

Kongres Európskej kardiologickej spoločnosti „Srdcové zlyhávanie“

14. –17. jún 2008, Miláno, Taliansko

Na kongrese bolo asi 2 000 účastníkov. Kongres prebiehal v novom kongresovom centre. Prednášali najlepší experti v oblasti „srdcového zlyhávania“ z celého sveta a úroveň kongresu bola veľmi vysoká. Na čele Asociácie „srdcového zlyhávania“ Európskej kardiologickej spoločnosti vystriedal prof. Dicksteina na ďalšie dva roky prof. John McMurray z Glasgowu. Journal spoločnosti (Eur J Heart Failure) sa dostal medzi významné časopisy s „impakt faktorom“ 3,6 (šéfredaktor: prof. K. Swedberg).

Ako sa mení „obraz“ pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním (CHSZ)? I. T. A. McDonagh (Londýn, Veľká Británia): „Epidémia CHSZ v Európe“. V roku 1988 publikovali autori (Swedberg a spol.) z Göteborgu (Švédsko) údaje o incidencii a prevalencii CHSZ: prevalencia (2,1 % osoby 50-ročné a 13 %, osoby 67-ročné), incidencia (0,15 % osoby 50-ročné a 1 % osoby 67-ročné). V poslednej dekáde sa zmenila definícia „srdcového zlyhávania“ – osoba s CHSZ má symptómy srdcového zlyhávania pri námahe a/alebo v pokoji, má objektívne prejavy ľavokomorovej (LK) dysfunkcie v pokoji (najčastejšie ECHOKG vyšetrenie, prípadne inou zobrazovacou metódou) a reaguje priaznivo (zlepšením prejavov a príznakov) na liečbu (osvedčenú). CHSZ má buď formu systolického zlyhávania (asymptomatické alebo symptomatické), alebo formu diastolického zlyhávania (t. j. formu so zachovalou systolickou LK funkciou a opäť asymptomatickú alebo symptomatickú). Asi pred 10 rokmi publikovali v Lancete (1997;350:829–834) v súbore osôb (zdravých, rôzneho veku) výskyt jednotlivých hodnôt ejekčnej frakcie (EF) LK (zistili Gaussovskú distribúciu výskytu, priemerná EF bola 47 % a u osôb s 95-percentilom najnižšej EF bola hodnota tejto EF 35 %, často sa v praxi i v klinických štúdiách pokladá potom EF < 35 % za jasný znak LK dysfunkcie, ak je osoba asymptomatická alebo za znak zlyhávania LK, ak je osoba symptomatická). Výskyt systolickej formy CHSZ v súčasnosti (Monika Glasgow, Helsinki, Rotterdam, ďalšie surveye) je v populácii asi 2 – 8 %: závisí od veku (1 – 2 % osoby < 65 ročné a 12 % osoby > 75-ročné), asi 50 % osôb je asymptomatických. Výskyt „diastolickej“ (zachovala systolická funkcia LK srdca) formy CHSZ dnes nie je jasne dokladovaný (nemáme veľké štúdie či surveye): štúdia ECHOES (Lancet 2001;358:439–445) zahrnula osoby v oblasti Londýna, vek ≥ 45 rokov a hovoria o výskyt 1,3 % osôb s CHSZ, pričom 1 % osôb malo EF ≥ 50 %. Výskyt CHSZ z oblasti „Londýna“ (Hillingdon) u osôb ≥ 25-ročných je 1,3/1 000 osôb a medián veku bol 76 rokov. Etiológia CHSZ: a) Podľa Moniky „North Glasgow“ je v 95 % symptomatickej systolickej LK dysfunkcie prítomná ischemická choroba srdca a asi v 68 % je to hypertenzia. b) Podľa štúdie ECHOES má 53 % osôb so systolickým CHSZ buď angínózne ťažkosti, alebo (iné) prejavy myokardiálnej ischemie. c) U osôb s „diastolickým“ CHSZ je v 37 % prítomná hypertenzia a v 13 % ischemická choroba srdca. d) Osoby s CHSZ majú veľa ďalších komorbidít (chronická obštrukčná choroba pľúc, renálna insuficiencia, anémia, ďalšie chorobné stavy). e) Nízke sociálne zabezpečenie je významným „kofaktorom“ vzniku CHSZ a tiež jeho zlej prognózy (sledovanie v súbore 6 909 osôb, 47 – 55 rokov, sledovanie v trvaní 28 rokov). Prognóza pacientov s CHSZ nie je vôbec dobrá. Cowie a spol. (V. Británia, Heart 2000;83:505–511) hovoria o mortalite u CHSZ (pri novo zistenej diagnóze) v priemere 43 % za 1,5 roka a 38 % za 1 rok. Podľa Moniky Glasgow (štvaročné sledovanie pacientov s CHSZ) je mortalita u osôb s dysfunkciou LK 21 % a u osôb bez dysfunkcie LK „len“ 4 % (prítom nezáležalo, či tieto osoby boli symptomatické alebo asymptomatické). Ak sa však zohľadnila EF, tak vo vzorke pacientov s EF < 30 % boli

na tom podstatne horšie osoby symptomatické (60 % mortalita) než osoby asymptomatické (38 % mortalita). Analýza osudu pacientov v priebehu času (použitá bola metóda Coxova, tzv. „model hazardu“) preukázala tieto markery/rizikové faktory pre mortalitu osôb s CHSZ: vek (RR – relatívne riziko: 1,5), pohlavie (muž: RR 1,6), diabetes mellitus (RR 1,7), fajčenie (RR 3,8). V štúdií ECHOES (6 162 osôb, aj osoby s CHSZ) bolo päťnásobne prežívanie všeobecnej populácie 93 % a u osôb s diastolickou dysfunkciou, „len“ 62 %. U osôb s akútnym srdcovým zlyhaním (obvykle ide o osoby s CHSZ) býva nemocničná mortalita 6,6 %. Aj asymptomatické osoby s CHSZ podľa Hobbs a spol. majú značne zníženú kvalitu života. V poslednej dekáde klesla mortalita pre CHSZ a predpokladá sa, že je to i v dôsledku lepšej liečby (podľa Odporúčaní pre CHSZ) pacientov s CHSZ. V diskusii sa prezentovala otázka, na čo tieto osoby (s CHSZ) zomierajú – kedysi to bolo asi po 50 % na náhlu srdcovú smrť a na progresiu srdcového zlyhávania. Dnes je to menej pre náhlu srdcovú smrť (len asi tretina prípadov) a viac je pre progresiu zlyhania srdcovej pumpy (asi dve tretiny prípadov). To sa týka CHSZ so systolickou dysfunkciou. U osôb s CHSZ a zachovalou systolickou funkciou je prognóza omnoho lepšia. 2. C. O'Connor (Durham, USA): „ICHS je stále najčastejšou príčinou CHSZ“. Ischemická choroba srdca (ICHS) je dnes na prvom mieste ako príčina zvýšenej mortality i morbidity, nielen vo vyspelých krajinách, ale i v rozvojových krajinách. „INTERHEART štúdia“ (Yusuf et al.) nedávno jasne preukázala, že deväť rizikových faktorov jasne podmieňuje vznik i progresiu ICHS. Čiže, ak zabránime pôsobeniu (týchto deviatich) rizikových faktorov od útleho detstva, tak významne zabránime vzniku ICHS (alebo toto ochorenie značne oddialíme), alebo intenzitu ICHS značne znížime, tým i výskyt a intenzitu CHSZ. Myokardiálna ischemia je nepriaznivá prognosticky, spôsobuje vznik klinických príhod (infarkt, arytmia, srdcové zlyhávanie), vrátane (náhleho) úmrtia. V súčasnosti máme jasnú, otestovanú a bezpečnú liečbu (aj nefarmakologickú) myokardiálnej ischemie. V štúdií INTERHEART z populačného hľadiska dominovali tieto rizikové faktory: 1. fajčenie 35,7 %, 2. dyslipidémia a hypertenzia (spolu vysvetlia až dve tretiny mortality), 3. samotná hypertenzia 17,9 %, 4. (abdominálna) obezita 20,1 % – spolu deväť rizikových faktorov (> 90 % príčin mortality na ICHS). V klinickej štúdií ASCEND-HF malo 65 % osôb ako základnú príčinu CHSZ ischemiu a v priemere bola vyššia hladina séroveho troponínu, než u osôb bez CHSZ – teda asi mnohí pacienti s CHSZ majú na „svojej životnej púti“ výskyt mikroinfarktov. V inej štúdií (z USA) – IMPROVE – outpatient HF (15 381 pacientov) bola ischemická choroba srdca prítomná u dvoch tretín pacientov s CHSZ a až 40 % pacientov bolo po prekonanom infarkte myokardu. Ak osoba v istom veku (napríklad ≥ 55 rokov) nemá ICHS (jej prejavy, normálne EKG), obvykle nesmeruje k vzniku CHSZ. Ak už osoba má CHSZ, prognóza je horšia, ak ide o ICHS, než ak ide o dilatačnú kardiomyopatiu. Čím vyššie „cievne“ (viacievne, napríklad trojcievne versus jednocievne koronárne ochorenie) ochorenie pri ICHS pacient má, tým horšia je jeho prognóza i kvalita života pri CHSZ (asi 80 % pacientov s ICHS podľa „Databanky Univerzity of DUKE v Durham“ má v priebehu života prítomné kardiiovaskulárne príhody, ale ak má pacient aj CHSZ, prognóza osôb po spomínaných „ischemických“ príhodách je značne horšia, než u osôb s rovnakými príhodami, ale bez prítomnosti CHSZ). Ako pristupovať k liečbe pacientov s ICHS a súčasne s CHSZ?: a) Ak má pacient závažne dôsledky z ischemie myokardu (ťažšie srdcové zlyhávanie, prekonaný infarkt, angínózne ťažkosti, remodelované srdce, arytmie), vtedy viac ako z medikamentózne

liečby profituje z liečby revaskularizačnej (aorto-koronárny by-pass a/alebo perkutánna angioplastika). Podľa istých malých štúdií (porovnanie efekt liečby „by-passom“ versus „angioplastikou“) sa zdá, že efekt obidvoch revaskularizačných prístupov je rovnaký. Okrem toho ešte prebieha veľká a dôležitá klinická štúdia STICH (beží v celom svete, 25 % osôb v USA, 25 % osôb v Ázii a Južnej Amerike, 25 % osôb v západnej Európe a 25 % osôb v centrálnej Európe) – testuje efekt dobrej medikamentózne liečby oproti liečbe revaskularizačnej + liečbe „s chirurgickým odstránením“ nepracujúcej (akinetickej „mŕtvej“) zóny ľavokomorového myokardu – zaradených je v nej 2 136 pacientov v CHSZ s EF < 35 % a v NYHA triedach II – IV. Beží zodpovedne, výsledky sa očakávajú v Nice v roku 2009. Teda okrem medikamentózne liečby myokardiálnej ischémie sa zlepšuje i chirurgická liečba (nielen revaskularizačná). **3. M. Komajda (Paríž, Francúzsko): „Záťaž zdravotníctva prostredníctvom starnutia populácie vo svete“.** Ide tu o obrovský (celosvetový, európsky, aj na Slovensku!) problém. Dokazuje to i štatistika o demografii vo svete. V roku 2000 bolo na svete odhadom asi 69 mil. osôb vo veku ≥ 80 rokov, predpokladá sa, že v roku 2025 to bude asi 153 mil. ľudí a v roku 2050 až 380 mil. osôb (čiže vzostup je veľmi strmý). Vekom populácie prudko stúpa i výskyt CHSZ, najmä u osôb ≥ 80 rokov. Venoval sa niekoľkým problémom CHSZ: A) *Klinický profil pacientov s CHSZ podľa veku (mladší vs starší).* Starší (≥ 65 rokov vs mladší < 65 rokov) trpia menej často problémom dyspnoe a mávajú viac edémy (dolných končatín), tiež majú častejšie non-kardiovaskulárne prejavy ochorenia (mentálnu zmätenosť, poruchy spánku, pády na zem a podobne). Survey Európskej kardiologickej spoločnosti spoločnosti (EUROHEART) preukázal vo vzorke asi 3 000 pacientov (vek ≥ 80 rokov), že sú pre ťažkosti viac hospitalizovaní na všeobecných interných oddeleniach (než na kardiologických oddeleniach), ide viac o ženy (než o mužov), častejšia býva fibrilácia predsiení, viacej je osôb s implantovaným pacemakerom. Tieto osoby majú viacej komorbidít (demencia, prekonané NCPM, prítomná renálna insuficiencia, anémia, infekcie a podobne) – nezriedka jestvuje súčasne viac komorbidít, v priemere asi 3,5. Tento EUROHEART survey tiež preukázal u podskupiny osôb vo veku ≥ 80 rokov častejší výskyt prípadov CHSZ so zachovalou systolickou funkciou: 61 % prípadov vo veku ≥ 80 rokov versus 49 % prípadov, ak bol vek < 80 rokov (išlo o survey v roku 2000). Uskutočnil sa i druhý survey (rok 2005), kde v podobnej vzorke osôb bolo 750 osôb s vekom ≥ 80 rokov. Opäť títo starí ľudia boli viac hospitalizovaní na interných (a nie na kardiologických) oddeleniach, viac boli zastúpené ženy (56 % versus 34 % vo veku < 80 rokov), narástol počet prípadov akútneho srdcového zlyhávania (45 % u osôb > 80 rokov a 35 % u osôb < 80 rokov) a poklesol počet prípadov akútnych koronárnych syndrómov. Častá bola anémia (21 % u osôb ≥ 80

rokov versus 17 % u osôb < 80 rokov) a tiež renálna insuficiencia s glomerulárnou filtráciou < 60 ml/min (73 % u osôb ≥ 80 rokov versus 53 % u osôb < 80 rokov). B) *Výsledok liečby (prognóza) osôb s CHSZ je rozdielny u osôb ≥ 80 rokov než u tých vo veku < 80 rokov.* Podľa EUROHEART (rok 2000) surveya bola nemocničná mortalita u osôb ≥ 80 rokov 13,2 % oproti 5,3 % (osoby < 80 rokov) a 12 týždňová mortalita potom 10,1 % versus 5,7 %. Podobné výsledky potvrdil i EUROHEART survey II (rok 2005), kde spoločný výskyt „mortality – infarktu myokardu – NCPM“ bol vo vzorke osôb ≥ 80 rokov až 40 % (významne viac než u osôb < 80 rokov). C) *Aj liečba samotná (CHSZ) je rozdielna u osôb vo veku ≥ 80 rokov.* Dôvodov je iste viac: iný vohum distribúcie liekov (iný pomer „svalovina/tuk“ v tele), zmenený transport liekov pre nižšiu albuminémiu, znížený renálny klírens, prítomné kontraindikácie pre podanie liekov, interakcie (viaceré lieky podávané súčasne pre polymorbiditu) liekov a nežiaduce účinky liekov. Dobre dokumentované je to v prípade spironolaktónu (výskyt nežiaducich účinkov – hyperkaliémie): 34 ‰ (promile) u osôb < 80 rokov versus 149 ‰ (promile) u osôb ≥ 80 rokov (skúsenosti z Kanady, vrátane potreby hospitalizácie pre hyperkaliémiu: 24 ‰ u osôb < 80 rokov versus 11 ‰ u osôb > 80 rokov). Osoby vo veku ≥ 80 rokov tiež často nedostanú „všetku“ odporúčanú liečbu CHSZ, tiež obvykle obdržia nižšiu liekovú dávku. Viac však obdržia „symptomatickú liečbu“ (nitráty, digitalis, diuretiká). A toto sa týka CHSZ systolického i „diastolického“. Istými „markermi“ (prediktormi) nižšieho použitia „osvedčenej liečby CHSZ“ (a jej nižšej dávky) sú vek, diabetes, renálna insuficiencia a niektoré komorbidity (demencia, anémia). Pritom je dostatok dokladov (IMPROVEMENT, MAHLER, ďalšie štúdie) o tom, že dodržovanie „guidelinov“ liečby (aj CHSZ) znižuje mortalitu/morbiditu, znižuje rehospitalizácie a zlepšuje kvalitu života. D) *Zlepšujeme sa v prístupe k liečbe starých pacientov?* asi áno. Napríklad porovnanie EUROHEART surveyov č. I (2000) a č. II (2005): vzostup použitia betablokátorov (29 % vs 60 %, ale menšie zlepšenie u osôb ≥ 80 rokov, len 42 %). Aj kombináčn liečba (ACE inhibítor a betablokátor) zaznamenala zlepšenie. Aj po prepustení z nemocnice je lepšia liečba a lepšie sa kontroluje.

Záver – ide o ťažkú oblasť kardiologickej praxe (starí pacienti, ťažké ochorenie), ktorá si vyžaduje viac časovej investície. Vhodné by iste boli jednotky „srdcového zlyhávania“. O to sa usilujeme i na Slovensku. Zlepšili by iste osud našich pacientov.

prof. MUDr. Ján Murín, CSc.
I. interná klinika FN Bratislava