

## Uwagi do zaleceń dotyczących diagnostyki i leczenia przewlekłej niewydolności serca

Jerzy Korewicki, Tomasz Zieliński

Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii, Instytut Kardiologii, Warszawa



Jest to trzecia wersja dokumentu, oparta na kolejnych zaleceniach, opublikowanych w 1995, 1997 oraz 2001 r. Jego aktualizacja trwała ok. dwóch lat. Ten z pozoru długi czas przygotowań związany był z koniecznością odniesienia się do wyników ważnych badań opublikowanych w tym czasie, takich jak CHARM, COMET, CARMEN, SENIORS. Kolejną przyczyną opóźniającą przygotowanie ostatecznej wersji wytycznych była konieczność uzupełnienia części dotyczącej diagnostyki o problemy rozpoznania bezobjawowego uszkodzenia lewej komory serca, rozkurczowej niewydolności serca z zachowaną czynnością skurczową lewej komory. Uzupełnienia i rozszerzenia wymagała część dotycząca wartości diagnostycznej peptydów natriuretycznych.

Istotną modyfikacją poprzednich wersji zaleceń jest rozszerzenie części dotyczącej leczenia o klasy rekomendacji (*classes of recommendation*). Wprowadzenie tego systemu wartościowania wniosków pozwala na porównywanie wytycznych europejskich z zaleceniami amerykańskiego i innych towarzystw kardiologicznych.

Zalecenia postępowania z chorymi z przewlekłą niewydolnością serca mają służyć lekarzom praktykom jako pomoc w diagnostyce i leczeniu tej grupy chorych. Mogą mieć zastosowanie w planowaniu badań epidemiologicznych i klinicznych. Autorzy wytycznych zwracają uwagę na fakt, iż zalecenia i ich priorytety mogą i powinny być modyfikowane zależnie od narodowej polityki zdrowotnej oraz możliwości finansowych służby zdrowia i pacjentów. Tak więc zalecenia należy zawsze rozpatrywać w świetle krajowej polityki zdrowotnej i odpowiednich krajowych regulacji prawnych.

W świetle badań epidemiologicznych szacunkowa średnia wieku chorych z niewydolnością serca wynosi ok. 74 lata. Szacunek ten oparty jest na wynikach badań przeprowadzonych w Europie Zachodniej, gdzie średnia przeżycia populacji jest o ok. 10 lat wyższa niż w Polsce. Średnia wieku pacjentów z niewydolnością serca w Pol-

sce wynosi prawdopodobnie poniżej 70 lat. Podobne dane mogą dotyczyć większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Niestety, jedyne dane epidemiologiczne cytowane w *Wytycznych* oparte są na pojedynczych badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii i Szwecji, dodatkowo wykonywanych w czasie, kiedy nowoczesne leczenie  $\beta$ -blokerami i inhibitorami ACE było stosowane u niewielkiego odsetka chorych. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z ciężką niewydolnością serca (III i IV klasa wg NYHA). Retrospektywna analiza Aaronsona, wstępne dane Rejestru Ciężkiej Niewydolności POLKARD wskazują, że śmiertelność roczna w grupie chorych z ciężką niewydolnością serca wynosi poniżej 20% i znacznie odbiega od danych cytowanych w literaturze.

Kolejnym problemem jest niewydolność serca z zachowaną czynnością skurczową lewej komory oraz rozkurczowa niewydolność serca. Dostępne dane epidemiologiczne sugerują, że zapadalność na tę formę niewydolności serca jest porównywalna ze skurczową niewydolnością serca. Rokowanie jest podobne, natomiast znamienne różni się zależność wyżej wymienionych parametrów od wieku. Ze względu na trudności diagnostyczne i formę choroby: ostra rozkurczowa niewydolność serca vs przewlekła – to problem nadal dyskusyjny, najprawdopodobniej znacznie przeszacowany. Aktualne i aktualizowane zalecenia ESC potraktowały to zagadnienie bardzo pobieżnie. W codziennej praktyce lekarskiej, niezależnie od tego, czy są to pacjenci leczeni w warunkach szpitalnych czy ambulatoryjnych, rozpoznanie rozkurczowej niewydolności serca (przewlekłej) jest stosunkowo rzadkie i dotyczy najczęściej osób w wieku podeszłym. Rozpoznanie jest trudne do odróżnienia od innych stanów chorobowych, prowadzących do podobnych objawów. Często w tej grupie chorych objawy niewydolności serca, przy prawidłowej czynności skurczowej lewej komory, związane są z jatrogennym działaniem leków (osobiste doświadczenia autora). Następną wersją wytycznych powinna potraktować ten problem tak poważnie, jak poważnie prowadzone są dyskusje na ten temat na znamienitych zjazdach naukowych.

Niezwykle ważnym fragmentem, tak poprzednich, jak i obecnych wytycznych, jest opis zależności pomiędzy dysfunkcją lewej komory, niewydolnością serca a bezobjawową niewydolnością serca. Jest to o tyle ważne, że nie są to terminy tożsame: są to fazy choro-

by mające różne rokowanie. W Polsce zbyt rzadko rozpoznaje się dysfunkcję lewej komory, a tym samym leczenie zostaje rozpoczęte zbyt późno, z określonymi tego postępowania konsekwencjami. Zwracam szczególną uwagę na ten fragment aktualnych wytycznych.

Wytyczne ESC niestety nie odnoszą się do podziału niewydolności serca z uwzględnieniem czynników ryzyka wystąpienia i progresji choroby proponowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (ACC/AHA).

Wstęp do rozdziału o diagnostyce niewydolności serca nie uległ istotnej zmianie w porównaniu z wersją z 2001 r. Algorytm postępowania jest prosty i wiarygodny. Za Autorami zwracam uwagę na znaczenie prawidłowego przeprowadzenia i interpretację badania przedmiotowego i podmiotowego. Najistotniejszym badaniem diagnostycznym, pozwalającym na rozpoznanie uszkodzenia lub niewydolności serca, jest badanie echokardiograficzne.

W ocenie wartości diagnostycznej badania elektrokardiograficznego dodano komentarz do znaczenia stwierdzenia szerokich zespotów QRS. Ma to nie tylko znaczenie rokownicze, ale może być również jednym z celów leczenia chorych z niewydolnością serca.

Bardzo obszernie przedstawiono wartość peptydów natriuretycznych w diagnostyce niewydolności serca. Nowocześnie opracowany rozdział słusznie zaczyna się od krótkiego podsumowania wiedzy na ten temat. Podkreślono trzy zastosowania, z których jedno powinno być wprowadzone w praktyce: zastosowanie oznaczania peptydów w wykluczaniu istnienia niewydolności serca. Być może, przy ograniczeniu ceny oznaczeń (NT-pro BNP), badanie to będzie badaniem przesiewowym we wstępnej ocenie uszkodzenia lewej komory w warunkach praktyki lekarzy pierwszego kontaktu. Może to wyeliminować konieczność wykonywania badania echokardiograficznego jako badania podstawowego w rozpoznaniu niewydolności serca. Paradoksalnie, w chwili obecnej koszt oznaczenia poziomu BNP czy NT-pro BNP jest porównywalny z kosztem badania echokardiograficznego.

W stosunku do publikacji z 2001 r., w rozdziale o wartości diagnostycznej echokardiografii bardzo szeroko potraktowano ocenę funkcji rozkurczowej lewej komory. W zaprezentowanej formie znacznie wybiega ona poza przyjęte normy, stwarzając wrażenie rozdziału odbiegającego treścią od całości zaleceń. Dodatkowo może on być trudny do zrozumienia dla osób niebędących specjalistami w zakresie kardiologii. Dla odmiany część dotycząca zastosowań badania echokardiograficznego w diagnostyce uszkodzenia skurczowej funkcji serca jest potraktowana bardzo skrótowo, bez jakiegokolwiek komentarza i uwag praktycznych. W sytuacji bardzo rzadkiego wykorzystywania przez lekarzy pierwszego kontaktu badania echokardiograficznego w diagnostyce niewydolności serca, takie potraktowa-

nie tego badania uważam za błąd, a konstrukcję całego rozdziału za wysoce mylącą.

Podsumowując, część wytycznych dotycząca diagnostyki niewydolności serca, niezależnie od wyrażonych uwag, jest opracowaniem znakomitym, uzupełnionym o metody wprowadzone w ostatnich latach. Podkreślić należy, co jest wyjątkiem wśród tego typu opracowań, że stosując przedstawione schematy postępowania, można w wiarygodny sposób diagnozować chorych z podejrzeniem niewydolności serca. Myślę, że opublikowany materiał jest pomocny zarówno dla lekarzy specjalistów, jak również (i to jest godne podkreślenia) dla lekarzy pierwszego kontaktu. Problemem pozostaje niestety dostęp i koszt stosowania tych metod.

Mimo ogłoszenia na przestrzeni lat 1997–2005 wielu badań rozszerzających wiedzę o leczeniu przewlekłej niewydolności serca, podstawowy schemat leczenia nie uległ istotnym zmianom. Zależnie od stopnia nasilenia objawów niewydolności serca, leczenie farmakologiczne opiera się na trzech podstawowych grupach leków: inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE-I), blokery receptorów  $\beta$ -adrenergicznych ( $\beta$ -blokerzy) i leki moczopędne.

W wersji z 2005 r. znacznie rozszerzono podrozdział o zapobieganiu niewydolności serca. Podkreślono znaczenie prawidłowego leczenia nadciśnienia tętniczego i choroby niedokrwiennej serca jako głównych przyczyn niewydolności serca. Zwrócono uwagę na znaczenie leczenia ACE-I w zapobieganiu niewydolności serca u chorych wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego.

Od lat podkreślany jest problem ryzyka zgonu chorych z niewydolnością serca, u których dochodzi do utraty wagi ciała i kacheksji. Autorzy zaleceń zwracają uwagę na stopień utraty wagi, który może wpływać na rokowanie chorych z niewydolnością serca. Zalecają, w miarę możliwości, normalizację niedoborów pokarmowych.

Pozostałe zalecenia ogólne nie uległy istotnym zmianom w stosunku do wytycznych z 2001 r.

W okresie ostatnich kilku lat opublikowano szereg badań wieloośrodkowych istotnych dla farmakoterapii chorych z niewydolnością serca (CHARM, CARMEN, COMET, SENIORS). Wyniki rozszerzyły arsenał leków stosowanych w tej grupie chorych, nie wpłynęły jednak na podstawowy schemat leczenia. Nadal stosowanie ACE-I,  $\beta$ -blokerów i diuretyków jest standardowym leczeniem tych chorych.

Podobnie jak w poprzednich wytycznych, inhibitory konwertazy angiotensyny są podstawą leczenia (o ile nie ma przeciwwskazań) u chorych z niewydolnością serca, niezależnie od klasy NYHA. Podkreślenia wymaga fakt, że nawet czasowe pojawienie się objawów niewydolności serca w okresie świeżego zawału serca jest wskazaniem do stosowania tej grupy leków.

Niestety Autorzy nie ustosunkowali się do ciekawych wyników badania CARMEN oraz założeń badania CIBIS III. Czy kolejność podawania leków ACE-I,  $\beta$ -blokerów ma

znaczenie praktyczne, czy jest to tylko dyskusja akademicka? Zmieniono Tabelę IX, rekomendującą wybrane ACE-I. Nie potrafię uzasadnić, dlaczego dokonano takiej selekcji w porównaniu z tekstem z 2001 r. Taka selekcja wymagałaby komentarza ze strony Autorów, tym bardziej że w tekście używany jest ogólny termin *inhibitory konwertazy angiotensyny*, bez odniesienia do poszczególnych preparatów.

Niezwykle istotna jest Tabela X, opisująca procedury konieczne do wykonania w chwili rozpoczęcia leczenia inhibitorami ACE. Przestrzeganie opisanych zasad umożliwi bezpieczne dobranie optymalnej dawki leku z minimalnym ryzykiem hipotonii.

Bez wątplenia kolejną grupą leków stosowanych u chorych z niewydolnością serca są  $\beta$ -blokerzy. Do ogólnych uwag dotyczących stosowania tej grupy leków dołączono zastrzeżenie:

- Istnieją różnice w efektach klinicznych przy stosowaniu różnych  $\beta$ -blokerów. Tak więc tylko bisoprolol, karwedilol, bursztynian metoprololu i nebiwolol są rekomendowane w leczeniu przewlekłej niewydolności serca (zalecenie I, poziom wiarygodności A).

Jedynie te leki wpływają znamienne na umieralność, śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych oraz częstość nagłych zgonów i progresję niewydolności serca u chorych w II–IV klasie NYHA, niezależnie od etiologii.

Przedstawiono wyniki badania SENIORS, udowadniające skuteczność nebiwololu u chorych z niewydolnością serca. Od chwili ogłoszenia wyników badania COMET trwa dyskusja dotycząca interpretacji danych. Autorzy zaleceń stwierdzają, że metoprolol tartrate nie jest rekomendowany w leczeniu chorych z niewydolnością serca w dawkach stosowanych w badaniu COMET. Autor komentarza zgłaszał swoje uwagi Autorom tego rozdziału, twierdząc, że oba leki wpływają znamienne na umieralność chorych z niewydolnością serca, a przewaga karwedilolu wynika ze stosowania nierównoważnych dawek porównywanych leków. Mimo postulatów i dosyć jednoznacznie przedstawionych w wytycznych z 2001 r. efektów stosowania winianu metoprololu w dawce 150 mg na dobę w badaniu MDC, aktualne wytyczne nie uwzględniły tej formy metoprololu, co uważam za błąd, zważywszy na cenę, a tym samym dostępność bursztynianu metoprololu.

Godna podkreślenia jest końcowa uwaga dotycząca strategii podawania  $\beta$ -blokerów: nie ma wątpliwości, że leczenie niewydolności nawet małymi dawkami  $\beta$ -blokerów jest skuteczniejsze niż leczenie bez tego leku.

Rozszerzony został rozdział dotyczący stosowania antagonistów receptorów aldosteronu. Jest to grupa leków (Zalecenie I, poziom wiarygodności B), która powinna być stosowana standardowo u chorych z kardiomiopatią niedokrwienną w III i IV klasie NYHA (RALES, EPHEBUS).

Całkowicie nową formę i treść przyjął rozdział o lekach blokujących receptory angiotensyny II. Jest to efekt ogłoszenia wyników badania CHARM. Wskazania do stosowania tej grupy leków (kandesartan) uległy znacznemu rozszerzeniu. U pacjentów ze skurczową niewydolnością serca:

- są one stosowane jako alternatywa u chorych nietolerujących ACE-I;
- ARBs i ACE-I stosowane u chorych z przewlekłą niewydolnością serca mają podobny wpływ na śmiertelność i chorobowość; u chorych ze świeżym zawałem serca efekt jest identyczny;
- łączenie ARBs i ACE-I może być brane pod uwagę u chorych z objawami niewydolności serca. Połączenie to prowadzi do ograniczenia umieralności, wzrostu częstości hospitalizacji z powodu niewydolności serca.

Ostatecznie został wyjaśniony problem łączenia ACE-I,  $\beta$ -blokerów i ARBs. W badaniach ELITE II, ValHEFT sugerowano niekorzystne działanie takiego połączenia. Wyniki badania CHARM nie potwierdziły powyższych spostrzeżeń. Nie stwierdzono niepożądanych efektów łącznego podawania ARBs i  $\beta$ -blokerów, ARBs, ACE-I i  $\beta$ -blokerów.

Zdziwienie budzi konstrukcja Tabeli XVI, zwłaszcza wymienienie czterech ARBs jako leków dostępnych. Trudno zrozumieć intencję Autorów, zważywszy że lista ACE-I i  $\beta$ -blokerów została ograniczona do tych, w stosunku do których udowodniono korzystne efekty uzyskane w badaniach z randomizacją.

Stosowanie napatrstnicy u chorych z niewydolnością serca nie uległo zmianie w stosunku do zaleceń z 2001 r. Godna podkreślenia jest uwaga na temat lepszych efektów niskich stężeń digoksyny <0,5 mg/ml w stosunku do wysokich, przekraczających 0,9 ng/ml. Brakuje w tej części uwagi o konieczności kontynuowania podawania napatrstnicy u chorych z I i II klasy NYHA, u których uzyskano poprawę tym sposobem leczenia (wyjątkowo III lub IV klasa NYHA).

W 2005 r. ukazały się Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące postępowania z chorymi z ostrą niewydolnością serca. Dobrze się stało, że problem leczenia ostrej niewydolności serca został krótko podsumowany w wytycznych dotyczących postępowania w przewlekłej niewydolności serca. Uwzględniono w nim również leki będące w zaawansowanej fazie badań klinicznych. Nesiritide to rekombinowany BNP, lek nowej klasy wpływający na obciążenie wstępne i następcze serca bez efektu inotropowo dodatniego. Lek jest w trakcie oceny klinicznej. Wstępne wyniki, głównie w zakresie poprawy stanu klinicznego, są zachęcające.

Podtrzymano negatywną opinię na temat doustnego stosowania leków działających inotropowo dodatnio – zwiększając śmiertelność u chorych z przewlekłą niewydolnością serca. Wskazania oraz ocena efektów dożylnego leczenia lekami działającymi inotropowo dodatnio

omówione zostały szczegółowo w wytycznych dotyczących postępowania w ostrej niewydolności serca. Autorzy zwracają uwagę na ograniczone zastosowanie dobutaminy u chorych z dekompenzacją krążenia leczonych  $\beta$ -blokerami. Większą skuteczność wykazują inhibitory dwufosfoesterazy. Podawanie dożylnych leków o działaniu inotropowym dodatnim jest najczęściej wskazaniem życiowym. Należy jednak pamiętać, że stosowanie tych leków wiąże się z częstym występowaniem groźnych dla życia działań niepożądanych. Levosimendan, nowy lek działający inotropowo dodatnio poprzez zwiększanie wrażliwości na wapń, wykazuje korzystne efekty hemodynamiczne w porównaniu do dobutaminy, jest nadal w trakcie oceny klinicznej. We wstępie do rozdziału *Leki antyarytmiczne* podano istotną praktyczną uwagę: nie zaleca się innych, poza  $\beta$ -blokerami leków antyarytmicznych u chorych z niewydolnością serca.

Rozszerzeniu i korekcie uległ rozdział o leczeniu chirurgicznym chorych z niewydolnością serca. Wstępem jest istotna uwaga, że wszędzie tam, gdzie przyczyną objawów niewydolności serca jest możliwa do skorygowania patologia, takiej korekty należy dokonać.

Opublikowano pojedyncze, obserwacyjne badania, oceniające efekty rewaskularyzacji u chorych z niedokrwinną niewydolnością serca. ESC uważa, że brak jest podstaw, aby stosować rewaskularyzację naczyń wieńcowych jako rutynowe leczenie kardiomiopatii niedokrwiennej.

Przez wiele lat panowało przekonanie oparte na analizach modelu niedomykalności mitralnej, proponowane przez Carabello, że ryzyko operacji (wymiana lub plastyka zastawki mitralnej) u chorego z niską frakcją wyrzutową znacznie przekracza korzyści. Podstawą było twierdzenie, że uszczelnienie ujścia mitralnego powoduje wzrost obciążenia następczego lewej komory, które może doprowadzić do dalszego obniżenia i tak niskiej frakcji wyrzutowej. Wtórna do rozstrzeni lewej komory niedomykalność mitralna stanowiła przeciwwskazanie do interwencji chirurgicznej. W chwili obecnej stanowisko to uległo całkowitej zmianie. W wybranych grupach pacjentów plastyka zastawki mitralnej zmniejsza częstość i nasilenie objawów klinicznych (klasa rekomendacji II B na podstawie opinii ekspertów). Badania obserwacyjne wskazują na obiecujące efekty takiej procedury u chorych z ciężką niewydolnością serca w okresie do 5 lat.

Znacznym postępem w chirurgicznym leczeniu niewydolności serca jest zabieg nazwany *restoration* (modelowanie lewej komory serca). Polega on na kontrolowanym zmniejszeniu, przywróceniu kształtu i korekcie ewentualnej niedomykalności mitralnej lewej komory serca. Wstępne wyniki są znakomite. Natomiast zabiegi mioplastyki typu zabieg Batisty nie uzyskały rekomendacji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

W ostatnich latach dokonał się znamienity postęp w elektroterapii niewydolności serca. Liczne badania

prospektywne z randomizacją udokumentowały efekty resynchronizacji u chorych z szerokimi zespołami QRS i niewydolnością serca, pozwoliły na ustalenie wskazań do tej formy leczenia. Leczenie to powoduje poprawę w zakresie objawów, obniża częstość hospitalizacji, obniża śmiertelność u chorych w III lub IV klasie NYHA. Prawdopodobnie w najbliższym czasie kryteria kwalifikujące do tego typu leczenia ulegną rozszerzeniu. Nie można wykluczyć, że asynchronia skurczu lewej komory bez współistnienia szerokich zespołów QRS będzie również wskazaniem do resynchronizacji.

Najczęstszą przyczyną zgonu pacjentów z ciężką niewydolnością serca jest nagły zgon spowodowany komorowymi zaburzeniami rytmu. Implantowane kardiowertery-defibrylatory (ICD) są zalecane u pacjentów z uszkodzoną czynnością lewej komory, którzy przeżyli zatrzymanie krążenia, mają utrwalony częstoskurcz komory wiążący się z dalszym pogorszeniem hemodynamicznej czynności serca. Implantacja ICD winna być rozważana u pacjentów z objawami niewydolności serca z frakcją wyrzutową poniżej 30–35%, lecz nie wcześniej niż 40 dni od świeżego zawału serca. Postępowanie takie ogranicza częstość nagłych zgonów. Nie potwierdzono (COMPANION) wyższości efektów działania ICD + resynchronizacja, w porównaniu z implantowanymi ICD u chorych z szerokimi zespołami QRS i ciężką niewydolnością serca.

Przeszczep serca jest nadal leczeniem z wyboru pacjentów z ciężką niewydolnością serca. Autorzy *Wytycznych* zwracają uwagę na korzystne efekty nowoczesnej farmakoterapii – może to spowodować zmniejszenie konieczności transplantacji serca.

Gorąco polecam rozdział dotyczący wyboru terapii. Jest to podsumowanie zasad leczenia niewydolności serca zawierające elementarne dane dotyczące schematu terapii w zależności od stopnia (klasy) niewydolności serca. Wartościowy nowy fragment to zasady postępowania z chorymi z niewydolnością serca z zachowaną prawidłową wartością frakcji wyrzutowej. Mimo że nadal nie ma odpowiedniej liczby wiarygodnych badań lekowych w tej grupie chorych, wyniki badania CHARM wskazują na korzystne efekty kandesartanu. Autorzy nie zacytowali wyników badania SENIORS, w którym również odnotowano korzystne efekty stosowania nebiwolu w tej grupie chorych. Nie wydaje się natomiast, aby informacja o jakoby korzystnych wartościach digoksyny (DIG) miała jakiegokolwiek znaczenie. Metodyka tego badania nie pozwala na wyciąganie tego typu wniosków.

Załączona lista leków stosowanych w tej grupie chorych jest analogiczna do tej zawartej w wytycznych z 2001 r. Dodano do niej blokery receptora angiotensyny, zgodnie z wynikami wyżej cytowanych badań.

Odnoszę wrażenie, że rozdział o dalszej, głównie ambulatoryjnej opiece nad chorymi z niewydolnością serca został potraktowany zbyt ogólnie. Szybko wzrastająca zapadalność na niewydolność serca, starzenie się populacji

chorych i wysokie koszty leczenia szpitalnego wskazują na konieczność rozwoju systemu opieki ambulatoryjnej nad tą grupą chorych, gdzie główną rolę powinien odgrywać lekarz pierwszego kontaktu i wyspecjalizowany zespół pielęgniarstwa. Byłoby to ostatnie i najważniejsze ogniwo opieki nad chorymi z niewydolnością serca. Podkreślić należy fakt, że obecnie aż 70% rozpoznań niewydolności serca stawianych jest w warunkach szpitalnych, co powoduje wysokie koszty opieki nad tą grupą chorych.

Systemowego rozwiązania wymaga szczególnie problem opieki nad chorymi z ciężką niewydolnością serca, wśród których mamy do czynienia z wysoką umieralnością. Grupa pacjentów w wieku poniżej 65 lat to potencjalni kandydaci do przeszczepu serca. Wydaje się, że stworzenie takiego systemu, począwszy od ośrodków referencyjnych przeszczepiających serce (4 w Polsce), przez sieć oddziałów niewydolności serca opartych o szpitale wojewódzkie z siecią systemu lekarzy pierwszego kontaktu, pozwoli na znamienne ograniczenie umieralności w tej grupie chorych.

Na zakończenie muszę stwierdzić, że uczestnictwo w zespole przygotowującym wytyczne w 2001 i 2005 r. było dla mnie wielkim zaszczytem. Doświadczenie tej grupy spowodowało, że dokument jest przejrzysty, łatwy w interpretacji, zawiera niewielką ilość kontrowersji. Kolejną wielką zaletą tego dokumentu są dodatki: skrót opublikowany w *European Heart Journal (executive summary)* i wersja kieszonkowa zaleceń.

Jestem głęboko przekonany, że każdy lekarz po zapoznaniu się z treścią wytycznych będzie w stanie prawidłowo dobrać badanie diagnostyczne, rozpoznać niewydolność serca i leczyć chorego.

### Piśmiennictwo

- Brown AM, Cleland JG. Influence of concomitant disease on patterns of hospitalization in patients with heart failure discharged from Scottish hospitals in 1995. *Eur Heart J* 1998; 19: 1063-9.
- Cleland JG, Swedberg K, Cohen-Solal A, et al. The Euro Heart Failure Survey of the EUROHEART survey programme. A survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. The Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The Medicines Evaluation Group Centre for Health Economics University of York. *Eur J Heart Fail* 2000; 2: 123-32.
- Cleland JG, Cohen-Solal A, Aguilar JC, et al. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. *Lancet* 2002; 360: 1631-9.
- Cleland JG, Khand A, Clark A. The heart failure epidemic: exactly how big is it? *Eur Heart J* 2001; 22: 623-6.
- Cleland JG, Swedberg K, Follath F, et al. The EuroHeart Failure survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J* 2003; 24: 442-63.
- Cowie MR, Mosterd A, Wood DA, et al. The epidemiology of heart failure. *Eur Heart J* 1997; 18: 208-25.
- Davies M, Hobbs F, Davis R, et al. Prevalence of left-ventricular systolic dysfunction and heart failure in the Echocardiographic Heart of England Screening study: a population based study. *Lancet* 2001; 358: 439-44.
- How to diagnose diastolic heart failure. European Study Group on Diastolic Heart Failure. *Eur Heart J* 1998; 19: 990-1003.
- Ho KKL, Anderson KM, Kannel WB, et al. Survival after the onset of congestive heart failure in Framingham Heart Study subjects: *Circulation* 1993; 88: 107-15.
- Hobbs FD, Davis RC, Roalfe AK, et al. Reliability of N-terminal pro-brain natriuretic peptide assay in diagnosis of heart failure: cohort study in representative and high risk community populations. *BMJ* 2002; 324: 1498-500.
- Khand AU, Gemmell I, Rankin AC, et al. Clinical events leading to the progression of heart failure: insights from a national database of hospital discharges. *Eur Heart J* 2001; 22: 153-64.
- Korewicki J, Rywik S, Rywik T. Management of heart failure patients in Poland. *Eur J Heart Fail* 2002; 4: 215-9.
- Korewicki J, Tendera M, Browarek A, et al. Założenia programu IMPROVEMENT. *Folia Cardiol* 2003; 10: 23-8.
- McKee PA, Castelli WP, McNamara PM, et al. The natural history of congestive heart failure: the Framingham study. *N Engl J Med* 1971; 285: 1441-6.
- McDonagh TA, Morrison CE, Lawrence A, et al. Symptomatic and asymptomatic left-ventricular systolic dysfunction in an urban population. *Lancet* 1997; 350: 829-33.
- Remes J, Miettinen H, Reunanen A, et al. Validity of clinical diagnosis of heart failure in primary health care. *Eur Heart J* 1991; 12: 315-21.
- Remme WJ, Swedberg K, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J* 2001; 22: 1527-60.
- Rywik S, Broda G, Jasiński B. Niewydolność serca – umieralność i chorobowość szpitalna ludności Polski. *Kardiologia Pol* 1999; 50: 20-34.
- Rywik SL, Wagrowska H, Broda G, et al. Heart failure in patients seeking medical help at outpatients clinics. Part I. General characteristics. *Eur J Heart Fail* 2000; 2: 413-21.
- Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, et al. More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001; 3: 315-22.
- Komajda M, Follath F, Swedberg K, et al. The EuroHeart Failure Survey programme--a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. *Eur Heart J* 2003; 24: 464-74.
- Increasing awareness and improving the management of heart failure in Europe: the IMPROVEMENT of HF initiative. The Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of The European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail* 1999; 1: 139-44.
- ACC/AHA 2005 Guidelines Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult – Summary Article. *Circulation* 2005 (w druku).
- Swedberg K, Cleland J, Dargie H, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26: 1115-40.