

Heart failure 2017

Srdcové zlyhávanie 2017. Na komplexný a individuálny problém treba hľadať komplexné a individualizované riešenie

Gonçalvesová E

Oddelenie zlyhávania a transplantácie srdca, NÚSCH, a.s., Bratislava, Slovenská republika

Srdcové zlyhávanie (SZ) je syndróm, ktorého prevalencia stále narastá a odhaduje sa, že bude aj naďalej stúpať. SZ je dnes najčastejšou príčinou hospitalizácie v slovenských nemocniciach (ak odrátame hospitalizácie pre pôrody). V roku 2017 bolo na Slovensku 26 112 hospitalizácií pre srdcové zlyhávanie. Pre ilustráciu ako infarkt myokardu bolo vykázaných 16 965 hospitalizácií, ako fibrilácia predsiení 16 965 a v 17 892 prípadoch bola uvedená ako príčina hospitalizácie chronická ischemická choroba srdca (?). Je veľmi pravdepodobné, že veľká časť pacientov s takto kódovanou diagnózou bola v skutočnosti hospitalizovaná pre srdcové zlyhávanie (1). Narastajúci počet pacientov so SZ sa stáva jedným z najvýznamnejších problémov nielen zdravotníctva, ale aj systému sociálnej starostlivosti. Tento vývoj vo výskyte srdcového zlyhávania sa niekedy označuje ako „zlyhanie úspechu“, pretože je spôsobený nielen starnutím populácie, ale do veľkej miery aj pokrokmi v liečbe artériovej hypertenzie, akútnych koronárnych syndrémov a kardiovaskulárnych chorôb všeobecne či dokonca aj liečby rakoviny. Pacienti s kardiovaskulárnym ochorením, ktorí vďaka modernej účinnej liečbe prežijú akútne príhody, alebo sa u nich akútne kardiovaskulárne príhody vôbec nevyskytnú, ale aj pacienti s liečenými alebo vyliečenými malignitami vytvárajú populáciu chronicky chorých s vysokým rizikom rozvoja srdcového zlyhávania.

Vzhľadom na tieto epidemiologické charakteristiky sa srdcové zlyhávanie dostáva do centra pozornosti výskumníkov, vývojárov, kardiológov vrátane intervenčných a elektrofyziológov a dokonca aj kardiochirurgov. Treba si však uvedomiť, že ide o chronické ochorenie s individuálnymi charakteristikami a vývojom a na jeho úspešné zvládnutie je potrebné poskytnúť multidisciplinárny prístup založený

nielen na špecializovaných kardiologických postupoch, ale sústredený na pridružené komorbidity, edukáciu pacienta a príbuzných, adekvátnu psychosociálnu pomoc aj dostupnosť paliatívnej liečby.

Dovoliť si pridať niekoľko myšlienok a osobných postrehov k súhrnu „The year in cardiology 2017: heart failure“, v stručných bodoch:

- Patogenetická klasifikácia SZ a neskôr aj rozhodnutia o liečbe sa opierajú o ejekčnú frakciu (EF) ľavej komory. Znamená to, že EF ľavej komory treba u chorých so srdcovým zlyhávaním dôsledne kvantifikovať. Najčastejšou metódou je echokardiografia, pri ktorej treba kvantifikáciu ejekčnej frakcie minimálne v dvoch rovinách. Tzv. „okulometrické“ vyjadrenie EF často nadhodnocuje. Pri nedostatočnej kvalite zobrazenia je vhodné použiť na kvantifikáciu EF magnetickú rezonanciu alebo CT kardioangiografiu či rádionuklidové metodiky.
- Uplatnenie kardioresynchronizačnej liečby nie je dostatočné. Nemalo by byť limitované vekom a komorbiditami. Malo by sa sústrediť predovšetkým na optimálnych kandidátov, t. j. na pacientov s typickou bloádou ľavého Tawarovho ramienka.
- Implantabilný defibrilátor (ICD) v primárnej prevencii náhlej srdcovej smrti je nevyhnutné indikovať veľmi zodpovedne. Často ide o citlivé rozhodnutia najmä u chorých starších ako 70 rokov. V týchto prípadoch je vhodné, aby rozhodnutie o implantácii ICD robili spoločne viacerí špecialisti so zohľadnením názoru ošetrojúceho klinického kardiológa a pochopiteľne aj pacienta. ICD sa „nadužívajú“ predovšetkým u starších pacientov, pacientov s komorbiditami a v pokročilejších štádiách SZ.

Z Oddelenia zlyhávania a transplantácie srdca, NÚSCH, a.s., Bratislava, Slovenská republika

Do redakcie došlo dňa 7. augusta 2018; prijaté dňa 9. augusta 2018

Adresa pre korešpondenciu: Doc. MUDr. Eva Gonçalvesová, CSc., Oddelenie zlyhávania a transplantácie srdca, NÚSCH, a.s., Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: eva.goncalvesova@nusch.sk

- Akútne srdcové zlyhávanie (ASZ) je mimoriadne heterogénna klinická jednotka, a možno práve preto, doposiaľ žiaden z doteraz skúšaných liekov (neseritide, seralaxin, ularitide) nezaznamenal priaznivé ovplyvnenie kardiovaskulárnej mortality a morbidity v 6 až 12 mesiacoch nasledujúcich po akútnej hospitalizácii. Výsledky nedávnych štúdií v tejto oblasti naznačujú, že problémom môže byť samotná metodika klinického skúšania, selekcia pacientov či chýbajúci, nejasný alebo nejednotný štandard liečby pacientov ASZ. Priemerná dĺžka hospitalizácie pacientov so SZ na Slovensku je 7,5 dňa (1) a nie je vylúčené, že kľúčom k zníženiu následnej kardiovaskulárnej morbidity a mortality je včasná iniciácia a upitratia komplexnej liečby srdcového zlyhávania, vypracovanie a realizácia individuálneho liečebného plánu.
- Srdcové zlyhávanie so zachovanou ejekčnou frakciou ľavej komory (SZzEF). Zásadným koncepčným problémom tejto klinickej jednotky je správna diagnóza. Začína sa logicky dôslednou kvantifikáciou EF LK. Pokračovať by mala vylúčením alebo definovaním podielu iných ochorení na symptómoch srdcového zlyhávania. Podstatný je dôkaz prítomnosti štrukturálnej abnormality srdca a/alebo diastolickej dysfunkcie ľavej komory. Pomáha aj vyšetrenie biomarkerov. V nejasných prípadoch môže diagnózu potvrdiť vyšetrenie centrálnej hemodynamiky alebo hodnotenie diastolickej funkcie ľavej komory pri záťaži. Diagnózu SZzEF môžu uľahčiť aj skórovacie systémy (2). Európska asociácia SZ (HFA) pri ESC pracuje na algoritme pre diagnostiku SZzEF, ktorý by mal byť publikovaný v najbližších mesiacoch (3).

Ďalšou problematickou otázkou sú možnosti liečby týchto pacientov. Napriek doterajšiemu úsiliu žiadna zo skúšaných látok sa neukázala u chorých so SZzEF ako prínosná. Aktuálne považujem za podstatné v prípadoch SZzEF dôsledne liečiť pridružené ochorenia a kontrolovať symptómy SZ individualizovanou diuretickou liečbou. Veľké nádeje pre týchto

pacientov sa vkladajú do sacubitril/valsartanu, s ktorým aktuálne prebieha klinické skúšanie (4).

Jednou z najdôležitejších výziev, pred ktorými stojíme pri starostlivosti o chorých so srdcovým zlyhávaním, je zmena nášho myslenia, vnímania a komunikácie s pacientmi so SZ. Je potrebné, aby sme myslenie a nazeranie menili z kuratívneho na preventívne. Pacienti so SZ majú zlú prognózu aj kvalitu života. Na otázku „Ako sa máte?“ často odpovedia „Dobre“. To však vôbec neznamená, že majú dobrú prognózu alebo nemajú symptómy. Môže to znamenať, že už zabudli, ako sa cítili keď boli zdraví či zmierenie sa s chorobou a prispôbenie sa životu aj s výraznými limitáciami. Pacienti so SZ (aj tí z minimálnymi symptómami) majú zlú prognózu a majú byť liečení maximálne tolerovanými dávkami odporúčanej liečby. Ak nemáme problémy liečiť vysokými dávkami statínov s cieľom predchádzania koronárnej chorobe/príhode alebo podávať antikoagulačnú liečbu pacientom s fibriláciou predsiení pre prevenciu cievnej mozgovej príhody, nemôžeme mať problém poskytnúť pacientom so srdcovým zlyhávaním (aj tým, ktorí povedia, že sa majú dobre a možno práve preto) celé spektrum liečebných postupov s cieľom predchádzať progresii ochorenia, úmrtiu a hospitalizácii.

Literatúra

1. <http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2017/zs1825.pdf>
2. Reddy YNV, Carter RE, Obokata M, et al. A Simple, Evidence-Based Approach to Help Guide Diagnosis of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Circulation*. 2018 May 23. pii: [Epub ahead of print]
3. <https://www.escardio.org/Congresses-&-Events/Heart-Failure/Congress-resources/News/diagnosing-heart-failure-with-preserved-ejection-fraction-the-new-hfa-consensus>
4. Solomon SD, Rizkala AR, Lefkowitz MP, et al. Baseline characteristics of patients with heart failure and preserved ejection fraction in the PARAGON-HF Trial. *Circ Heart Fail*. 2018 Jul;11(7):e004962.