



Medexpress, 2022-04-06 09:33

Niewydolność serca: zdążyć ocalić życie



Thinkstock/GettyImages

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

Jak podkreśla prof. Małgorzata Lelonek, FESC, FHFA, kierownik Zakładu Kardiologii Nieinwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, w niewydolności serca charakterystycznym elementem 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 przekłada się na szanse pacjentów. Ryzyko śmiertelności w niewydolności serca jest dwukrotnie wyższe po hospitalizacji z jej powodu aniżeli przed hospitalizacją. Z badania PARADIGM-HF[1] wiemy, że chorzy, którzy mieli w wywiadzie przebytą hospitalizację z powodu niewydolności serca mają blisko siedmiokrotnie wyższe ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych niż chorzy, którzy nie mieli hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Z tego samego badania wiemy, że nawet jeśli nasi pacjenci mają stabilne objawy; nie mieli zaostrzenia choroby, to i tak aż 20 proc. z nich doświadcza zgonu sercowo-naczyniowego lub hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności serca. Z tej populacji ponad połowa chorych umiera z powodu nagłego zgonu sercowego (NZS). Przytoczone dane oznaczają, że pacjent ze zdiagnozowaną niewydolnością serca niezależnie od innych czynników jako taki staje się automatycznie pacjentem wysokiego ryzyka - zarówno pod względem zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, jak i pod względem wysokiej śmiertelności. I tak duże ryzyko 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 Leonek.

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 terapii są zdaniem prof. Małgorzaty Lelonek także bezpieczne - w przypadku flozyn nie wymagają kontroli parametrów laboratoryjnych, co stanowi poważne wyzwanie dla pacjenta.

- 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. To molekula posiada mocne dowody kliniczne potwierdzające redukcję śmiertelności u pacjentów z niewydolnością serca. U pacjentów stosujących tę terapię badanie DAPA-HF dowiodło zmniejszenie ryzyka śmiertelności całkowitej o 17 proc. oraz redukcję śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych o 18 proc.[2]. W badaniu DAPA-CKD, przeprowadzonym w grupie chorych z przewlekłą chorobą nerek (wśród pacjentów, którzy z racji schorzenia współistniejącego z niewydolnością serca mają znacznie więcej obciążeń i tym samym gorsze rokowanie), udowodniona redukcja śmiertelności wyniosła aż o 31 proc.![3] Istotne, że 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 - mówi prof. Małgorzata Lelonek.

Unikalne właściwości terapii

- W badaniu PARADIGM-HF badano sakubitryl/walsartan nie w porównaniu do placebo, jak w przypadku innych wymienionych badanych cząsteczek a do enalaprilu - aktywnego komparatora. W tym przypadku badany lek wykazał redukcję śmiertelności, co potwierdziło, że jego działanie terapeutyczne jest lepsze niż ACE inhibitora. W badaniu DAPA-HF około 8 proc. pacjentów z badanej populacji przyjmowało sakubitryl/walsartan, jednak niezależnie od tego, czy chory przyjmował ten preparat czy też nie, efekt leczenia dapagliflozyną był równie korzystny. 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 pacjenta. To nowe możliwości terapii - wyjaśnia prof. Małgorzata Lelonek.

Zdaniem przewodniczącej Asocjacji Niewydolności Serca PTK farmakoterapia stosowana w leczeniu niewydolności serca znajduje się obecnie w ciekawym punkcie rozwoju.

- Dla dapagliflozyny udokumentowano w HFrEF redukcję ryzyka wystąpienia pierwszorzędownego 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 (SOR), to potwierdzona istotność redukcji w zakresie pierwszorzędownego punktu końcowego rozpoczęła się już 7. dnia! Trzeba przyznać, że tak wysoko skutecznych terapii dotychczas nie było, a w odniesieniu do czasu przedłużenia życia osiąganego dzięki farmakoterapii chociażby w dziedzinie onkologii (nierzadko lata vs. miesiące), innowacyjne formy terapii kardiologicznej wydają się wręcz spektakularnie imponujące - uważa prof. Małgorzata Lelonek.

Terapia praktyczna

W najnowszym schemacie opisującym optymalną terapię niewydolności serca Milton Packer i John J.V. McMurray zaproponowali, by leczenie pacjentów z niewydolnością serca rozpoczynać od beta-blokera i fozyny[4]. - Jeżeli mówimy o celu leczenia, jakim jest redukcja śmiertelności, jako klinicysta wybieram dla swoich pacjentów właśnie to połączenie: beta-bloker i dapagliflozynę. Jeżeli mam pacjenta wysokiego ryzyka - na przykład po czterech przebytych hospitalizacjach w ostatnim roku, moim 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.

[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/>