

# A szívelégtelenség terápiajának optimalizálása

Idősödő társadalmunkban a szívelégtelenség előfordulásának növekedése folyamatos kihívást jelent orvosok és betegek számára egyaránt. Európa 22 országát vizsgálva a szívelégtelenség a kórházi felvételek elsődleges okaként 0,3-3,7% közötti gyakorisággal szerepel. Nem véletlen, hogy az Európai Kardiológus Társaság barcelónai kongresszusán több szimpózium témáját adta a kórképpel kapcsolatos ismeretek megbeszélése. Ezek egyike a kezelés késlekedés nélküli optimalizálására fókuszált, ami a szívelégtelen betegek jobb életkilátásának egyik sarokköve.

## Pillanatfelvétel a jelen helyzetről

*Michel Komajda* professzor előadásában a csökkent ejekciós frakciójú szívelégtelen betegek (HFrEF) gyógyszeres kezelésének sikerességét vette górcső alá, és arra kereste a választ, hogy mennyiben valósulnak meg a guideline ajánlásai a mindennapi gyakorlatban a gyógyszerfelírást és -adagolást illetően, illetve az adherencia milyen módon befolyásolja a klinikai kimenetelt. A szívelégtelenség kórlefolását időről időre kórházi kezelésekként jellemzik. Az előadó elmondta, hogy míg a szívelégtelenség miatti kórházi kezelés után a hazabocsátást követő 30 napon belüli újbóli kórházi kezelésekként aránya növekszik, addig Európában a 30 napos mortalitás csökken.

A szívelégtelenség kezelésére vonatkozó aktuális irányelv HFrEF esetén 5 olyan gyógyszeres csoportot jelöl meg, amelyek hatása bizonyított előnyt jelent a klinikai kimenetelre vonatkozóan. A gyógyszerrendelést illetően ezek – ACE-gátló/ARB, béta-blokkoló, MRA, diuretikum, ivabradin – felírási aránya egyre jobb tendenciát mutat, azonban az aluldozírálás továbbra is fontos kérdés maradt világszerte. Az ESC regisztere szerint például az ACE-gátló vonatkozásában csupán a betegek 29,3%-a, béta-blokkoló vonatkozásában pedig csak 17,5%-a van céldózison. Ebben egyrészt nagy szerepet játszik a betegek nem megfelelő adherenciája, ami mögött számos ok húzódik meg, másrészt hozzájárul az is, hogy a kórházi elbocsátást követően hosszú idő telik el – a párizsi egyetemi kórház kutatása szerint  $45 \pm 28$  nap –, míg a beteg megjelenik az első viziten.

## Szívelégtelenségben a szívfrekvencia prediktív tényező

*Michael Böhm* professzor előadásában arra hívta fel a figyelmet, hogy a szívelégtelen beteg legkritikusabb időszaka a kórházi elbocsátást követő 30 nap. A kezelést illetően az a célkitűzés, hogy lefedje ezt a vulnerábilis időszakot és csökkentse a hospitalizációt. A szívfrekvencia csökkentése önmagában igen kedvező a szívelégtelenségben szenvedő beteg életkilátása szempontjából. Ezt a SHIFT-vizsgálat bizonyította elsőként, ahol krónikus szívelégtelenségben csökkent ejekciós frakció és 70/percnél magasabb nyugalmi szívfrekvencia esetén a standard kezeléshez hozzáadott ivabradin szignifikánsan javította a morbiditást és a mortalitást. A kedvező eredmény

minden vizsgált alcsoportban igazolható volt: béta-blokkoló kezeléstől, életkortól, nemtől, cukorbetegségtől, hipertóniától, a betegség etiológiájától és a NYHA stádiumtól függetlenül. Ezek az előnyök már az ivabradin kezelés első három hónapja után megmutatkoztak úgy, hogy közben a betegek az útmutató szerint ajánlott (béta-blokkoló: 89%, ACE-gátló/ARB: 91%, diuretikum: 84% és aldoszteron antagonistá: 61%) kezelésben részesültek. A korai kezelés előnye vitathatatlan, hiszen a vizsgálat elsődleges kombinált végpontja szerint minden ütés/perc növekedéssel 2,9%-kal nő a rizikó, ugyanakkor egy primer végponti esemény megelőzésére mindössze 26 beteg kezelése szükséges ivabradinnal 1 évig.

## A kórházi tartózkodás ideális a kezelés optimalizálására

A szívelégtelenség rosszabbodása miatt kórházba kerülő beteg esetében az akut ellátást követő kórházi időszak jó alkalmat teremt a hosszú távú kezelés optimalizálására. *Martin R. Cowie* professzor elmondta, hogy ennek részeként azonosítani kell a betegség etiológiáját, és ki kell titrálni a megfelelő tünetkontroll érdekében a terápiát. Fel kell mérni a meglévő társbetegségeket és azokat is kezelni kell, valamint el kell kezdeni a betegségmódosító terápiát is. Ehhez kapcsolódóan az előadó olyan tapasztalatokról számolt be, ahol az ivabradin kezelés a béta-blokkoló terápiához hozzáadva növelte a hosszú távú túlélést, szignifikánsan javította a vulnerábilis fázisban a bal kamra ejekciós frakcióját, illetve csökkentette a mortalitási rátát, és a hospitalizáció szükségességét. Az előadó rámutatott arra, hogy hazabocsátás előtt hosszú távú gondozási tervet kell készíteni, ami áttekinthető módon tartalmazza a gyógyszeres kezelés feltitrlálásának és a monitorozásnak a menetét, az eszközös terápia szükségességének és idejének az átgondolását, illetve rögzíti, hogy ki és mikor lássa legközelebb a beteget. A beteget gondozási programba kell vonni, ahol megfelelő betegoktatásban részesül, és tanácsokat kap az életmódterápiához. Az előadó felhívta a figyelmet, hogy a hagyományos ismeretterjesztő nyomtatványok mellett ma már számos online lehetőség, és mobiltelefonos applikáció is segíti a betegeket. A kórházban megkezdett betegközpontú gondozás a tünetcsökkentés mellett esélyt ad az életminőség és a túlélés javítására, illetve a korai újra hospitalizáció megelőzésére.

*Nádasdy Andrea*