

Komentarz

doc. dr hab. n. med. Tomasz Zieliński

Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii Instytutu Kardiologii w Warszawie



Leczenie farmakologiczne chorych z niewydolnością serca w przebiegu kardiomiopatii poprawia jakość życia w obserwacji 3-letniej – wiadomości optymistyczne

Niewydolność serca (HF) wiąże się ze złym rokowaniem, stąd zmniejszenie śmiertelności z jej powodu stało się głównym celem, a inne aspekty leczenia, często dla chorego wcale nie mniej ważne, związane z komfortem i jakością życia, pozostają zazwyczaj w cieniu zainteresowań literatury medycznej. Praca Szyguły-Jurkiewicz i wsp. [1] uzupełnia tę lukę, ponieważ dotyczy wpływu leczenia na jakość życia. W wielu sytuacjach klinicznych, np. w przypadku chemioterapii nowotworów, istnieje antynomia pomiędzy leczeniem powodującym przedłużenie życia, lecz często również zmniejszającym jego komfort. Stawia to chorych i lekarzy w sytuacji niełatwego wyboru.

Leki stosowane w niewydolności serca – inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE), beta-adrenolityki przedłużają życie chorym. Zostało to wykazane jednoznacznie w wielu badaniach klinicznych. Jednak w przebiegu leczenia chorych z HF występują objawy, takie jak kaszel, niskie wartości ciśnienia tętniczego, poczucie zmniejszonej sprawności fizycznej, które niepokoją chorych i czasem lekarzy i dość często, acz nie zawsze słusznie, są związane, ze stosowanym leczeniem. Dlatego tak istotna jest możliwie obiektywna ocena, która pozwoli stwierdzić, czy przedłużenie życia chorych z HF wiąże się ze wzrostem jego komfortu, czy są to cele rozbieżne.

Badania dotyczące jakości życia, zwykle towarzyszące dużym badaniom klinicznym, których głównym punktem końcowym była analiza przeżycia, dają dość niejednoznaczną odpowiedź na to pytanie. Dobre i wsp. [2] w artykule przeglądowym z 2008 r., podsumowującym wpływ leczenia farmakologicznego na wskaźniki jakości życia, zaznacza, że niewielkiego stopnia korzystny efekt stwierdzono w badaniu SOLVD u chorych objawowych leczonych enalaprylem, lecz nie zaobserwowano tego efektu w badaniu CONSENSUS. W badaniu ValHeft dodanie do standardowej terapii walsartanu powodowało zwolnienie obniżania wskaźników jakości życia. Badania kliniczne z dołączeniem do leczenia beta-adrenolityków dają jeszcze mniej optymistyczną odpowiedź. Włączenie do terapii tej grupy leków spowodowało niewielki korzystny trend, jednak bez istotnej statystycznie zmiany w zakresie jakości życia chorych – aczkolwiek niewielkie liczbowo grupy badane i stosunkowo krótki czas obserwacji

mogą utrudniać interpretację wyników. Należy podkreślić problemy metodyczne związane z tym, że istnieje kilka kwestionariuszy oceny jakości życia mierzących inne składowe, co znacznie utrudnia porównywanie badań [3]. Obecnie spośród wielu kwestionariuszy chyba najczęściej stosowane są przeznaczone do oceny chorych z HF *Minnesota Living with Heart Failure* (MLHF), *Quality of Life with Heart Failure* (QLHF) oraz mniej specyficzny kwestionariusz SF-36.

Do badania Szyguły-Jurkiewicz i wsp. zostali włączeni chorzy z kardiomiopatią rozstrzeniową w większości w II, a w 20% w III klasie niewydolności serca w klasyfikacji Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ang. *New York Heart Association* – NYHA) z bardzo niską wyjściową wydolnością fizyczną (test 6-minutowego marszu – średnio 375 m) ze średnią frakcją wyrzutu lewej komory 25% i średnią wartością NT-proBNP 840 pg/ml. W grupie tej w okresie obserwacji zanotowano ponad 18% zgonów oraz 3% chorych miało wykonaną transplantację serca, co koresponduje ze stopniem zaawansowania choroby. Nieco zaskakującą obserwacją, biorąc pod uwagę względnie młody wiek chorych (49 lat), jest dla mnie niedokrwistość stwierdzana w badaniu wyjściowym z medianą poziomu hemoglobiny zaledwie 9 g/dl.

Niemal wszyscy chorzy (ponad 90%) włączeni do badania otrzymywali zalecane leczenie farmakologiczne (inhibitory ACE, beta-adrenolityki, spironolakton i diuretyki). Dawki dobowe tych leków były maksymalizowane w zakresie tolerancji, zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ang. *European Society of Cardiology* – ESC). Stabilna terapia farmakologiczna przyniosła w ciągu 3 lat u chorych, którzy przeżyli, wyraźny korzystny efekt w zakresie mierzonych parametrów jakości życia. Wynik ten, uwzględniający długi, bo 3-letni okres obserwacji, jest lepszy niż w większości dotychczas prowadzonych badań. Wydaje się, że interesujące byłoby dodatkowe przeanalizowanie, czy istnieje zależność pomiędzy stopniem poprawy klinicznej a dawką stosowanych leków lub wpływem stosowanej elektroterapii, np. terapii resynchronizującej.

Autorzy postępują się standaryzowanym kwestionariuszem SF-36, który pozwala na ocenę 8 wskaźników jakości życia. Po upływie 36 mies. leczenia zanotowano znaczącą poprawę wszystkich 8 ocenianych wskaźników, wielkość efektu była największa dla zmniejszenia ograniczeń w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego oraz poprawy zdrowia psychicznego. Warty jednak podkreślenia jest fakt, że w zakresie pozostałych 6 wskaźników wielkość efektu była wyższa od 0,5 (co wskazuje na poprawę średniego stopnia).

Ostatnio ukazała się praca Soriano i wsp. [4], będąca prospektywną analizą 883 chorych wypisanych z 50 szpitali hiszpańskich, w której oceniano jakość życia, postępując się

Adres do korespondencji: doc. dr hab. n. med. Tomasz Zieliński, Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii Instytutu Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, e-mail: tzielin@ikard.pl

kwestionariuszami MLHF i, podobnie jak w omawianej pracy, SF-36. Bezpośrednie porównanie wyników obu prac jest trudne, gdyż w pracy Soriano i wsp. analizowano wszystkich chorych od I do IV klasy wg NYHA i wykonano serie badań kwestionariuszowych po 1 mies., a następnie po 3, 6, 9 i 12 mies. po wypisie ze szpitala. Stwierdzono korzystny efekt w zakresie poprawy wskaźnika SF-36, głównie po miesiącu od wypisu ze szpitala u osób poniżej 40. r.ż., później efekt ten utrzymywał się na podobnym poziomie. Czy ta długo trwała, bo 3-letnia poprawa w zakresie wskaźników jakości życia obserwowana w pracy Szyguły-Jurkiewicz i wsp. jest związana z wydłużonym efektem obserwacji, czy też dokładną kontrolą w zakresie stosowanych dawek leków, czy też innymi przyczynami – pozostaje kwestią otwartą.

Praca Szyguły-Jurkiewicz i wsp. istotnie wzbogaca wiedzę w zakresie wpływu leczenia farmakologicznego HF na jakość życia chorych. Mimo ciężkości samej choroby odpowiedź, którą przedstawiają Autorzy, jest bardzo optymi-

styczna. Prawidłowo lecząc farmakologicznie chorych z niewydolnością serca, nie tylko wydłużamy ich czas przeżycia, ale również możemy wyraźnie poprawić ich jakość życia w dłuższej, 3-letniej perspektywie.

Piśmiennictwo

1. Szyguła-Jurkiewicz B, Owczarek A, Wojnicz R, Pudło R, Schmidt B, Fryś-Kubala M, Klimaszewska K, Zembala M, Poloński L. Wpływ optymalnego leczenia farmakologicznego na jakość życia u chorych z przewlekłą skurczową niewydolnością serca w okresie 3 lat obserwacji. *Kardiochir Torakochir Pol* 2010; 7: 330-334.
2. Dobre D, de Jongste MJ, Haaijer-Ruskamp FM, Sanderman R, van Veldhuisen DJ, Ranchar AV. The enigma of quality of life in patients with heart failure. *Int J Cardiol* 2008; 125: 407-409.
3. Wong M, Tavazzi L. Effect of drug therapy for heart failure on quality of life. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2004; 6: 256-261.
4. Soriano N, Ribera A, Marsal JR, Brotons C, Cascant P, Permanyer-Miralda G; IC-QoL study investigators. Improvements in health-related quality of life of patients admitted for heart failure. The HF-QoL study. *Rev Esp Cardiol* 2010; 63: 668-676.