

Prof. Przemysław Leszek: Niewydolność serca leczmy uważnie

Terapia niewydolności serca będzie tym skuteczniejsza, im lepsze będą warunki kompleksowej opieki nad pacjentami i komunikacja na linii kardiolog-pacjent-lekarz rodzinny. Nowoczesne terapie pomogą, o ile będą szeroko dostępne i stosowane możliwie szeroko wśród pacjentów – mówi prof. Przemysław Leszek z Kliniki Niewydolności Serca i Transplantologii Narodowego Instytutu Kardiologii, Przewodniczący Asocjacji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Panie Profesorze, o niewydolności serca mówi się jako o niezakaźnej epidemii XXI wieku i schorzenia-widma. Czym z medycznego punktu widzenia jest niewydolność serca?

Rzeczywiście, skala niewydolności serca jest znacząca. Według analiz przeprowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia w latach 2013-2018 schorzenie to dotyczyło ponad 1,9 mln osób wśród całej populacji polskiej. Dziś liczba chorych na niewydolność serca to ponad 1,2 mln osób w naszym kraju¹. To nadal ogromna skala. O epidemii-widmo wspomina się dlatego, że wielu pacjentów nie wie o swojej chorobie. Z punktu widzenia medycyny niewydolność serca to schorzenie spowodowane uszkodzeniem serca.

Jak dochodzi do uszkodzenia serca?

Do uszkodzenia serca może doprowadzić wiele czynników, takich jak między innymi: niedokrwienie i choroba niedokrwienna serca, zapalenie mięśnia sercowego, wady zastawkowe serca czy choroby uwarunkowane genetycznie. Warto wiedzieć, że do niewydolności serca prowadzą także choroby towarzyszące, które nie leczone prawidłowo uszkadzają serce. To na przykład cukrzyca i nadciśnienie tętnicze. Niewydolność serca to schyłkowy etap wielu schorzeń kardiologicznych. Sama definicja tego schorzenia w ostatnich latach uległa modyfikacji.

Co i dlaczego się zmieniło?

Aby to wyjaśnić, warto przypomnieć, czym jest frakcja wyrzutowa. Przykładowo, jeśli serce w rozkurczu napełnia się krwią - powiedzmy, że mamy wtedy w sercu 100 ml krwi, to z tej objętości w trakcie skurczu 60-70 proc., czyli 60-70 mililitrów krwi, jest, jak to określamy, „wyrzucane na obwód”, czyli płynie do naszych narządów. Wszystkim organom i tkankom w ten sposób dostarczana jest natlenowana krew i substancje odżywcze. Frakcja wyrzutowa to zatem procent krwi wyrzucanej w trakcie skurczu serca w porównaniu do ilości krwi w czasie rozkurczu serca. Do 2016 roku niewydolność serca była definiowana jako upośledzenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca.

Dlaczego kryteria się zmieniły?

¹ <http://analizy.mz.gov.pl:8080/app/niewydolnoscserca/>

Do 2016 roku niewydolność serca definiowano jako redukcję frakcji wyrzutowej do wartości pomiędzy 35 a 40 proc., świadczącej o upośledzeniu funkcji serca i niewydolności serca. Dziś wiemy, że to jednak tylko część prawdy. Okazuje się bowiem, że nawet, jeśli serce ma frakcję wyrzutową na poziomie 50 proc., to taki stan również może wywoływać objawy niewydolności serca. Stąd pierwszą grupę schorzeń określono mianem: HFrEF (ang. heart failure with reduced ejection fraction) – niewydolność serca z obniżoną frakcją wyrzutową, natomiast drugą grupę – HfpEF (ang. heart failure with preserved ejection fraction) – niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową.

Okazało się, że niewydolność serca może się rozwijać pomimo zachowanej frakcji wyrzutowej?

Tak, nawet pacjenci mający frakcję wyrzutową 50 proc. i więcej mogą mieć inne objawy niewydolności serca. Wiąże się to z faktem, że wypełnienie krwią w trakcie rozkurczu lewej komory serca jest znacznie mniejsze. Spowodowane jest to przerostem ściany serca, co prowadzi do jej pogrubienia, usztywnienia i utrudnienia wypełnienia rozkurczowego komory przez napływającą krew. Dla przykładu: jeżeli serce wypełnia się krwią w 100 ml i z tego wyrzucane na obwód jest jakieś 35 proc, to ze skurczu na skurcz 35 ml krwi wędruje do narządów i tkanek. Jeśli mamy do czynienia z niewydolnością serca z zachowaną frakcją wyrzutową, a więc w praktyce z upośledzonym napełnianiem, to serce może wypełniać się nie w 100 ml, a na przykład w 50 ml. Jeśli z tych 50 ml wyrzucane jest 50 proc., to do narządów trafia tylko 25 ml krwi. Zatem zarówno w pierwszej, jak i w drugiej sytuacji ilość krwi wypompowywana z serca jest za mała.

Jakie mogą być tego skutki?

W przypadku niewydolności serca obserwujemy również upośledzenia odpływu krwi z narządów, co związane jest z utrudnionym napełnianiem komór serca, czyli, mówiąc obrazowo, z zasysaniem krwi. Jeżeli dominuje upośledzenie pracy lewej komory, dochodzi do zastoju krwi w płucach, objawiającego się dusznością. Gdy obserwujemy gorszą pracę prawej komory serca, dochodzi do zastoju krwi na tak zwanym obwodzie i związanymi z tym faktem obrzękami. Wymienione objawy w początkowej fazie niewydolności serca występują jedynie podczas większego wysiłku, ale z czasem, kiedy funkcja komór serca się pogarsza, symptomy występują już nawet przy niewielkim wysiłku, a z czasem nawet podczas spoczynku.

A co z funkcją wyrzutu krwi?

Z tą funkcją wiąże się cel odpowiedniego ukrwienia i odżywienia narządów. Krew powinna być dostarczona na obwód pod odpowiednim ciśnieniem tętniczym. Jeśli serce nie funkcjonuje prawidłowo, rzut serca jest słabszy i, co za tym idzie, zaopatrzenie narządów w substancje odżywcze i tlen także jest słabsze. Reasumując, w niewydolności serca pompa naszego organizmu działa gorzej na dwóch poziomach: gorzej odpompowuje krew z narządów, które obciążone zalegającą krwią pracują słabiej, a dodatkowo otrzymują mniej krwi z powodu słabszego rzutu.

Czy niewydolność serca oznacza złe rokowania?

Trzeba przyznać, że niewydolność serca jest o charakterze postępującym, jedynie w pojedynczych przypadkach możemy doprowadzić do odwrócenia uszkodzenia i pełnej normalizacji funkcji serca. Jest to jednocześnie schorzenie, z którym pod odpowiednią kontrolą można żyć wiele lat. Aby skuteczniej leczyć pacjentów z niewydolnością serca, na pewno konieczna jest współpraca i komunikacja w zakresie opieki nad pacjentami pomiędzy lekarzami rodzinnymi a kardiologami. Kolejny ważny aspekt to lepsza komunikacja pomiędzy lekarzami a pacjentem oraz rozszerzenie opieki pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej. Bardzo istotne są także zdalne formy opieki nad pacjentami: telemonitoring urządzeń wszczepialnych i różne formy konsultacji telemedycznych. Ważne jest również systemowe, kompleksowe ujęcie postępowania w niewydolności serca. Poszczególne rozwiązania w tym zakresie przewidywał Program Kompleksowej Opieki nad Pacjentami z Niewydolnością Serca (KONS). Warto, by został wdrożony.

Czy w zakresie terapii można skuteczniej pomagać pacjentom?

Jedną z form terapii niewydolności mocno rozwijanych w ostatnich latach jest farmakoterapia. Warto podkreślić: farmakoterapia jest skuteczna, ale pod warunkiem, że jest stosowana właściwie. Właściwie to znaczy: dobrana optymalnie przez specjalistę kardiologa i intensyfikowana w zależności od potrzeb klinicznych przez lekarza rodzinnego w porozumieniu z kardiologiem. W tym obszarze możemy jeszcze wiele poprawić.

Wspomniał Pan Profesor, że poprawić można komunikację. Co jeszcze?

Kardiolog powinien wiedzieć, jaki jest efekt zlecanego przez niego leczenia. Przykładowo, mając pacjenta w gabinecie, ordynujemy małą lub średnią dawkę leku, zakładając, że na dalszym etapie zostanie ona zwiększona przez lekarzy rodzinnych, którzy dostosują ją do aktualnych potrzeb pacjenta na podstawie późniejszych wyników kontrolnych badań biochemicznych czy pomiarów ciśnienia tętniczego, przeprowadzonych już w pierwszym etapie leczenia. Nierzadko pacjenci wracają jednak do gabinetów specjalistów z tą samą dawką leku, która kardiolog zalecił trzy miesiące lub nawet pół roku wcześniej. Możliwości łatwiejszego kontaktu pomiędzy specjalistami a lekarzami Podstawowej Opieki Zdrowotnej mogłyby pomóc poprawić ten obszar opieki. Dotyczy to oczywiście leków znanych i dostępnych.

A co z nowoczesnymi terapiami? Czy mogą skuteczniej pomagać chorym?

Tak, jednak na drodze stoi im kilka przeszkód. Po pierwsze, nowe innowacyjne leki w wielu przypadkach mogłyby i powinny być szerzej stosowane, jednak te z nich, które nie są refundowane, bywają poza zasięgiem możliwości finansowych naszych pacjentów. Pacjenci z niewydolnością serca nie są zamożną grupą. Nierzadko z powodu stanu zdrowia są na rentach, a muszą przyjmować nawet cztery czy pięć różnych leków (lub nawet więcej, jeśli uwzględnimy terapie innych schorzeń współistniejących). To znaczący koszt w domowym budżecie, dlatego w przypadku swoich pacjentów zawsze zastanawiam się, czy będą oni w stanie udźwignąć koszt terapii. Łatwo stwierdzić, że pacjenci nie przyjmują leków, ale zawsze warto być uważnym na pacjenta i zastanowić się, jakie są tego rzeczywiste przyczyny. Nie zawsze chorym łatwo się przyznać, że leczenie jest dla nich zbyt kosztowne. Na przestrzeni lat

pojawiają się więc nowe możliwości skutecznej terapii i warto po pierwsze szerzej je udostępniać, by były w zasięgu możliwości chorych, ale po drugie rzetelnie o nich edukować.

Niektóre leki okazują się skuteczne w terapii różnych schorzeń, tak jak znane z leczenia cukrzycy flozyny, które według najnowszych doniesień naukowych sprawdzają się także w terapii niewydolności serca. Lekarze znają już przecież te leki.

Oczywiście, ale trzeba pamiętać, że flozyny były historycznie stosowane u pacjentów z cukrzycą. To w trakcie leczenia cukrzycy okazało się, że te leki są skuteczne w terapii niewydolności serca. Zostały przeprowadzone badania (m.in. DAPA-HF i EMPEROR-Reduced), które udowodniły, że zastosowanie flozyn jest skuteczne w leczeniu niewydolności serca także u pacjentów bez cukrzycy. W przypadku dapagliflozyny najnowsze wyniki potwierdziły redukcję śmiertelności niezależnie od istniejącej cukrzycy, a w badaniu DAPA-CKD potwierdzono korzystane działanie nefroprotektoryjne leku (chroniące przez często towarzyszącą niewydolności serca niewydolnością nerek). To istotne klinicznie doniesienia, ponieważ wiemy, że możemy skutecznie poprawiać efekty terapii naszych pacjentów niezależnie od tego, czy mają cukrzycę (ma ją ok. 20 proc. pacjentów z niewydolnością serca) czy nie i chronić obciążone z powodu niewydolności serca funkcje poszczególnych narządów.

Co właściwie oznacza pojęcie „leczyć skuteczniej”?

Mówimy o wskaźnikach takich jak: poprawa rokowań, redukcja śmiertelności czy zmniejszenie liczby hospitalizacji. W przypadku flozyn mówimy o uzupełnieniu dotychczasowego schematu leczenia niewydolności serca. To istotne, ponieważ nie ma konieczności redukcji czy zamiany dotychczas stosowanej terapii. Aby jednak lek mógł być stosowany przez pacjenta, lekarz musi mieć wiedzę o tej terapii (nie tylko specjalista kardiolog, ale także lekarz rodzinny), a i pacjenci muszą wiedzieć, że proponowany im lek, który potencjalnie znali z terapii cukrzycy jest im ordynowany z powodu niewydolności serca (że to nie pomyłka lekarska). Wracamy więc do aspektu edukacji. Istotne jest także, by terapia była dostępna i w zasięgu możliwości naszych pacjentów.

Więcej informacji:

Marta Sułkowska

tel. +48 516 164 858

e-mail: ms@saluspr.pl

