

Výsledky dotazníkového šetření „Diagnostika a léčba pacientů se srdečním selháním v klinické praxi“

Filip Málek¹, Aleš Linhart², Radek Pudil³, Jiří Veselý^{4,5}

¹Kardiovaskulární centrum, Nemocnice Na Homolce, Praha

²II. interní klinika kardiologie a angiologie, VFN v Praze

³I. interní kardiologická klinika, LF UK v Hradci Králové

⁴Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

⁵Kardiologická ambulance Edumed s. r. o., Broumov

Dotazníkové šetření v ordinacích ambulantních specialistů se zaměřilo na otázky týkající se diagnostiky a léčby srdečního selhání. Zvláštní pozornost byla věnována přítomnosti symptomů u pacientů, u kterých dosud nebyla stanovena diagnóza srdečního selhání. Dotazníkové šetření ukázalo rezervy v léčbě srdečního selhání. Dále ukázalo, že existuje významná skupina nemocných, kteří mají symptomy, ale nemají stanovenou diagnózu srdečního selhání, a to i přesto, že je u některých z nich přítomno zvýšení koncentrace NT-proBNP.

Klíčová slova: dotazníkové šetření, srdeční selhání, diagnóza, symptomy.

The results of a survey: “Diagnosis and treatment of heart failure in the clinical practice”

The survey from outpatients secondary care clinics was focused on questions related to diagnostics and treatment of heart failure. A special attention was paid to the presence of symptoms of patients not yet diagnosed with heart failure. The survey showed reserves in the heart failure treatment. It has been further shown, that the important proportion of patients have symptoms but are not properly diagnosed with heart failure, despite having elevated NT-proBNP levels.

Key words: survey, heart failure, diagnosis, symptoms.

Úvod

Implementace nových léčebných postupů do klinické praxe je v případě terapie srdečního selhání klíčová. Přes pokroky v diagnostice a léčbě syndromu chronického srdečního selhání zůstává prognóza tohoto onemocnění závažná. Srdeční selhání má progresivní charakter, nicméně díky novým metodám jsme schopni průběh tohoto onemocnění modifikovat, například snížením rizika hospitalizace pro akutní dekompenzaci. V léčbě srdečního selhání je kladen důraz na včasné zahájení optimální léčby, která prokazatelně snižuje riziko komplikací a reálně prodlužuje naději nemocných na dožití. Od posledního vydání Doporučení pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání

Evropské kardiologické společnosti 2021 byla publikována celá řada klinických studií, které svými pozitivními výsledky významně mění a rozšiřují indikace pro některé lékové skupiny, případně ovlivňují léčebné postupy (1). Nové poznatky jsou zahrnuty v „2023 Aktualizaci Doporučených postupů pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání“ (2). Bohužel, zahájení a optimalizace léčby je u řady nemocných oddálena pozdním stanovením samotné diagnózy, a to zejména pro poměrně nespecifické symptomy onemocnění v jeho počátcích. Zavedení stanovení natriuretických peptidů by tento problém mělo řešit, avšak v praxi může nastat situace, že diagnóza není stanovena ani při zvýšení těchto markerů.

V tomto článku autoři předkládají výsledky dotazníkového šetření, které se zaměřilo na úroveň diagnostiky a léčby srdečního selhání v klinické praxi ambulantních specialistů.

Dotazníkové šetření probíhalo formou online dotazníku v období od 25. 5. do 15. 9. 2023.

Ambulantní specialisté odpovídali na devět otázek.

Cíle a metodika dotazníkového šetření

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit zastoupení pacientů s jednotlivými fenotypy chronického srdečního selhání (CHSS) v ordinacích ambulantních kardiologů a internistů.

Dále jsme chtěli zjistit úroveň léčby srdečního selhání se sníženou ejekční frakcí levé komory (HFrEF – heart failure with reduced ejection fraction). Dalším cílem bylo zjistit zastoupení symptomatických pacientů bez diagnózy CHSS a zhodnotit jejich léčbu a úroveň renálních funkcí.

Na dotazníkovém šetření se podílel 241 ambulantní specialista, z toho 80 % tvořili ambulantní kardiologové a 20 % internisté.

Výsledky

Průměrný počet pacientů v péči ambulantního specialisty bez ohledu na diagnózu je 1 447, průměrný počet pacientů v péči kardiologa je 1 490 a v péči internisty 1 262 pacientů.

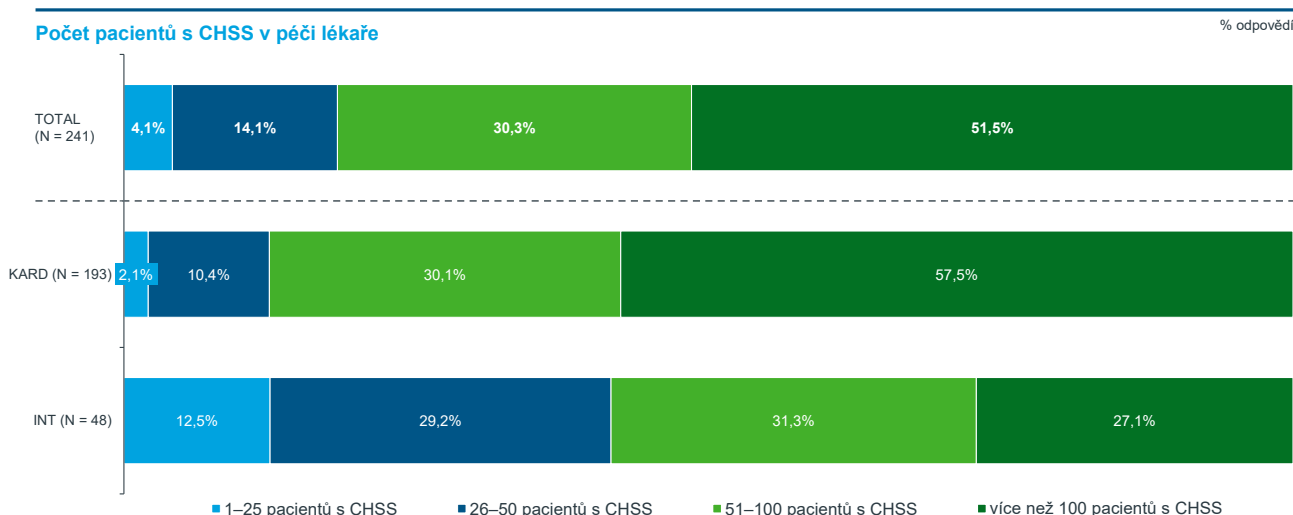
Lékaři uvedli, že nejčastěji mají v péči více než 100 pacientů se srdečním selháním (52 % z celkového počtu lékařů) (Obr. 1).

Při rozdělení podle odborností má většina kardiologů v péči více než 100 pacientů se srdečním selháním (téměř 58 % kardiologů).

Při rozdělení pacientů do jednotlivých fenotypů srdečního selhání (HFrEF – srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí, EF \leq 40 %, HFmrEF

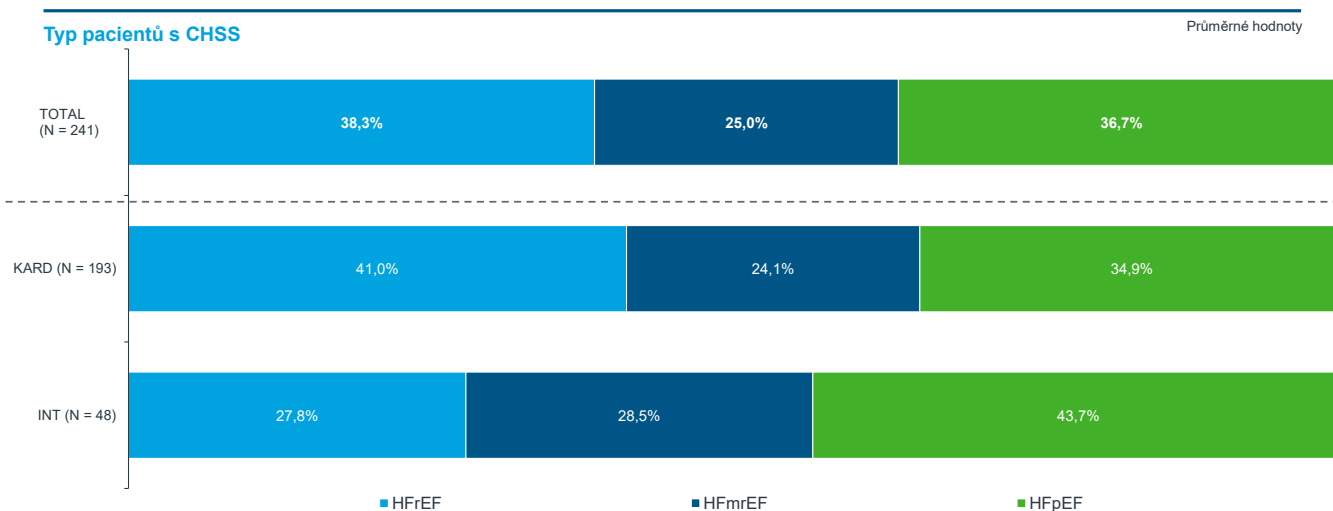
Obr. 1. Lékaři mají v péči nejčastěji více než 100 pacientů se srdečním selháním

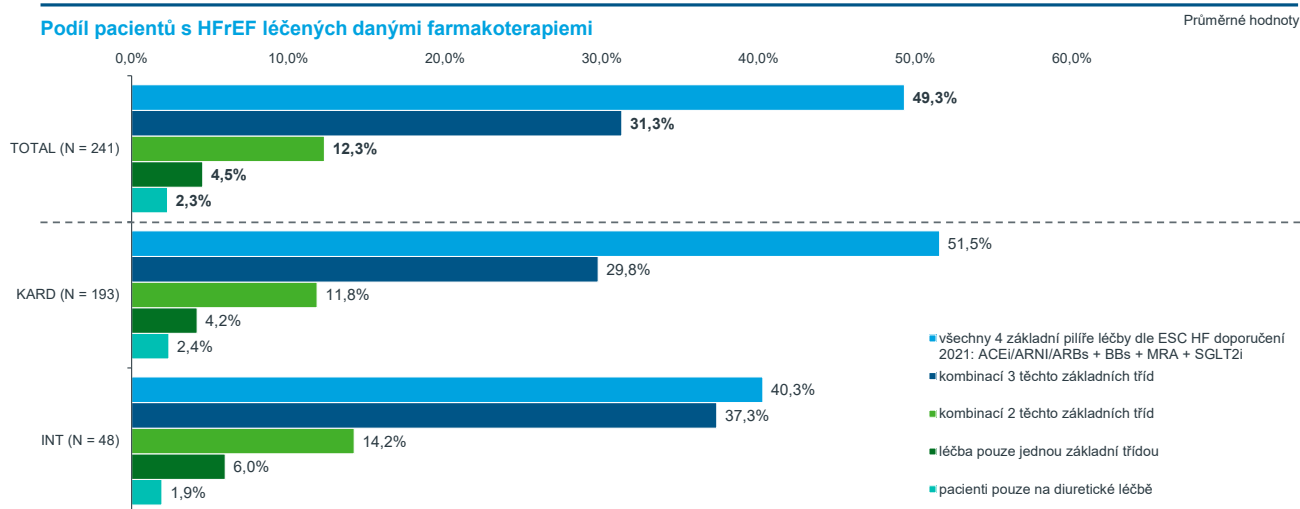
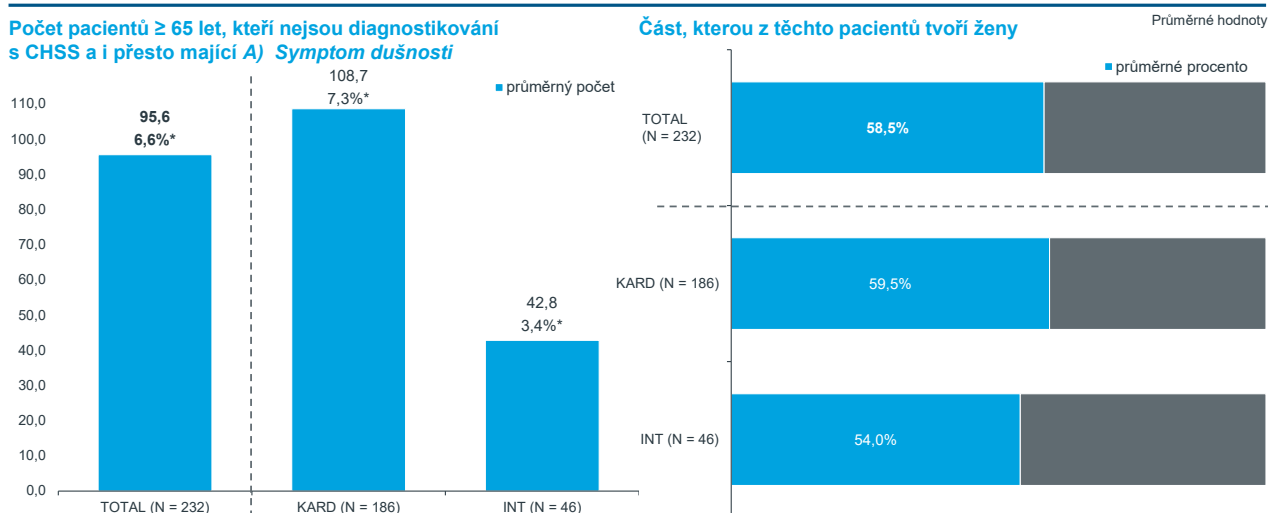
Třídící faktor – specializace lékaře



Obr. 2. Největší část pacientů se srdečním selháním tvoří pacienti s HFrEF a HFpEF

Třídící faktor – specializace lékaře



Obr. 3. Největší část pacientů s HFrEF je léčena všemi 4 základními pilíři*Třídící faktor – specializace lékaře***Obr. 4.** Výskyt symptomu dušnosti u pacientů, u kterých dosud nebyla stanovena diagnóza srdečního selhání*Třídící faktor – specializace lékaře*

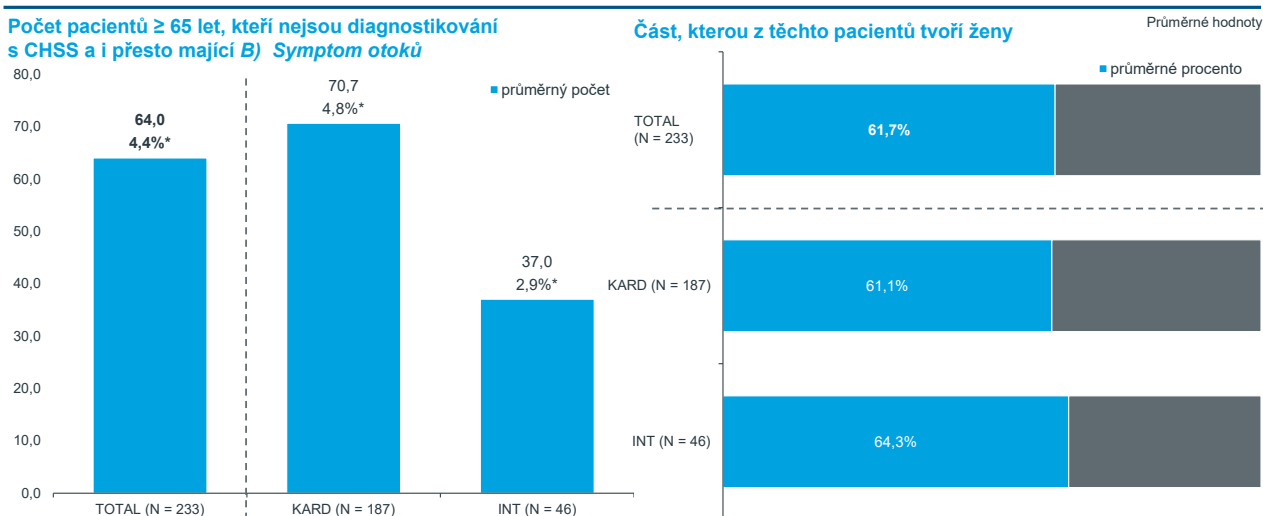
*procento pacientů se symptomem dušnosti z celkového průměrného počtu pacientů ve všech diagnózách

– srdeční selhání s mírně sníženou ejekční frakcí, EF 41–49 %, HFrEF – srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí, EF ≥ 50 %) bylo zjištěno, že největší část pacientů bez ohledu na specializaci tvoří pacienti s HFrEF (38 %) a na druhém místě pacienti s HFpEF (37 %). Při rozdělení podle specializace převažují v péči kardiologů pacienti s HFrEF (41 %) a v péči internistů pacienti s HFpEF (téměř 44 %) (Obr. 2).

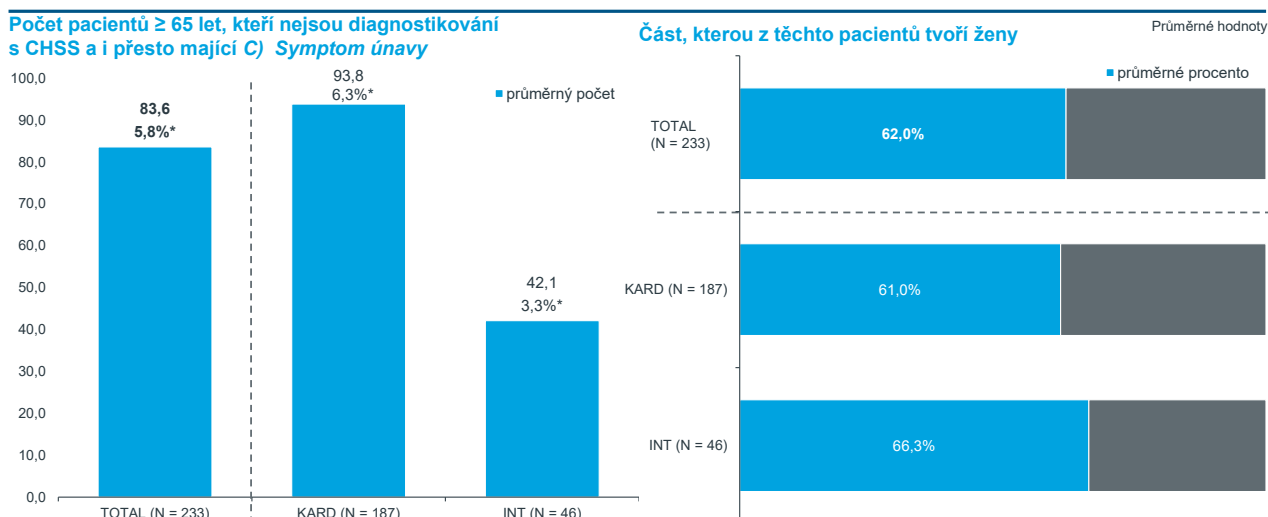
Další otázka v šetření se týkala úrovně farmakoterapie pacientů s HFrEF. Do léčby srdečního selhání typu HFrEF patří blokátory systému renin-angiotenzin: inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEi) nebo antagonisté receptoru angiotenzinu II/ inhibitory neprilysinu (ARNI), betablokátory (BB), antagonisté mineralokortikoidních receptorů (MRA) a inhibitory sodíko-glukózového ko-transporteru 2 (SGLT2i), tzv. glifloziny. Tyto lékové skupiny řadíme mezi základní pilíře léčby HFrEF. V dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že bez ohledu na specializaci je léčena čtyřmi základními pilíři léčby téměř polovina nemocných

s HFrEF (49,3 %), v kardiologických ambulancích je takto léčeno 51,5 % nemocných a v ordinacích internistů 40,3 % pacientů (Obr. 3).

Další otázky se týkaly symptomatických pacientů, u kterých ještě nebyla stanovena diagnóza srdečního selhání. Symptom dušnost byl vykázan u průměrně 96 pacientů starších 65 let bez ohledu na specializaci lékaře, u kterých nebyla dosud stanovena diagnóza srdečního selhání. To představuje 6,6 % pacientů bez ohledu na specializaci lékaře. Tuto skupinu tvořily v 59 % ženy. V ambulancích kardiologie to bylo 7,3 % nemocných, v ordinacích interního lékařství 3,4 % pacientů (Obr. 4). Přítomnost otoků byla vykázána u průměrně 64 (4,4 %) pacientů starších 65 let bez ohledu na specializaci lékaře, u kterých nebyla dosud stanovena diagnóza srdečního selhání. Tuto skupinu tvořily v 62 % ženy. V ambulancích kardiologie to bylo 4,8 % nemocných, v ordinacích interního lékařství 2,9 % pacientů (Obr. 5). Symptom únava byl vykázan u průměrně 84 pacientů starších 65 let bez ohledu na specializaci

Obr. 5. Výskyt symptomu otoků u pacientů, u kterých dosud nebyla stanovena diagnóza srdečního selhání**Třídící faktor – specializace lékaře**

*procento pacientů se symptomem otoků z celkového průměrného počtu pacientů ve všech diagnózách

Obr. 6. Výskyt symptomu únava u pacientů, u kterých dosud nebyla stanovena diagnóza srdečního selhání**Třídící faktor – specializace lékaře**

*procento pacientů se symptomem únavy z celkového průměrného počtu pacientů ve všech diagnózách

lékaře, u kterých nebyla dosud stanovena diagnóza srdečního selhání. To představuje 5,8 % pacientů bez ohledu na specializaci lékaře. Tuto skupinu tvořily v 62 % ženy. V ambulancích kardiologie to bylo 6,3 % nemocných, v ordinacích interního lékařství 3,3 % pacientů (Obr. 6).

Průměrně 92 symptomatických pacientů (6,4 %), u kterých nebyla dosud stanovena diagnóza srdečního selhání, mělo bez ohledu na specializaci uvedenu v dokumentaci hodnotu NT-proBNP (v ordinacích kardiologů u 6,9 % pacientů, v ambulancích interního lékařství u 3,9 %). Průměrně u 35 symptomatických pacientů (2,4 %), u kterých nebyla dosud stanovena diagnóza srdečního selhání a neměli fibrilaci síní, byla koncentrace NT-proBNP > 300 pg/ml. Průměrně u 29 symptomatických pacientů (2,0 %), u kterých nebyla dosud stanovena diagnóza srdečního selhání a měli fibrilaci síní, byla koncentrace NT-proBNP > 900 pg/ml (Obr. 7).

Symptomatictí pacienti bez diagnózy srdečního selhání byli nejčastěji léčeni inhibitory ACE nebo sartany a hypolipidemickou terapií. Symptomatictí pacienti měli bez ohledu na specializaci funkci ledvin v pásmu odhadované glomerulární filtrace ≥ 90 ml/min.

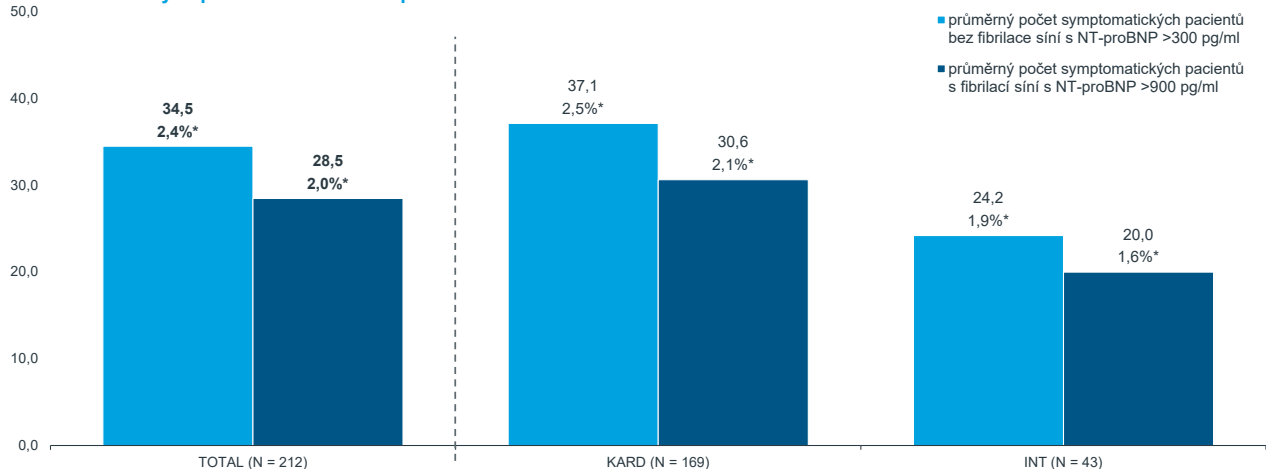
Diskuze

Dotazníkové šetření přineslo některé velmi zajímavé poznatky. Pacienti se srdečním selháním jsou v ambulantní praxi léčeni v ordinacích specialistů často, a to jak v ordinacích kardiologů, tak internistů. Dotazníkové šetření ukázalo, že internisté mají v péči častěji nemocné s HFpEF, kardiologové pak pacienty s HFrEF. Větší podíl pacientů s HFpEF v ambulancích internistů může být vysvětlen výskytem častých komorbidit u HFpEF, které vyžadují jinou než jen kardiologickou péči (například chronické onemocnění ledvin, diabetes apod.). Dotazníkové šetření dále

Obr. 7. Podíl symptomatických pacientů s koncentrací NT-proBNP >300 pg/ml bez fibrilace síní a podíl symptomatických pacientů s koncentrací NT-proBNP > 900 pg/ml a fibrilací síní

Třídící faktor – specializace lékaře

Počet definovaných pacientů s danou NT-proBNP



*procento symptomatických pacientů s uvedenou hodnotou NT-proBNP s a bez FS z celkového průměrného počtu pacientů ve všech diagnózách

ukázalo rezervy v léčbě srdečního selhání. V případě HFrEF je čtyřmi skupinami základních léků léčena jen polovina nemocných. Přitom jak ukázaly klinické studie, většina nemocných kombinací terapií toleruje, byť by její podávání bylo jen v základních dávkách. V tomto šetření nebyly dávky léků, které modifikují průběh srdečního selhání, uvedeny.

Je obecnou zkušeností, že titrace léků k maximálním tolerovaným dávkám nebývá dobrá, což vykresluje nepříznivou situaci v léčbě celé skupiny nemocných s CHSS ještě v horších obrysech. Studie STRONG-HF přitom ukázala, že titrace k cílovým dávkám je v klinické studii cílená na tuto problematiku možná (3). Na druhé straně, jak ukázala studie EVOLUTION HF, ani v jiných vyspělých zemích není situace nemocných o mnoho lepší než u nás, a řada pacientů má nasazení kombinace a titraci léků k optimálním dávkám pomalou a nekompletní (4). Je nicméně nepochybné, že optimální kombinací léčbu nebude nikdy možné zavést u všech nemocných, a to zejména z důvodů vedlejších účinků (hypotenze, bradykardie, zhoršení renálních funkcí apod.).

Otázky týkající se symptomů, které by mohly ukazovat na přítomnost srdečního selhání, zjistily, že určité procento symptomatických pacientů nemá zatím stanovenou diagnózu srdečního selhání. V této skupině pak převažovaly ženy. Symptomy dušnost, otoky a únava jsou příznaky nespecifické, ale pro diagnózu srdečního selhání typické. Bohužel jsou tyto symptomy často přisuzovány jiným okolnostem, zejména dekonkci, vyššímu věku, nadváze a obezitě nebo v případě otoků dolních končetin chronickému žilnímu onemocnění.

Za velmi významné je nutné považovat otázky na stanovení NT-proBNP v praxi. Stanovení koncentrace NT-proBNP je považováno za základní pomocnou diagnostickou metodu u srdečního selhání. Dotazníkové šetření ukázalo, že u některých symptomatických pacientů, u kterých dosud nebyla diagnóza srdečního selhání stanovena, je přítomno zvýšení koncentrace NT-proBNP. Pro účely tohoto průzkumu byly použity mezní hodnoty NT-proBNP, které vycházejí ze zařazovacích kritérií studie EMPEROR-Preserved (5). Pokud by byly použity mezní hodnoty vycházející z Doporučení pro diagnostiku

a léčbu srdečního selhání Evropské kardiologické společnosti 2021 (koncentrace NT-proBNP < 125 pg/ml v neakutní situaci), bylo by procento symptomatických pacientů se zvýšenou koncentrací NT-proBNP dokonce výrazně vyšší (1). Důvodem, proč byla zvolena hodnota vyšší, jsou i v současné době úhradové podmínky SGLT2i u nemocných s HFpEF.

Úroveň diagnostiky a léčby srdečního selhání byla předmětem řady dalších průzkumů a registrů. Některé z nich se týkaly povědomí a vnímání srdečního selhání v praxích ambulantních specialistů a praktických lékařů, některé se zaměřily na regionální rozdíly v péči o nemocné se srdečním selháním. Další pak na uplatnění vzorů a přístupů s cílem podpořit péči podle posledních vědeckých poznatků (6–8). Je zjevné, že ani v zemích s dostupnou léčbou není její zavádění do praxe optimální. Přitom výsledky studie STRONG-HF ukazují, že optimalizací léčby lze docílit snížení komplikací a kvality života nemocných.

Výsledky tohoto prezentovaného průzkumu jsou dalším příspěvkem k této problematice.

Naznačují, že i v České republice jsou jak v diagnostice, tak terapii CHSS rezervy.

Závěry

Kardiologové mají ve svých ambulancích větší průměrný počet pacientů se srdečním selháním než internisté a mají častěji v péči pacienty s HFrEF, zatímco internisté nemocné s HFpEF.

Základními čtyřmi pilíři léčby HFrEF je léčeno pouze 50 % pacientů.

Existuje významná skupina pacientů, kteří nemají diagnózu srdečního selhání stanovenou, a to i přesto, že mají symptomy. V této skupině převažují ženy. Stanovení koncentrace NT-proBNP u symptomatických pacientů, u kterých dosud nebyla stanovena diagnóza srdečního selhání, může přispět k včasnému stanovení diagnózy a zahájení terapie modifikující průběh srdečního selhání.

Internisté mají v péči o pacienty s HFpEF důležitou úlohu.

Inzerce

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Práce je původní a nebyla publikována ani není zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Článek podpořen společností Boehringer Ingelheim. **Poděkování:** N/A. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42:3599-3726.
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, *Eur Heart J*. 2023;OO;1-13.
3. Mebazaa A, Davison B, Chioncel O, et al. Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial. *Lancet*. 2022 Dec 3;400(10367):1938-1952. doi: 10.1016/S0140-6736(22)02076-1. Epub 2022 Nov 7. PMID: 36356631.
4. Savarese G, Kishi T, Vardeny O, et al. Heart Failure. Drug Treatment-Inertia, Titration, and Discontinuation: A Multinational Observational Study (EVOLUTION HF). *JACC Heart Fail*. 2023 Jan;11(1):1-14. doi: 10.1016/j.jchf.2022.08.009. Epub 2022 Sep 7. Erratum in: *JACC Heart Fail*. 2023 Dec;11(12):1773. PMID: 36202739.
5. Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al. Empagliflozin in Heart Failure with a Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med*. 2021, doi: 10.1056/NEJMoa2107038.
6. Remme WJ, McMurray JJ, Hobbs FD, et al. Awareness and perception of heart failure among European cardiologists, internists, geriatricians and primary care physicians. *Eur Heart J*. 2008;29:1739-1754.
7. Maggioni AP, Dahlstrom U, Filippatos G, et al. Heart Failure Association of the European Society of C. EURObservational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart Fail*. 2013;15:808-817.
8. Howlett J, Comin-Colet J, Dickstein K, et al. Clinical practices and attitudes regarding the diagnosis and management of heart failure: findings from the CORE Needs Assessment Survey. *ESC Heart Failure*. 2018;5:172-183.