

TÜNETMENTES SZÍVELÉGTELENSÉG

Czuriga István dr.

*Debreceni Egyetem OEC,
Kardiológiai Klinika,
Debrecen*

Tünetmentes szívelégtelenségen a jelenleg általánosan elfogadott új AHA/ACC osztályozás definíciója szerint az A- és B-stádiumot értjük, vagyis a szívelégtelenség kialakulásának fokozott rizikóját, strukturális szívbetegség fennállása nélkül (A-stádium), és azt a strukturális szívbetegséget és/vagy balkamra-diszfunkciót, amelyben még nincsenek a szívelégtelenségre jellemző tünetek (B-stádium). Az USA-ból származó adatok szerint a teljes szívelégtelenségben szenvedő betegpopuláció kb. 60%-a tartozik az A-stádiumba, kb. 33%-a a B-stádiumba, 6%-a a C-stádiumba (balkamra-diszfunkció tünetekkel) és kevesebb mint 1%-a a D-stádiumba (terápiarefrakter szívelégtelenség). Ezen tények ellenére a klinikusok többnyire csak a C-stádiumra koncentrálnak, ami csak a „jéghegy csúcsa”, hiszen az egyre növekvő számú betegek döntő többsége a tünetmentes A- és B-stádiumba tartozik.

A-STÁDIUM

Az ide tartozó betegek a szívelégtelenség kialakulása szempontjából fokozott kockázatot jelentő rizikófaktorokkal (hipertónia, diabétesz, koszorúér-betegség, obesitas, metabolikus szindróma, csökkent vesefunkció, kardiotoxinok, bizonyos kemoterapeutikumok alkalmazása, családi anamnézisben familiáris cardiomyopathia) rendelkeznek. Számos klinikai vizsgálat igazolta, hogy ezen rizikófaktorok korai felismerésével és megfelelő kezelésével hatékonyan megelőzhető a szívelégtelenség kifejlődése. Különösen fontos a hipertónia megfelelő kezelése, mivel a legtöbb C-stádiumú szívelégtelenség háttérében kezeletlen hipertónia mutatható ki. A hipertóniás betegek optimális vérnyomáskontrolljára lehetőleg olyan gyógyszereket alkalmazunk, amelyek kedvező hatásúak szívelégtelenségben, illetve a szívelégtelenség kialakulásának megelőzésében (ACE-gátlók, ARB-k, béta-blokkolók). A vérnyomás célértéke alacsonyabb egyéb rizikófaktorok, például diabétesz vagy krónikus veseelégtelenség jelenléte esetén: 130/80, illetve 120/75 Hgmm. Fontos továbbá a diabéteszes betegek megfelelő vércukor-kontrollja, ACE-gátlóval vagy

ARB-vel történő kezelése, valamint a hyperlipidaemia kezelése statinokkal. Az ateroszklerotikus érbetegeket a bizonyítottan előnyös szekunder prevenciók kezelésben (aszpirin vagy clopidogrel, ACE-gátlók, statinok) kell részesíteni.

A fentiek mellett fontosak még az életmód-beli intervenciók (zsír- és sószegény étrend, optimális testsúly elérése, rendszeres testmozgás, dohányzási tilalom, nagymértékű alkoholfogyasztás és a szívizmot károsító toxinok, kábítószeres kerülése), valamint egyes endokrin betegségek (pl. hyperthyreosis), és a tartós tachyarrhythmia korai és megfelelő kezelése a szívelégtelenség megelőzésében.

B-STÁDIUM

Ide tartoznak azok a balkamra-diszfunkcióval és/vagy strukturális szívbetegséggel rendelkező betegek, akiknek szívelégtelenségre jellemző panaszuk nincsenek és korábban sem voltak. Ilyenek az akut miokardiális infarktusban szenvedő betegek nagyrésze, a megtartott vagy csökkent balkamra-funkciójú panaszmentes posztinfarktusz betegek, a



panaszmentes billentyűhibás betegek és a balkamra-hipertrófiával járó hipertóniás betegek. A B-stádiumban, az A-stádiumban javasoltak mellett fontos a balkamra-funkciókárosodás és/vagy strukturális szívbetegség korai felismerése, és lehetőleg a nagy klinikai tanulmányokban bizonyítottan kedvező kezelése alkalmazása.

Akut miokardiális infarktusból legfontosabb az elzáródott koszorúér korai megnyitása (primer PCI, trombolízis), majd a kombinált neurohormonális blokádnak (ACE-gátlók vagy ARB-k és béta-blokkolók), és az egyéb bizonyítottan kedvező szerek (ASA-, clopidogrel-statin, eplerenon) korai alkalmazása. A korábban miokardiális infarktust szenvedett, megtartott balkamra-funkciójú betegek szekunder prevenciójának standard gyógyszerei az ACE-gátlók (intolerancia esetén az ARB-k), a béta-blokkolók, az aszpirin (intolerancia esetén a clopidogrel) és a statinok.

Krónikus, csökkent bal kamrai szisztolés funkciójú, de panaszmentes betegeket tartós ACE-gátló (intolerancia esetén ARB), és béta-blokkoló kezelésben kell részesíteni. Panaszmentes, súlyos billentyűbetegségben szenvedő betegek esetén a szakmai irányelvekben megfogalmazott indikációknak megfelelően billentyűműtétet kell végezni, különösen akkor, ha a balkamra-funkció is károsodott. Balkamra-hipertrófiával járó hipertóniás betegeket a vérnyomásirányelvek szerinti kezelésben kell részesíteni, törekedve a hipertrófia regressziójára.

A tünetmentes szívelégtelenség kezelésének legfőbb célja a klinikai tünetekkel járó szívelégtelenség prevenciója. A primer és szekunder prevenció analógiáját alkalmazva, az A-stádiumú betegek kezelése jelenti a szívelégtelenség kialakulásának az elsődleges, a B-stádiumú betegek kezelése pedig a másodlagos megelőzését.

IRODALOM

1. Swedberg K, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task Force for the Diagnosis and Treatment of CHF of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26: 1115–1140.
2. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, et al. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure): developed in collaboration with the American College of Chest Physicians and the International Society for Heart and Lung Transplantation: endorsed by the Heart Rhythm Society. *Circulation* 2005; 112: 154–235.
3. Czuriga I, Dékány M, Édes I, et al. A krónikus szívelégtelenség diagnózisa és kezelése. *Kardiológiai Szakmai Kollégium irányelve. In: Kardiológiai Útmutató 3. Budapest: Meditio Kiadó; 2006. p. 65–106.*

AKKREDITÁLT, KLINIKAI SZEMLÉLETŰ, EGYÉVES HOMEOPÁTIÁS ALAPKÉPZÉST

indít a CEDH Hungária Homeopátiás Oktató Szervezet.

Sikeres vizsga esetén a hallgatók nemzetközi CEDH diplomát kapnak.
A tanfolyam a mindennapi orvosi gyakorlatban jól használható tudást biztosít.

Időpontok: Havonta 1 hétvége, 7 alkalommal. 2008. január 18-tól.
Péntek: 10.00–18.00 óráig, Szombaton: 9.00–16.00 óráig

Helyszín: Pécs Egyházmegyei Karitasz
7621 Pécs, Janus Pannonius u. 4.

Tanfolyami díj: 70.000 Ft+áfa
Jelentkezési határidő: 2007. december 21.

Jelentkezés: CEDH-Iroda 1111 Budapest, Bartók Béla út 28.
Telefon: (1) 209-5782 • fax: (1) 209-1793
E-mail: info@cedh.hu • honlap: www.cedh.hu

