

WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE OPTYMALIZACJI LECZENIA PIĘCIU NAJCZĘSTSZYCH CHORÓB KARDIOLOGICZNYCH W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO, LEKARZA INTERNISTY W DOBIE PANDEMII COVID-19 I PO OKRESIE PANDEMII

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

czas po pandemii COVID-19, miejmy nadzieję, że czas wygaszania epidemii, a więc ponowne wizyty pacjentów w naszych gabinetach i poradniach, po okresie „telekonsultacji” i „teleporad” jest doskonałą okazją do krytycznego spojrzenia na dotychczasowe leczenie oraz możliwości jego optymalizacji, jak i zadania sobie pytania: czy leczę pacjenta zgodnie z najnowszymi wytycznymi? Czy przyjmuje on najbardziej optymalne leki? Czy przyjmuje je we właściwych dawkach?

Poniżej przygotowaliśmy dla Państwa zestawienie, które może być pomocne w takim krytycznym podejściu, a które obejmuje 5 najczęstszych rozpoznań sercowo-naczyniowych: hipercholesterolemię, nadciśnienie tętnicze, przewlekłe zespoły wieńcowe (dawniej: choroba niedokrwienna serca/choroba wieńcowa), skurczową niewydolność serca i migotanie przedsionków. Szacujemy, że rozpoznania te dotyczą w Polsce odpowiednio: 18 milionów, 9 milionów, miliona, 800 tys. i 600 tys. osób. Nie wszystkie spośród nich są zdiagnozowane prawidłowo, stąd w pierwszej rubryce naszego materiału (**Jak prawidłowo postawić rozpoznanie?**) przypominamy aktualnie obowiązujące zasady rozpoznawania danego stanu chorobowego. Niech nasza wspólna akcja przyczyni się dodatkowo do postawienia rozpoznań i wdrożenia leczenia tam, gdzie dotąd tego nie zrobiono – zwłaszcza w grupie pacjentów zgłaszających się do Państwa z innych powodów. Chcemy przypomnieć jednocześnie, jakie zmiany zaszyły w rozpoznawaniu i leczeniu tych schorzeń (**Co się ostatnio zmieniło w zakresie celów leczenia?**), tak aby mieli Państwo pewność, że leczą nowoczesnie, zgodnie z aktualnymi wytycznymi europejskich i polskich towarzystw naukowych. Praktyczne wskazówki dla Państwa zawarliśmy w następnej rubryce (**Na co zwrócić uwagę, dokonując krytycznej oceny leczenia przy najbliższej wizycie?**), a ponadto, w związku z wieloma obawami pacjentów nabytymi w dobie pandemii COVID-19, dodaliśmy kilka ważnych informacji dotyczących pytań i wątpliwości, z którymi mogą się do Państwa zwrócić (**Co w związku z pandemią COVID-19 warto podkreślić w tej populacji? O czym porozmawiać z pacjentem?**).

Swoją słynną „moon speech” Prezydent USA John F. Kennedy kończył w 1963 roku stwierdzeniem: „Zdecydowaliśmy się w ciągu nadchodzących dziesięciu lat polecieć na Księżyc i dokonać innych rzeczy nie dlatego, że są łatwe, ale właśnie dlatego, że są trudne, a przez to zmuszą nas do lepszej organizacji i wykorzystania wszystkich naszych umiejętności”. Oby ten czas, czas po COVID-19, miejmy nadzieję, czas kończącej się pandemii, chociaż trudny, a nie łatwy, zmusił nas do jeszcze lepszej opieki i organizacji ochrony zdrowia pacjentów w Polsce, aby pozwolił wykorzystać nam wszystkie nasze możliwości, wiedzę i postępy medycyny, który stale się dokonuje.

prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak

specjalista chorób wewnętrznych

specjalista kardiolog

specjalista hipertensjolog

specjalista farmakolog kliniczny

O czym warto pamiętać, lecząc pacjenta z rozpoznaniem:

Jak prawidłowo postawić rozpoznanie?

Co się ostatnio zmieniło w zakresie celów leczenia?

Na co zwrócić uwagę, dokonując krytycznej oceny leczenia przy najbliższej wizycie?

Co w związku z pandemią COVID-19 warto podkreślić w tej populacji? O czym porozmawiać z pacjentem?

HIPERCHOLESTEROLEMIA (około 18 mln osób w Polsce)*

- Podstawą rozpoznania jest oznaczenie pełnego lipidogramu, a w nim stwierdzenie wartości cholesterolu LDL powyżej docelowych norm dla określonej grupy ryzyka.
- Konieczna jest zatem nie tylko znajomość norm (patrz obok), lecz także odpowiednie zaklasyfikowanie do grupy, w której już przekroczenie docelowej wartości cholesterolu LDL upoważnia do zdiagnozowania hipercholesterolemii. Grupy te, wraz z granicą rozpoznania hipercholesterolemii, to:

- **ekstremalnie wysokie ryzyko** (LDL > 34 mg/dl wg zaleceń polskich, > 39 mg/dl według zaleceń europejskich): pacjenci po wielokrotnych incydentach sercowo-naczyniowych i/lub rewaskularyzacjach, po incydentach typu zawał serca, udar mózgu, TIA, potrzeba rewaskularyzacji w okresie mniejszym niż 2 lata pomiędzy incydentami, pacjenci po rewaskularyzacji pnia lewej tętnicy wieńcowej lub z wielonaczyniową chorobą wieńcową, pacjenci z miażdżycą uogólnioną (miażdżycą kilku tętnisk naczyniowych), pacjenci z progresją miażdżycy pomimo stałego utrzymywania LDL < 55 mg/dl,
- **bardzo wysokie ryzyko** (LDL > 54 mg/dl): pacjenci z progresją miażdżycy pomimo utrzymywania LDL < 70 mg/dl, pacjenci po ostrym zespole wieńcowym, po udarze mózgu, z miażdżycą tętnic wieńcowych, szynych lub obwodowych, pacjenci po rewaskularyzacji, cukrzyca z powikłaniami narządowymi lub przewlekła choroba nerek z GFR < 30 ml/min, wyliczone w skali SCORE 10-letnie ryzyko śmiertelności $\geq 10\%$, hipercholesterolemia rodzinna z innymi czynnikami ryzyka,
- **wysokie ryzyko** (LDL > 69 mg/dl): osoby ze znacznie nasilonym pojedynczym czynnikiem ryzyka, w szczególności stężeniem cholesterolu całkowitego > 310 mg/dl, LDL > 190 mg/dl lub ciśnieniem tętniczym $\geq 180/110$ mm Hg, pacjenci z hipercholesterolemią rodzinną bez innych czynników ryzyka, cukrzyca bez powikłań sercowo-naczyniowych, przewlekła choroba nerek z GFR 30-59 ml/min, wyliczone w skali SCORE 10-letnie ryzyko zgonu od 5 do < 10%,
- **średnie ryzyko** (LDL > 99 mg/dl) – młodzi pacjenci z cukrzycą trwającą < 10 lat, bez innych czynników ryzyka, wyliczone w skali EUROSCORE 10-letnie ryzyko zgonu $\geq 1\%$, ale < 5%,
- **niskie ryzyko** (LDL > 114 mg/dl) – młodzi chorzy bez innych czynników ryzyka – wyliczone w skali SCORE 10-letnie ryzyko zgonu < 1%.

- Wytyczne europejskie (ESC z 2019 r.), jak i polskie (III Deklaracja Sopotka SFSN PTK) bardzo istotnie zmieniły docelowe wartości cholesterolu LDL, które obecnie wynoszą: dla pacjentów niskiego ryzyka < 115 mg/dl, dla pacjentów umiarkowanego ryzyka < 100 mg/dl, dla pacjentów wysokiego ryzyka < 70 mg/dl, dla pacjentów bardzo wysokiego ryzyka < 55 mg/dl, dla pacjentów ekstremalnie wysokiego ryzyka < 35-40 mg/dl.
- Zmienił się również drugorzędowy cel leczenia: cholesterol nie-HDL (wynik odjęcia od stężenia cholesterolu całkowitego wartości cholesterolu HDL), który obecnie wynosi: dla pacjentów niskiego/średniego ryzyka < 130 mg/dl, dla pacjentów wysokiego ryzyka < 100 mg/dl, dla pacjentów bardzo wysokiego ryzyka < 85 mg/dl.
- Wprowadzono prosty algorytm leczenia, rozpoczynając od statyny przez statynę z ezetimibem aż do trzeciego etapu leczenia: statyna + ezetimib + inhibitor PCSK9.

- Sprawdź, czy pacjent kontroluje inne czynniki ryzyka i zadbał o inne elementy postępowania niefarmakologicznego (nadmocnienie tętnicze, cukrzyca, nadwaga/otyłość, palenie papierosów, zdrowa, zbilansowana dieta, adekwatny wysiłek fizyczny).
- Sprawdź, czy pacjent leczony jest nowoczesną, silną statyną (atorwastatyną, rosuvastatyną).
- Sprawdź, czy dawka statyny jest wystarczająca do osiągnięcia celu cholesterolu LDL.
- Jeżeli statyna nie wystarczy, dodaj ezetimib, pomyśl o preparacie złożonym (statyna + ezetimib w jednej tablecie) celem poprawy współpracy z pacjentem i zmniejszenia liczby przyjmowanych tabletek.
- Jeżeli na przewlekłym leczeniu statyna + ezetimib pacjent nadal nie osiągnął celu LDL, poinformuj go o dalszym kroku (zastrzyki z inhibitora PCSK9 – na razie dostępne w programie terapeutycznym tylko dla pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną).
- Sprawdź, czy pacjent oznacza stężenia cholesterolu LDL przynajmniej raz na rok albo po każdej zmianie schematu leczenia hipolipemizującego.
- Jeżeli pacjent osiągnął cel cholesterolu LDL, sprawdź cel drugorzędowy cholesterolu nie-HDL: dla osób bardzo wysokiego ryzyka nie-HDL (wynik odjęcia wartości cholesterolu HDL od wartości cholesterolu całkowitego) < 85 mg/dl, dla osób wysokiego ryzyka < 100 mg/dl, dla osób średniego i niskiego ryzyka < 130 mg/dl.

- Rozwiew wątpliwości pacjenta co do skuteczności i bezpieczeństwa stosowania statyn.
- Zwróć uwagę, że „naturalne statyny” (monakolina), a więc środki dostępne w aptekach bez recepty, mają mały potencjał obniżania cholesterolu LDL i nie powinny być łączone ze statynami (ten sam mechanizm działania).
- Przypomnij, że wiele danych i prac naukowych wskazywało na rolę statyn w zmniejszaniu ryzyka niekorzystnego przebiegu choroby COVID-19.
- Wyjaśnij, że statyny mają silne działanie przeciwnadciśnieniowe, przeciwnadciśnieniowe, immunomodulujące, łagodne działanie przeciwzakrzepowe, poprawiają czynność śródbłonna i z tych powodów prawdopodobnie pomagają w trakcie zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
- Zwróć uwagę, że rosuvastatyna jest statyną o najmniejszym ryzyku interakcji lekowych, stąd w przypadku konieczności podawania innych leków w zakażeniu SARS-CoV-2 w najmniejszym stopniu wchodzi w takie interakcje.
- Podkreśl konieczność przyjmowania statyn i leczenia hipolipemizującego w trakcie pandemii i w okresie po pandemii.
- Zwróć uwagę na przeciwwzpalne działanie statyn, statyn podawanych z ezetimibem, jak i ogólną regułę tym większego wygaszania odczynu zapalnego, im niższy cholesterol LDL osiągnięto.
- Wspieraj wszystkie metody niefarmakologicznego obniżania cholesterolu LDL (dieta, modyfikacja stylu życia), łącznie ze stosowaniem żywności funkcjonalnej (np. margaryny z fitosterolami).

O czym warto pamiętać, lecząc pacjenta z rozpoznaniem:

Jak prawidłowo postawić rozpoznanie?

Co się ostatnio zmieniło w zakresie celów leczenia?

Na co zwrócić uwagę, dokonując krytycznej oceny leczenia przy najbliższej wizycie?

Co w związku z pandemią COVID-19 warto podkreślić w tej populacji? O czym porozmawiać z pacjentem?

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE (około 9 mln osób w Polsce)*

- Rozpoznanie określa się na podstawie pomiarów wartości ciśnienia tętniczego, przy czym średnie wartości w 24-godzinnym badaniu (ABPM)/średnione wartości dla kilku pomiarów **nie powinny przekraczać dla warunków:**
 - gabinetowych: ciśnienia skurczowe (SBP) 140 mm Hg, ciśnienia rozkurczowe (DBP) 90 mm Hg,
 - domowych (średnie z minimum 3 dni): SBP 135 mm Hg, DBP 85 mm Hg,
 - 24-godzinne badanie automatycznego pomiaru ciśnienia (ABPM): w ciągu dnia (lub czuwania) SBP 135 mm Hg, DBP 85 mm Hg/w nocy (lub w czasie snu) SBP 120 mm Hg, DBP 70 mm Hg/średnio w ciągu doby SBP 130 mm Hg, DBP 80 mm Hg.
- Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego rozpoznać można następujące kategorie ciśnienia tętniczego i stopnie nadciśnienia tętniczego:
 - ciśnienie optymalne SBP < 120 mm Hg i DBP < 80 mm Hg,
 - ciśnienie prawidłowe SBP 120-129 mm Hg i/lub DBP 80-84 mm Hg,
 - ciśnienie wysokie prawidłowe SBP 130-139 mm Hg i/lub DBP 85-89 mm Hg,
 - nadciśnienie tętnicze 1. stopnia SBP 140-159 mm Hg i/lub DBP 90-99 mm Hg,
 - nadciśnienie tętnicze 2. stopnia SBP 160-179 mm Hg i/lub DBP 100-109 mm Hg,
 - nadciśnienie tętnicze 3. stopnia SBP ≥ 180 mm Hg lub DBP ≥ 110 mm Hg,
 - izolowane nadciśnienie tętnicze skurczowe SBP ≥ 140 mm Hg i DBP < 90 mm Hg.
- W nowych wytycznych leczenia odnotować należy trzy bardzo ważne praktyczne zmiany:
 - zmieniły się cele leczenia:** w pierwszym kroku terapii obniżamy SBP < 140 mm Hg u wszystkich, jeżeli jest to dobrze tolerowane, dążymy u większości pacjentów do wartości SBP/DBP < 130/80 mm Hg; u wszystkich pacjentów dążymy do wartości DBP 70-79 mm Hg; co do zasady u pacjentów w wieku 18-65 lat dążymy do wartości ciśnienia 120-129/70-79 mm Hg, u pacjentów od 65. roku życia: 130-139 mm Hg/70-79 mm Hg,
 - zmieniły się czas dojścia do tych celów leczenia:** wytyczne europejskie nakładają obowiązek normalizacji ciśnienia tętniczego < 140/90 mm Hg do 3 miesięcy od początku terapii,
 - zmieniły się algorytmy leczenia i wzrosła rola leków SPC (single-pill combination):** w większości przypadków leczenia należy rozpocząć od podawania SPC – rekomenduje się jeden z czterech leków złożonych: inhibitor konwertazy angiotensyny (ACE) z antagonistą wapnia lub inhibitor ACE z diuretykiem, lub sartan z antagonistą wapnia, lub sartan z diuretykiem.
- Sprawdź, czy pacjent kontroluje inne czynniki ryzyka i zadbał o inne elementy postępowania niefarmakologicznego (zaburzenia lipidowe, cukrzyca, nadwaga/otyłość, wyrównanie wydolności nerek, palenie papierosów, zdrowa, zbilansowana dieta, adekwatny wysiłek fizyczny).
- Sprawdź, czy pacjent leczony jest zgodnie z najnowszymi wytycznymi (u większości chorych: preparat złożony SPC – *single pill combination* – inhibitor ACE lub sartan z antagonistą wapnia lub diuretykiem).
- Jeżeli pacjent nie osiągnął celu hipotensyjnego, spróbuj wdrożyć optymalne (najsilniejsze) potencje preparatu dwuskładnikowego.
- Jeżeli pacjent nie osiągnął docelowych wartości ciśnienia na najwyższej dawce leku złożonego podwójnego, dodaj trzeci preparat.
- Zachęcaj pacjenta do monitorowania wartości ciśnienia w domowych pomiarach albo kontrolnych automatycznych 24-godzinnych pomiarów ABPM wykonywanych raz w roku.
- Pamiętaj, że oficjalnym wskazaniem do wykonania ABPM jest również potrzeba potwierdzenia rozpoznania nadciśnienia tętniczego u pacjentów z nadciśnieniem 1. stopnia w pomiarach gabinetowych i niskim/umiarkowanym ryzykiem sercowo-naczyniowym.
- Porozmawiaj z pacjentem o wpływie leków takich jak inhibitory ACE na potencjalny przebieg zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
- Wyjaśnij, że doniesienia medialne, jakoby inhibitory ACE czy sartany zwiększały ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub pogarszały rokowanie w chorobie COVID-19, okazały się całkowicie fałszywe.
- Wskaż, że najnowsze badania ujawniają nawet, że przyjmowanie inhibitora ACE, podobnie jak statyn, zmniejszało ryzyko zgonu w przebiegu choroby COVID-19.
- Zwróć uwagę na przeciwwzpalne, przeciwzakrzepowe, przeciwmiażdżycowe i poprawiające czynność śródbłonnka działanie inhibitorów ACE.
- Zapewnij, że żadne leki hipotensyjne nie pogarszają rokowania w chorobie COVID-19, a groźne może być tylko odstawienie dotychczas przyjmowanych leków hipotensyjnych.

O czym warto pamiętać, lecząc pacjenta z rozpoznaniem:

Jak prawidłowo postawić rozpoznanie?

Co się ostatnio zmieniło w zakresie celów leczenia?

Co się ostatnio zmieniło w zakresie celów leczenia?

Co w związku z pandemią COVID-19 warto podkreślić w tej populacji? O czym porozmawiać z pacjentem?

PRZEWLEKŁE ZESPOŁY WIEŃCOWE (dawniej: stabilna choroba wieńcowa) (około 1 mln osób w Polsce)*

• Rozpoznanie przewlekłego zespołu wieńcowego można postawić w trzech sytuacjach:

1. u pacjenta po przebyciu udokumentowanego ostrego zespołu wieńcowego w przeszłości (zawał serca typu STEMI, zawał serca typu NSTEMI, niestabilna choroba wieńcowa),
2. u pacjenta po rewaskularyzacji wieńcowej metodą przeszłonką (angioplastyka wieńcowa) lub kardiochirurgiczną (by-passowanie naczyń wieńcowych),
3. na podstawie dolegliwości klinicznych oraz obiektywnych badań wskazujących na jednoczesne niedokrwienie mięśnia sercowego, a więc wyników jednego z 7 aktualnie dostępnych badań, pozwalających na rozpoznanie zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych i niedokrwienia:

- elektrokardiograficznej próby wysiłkowej,
- echokardiografii obciążeniowej,
- badań obciążeniowych metodami medycyny nuklearnej SPCECT (tomografii emisyjnej pojedynczego fotonu),
- CTA (angiografii metodą tomografii komputerowej) tętnic wieńcowych,
- PET (pozytonowej tomografii emisyjnej),
- obciążeniowego testu CMR (rezonansu magnetycznego serca),
- inwazyjnego badania koronarograficznego, z ewentualną oceną dodatkową: FFR (cząstkowej rezerwy przepływu) lub/i iwFR (chwilowego gradientu ciśnienia przez zwężenie w fazie rozkurczu).

UWAGA: nie należy już dłużej stosować pojęć: stabilna choroba wieńcowa, choroba niedokrwienia serca stabilna – warto zmienić te rozpoznania w dokumentacji chorego.

• W nowych wytycznych leczenia odnotować należy m.in. następujące zmiany:

• zwrócono uwagę na pacjentów dużego ryzyka zdarzeń w grupie PZW:

- ocenianych klinicznie, ze współistnieniem innych schorzeń, przebyciem zawału serca, rewaskularyzacji,
- z ryzykiem zgonu > 3% rocznie w skali Duke'a na podstawie elektrokardiograficznej próby wysiłkowej,
- z obszarem niedokrwienia $\geq 10\%$ mięśnia lewej komory w obrazowaniu SPECT lub PET,
- z zaburzeniami kurczliwości ≥ 3 segmentów spośród 16 w trakcie indukowanej obciążeniem echokardiografii obciążeniowej lub CMR,
- z chorobą trójnaczyniową z proksymalnym zwężeniem, chorobą pnia lewej tętnicy wieńcowej lub chorobą odcinka proksymalnego gałęzi przedniej zstępującej w badaniach obrazowych,

• określono kilka scenariuszy klinicznych pacjentów z PZW, o nieco innym schemacie włączania leków wieńcowych, m.in.:

- pacjenci z dużą tachykardią (> 80/min) – rozpocznij od beta-blokady,
- pacjenci z niską częstością akcji serca (< 50/min) – rozpocznij od amlodipiny,
- pacjenci z niskim ciśnieniem tętniczym – rozpocznij od małej dawki beta-blokady.

- Sprawdź, czy pacjent kontroluje wszystkie czynniki ryzyka i zadbał o inne elementy postępowania niefarmakologicznego (nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, cukrzyca, nadwaga/otyłość, palenie papierosów, zdrowa, zbilansowana dieta, adekwatny wysiłek fizyczny).
- Sprawdź, jak pacjent ocenia swoją wydolność wieńcową (skala CCS).
- Sprawdź, czy pacjent leczony jest lekiem przeciwpłytkowym lub przeciwkrzepliwym, czy przyjmuje inne leki kardiologiczne (najczęściej: statyna, inhibitor ACE, beta-adrenolityk), tak aby osiągnąć:

- normolipemii (najczęściej cholesterol LDL < 55 mg/dl), normotonię (wartości ciśnień SBP/DBP 120-129/70-79 mm Hg dla osób do 65. roku życia oraz 130-139/70-79 mm Hg dla osób starszych), normokardię (częstość akcji serca < 60 uderzeń/min) – jeżeli nie, zmodyfikuj leczenie hipolipemizujące, hipotensyjne, obniżające częstość akcji serca.
- Ustal, czy pacjent wymaga procedur rewaskularyzacyjnych, czy zgłasza objawy wieńcowe.

UWAGA: wytyczne podkreślają, że chorzy z wieloletnim PZW powinni dbać o regularność wizyt, aby monitorować ewentualne zmiany w profilu ryzyka, osiąganie zaleconych celów leczniczych oraz występowanie chorób towarzyszących. Powtórzenie badań obciążeniowych lub obrazowych tętnic wieńcowych z badaniem czynnościowym zaleca się w przypadku pogorszenia objawów i/lub niekorzystnej zmiany w profilu ryzyka.

- Podobnie jak w przypadku pacjenta z nadciśnieniem tętniczym, porozmawiaj o wpływie leków takich jak inhibitory ACE na potencjalny przebieg zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
- Wyjaśnij, że doniesienia medialne, jakoby inhibitory ACE zwiększały ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub pogarszały rokowanie w chorobie COVID-19, okazały się całkowicie fałszywe.
- Wskaż, że najnowsze badania ujawniają nawet, że przyjmowanie inhibitora ACE, podobnie jak statyn, zmniejszało ryzyko zgonu w przebiegu choroby COVID-19.
- Zwróć uwagę na przeciwzapalne, przeciwzakrzepowe, przeciwmiażdżycowe i poprawiające czynność śródbłonna działanie inhibitorów ACE, jak i statyn.
- Porozmawiaj o innych lekach poprawiających funkcję śródbłonna poprzez korzystne oddziaływanie na jego zdolności autokryne, takich jak: nebiwolol (jeden beta-adrenolityk pobudzający wytwarzanie tlenu azotu), inhibitory PDE5 (sildenafil i jego pochodne – leki pierwotnie wprowadzone do leczenia zaburzeń erekcji).
- Zwróć uwagę, zwłaszcza w czasie po pandemii, na fakt, że pacjenci z przewlekłymi zespołami wieńcowymi powinni raz do roku być szczepieni przeciwko grypie, a zdecydowana większość z nich również przeciwko pneumokokom; dotyczy to zwłaszcza pacjentów dużego ryzyka zdarzeń w tej grupie (patrz kolumny obok).

O czym warto pamiętać, lecząc pacjenta z rozpoznaniem:

Jak prawidłowo postawić rozpoznanie?

Co się ostatnio zmieniło w zakresie celów leczenia?

Co się ostatnio zmieniło w zakresie celów leczenia?

Co w związku z pandemią COVID-19 warto podkreślić w tej populacji?
O czym porozmawiać z pacjentem?

SKURCZOWA NIEWYDOLNOŚĆ SERCA (około 800 tys. osób w Polsce)*

• **Niewydolność serca (NS) to zespół typowych objawów podmiotowych (tj. duszność, obrzęki kończyn dolnych, obniżenie tolerancji wysiłku), którym mogą towarzyszyć odchylenia w badaniu przedmiotowym (takie jak poszerzenie żył szyjnych, trzeszczenia nad płucami, obrzęki obwodowe), spowodowane zaburzeniami w budowie i/lub czynności serca, powodujące zmniejszony rzut serca i/lub zwiększone ciśnienie wewnątrzsercowe w spoczynku lub w trakcie wysiłku.** Podstawowa terminologia stosowana w NS jest historyczna i opiera się na pomiarze, najczęściej echokardiograficznym, frakcji wyrzucania lewej komory (LVEF). Niewydolność serca obejmuje szeroką grupę chorych, poczynając od pacjentów z prawidłową frakcją wyrzutową (typowo LVEF $\geq 50\%$, określane jako niewydolność serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory – HFrEF), kończąc na pacjentach z obniżoną frakcją wyrzutową (typowo LVEF $< 40\%$, określane jako niewydolność serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory – HFmrEF). Pacjenci z LVEF między 40% a 49% reprezentują „szarą strefę”, którą obecnie zdefiniowano jako niewydolność serca z pośrednią frakcją wyrzutową lewej komory – HFmrEF. Według obowiązujących wytycznych z 2016 r. (ostatnie wytyczne europejskie) **niewydolność skurczową serca rozpoznaje się jako HFmrEF (heart failure with reduced ejection fraction)**, a więc stan, w którym frakcja wyrzucania lewej komory wynosi $< 40\%$.

Pomocnicze w wykluczeniu rozpoznania NS są również badania biochemiczne – oznaczenie stężenia czynnika natriuretycznego typu B (BNP) < 35 pg/ml lub NT-proBNP < 125 pg/ml praktycznie wyklucza rozpoznanie NS.

• Zmienił się algorytm leczenia NS skurczowej, który w chwili obecnej można opisać następująco:

1. W pierwszym etapie rozpoczynaj leczenie od inhibitora ACE i beta-adrenolityku – w dawkach maksymalnie tolerowanych.
2. Gdy utrzymują się objawy i LVEF jest $\leq 35\%$, dodaj antagonistę aldosteronu – w maksymalnie tolerowanej dawce, we wszystkich klasach wydolności krążenia NYHA, w tym w niewydolności pozawałowej, rejestrację posiada eplerenon.
3. Jeżeli objawy nadal się utrzymują, a LVEF nadal wynosi $\leq 35\%$, rozważ jedną/kilka ze ścieżek optymalizacji leczenia, którymi mogą być:
 - zamiana inhibitora ACE na lek z nowej grupy walsaratan/sakubitryl,
 - zastosowanie dodatkowo iwabradyny, gdy częstość akcji serca HR ≥ 70 /min,
 - ocena wskazania do elektroterapii (wszczepienie urządzeń resynchronizujących pracę lewej komory).
4. Pamiętaj, że leki diuretyczne stosowane są jedynie w celu zmniejszenia objawów zastoiny.
5. Coraz więcej danych po 2016 r. wskazuje na szczególną rolę inhibitorów SGLT2 w terapii pacjentów z niewydolnością serca (empagliflozyna, dapagliflozyna) – na razie warto dodawać ten lek u każdego pacjenta z NS i cukrzycą.

- Ustal, jak wyglądają i jak sklasyfikować objawy niewydolności serca u pacjenta (skala NYHA).
- Sprawdź, czy pacjent otrzymuje inhibitor ACE i beta-adrenolityk.
- Sprawdź, czy przyjmuje najwyższe tolerowane dawki inhibitora ACE i beta-adrenolityku.
- W zależności od zaawansowania objawów – sprawdź, czy pacjent powinien przyjmować również: antagonistę aldosteronu, iwabradynę, inne leki wymienione w wytycznych.
- W przypadku pacjentów objawowych z zastoiną – ustal potrzebną dawkę diuretyku.
- Przeanalizuj ewentualne wskazania do zabiegów elektroterapii (resynchronizacja), jak i ewentualnego wszczepienia kardiowertera-defibrylatora (ICD).
- W przypadku obniżonej frakcji wyrzutowej lewej komory – sprawdź, czy pacjent ma wykonywane badanie echokardiograficzne serca, optymalnie raz do roku.
- W przypadku współistniejącej cukrzycy – sprawdź, czy pacjentowi zaproponowano leczenie inhibitorem SGLT2 (empagliflozyna, dapagliflozyna).

- Porozmawiaj z pacjentem o wpływie leków takich jak inhibitory ACE na potencjalny przebieg zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
- Wyjaśnij, że doniesienia medialne, jakoby inhibitory ACE zwiększały ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub pogarszały rokowanie w chorobie COVID-19, okazały się całkowicie fałszywe.
- Wskaż, że najnowsze badania ujawniają nawet, że przyjmowanie inhibitora ACE, podobnie jak statyn, zmniejszało ryzyko zgonu w przebiegu choroby COVID-19.
- Wy tłumacz, że chociaż same statyny nie są standardowo stosowanym lekiem w niewydolności serca, stosujemy je u większości pacjentów, gdyż mogą u nich współwystępować: niedokrwienie mięśnia sercowego, wywiad ostrych lub przewlekłych zespołów wieńcowych, wywiad kardiomiopatii niedokrwiennej, zaburzenia lipidowe, miażdżyca innych łożysk i cukrzyca.
- Zwróć uwagę, zwłaszcza w czasie pandemii, na fakt, że wszyscy pacjenci z niewydolnością serca powinni raz do roku być szczepieni przeciwko grypie, a większość z nich również przeciwko pneumokokom.

O czym warto pamiętać, lecząc pacjenta z rozpoznaniem:

Jak prawidłowo postawić rozpoznanie?

Co się ostatnio zmieniło w zakresie celów leczenia?

Co się ostatnio zmieniło w zakresie celów leczenia?

Co w związku z pandemią COVID-19 warto podkreślić w tej populacji?
O czym porozmawiać z pacjentem?

MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW (około 600 tys. osób w Polsce)*

• Podstawą rozpoznania migotania przedsionków (MP) jest udokumentowany zapis elektrokardiograficzny (EKG).

Stwierdza się w nim typowy obraz MP – zupełni niemiernarowe odstępy R-R oraz brak widocznych załamków P. Zgodnie z przyjętą konwencją diagnostyczną jest epizod trwający co najmniej 30 sekund. U osób z MP arytmia może być objawowa lub bezobjawowa (nieme klinicznie MP). U wielu pacjentów występują zarówno objawowe, jak i bezobjawowe epizody MP. Nieme klinicznie, niewykryte MP jest częste i ma poważne konsekwencje, takie jak udar mózgu lub zgon. Niezwłoczne zarejestrowanie EKG to skuteczna i efektywna kosztowo metoda dokumentowania przewlekłych postaci MP. Technologia wykorzystywana do wykrywania epizodów napadowego, samoistnie ustępującego MP ulega szybkim zmianom; wiemy, że długotrwałe monitorowanie EKG zwiększa możliwości wykrycia nierozpoznanego MP, np. monitorowanie przez 72 godziny po udarze mózgu lub monitorowanie przez jeszcze dłuższy czas.

• Diagnostując migotanie przedsionków, należy opisać również jego typ, przy czym aktualne wytyczne rozróżniają:

- MP rozpoznane po raz pierwszy,
- napadowe MP – ustępujące samoistnie, w większości przypadków w ciągu 48 godzin, czasami mogące trwać do 7 dni,
- przetrwałe MP – trwające dłużej niż 7 dni,
- długotrwałe przetrwałe MP – trwające co najmniej rok, kiedy zdecydowano o wyborze strategii kontroli rytmu serca,
- utrwalone MP, które zostało zaakceptowane jako rytm serca przez pacjenta/lekarza; u pacjenta z utrwalonym MP z definicji nie podejmuje się interwencji w celu kontroli rytmu serca (kardiowersja, abłacja).

• Pamiętaj, że aktualne wytyczne:

- zalecają przesiewowe wykrywanie MP podczas rutynowych wizyt lekarskich, polegające na ocenie tętna lub rejestracji paska rytmu EKG u każdego pacjenta > 65. roku życia,
 - u wszystkich pacjentów po udarze niedokrwiennym lub TIA – przejściowym epizodzie niedokrwiennym ośrodkowego układu nerwowego – aktywnie zalecają szukanie MP poprzez krótką rejestrację EKG, a następnie ciągłe monitorowanie EKG metodą Holtera przez co najmniej 72 godziny,
 - przewidują możliwość rozważenia przesiewowej oceny EKG w celu wykrywania MP u wszystkich pacjentów w wieku > 75 lat lub z dużym ryzykiem udaru mózgu,
 - u wszystkich pacjentów z MP wymagają wykonania badania echokardiograficznego w celu uzyskania informacji wykorzystywanych w ewentualnym dalszym postępowaniu.
- ### • Wskazania do zabiegowego leczenia MP (abłacji) stale się poszerzają, ale nadal nie jest to metoda z wyboru dla wszystkich pacjentów.
- Przecewnikowa abłacja MP skutecznie przywraca i utrzymuje rytm zatokowy u pacjentów z objawowym napadowym, przetrwałym oraz prawdopodobnie również długotrwałe przetrwałym MP, zasadniczo jako leczenie drugiego rzutu w przypadku niepowodzenia lub nietolerancji farmakoterapii antyarytmicznej. Można rozważać ją jako leczenie pierwszego rzutu u wybranych pacjentów z napadowym MP, którzy życzą sobie leczenia interwencyjnego.

• **Sprawdź**, czy pacjent jest optymalnie leczony przeciwkrzepliwie w prewencji udaru mózgu (leczony powinien być każdy pacjent z co najmniej 2 pkt w skali oceny ryzyka udaru mózgu CHA₂DS₂-VASc; leczenie trzeba również rozważyć u pacjentów z 1 pkt w tej skali).

• **Sprawdź** wydolność fizyczną pacjenta i stopień w skali EHRA.

• **Sprawdź**, czy pacjent ma optymalnie kontrolowaną częstość akcji komór w obrębie migotania przedsionków (HR < 110/min w okresie spoczynku).

• **Jeszcze raz porozmawiaj z pacjentem i przypomnij mu, że kompleksowe leczenie MP obejmuje łącznie takie działania, jak:**

1. zmiana stylu życia, leczenie chorób układu sercowo-naczyniowego leżących u podłoża MP (optymalizacja leczenia cukrzycy, niewydolności serca, choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego, zmniejszenie masy ciała w przypadku nadwagi/otyłości),
2. doustne leczenie przeciwkrzepliwie w celu zmniejszenia ryzyka udaru mózgu – w przypadku świeżo wykrytego MP preferuj nowe doustne leki, a nie stare (warfaryny, acenokumarol),
3. leczenie (najczęściej beta-adrenolitykiem, rzadziej dołączaną digoksyną) w celu kontroli częstości rytmu komór w MP.

• Wykorzystaj czas po epidemii, aby jeszcze raz przeanalizować, czy u pacjenta można zrezygnować ze starych leków przeciwkrzepliwych (acenokumarolu, warfaryny) na rzecz leków niewymagających monitorowania, dodatkowych wizyt w laboratorium i dodatkowych kontaktów z lekarzem w celu ustalenia dawkowania.

• Zapoznaj pacjenta – jeżeli dotąd tego nie wiedział – z opisem skali EHRA i ustal z nim jego wydolność w MP; skala ta pozwoli Ci lepiej monitorować pacjenta, a być może podjąć decyzję o konsultacji z elektrofizjologiem celem rozważenia zabiegowego leczenia MP. **EHRA 1** – MP nie wywołuje żadnych objawów; **EHRA 2a** – niewielkie objawy, niewpływające na zwykłą, codzienną aktywność; **EHRA 2b** – umiarkowane objawy, zauważalne dla pacjenta; **EHRA 3** – ciężkie objawy, wpływające na codzienną aktywność; **EHRA 4** – bardzo ciężkie objawy, zwykła codzienna aktywność uniemożliwiona.

• Zoptymalizuj terapię lekami o udowodnionym wpływie na zmniejszenie ryzyka wystąpienia napadów MP: leki hamujące układ renina-angiotensyna (inhibitory ACE) i statyny; niektóre leki stosowane u osób z uszkodzeniem lewej komory zmniejszają ryzyko napadowego MP w przyszłości (eplerenon).

• Zwróć uwagę, zwłaszcza w czasie po pandemii, na fakt, że pacjenci z migotaniem przedsionków – jeżeli mają równocześnie wywiad przewlekłych lub ostrych zespołów wieńcowych, zawału serca czy niewydolności serca – powinni raz do roku być szczepieni przeciwko grypie, a część z nich również przeciwko pneumokokom.

* Dane szacunkowe; opracowanie tabeli w czerwcu 2020 r. – prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak – członek Rady Naukowej Adamed Expert Fundacja; UWAGA: dane w tabeli oparto na interpretacji aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących: dyslipidemii (2019), migotania przedsionków (2016), niewydolności serca (2016), przewlekłych zespołów wieńcowych (2019), wspólnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego dotyczących nadciśnienia tętniczego (2018), jak i wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (2019). Nowsze wersje europejskich wytycznych dotyczących migotania przedsionków zapowiadane są na wrzesień 2020 r., a niewydolności serca – na wrzesień 2021 r.