

Pregledni rad

Bolesnik sa srčanom insuficijencijom – izazov za lekara porodične medicine

Ksenija Tušek Bunc

Katedra za porodičnu medicinu, Medicinski fakultet, Univerzitet u Mariboru, Slovenija
Zdravstveni dom dr Adolfa Drolca, Maribor, Slovenija

Kratak sadržaj

Srčana insuficijencija (SI) predstavlja veliki problem javnog zdravlja. Učestalost se, za razliku od drugih kardiovaskularnih bolesti, povećava. Tome doprinosi starenje stanovništva i efikasnost lečenja etioloških činilaca kardiovaskularnih bolesti, naročito ishemijske bolesti srca. Pacijenti sa SI najčešće traže pomoć kod svog izabranog doktora, pa su tako oni česti posetioci ambulanti porodične medicine. Njihovo stanje je ozbiljno, sa lošom prognozom i kvalitetom života, sa potrebom za čestim hospitalizacijama, a prosečno preživljavanje nakon postavljanja dijagnoze je pet godina. Vođenje bolesnika sa SI predstavlja izazov za svakog lekara porodične medicine. Pažljivo uzimanje anamneze je od velike važnosti, jer simptomi upozoravaju lekara na mogućnost postojanja SI. Ipak, oni su relativno česti u opštoj populaciji i ponekad ih je teško objasniti, posebno kod starih osoba, gojaznih i kod žena. Njihova prediktivna vrednost je niska, zato ih treba tumačiti oprezno i sprovesti detaljnu dijagnostiku pomoću metoda koje su dostupne i na raspolaganju lekaru porodične medicine u svakodnevnoj praksi. Pacijentima sa SI potreban je pregled kardiologa koji će dopunskim pretragama potvrditi dijagnozu SI. U lečenju SI, lekar porodične medicine ima važnu ulogu ne samo u pružanju savremene terapije nego i u savetovanju i podsticanju pacijenta da provodi nefarmakološke mere, kao i da odgovori na pitanja pacijenta koja se ne odnose samo na bolest, nego i na kvalitet života. Na kraju života, u terminalnoj fazi SI, lekar porodične medicine je često jedini koji ostaje na raspolaganju pacijentima i porodicama u palijativnom zbrinjavanju.

Ključne reči: lekar porodične medicine, srčana insuficijencija

Uvod

Srčana insuficijencija (SI) je progresivni klinički sindrom, čijem nastanku doprinose različiti etiološki faktori, najčešće hipertenzija i ishemijska bolest srca. To je često stanje, njegova učestalost raste, prate ga komorbiditeti, a

pacijenti imaju loš kvalitet života. Česte su hospitalizacije, dok je mortalitet visok i može se upoređivati sa mortalitetom kod malignih bolesti.

SI kao krajnji rezultat različitih kardiovaskularnih bolesti predstavlja veliki problem javnog zdravlja sa kojima se suočavaju

Adresa autora:
Prim. doc. dr Ksenija Tušek Bunc
Medicinski fakultet Univerze Maribor
Taborska ul. 08, 2000 Maribor
Dom zdravlja dr. Adolfa Drolca
Ul. Talcev 09, 2000 Maribor, Slovenija
ksenija.tusek-bunc@guest.arnes.si

razvijene zemlje, kao i Slovenija. Globalno, 40 miliona ljudi pati od SI. Prevalencija u razvijenim zemljama iznosi 1–2%, pa čak do 10% kod osoba starijih od 70 godina [1–4]. Očekuje se da će ovaj kompleksni klinički sindrom uskoro poprimiti razmere epidemije zbog starenja, dužeg životnog veka i sve većeg broja oboljelih od kardiovaskularnih bolesti. Takođe se očekuje povećavanje broja pacijenata sa SI u zemljama u razvoju i nerazvijenim zemljama, sa velikom incidencom hipertenzije, dijabetesa i gojaznosti. Prema nekim projekcijama procenat starijih ljudi sa SI u 2040. godini prevazići će 20% [5, 6].

SI je stanje u kom je zbog nepravilnog funkcionisanja srca minutni volumen srca (MVS), uprkos normalnom i/ili povišenom pritisku punjenja leve komore, suviše nizak za zadovoljavanje metaboličkih potreba perifernih tkiva [7, 8]. MVS može biti nedovoljan samo tokom fizičkih opterećenja, a kod težeg oštećenja srca i u mirovanju.

SI odlikuju simptomi i klinički znaci izazvani plućnom i/ili sistemskom kongestijom: insuficijentan protok krvi (hipoperfuzija) u tkivima i time preterana aktivacija nervno-humoralnoga sistema. Klinički se manifestuje dispnejom, umorom i zadržavanjem tečnosti (periferni edem i povećani jugularni venski pritisak) koji su rezultat disfunkcije lijeve komore.

Pacijenti sa SI imaju loš kvalitet života. Zbog čestih pogoršanja bolesti potrebne su česte hospitalizacije, a bolnički boravak znatno je duži nego kod drugih internističkih bolesti. Mortalitet kod uznapredovale SI uporediv je čak i veći nego kod nekih vrsta malignih bolesti. Polovina pacijenata sa dijagnozom SI umire u toku prve četiri godine, uprkos modernoj terapiji, a više od polovine pacijenata sa najtežim oblicima SI umire za manje od godinu dana. Ishod može poboljšati brzo otkrivanje, pravovremena dijagnoza i savremene metode lečenja.

SI nikada ne treba da bude jedina pacijentova dijagnoza, uvek je neophodno odrediti osnovno oboljenje i identifikovati faktore koji je potenciraju. Starost, gojaznost, insuficijencija bubrega i atrijska fibrilacija imaju važnu ulogu u nastanku SI. Dijagnoza treba da

se zasniva na detaljnoj anamnezi, kliničkom pregledu, odnosno dodatnim kliničkim ispitivanjima u cilju otkrivanja etioloških činilaca.

Klinički vodiči mogu pomoći lekaru porodične medicine prilikom lečenja pacijenta sa SI. Najnovije smernice iz 2016. godine donose novitete u podeli SI prema ejskijonoj frakciji leve komore i nove terapijske opcije u lečenju SI [9]. Naravno, neophodno je da se lečenje i vođenje prilagodi svakom pojedincu, dakle, naglasak je na individualnom pristupu bolesniku.

Zbrinjavanje pacijenata sa SI u porodičnoj medicini ne znači samo postavljanje dijagnoze, lečenje i praćenje bolesnika u skladu sa savremenim smernicama, nego i saradnju sa diplomiranom medicinskom sestrom u referentnoj ambulanti (model practices), patронаžnom medicinskom sestrom, kardiolozima, pacijentovom porodicom i rođacima. Takođe, važna je uloga lekara porodične medicine u palijativnom zbrinjavanju terminalno oboljelih pacijenata, kada je često lekar porodične medicine jedini na raspolaganju pacijentima i njihovim porodicama u najtežim trenucima.

Dijagnoza srčane insuficijencije u porodičnoj medicini

Pacijenti sa SI najčešće traže pomoć kod svog izabranog doktora. Pažljivo uzimanje anamneze je od velike važnosti, jer problemi koje opisuje pacijent upozoravaju lekara porodične medicine na mogućnost postojanja SI. Kratak dah, otok nogu i umor su simptomi i znaci SI ali su relativno česti u opštoj populaciji i ponekad ih je teško objasniti, posebno kod starih osoba, gojaznih i kod žena. Njihova prediktivna vrednost je niska, zato ih treba tumačiti oprezno, uzimajući u obzir kontekst u kojem su nastali, a potom sprovesti detaljnu dijagnostiku [10].

Klasični simptomi SI, kao što su otežano disanje, ortopneja i paroksizmalna noćna dispneja nespecifični su i nesenzitivni tako da često ne pomažu u razlikovanju SI od drugih problema ili bolesti [10–14]. Mnogi pacijenti sa drugim bolestima imaju slične simptome. Otežano disanje, što je često glavni i jedini simp-

tom srčane slabosti može se naći i u bolestima pluća, pleure, perikarda, kod anemije, slabije fizičke sposobnosti, gojaznosti, hronične infekcije, nepoznatog maligniteta. Isto se odnosi i na periferne edeme, koji su najočigledniji klinički znaci. Treći ton srca, naglašene vratne vene i krepitacije na plućima su specifičniji, mada ovo poslednje može da se vidi i kod plućne fibroze. Prepoznavanje kliničkih znakova je teško, posebno kod starijih pacijenata sa SI, među kojima je 30–40% bolesnika sa dijastolnom disfunkcijom [11].

Bez sumnje, identifikacija SI u svakodnevnoj praksi lekara porodične medicine veoma je težak i izazovan zadatak, posebno ako se lekar oslanja isključivo na simptome i znakove. Značajnu ulogu u otkrivanju SI mogu imati objektivniji klinički znaci srčanog oštećenja poput pulsacija grudnog koša (izazvanih aneurizmom srca), proširen i produžen iktus zbog dilatacija i/ili hipertrofije leve komore, ritam galopa, šumovi, te klinički znaci izazvani povećanjem pritiska u različitim delovima sistema krvotoka (krepitacije na plućima, sistolni venski puls, odnosno pozitivan hepatjugularni refluks, hepatomegalija, edemi nogu i u oblastima u kojima je najviši hidrostatski pritisak) [15, 16]. Svi ovi znaci mogu biti odsutni, a štaviše, oni čak mogu dovesti u zabludu. Tako, na primer, šum može biti izazvan hemodinamski neznatnim promenama u endokardu zalistaka, a edemi mogu biti posledica hipoproteinemije.

Simptomi SI nisu u korelaciji sa stepenom srčane disfunkcije, ali su dobro povezani sa prognozom, posebno ako se ne smanjuju tokom lečenja. Treba istaći i česte razlike između simptoma i stepena srčane disfunkcije. Pacijenti sa različitom ejectionom frakcijom mogu imati iste simptome. Blage simptome ne treba izjednačavati s blagom srčanom disfunkcijom [17]. Nakon što je dijagnoza SI objektivno potvrđena, simptomi se mogu koristiti za procenu stepena SI i praćenja efekata lečenja, ali ne i određivanje doze ACE inhibitora.

Dijagnostički algoritmi SI prikazani su u najnovijim vodičima iz 2016. godine [9]. U osnovni set dijagnostičkih pretraga u porodičnoj medicini, pored kliničkih i laboratorijskih

ispitivanja, spadaju elektrokardiografija i radiografija grudnog koša. Pacijenta što pre treba uputiti na ehokardiografiju, metod izbora u dijagnostici SI. Ultrazvučni pregled srca će potvrditi dijagnozu i istovremeno omogućiti efikasno i racionalno lečenje [9, 18, 19].

U dijagnostici SI, ali ne i u postavljanju konačne dijagnoze, značajno mesto zauzima određivanje biomarkera u serumu – moždanog natriuretskog peptida (brain natriuretic peptide-BNP) i N-terminalnog fragmenta BNP (NT-proBNP), naročito kada ehokardiografija nije lako dostupana. U SAD i u Evropi (pogotovo u Velikoj Britaniji i Holandiji) preporučeno je korišćenje ovih biomarkera koji su dostupni lekaru porodične medicine. Rezultati istraživanja pokazuju da će se korišćenjem natriuretskih peptida procenat lažno-pozitivnih dijagnoza SI značajno smanjiti. Povećana koncentracija BNP je veoma senzitivni pokazatelj za utvrđivanje SI, ali treba naglasiti da normalna vrednost natriuretičnog peptida ne isključuje u potpunosti SI. Međutim, malo je verovatno, da su kod nelečenih pacijenata sa normalnim ili nisko-normalnim koncentracijama natriuretskih peptida tegobe pacijenta uzrokovane SI [9, 20].

Dijagnostički problem predstavlja i činjenica da ehokardiografski nalaz nije uvek jasno patološki, pogotovo kada je u pitanju dijastolna disfunkcija. Ako je ehokardiografski nalaz jasno normalan, posebno uz normalnu koncentraciju BNP, dijagnoza SI se lakše može isključiti [20]. Prisustvo ehokardiografskih znakova sistolne ili dijastolne disfunkcije uz povišanu serumsku koncentraciju BNP i prisutne simptome, olakšava postavljanje dijagnoze SI [20].

Novi vodiči doneli su novu klasifikaciju SI prema kojoj se ona deli na: SI sa očuvanom ejectionom frakcijom leve komore (heart failure with preserved ejection fraction – HFpEF), SI sa smanjenom ejectionom frakcijom (heart failure with reduced ejection fraction – HFrEF) i SI sa srednjom (srednje očuvanom) ejectionom frakcijom (heart failure with mid-range ejection fraction – HFmrEF) [9] (Tabela1). Bolesnici sa SI imaju različite epidemiološke i etiološke profile, koji su uzeti u obzir u novoj

Tabela 1. Definicija srčane insuficijencije (SI) prema ESC vodiču [9]

Tip SI	SI sa smanjenom LVEF (HF _r EF)	SI sa srednjom LVEF (HF _{mr} EF)	SI sa očuvanom LVEF HF _p EF
	1 Simptomi ± znaci*	Simptomi ± znaci	Simptomi ± znaci
	2 LVEF < 40%	LVEF 40 – 49%	LVEF ≥ 40%
Kriterijumi	3 -	1. ↑ natriuretski peptidi** 2. najmanje jedan dopunski kriterijum - strukturna bolest srca - dijastolna disfunkcija	1. ↑ natriuretski peptidi** 2. najmanje jedan dopunski kriterijum - strukturna bolest srca - dijastolna disfunkcija

LVEF- ejectiona frakcija leve komore;

*Znaci ne moraju da budu prisutni u ranom stadijumu SI ili kod bolesnika lečenih diureticima

**BNP > 35 pg/ml i/ili NT-proBNP > 125 pg/mL

klasifikacije i mogu biti od pomoći u lečenju. Ustanovljeno je da su bolesnici sa HF_pEF stariji, češće su to žene i imaju anamnezu pridružene arterijske hipertenzije ili atrijske fibrilacije [9].

Nomenklatura koja se odnosi na tok bolesti je ostala nepromenjena: SI može biti asimptomatska, akutna (novonastala ili akutno pogoršanje hronične SI), ili je SI hronična, koja može biti stabilana, progredijentna, uznapredovala ili terminalna) [9, 18, 19].

Dijagnoza klinički i etiološki različitih stanja SI nije laka na primarnom nivou zdravstvene zaštite sa postupcima koji su dostupni i na raspolaganju lekaru porodične medicine. Zbog toga je pacijentima sa SI neophodan pregled kardiologa koji će dopunskim pretragama potvrditi konačnu dijagnozu SI.

Lečenje bolesnika sa srčanom insuficijencijom u porodičnoj medicini

Lečenje SI zavisi od stepena progresije bolesti. Ciljevi lečenja su: (1) prevencija i efikasan tretman bolesti koje su dovele do SI (hipertenzija, oboljenja koronarnih arterija kao najčešći uzroci), (2) sprečavanje progresije SI, (3) održavanje ili poboljšanje kvaliteta života, (4) poboljšanje preživljavanja i (5) smanjenje učestalosti hospitalizacija. Savremeno lečenje SI trebalo bi biti pruženo svakom pacijentu. Uz efikasno lečenje, nekim pacijentima stanje se može znatno poboljšati, tako da prelaze u viši funkcijski razred. U blažim oblicima su

dovoljne ne-farmakološke mere i lečenje lekovima, a u poodmakloj fazi SI treba razmisliti o invazivnim, odnosno hirurškim metodama lečenja. Dugoročni uspeh lečenja se zasniva na istovremenom lečenju simptoma i lečenju i izbegavanju uzroka SI (lečenje arterijske hipertenzije, revaskularizacija srčanog mišića, zamena zalistaka, korekcija urođenih srčanih mana), smanjivanju prevelikog neurohormonalnog odgovora i sprečavanju aktivisanja faktora koji mogu izazvati epizode akutnog pogoršanja [9, 20–22].

Lekar porodične medicine ima važnu ulogu u savetovanju i podsticanju pacijenta u nefarmakološkim mjerama. Pacijent mora da shvati značaj svog doprinosa efikasnom lečenju i treba da se slaže sa merama, farmakološkim kao i nefarmakološkim. Ograničen unos soli i tečnosti, fizička aktivnost, smanjenje težine (kod pacijenata sa BMI > 30), prestanak pušenja i prekomernog konzumiranja alkohola spadaju među najvažnije nefarmakološke mere koje mogu značajno poboljšati fizički kapacitet i kvalitet života, dok njihov značaj za prognozu bolesti nije u potpunosti jasan [9, 18, 19, 23–25]. Pacijentima se savetuje da su redovno fizički aktivni, posebno se preporučuje hodanje, međutim, ne i izometrijska aktivnost, na primer podizanje tereta [25]. Pacijenti sa SI suočavaju se sa zahtevima za promenu ponašanja ili načina života. Dobro vođenje pacijenta zahteva njegovu kooperativnost ali ne samo u uzimanju lekova, već i u promeni načina života, što je često veoma teško i naporno.

Što se tiče farmakološkog tretmana, lekari porodične medicine moraju biti dobro upoznati sa paletom lekova koji se koriste u lečenju SI sa očuvanom i sa smanjenom ejakcionom frakcijom leve komore prema preporukama najnovijih smernica.

Lečenje bolesnika sa srčanom insuficijencijom i smanjenom ejakcionom frakcijom

Poslednjih 25 godina inhibitori konvertaze angiotenzina (ACEi) su osnova terapije SI i značajno utiču na smanjenje kardiovaskularnog mortaliteta [9, 18, 19, 22, 26]. Rezultati kliničkih studija u pogledu smanjenja mortaliteta korišćenjem antagonista angiotenzin II receptora (ARB), ograničenim na pacijente koji su zbog upotrebe ACE inhibitora imali neprihvatljive nuspojave (kašalj), pokazali su nejasne rezultate (preporuka I.B) [22, 27, 28]. ARB se preporučuju bolesnicima sa simptomima koji uzimaju beta blokatore ili koji ne podnose antagoniste receptora mineralokortikoida (MRA) zbog smanjivanja mortaliteta i učestalosti hospitalizacija (preporuka IIb. C) [9].

Beta blokatori kao i ACE inhibitori preporučuju se bolesnicima sa asimptomatskom disfunkcijom leve komore posle infarkta miokarda [9]. Dodatak beta blokatora i MRA (spironolakton, epleronon) ACE inhibitorima doprinosi smanjenju mortaliteta za više od 30% [29–34].

Ivabradin se koristi u lečenju od 2005. godine i služi smanjenju broja otkucaja srca kod pacijenata sa ejakcionom frakcijom $\leq 35\%$, kod onih koji su u sinusnom ritmu, sa frekvenci-

jom srca $\geq 75/\text{min}$ i koji, uprkos lečenju sa preporučenim dozama beta blokatora (ili sa maksimalnim dozama koje mogu podnositi) i ACE inhibitorima ili ARB ili MRA, su još uvek sa simptomima (preporuka IIa B) [9]. Ivabradin doprinosi smanjenju mortaliteta, učestalosti hospitalizacija i poboljšavanju kvaliteta života [22].

Rezultati kliničkog istraživanja PARADIGM-HF, koji su uključeni i u najnovije smernice, pokazali su da je kombinacija sakubitril/valsatran (eksperimentalni lek LCZ696) veoma efikasna u lečenju bolesnika sa sistolnom srčanom insuficijencijom (preporuka 1B) [9]. Ova kombinacija, u poređenju sa enalaprilom, pokazuje značajno manji broj kardiovaskularnih smrti i hospitalizacija uz istovremeno poboljšanje kvalitete života, ali nije pogodna za bolesnike sa dijastolnom insuficijencijom [34–36].

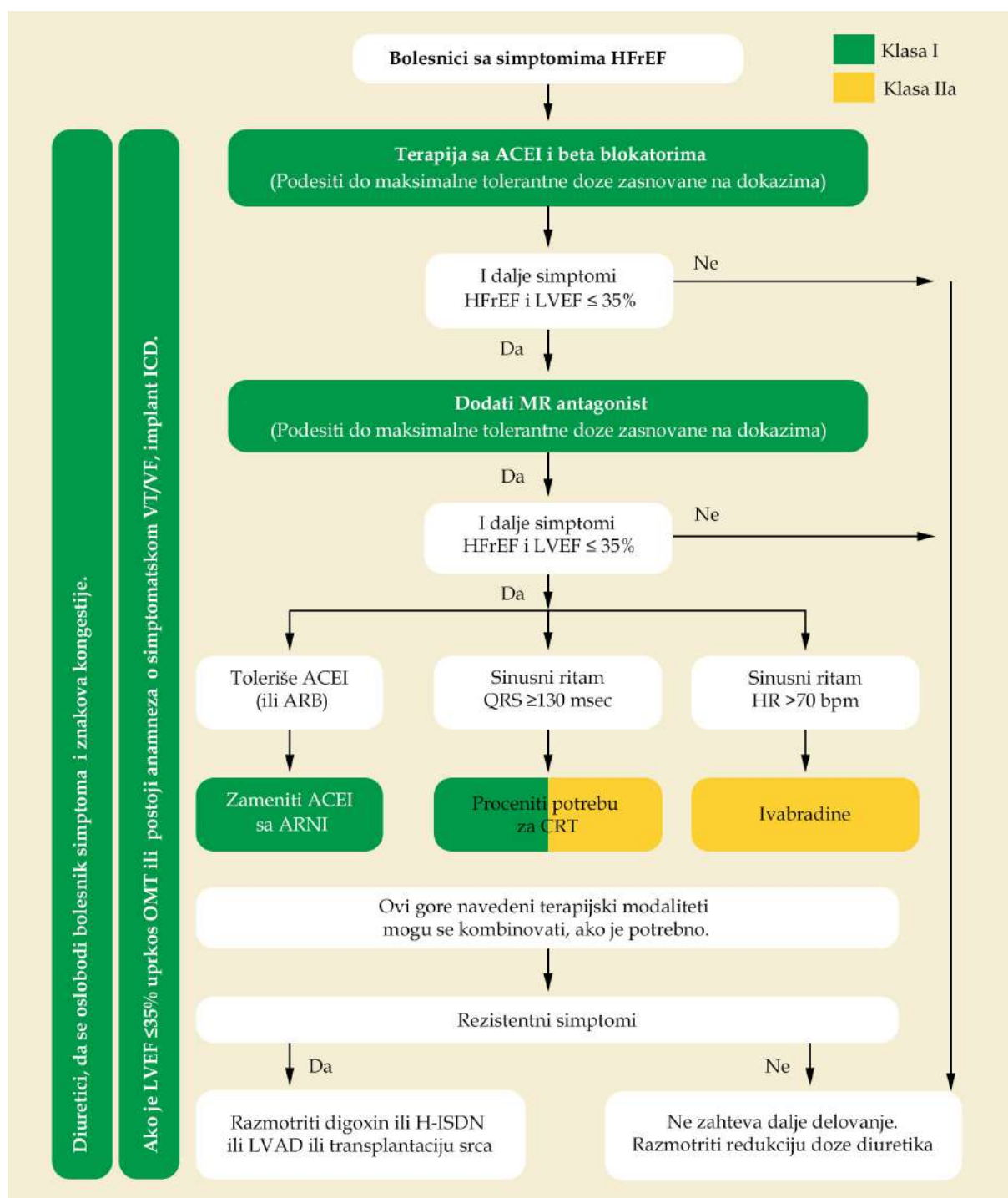
Simptomatski lekovi doprinose smanjenju simptoma i učestalosti hospitalizacija (diuretici, digoksin, nitrati) ali ne i smanjenju mortaliteta [22, 23, 37–40]. Digoksin se upotrebljava u lečenju bolesnika u sinusnom ritmu, koji su uprkos lečenju sa ACEi, beta blokatorima i MRA simptomatski, za smanjivanje rizika od hospitalizacija (preporuka IIb. B) [9].

Statine treba da uzimaju bolesnici sa koronarnom bolešću ili sa rizikom od koronarne bolesti bez obzira da li imaju ili ne sistolnu disfunkciju leve komore [9].

Lekovi koji se ne preporučuju bolesnicima sa SI i oni koji bi mogli čak i potencijalno ugroziti pacijente sa SI (pogotovo nesteroidni antireumatici), moraju biti lekaru porodične medicine dobro poznati [9, 18, 19, 22, 38].

Tabela 2. Lečenje koje se preporučuje kod bolesnika sa srčanom insuficijencijom i smanjenom ejakcionom frakcijom leve komore [9]

Preporuke	Razred	Nivo
<i>Inhibitor konvertaze angiotenzina (ACEi)</i> – preporučeni zajedno sa beta blokatorima kod svih bolesnika sa HFrEF – samnjuju rizik za hospitalizaciju i mortalitet zbog SI.	I	A
<i>Beta inhibitori (BB)</i> – preporučeni zajedno sa ACEi kod svih bolesnika sa stabilnom, simptomatskom HFrEF – samnjuju rizik za hospitalizaciju i mortalitet zbog SI.	I	A
<i>Antagonisti aldosterona (MRA)</i> – preporučeni kod bolesnika sa HFrEF, koji su uprkos lečenju ACEi i beta blokatorima simptomatski; smanjuju rizik za hospitalizaciju i mortalitet zbog SI.	I	A



ACEI – inhibitori angiotenzin konvertujućeg enzima; ARB – blokatori angiotenzin receptora; ARNI – neprillizin inhibitori angiotenzin receptora; BNP – B-tip natriuretski peptid; CRT- kardijalna resinhronizujuća terapija; HF – srčana insuficijencija; HFrEF – srčana insuficijencija sa redukovanom ejekcionom frakcijom; H-ISDN – hidralazin i izosorbid dinitrat; HR – srčana frekvencija; ICD - implantabilni kardioverter defibrilator; LBBB – blok leve grane; LVAD - uređaj za mehaničku potporu leve komore; LVEF – ejekciona frakcija leve komore; MR – receptor mineralokortikoida; NT-proBNP – N-terminalni pro-B tip natriuretskog peptida; NYHA – New York Heart Association; OMT - optimalna medikalna terapija; VF - ventrikularna fibrilacija; VT - ventrikularna tahikardija; za detalje pogledati https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/146/2016_Heartfailure.eurheartj.ehw128.full.pdf

Slika 1. Algoritam lečenja srčane insuficijencije sa smanjenom ejkcionom frakcijom leve komore (HFrEF). Modifikovano prema ESC vodiču [9].

Lečenje bolesnika sa srčanom insuficijencijom i očuvanom ili srednje očuvanom ejectionom frakcijom leve komore

Prema preporukama kod svih bolesnika sa HFpEF i HFmrEF treba proveravati faktore rizika za kardiovaskularne bolesti (atrijska fibrilacija, arterijska hipertenzija, pulmonalna hipertenzija, itd), a isto tako i za ne-kardiovaskularne bolesti (šećerna bolest, hronična bubrežana insuficijencija, anemija, gojaznost, hronična opstruktivna bolest pluća, itd) koje treba adekvatno lečiti. Trenutno još nema na raspolaganju lekova koji bi faktički smanjivali morbiditet i mortalitet kod bolesnika sa HFpEF in HFmrEF, pa je tako lečenje usmereno ka smanjivanju simptoma [9]. Kod svih simptomatskih bolesnika sa znacima srčane kongestije lek izbora je diuretik [9].

Adherencija bolesnika sa srčanom insuficijencijom u lečenju

Kod mnogih pacijenata sa SI postoji rizik za lošu adherenciju ili sudelovanje u lečenju bolesti zbog mogućih kratkoročnih nuspojava lečenja koje prevazilaze dugoročne koristi. Zbog toga bi pacijente trebalo redovno edukovati o dugoročnim koristima redovnog uzimanja lekova i značaju pridržavanja medicinskih preporuka. Ako se loša saradnja ne prepozna, lekar ulazi u začarani krug, kada želi podizanjem doze lekova ili korišćenjem drugih mera poboljšati stanje pacijenta, a ti postupci zbog neprepoznate pacijentove loše saradnje ne funkcionišu. Uspešna komunikacija sa pacijentom, koja uključuje partnerski odnos, poboljšava saradnju pacijenta u procesu lečenja u celini i predstavlja osnovni alat za detekciju prepreka u saradnji. Pomoć pacijentu u promeni njegovog ponašanje i životnog stila je veoma važna komunikacijska veština. Međutim, treba napomenuti da je odgovornost za promenu ponašanja isključivo u rukama pacijenta, a dužnost lekara je samo da pacijenta podupire i hrabri.

Pacijenti sa SI često postavljaju pitanja lekaru porodične medicine koja se ne odnose samo na bolest, nego i na kvalitet života, kao

što su npr. pitanja o mogućnosti putovanja, letenje avionima, upravljanju osobnim vozilima, seksualnom životu, erektilnoj disfunkciji, itd. Lekar porodične medicine koji najbolje poznaje svog pacijenta će prepoznati depresiju ili depresivan stav te će preduzeti neophodne mere.

Prevenција srčane insuficijencije

Prevenција SI u porodičnoj medicini usmerena je ka faktorima rizika životnog stila (pušenje, sedetarni način života, uzimanje alkohola, gojaznost) i lečenje onih bolesti koje mogu dovesti do SI. Postoje relevantni dokazi da se može odgoditi pojavljivanje SI savlađivanjem tih faktora i lečenjem asimptomatske disfunkcije leve komore. Tako je moguće kontrolom hipertenzije (ciljani sistolni krvni pritisak 120 vs. 140 mm Hg) kod starijih osoba (≥ 75 godina) bez šećerne bolesti ili kod visoko rizičnih bolesnika sa hipertenzijom upotrebom različitih antihipertenzivnih lekova, pogotovo ACE inhibitora, smanjiti rizik ne samo od kardiovaskularnih bolesti nego smanjiti i mortalitet i rizik od hospitalizacija zbog SI ali, pre svega, poboljšati kvaliteta života ovih pacijenata [9, 41–45].

Zaključak

Zbrinjavanje pacijenata sa SI zahteva multidisciplinarni pristup na svim nivoima zdravstvenog sistema, kao i individualni pristup svakom pacijentu sa SI. Uloga lekara porodične medicine je veoma važna. Na žalost, suviše često previđa se činjenica da krug zbrinjavanja pacijenta sa SI počinje i završava u ambulanti lekara porodične medicine. U procesu vođenja pacijenta lekaru porodične medicine pomaže medicinska sestra, odnosno diplomirana medicinska sestra u referentnoj ambulanti, a i patronažna sestra u kućnoj nezi, posebno kada je u pitanju palijativno zbrinjavanje pacijenta u terminalnoj fazi SI. Takođe je važna uloga porodice koja će biti pacijentu na raspolaganju i od pomoći u svakodnevnom životu. Samo takva briga, usmerena ka pacijentu, može dati značajan doprinos ne samo poboljšavanju pre-

življanja, smanjenju mortaliteta i učestalosti hospitalizacija, nego, pre svega, poboljšavanju kvaliteta života ovih pacijenata.

Autor izjavljuje da nema sukob interesa.
The author declares no conflicts of interest.

Literatura

1. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007;93:1137-46.
2. Redfield MM, Jacobsen SJ, Burnett JC, Mahoney DW, Bailey KR, Rodeheff. Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community appreciating the scope of the heart failure epidemic. *JAMA* 2003;289:194-202.
3. Bleumink GS, Knetsch AM, Sturkenboom MCJM, Straus SMJM, Hofman A, Deckers JW, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure The Rotterdam Study. *Eur Heart J* 2004;25:1614-9.
4. Ceia F, Fonseca C, Mota T, Morais H, Matias F, De Sousa A, Oliveira AG. Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *Eur J Heart Fail* 2002;4:531-9.
5. Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, et al. European Cardiovascular Disease Statistics 2012. <http://www.escardio.org/about/what/advocacy/EuroHeart/Pages/2012-CVD-statistics.aspx> Accessed May 10, 2017
6. Claland JG, Khand A, Clark A. The heart failure epidemic: exactly how big is it? *Eur Heart J* 2001;22:623-6.
7. Colucci WS, Braunwald E. Pathophysiology of heart failure. In: Braunwald E, editor. *Heart disease*. Philadelphia: JB Lippincott; 1997: p. 1582-603.
8. Brunwald E, Mock MB, Watson J, editors. *Congestive heart failure: Current Research and Clinical Applications*. New York: Grune and Stratton; 1982. p. 284-97.
9. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur J Heart Fail* 2016;18(8):891-975.
10. Davie P, Francis CM, Caruana L, Sutherland GR, McMurray JJ. Assessing diagnosis in heart failure: which features are any use? *QJM* 1997;90:335-9.
11. Mant J, Doust J, Roalfe A, Barton P, Cowie MR, Glasziou P, et al. Systematic review and individual patient data meta-analysis of diagnosis of heart failure, with modelling of implications of different diagnostic strategies in primary care. *Health Technol Assess* 2009;13:1-207.
12. Oudejans I, Mosterd A, Bloemen JA, Valk MJ, Van Velzen E, Wielders JP, et al. Clinical evaluation of geriatric outpatients with heart failure: value of symptoms, signs, and additional tests. *Eur J Heart Fail* 2011;13:518-27.
13. Fonseca C. Diagnosis of heart failure in primary care. *Heart Fail Rev* 2006;11:95-107.
14. Kelder JC, Cramer MJ, van Wijngaarden J, van Tooren R, Mosterd A, Moons KGM, et al. The diagnostic value of physical examination and additional testing in primary care patients with suspected heart failure. *Circulation* 2011;124:2865-73.
15. Watson RDS, Gibbs CR, Lip GYH. ABC of heart failure: Investigation. *Brit Med J* 2000;320:297-300.
16. Kocijančič A, Mevlje F. *Interna medicina*. Ljubljana: EWO:DZS; 1998: p. 70-80.
17. Ružič-Medvedšček N. Vodenje bolnika s srčnim popuščanjem. Predavanje ZD Ljubljana: Interno izobraževanje; 1998.
18. Jug B, Krunic B, Poglajen G, Poklukar J, Ravnikar T, Šebeštjan M, et al. Smernice Evropskega kardiološkega združenja za prepoznavanje in zdravljenje akutnega in kroničnega srčnega popuščanja, 2012. *Pouzetek Slov Kardiolog* 2013;10:90-8
19. McMurray JV, Adamopoulos S, Anker S, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, et al, on behalf of The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012*. *Eur Heart J* 2012;33:1878-47.
20. Dahlstrom U. Can natriuretic peptides be used for the diagnosis of diastolic heart failure? *Eur Heart J* 2004;6:281-7.
21. Ružič-Medvedšček N. Arterijska hipertenzija in srčno popuščanje. In: Kersnik J. VI. Fajdigovi dnevi. 2004, Krajnska gora. Zbornik predavanj. 2004; p. 53-6.
22. Vrtovec B, Poglajen G. Sodobni načini zdravljenja srčnega popuščanja. *Zdr Vest* 2011;80(4):302-15.
23. Ellonen M. Kronično srčno popuščanje. V: Kunnamo I, urednik. *Na dokazih temelječe medicinske smernice*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2006. p. 138-43.

24. Anker SD, Negassa A, Coats AJ, Afzal R, Poole-Wilson PA, Cohn JN, et al. Prognostic importance of weight loss in chronic heart failure and the effect of treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors: an observational study. *Lancet* 2003;361:1077-83.
25. Smart N, Marwick TH. Exercise training for patients with heart failure: a systematic review of factors that improve mortality and morbidity. *Am J Med* 2004;116:693-706.
26. McMurray J, Cohen-Solal A, Dietz R, Eichhorn E, Erhardt L, Hobbs R, et al. Practical recommendations for the use of ACE inhibitors, beta-blockers, aldosterone antagonists and angiotensin receptor blockers in heart failure: putting guidelines into practice. *Eur J Heart Fail* 2005;17:710-21.
27. Cohn JN, Tognoni G. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001;345:1667-75.
28. McMurray JJ, Ostergren J, Swedberg K, Granger CB, Held P, Michelson EL, et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Added trial. *Lancet* 2003;362:767-71.
29. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. *Lancet* 1999;353:9-13.
30. Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). *Lancet* 1999;353:2001-7.
31. Poole-Wilson PA, Swedberg K, Cleland JG, Di Lenarda A, Hanrath P, Komajda M, et al. Comparison of carvedilol and metoprolol on clinical outcomes in patients with chronic heart failure in the Carvedilol Or Metoprolol European Trial (COMET): randomised controlled trial. *Lancet* 2003;362:7-13.
32. Hjalmarson A, Goldstein S, Fagerberg B, Wedel H, Waagstein F, Kjekshus J, et al. Effects of controlled-release metoprolol on total mortality, hospitalizations, and well-being in patients with heart failure: the Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in congestive heart failure (MERIT-HF). MERIT-HF Study Group. *JAMA* 2000;283:1295-1302.
33. Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, Castaigne A, Perez A, Palensky J, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 1999;341:709-17.
34. Juurlink DN, Mamdani MM, Lee DS, Kopp A, Austin PC, Laupacis A, et al. Rates of hyperkalemia after publication of the Randomized Aldactone Evaluation Study. *N Engl J Med* 2004;351:543-51.
35. Jessup M. Neprilysin Inhibition- A Novel Therapy for Heart Failure. *N Engl J Med* 2014;371:1062-4.
36. Bavishi C, Messerli FH, Kadosh B, Ruilope LM, Kario K. Role of neprilysin inhibitor combinations in hypertension: insights from hypertension and heart failure trials. *Eur Heart J* 2015;36:1967-73.
37. Zelko E, Klemenc-Ketis Z, Tusek-Bunc K. Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: a systematic review of existing studies. *Mater Sociomed* 2016;28(2):129-32.
38. McMurray JJV, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, et al. Angiotensin-Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure. *N Engl J Med* 2014;371:993-1004.
39. Faris R, Flather M, Purcell H, Henein M, Poole-Wilson P, Coats A. Current evidence supporting the role of diuretics in heart failure: a meta analysis of randomised controlled trials. *Int J Cardiol* 2002;82:149-58.
40. Lader E, Egan D, Hunsberger S, Garg R, Czajkowski S, McSherry F. The effect of digoxin on the quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail* 2003;9:4-12.
41. Kostis JB, Davis BR, Cutler J, Grimm RH, Berge KG, Cohen JD, et al. Prevention of heart failure by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. *JAMA* 1997;278:212-6.
42. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358:1887-98.
43. Sciarretta S, Palano F, Tocci G, Baldini R, Volpe M. Antihypertensive treatment and development of heart failure in hypertension. *Arch Intern Med* 2011;171:384-94.
44. Tušek-Bunc K, Petek D. Comorbidities and characteristics of coronary heart disease patients: their impact on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2016;14(1):159.
45. Wright JT, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco M V, et al. SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* 2015;373:2103-16.

Patient with heart failure – challenge for family physician

Ksenija Tušek Bunc

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Maribor, Slovenia

Primary Healthcare Center Dr. Adolf Drolc, Maribor, Slovenia

Heart failure (HF) represents a major public health problem. Unlike other cardiovascular diseases, its incidence is increasing. Population aging and the effectiveness of treatment concerning etiological factors of cardiovascular diseases, in particular ischemic heart disease, contribute to the above-mentioned situation. Patients with HF seek help from their family physicians first and are frequent visitors to family medicine offices. Their condition is usually serious with a poor prognosis, poor quality of life, frequent hospitalizations, and with an average five-year survival rate after the diagnosis. Management of patients with HF is a challenge for every family physician. A careful medical history is of utmost importance as the symptoms give a warning to the family physician about the likelihood of HF. Nevertheless, the symptoms are also relatively common in the general population and are sometimes difficult to explain, especially where the elderly, the obese, as well as women are concerned. The predictive value is low, so there is a need for cautious interpretation and detailed diagnostics using the procedures available to a family physician in everyday practice. A cardiologist should examine patients with HF by means of additional tests to confirm the final diagnosis. A family physician plays an important role in providing contemporary therapy, advocating for and stimulating the patient to take non-pharmacological measures, as well as in answering to the questions concerning not only the disease itself, but also the quality of life. At the end of life, a family physician remains the only one available to patients and their families for palliative care at the terminal stage of HF.

Keywords: family physician, heart failure

Primljen – Received: 05/02/2017

Prihvaćen – Accepted: 23/05/2017