

## Szív és szex – beszélgetés Prof. Dr. Rónaszéki Aladárral

A Magyar Kardiológusok Társasága Specialista Hétvégék október 31-i siófoki rendezvényén a határterületi kalandozások témakörben Prof. Dr. Rónaszéki Aladár, a Péterfy Sándor Utcai Kórház Kardiológiai Osztályának osztályvezető főorvosa a szív és a szex összefüggéseiről tartott előadást.

**Hippocrates: Mint bevezetőjében elmondta, ez a téma nagyon ritka, az orvos-beteg kapcsolatból többnyire kimarad a megtárgyalandó témák közül. Kimarad a téma intimítása, vagy más okok miatt. Pedig nagyon sok kérdés merül fel a betegek körében a témát illetően és a kezelést is befolyásolják a felmerülő problémák. Ha a kardiológiai betegeket nézzük, elmondható-e, hogy a szexuális aktivitás rizikótényezőként lép fel az életükben?**

Prof. Dr. Rónaszéki Aladár: Én semmiképpen nem fogalmaznék így, tudniillik a szexuális aktivitás éppúgy az életük fontos része marad a továbbiakban, mint a betegség előtti időszakban. Pont az a feladatunk orvosként, hogy mérlegeljük, hogy egy normális szexuális aktivitás az adott betegség esetében mekkora kockázatot rejt a beteg számára, illetve semmiképpen nem javasolnánk azt, hogy fölöslegesen félelmeket tápláljon a beteg ezügyben csak azért, mert valamilyen szív és érrendszeri betegségben szenved. Tudni kell azt, hogy a közhiedelemmel ellentétben egy szokásos, normális szexuális élet messze nem jelent akkora terhelést a szív és érrendszer számára...

**H: Egy felmosással hozta párhuzamba...**

RA: Igen, egy normális orgazmus elérése kapcsán történő fizikai teljesítőképesség gyakorlatilag egy padlófelmosással ekvivalens, ha már a házimunkai hasonlatnál maradunk. Ettől nem szoktak ócodni még azok sem, akiknek korábban mondjuk egy infarktusz volt. Vannak nagyon veszélyes és kifejezetten súlyos klinikai helyzetek, egy instabil angina, egy friss infarktus, egy rendkívül súlyos szívelégtelenség, amikor valóban a szexuális élet kockázatot rejt, de ezért nem is életszerű, mert ezekben a helyzetekben többnyire észébe se jut a betegnek ilyeneken gondolkodni.

De egy viszonylag stabil állapotban lévő, infarktus utáni beteg, illetve olyan beteg, aki egy közepes háztartási munkát különösebb gond nélkül el tud végezni, ilyen esetben a szexuális élet nyugodtan ajánlható, sőt még biztathatók is a betegek, hiszen a rendszeres fizikai aktivitásnak inkább védő és megelőző szerepe van a másodlagos események kialakulására nézve, és a kellő pozitív emócióval kísért szexuális élet igazán ebbe a kategóriába sorolható. Az egyik legkellemesebb és legemberibb fizikai aktivitásként tartható számon, tehát erről lebeszélni a betegeket, ahogy a sétáról vagy a gyaloglásról sem beszéljük le őket, butaság lenne. Az egyéb pszichés és önértékelési tényezőket is figyelembe véve nagyon fontos, hogy ezt az életterületet is megőrizzék.

**H: Az orvosnak, a kardiológusnak feladata, hogy felmérje a beteg szívének állapotát. Ahogy előadásában elhagzott, különböző rizikótényezőjű csoportokra lehet osztani a betegeket.**

RA: Abszolút alacsony rizikónak tekinthető és nyugodtan javasolható, sőt biztatható a beteg a rendszeres szexuális életre akkor, ha terheléses vizsgálat kapcsán, mondjuk egy infarktust követően 4–5 metabolikus ekvivalensnek megfelelő terhelést teljesen panaszmentesen

tud teljesíteni. Ez egy teljesen átlagos teljesítmény. Ha ez ritmuszavart a számukra nem provokál, ha iszkémiás eltéréseket, tehát a szív komoly vérellátási zavarát nem provokálja, illetve vérnyomásesést sem okoz, akkor minden további nélkül ajánlható, illetve nem lebeszélendő a beteg a rendszeres szexuális életéről. Rengeteg olyan enyhe szívbetegség van, egy első fázisú szívelégtelenség, egy kezelt magasvérnyomás, egy enyhe billentyűbetegség, amikor ezek az állapotok mind teljesülnek, sőt a koszorúerek betegségének enyhe foka is ezt jelenti, ide tartoznak a szívűtött betegek is, akik a műtét után jó funkcionális állapotba kerülnek, akár koronáriatágítás után vannak, akár koszorúér bypass műtétet végeztek rajtuk, akár műbillentyűt kaptak. Ilyenkor a jó funkcionális állapot lehetővé teszi számukra gond nélkül a rendszeres szexuális életet.

**H: Mi a helyzet akkor, ha komoly rizikótényezők vannak?**

RA: Ha rizikótényezők léteznek, mindig az aktuális klinikai státuszt kell rendeznünk. A rizikótényezők fennállása, mondjuk egy cukorbetegség vagy egy magasvérnyomás azért jelent gondot abban az esetben is, ha az illető egyébként a teljesítőképessége alapján egyébként alkalmas lenne a szexuális aktivitásra, mert nagyon sokszor a férfiaknál ezek a rizikófaktorként számon tartott betegségek erectilis dysfunctiót okoznak. Ez önmagában gondot jelent, ezt kezelni kell a rizikófaktorokon túlmenően, illetve a rizikófaktorok megfelelő karbantartása ennek a problémának a csökkenését is indirekt módon eredményezheti.

**H: A nők és a férfiak között különbségek vannak ebben a tekintetben is. Ön megemlítette, hogy eleve a nagy vizsgálatoknak zömét férfiakkal végzik, tehát inkább jellemzőek a férfiakra a vizsgálati eredmények. Milyen különbségeket tapasztalt a munkája során a nők és férfiak között ebben a kérdésben?**

RA: Ilyen típusú problémákkal a nők a legritkább esetben hozakodnak elő az orvosi rendelőben. Míg egy 50-es, 60-as férfikorosztály, ha ilyen gondja van, ráadásul férfikolléga vizsgálja kellően intim körülmények között, tehát nincs benn éppen a fiatal asszisztenső, akkor minden gond nélkül elmeséli az ilyen jellegű panaszait, és meg is lehet beszélni az illetővel, hogy milyen megoldási lehetőségek jöhetnek szóba. Nők esetében ezt nem nagyon látjuk. Kíváncsi lenne, ha ilyen gondolataik vagy félelmeik vannak a szexuális élettel kapcsolatban, ez terítékre kerüljön, mert nagyon sok alaptalan félelemtől lehetne a nőket megfosztani, és rengeteg bátorítást adhatnánk ezügyben. Meglepő a vizsgálatokban az – körkérdéseket tartalmazó közvéleménykutatásoknál derült ez ki –, hogy olyan női korosztályokban is rendszeres napi problémát jelenthet, amire orvosként nem is gondolnánk, pl. még a 70 feletti, adott esetben még a 80 feletti hölgyek egy része is él időszakosan nemi életet nyilván rengeteg szorongással és rengeteg bizonytalansággal, hogy szabad-e ezt neki még csinálni az ő állapotában, az ő korában, az ő betegségekével. Ezek azok az esetek, ahol az ember sokat tudna segíteni, ha tudna minderről. Azonban, ha életszerűen nézzük a dolgokat, egy rutin rendelésen, ahol rengeteg beteg van, nem ez szokott lenni az első, hogy azt a problémakört exploráljuk.

**H:** De ha lehetőség van rá, Ön szokta ezt a kérdést forszírozni?

**RA:** Ha látom a jeleit annak, hogy erre kell terelnem a kérdéseket, hiszen már annyi emberismerettel rendelkezem, akkor igen, és hálásak is a betegek, mert ők szemérmességből nem mernek előhozakodni velem.

**H:** Összefoglalhatom-e a lényegét ezzel: nagyon sok tévhit él a köztudatban a szívbetegségek és szex viszo-

nyáról, és elmondhatjuk, hogy nem kell félni szívbetegeken sem a szexuális aktivitástól?

**RA:** Egyértelműen ezzel össze lehet foglalni: nem kell félni, sőt adott esetben, ha nincs veszélyhelyzet – és ezt jó, ha előbb egy orvosi konzultáció megelőzi –, akkor nemcsak hogy nem kell félni, hanem kifejezetten jótékony is lehet mind testi, mind lelki értelemben a rendszeres szexuális élet a szívbetegnek számára.

## Beszámoló

### Magyar Kardiológusok Társasága Specialista Hétvégék – 2009

2009 őszén negyedszer került megrendezésre az MKT Specialista Hétvégék, a kardiológusok, belgyógyászok részére szervezett kardiológiai továbbképzés-sorozat. Az ország három nagy régiójában, Siófokon, Gödön és Hajdúszoboszlón megrendezett konferencia a *Pécsi Tudományegyetem* akkreditált előadásait tartalmazta. A kötelezően választható, 8 kreditpontos, teszttel záródó rendezvénysorozatra, aminek fő támogatója a Servier Hungaria Kft. volt, közel 300-an regisztráltak. A konferencia a 2009-es nagy kardiológiai kongresszusokon (American College of Cardiology, a European Society of Cardiology és az American Heart Association) bemutatott vizsgálatok, pl. a PROTECT AF, PRIMA, BEAUTIFUL Angina Substudy, RELY, Record AF Registry, France Registry, STICH eredményeinek ismertetésével nyitott. Második előadás a nyugalmi szívfrekvencia jelentőségével, ezt követően a stabil koszorúér-betegség aktuális diagnosztikai és terápiás kérdéseivel foglalkoztak a három helyszín előadói. Elmondták, hogy európai statisztikák szerint kb. 1 millió lakosra 20-40 ezer stabil koszorúér-beteg jut, és ismerve a kiemelten rossz magyar mortalitási és morbiditási adatokat, ez Magyarországon félmillió beteget is jelenthet. Ez a prevalencia a magyar lakosság öregedése miatt folyamatosan nő, és így nagyon komoly gazdasági hatásai is vannak. Köszönhetően azonban a gyógyszeres terápiáknak és intervencióknak ezen betegségek prognózisa jó, és a többéves túlélés aránya is rendkívül jó, ha a beteg stabil klinikai állapotban tartható. Romlik azonban a prognózis, ha instabilizálódnak a panaszok, sőt ha koronária revaszkularizációra van szükség. Ezután az ISZB diagnosztikájában és kezelésében adódó invazív lehetőségekkel, majd az ISZB és AMI szekunder prevenciójával foglalkoztak az előadók. Itt kerültek elő azok a riasztó adatok, hogy évente a világon 3,8 millió férfi és 3,4 millió nő hal-

meg az ISZB következtében, ezek a halálesetek 2020-ra elérhetik 11 millió főt évente. Majd a hipertónia kezelésének aktualitásait bemutató előadások következtek. A hipertónia kezelésének lényege nem önmagában csak a vérnyomásérték csökkentése, annál sokkal összetettebb feladat: az összes kardiovaszkuláris kockázati tényező megismerése és felismerése, a kockázatok csökkentése, illetve a célszerv-károsodások megelőzése, mérséklése. Az Európai Hipertónia Társaság 2009 júniusi milánói kongresszusán megfogalmazott Guideline – amely a Journal of Hypertension-ben jelent meg – nyújt segítséget abban, hogy melyik betegcsoportnak melyik a megfelelő gyógyszer vagy gyógyszerkombináció. Nem könnyű ugyanis kiválasztani a 700 gyógyszer közül a megfelelőt. Vizsgálni kell az életkort, a klinikai állapotot, azt, hogy milyen esemény volt előtte, hogy mit akarunk megelőzni, illetve milyen célszerv-károsodásra van egyértelmű bizonyíték.

Az egyik téma címe Határterületi kalandozások a kardiológiában volt. Ez a téma lehetőséget adott a felkért előadóknak, hogy más-más problémakört vehessenek fel. Így Siófokon a szív és szex, Gödön a hirtelen szívhalál a sportolóknál témák kerültek terítékre, Hajdúszoboszlón pedig az invazív kardiológia határterületeit ismerhettük meg. A képzés utolsó előadása mindhárom helyszínen interaktív esetek bemutatásából állt.

A program előadói a hazai kardiológia ismert szakértői voltak. Néhányukkal sikerült beszélgetést folytatni az általuk előadott témáról. Ezek a beszélgetések lapunkban olvashatók.

A három rendezvényen elhangzott mindegyik témában előadások megtekinthetők honlapunk, a [www.hipocrates.hu](http://www.hipocrates.hu) Servier kardiovaszkuláris microsite-ján.

Kodák Attila