

VIII. Debreceni Kardiológiai Napok

2003. március 5–8.

Immár nyolcadik alkalommal rendezték meg a hagyományosnak számító Debreceni Kardiológiai Napokat; a magas színvonalú előadásokat hallván a megjelentek elégedetten távozhattak a zárzó után.

A kongresszus első napján az invazív kardiológia iránt érdeklődők az Interaktív hemodinamikai fórum látogatóiként meggyőző élményben részesültek.

A második napon részletes helyzet-elemzés hangzott el a cardiovascularis morbiditás és mortalitás trendjeiről, majd az egészség évtizedének Johan Béla Programját és annak Szív- és érrendszeri alprogramját ismertették. Rendkívüli jelentőségű lenne, ha végre valóban a helyén kezelnénk a prevenció kérdését, mivel minden további késlekedés ezen a téren indokolhatatlan és elfogadhatatlan. Az is lehetetlen, hogy a közszolgálati médiumok ne önként segítsék ezt, az amúgy is szűkös forrásokat tovább apasztva. Az ide befektetett pénz ugyan nem három-öt év alatt térül meg, sőt, bizonyos értelemben hosszú távon nincs is globális anyagi megtérülés, azonban el-

képesztő számú elkerülhető rokkantságról és elodázható halálózásról (és megnyerhető minőségi évekről!) van szó; a mostani helyzet méltatlan az Európai Unió bármely tagországának – így Magyarországnak – lakosságára nézve. Reméljük, hogy ezúttal valós a politikai szándék a program támogatására, és sikerül végigvinni az elképzeléseket. Különben nehezen kerülhet el – az orvosok szándékától teljesen függetlenül – a kockázati tényezők további medikalizációja.

Nagyon érdekes előadásokat hallottunk az ismert rizikótényezők egy részének menedzseléséről; egyértelműen körvonalazódik egy megfelelően felépített, társadalmi szintű prevenció program igénye. A felnőtt lakosság 5–25%-át érintő eltérésekről volt szó – hyperlipidaemia, metabolikus szindróma, kóros homociszteinszint, hypertonia, diabetes mellitus –, ez nyilvánvalóvá teszi a döntően *nem* orvosi/gyógyszeres befolyásolás igényét. Minden lehetőséget meg kell ragadni az életmódbeli tényezők populációs szintű módosítására; nagyfokú józanság szükséges az indokolatlan medikalizáció kiszorításának érdekében, különben rövidesen kimerülhetnek a betegellátásra fordítható forrása-

ink. Ebben az ügyben valamennyi felelős nem csak verbális összefogása szükséges.

Több előadásban taglalták az egyre súlyosabb egészségügyi és egyéb terheket jelentő szívelégtelenség kezelésének újabban vizsgált lehetőségeit. Egyelőre nincs okunk átírni a gyógyszeres kezelés stratégiáját, mivel az újabb irányban végzett vizsgálatok gyakorlatilag eredménytelenek. Egyedül a levosimendan állta ki a klinikai vizsgálatok próbáját és vonulhat be pozitív inotrop szerként(!) terápiás eszköztárunkba. A „műszívek” egyelőre nem jelentenek valós megoldást, viszont egyértelműnek látszik a társuló anaemia megfelelő kezelésének igénye. (Még kérdés, hogy kiknek adhatjuk majd az eritropoetint.) Érdekes és ígéretes út a bal-Tawara-szár-blokk melletti biventricularis pace-elés lehetősége; ennek során úgy javítható az ejekciós frakció, hogy a szív O₂-igénye csökkenhet közben. Sok, rossz balkamra-funkciójú bal-Tawara-szár-blokkos beteg életét könnyítheti meg, ha a prospektív vizsgálatok pozitívan zárulnak és a kezelés ténylegesen hozzáférhetővé válik. A különböző genetikai manipulációk sorsa egyelőre bizonytalan. Nagyon érdekes kísérletek és klinikai vizsgálatok folynak; áttöréseket és csatlódásokat egyaránt hozhatnak.

A kongresszus második délutánján nyolc gyógyszer-gyári szimpózium közül ötben foglalkoztak – legalább részben – az angiotenzinreceptor-blokkolók valamelyikével, két-két helyen pedig az ACE-gátlókkal, valamint a statinokkal.

A kongresszus harmadik napján az ischaemiás szívbetegség talán leggyorsabban változó, kiterjedő ismereteket nyújtó területét, az akut coronaria szindrómák problémakörét járták körül. Elsőként a haemorrhológiai változások széles skálájáról, befolyásolásuk bizonyos lehetőségeiről hallhattunk; a szívizom oxidatív károsodásának kivédését célzó új, hazai fejlesztésű kísérleti szerről is beszámoltak. A korai rizikósztratifikálás lehetősége kiemelkedő jelentőségű a kivizsgálás és kezelés agresszivitásának megtervezésében. A hagyományosnak számító paramétereken túl már nemcsak krónikus ischaemiás szívbetegség esetén, hanem akut coronaria szindrómában is lassan egyértelművé válik a hs-CRP prediktív értéke. Az akut coronaria szindróma konzervatív kezeléséről szóló összefoglalóban gondosan felépítve szóltak a definíció, a patofiziológia, a diagnosztika és a követendő kezelési stratégiák együtteséről. A megfelelő antithromboticus kezelés igénye

A szív-
elégtelenség
kezelésében
a pozitív
inotrop szerek
közül egyedül
a levosimendan
állta ki
a klinikai
vizsgálatok
próbáját.

régóta egyértelmű, mára a lehetőségeink is kiszélesedtek. Sajnálatos, hogy betegeink nem mindig juthatnak hozzá a számukra optimális – clopidogrel-acetilszalicilsav – kezeléshez, vagy ehhez a büntetés kockázatát kell felvállalnia az orvosnak, a legalábbis kétértelmű rendelet miatt. Itt is kitűnt a statinokkal kapcsolatos szemléleti változás igénye. (Én ezt a szemléletváltoztató igényt kiterjesztem a hs-CRP prediktív értékének beszámítására is.) Részletesen megismerhettük az akut coronaria szindrómában szenvedő betegek jelenleg optimálisnak tartott kivizsgálási és kezelési stratégiáján belül a sürgető invazív útra küldés igényét jelentő indikációkat és a választható megoldási lehetőségeket. Egyértelmű a percutan coronariaintervenció (PCI) módszereinek előretörése ezen a téren, bár a tartós eredményesség eléréséig még sok a teendő. Nagyon öröndetes előrelépésről hallhattunk kitűnő összefoglalót: a PCI-centrumok elkötelezettsége miatt mára nálunk is egyre több beteg részesülhet ST-elevációval járó myocardialis infarctus esetén direkt PCI-kezelésben, s ez egyértelműen javította a betegek kórházi túlélését. A hosszabb távú túlélés kérdése még nem dőlt el, de aki időt nyer... – nagyon öröndetes ez az előrelépés! Az utolsó előadásban az antithromboticus szerek széles palettájáról adtak igen érdekes helyzetértékelést; főleg az acetilszalicilsav-kezelés megkerülhetetlenségét, a GP IIB/IIIa-blokkolók használatának egyértelműen túlzott voltát és a clopidogrel iránti igény megalapozottságát jegyeztük meg. Ismételen kiemelték az adekvát PCI-időpont megtalálásának szükségességét. (Kérdésem: Ha a CURE vizsgálatban létrehoznak egy, csak clopidogrelt kapó csoportot is, az nem ad-e jobban értelmezhető eredményt az acetilszalicilsav-clopidogrel kombináció valódi értékéről?)

A pitvarfibrilláció rendkívül fontos kérdéseiről – klaszifikáció, kezelési stratégiák, antikoaguláns kezelés és nem farmakológiai terápia – hallhattunk összefoglalókat. A kitűnően összeállított programból jól érezhető volt a gondolkodás és a terápiás szemlélet rendezésére irányuló nemzetközi igény. Az egyértelmű lépések mellett ez nagyon nehéz; feltétlenül szükséges még néhány részletes elemzés az elmúlt évek vizsgálataiból, valamint a folyamatban lévő vizsgálatok befejezése. Kinél érdemes határesetben a sinusrythmus megtartására törekedni; mely szerekekkel és kinél elég biztosan a frekvenciakontroll? Mi lesz az antikoaguláns kezelésben a kumarinszármazékok jövője, ha biztonságosabb új szer(ek) kerül(nek) a kezünkbe? Lesznek-e jobb, egyszerűbb és biztonságosabb elektromos kezelési lehetőségek, s az eddigiek hová illeszkednek?

A párhuzamos szekciókban interaktív esetprezentációkat és kísérletes kardiológiai témákról szóló előadásokat hallhattak az érdeklődők.

Az utolsó napon részletesen ismertették a tünetmentes billentyűhibákkal élő betegek menedzselésének elveit, majd a műtéti időpont lehető legoptimálisabb megválasztásának fontosságát és paramétereit, a beteg gondos követése mellett. Szívbillentyűhibával vállalt terhesség esetén fontos a gondos ellenőrzés, de többnyire egyéni döntések szükségesek, mivel nincsenek

részletes szabályok. Tanulságos, illusztrációkban gazdag, kitűnő ismertetés hangzott el a műbillentyűs betegek legfontosabb szövődményeinek – thrombosis, infektív endocarditis – korai diagnosztikájáról és kezeléséről. Nem hangsúlyozható elégszer a korrekt antikoaguláns kezelés és az infektív endocarditisszel kapcsolatos profilaxis fontossága. Végül a hazai szívsebészet tavalyi teljesítményéről – nincs szégyellnivalónk! – és a billentyűmegtartó műtétek jelentőségéről hallhattunk. Kívánatosnak tűnik a mitralis insuffitientia műtéti megoldására külföldön lényegesen jobban elterjedt technika szélesebb körű hazai alkalmazása.

Beszámoltak a Euro Heart Survey vizsgálatok eredményeiről; ebben Magyarország is részt vett. A keringési elégtelenség diagnosztikája és kezelése kapcsán nekünk is vannak még tartalékaink. A kockázati tényezők szerepe az egyes ischaemiás kórképek patogenezisében még újabb adatokkal szolgál, tovább pontosítandó az akut coronaria szindróma kezelésének feltételrendszere. A szívbillentyűbetegségek gyakorisága a különböző „égtájak” szerint más és más, a műtéti megoszlások gyakorisága szintén. (Terjednek a korábbi műtétek; mitralis insuffitientia miatt az esetek felében billentyűmegtartó műtét történik Nyugat-Európában!) Magas szinten összefogott előadást hangzott el a *stunned* és a *hibernált* myocardiummal kapcsolatos új koncepciókról és az ischaemiás prekondicionálásról. Nagyon fontos annak hangsúlyozása, hogy a különböző ischaemiás állapotban lévő myocardiumterületek egyszerre vannak jelen a koszorúérbeteg szívizomzatában, ez különböző kockázatot jelent.

A pulmonalis embolia kapcsán két hibalehetőség van. Az egyik az aluldiagnosztizálás, a másik (sokkal ritkább) a túldiagnosztizálás. A jelenleg talán legjobbnak tartható diagnosztikus algoritmus kötelezően tartalmazná a D-dimer-meghatározás melletti spirál-CT-vizsgálat vagy a pulmonalis angiográfia elvégzését is, azonban ezek nem állnak kellő számban rendelkezésre az ellátóhelyeken. A líziskezelés egyértelműen csak hemodinamikai instabilitás esetén ajánlott.

Végül, de nem utolsósorban remek áttekintést kaphattunk arról, hogy a gyógyszergyárak készítése ellenére bizonyos dolgok igen egyszerűek a hypertonia kezelésében: a beteg vérnyomását szinte bármilyen szerrel csökkentve jól teszünk; az esetek kétharmadában kombináció szükséges; nincsen privilegizált gyógyszer, de a nephroprotectio leginkább a renin-angiotenzin rendszer modulálásával érhető el; *nagyon fontos az életmódbeli prevenció!* A költséghatékonyság szempontjait figyelembe lehet és kell vennünk. Így nem kerülhető meg a diuretikumok használata és gyakori alkalmazása kombinációban.

Köszönjük a magas színvonalú kongresszust a szervezőknek.

dr. Sereg Mátyás

Bizonyos dolgok igen egyszerűek a hypertonia kezelésében: a beteg vérnyomását szinte bármilyen szerrel csökkentve jól teszünk; az esetek kétharmadában kombináció szükséges.
