



Szczepienie przeciw grypie w chorobach serca

**Dr hab. n. med. Andrzej Ciszewski, Oddział Kardiologii Inwazyjnej Instytutu Kardiologii
w Warszawie**

Streszczenie

Wzrost liczby zawałów serca i zgonów kardiologicznych często wiąże się z epidemicznymi okresami grypy. Wykazano, że około 1/4 zawałów serca poprzedzona jest ostrą infekcją układu oddechowego, a jest to tylko jedno z możliwych powikłań kardiologicznych tej choroby. Grypa może doprowadzić do ostrych zapaleń wieńcowych, przewlekłej niewydolności serca czy wirusowych zapaleń mięśnia sercowego i osierdzia, a każde z tych powikłań może zakończyć się zgonem pacjenta. Skuteczną profilaktyką grypy i jej powikłań wśród pacjentów epidemiologicznych są szczepienia. Badania naukowe wykazują zmniejszenie o około 30% ryzyka wystąpienia poważnych incydentów sercowo-naczyniowych wśród pacjentów z chorobą wieńcową, zaszczepionych przeciw grypie w porównaniu z grupą nieszczepioną [5]. Między innymi, dlatego wiele europejskich, jak i amerykańskich towarzystw kardiologicznych jednoznacznie zaleca coroczne szczepienie u wszystkich pacjentów z przewlekłymi chorobami serca i układu krążenia [1-4].

Grypa a choroba wieńcowa

Od wielu lat obserwowano wzrost liczby zawałów serca i zgonów kardiologicznych w okresach epidemicznych grypy. Stwierdzono, że około 1/4 zawałów serca jest poprzedzona ostrą infekcją układu oddechowego. Wiele badań wykazało, że pacjenci z chorobą wieńcową zaszczepieni przeciw grypie mają mniejsze ryzyko wystąpienia ostrych zespołów wieńcowych (OZW), hospitalizacji, a nawet zgonu z powodu choroby wieńcowej [1,2].

Na szczególną uwagę zasługuje metaanaliza Udell'a, która na podstawie 6-ciu randomizowanych badań klinicznych i dużej grupy 6735 pacjentów potwierdza te obserwacje. Ponadto wykazuje zmniejszenie o około 30% ryzyka wystąpienia poważnych incydentów sercowo-naczyniowych wśród pacjentów z chorobą wieńcową, zaszczepionych przeciw grypie w porównaniu z grupą nieszczepioną [5].

Bardzo ciekawe jest wytłumaczenie uzyskanych wyników i zrozumienie powiązania pomiędzy grypą a zawałami serca. Otóż obecnie na chorobę wieńcową nie patrzymy już jak na proces degeneracyjny, lecz jak na przewlekły stan zapalny tętnic wieńcowych. Wykazano



bezpornie, że grypa jako ostra ogólnoustrojowa infekcja i ostry stan zapalny, może destabilizować blaszkę miażdżycową i doprowadzać do OZW. W oparciu o zgromadzone informacje i uzyskane dane, grypę uznano za czynnik wyzwalający zawał serca wśród pacjentów z chorobą wieńcową [2].

Przewlekła niewydolność serca

Przewlekła lewokomorowa niewydolność serca, bez względu na przyczyny, przebiega ze zwiększoną retencją płynów w obrębie tkanek układu oddechowego i zwiększonym ciśnieniem w tętnicy płucnej. Objawia się to dusznością wysiłkową, następnie spoczynkową i jest związane z upośledzoną wymianą gazową w obrębie pęcherzyków płucnych. Ustalenie optymalnego leczenia farmakologicznego przewlekłej lewokomorowej niewydolności serca jest czasami trudne i zajmuje wiele czasu. Oczywistym jest, że wystąpienie u takich pacjentów grypy przebiegającej z wysoką temperaturą, tachykardią czy odwodnieniem może doprowadzić do nagłego załamania się stanu chorego. Może wówczas dojść do ostrej niewydolności serca i oddychania, obrzęku płuc, groźnych arytmii i stanu zagrożenia życia. W związku z tym europejskie wytyczne odnośnie postępowania w przewlekłej niewydolności serca, a także przygotowywania kandydatów do przeszczepu serca, zalecają coroczne szczepienie przeciw grypie [4,6].

Wirusowe zapalenie mięśnia serca i osierdzia

Częstotliwość występowania tych potencjalnie groźnych kardiologicznych powikłań grypy jest trudna do ustalenia. Często dotyczą osób młodych, bez dodatkowych obciążeń kardiologicznych i chorób współistniejących. W niektórych przypadkach, o szczególnie ostrym przebiegu, w przeciągu kilku dni może dochodzić do trwałego uszkodzenia serca ze znacznym obniżeniem kurczliwości i objawów ostrej niewydolności serca, bądź objawów tamponady.

O przeżyciu pacjentów zwykle decyduje szybkie rozpoznanie i wdrożenie koniecznego postępowania, w tym włączenie celowanego leczenia przyczynowego lekami przeciwwirusowymi. U części chorych konieczne jest stosowanie krążenia wspomaganego i sztucznej wentylacji.

Źródła:

1. Gurfinkel EP, de la Fuente RL, Mendiz O i wsp. Influenza vaccine pilot study in acute coronary syndromes and planned percutaneous coronary interventions: the FLU Vaccination Acute Coronary Syndromes (FLUVACS) Study. *Circulation* 2002;105:2143-2147.



2. Ciszewski A, Bilinska ZT, Brydak LB i wsp. Influenza vaccination in acute prevention from coronary ischemic events in coronary artery disease: FLUCAD study. *Eur Heart J* 2008; 29(11):1350-1358.
3. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:2130-2139.
4. European Guidelines on cardiovascular diseases prevention in clinical practice (version 2012). *Eur Heart J* 2012; 33, 1635–1701.
5. Udell JA, Zawi R, Bhatt DL, Keshtkar-Jahromi M i wsp. Association Between Influenza Vaccination and Cardiovascular Outcomes in High-Risk Patients. A Meta analysis. *JAMA* 2013;310(16):1711-20.
6. International Guidelines for the Selection of Lung Transplant Candidates: 2006 Update. *J Heart Lung Transplant* 2006;25:745–55.