

Élet a szívinfarktus után

BETEGTÁJÉKOZTATÓ





Bevezetés

A **szívinfarktus** (köznapi nevén szívroham) a koszorúér-betegség legsúlyosabb formája, mindenki által rettegett, nem ritkán az életet veszélyeztető súlyos betegség, mely világszerte a leggyakoribb halálokok közé tartozik. A magas halálozás mellett a szívinfarktus jelentősen csökkenti a betegek életminőségét és növeli a rokkantak számát.

E **kiadvány célja**, hogy rövid tájékoztatást adjon a szívinfarktusról, annak kialakulását elősegítő kockázati tényezőkről, a tünetekről, a felismerés és kezelés lehetőségeiről, valamint azokról a legfontosabb teendőkről, amelyek betartásával elkerülhetővé válik az első infarktus elszenvedését követően, egy újabb szívroham kialakulása.

Dr. Czuriga István





Mi okozza a szívinfarktust?

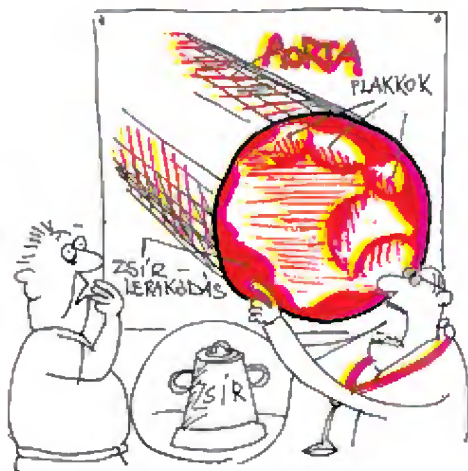
Érelmeszesedés (ateroszklerózis)

A **szívinfartus** hátterében rendszerint az érrendszer megbetegedése, az érelmeszesedés áll.

Érelmeszesedés alatt a verőerek (artériák) falának megbetegedését értjük, mely lassan, évek-évtizedek alatt alakul ki.

Az **erek falának** belső rétegén (endotélium) már kisgyermekkorától kezdve kimutathatók zsírlerakódások, melyek az idő múlásával növekednek, ún. plakkok alakulnak ki, melyek az erek üregét jelentősen beszűkíthetik. A plakkok később megrepedhetnek, a vértlemezkék összetapadása következtében véralvadék (trombus) képződik, mely az ér üregének teljes elzáródását okozza.

A **szív koszorúerei** az érelmeszesedés következtében gyakran megbetegednek, beszűkülnek majd elzáródnak. Ilyenkor a vérellátás az elzáródott érszakaszon megszűnik, és szívizomelhalás következik be: ezt nevezzük szívizominfarktusnak. Az elhalt szívizom helyét később hegszövet foglalja el, mely nem képes a szív pumpaműködésében részt venni. Ha a heg nagysága jelentős, a pumpaműködés olyan mértékben romolhat, hogy pangásos szívelégtelenség alakul ki. (lásd: a Szívelégtelenség betegtájékoztató füzetet).





Az érlemeszesedés kockázati tényezői?

Magas vérzsírszint (hiperlipidémia)

Régóta ismert, hogy a nagy zsír- és koleszterintartalmú étrend érlemeszesedéshez vezet. A szívinfarktus kb. 3-szor olyan gyakori azoknál az egyéneknél, akiknél magas a vér koleszterin értéke (nagyobb mint 6,5 millimol/liter), azokhoz képest akiknél ez az érték normális (5 mmol/l alatti).

A **vérzsírok** többféle összetevőből állnak: ezek az összkoleszterin, a káros koleszterin (LDL), a védő koleszterin (HDL) és a triglicerid. Az érlemeszesedés szempontjából a legveszélyesebb összetevő az LDL-koleszterin. A zsírok kétféle módon juthatnak a vérbe: táplálkozással és a szervezet belső anyagcseréje révén.

A **helytelen táplálkozás** okozta magas vérzsírszint az étrend módosításával (diétával) rendszerint jól befolyásolható, míg az anyagcserezavar miatt létrejövő vérzsírszint emelkedés a diéta mellett rendszerint már gyógyszeres kezelést is igényel. A diéta lényege az állati eredetű telített zsírok fogyasztásának a csökkentése, valamint a növényi eredetű és telítetlen zsírok bevitelének a fokozása (halak, olajos magvak, zöldségek és gyümölcsök fokozott fogyasztása).

Amennyiben az **étrendi** megváltoztatások néhány hónapon át nem vezetnek a vérzsírszint megfelelő csökkenéséhez, akkor a diéta megtartása mellett gyógyszeres kezelés is szükséges, különösen akkor, ha a betegnek egyéb rizikófaktora vagy már ismert koszorúérbetegsége is van. Ma számos hatékony gyógyszer áll rendelkezésre a magas vérzsírszint csökkentésére, melyek szedését a kezelőorvos az egyéb kockázati tényezőket is figyelembevéve javasolja.





A vérből kimutatható vérzsírok normális felső értékei a következők: összkoleszterin: 5 mmol/l, LDL-koleszterin: 3 mmol/l, triglicerid: 2 mmol/l, a védő koleszterin (HDL) normális alsó értéke: 1 mmol/l. Szívinfarktus után az elérendő koleszterinszint célértéke még alacsonyabb: 4,5 mmol/l.

Magasvérnyomás (hipertónia)

A magasvérnyomású egyének között nagyobb számban fordul elő szívinfarktus, mint a normális vagy alacsony vérnyomásúak között. A magasvérnyomást önálló megbetegedésnek, és az érleszesedés egyik legfontosabb kockázati tényezőjének tartjuk. A vérnyomás értékét higany-milliméterben (Hgmm) fejezzük ki, és két számmal jellemezzük: a felső érték az ún. szisztolés vérnyomás, melyet a szív összehúzódása alatt mérünk, az alsó érték a diasztolés vérnyomás, mely a szív elernyedése alatti értéket jelenti.

A nyugalmi állapotban mért vérnyomást 140/90 Hgmm-ig fogadjuk el normálisnak, bármely életkorban mérve (hibás az a régi felfogás, miszerint a vérnyomás normális értéke $100 + \text{az életkor}$). Ha magasabb a vérnyomás, több mérést kell végezni eltérő időpontokban, mivel gyakran előfordul, hogy az újabb méréskor már normális vérnyomás mérhető, és csak az első orvosi vizsgálat izgalma váltotta ki a magasabb vérnyomásértéket („fehérköpeny jelenség”).

Amennyiben legalább három alkalommal a normális felső értéknél magasabb vérnyomást mérünk, akkor megállapítható a magasvérnyomás betegség, és további vizsgálatokra, rendszeres ellenőrzésre, illetve kezelésre van szükség. A

VÉRNYOMÁS !



magasvérnyomás legfőbb veszélye, hogy tartós fennállása esetén az érrendszer és bizonyos szervek (agy, szem, szív és a vese) súlyosan károsodnak.

Emiatt a magasvérnyomás hosszútávú, legtöbbször az élet végéig tartó kezelést és gondozást igényel.



A vérnyomás “beállítása” mind a kezelőorvos, mind a beteg türelmét igényli, mert a legmegfelelőbb gyógyszer kiválasztása mindig a beteg egyéni válaszreakciójától függ és ennek megállapítása hosszabb időt vehet igénybe.

A magasvérnyomás gyógyszeres kezelése mellett fontos a nem gyógyszeres kezelés hangsúlyozása is, így a dohányzás abbahagyása, túlsúly esetén a testsúly csökkentése, a rendszeres fizikai aktivitás és a konyhasóbevitel mérséklése.

Dohányzás

A veszélyeztető tényezők közül a dohányzás az érlelmeszedés talán egyik legjelentősebb rizikófaktora. Az erős dohányosok (napi 20 cigaretta felett) között háromszor annyi szívinfarktus fordul elő, mint a nem dohányzók körében.

A dohányzók száma sajnos ma is egyre nő, különösen a nők és a fiatalok körében terjed ez a káros szenvedély. Valószínűleg ennek a ténynek is szerepe van abban, hogy a szívinfarktus az utóbbi időben nők és a fiatalabb korosztályok körében is egyre gyakoribbá vált.

A dohányzás káros szív-és érrendszeri hatásaiért a cigarettában lévő számtalan alkotóelem közül elsősorban a nikotin, a szénmonoxid és a kátrány felelős. Fontos tudni, hogy az érlelmeszedés kockázatát nemcsak az aktív, hanem

a passzív dohányzás is fokozza, ezért mindent meg kell tenni a nem dohányzók védelmében. A dohányzásról való leszokás csökkenti a szív-és érrendszeri rizikót. Ha a szívinfarktot elszenvedett betegek abbahagyják a dohányzást, az egy éven belüli



újabb infarktus kockázata kb. felére csökken azokhoz képest, akik tovább folytatják azt az infarktot követően is.



Cukorbetegség (diabétesz mellitusz)

Az **érelmeszesedés** cukorbetegekben gyakrabban és már fiatalabb korban észlelhető, mint a hasonló korú, de cukorbetegségben nem szenvedő egyéneknél. A cukorbetegnek nagy része elhízott és gyakoribb közöttük a magasvérnyomás előfordulása is, mely az érelmeszesedés kockázatát tovább fokozza. Nemcsak az ismert cukorbetegség jelent veszélyt az érbetegség kialakulására, hanem az ún. „rejtett cukorbetegség” is, amely csak laboratóriumi vizsgálattal (cukorterhelési próbákkal) mutatható ki.

A **vércukor** normális éhgyomori felső értéke 6 mmol/l. Cukorbetegség esetén különösen fontos az előírt diéta és a kezelés pontos betartása, az ideális testsúly elérése vagy megőrzése, a rendszeres testmozgás valamint a folyamatos ellenőrzés és gondozás.

Elhízás (obezitás)

Az **elhízás** korunk egyik népbetegsége. A kövérség gyakran társul egyéb veszélyeztető tényezőkkel, így a kövérek között több a magasvérnyomású, a magas vércholesterin szintű egyén és gyakoribb a cukorbetegség is.

A **statisztikai adatok** azt mutatják, hogy a 30%-nál nagyobb testsúlytöbblet már jelentős kockázatot jelent az érelmeszesedés szempontjából. Az is ismert, hogy a kövér emberek szívizominfarktuszának halálozási aránya a duplája a soványakénak.

A **megfelelő testsúlyt** az egyszerű testsúlymérés mellett ma az ún. testtömeg index (BMI = Body Mass Index) alapján szokás meghatározni. Ezt a számot úgy kapjuk meg, hogy a kilogrammban mért testsúlyt elosztjuk a testmagasság (méter) négyzetével (az érték táblázatból leolvasható).

A **BMI** normális értéke: 20-25 között van, 25-30 közötti értéknél túlsúlyról, 30 felett elhízásról beszélünk.

Egy **másik érték** a derékkörfogat, amivel különösen az érbetegségekre hajlamosító ún. hasi vagy „alma” típusú elhízás jellemezhető. Ennek a normális felső értéke férfiaknál: 102 cm, nőknél: 88 cm.

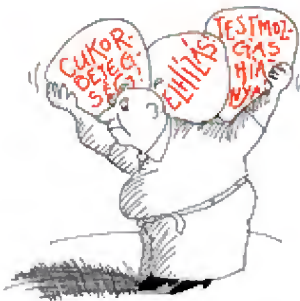


A hasra lokalizálódó elhízás (alma típus) különösen veszélyes, mert gyakran társul magasvérnyomással, magas vérzsírszinttel és magas vércukorral.

Az elhízás kezelésének legfontosabb módja a kalóriabevitel csökkentése (diétával) és az energialeadás növelése (a mozgás növelésével).

A testmozgás hiánya

Régóta ismert, hogy a fizikai munkát végzők és a rendszeresen sportolók között a szívinfarktus előfordulása és halálozása alacsonyabb, mint az ülő foglalkozásúaknál. A fizikailag inaktív egyéneknél gyakoribb az elhízás, a magasvérnyomás és a cukorbetegség, ami jelentős mértékben fokozza az érlemeszesedés kockázatát.



Ezért minden korosztályban javasolt a rendszeres fizikai aktivitás: a hét minél több napján legalább félórás fizikai aktivitás végzése. Az egészséges embereknek heti 4-5 alkalommal 30-45 percen át javasolt olyan fizikai aktivitás végzése, amelynek során az átlagos maximális szívfrekvenciájuk 60-75%-át elérik (a maximális szívfrekvencia = 220 - életkor). Ha már szív- és érrendszeri betegség áll fenn, akkor a terhelhetőség mértékét előzetes terheléses vizsgálat alapján a kezelőorvos állapítja meg.

Stressz

Régi megfigyelés, hogy a szívinfarktus gyakoribb a vezetőbeosztású férfiak körében, mint a „beosztottjaik” között. Ezért nevezték el a koszorúérbetegséget a vezetők betegségének („menedzser-betegség”). A felmérések valóban igazolták, hogy az állandóan dolgozó, túlfűtött, becsvágyó, pihenésre időt nem szánó emberek (ún. „A”-típusú személyiségek) gyakrabban kapnak szívinfarktust, mint a nyugodt,



kiegyensúlyozott természetű, mindenre ráérő típusúak („B” -típusú személyiségek).

A pszichés stresszhatások ellen nem könnyű védekezni, azonban kellő odafigyeléssel mégis gyakran elkerülhetők, vagy fizikai tréninggel, rendszeres kikapcsolódással oldhatók a feszült helyzetek.

Örökletes tényezők

Az érbetegségek kiváltásában szereplő kockázati tényezők és a szívinfarktus halmozódhat egy családon belül. „Öröklődhetnek” egy családon belül az étkezési- és egyéb életviteli szokások is, pl. az egészségtelen táplálkozás, a dohányzás, a mozgásszegény életmód vagy a feszült, túlhajszolt

munkatempó. Az öröklésnek részben genetikailag, részben a szokások következtében jelentős szerepe lehet a koszorúérbetegség kialakulásában. Örökletes tényezők gyanúja esetén fontos, hogy valamennyi családtag kivizsgálása és megfelelő kezelése megtörténjen.



Hogyan lehet felismerni a szívinfarktot?

A heveny szívinfarktusnak a legtöbbször könnyen felismerhető típusos tünetei vannak. A roham általában hirtelen kezdődik, igen erős, szorító jellegű mellkasi fájdalommal. A betegnek típusos mellkasi fájdalma (ún. angina pectorisz) az infarktot megelőzően rendszerint már volt, de tudni kell,



hogy szívinfarktus előzetes mellkasi fájdalom nélkül is előfordulhat. Az infarktusos mellkasi fájdalom jellege az angina pectoriszhoz hasonló, de általában hosszabb ideig (20-30 percnél tovább) tart.

A fájdalom jellege szorító, markoló, mely legtöbbször a szegycsont mögött a legerősebb, kisugározhat mindkét mellkasfélbe, de főleg a bal oldalra, esetleg a karokba és a nyakba. A fájdalmat gyakran verejtékezés és halálfélelem is kíséri. Az esetek kisebb részében a fájdalom egyéb területre, pl. a gyomortájékra is lokalizálódhat és ilyenkor a beteg, vagy hozzátartozója nem gondol szívbetegségre, hanem hasi megbetegedésre gyanakszanak.

A szívrohamot gyakran megelőzik enyhébb, nem típusos előjelek. Ilyenek lehetnek kisebb mellkasi nyomásérzések, rossz közérzet, fáradékonyság, melyek legtöbbször már hetekkel előbb jelentkeznek, de a beteg nem tulajdonít jelentőséget ezeknek a jelentéktelennek tűnő tüneteknek, és nem fordul orvoshoz. Ilyenkor, még ha orvoshoz is fordul, sokszor a vizsgálatok sem tudják megjósolni az 1-2 hét múlva bekövetkező eseményt.

Mit tegyünk szívroham esetén?

A beteg további sorsát legtöbbször az dönti el, hogy ő maga és környezete hogyan értékeli az első tüneteket és milyen gyorsan kerül kórházba. Amennyiben a betegnek már előzőleg ismert volt a koszorúérbetegsége és volt angina pectorisza vagy esetleg szívizominfarktusa, akkor a tüneteket könnyebben meg tudja ítélni, és el tudja dönteni, hogy a roham különbözik az előző panaszaitól.

Az angina és a szívinfarktus okozta mellkasi fájdalom között a legfőbb különbség az, hogy infarktus esetén a fájdalom tartósabb és a nyelv alatti nitroglicerín (tabletta vagy spray) hatására nem szűnik. Amennyiben a szívroham a beteget otthonában éri és egyedül tartózkodik otthon, telefonon kérjen sürgős segítséget az Országos Mentőszolgálattól



a 104-es hívószámon, telefon hiányában pedig kérje a szomszédok segítségét. Ha a beteg munkahelyén lesz rosszul akkor az üzemorvos vagy szintén a mentők jelenthetik a gyors segítséget. A beteget a segítség megérkezéséig *nyugalomba* kell helyezni, *friss levegőről* kell gondoskodni és *nyelv alatti nitroglicerint* kell kipróbálnia.

A heveny szívroham legtöbbször drámai tünetek formájában jelentkezik, és ilyenkor a környezetnek az a legfontosabb tennivalója, hogy a beteg mielőbbi kórházba juttatásáról gondoskodjon. Minél előbb kerül a beteg kórházi ellátásra, annál nagyobb az esélye annak, hogy az infarktust okozó elzáródott érszakasz a kezelés hatására megnyíljon, kisebb szívizomterület haljon el, és minél teljesebb gyógyulás következzen be.

Mit tegyünk, ha a beteg eszméletét veszti?

A **szívroham** olyan súlyos lehet, hogy hirtelen keringés- és légzésmegálláshoz vezethet, és a beteg a klinikai halál állapotába kerül. Ilyenkor a beteg eszméletét veszti, a szív-működése leáll (nem hallható szívhang a szív felett, nem tapintható pulzus sem a csukló felett, sem a nyakon), a légzése leáll, a pupillái (szembogár) kitágulnak és fényre nem szűkülnek. Ha ezeket a tüneteket észleljük, a beteget azonnal meg kell próbálni újraéleszteni.

Az **újraélesztés sikere** függ az alapbetegség súlyosságától és a szívinfarktus nagyságától függ, de alapvető fontosságú, hogy a klinikai halál beálltakor van-e jelen olyan személy, aki a szakszerű orvosi segítség megérkezéséig fenn tudja tartani a beteg keringését.

Az **újraélesztés** csak a klinikai halál beállta utáni 3-4 percen belül lehetséges, ennél hosszabb keringésleállás már visszafordíthatatlan agyi károsodást okoz!



Mesterséges keringés- és légzésfenntartással ugyanakkor a beteget akár egy óráig vagy tovább is életben lehet tartani, amíg a végleges segítség megérkezik. Az újraélesztés módszerét minden laikusnak meg kellene tanulnia, hogy a környezetében előforduló klinikai halál esetén az orvosi segítség megérkezéséig életben tudja tartani a beteget (erre irányuló törekvések már hazánkban is vannak számos külföldi példához hasonlóan).

Az újraélesztés legfontosabb szabályai

1. A beteget fektessük a földre, fejét szegjük hátra és nyelvét húzzuk előre
2. Térdeljünk a beteg bal oldalára és bal kezünkkel az állát, jobb kezünkkel a homlokát fogjuk meg
3. Vegyünk mély lélegzetet, és a levegőt fújjuk a beteg orrába vagy szájába (a beteg szájára vékony textíliát, zsebkendőt vagy gézlapot helyezhetünk, ennek hiányában azonban ne késlekedjünk, mert a beteg életéről van szó!)
4. 4-5 befújás után két tenyerünket egymásra téve ütemes nyomásokat gyakoroljunk a szegycsont alsó felére

Ha egyedül végezzük az újraélesztést, akkor 6-8 szívnyomás után 2 befújást végezzünk, amennyiben két személy végzi, akkor az egyik személy 4 szívnyomása után a másik személy egy befújást végezzen. A sikeres újraélesztés jele, ha a pupillák fényre újra összeszűkülnek, a légzés visszatér és a beteg sápadt bőrszíne javul.

Az intenzív osztályon...

A szívinfarktus gyanújával kórházba szállított beteget optimális körülmények között speciális intenzív osztályon, ún. koszorúér őrzőben helyezik el. Itt a beteget nyugalomba helyezik, a megfelelő oxigén szükséglet biztosítására orrszondán át oxigént kap, és a gyógyszerek könnyebb adagolása



céljából vénájába olyan eszközt helyeznek el (branül, vagy centrális kanül), amely lehetővé teszi a folyamatos infúziós kezelést és a gyakori injekciók adását. A feltételezett diagnózist a koszoróér őrzőben megfelelő vizsgálatokkal (EKG és a laboratóriumi vizsgálatok) nagy biztonsággal lehet igazolni vagy kizárni. Az intenzív osztályon a beteg állandó felügyelet alatt áll, ahol központi riasztással ellátott monitoron figyelik szív működését. Riasztás esetén a megfelelő kezelést gyorsan, és hatékonyan el tudják végezni.

A kórházi kezelés legfőbb célja, hogy az infarktust okozó elzáródott koszorúeret újra megnyissuk, és ezáltal megmentjük a szívmot az elhalástól. Az elzáródott koszorúér megnyitásának és a keringés helyreállításának (revaszkularizáció) legfontosabb feltétele, hogy a beteg időben a megfelelő kezelést biztosító kórházba jusson, mivel ezek a beavatkozások csak a kezdeti tüneteket követő rövid időhatáron belül (általában az első 4-6 órában) eredményesek. Minél később történik meg a koszorúér megnyitásának megkísérlése, annál kisebb a siker esélye.

Kockázat a szívinfarktus után...

Szövődménymentes heveny szívinfarktus esetén a beteg a koszorúér őrzőből egy-két nap után hagyományos osztályra kerül, ahol megkezdődik a hosszú távú rehabilitációra való felkészülés időszaka. Rendkívül fontos, hogy a szívinfarktus heveny szakát követően minél korábban megkezdődjön az ellenőrzött fizikai tréning. A kórházból való távozás előtt különböző vizsgálatokkal minden esetben felméri a beteg további szív és érrendszeri kockázatát (terheléses EKG, szívultrahang vizsgálatok).

Ezen vizsgálatok alapján dönthetünk a szívinfarktus szenvedett beteg további sorsáról. Amennyiben a vizsgálatok eredménye jó, a beteget többnyire otthonába engedjük, és a kórházban megkezdett rehabilitációs programot ambuláns módon folytatjuk. Ha erre a beteg lakóhelyén a feltételek nem adóttak, akkor a kórházi kezelést követő rehabilitáció az erre a célra specializált szanatóriumban folytatható.



Abban az esetben, ha a kockázatelemző vizsgálatok nagy rizikóra utalnak (súlyos szívizom oxigénhiány terheléskor, jelentősebb kamraműködési zavar ultrahang vizsgálattal), a beteg további ún. invazív kezelése válhat szükségessé, amikor szívkatéterezés módszerrel részletesen értékelik a koszorúerek állapotát és próbálnak hatásos kezelést biztosítani.

Milyen szövődményekkel járhat a szívinfarktus?

A legsúlyosabb kezdeti szövődmény az azonnali *hirtelen halál*. A további életveszélyes szövődmények legnagyobb része is a tünetek jelentkezése utáni első órákra esik. A leggyakoribb szövődmények a *szívritmuszavarok*, amelyek a szív ingerképző- és vezető rendszerét érintik. A legveszélyesebb ritmuszavar a kamraremegés, amely a keringés leállításához és gyors beavatkozás nélkül halálhoz vezet. A túlságosan gyors (tahikardia) vagy a normálisnál lassúbb szív működés (bradikardia) is veszélyes lehet.

Súlyos szövődmény az ún. szív eredetű keringés összeomlás, a *kardiogén sokk*. Ilyenkor a vérnyomás jelentősen csökken, a szív nem tudja fenntartani a keringést, és az egyes szervek vérellátása elégtelen. A sokk súlyos szövődményt jelent, amely a mai korszerű kezelés mellett is nem ritkán halálos kimenetelű.

Súlyos, nagy kiterjedésű infarktus életveszélyes szövődménye lehet a *szívizom falának megrepedése*. Ez szintén azonnali halált okoz.





A roham után néhány nappal következhet be. További korai komplikációk lehetnek a *keringési elégtelenség, az agyembólia és a végtagembólia*, de ezek késői szövődményként is előfordulhatnak. Szerencsére a szívizominfarktus az esetek nagy százalékában *szövődménymentesen* zajlik le. A kezdeti nagy fájdalom megszűnését követően a legtöbb beteg az egész kórházi ápolása során tünet- és panaszmentes.

Rehabilitáció a szívroham után

A heveny szívinfarktus életveszélyes állapot, melynek túlélését követően rendszerint a beteg addigi életmódjának gyökeres megváltoztatására van szükség. A szívrohamot követően a legfőbb cél, hogy a beteg ismét alkalmassá váljon a lehető legjobb fizikai aktivitásra, és a képzettségének megfelelő munka folytatására. Ezen cél elérésére csak orvosilag irányított komplex rehabilitációs program keretében van lehetőség.

A szívinfarktust túlélt betegek rehabilitációja már a kórházban, az intenzív osztályon megkezdődik, ahol a korábbi gyakorlattal ellentétben (amikor heteken át teljes ágynyugalomban tartották a beteget) korán elkezdik a beteg mozgatását. Ezáltal a korábbi magas kórházi halálozást és különösen a tartós ágynyugalommal járó szövődményeket (pl. tüdőembólia) jelentősen sikerült lecsökkenteni.

A rehabilitáció kórházi szakasza (első fázis) során orvos és gyógytornász felügyelete mellett történik a betegek mozgáskezelése, amely folytatódik a kórházból való távozás utáni második fázisban is az erre kijelölt speciális szanatóriumban, vagy ambuláns körülmények között. A rehabilitáció felügyelet mellett végzett első két szakaszát követően az ún. harmadik fázisban a beteg már önállóan végzi azokat a tréningprogramokat, melyeket az előzőekben megtanult.

A fizikai tréning mellett a komplex rehabilitációs program keretén belül rendkívül fontos a pszichés rehabilitáció is, mely rendszerint megfelelő szakember bevonásával segít a betegséggel gyakran együtt járó szorongás oldásában.



A **rehabilitáció** fontos részét képezi a betegek oktatása és egészségnevelése, melynek során megismerik a betegségükkel kapcsolatos legfontosabb tudnivalókat, és megtanulják az egészséges életmód alapelemeit, valamint a veszélyeztető tényezők (magasvérnyomás, elhízás, dohányzás, stb.) megszüntetésének módjait.

A **rehabilitáció** orvosilag és társadalmilag egyaránt igen eredményes és költséghatékony módszere a koszorúérbetegségben szenvedő

betegek kezelésének.

A programban résztvevők fizikai terhelhetősége nő, életminőségük és túlélési esélyeik javulnak, és nagyrészt képesek eredeti munkatevékenységük folytatására.

Ez utóbbi cél elérése jelenti a rehabilitáció igazi sikerét.



Az újabb roham kivédése

Bár a **heveny szívroham** kezelése az utóbbi évtizedben jelentősen fejlődött és a halálozás nagymértékben csökkent, a kórházból távozó betegek kockázata az újabb szívinfarktus kialakulására változatlanul nagyobb, mint az átlag népességé. Különösen fokozott a veszély akkor, ha az infarktus létrejöttében szerepet játszó veszélyeztető tényezők változatlanul fennállnak a szívrohamot követően is, vagy ha a beteg nem részesül megfelelő védő hatású gyógyszeres kezelésben.

Ezért ma minden szívinfarktust elszenvedett beteg számára szükséges biztosítani azt a hatékony másodlagos megelőző (szekunder prevenciós) kezelést, amely bizonyítottan javítja az életminőséget és növeli az életkilátásokat. Ezen stratégiának az alapelemei a következők:



- 1. A kockázati tényezők megszüntetése:**
 - a dohányzás elhagyása
 - zsírszegény diéta, szükség esetén vérzsírcsökkentő gyógyszeres kezelés
 - a magasvérnyomás kezelése
 - a túlsúly és az elhízás megszüntetése, az ideális testsúly elérése
 - a rendszeres testmozgás
- 2. Bizonyítottan védő hatású és az érlemeszesedést gátló gyógyszerek alkalmazása:**
 - Aszpirin
 - Béta-blokkoló
 - ACE-gátló
 - Vérzsírcsökkentő kezelés

Miért, és meddig kell szednünk a gyógyszereket?

A kockázat csökkentésére irányuló életmódbeli változtatások (dohányzás elhagyása, testmozgás, stb.) fenntartása hosszútávon (gyakorlatilag életfogytiglan) szükséges. Ugyanez igaz a gyógyszeres kezelésre is. Az aszpirin elsősorban a vér alvadákonyságát csökkenti és megelőzi a koszorúerekben a trombózis (véralvadás) kialakulását. A beta-blokkolók és az ACE gátlók a nem kívánatos ritmuszavarok és a szívelégtelenség kialakulása/rosszabbodása ellen védenek. A vérzsírcsökkentő kezelés, elsősorban a koleszterinszint csökkentését jelenti. A koleszterin egy olyan zsírféleség, amely a szervezet különböző sejtjeiben normál körülmények között is jelen van. A probléma akkor keletkezik, ha a vérben felhalmozódó koleszterin érlemeszesedést (pl. koszorúér betegséget) okoz. Az érlemeszesedés során a koszorúerekben zsíros felrakódások (plakkok) alakulnak ki, amelyek veszélyeztetik a normal vérkeringést és megrepedésük infarktushoz vezethet. A vérzsír (koleszterin) csökkentéshez zsírszegény diétát célszerű tartani és gyógyszeres kezeléssel (statinok) gátolni kell a koleszterin májban történő képződését. Lehetséges a koleszterin szint csökkentése a belekből történő koleszterin felszívódásának gátlásával is.



Az infarktust követően az esetek többségében nagy mértékű (kb. 50 %-os) koleszterin csökkentésre van szükség, aminek az eléréséhez a diéta és a kombinált gyógyszeres kezelés (a koleszterin képződés és a koleszterin belekből történő felszívódásának a gátlása) az egyik legbiztonságosabb módszer.

Rendszeres ellenőrzés és gondozás

Koszorúérbetegség fennállása esetén a betegeknek rendszeres orvosi ellenőrzésre kell járniuk, aminek időtartama állapotuktól függően változik (egy-két hónaptól fél-egy évig). Igen lényeges, hogy maga a beteg is figyelje panaszai jellegének, erősségének változásait, és szükség esetén azonnal jelentkezzen kezelőorvosánál. Fontos, hogy a beteg a gyógyszereit pontosan, az orvos utasításai szerint szedje, és megkérdése nélkül ne változtasson az adagolásukon, és ne hagyja abba szedésüket. A koszorúérbetegség gyógyításának hosszútávú sikere, sokszor maga a beteg élete is a jó orvos-beteg együttműködésen múlik.



Bár a **betegség** alapjául szolgáló érrelmeszesedés folyamatát általában teljesen megszüntetni nem tudjuk, az anginás rohamok gyakoriságát és erősségét gyógyszeres kezeléssel, katéteres kezeléssel vagy műtéttel legtöbbször eredményesen csökkenthetjük. Rendszeres orvosi ellenőrzés mellett, a kockázati tényezők lehetőség szerinti kiiktatásával, a hatékony kezelési eljárásoknak köszönhetően a legtöbb koszorúérbeteg ma már teljes értékű életet élhet.

Javasolt irodalom: Czuriga István: Koszorúérbetegségek. SpringMed kiadó, 2005.



A tájékoztató PDF file formátumban
ingyen letölthető a következő internetes címről:

www.debkard.hu

Készítette:

Diamond Agency

Telefon/fax: 52/501 372

E-mail: info@diamondagency.hu

www.diamondagency.hu