

Wciąż niesatysfakcjonujące rezultaty leczenia niewydolności serca

Streszczenie artykułu:

Curtis L., Gricner M.A., Hammill B.G., Kramer J.M. i wsp.:

Early and long-term outcomes of heart failure in elderly persons, 2001–2005

Arch. Intern. Med. 2008; 168: 2481–2488

Wstęp

Celem badania była ocena skuteczności opieki zdrowotnej nad pacjentami z niewydolnością serca (HF) w latach 2001–2005, w zakresie wczesnych i odległych wyników leczenia niewydolności serca u osób starszych i porównanie z wynikami z lat 1992–1999. Badana populacja: 2 540 838 Amerykanów w wieku 65 lat i starszych, hospitalizowanych z powodu niewydolności serca (według kodu ICD-9-CM) od 1 stycznia 2001 roku do 31 grudnia 2005 roku.

Materiał i metody

Retrospektywnej analizie poddano dane z dokumentacji medycznej, pochodzące z systemu *Medicare*. Pierwszorzędowe punkty oceny końcowej stanowiły całkowita śmiertelność i liczba ponownych hospitalizacji, zarówno z przyczyn sercowo-naczyniowych, jak i innych.

Dodatkowo badanie miało określić czynniki ryzyka zgonu i/lub rehospitalizacji z przyczyn sercowo-naczyniowych lub dowolnych, które wystąpiły do roku przed pierwszą hospitalizacją z powodu niewydolności serca. Spośród wymienionych w HCC pod uwagę wzięto: przebyty zawał serca, niestabilną dławicę piersiową, niewydolność sercowo-oddechową, zastawkowe choroby serca, nadciśnienie tętnicze, udar, niewydolność nerek, obturacyjną chorobę płuc, cukrzycę. Ponadto sprawdzono też, jak częstość występowania HF i doświadczenie szpitala oraz przebyte postępowanie interwencyjne wpływają na wybrane wskaźniki opieki.

Wyniki

Średnia wieku pacjentów wynosiła około 80 lat; mężczyźni stanowili nieco ponad 40%. U około 55% stwierdzono zaburzenia rytmu serca, u 42% występowała cukrzyca, prawie co trzeci pacjent cierpiał na niewydolność nerek. W roku poprzedzającym wypis około 5% chorych poddano zabiegowi przeszłokornej (śródnacyniowej) angioplastyki wieńcowej (PTCA) i 3% — pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG). Odsetek pacjentów z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem (ICD) wzrósł z 1,2% w 2001 roku do 6% w 2005 roku.

Podczas obserwacji (lata 2001–2005) w stosunku do poprzednich lat odnotowano:

- zmniejszenie całkowitej śmiertelności z 5,1% do 4,2% ($p < 0,001$) i obniżenie jednorocznego ryzyka zgonu o 2%;
- średni czas od wypisu do kolejnej hospitalizacji wyniósł 96 dni; 67% pacjentów hospitalizowano ponownie w ciągu roku, 40% pacjentów hospitalizowano 2 razy lub częściej. Wskaźnik ponownej hospitalizacji 30-dniowej wyniósł nieco ponad 27%;
- roczne ryzyko zgonu zwiększa się o 24% co 5 lat życia pacjenta, natomiast płęć męska zwiększa zagrożenie zgonem o 21%. U pacjentów rasy czarnej odnotowano zmniejszenie ryzyka zgonu o 16% w porównaniu z innymi, natomiast ryzyko ponownych hospitalizacji w tej grupie było wyższe [współczynnik ryzyka (HR) 1,15; 95% przedział ufności (CI)];

- oszacowano ryzyko zgonu dla najczęstszych chorób współwystępujących z HF oraz przebytych interwencji zabiegowych. Na przykład CABG wykonane w roku poprzedzającym hospitalizację zmniejszało ryzyko zgonu prawie o połowę (HR 0,53; CI 95%);
- dane dotyczące opieki chorych z HF były nieco gorsze w szpitalach, w których liczba chorych hospitalizowanych była niewielka w porównaniu ze szpitalami o największym doświadczeniu.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują na niewielką poprawę w zakresie opieki nad chorymi z HF przy utrzymującej się dużej śmiertelności ogólnej zarówno w okresie krótszej, jak i dłuższej obserwacji. Rezultat badania wynika ze starzenia się społeczeństwa i towarzyszącego mu wzrostu zachorowalności na HF, co częściowo niweluje korzystny wpływ nowych strategii terapeutycznych.

*dr med. Małgorzata Fedyk-Lukasik
Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii,
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
w Krakowie*

Komentarz do artykułu

Problem terapii niewydolności serca (HF, *heart failure*) osób w wieku podeszłym ma wielkie znaczenie zarówno ze względu na skalę rozpowszechnienia schorzenia w tej grupie wiekowej, jak i bardzo niekorzystny wpływ na jakość życia i rokowanie. Na szczególne podkreślenie zasługuje duża liczba chorych, których dane poddano analizie. Wyniki oceny skuteczności leczenia pomiędzy latami 1992–1999 a 2001–2005 są szczególnie interesujące ze względu na wprowadzenie w międzyczasie do terapii HF β -blokerów oraz coraz powszechniejsze stosowanie inhibitorów ACE i sartanów.

Dane epidemiologiczne z innych krajów potwierdzają wzrost częstości hospitalizacji [1], jednak analiza statystyczna eliminująca wpływ wieku pokazuje, że od końca lat 90. następuje stały, choć powolny spadek tego wskaźnika [2]. Podobny trend zaobserwowano w ramach *Framingham Heart Study*, po uwzględnieniu wpływu wieku: spadek śmiertelności rocznej i 5-letniej na przestrzeni 50 lat. Wiek stanowi także ograniczenie w powszechności i stosowaniu pełnych dawek zalecanych terapii. W grupie tej można również stwierdzić nieproporcjonalnie większą liczbę pacjentów z HF z zachowaną czynnością skurczową serca, dla której nie opracowano powszechnie zalecanej terapii [3].

Sama hospitalizacja z powodu HF jest dramatycznym zwrotem w progresji i negatywnym czynnikiem rokowniczym dla przebiegu i śmiertelności [4, 5] w tym schorzeniu. Charakterystyczny przebieg HF znakomicie zilustrowali w swoim opracowaniu Murray i wsp. [6], wskazując na zawsze niepewny wynik leczenia kolejnych zaostrzeń, a w wypadku powodzenia terapii niepewny powrót do stanu wyjściowego. Setoguchi i wsp. [7] określili średni czas przeżycia po 1, 2, 3 i 4 hospitalizacjach z powodu HF, który wyniósł odpowiednio 2,4 roku, 1,4 roku, rok i 0,6 roku (po uwzględnieniu wpływu wieku, płci i głównych współistniejących schorzeń).

Autorzy omawianego badania stwierdzili mniejsze zagrożenie zgonem wśród Afroamerykanów w stosunku do innych grup etnicznych i jednocześnie większą częstość hospitalizacji w tej podgrupie, co może wynikać z czynników socjoekonomicznych oraz współchorobowości, jednak konstrukcja bazy danych nie pozwoliła na ocenę istotności tych związków. W opublikowanym niedawno badaniu Bahramiego i wsp. [8] stwierdzono, że u osób rasy czarnej występowało większe ryzyko rozwoju niewydolności serca w porównaniu z osobami rasy białej, jednak wynik ten zależał od wpływu współwystępujących chorób i czynników socjoekonomicznych.

Najwięcej ponownych hospitalizacji (ok. 75%) przypisano jednostkom chorobowym innym niż HF, co wskazuje na znaczenie chorób współistniejących dla tej populacji. Wśród schorzeń towarzyszących najczęściej wystąpiły: nadciśnienie tętnicze (> 67%), cukrzyca (ok. 42%), przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) (> 42%), przewlekła niewydolność nerek (ok. 39%), zapalenie płuc (ok. 27%), demencja (ok. 14%). Podobne dane, również na podstawie bazy *Medicare*, podają Braunstein i wsp. [9]. W komentowanym artykule nie wyróżniono anemii jako samodzielnej jednostki chorobowej, podczas gdy w badaniach populacyjnych jej częstość w HF wynosi 10–60%, w zależności od przyjętych kryteriów. Ezekowitz i wsp. [10] wykazali, że anemia jest silnym i niezależnym czynnikiem prognostycznym zgonu w przebiegu HF, zwiększając jego ryzyko o około 34%. Zarówno w komentowanej pracy, jak i opracowaniu Braunsteina i wsp. [9] wykorzystanie jedynie kodów ICD-9 do rozpoznania HF uniemożliwia określenie etiologii, frakcji wyrzutowej, ocenę zaawansowania choroby, analizę czynników socjodemograficznych, stosowanego leczenia i nie pozwoliło na ocenę wpływu tych oraz innych czynników na przebieg i rokowanie niewydolności serca. Jednak porównanie wyników obu prac wydaje się uprawnione, ponieważ

odnosi się do podobnej populacji, a błędy metodologiczne mają ten sam charakter.

W badaniu stwierdzono zależność między doświadczeniem szpitali a przyjętymi wskaźnikami skuteczności opieki (śmiertelność, rehospitalizacje), przy czym efekt był niewielki (wzrost ryzyka zgonu o 5% wśród hospitalizowanych w najmniej doświadczonych ośrodkach).

Mimo systematycznie ukazujących się wytycznych dotyczących postępowania w HF wciąż prawdopodobnie popełnia się błędy na każdym z etapów prowadzenia pacjentów z tą jednostką chorobową, począwszy od profilaktyki (niewystarczająca kontrola nadciśnienia), poprzez rozpoznanie (opieranie się jedynie na badaniu podmiotowym i przedmiotowym), leczenie (zbyt małe dawki leków), aż po opiekę po wypisie ze szpitala. Butler i Kalogeropoulos [11] postulują konieczność indywidualnego, zoptymalizowanego podejścia do każdego pacjenta z HF zamiast leczenia jednostki chorobowej.

Przedstawione bliskie i odległe wyniki obserwacji stanowią pewne rozczarowanie, zwłaszcza wobec oczekiwań rozbudzonych rezultatami prospektywnych badań klinicznych. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że badania te prowadzono w najlepszych ośrodkach klinicznych, wśród znacznie młodszych, starannie wybranych pacjentów, z mniejszym obciążeniem współwystępującymi chorobami, znakomitą współpracą, co między innymi umożliwiło stosowanie dużych dawek leków [12]. Osiągnięty niewielki, choć znaczący postęp w populacji rzeczywistej wskazuje, że nie należy rezygnować z leczenia nawet najstarszych pa-

cjentów z licznymi obciążeniami. Dalszą poprawę skuteczności terapii chorych z HF mogą dać dużej jakości rejestry reprezentatywnych grup pacjentów proponowane przez Masoudiego i Krumholza [12], które pomogą w stworzeniu wiarygodnej strategii klinicznej oraz dostarczą danych o bezpieczeństwie i skuteczności stosowanych terapii wśród niewyselekcjonowanych chorych.

PIŚMIENNICTWO

1. Schcken D.D., Benjamin E.J., Fonarow G.C. i wsp.: *Prevention of heart failure*. *Circulation* 2008; 117: 2544–2565.
2. Mosterd A., Hoes A.W.: *Clinical epidemiology of heart failure*. *Heart* 2007; 93: 1137–1146.
3. Mann D.L. (red.): *Niewydolność serca*. Wyd. I. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
4. Solomon S.D., Dobson J., Pocock S. i wsp.: *Influenza of nonfatal hospitalization for heart failure on subsequent mortality in patients with chronic heart failure*. *Circulation* 2007; 116: 1482–1487.
5. Ahmed A., Allman R.M., Fonarow G.C. i wsp.: *Incident heart failure hospitalization and subsequent mortality in chronic heart failure: a propensity-matched study*. *J. Cardiac Fail.* 2008; 14: 211–218.
6. Murray S.A., Kendall A., Boyd K., Sheikh A.: *Illness trajectories and palliative care*. *BMJ* 2005; 330: 1007–1011.
7. Setoguchi S., Stevenson L.W., Schneeweiss S.: *Repeated hospitalizations predict mortality in the community population with heart failure*. *Am. Heart J.* 2007; 154: 260–266.
8. Bahrami H., Kronmal R., Bluemke D.A.: *Differences in the incidence of congestive heart failure by ethnicity*. *Arch. Intern. Med.* 2008; 168: 2138–2145.
9. Braunstein J.B., Anderson G.F., Gerstenblith G. i wsp.: *Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalizations and mortality among medicare beneficiaries with chronic heart failure*. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2003; 42: 1226–1233.
10. Ezekowitz J.A., McAlister F.A., Armstrong P.W.: *Anemia is common in heart failure and is associated with poor outcomes*. *Circulation* 2003; 107: 223–225.
11. Butler J., Kalogeropoulos A.: *Worsening heart failure hospitalization epidemic*. *JACC* 2008; 52: 435–437.
12. Masoudi F.A., Krumholz H.M.: *Polypharmacy and comorbidity in heart failure*. *BMJ* 2003; 327: 513–514.

dr med. Małgorzata Fedyk-Lukasik
Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
w Krakowie