

lek. Anna Praska- Ogińska

**Praktyka leczenia zaostrzenia niewydolności serca w polskim
szpitalu powiatowym w latach 2014-2015.**

**Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych
w zakresie medycyny**

Promotor: prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak, FESC

Promotor pomocniczy: dr n. med. Janusz Bednarski

Oddział Kardiologii, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital
Zachodni im. Św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim,
I Katedra i Klinika Kardiologii WUM



Streszczenie:

Praktyka leczenia zaostrzenia niewydolności serca w polskim szpitalu powiatowym w latach 2014-2015.

Cele pracy: (1). Ocena charakterystyki klinicznej pacjentów hospitalizowanych z powodu niewydolności serca w latach 2014-2015. (2). Analiza czasu hospitalizacji oraz zastosowanej terapii farmakologicznej podczas pobytu w szpitalu. (3). Identyfikacja czynników wpływających na długość hospitalizacji. (4). Ocena farmakoterapii zalecanej podczas wypisu ze szpitala. **Materiał i metodyka:** Analiza 663 kart wypisowych i historii chorób (563 w 2014 roku i 100 w 2015 roku) pacjentów z HF leczonych w Oddziale Kardiologicznym Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim. Analizie poddano każdą kolejną historię choroby z 2014 roku z rozpoznaniem niewydolności serca postawionym na karcie informacyjnej oraz historii chorób pacjentów hospitalizowanych w pierwszym kwartale 2015 roku.

Wyniki: (1). Średni wiek analizowanej populacji (57% mężczyzn) wynosił 75,2 lat. Wśród pacjentów 66,8% miało objawy w klasie NYHA III / IV. Spośród badanej grupy u 47 osób (7%) doszło do wewnątrzszpitalnego zgonu. Najczęstszymi chorobami towarzyszącymi HF było nadciśnienie tętnicze (60,8%), cukrzyca (36,8%), przebyty zawał serca (32%). 76% spośród badanych miało nadwagę lub otyłość, u 35% stwierdzano $GFR < 50 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Średnie stężenie hemoglobiny wynosiło 12,6 g/dl, stężenie sodu 137 mg/dl, średnie stężenie NTproBNP wynosiło 2750,6 pg/ml. (2). Pacjenci przebywali w oddziale średnio 7 dni, z czego w OIOK średnio 3 dni. Parenteralny furosemid był zalecany średnio przez 3,64 dnia. U 21% chorych nie przeprowadzono oceny LVEF metodą echokardiograficzną, 36,6% miało $LVEF < 40\%$, 32% miało $LVEF \geq 50\%$. Leki inotropowe otrzymywało 15% pacjentów, azotany 9,5%. (3). Podczas wypisu 91,4% miało zalecony diuretyk, z czego, aż 80% otrzymywało furosemid. 56,4% otrzymywało ACEI, wśród których aż u 47,7% przepisano ramipril. ARB zalecano w 17,6% przypadków. MRA zalecono u 43,8%, a iwabradynę u 7% chorych. (3). Spośród danych ankietowych, w modelu wieloczynnikowej regresji zidentyfikowano trzy niezależne predyktory wpływające na długość hospitalizacji - występowanie POChP, stosowanie podczas pobytu w szpitalu leków inotropowych oraz $GFR < 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Na wydłużenie pobytu w OIOK wpływało występowanie migotania bądź trzepotania przedsionków, POChP, cukrzyca typu 2 i $GFR < 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Leki inotropowe otrzymywali częściej chorzy z wyższymi stężeniami NT-proBNP, niższym stężeniem Hb i Na, pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, co najmniej umiarkowaną niedomykalnością mitralną, przewlekłą chorobą nerek w stadium co

najmniej 3 oraz obniżoną LVEF. Zaobserwowano statystycznie istotną zależność pomiędzy ordynacją azotanów, a stężeniem NT-proBNP oraz występowaniem cukrzycy lub układu stymulującego serce. Parenteralny furosemid otrzymywali dłużej pacjenci, u których występowało AF/AFl, niedomykalność mitralna, POChP, cukrzyca oraz u chorych, u których GFR <30 ml/min/1,73 m². Hospitalizacje, które zakończyły się zgonem charakteryzowały się dłuższym pobytem w OIOK, dłużej trwającą terapią dożylnym furosemidem oraz częstszą koniecznością zastosowania leków inotropowych. Pacjenci, u których doszło do zgonu mieli średnio 86 lat, a stężenie NTproBNP wynosiło u nich ≥ 15678 pg/ml.

Wnioski: (1). Charakterystyka kliniczna pacjentów hospitalizowanych z powodu zaostrzenia HF w Oddziale Kardiologii Szpitala Zachodniego nie odbiega znacząco od populacji chorych prezentowanych w wybranych rejestrach HF (BIO-HF, QUALIFY PL, Gulf – CARE, ATTEND, ESC HF Pilot PL, ESC HF, IN-HF, OPTIMIZE- HF). (2). Podczas pobytu chorzy otrzymywali rzadziej niż w innych rejestrach leki inotropowe i azotany. Śmiertelność wewnątrzszpitalnej była porównywalna do analizowanych rejestrów. (3). Czynniki ryzyka wydłużające czas hospitalizacji również są tożsame z opisywanymi w innych rejestrach. Pojawia się jeden nowy czynnik, który lokalnie wpłynął na wydłużenie pobytu w szpitalu, zaostrzenie POChP. (4). Farmakoterapia analizowanej populacji różni się od farmakoterapii pacjentów uwzględnionych w dostępnych rejestrach (TSOC-HFrEF registry, QUALIFY-PL, ESC-HF-LT, ADHERE, AHEAD, ZOPAN, JCARE-CARD). Różnica prawdopodobnie wynika z odmiennej populacji chorych, są to pacjenci w okresie zaostrzenia, a pozostałe rejestry dotyczą pacjentów ze stabilną niewydolnością serca.

Prof. dr hab. n. med.
KRZYSZTOF J. FILIPIAK
specjalista chorób wewnętrznych
specjalista hipertensjolog
farmakolog kliniczny
KARDIOLOG
9714795



ANNA PRASKA-OGIŃSKA
KARDIOLOG

Aut 2018-08-08 - Opus

dr med. JANUSZ BEDNARSKI
specjalista chorób wewnętrznych
KARDIOLOG
6066408

