

Komentarz

**prof. dr hab. n. med. Jadwiga Nessler**

Klinika Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca Instytutu Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

Pełnomocnik Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego ds. Niewydolności Serca

W artykule pt. „Niewydolność serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory – jakich informacji dostarczył rejestr QUALIFY” prof. Lelonek przedstawiła najważniejsze informacje zawarte w opublikowanym rejestrze QUALIFY. Rejestr ten jest wieloośrodkowym randomizowanym badaniem służącym ocenie stosowania się do wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*), opublikowanych w 2012 roku po okresie średnio

1 roku od ich wprowadzenia. Analizowano stosowanie się do wytycznych na początku badania (*baseline*) oraz w czasie trzech wizyt kontrolnych (6., 12. i 18. miesiąc) na podstawie wskaźników przestrzegania zaleceń (niski, średni, wysoki).

Pierwsze wyniki rejestru zostały przeanalizowane w 2016 roku i dotyczyły przepisywania, zalecanych w wytycznych ESC, grup leków oraz ich dawki w odniesieniu do rekomendacji. Stwierdzono, że większość pacjentów otrzymywała podstawowe, wpływające na zmniejszenie śmiertelności, grupy leków (inhibitory konwertazy angiotensyny [ACE, *angiotensin-converting enzyme*], antagonistów receptora mineralokortykoidowego [MRA, *mineralocorticoid receptor antagonist*], leki beta-adrenolityczne) z wyjątkiem iwabradyny.

Autorka podkreśla niezmiernie istotny fakt zalecania zbyt małych dawek w porównaniu z obowiązującymi rekomendacjami dawki. W artykule znajdują się także ważne informacje dotyczące polskiej populacji z niewydolnością serca (HF, *heart failure*) w odniesieniu do innych krajów. Mimo że polscy lekarze często sięgają po rekomendowane w wytycznych grupy leków, to w praktyce bardzo rzadko optymalizują ich dawki. Należy podkreślić, że w rejestrze QUALIFY tylko 18% pacjentów w Polsce otrzymywało beta-adrenolityki w dawkach docelowych. Wynika to, niestety, w dużej mierze z braku systemu kompleksowej opieki ambulatoryjnej nad pacjentami z HF oraz braku optymalizacji terapii przez lekarzy rodzinnych, którzy często w naturalny sposób obawiają się intensyfikować leczenie u pacjentów z HF. Autorka artykułu zwraca ponadto uwagę na zbyt rzadkie stosowanie iwabradyny u osób z HF i wskazaniem do stosowania tego leku. Z rejestru wynika, że na świecie iwabradyna jest stosowana u 33% pacjentów, natomiast w Polsce tylko u 13,9%, choć u 1/4 polskiej populacji rejestru QUALIFY częstość rytmu zatokowego przekraczała 75/min, a rekomendowaną w wytycznych częstość rytmu serca poniżej 70/min stwierdzono jedynie u 39,2% badanej populacji.

Spośród licznych informacji zawartych w rejestrze Autorka artykułu przedstawiła te najważniejsze. Docelowe dawki leków, rekomendowane przez ESC, były niestety stosowane w niskim odsetku: inhibitory ACE u 27%, leki beta-adrenolityczne u 7,7%, MRA u 66%. Omówiono także przyczyny niestosowania zalecanej farmakoterapii, które wynikały najczęściej z pogorszenia wydolności nerek obserwowanej u około 58% chorych.

Przedstawione zostały również analizy wpływu stopnia przestrzegania zaleceń na najważniejsze punkty końcowe uwzględniające zgony z różnych przyczyn, a także hospitalizacje. Wykazano zależność między niskim, umiarkowanym i wysokim stopniem przestrzegania zaleceń a występowaniem analizowanych powikłań sercowo-naczyniowych. Autorka podkreśla, że optymalizacja terapii jest właściwą drogą do poprawy rokowania i uniknięcia wielu hospitalizacji w populacji chorych z niewydolnością serca i obniżoną frakcją wyrzutową (HFrEF, *heart failure with reduced ejection fraction*). Zwróciła także uwagę, że pacjenci obciążeni chorobami metabolicznymi częściej otrzymywali docelowe rekomendowane dawki inhibitorów ACE, antagonistów receptora angiotensynowego (ARB, *angiotensin receptor blockers*) i MRA. Ważne wydaje się też zwrócenie uwagi na stosunkowo rzadkie stosowanie eplerenonu, często w zbyt małych dawkach.

Autorka podkreśla w artykule istotne korzyści kliniczne wiążące się z zastosowaniem tej grupy leków. Dobrze je udokumentowano w badaniu EMPHASIS-HF, w którym ryzyko istotnych powikłań serowo-naczyniowych w porównaniu z placebo (zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych lub hospitalizacja z powodu HF) obniżono o 37%. Z rejestru wynika także, że nadal utrzymuje się niski odsetek chorych leczonych elektroterapią w porównaniu z liczbą osób ze wskazaniem.

Reasumując, należy podkreślić, że przestrzeganie wytycznych przez lekarzy wiąże się z korzystniejszym rokowaniem u leczonych ambulatoryjnie pacjentów z HFrEF. Dane otrzymane z rejestru wskazują na potrzebę zmian w opiece nad chorym z HF, co Autorka podkreśla w podsumowaniu, zwracając uwagę na konieczność optymalizacji terapii w celu uzyskania lepszych korzyści klinicznych oraz konieczności wprowadzenia lepszej organizacji opieki ambulatoryjnej opartej na kompleksowości i koordynacji działań.