

## VII. Debreceni Kardiológiai Napok

2002. március 7–9.

Immár hetedszer rendezték meg a Debreceni Kardiológiai Napokat, amely az elmúlt években az egyik rangos hazai posztgraduális fórummá nőtt. A több mint 1200 regisztrált résztvevő a lassan hagyományosnak tekinthető aktuális kardiológiai témakörök mellett olyan elméleti kardiológiai előadásokat is meghallgathatott, amelyek a DAB Izomkutató és Kardiológiai Munkacsoport védnökségével jöttek létre; a szekcióban rangos külföldi – az Amerikai Egyesült Államokból, Hollandiából, Franciaországból és Németországból érkezett – kutatók tartottak előadásokat. Új színfoltja volt a Debreceni Kardiológiai Napoknak a kongresszus előtti „satellit meeting”: élő közvetítés során, izgalmas esetbemutatókon keresztül ismerkedett meg a hallgatóság a Kardiológiai Klinika Hemodinamikai Laboratóriumában folyó intervencionális kardiológiai módszerekkel (PTCA, stentimplantáció). Hagyományteremtő kezdeményezésnek tekinthető, hogy a Magyar Kardiológiai Társaság egyes munkacsoportjai önálló tudományos előadásokkal szerepeltek. Elsőként az echokardiográfiás munkacsoport számolt be a legfrissebb aktualitásokról. *Lengyel Mária* a nyitott foramen ovale (PFO) diagnózisának nehézségeiről és a kórkép klinikai jelentőségéről beszélt. Hangsúlyozta, hogy a nyitott foramen ovale diagnózisára a multiplan transoesophagealis echokardiográfia (TEE), jobb-bal sőnt esetén pedig perifériás kontrasztinjekció után a bal pitvar opacifikációjának vizsgálatára a transthoracalis vagy transoesophagealis echokardiográfia a legalkalmasabb. Új eljárás a transmitralis Doppler- (TMD-) technika kontrasztbeadással, amely a mitralis görbén látható buborékok számán, illetve buboréktelődési spektrumon alapul. Különösen nehéz a nyitott foramen ovale és a stroke kapcsolatának igazolása, ehhez rendszerint az agyi ischaemia kimutatásán kívül az emboliaforrás hiánya, a paradox embolia klinikai jelei (például mélyvénás thrombosis vagy thrombus a szívben) és számottevő PFO ( $\geq 5$  mm,  $\geq 20$  mikrobuborék) is szükséges. *Varga Albert* a terheléses echokardiográfia újdonságairól, *Hegedűs Ida* a koszorúérgraftok echokardiográfiás megjelenítésének lehetőségeiről számolt be. A kongresszus fő témája a cardiovascularis prevenció volt, amit az egészségügyi kormányzat népegészségügyi programjának közelmúltbeli meghirdetése tett aktuálissá. Érdekes előadások hangzottak el a népegészségügyi program jelentőségéről, különösen annak közgazdasági vonatkozásairól, egészségpolitikai vonzatairól. Az előadásokat hite-

les személyek, a program kidolgozói tolmácsolták, magát a részletes programot *Farsang Csaba* ismertette a hallgatósággal. A prevenció szekció második részében a gyógyszerek cardiovascularis protekciót előidéző hatásáról hallhattunk. *De Châtel* professzor kiemelte, hogy az ACE-gátlókról a szívelégtelenséggel, szívinfarkttal és a balkamra-hypertrophiával kapcsolatban írtak le meggyőző bizonyítékokat. Az utóbbi időben a diabetes mellitusban szenvedő betegekről jelentek meg olyan adatok, hogy ACE-gátlók a cardiovascularis morbiditásnak és mortalitásnak az antihipertenzív hatást meghaladó mértékű csökkenését képesek előidézni (SHEP, HOT vizsgálat), és különösen meggyőzően hatottak a diabetes mellitus szövődményeire (STOP-2, HOPE, Micro-HOPE vizsgálat). Stroke esetén kevésbé egyértelműek az adatok, de a HOPE vizsgálat alapján feltételezhető a ramiprilalapú kezelés jótékony hatása. A nemrég lezárult PROGRESS vizsgálatban a perindopril monoterápiában adva nem, viszont diuretikummal kombinálva lényegesen csökkentette a stroke okozta mortalitást. A kalciumantagonistákkal végzett vizsgálatok metaanalíziseiből leszűrt eredményeket *Vályi Péter* ismertette; a hozzájuk fűzött kommentárok azt a feltételezést tartalmazták, hogy a kalciumantagonisták kevésbé hatékonyak és drágábbak is a hagyományos, például  $\beta$ -receptor-blokkolóval,

*A nemrég lezárult PROGRESS vizsgálatban a perindopril monoterápiában adva nem, viszont diuretikummal kombinálva lényegesen csökkentette a stroke okozta mortalitást.*

diuretikummal végzett kezeléseknél. Hypertoniában a kalciumantagonisták hatékonysága megegyezik a konvencionális szerekkel (STOP-2, INSIGHT tanulmány), de a nephroprotectio szempontjából kevésbé hatékonyak, mint az ACE-gátlók vagy az angiotenzinreceptor-1- (AT1R-) gátlók, sőt, az IDNT vizsgálatban az amlodipin hatása a placebóval egyezett meg. Az ELISA és a PREVENT vizsgálatok alapján azonban feltételezhető, hogy a lacidipinnek és az

amlodipinnek jelentős antiatherogen tulajdonsága is van. Mindkettő hatékonyan csökkentette az intima-media vastagságot az arteria carotisokban; az amlodipinterápia esetén az instabil angina pectoris jelentkezésének és a coronariaintervenciót igénylő beavatkozásoknak a száma is jelentősen, 33%-kal és 43%-

*Az ELISA és a PREVENT vizsgálatok alapján feltételezhető, hogy a lacidipinnek és az amlodipinnek jelentős antiatherogen tulajdonsága is van.*

kal csökkent. A CAPARES vizsgálatban az amlodipin hatékonynak bizonyult a restenosisok kivédésében (az ismételt PTCA-k száma 61%-kal csökkent), és 50%-kal csökkentette az összesített klinikai végpontot is. A statinok cardiovascularis morbiditást és mortalitást csökkentő, kiemelkedő hatását ma már senki sem vitatja, azonban a cerivastatinnal kapcsolatos sajnálatos mellékhatások a statin csoport összes tagját a média fókuszába állította. A lipidcsökkentők kombinációjáról Császár Albert számolt be. Kiemelte, hogy kétségtelenül a statin-fibrát kombináció a leghatékonyabb, viszont ebben az esetben várható leginkább mellékhatásként myopathia és rhabdomyolysis fellépése; azonban ez rendszerint ritkán fordul elő és gondos ellenőrzéssel elkerülhető. Hangsúlyozta, hogy először mindig az adott statin maximális dózisu adagolásával érdemes próbálkozni, majd a kockázat/haszon gondos mérlegelésével jön szóba a kombinálás. A statinok metabolizmusa közti különbségek alapján a fluvastatin esetén várható a legkevesebb mellékhatás, és a fibrátok közül a fenofibrát alkalmasabb a kombinált terápiára, mint a gemfibrozil. A statin-fibrát kombináció mellett egy új típusú szer adására is felhívta a figyelmet; ez az ezetimib, amely specifikusan a vékonybélben gátolja a koleszterin felszívódását. Karádi István is hangsúlyozta előadásában, hogy a statin-fibrát kombináció megfelelő kontroll (gyakori transzamináz-, CK-megha-

*A statinok metabolizmusa közti különbségek alapján a fluvastatin esetén várható a legkevesebb mellékhatás, és a fibrátok közül a fenofibrát alkalmasabb a kombinált terápiára, mint a gemfibrozil.*

tározás) mellett biztonságosan alkalmazható, rendszerint elérhető a célérték és az biztonságosan fenn is tartható. Nagy Viktor az ischaemiás szívbetegségben szenvedő nőknél alkalmazott hormonpótló kezelés ered-

ményeinek elemzésére vállalkozott. Jelenlegi ismereteink szerint az ellentmondásos klinikai eredmények miatt szekunder prevenció céljából e kezelés beállítása nem ajánlott, de a már megkezdett terápia folytatásának jótékony hatása nem kizárt (HERS vizsgálat); primer prevencióra jelenleg a megkezdett vizsgálatok lezárásáig hormonpótló kezelés nem javasolt (WHI, WISDOM vizsgálat). Cardiovascularis esemény vagy immobilizálás során a thromboembolia-profilaxis indítása mellett megfontolandó a hormonpótló kezelés felüggesztése.

Külön szekció foglalkozott az akut coronariaszindrómákkal, ezen belül nagy hangsúlyt kapott az instabil angina/ST-elevációval nem járó myocardialis infarctus és az ST-elevációval járó myocardialis infarctus invazív kezelése. Keltai Máttyás a FRISCI és a TACTICS vizsgálatok eredményei alapján beszámolt arról, hogy az invazív kezelés előnye különösen a nagy kockázatú, troponinpozitív csoportban mutatkozott meg; hangsúlyozta, hogy az invazív kezelés is csak megfelelő thrombocytaaggregáció-gátló (acetilszalicilsav, clopidogrel) és plakkstabilizáló terápiával együtt hatékony ( $\beta$ -receptor-blokkoló, statin). Rónaszéki Aladár ismertette a thrombocytaaggregáció-gátló kezelés és a

*Az invazív kezelés is csak megfelelő thrombocytaaggregáció-gátló és plakkstabilizáló terápiával együtt hatékony.*

heparinterápia legújabb eredményeit instabil angina pectorisban szenvedőknél. A korábbi acetilszalicilsav vagy acetilszalicilsav+ticlopidin kezeléshez képest a CAPRIE és a CURE vizsgálat alapján a clopidogrel egyértelmű előrelépést jelent, mivel nemcsak a cardiovascularis eredetű halálozást, hanem a sokszor gondot okozó mellékhatások számát (neutropenia, thrombopenia) is jelentősen csökkentette. A glikoprotein IIb/IIIa-receptor-antagonisták különösen a tervezett percutan intervenció előtt-alatt adva hatékonyak, vagyis a nagy kockázatú betegek kezelésében effektívek, adásuk a vérzéses szövődmények kismértékű növekedésével jár együtt. Az alacsony molekulatömegű heparinok adásával még nincsenek meggyőző adatok, ezért rutinszerű adásuk nem ajánlott, csak szelektált, súlyosabb, konzervatív kezelésben részesülő betegeknél jön szóba, az esetleges invazív megoldásig. A thrombolysis versus primer PTCA vitában is több nagyszerű előadást hallhattunk Préda Istvántól, Kiss Róberttől és Ungi Imrétől. A primer PTCA, különösen stentimplantációval kombinálva, pillanatnyilag a leghatékonyabb revascularisatiós eljárás az infarctus kezdetétől számított 6–12 órán belül (Stent-PAMI, CADILLEC vizsgálat), olyan intézményben, ahol a szükséges eszközök és szakmai tapasztalat rendelkezésre áll. Mivel nemcsak hazánkban, hanem világszerte, különösen a nap 24 órájában a hemodinamikai kapaci-

tás nincs mindenhol biztosítva, valószínűleg még sokáig a thrombolysis marad az első választandó terápiás eljárás.

A szívelégtelenség témájának programba iktatását az európai és egyesült államokbeli kardiológiai társaságok (ESC, AHA/ACC) legfrissebb szakmai ajánlásainak megjelenése is szükségessé tették. Valószínűleg még

*A clopidogrel egyértelmű előrelépést jelent, mivel nemcsak a cardiovascularis eredetű halálozást, hanem a mellékhatások számát is jelentősen csökkentette.*

sokszor elemezni fogják a  $\beta$ -receptor-blokkolók és az AT1R-blokkolók kedvezőtlen együtt hatásának okait – különösen, ha egyidejű ACE-gátló kezelés is folyik –, ezért a nemzetközi ajánlásokhoz hasonlóan az előadók (Forster Tamás, Dékány Miklós) hangsúlyozták a komplett neurohormonalis gátlás (ACE-gátló, AT1R-inhibitor,  $\beta$ -receptor-blokkoló) kezelésének kerülését szívelégtelenségben. Dékány Miklós a  $\beta$ -receptor-gátlókkal kapcsolatban kiemelte, hogy napjainkra a standard kezelés részévé vált a rutinszerű  $\beta$ -receptor-gátló kezelés, még NYHA I sádiumban is (B szintű evidencia az ACC/AHA ajánlásban). Édes István a pozitív inotrop szerek új csoportjáról, a kalciumérzékenyítő hatású levosimendanról beszélt. Ez az első pozitív inotrop készítmény, amellyel kapcsolatban mortalitáscsökkentő hatásról számoltak be (LIDO,

*A szívelégtelenség kezelésében egy új gyógyszer csoport is körvonalazódik, az endotelin antagonisták csoportja.*

RUSSLAN vizsgálat). A szívelégtelenség kezelésében egy új gyógyszer csoport is körvonalazódik, az endotelin antagonisták csoportja ( $ET_A$ - és  $ET_{A+B}$ -receptor-antagonisták), erről Czuriga István tartott előadást. Az endotelin antagonistákkal kapcsolatos kezdeti eredmények nagyon biztatóak, de a számos megoldatlan probléma miatt (például hepatotoxicitás) egyelőre még nem részesül a standard kezelésnek.

A korábbi évekhez hasonlóan idén is nagy sikerű, színvonalas kongresszus résztvevői lehettünk, amit a kongresszus új helyszínén, a korábbi Kossuth Lajos Tudományegyetem történelmi falai között, annak díszudvarán nagyszabású, méreteit tekintve is impozáns kiállítás egészített ki.

dr. Mohácsi Attila  
DEOEC, Kardiológiai Klinika

TUDOMÁNYOS KVÍZ

1. Milyen gyakran fordul elő a post partum depresszió?

- a) Csaknem minden szülés után.
- b) 2–20%-ban.
- c) 0,1–0,2%-ban.

2. Melyek a szüléshez társuló pszichiátriai kórképek kezelésének elfogadott módjai?

- a) Csak gyógyszereket használnak.
- b) Csak pszichoterápia alkalmazható, mivel a gyógyszerek kiválasztódnak az anyatejfel.
- c) Komplex, egyénre szabott terápiás terv szükséges a pszichoterápiás, gyógyszeres és szociális kezelési formák ötvözésével.

3. Mi jellemzi a rheumatoid arthritisben kialakuló lokális csontvesztést?

- a) Normális csontforgalom.
- b) Az ízületeket övező scleroticus csontszegély.
- c) Fokozott csontújdonképződés.

4. Melyik állítás igaz?

- a) Rheumatoid arthritisben nagyobb a csontvesztés mértéke, mint szisztémás lupus erythematosusban.
- b) Szisztémás lupus erythematosusban magasabb a törések száma.
- c) Rheumatoid arthritisben nem alakul ki lokális csontvesztés.

5. Az alábbiak közül melyik nem szerepel a köhögési syncope patomechanizmusában?

- a) Fokozott vagustónus.
- b) Cerebrális perfúziós zavar.
- c) Fokozott vénás visszaáramlás.

6. Melyik paraméter jellemző köhögési syncope-ra?

- a) Vérnyomás-emelkedés.
- b) Megtartott agyi perfúziós nyomás.
- c) Magas intrathoracalis nyomás.

7. Az alábbi betegségek közül melyik okozhat restriktív cardiomyopathiát?

- a) Phaeochromocytoma.
- b) Amyloidosis.
- c) Neurofibromatosis.
- d) Hypothyreosis.

8. Melyik állítás hamis?

- a) A PROGRESS vizsgálatban a perindopril mind monoterápiában, mind diuretikummal kombinálva lényegesen csökkentette a stroke okozta mortalitást.
- b) A lacidipinnek és az amlodipinnek jelentős antiatherogen tulajdonsága is van.
- c) A primer PTCA jelenleg a leghatékonyabb revascularisatiós eljárás a szívinfarktus kezdetétől számított 6–12 órán belül.

Tisztelt Olvasóink! A Tudományos kvíz megfejtését faxon (316-9600), levélben (Literatura Medica Kiadó, 1539 Budapest, Pf. 603), vagy vevőszolgálatunk e-mail címére (adis@elender.hu) küldjék el, nevük és pontos címük feltüntetésével.

A beküldés határideje: 2002. április 12. A helyes megfejtők között három értékes művészeti albumot sorsolunk ki. A nyerteseket értesítjük, a jutalomkönyveket postán küldjük el. A megfejtéshez sok sikert kívánunk!

A 2002. februári számban megjelent Tudományos kvíz helyes megfejtése a következő:

1. c; 2. b; 3. c; 4. a; 5. b; 6. c; 7. b; 8. b; 9. a.  
Nyertesek:

dr. Wirtz Ferenc, 3418 Szentistván

dr. Kósa Judit, 1149 Budapest

dr. Szokolczai István, 1052 Budapest

Gratulálunk! Nyereségeiket a Taschen Kiadó képzőművészeti albumaiból válogattuk.