



## FÓKUSZBAN A SZÍVELÉGTELENSÉG

### Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol



*A téma szakértője*  
**dr. Csurgó István,**  
*a Debreceni Egyetem, Orvos-  
 és Egészségtudományi Centrum,  
 Kardiológiai Klinikájának  
 osztályvezető főorvosa*

#### – Milyen cardiovascularis megbetegedések vezetnek szívelégtelenséghez?

– Leggyakoribb megbetegedések, amelyek szívelégtelenséghez vezethetnek: ischaemiás szívbetegség, myocardialis infarctus, hypertonia, primer szívizom-betegségek, toxikus ártalmak, infekciók.

#### – Vannak-e olyan vizsgálati paraméterek – laboratóriumi vagy ultrahanglelet –, amelyek figyelmeztethetnek későbbi szívelégtelenség kialakulására? Ha igen, melyek ezek?

– A későbbi szívelégtelenség esetleges kialakulására elsősorban a jól ismert cardiovascularis rizikófaktorok (hypertonia, hyperlipidaemia, dohányzás, diabetes mellitus) és cardiovascularis megbetegedések (elsősorban az ischaemiás szívbetegség, különösen a myocardialis infarctust követő szisztolés diszfunkció) esetén kell gondolni. A szívelégtelenség hátterében az esetek körülbelül kétharmadában ischaemiás szívbetegség áll. A klinikai tünetek megjelenése előtt, még a tünetmentes balkamra-diszfunkció fázisában megemelkedhet a plazmában az atrialis natriureticus peptid (ANP), valamint ennek inaktív végterméke (N-terminal-ANP) és a kamrák falában termelődő, úgynevezett brain natriureticus peptid (BNP) szintje. Ugyancsak még a tünetmentes szakban echokardiográfiás vizsgálattal felismerhetjük a balkamra-funkció károsodásának jeleit, például az ejekciós frakció csökkenését.

#### – Egységes kórkép-e a szívelégtelenség? A súlyosság megítélésére van-e a NYHA-stádiumoknál újabb ajánlás?

– A szívelégtelenség nem egységes kórkép, számos osztályozása lehetséges:

– A betegség klinikai súlyosságának megítélésére általánosságban a NYHA- (New York Heart Association) stádiumokat használjuk.

– Az ACC/AHA (American College of Cardiology/American Heart Association) új stádiumbeosztásában (A, B, C, D stádiumok) hangsúlyozottan jut kifejezésre a kórkép kialakulásának és progressziójának folyamata. Az új stádiumbeosztás kiegészíti, de nem helyettesíti a NYHA funkcionális osztályozást.

– A balkamra-funkció károsodásának jellege alapján szisztolés és diasztolés szívelégtelenség különíthető el, bár a két funkciózavar gyakran keveredik.

– A szívelégtelenség tüneteinek időbeni kifejlődése alapján beszélhetünk akut és krónikus szívelégtelenségről. A két kórkép patofiziológiája, klinikai képe és kezelése is alapvetően különbözik.

#### – Mikor van jelentősége a diasztolés szívelégtelenség igazolásának? Mi a tendő izolált diasztolés balkamra-elégtelenség, és mi a szisztolés és diasztolés elégtelenség együttes fennállása esetén?

– Diasztolés szívelégtelenségről csak izolált diasztolés diszfunkció esetén beszélhetünk. A dominálón diasztolés funkciózavar is gyakori jelenség, retrospektív vizsgálatok szerint a kórkép mintegy 30-40%-ában mutatható ki. Tisztán diasztolés szívelégtelenség gyanúja a klinikai gyakorlatban akkor merül fel, ha a szívelégtelenség tüneteit észleljük normális nagyságú vagy hypertrophiás szív, ischaemiás szívbetegség mellett vagy időskorban. Elsősorban a prognózis és a terápia szempontjából fontos az elkülönítés. A diasztolés szívelégtel-

enség morbiditása nagy, viszonylag korán, már a diszfunkció enyhébb foka mellett is panaszokat okozhat, szemben az izolált szisztolés diszfunkcióval. A diasztolés szívelégtelenség mortalitása viszont alacsonyabb, mint a szisztolés szívelégtelenségé: az éves mortalitás 5-8% között változik (koszorúér-betegség hiányában csak 2-3%), szemben a szisztolés szívelégtelenségben megfigyelhető 10-15%-os halálozással. A szívelégtelenség két típusának kezelésében a különbség a béta-receptor-blokkolók és a kalciumcsatorna-blokkolók adásában van. Szisztolés szívelégtelenségben a béta-receptor-blokkolókat fokozatosan feltittrált dózisban adjuk, míg megtartott szisztolés funkció mellett azonnal a kívánt szívfrekvencia-csökkentéshez szükséges nagy dózissal kezdhetjük a kezelést. A szívfrekvencia-csökkentő kalciumantagonisták (verapamil, diltiazem) szisztolés szívelégtelenségben nem adhatók, diasztolés szívelégtelenségben azonban a béta-blokkoló kezelés alternatíváját jelentik. Diasztolés szívelégtelenségben kerülni kell a direkt hatású arteriolatágítókat és a pozitív inotrop szereket, mivel ezek – szisztolés funkciózavar hiányában – tovább ronthatják a diasztolés funkciót.

#### – Mikor alkalmazunk digitáliszkészítményeket a szívelégtelenség kezelésében?

– A digitáliszt a szívelégtelenség kezelésében diuretikummal, ACE-gátlóval és béta-blokkolóval együtt alkalmazzuk olyan betegeknek, akiknek ezen gyógyszerek optimális dózisa mellett is panaszai vannak. A digitális adásának további indikációja a szívelégtelenség bár-



mely klinikai súlyossági formájához társuló, gyors kamrafrekvenciával járó pitvarfibrilláció. Kontraindikált azonban a szív telődését vagy a kamrák ejekcióját akadályozó állapotokban, mint például a diasztolés funkciózavar, a sinusrhythmusl járó mitralis stenosis, a szívelégtelenség nélküli aortastenosis, a hypertrophiás obstruktív cardiomyopathia. További ellenjavallatot képeznek bizonyos ritmuszavarok: bradycardia, II-III. fokú AV-blokk, súlyos kamrai arrhythmia, sinuscsomó-betegség, carotis sinus szindróma, WPW- (Wolff-Parkinson-White) szindróma, valamint bizonyos elektrolitzavarok (különösen a hypokalaemia).

**– Milyen tünetek esetén kell feltétlenül kórházba küldenie a háziorvosnak szívelégtelenségben szenvedő betegét?**

– A szívelégtelenség kezelése többnyire nem intézetben belüli feladat, a betegek döntő többségét járó betegként kezeljük. A háziorvosnak a szívelégtelenségben szenvedő betegét akkor kell kórházba küldenie, ha a szívelégtelenség tünetei fokozódnak, akkor viszont soron kívüli kardiológiai szakvizsgálatra van szükség a további teendők elbírálása végett. A szívelégtelenség akut dekompenzációja esetén természetesen a beteget haladéktalanul kórházba kell juttatni.

Pulmonalis pangás vagy heveny tüdőoedema észlelésekor a helyszíni ellátás legfontosabb eleme a gyors hatású intravénás kacsdiuretikum és oxigén adása.

**– Mennyi az optimális vérnyomás hypertonia talaján kialakult szívelégtelenségben, és melyek azok az antihipertenzívumok, amelyeket elsősorban alkalmaznunk kell?**

– Az optimális vérnyomás ugyanannyi, mint a legtöbb hypertoniás beteg esetében: a szisztolés vérnyomás

<120 Hgmm és a diasztolés vérnyomás <80 Hgmm. Az antihipertenzívumok közül szívelégtelenségben több gyógyszer (ACE-gátló, béta-blokkoló, diuretikum) a standard terápia része. Amennyiben ezeknek a szereknek a céldózisa mellett további vérnyomáscsökkentésre van szükség, akkor adható például a kalciumcsatorna-blokkolók közül a szívelégtelenség kimenetele szempontjából neutrális hatású amlodipin vagy felodipin.

**– Mi a tapasztalat a PDE-5-gátlók szerepéről szívelégtelenség kezelésében?**

– A szívelégtelenségben alkalmazott PDE-5-gátlókkal kapcsolatban, bár a kezdeti beszámolók kedvezőek, még nem áll rendelkezésre kellő számú bizonyíték ahhoz, hogy a klinikai gyakorlatban alkalmazzuk őket. Hemodinamikailag stabil szívelégtelenségben az erectilis diszfunkció kezelésére adható PDE-5-gátló a betegnek, ha nem szed nitrátszitményt, és egyéb kontraindikáció sem áll fenn.

**– A szívelégtelenség kezelésében elfogadott béta-receptor-blokkolókat mely betegeknek nem adhatjuk és miért?**

– Béta-blokkoló kezelést a szisztolés szívelégtelenség valamennyi klinikai stádiumában (NYHA I–IV) alkalmazni kell. Kivételt jelent a kontraindikáció vagy a gyógyszerrel szembeni intolerancia. A béta-blokkoló kezelést mindig ACE-gátlóval (kontraindikáció hiányában) és folyadékretenció esetén diuretikummal együtt javasolt végezni. A béta-blokkoló kezelés megkezdésének feltétele szívelégtelenségben a stabil hemodinamikai állapot és a klinikailag számottevő folyadékretenció hiánya.

A béta-blokkoló adásának kontraindikációi: az adott szerrel szemben fennálló túlérzékenység, asthma bronchiale,

súlyos obstruktív légúti betegség, valamint tüneteket okozó bradycardia és magas fokú AV-blokk megfelelő pacemakerkezelés nélkül.

**– Milyen mellékhatásokra kell odafigyelni a szívelégtelenség gyógyszeres kezelése során?**

– Elsősorban azokra a jól ismert mellékhatásokra kell odafigyelni, amelyek a standard gyógyszerek (ACE-gátlók, béta-blokkolók, diuretikumok, aldoszteronantagonisták, digitális) adásával együtt járhatnak. Alapvető szabály, hogy az egyes gyógyszerek kis dózisaival kezdjük a kezelést, majd megfelelő titrációval próbáljuk a nagy klinikai tanulmányokban kedvezőnek bizonyult céldózisokat elérni. A dózisémelek között minimum két hétnek kell eltelnie, szükség esetén ez azonban ennél hosszabb is lehet.

**– Középkorú nőismerősöm – jó fizikai kondíciójú, relatíve egészséges életmódot folytat – kérte, hogy végezzünk szűrővizsgálatot, annak ellenére, hogy panaszmentes. Kiderült, hogy vérnyomása a normális felső határán mozog, azt néha meg is haladva – 24 órás ABP-vel kimutatva –, a szív-ultrahangvizsgálat során kismértékű diasztolés zavart észleltek, a vérzsírok szintje a normálisnál kissé magasabb, a vércukor- és az ergometriás vizsgálat negatív volt. Kell-e gyógyszeres kezelést kezdeményezni, vagy maradjunk az életmód-változtatás forszírozásánál? Mi határozza meg, hogy mikor kell gyógyszereket adni?**

– Ebben az esetben gyógyszeres kezelésre nincs szükség, elegendő az életmód-változtatás. A gyógyszeres kezelés megkezdését, adott beteg esetében, a preventív irányelvek alapján meghatározott cardiovascularis kockázati szint befolyásolja.

**VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!**

Kérjük, hogy levelüket az alábbi címre küldjék:  
DR. KRAMER IMRE  
Postacím:  
Lege Artis Medicinae,  
1539 Budapest, Postafiók 603.  
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu

Tervezett témáink:  
Heveny hasmenéssel járó kórképek a háziorvosi gyakorlatban  
– dr. Szalka András  
Gyulladásos bélbetegségek  
– dr. Nagy Ferenc

A válaszok a felkért szakemberek egyéni szakmai tapasztalatát, véleményét tükrözik.