

Az irányelvek és a klinikai gyakorlat áthidalása szívelégtelenségben

Az Európai Kardiológus Társaság kongresszusán visszatérő téma volt a szívelégtelenség kezelése. A „Filling the gaps in heart failure treatment” címet viselő szimpóziumon a két előadó, *C. Maack* (Germany) és *A.R. Lyon* (UK) a szívelégtelenség guideline klinikai gyakorlatban való megvalósításával foglalkozott, különös tekintettel a kórházi elbocsájtást követő vulnérabilis időszakra, illetve a társbetegségekkel, leginkább a cukorbetegséggel szövődött szívelégtelen betegek kezelésére. Fontos megállapításként hangzott el, hogy az ismételt hospitalizáció prediktív tényező a mortalitás szempontjából, ugyanakkor a hemodinamikai állapot optimalizálása segít megelőzni a rehospitalizációt. A szívfrekvenciát csökkentő ivabradin javítja a kardiális funkciót rövid és hosszú távon egyaránt, és jól kombinálható más kezelésekkel. Szívelégtelenségben az ivabradinkezelés csökkenti a mortalitást és a hospitalizációt, béta-blokkolóval történő együttadáskor pedig segít annak feltitrlálásában. A szívelégtelenség kezelése során az ivabradin kedvező hatása társbetegségek esetén is megtartott.

Az ivabradin frekvenciacsökkentésen túli előnyei

A krónikus szívelégtelenség a magas vérnyomás, magas koleszterinszint, szénhidrátanyagcsere-zavar és dohányzás talaján kialakuló kardiovaszkuláris betegségek egyike. A betegség jellegéből következően a körlefolrás kórházi ellátást igénylő akut fázisokkal tarkított, ami minden egyes alkalommal a betegség további progresszióját determináló súlyos szívizom- és vesekárosodással jár együtt. A kórházi újrafelvétel a mortalitás prediktív tényezőjének tekinthető. Tapasztalatok szerint a szívelégtelen betegek esetében a kórházi elbocsájtást követő 30 nap a legkritikusabb időszak, ezért kiemelten fontos, hogy ebben a vulnérabilis fázisban a betegek optimális kezelést kapjanak. A tünetes HFrEF betegek esetében a 2016-os ESC szívelégtelenség guideline szerint az alapterápiát az evidenciát szolgáltató nagy betegszámú kontrollált vizsgálatokban alkalmazott dóziszig feltitrlált ACE-gátló és béta-blokkoló kezelés jelenti, ami szintén feltitrlált MR antagonistá adásával egészíthető ki, ha a tünetek továbbra is fennállnak, és az LVEF \leq 35%. Ha az állapot továbbra sem rendeződik, és a sinusritmus 70/perc vagy afölötti érték, akkor a kezelést ivabradin adásával javasolt kiegészíteni. Vizsgálatok szerint az ivabradin hatása gyorsan kialakul: infúzióban történt beadást követően 4 óra múlva 27%-kal csökken a szívfrekvencia, és 51%-kal nő a verőtérforat úgy, hogy az ivabradin nem befolyásolja a vérnyomást és a szív teljesítményét. Az ivabradin hosszú távú előnyeit a SHIFT-vizsgálat bizonyította. A vizsgálatban több mint 6500 krónikus szívelégtelenségben szenvedő beteg vett részt, akiknél a bal kamra ejekciós frakció átlaga 29% volt, és 70/percnél magasabb nyugalmi szívfrekvenciával rendelkeztek. A betegek az aktuális irányelvek szerint ajánlott terápiában részesültek: 93%-uk kapott ACE-gátlót vagy ARB-t, 90%-uk béta-blokkolót és 60%-uk MRA kezelést. A SHIFT-vizsgálat eredménye szerint a standard kezeléshez hozzáadott ivabradin szignifikánsan csökkentette a szívfrekvenciát és javította a morbiditást és mortalitást, miután a kardiovaszkuláris halálozást és szívelégtelenség miatti hospita-

lizációt magába foglaló elsődleges klinikai végpontot 18%-kal csökkentette. A vizsgálat ideje alatt az ivabradin ágon 26%-kal csökkent a szívelégtelenség miatti első hospitalizáció, illetve az ismételt hospitalizáció is csökkent a hazabocsájtást követő első 3 hónapban. Más vizsgálatokban azt is megfigyelték, hogy a béta-blokkoló kezeléshez hozzáadott ivabradin hatására a dózisztitrlálás során magasabb béta-blokkoló dózist sikerült elérni. *Christoph Maack* előadása meggyőzően mutatta be, hogy az ivabradinkezelés több szempontból is előnyt jelent a szívelégtelen betegek számára.

Társbetegségekkel szövődött szívelégtelenség kezelése

Szívelégtelen betegekben gyakori a társbetegségek előfordulása, ami széles palettát fed le, kezdve a koronáriabetegségtől és hipertóniától a metabolikus szindrómán, cukorbetegségen, renalis diszfunkción és daganatos betegségeken át egészen a depresszióig vagy demenciáig. Ilyen esetekben különösen nagy hangsúlyt kell fektetni az optimális gyógyszerválasztásra, ami gondos és körültekintő odafigyelést igényel. Több szívelégtelen beteg bevonásával végzett vizsgálat alcsoport elemzése azt mutatta, hogy a társbetegségek számának növekedésével párhuzamosan a kockázat is nő, ami viszont jól megválasztott gyógyszerek segítségével eredményesen csökkenthető. A SHIFT-vizsgálatban például az ivabradin kardiovaszkuláris előnye hasonlóan kedvezően alakult a COPD-s és a nem COPD-s betegek esetében, illetve renalis diszfunkció megléte vagy hiánya esetében is. A SHIFT-vizsgálat elemzéséből az is kiderült, hogy az ivabradin a társuló diabétesz státuszától függetlenül hatékony és biztonságos kezelést biztosít. *Alexander Lyon* előadásának végkövetkeztetése, egyben a kollégák felé megfogalmazott üzenete az volt, hogy a társbetegségek nem jelenthetnek mentséget arra, hogy az orvos ne kezelje optimálisan a szívelégtelen betegeit a bizonyítottan hatékony terápiákkal.

Nádasdy Andrea