

# Štúdia EFICA

## (Prehľad o výskyte akútneho srdcového zlyhania vo Francúzsku, analýza charakteristík pacientov)

J. Murín

Výskyt prípadov akútneho srdcového zlyhania (ASZ) je dnes častejší než výskyt akútnych koronárnych syndrémov (v prípade porovnania s príjmami pre akútny infarkt je to pri ASZ dvakrát častejšie). Preto sa nám treba analýzou epidemiológie ASZ zapodievať. Jestvujú viaceré surveye (registre: EURO Heart Failure Survey, Zürich-Helsinki survey a vo Francii EFICA survey).

V tomto surveyi (EFICA) bolo zahrnutých 60 centier (26 jednotiek JIS a 34 jednotiek koronárnych), nazbierali v danom časovom priestore 600 pacientov: 59 % mužov, hypertonikov 60 %, rovnaký podiel osôb s/bez ICHS (po 50 %), 34 % NYHA I-II, 36 % NYHA III/IV, zvyšok de novo srdcové zlyhanie; prítomnosť angíny pektoris 15 % pacientov, výskyt arytmie v 23 %, periférny edém u 27 % osôb, kardiogénny šok u 29 %. Výskyt ochorení: ochorenie pravého srdca (4,9 %), valvulárne ochorenie (25 %), hypertenzia (22 %), ICHS (60 %), dilatačná kardiomyopatia (28 %). Použitie echokardiografie (76 % pacientov): na

koronárnej jednotke u 84 % pacientov a na jednotke intenzívnej starostlivosti interného typu u 69 % pacientov. Asi 20 % pacientov malo EF > 45 %, u ostatných bola rôzne znížená (80 % pacientov). Klinická prezentácia pri prijatí: (a) kardiogénny šok (29 % pacientov), (b) pľúcny edém s hypertenziou (15 %) a (c) zhoršenie chronického srdcového zlyhania (56 % pacientov). Liečba v nemocnici: betablokátory (13,6 %), digoxín (16 %), spironolaktón (18,3 %), ACE inhibítory (42,6 %), nitráty (50,3 %), kľučkové diuretiká (87 % pacientov). Použitie liečebných procedúr (vcelku/u šokových pacientov: ventilačná podpora (59 %/81 %) - CPAP (24 %/15 %), centrálny katéter (33 %/65 %), intravenózne katecholamíny (53 %/92 %), intravenózne inotropiká (dobutamín: 82,6 %, dopamín: 35 %, adrenalín: 29,3 %, noradrenalín: 16,7 %, 2 z týchto liekov súčasne: 52 % pacientov).

Osud pacientov: (a) prvomesačná mortalita (27,4 %) s prirátaním (b) predhospitalizačnej mortality až 43,2 %, (c) u osôb

prijatých s kardiogénnym šokom 58 % a 68 % a (d) u osôb bez šoku 15 % a 38 %. Lepšiu prognózu mali aj osoby s hypertenziou než s hypotenziou. Determinanty zlej prognózy: renálna insuficiencia (RR: 3,2), hepatálna dysfunkcia (RR: 2,1), ischémia (2,47), prekonané ASZ v minulosti (RR: 1,93). Liečebný prístup (JIS/koronárna jednotka): pacientov prijali na JIS (46 %) a koronárnu jednotku (54 %), vek a zastúpenie pohlaví na oboch oddeleniach boli podobné, ICHS (64 %/65 %), renálna insuficiencia (52 %/43 %), ejekčná frakcia rovnaká na oboch oddeleniach, hospitalizačná mortalita (40 %/20 % - súčasne: ventilačná mechanická podpora: 77 % a 43 % a CPAP: 30 %/70 %, inotropná liečba: 77 % a 34 %).

Tieto údaje sú dôležité, aby sa mohol plánovať prístup k liečbe týchto pacientov. Táto úloha čaká aj nás na Slovensku.

**prof. MUDr. Ján Murín, CSc.**

I. interná klinika FNsP-LF UK, Bratislava