje możliwości w HFpEF zaledwie we wrześniu 2022 r., to łatwo przewidzieć, jak będzie wyglądała ścieżka refundacyjna, skoro w tej chwili floszyn nie ma jeszcze nawet w tym wskazaniu w zaleceniach.

Nie można zapominać o roli edukacji – tak pacjentów, jak i personelu medycznego. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne organizuje kurs dla pielęgniarek niewydolności serca. Może potrzebny byłby przewodnik pacjenta, koordynator opieki, tak jak to jest w onkologii?

Jak najbardziej. Podkreślę, że opieka nad pacjentem z niewydolnością serca to praca zespołowa – lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, dietetyka, psychologa. Jeśli mamy wieloosobowy zespół i wielu pacjentów, koordynacja gwarantuje sukces. ■



Fot. Shutterstock