

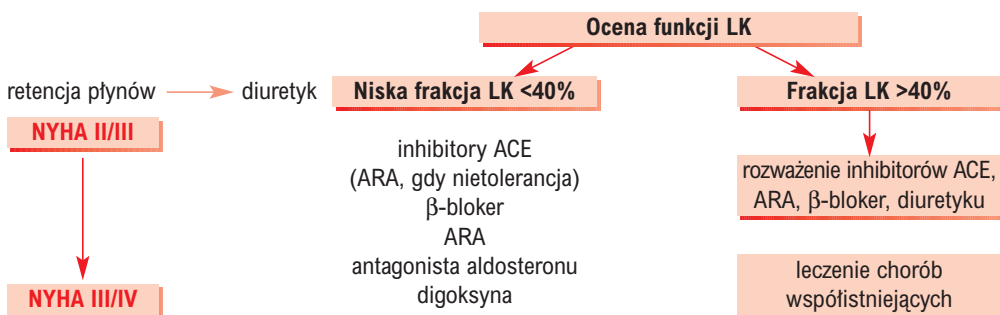
Leczenie przewlekłej niewydolności serca – praktyka według aktualnych zaleceń

Dr n. med. Rafał Dąbrowski
II Klinika Choroby Wieńcowej
Instytut Kardiologii, Warszawa



Podstawą leczenia niewydolności serca (NS) jest dobry kontakt lekarza z pacjentem, w tym również edukacja chorego. Pozwala to na staranne monitorowanie objawów, prewencję zaostżeń i wprowadzenie maksymalnie skutecznego zestawu terapeutycznego poprawiającego jakość życia chorego oraz rokowanie. Na każdym etapie ważne jest wykluczenie potencjalnej zewnętrznej przyczyny zaostżenia niewydolności serca: wad serca, infekcji (bardzo często), zaprzestania przyjmowania leków przez pacjenta (według szacunków przyczyna do 50% nagłych hospitalizacji), niedostatecznej kontroli nadciśnienia tętniczego, niestabilności wieńcowej, zaburzeń hormonalnych i innych. W roku 2005 ukazała się kolejna, poprawiona edycja rekomendacji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, uwzględniająca opublikowane wyniki najnowszych badań. Od tego czasu wciąż przybywa nowych danych na temat leczenia niewydolności serca.

Ryc. 1. Leczenie pacjenta z niewydolnością serca Implikacje najnowszych badań



Początkiem terapii NS u chorych z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory jest jak najwcześniejsze zastosowanie inhibitora ACE (inhibitory ACE, klasa zaleceń I/A) i leku β -adrenolitycznego (LBA, I/A), a w przypadku nietolerancji inhibitorów ACE włączenie antagonisty receptora angiotensyny II (ARA, I/B). Przekonujących argumentów do stosowania LBA od momentu rozpoznania NS dostarczyły wyniki badania CIBIS III. Wykazano, że rozpoczęcie terapii lekiem z grupy LBA (bisoprololem) jest równie skuteczne jak inhibitorem ACE. Ponadto w większym stopniu (o 46%) redukuje ryzyko wystąpienia nagłego zgonu sercowego po roku leczenia ($p=0,049$). W przypadku objawów retencji płynów (obrzęki obwodowe, zastój w krążeniu małym) wskazane jest zastosowanie pętlowego leku moczopędnego (furosemid, torasemid) lub opcjonalnie diuretyku tiazydowego (I/A-C). W razie niedostatecznej skuteczności można rozważyć leczenie skojarzone diuretykami z tych dwóch grup. Potwierdzeniem oczywistej skuteczności diuretyków w NS (I/A-C) stały się wyniki metaanalizy

18 randomizowanych badań klinicznych. Wykazała ona istotną redukcję śmiertelności, ryzyka zaostrzenia NS i liczby hospitalizacji. Wskazuje się na możliwości stosowania wyższych dawek (w razie potrzeby) oraz kojarzenia leków moczopędnych o różnym mechanizmie działania. Gdy objawy NS utrzymują się w terapii skojarzonej z inhibitorami ACE można zastosować ARA (redukcja śmiertelności: IIa/B, redukcja hospitalizacji: I/A), co jest pewną nowością.

Kolejnym krokiem zalecanym u chorych ze świeżym zawałem serca, dysfunkcją lewej komory i cukrzycą jest dołączenie do terapii inhibitorów ACE i LBA leku z grupy antagonistów receptora dla aldosteronu: eplerenonu lub spironolaktanu (I/B-C). Leki te, o niedocenionym jeszcze w pełni potencjale działania, są także zalecane u chorych w klasie III i IV NS wg NYHA leczonych inhibitorami ACE, LBA i innymi diuretykami. Podstawą do tych zaleceń, obok badań spironolaktanu (RALES), stały się korzystne wyniki badań eplerenonu (EPHE-SUS, dawki 25–50 mg) u chorych z zawałem serca powikłanym dysfunkcją lewej komory. Lek ten jest już dostępny w Polsce. W toku są próby kliniczne tych preparatów u chorych z łagodną niewydolnością serca.

Ryc. 2. Leczenie farmakologiczne niewydolności serca

	Leczenie objawowe	Leczenie – wpływ na przeżycie i śmiertelność
NYHA I	redukcja/odstawienie diuretyków	inhibitory ACE → ARA, gdy nietolerancja inhibitorów ACE + β-bloker i antagonistę aldosteronu po zawale serca
NYHA II	+/- diuretyk, zależnie od retencji płynów	inhibitory ACE → ARA, gdy nietolerancja inhibitorów ACE + β-bloker i antagonistę aldosteronu po zawale serca
NYHA III	+ diuretyk, + digoksyna, gdy utrzymują się objawy	inhibitory ACE + ARA, lub tylko ARA, gdy nietolerancja inhibitorów ACE β-bloker + antagonistę aldosteronu
NYHA IV	+ diuretyk i digoksyna + ewentualne czasowe wspomaganie inotropowe	kontynuacja inhibitorów ACE + ARA, β-bloker antagonistę aldosteronu

↑ ↓ zmiana klasy wydolności serca wg NYHA, +/- dodanie/odstawienie leku

Swedberg K. i wsp. Eur Heart J 2005

U trudnych, objawowych chorych warto rozważyć dodatkowe zastosowanie niskich dawek preparatów narpstnicy (udowodnione działanie, IIa/A) oraz azotanów (zmniejszenie obciążenia wstępnego, IIa/C). Właściwe stosowanie wyżej wymienionych wariantów leczenia wymaga ostrożności i odpowiedniego ustalenia optymalnych, skutecznych dawek leków, z uwzględnieniem minimalizacji ryzyka pojawienia się działań niepożądanych. Leczenie to istotnie poprawia rokowanie chorych z NS oraz ich jakość życia.

Na zakończenie należy zwrócić uwagę na uwzględnienie w zaleceniach leczenia NS z zachowaną funkcją skurczową lewej komory oraz wyłaniającą się z całości pochwałę ostrożnej polipragmatyzacji.