



MHT Hírmondó



A Magyar Hypertonia Társaság XXX. Jubileumi Kongresszusa

2023. szeptember 14.

Köszöntő a Magyar Hypertonia Társaság 30. kongresszusára

Torták, rózsák, égő gyertyák,
s néhány szívből jövő kívánság.
Ha elmúltál már ennyi meg ennyi,
nem kell azt úgy a szívedre venni.
Boldog születésnapot!

Adamis Anna: Születésnapodra
(Presser Gábor–Adamis Anna:
Harmincéves vagyok)

Tisztelt Kollégánok és Kollégák, kedves meghívott vendégeink és barátaink!

Harmincévesek lettünk. Alkalmom és lehetőség ez arra, hogy visszatekintsünk és emlékezzünk az elmúlt három évtizedre.

Az első Magyar Hypertonia Symposiumot 1991-ben *dr. Török Eszter*, *dr. de Châtel Rudolf* és *dr. Farsang Csaba* szervezte az Európai Hypertonia Társaság (ESH) Milánóban tartott kongresszusának szatellitrendezvényeként. Ezen a kongresszuson az a tény, hogy több mint 400 magyar résztvevő volt, már jelezte a téma iránti nagy hazai érdeklődést. Itt emeljük ki *dr. Illyés Miklós* vitathatatlan érdemeit, hiszen ő szervezte meg 1991-ben az I. és 1992-ben a II. ABPM-szimpoziumot és alapvető szerepet játszott az ambuláns vérnyomás-monitorozás hazai elterjesztésében, a Meditech Kft. alapítójaként az első magyar ambuláns vérnyomásmonitor, a Meditech ABPM 1 kifejlesztésében.

Az 1992-es szimpóziumon több mint 100 résztvevő jelenlétében *dr. Nagy László* főorvos úr javasolta a Magyar Hypertonia Társaság megalapítását. Javaslatát osztatlan sikert aratott, ezért a következő évben, az 1993-ban összehívott tudományos kongresszuson megalakult a Magyar Hypertonia Társaság (MHT). A Társaság célul tűzte ki, hogy ösztönözze és kordinálja a szakmai és tudományos munkát a hipertonia területén, fejlessze a hazai, az európai, valamint a világ minden részére kiterjedő, nemzetközi kapcsolatokat és aktívan hozzájáruljon a hipertóniás betegek ellátásának javításához. Ezen célok a harmincéves MHT tevékenységének változatlanul a lényegét jelentik.

Az MHT taglétszáma a kezdeti 120-ról gyorsan növekedett, így a 2007. év végére az MHT-nek közel 1600 tagja volt. Támogattuk és támogatjuk a magyar kutatási eredmények megismerését hazai és külföldi fórumokon. Az MHT kiemelkedő feladatává vált a hipertoniológia területén a magas szintű hazai képzés,



szakképzés és továbbképzés támogatása. Bekapcsolódtunk az európai és nemzetközi hipertoniátársaságok életébe. A továbbképzések szervezésével, a felvétel- és vizsgarendszer meghatározásával elősegítettük és elősegítjük a mára már hivatalosan elismert hazai, valamint a nemzetközi akkreditációjú európai hipertoniológusképzés megszerzését.

Megszerveztük és szakmailag elismertük a hipertoniaellátó helyeket. Számos, a hipertoniatudomány egy-egy speciális területével foglalkozó munkacsoportot szerveztünk. Tevékenységünk elismeréseként az Európai Hypertonia Társaság hazánkban is akkreditált hat ellátóhelyet mint Hypertension Excellent Centert.

Számos külföldi szaktekinélyt tiszteletbeli taggá fogadtunk. A kiemelkedő társasági munka elismerésére megalapítottuk a Török Eszter-, a Marosvári Miklós- és a Kiss István-díjakat. Kongresszusunkra rendszeresen meghívott külföldi (portugál, olasz, német, horvát, szlovák, román és szerb) kollégák nagy örömmel látogatnak el hozzánk. Külön kiemeljük a Portugál Hypertonia Társasággal 2008 óta rendszeresen, utóbbi években két alkalommal, a Horvát Hypertonia Társasággal és a Szlovák Hypertonia Társasággal évente szervezett közös szimpóziumainkat.

Fájó szívvel, ugyanakkor nagy tisztelettel emlékezünk Társaságunk két volt elnökére, akik sajnos már nem jöhetnek el a jubileumi kongresszusra. *De Châtel Rudolf* és *Kiss István* professzorok lelkesedése, a hipertoniatudomány iránti elkötelezettségük és a Társaság érdekében végzett elvülhetetlen munkájuk példaként szolgál mindannyiunknak.

Társaságunk aktív tevékenységgel, illetve elvi, szakmai támogatással részt vett és ma is részt vesz különböző szakmai-tudományos programokban. Ki kell emelnünk ezek közül néhány nagyon



sikeret, pl. a Világbank támogatásával megszervezett Effective Control of Hypertension (ECHP) projektet, a Guideline And Practice (GAP), a Hypertonia időskorban és diabetes (HÍD), a Tartsa jó karban (TJK) programokat.

Összefogva az egészségipar elkötelezett szereplőivel újabb és újabb nagyszabású projektekbe kezdhettünk. Az Éljen 140/90 Hgmm alatt elnevezésű program hozzájárult ahhoz, hogy 2007-ben a regisztrált hipertóniás betegek 44,2%-a elérte a(z akkori) célértéket (<140/90 Hgmm). Az ÉRV program, melyben hipertóniás betegek körében az alsó végtagi tünetmentes perifériás érszűkület szűrővizsgálata történt, felhívta a figyelmet a tünetmentes szervkárosodás prognosztikai jelentőségére. A Hypertonia Regiszter, majd a Hypertonia Regiszter 2018–2023, valamint az ABPM Regiszter a rendelői és a rendelőn kívüli vérnyomásmérés rutinszerű alkalmazásának fontosságát támasztja alá egész országra terjedő adatgyűjtés révén. Mikor ezeket a sorokat írjuk, már több mint 4 millió rendelői vérnyomás és 24 ezer ABPM-adat áll rendelkezésünkre, amelyek tudományos feldolgozása révén pontos képet kaphatunk a hazai hipertoniaellátás eredményeiről és feladatairól. A betegek otthoni vérnyomásmérésének segítésére hozzájárultunk a KardioNapló és a Habita applikációk kifejlesztéséhez.

A Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékével közösen indított PROJEKT program célkitűzése a megfelelő vérnyomásméret arányának javítása. Szakmai támogatással részt vettünk a Kardio-metabolikus programban, a Kistérségi egészségügyi programban és a Nők kardiovaszkuláris rizikója programban, illetve a Gyógyszerészeti gondozás hipertoniaprogramjában.

Folytatás a 8. oldalon

A Magyar Hypertonia Társaság
és a Tudomány Kiadó
kiadványa
a Magyar Hypertonia Társaság
XXX. Jubileumi Kongresszusára

Főszerkesztő:
Dr. Járjai Zoltán
Dr. Farsang Csaba

Kiadói szerkesztő:
Béki János
Tudomány Kiadó Kft.
e-mail:
hirm@tudomany-kiado.hu

A szerkesztőség címe:
Tudomány Kiadó Kft.
1023 Budapest, Ürömi u. 56.
Tel.: (1) 273-2840

Nyomtatás:
Pauker Nyomda
Felelős vezető:
Vértes Dániel

Tipográfia:
Engárd Viktor
viktor@engard.hu

Helyszíni fotó:
Baranyai Norbert

Kiadja:
Tudomány Kiadó Kft.
1023 Budapest,
Ürömi utca 56.
Tel.: (1) 273-2840
Felelős kiadó:
Guti Péter ügyvezető

Lapalapító:
Dr. Vándorfi Győző
e-mail:
gyozo.vandorfi@diabet.hu

HU ISSN 2064-406X

TUDOMÁNY
KIADÓ



A VÉRNYOMÁSCSÖKKENTŐ GYÓGYSZEREK ONKOLÓGIAI MELLÉKHATÁSAI

„Ne játssz a tűzzel!”

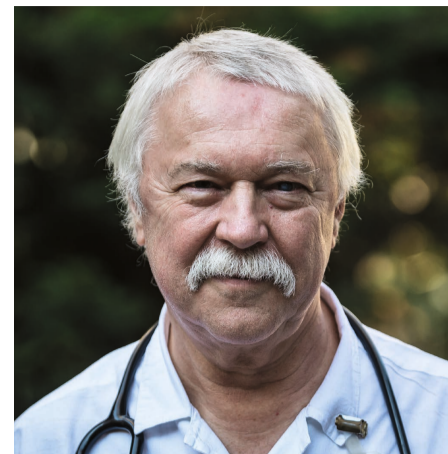
Az elmúlt évek során egyre inkább előtérbe került a hipertonia és a rákbetegség kapcsolatának kutatása. Ez azért szükséges, mert egyrészt a hipertonia a rákos betegek legelterjedtebb társbetegsége, másrészt, ha a vezető halálok (kardiovaszkuláris betegség) legfőbb kockázati tényezőjét, a hipertoniát optimálisan akarjuk kezelni, akkor törekedni kell arra, hogy a második vezető halálok (rákbetegség) fellépését ne növelje a kezelés. A hipertonia és a rák kapcsolata annál sajnos jóval bonyolultabb, hogy egyszerűen ránézésre tisztázzuk a vérnyomáscsökkentő kezelés esetleges onkológiai mellékhatásait. Ezt ismerték fel az Európai Hypertonia Társaság szakértői, amikor az új hipertoniaajánlásban tág teret szenteltek a hipertonia és a rák összefüggéseinek leírására.

Összefüggések a hipertonia és a rák között

A bizonyított kapcsolatokat az 1. ÁBRÁN mutatom be.

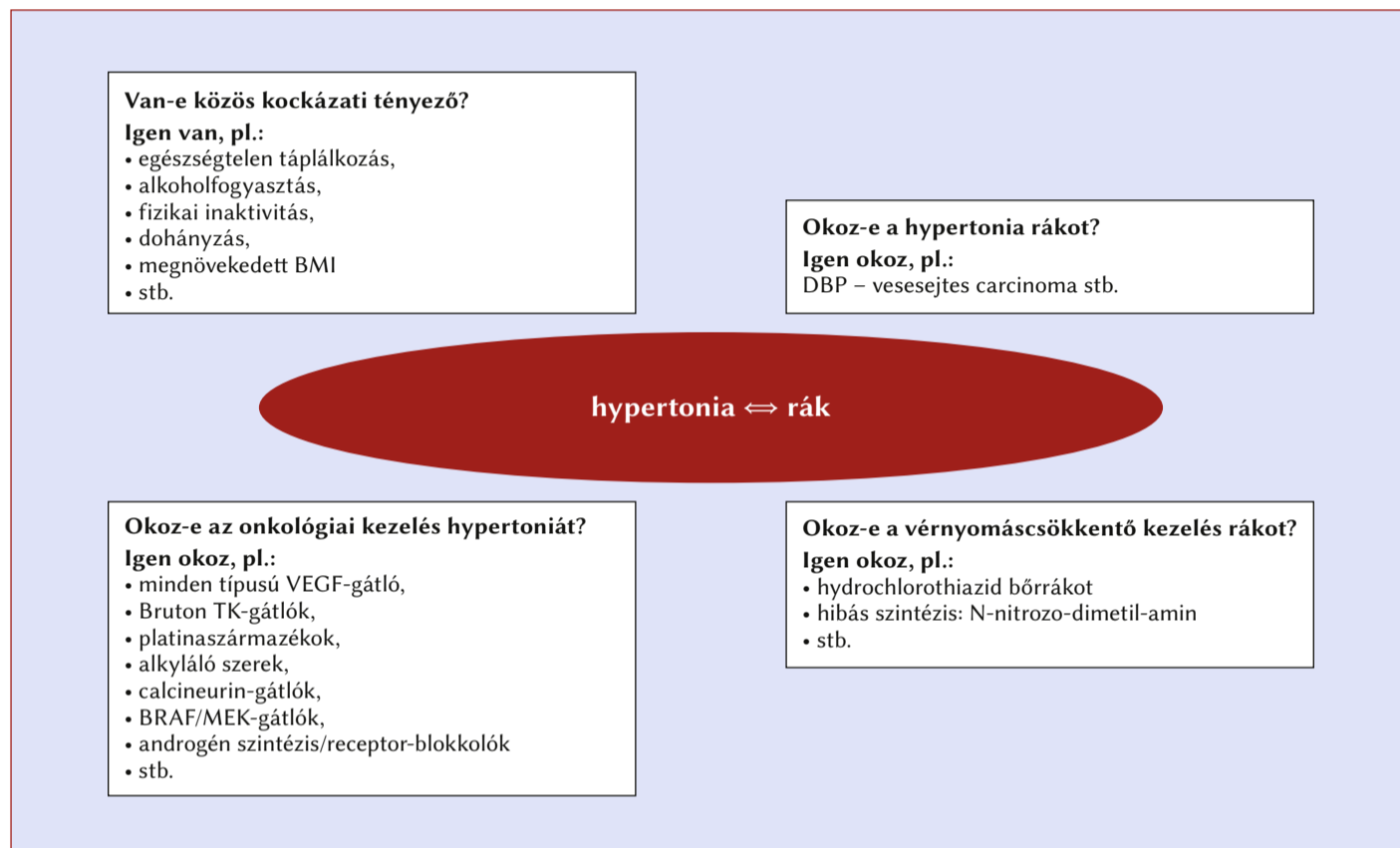
Vérnyomáscsökkentő kezelések indukálta rákbetegség

E problémakörben randomizált, kontrollált tanulmány nem történt. Létezik természetesen néhány megfigyelés, amelyek felvetik azt, hogy egyes vérnyomáscsökkentők onkológiai mellékhatásokkal rendelkeznek.



Két esetkontrollált vizsgálat eredménye azt sugallja, hogy a hydrochlorothiazid (HCTZ) alkalmazása a bőr és az ajak laphámsejtes carcinómája kialakulásának fokozott kockázatával jár együtt. Bár a legtöbb vizelethajtó (beleértve a HCTZ-t is) potenciálisan fényérzékenyítő gyógyszer és ez alapja lehet a bőrrákra gyakorolt káros hatásnak, a vizsgálatoknak módszertani korlátai voltak. Emiatt jól megtervezett tanulmányok végzésére van szükség a HCTZ és a bőrrák kockázata közötti kapcsolat szilárdabb bizonyítékának feltárásához. Az összes többi vérnyomáscsökkentő között még a CCB-k esetében találtak kicsi, de szignifikáns rákkockázatot növelő hatást általánosságban.

A renin-angiotenzin és a béta-adrenerg jelátvitel nemcsak a vérnyomás emelkedésében, hanem a sejtproliferációban, az angiogenezisben és a szöveti invázióban is szerepet játszhat. Ezért ezen útvonalak gátlása elméletileg jótékony hatással lehet a rák megelőzésére vagy kezelésére. A béta-receptor-blokkolók csökkenthetik



1. ábra. Bizonyított kapcsolatok a hipertonia és a rák között

Folytatás a 3. oldalon

A daganatos betegségekhez társuló vénás thromboemboliák kezelésének elvei

A vénás thromboemboliák (VTE), vagyis a mélyvénás thrombosis (DVT) és a pulmonalis embolia (PE) a második leggyakoribb oka a daganatos betegségekben szenvedő betegek halálzásának. A daganatos betegségek 5-szörösére növelik a VTE kockázatát, és az összes VTE-k 30%-a tumorok kísérőbetegségeként jelenik meg. Ez a gyakorlatban azt jelenti,

hogy amikor egy VTE-ban szenvedő beteget kezelünk, bizonyos életkor felett tumorkutatást is kell végezni a jól ismert rizikófaktorok felderítése mellett a VTE okának tisztázására, és gyakran ilyenkor fedezik fel az addig még tünetmentes tumort. A „nem provokált” VTE (vagyis amikor nincs jól magyarázható külső oka a thromboemboliának,

pl. műtét, immobilizálás, gipszrögzítés, hosszú repülőút, terhesség/szülés stb.) lehet az első gyanújele a malignus betegségnek, amit 5%-os gyakorisággal igazolnak a VTE-t követő 12 hónapban.

A tumorhoz társuló VTE rizikófaktorait 3 csoportba oszthatjuk: a beteghez köthető rizikófaktorok (idősödő életkor, dohányzás, női nem, örökletes thrombophilia, társbetegségek, korábbi VTE), tumorhoz köthető tényezők (a tumor fajtája, genetikai jellemzői, szövettana, kezdeti fázisa, lokalizációja, a tumoros betegség stádiuma) és terápiával összefüggő faktorok (a daganatellenes terápia típusa, centrális vénás katéter, hospitalizáció, műtéti kezelés).

A daganatos betegségben szenvedőket gyakran egyszerre jellemzi a fokozott thrombotikus kockázat és az emelkedett vérzéses veszély a tumor lokalizációjának megfelelően (pl. GIT tumorok, intracranialis daganatok), a kíséző thrombocytopenia és egyéb alvadási defektusok, valamint a kísézőállapotok



miatt (veseelégtelenség, kóros májfunkciók). A kétfajta kockázat, mint Szkülla és Kharüdisz veszélyeztetik a beteget, így igazi kihívás a megfelelő antikoaguláns modalitás megválasztása és fenntartása. Az ESC 2022-es ajánlása a TBIP rövidítéssel jellemezhető komplex (thromboemboliás kockázat, vérzéses kockázat, gyógyszerkölcsönhatások, páciens preferenciái) megközelítést javasol (1. TÁBLÁZAT).

Számos randomizált klinikai tanulmány (RCT) igazolta, hogy az LMWH

Folytatás a 3. oldalon

A tumorhoz társuló thromboemboliák antikoaguláns terápia az ESC 2022-es ajánlása (Lyon AR, et al., 2022. doi:10.1093/eurheartj/ehac244) alapján

Ajánlás	Osztály	Evidencia szintje
Apixaban, rivaroxaban vagy edoxaban javasolt a tumorhoz társuló tünetekkel járó vagy véletlenül felfedezett VTE kezelésére, ha nincs ellenjavallata	I	A
LMWH javasolt a tumorhoz társuló tünetekkel járó vagy véletlenül felfedezett VTE kezelésére, ha a thrombocytaszám >50 000/μl	I	A
Ha a tumoros betegnek 25 000–50 000/μl közötti a thrombocytaszáma, fele dózisu LMWH adása multidiszciplináris team döntése alapján megfontolható	IIb	C
Az antikoaguláns terápia 6 hónapon túli meghosszabbítása megfontolandó válogatott betegekben, pl. aktív daganatos betegség vagy metasztázis esetén	IIa	A

A HYPERTONIA MEGKÖZELÍTÉSE KÜLÖNBÖZŐ NÉZŐPONTOKBÓL

Mit jelent a hypertonia egy fiatal orvosnak?

A fiatal orvosok gyakran találkoznak hypertóniás pácienssel a betegség magas prevalenciája miatt. Kezdeti gyakorló időszakukban – kötelező SBO-gyakorlat, ügyelet stb. – a többségük megtapasztalja a hipertensiv excessus rendezésének örömet vagy éppen a terápiarezisztencia nehézségeit. Már orvostanhallgató korukban a családtagok, ismerősök vérnyomását mérik, esetleg ők már tanácsot is kérnek tőlük. A lelkes, tanulni vágyó orvostanhallgatókat már az évközi és főleg a hosszabb nyári szakmai gyakorlatokon meg kell ismertetni a helyes vérnyomásméréssel.

Háziorvosi, kardiológiai, nefrológiai szakellátáson gondozzák a legtöbb hypertóniás páciens, ezért a szimpózium keretén belül ezeken a területeken dolgozó fiatal orvosok számolnak be, milyen formában találkoznak a hypertóniával, hogyan tudnak becsatlakozni ennek az ellátásába, milyen kutatási lehetőségeket kínál a hypertonia, illetve hol lehetne előrelépni ezeken a területeken. Dr. Mohos András a háziorvosi oldalról közelíti meg a

magasvérnyomás-betegség ellátását, ahol kiemelt jelentősége van a szűrésnek, valamint a betegdukációnak. Dr. Baracs-Botos Viktória a kardiológiai szakrendelésen gyűjtött tapasztalatairól számol be, ahol már többnyire polymorbid, terápiarezisztens hypertóniás betegek fordulnak elő. Dr. Jakab Dániel, aki mint gyermeknefrológus ismerteti a nagyon fiatal és fiatal pácienseknél előforduló hypertonia sajátosságait és nehézségeit. Nemcsak a vesebetegség

oldaláról közelíti meg a témát, hanem az egyik leggyakoribb civilizációs ártalom is szóba kerül. A szimpóziumon kitekintünk az experimentális kutatások területére is. Hiszen a hypertonia mechanizmusainak a minél részletesebb megismerése segíthet újabb terápiás lehetőségek felé fordulni. Egy fiatal kutató, dr. Monori-Kiss Anna, saját eredményeinek bemutatásán túl beszél a legújabb kutatási trendekről, az alap-kutatás jelentőségéről és az alap- és klinikai kutatási együttműködések fontosságáról.

Azt is meg kell említeni, hogy a mai mindennapoknak elválaszthatatlan része az információk villámgyors terjedése, megosztása. Általánosságban is a mai fiatalok az internet, a közösségi média és platformok világában nőnek fel. Ezeket pedig nemcsak a szórakozásban,



hanem a mindennapi betegellátásban és a kutatásban is lehet és kell használni. A mai fiatal orvosok azok, akik ezt már készségszinten tudják integrálni a munkájukba, így a hypertonia ellátásába és kutatásába is.

Ezzel a szimpóziummal a fiatalokat ösztönzőleg kívánjuk megszólítani, várjuk őket a hypertóniával foglalkozó orvosok közösségébe. Az idősebb kollégáknak pedig azt szeretnénk megmutatni, hogy milyen üzenetekkel tudják a hypertoniaellátás és/vagy -kutatás irányába fordítani a fiatal, konkrét téma irányába még nem elkötelezett orvosokat. A november 25-én Szegeden tartandó VII. MATHINÉ (Magyar Tudós Ifjú Hypertonológusok és Ifjú Nephrologusok Értekezlete) is egy kiváló lehetőség lesz erre.

Dr. Fejes Imola

Fiatalok szimpóziuma: Mit jelent a hypertonia egy fiatal orvosnak? A hypertonia megközelítése különböző nézőpontból

Üléselnökök: Fejes Imola, Horváth Eszter

2023. szeptember 16., szombat, 14.10–15.10 – „A” szekció, Toscana I. terem

„Ne játssz a tűzzel!”

Folytatás a 2. oldalról

a rák kockázatát, de kemény végpontú bizonyítéka ennek nincs. A RAAS-gátlók hatása változatos a rendszer összes komponensére, a kezelésre adott válaszreakció függhet a daganat típusától, stádiumától, összefüggés lehet a kezelés és a hepatocelluláris carcinoma, a tüdőrák és a vesesejtes carcinoma között, de ennek bizonyítéka nincs. A spironolactonok rákellenes hatást fejthetnek ki, az alfa-receptor-blokkolók pedig a benignus prosztatahyperplasia kezelésében használhatók.

Végül az elmúlt évek legnagyobb gyógyszerbiztonsági botránya a világ két legnagyobb hatóanyag-szintetizáló

kínai gyógyszergyárához (Zhejiang Huahai Pharmaceutical és a Zhejiang Tianyu Pharmaceutical) kötődik. 2012-ben megváltoztatták a valsartan hatóanyag gyártási technológiáját, és a szintézis során keletkező N-nitroso-dimetilamin (NDMA) és N-nitroso-dietilamin (rákkeltők és sejtmérgek) eltávolítása nem történt meg. Emiatt először a két gyár által forgalmazott valsartan hatóanyagú készítményeket ki kellett vonni a forgalomból, azután kiderült, hogy a problematikus szintézis érinti az összes tetrazolgyűrűt tartalmazó

angiotenzinreceptor-blokkolót (candesartan, irbesartan, losartan, olmesartan, valsartan), ezért ezek kivonásáról is döntés született. Az innovatív gyártókat és ezek gyógyszereit a botrány nem érintette. A kivonásig eltelt hét év alatt, azok között, akik napi 320 mg valsartant szedtek (legnagyobb engedélyezett dózis), 5000 betegenként egy daganatos elváltozás léphetett fel, hosszan tartó szedésük pedig két tizezerrelkel növelhette meg a daganatos kockázatot. Az NDMA-botrány ismertetése azért fontos, mert emberi felelőtlenség következménye volt.

Hogyan befolyásolja a vérnyomáscsökkentő kezelés a rák fellépésének a kockázatát?

A klinikai vizsgálatokat nem ennek a kérdésnek a megválaszolására tervezték, a vizsgálatok heterogenitása ellehetleníti az ok-okozati kapcsolatok feltárását, ráadásul a tanulmányok 4-5 évig tartanak csak. Eközben azt már tudjuk, hogy a legalább 30 évig tartó dohányzás nagy valószínűséggel megnöveli a tüdőrák kialakulásának kockázatát. A vérnyomáscsökkentőket is hosszú időn keresztül szedik a betegek, ezért a kezeléseik rákincidenciát befolyásoló hatását mindenképpen tisztázni kell!

Dr. Nagy Viktor

A Kardiológiai Munkacsoport ülése: onkokardiológia – onkohypertonológia

Üléselnök: Benczúr Béla

2023. szeptember 14., csütörtök, 9.00–10.00 – „B” szekció, Marbella terem

A daganatos betegségekhez társuló vénás thromboemboliák kezelésének elvei

Folytatás a 2. oldalról

40%-kal csökkenti a VTE kiújulásának kockázatát K-vitamin-antagonistákkal (VKA) szemben, miközben a vérzéses kockázat hasonló volt, mint VKA mellett. Az RCT-k arra is választ adtak, hogy a DOAC-ok közül az apixaban, a rivaroxaban és az edoxaban (de nem a dabigatran, amelyre nincs evidencia ebben a betegcsoportban!) megfelelő alternatívái az LMWH-nak tumorhoz társuló VTE-ben, emiatt előbbieket váltak a preferált kezeléssé, hiszen kényelmesebb

a beteg számára is az adagolásuk, mint a szubkután LMWH-injekciók. Ugyanakkor bizonyos vérzésveszélyt fokozó kóros állapotok esetén óvatosságot igényel alkalmazásuk: gastrointestinalis vagy genitourinális daganatok, közelmúltbeli vérzés, 7 napon belüli műtét, jelentős thrombocytopenia, súlyos veseelégtelenség (CrCl<15 ml/min) és GIT kóros betegségek esetében. Az alvadást gátló kezelés minimális időtartama 6 hónap, amit számos esetben érdemes meghosszabbítani, pl. aktív malignus

betegség, metasztázisok jelenléte vagy kemoterápia esetén. Ugyanakkor a tartós antikoaguláns kezelésnek fokozott vérzéses kockázata is lehet az alvadást gátló időtartama alatt, emiatt a kockázat/háson arányt gondosan mérlegelni kell.

Érdemes néhány szót ejteni azokról a tumoros betegekről is, akiknek még nem volt thromboemboliája, de műtét előtt állnak, vagy tartósan ágyban fekvők. Ebben az esetben kis dózisú antikoaguláns kezeléssel ki lehet védeni a VTE-eseményeket. Randomizált tanulmányok és

metaanalízisek igazolták, hogy az LMWH-kezelés hatékonyan csökkenti a VTE kockázatát ambuláns, kemoterápiában részesülő tumoros betegeknél, megfelelő biztonság mellett. Egyes DOAC-okról is bebizonyosodott, hogy a nagy kockázatú tumoros betegek esetében alkalmasak a VTE primer prevenciójára (2×2,5 mg apixaban, illetve 1×10 mg rivaroxaban) kis vérzéses kockázat mellett. Mindenesetre egy ilyen preventív kezelés megkezdése előtt alapos egyeztetésre van szükség a beteggel, az őt kezelő specialistákkal az előnyökről és veszélyekről, a tumor prognózisáról, a költségekről és a profilaktikus antikoaguláns kezelés időtartamáról.

Dr. Benczúr Béla

A hypertoniaszűrés és -gondozás új lehetőségei a háziiorvosi praxisban

A hypertoniás betegek szűrése és rendszeres gondozása jól szervezett praxismunkát igényel. A minimumfeltételek mellett az ellátás csak korlátozottan tervezhető, sokszor tűzoltás jellegűvé válik a házi orvos munkája. Ennek következtében sok házi orvos próbál meg a minimumfeltételeken felül extra hozzáférési időt biztosítani az ellátáshoz pluszmunkaerő foglalkoztatásával vagy túlórázással. Az aktívkorúak hypertoniaszűrése és rendszeres gondozásában tartása külön kihívás. Ahhoz, hogy hazánkban mind a felismert betegek aránya, mind a rendszeres és megfelelő minőségű gondozásban részesülők aránya javuljon (ezáltal a korszerű ellátással elkerülhető kardiovaszkuláris esemény és halálozási ráta is csökkenjen), a preventív, tervezhető ellátási idő növelése és kompetens munkatársak (OKJ-s ápoló mellett jelen esetben MSc diplomás közösségi szakápolók [máshol: advanced practice nurse, APN]) bevonása elengedhetetlen. Erre tettünk kísérletet a saját praxisban, kihasználva a felhőalapú háziiorvosi software, az online konzultáció, a telemedicinális és digitális technológiai eszközök (pl. ABPM, mobil-appok, online HBPM-ellenőrzés) lehetőségeit is. A korábban minimumfeltételek szerint működő praxis átszervezésével a fő célom

az volt, hogy a COVID-19-pandémia alatt átvett körzetben a fel nem ismert és a nem megfelelően gondozott hypertoniás (és más krónikus betegségben szenvedő, főleg diabeteses) betegek arányát jelentősen vissza tudjuk szorítani, ezáltal csökkentve mind a COVID-19-fertőzéssel összefüggő, mind az attól független nem fatális és fatális kardiovaszkuláris események előfordulási esélyét. Az ellátási időt MSc szakápolói online konzultációval és a rendelőben heti 8 órában biztosított APN preventív rendeléssel egészítettük ki háziiorvosi szakmai irányítás mellett. Mindkét többlétszolgáltatás időtállóan bizonyult, és a pandémia elmúltával is folytattuk, folyamatosan csiszolva a csapatmunkát. A részmunkaidőben foglalkoztatott MSc szakápolók bevonásával a munka tervezhetőbbé vált, és a betegek így szélesebb időszámban férhetnek hozzá a preventív ellátásokhoz, amelyek közül kiemelendő a hypertonia szűrése (minden tünet- és panaszmentes egyénnek évente javasoljuk), az ismert betegek célértékre gondozása, életmód- és gyógyszerterápiával kapcsolatos edukációja, együttműködésük javítása, a komorbidityások és szervi szövődmények szűrése és gondozása. Az újonnan bejelentkező, panaszmentes páciensek számára az online

anamnéziszfelvételt követően felajánljuk a preventív rendelési előjegyzést, ahol részletes státuszfelmérés mellett EKG-vizsgálat, valamint háziiorvosi indikáció alapján boka-kar index mérés, prediabetes és diabetes esetén Rydel-Seiffert-féle hangvillás vizsgálat, a feltárt rizikók és krónikus betegségekkel kapcsolatos életmód- és gyógyszerterápiás edukáció történik. A krónikus betegek ekkor a rendszeres gondozási teendőkről is tájékoztatást kapnak. A labor- és preventív vizsgálati leletekkel az APN a beteget referálja a házi orvosnak, aki szükség szerint előjegyzi orvosi konzultációra, illetve további vizsgálatokra utalja a beteget (pl. bal kamrai hypertrophia gyanúja esetén kardiológiai vizsgálatra). A stabil állapotú, célértéken lévő betegek rutinszerű gondozásában és a vérnyomásnapló ellenőrzésében az online dolgozó MSc szakápoló is részt vesz, szükség esetén a rendelőbe irányítja a beteget, és a házi orvost értesíti. Az MSc szakápolók a háziiorvosi rendszerben azonosítóval belépve rögzítik az általuk végzett ellátási adatokat, amelyeket felhasználva a házi orvos szakorvosi kompetenciájának megfelelően folytatja a betegek gondozását. A praxisban a kardiovaszkuláris betegek ellátását a COVID-19-pandémia ideje alatt telemedicinális pulzoximetriás felügyelettel egészítettük ki SARS-CoV-2-fertőzés esetén. A hypertoniás betegek számára ajánljuk a naplővezetést (pl. HABITA), az életmódváltást támogató



applikációk használatát, az ESC kardiovaszkuláris preventív életmód tanácsait. Az önmenedzsmentben jártas páciensek célértékelése egyértelműen jobb. Az ABPM-vizsgálatot szintén biztosítjuk, kiemelt figyelmet fordítva az alvási apnoe szűrésére is, amely nem tekinthető ritka problémának. Eddigi eredményeink szerint a praxis átszervezésével a pandémia ellenére jelentősen növelhető volt az újonnan diagnosztizált és a gyógyszeresen kezelt hypertoniás betegek, valamint a komorbidityással kezelt betegek száma is. Az újonnan kezelt hypertoniás betegek aránya az aktív korúak körében jelentősebben nőtt. Tapasztalataink alapján tudatos fejlesztéssel a háziiorvosi ellátás teljesítménye a szükségletekhez, minősége pedig a szakmai ajánlásokhoz igazítható.

Dr. Dózsa Katalin Mária

A mesterséges intelligencia lehetőségei és kockázatai

A számítógépes mikrochipek adattárolási kapacitásának és adatfeldolgozási sebességének drámai növekedése, valamint az adattudomány forradalma hozta el a mélytanuló algoritmusok és a természetes nyelvi feldolgozó modellek, azaz a mesterséges intelligencia új korszakát.

A mesterséges intelligencia (MI) az egészségügyben először a képalkotással kapcsolatos területeken jelent meg: az EKG analízisben, a retinális és bőrlaesiók, valamint a patológiai metszetek diagnosztikájában. Ezt követően nagyon ígéretes segítséggé vált a radiológiai képalkotó diagnosztikában a kóros eltérések felismerésében az egyszerű radiológiai eljárásoktól a CT, MR vagy a mammográfia területén, különös tekintettel az intracranialis vérzések, nagyérocclusiók, a PTX vagy a pulmonalis embolia diagnózisában. Ez a fejlődés azonban egyidejű kihívásokkal szembesítette a felhasználókat: az MI-ajánlások csak folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett használhatók, az ezekre való túlzott hagyatkozás elkényelmesítheti a felhasználókat. Továbbá az egyes diagnózisok esetében az MI konfidenciaintervallumokat ad meg, aminek az interpretációja gyakorlatot igényel. A radiológusok számos aggályt fogalmaztak meg részben az MI-ajánlások transzparenciájának hiánya miatt (feketedoboz-effektus), részben a szakmai autonómia védelmében. Jelenleg úgy tűnik, hogy az

MI-megoldások a másodpilóta vagy a másodvéleményt adó szerepét tölthetik be a leghatékonyabban a radiológia területén.

A chatbotok második generációjának, azaz az OpenAI/Microsoft ChatGPT, majd a GPT-4-nek, illetve a Google Bardnak a megjelenése eddig páratlan érdeklődést váltott ki: az új technológiák közül elsőként a ChatGPT 5 nap alatt jutott el az 1 millió felhasználóig. Ennek továbbfejlesztett változata a GPT-4 chatbot

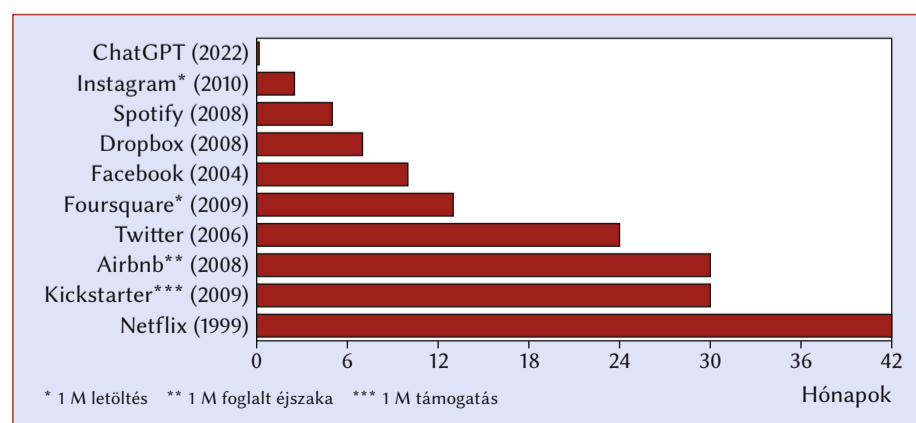
85%-os eredményt ért el az USA orvosegyetemi licencvizsgájánál.

A chatbotok olyan komputerprogramok, amelyek mélytanuló természetes nyelvi feldolgozó algoritmusok segítségével az emberi beszélgetésekhez hasonlóan megértenek kérdéseket és automatikusan azonnal megválaszolják azokat. Egészségügyi felhasználásuk számos területen megkezdődött: az orvosi dokumentációtól kezdve a nagy egészségügyi adatbázisok feldolgozásán át az orvosi diagnosztikáig, prognosztikáig, a triázs területén át a terápiáig, a farmakológiai kutatásokig és az orvosi oktatásig. A betegek számára is komoly segítséget jelenthetnek a tünetek, laboratóriumi eredmények vagy az orvosi vélemények interpretálásában, a személyre szabott kockázatfelmérésben és életmód-tanácsadásban, továbbá a terápiás adherencia javításában.



A chatbotok alkalmazása ugyancsak számos kockázatot rejt magában. A válaszok esetében nehéz eldönteni, hogy azok megfelelő bizonyítékokon alapulnak-e. Egyes esetekben a chatbotok egyértelműen téves válaszokat is adhatnak, amit „hallucinációknak” nevezünk, ami különösen veszélyes lehet az egészségügyi alkalmazások esetében, mivel a tévedések nem mindig feltűnnek. A chatbotok algoritmusát szinte a teljes internetes adattároláson készítik fel, ami számos hibás adatot tartalmazhat. Ezért fontos a chatbotok ajánlásainak verifikálása, ami a GPT-4 esetében nagyon sikeresen lehetséges a saját hibáinak megkeresésére való felszólítással.

Tekintettel az MI egészségügyi felhasználásának kockázataira, a megfelelő hatósági szabályozás elengedhetetlen.



1 millió felhasználó eléréséig eltelt idő az új technológiák esetén (adatok forrása: <https://explodingtopics.com/blog/chatgpt-users>)

Folytatás az 5. oldalon

HYPERTONIÁS BETEGEK HÁZIORVOSI GONDOZÁSA

A kiterjesztett hatáskörű ápolók (APN) szerepe és jelentősége

A magasvérnyomás-betegség a leggyakoribb háziiorvosi gondozást igénylő krónikus megbetegedés hazánkban is. A nemzetközi, illetve hazai szakmai irányelveknek köszönhetően a legkorszerűbb ajánlások alapján végezhetjük pácienseink gondozását, mind a járóbeteg-, mind az alapellátásban. Ugyanakkor megállapíthatjuk, hogy egyik ellátási szinten sem áll rendelkezésre elegendő idő a betegek hatékony és magas szintű ellátásához, kérdéseik, kétélyeik megválaszolására, illetve a betegedukációra. A hatékony háziiorvosi gondozást tovább nehezíti az évek óta egyre komolyabb háziiorvosi humán erőforrás-probléma, illetve hogy a megnövekedett adminisztrációs terhek miatt nem jut elegendő idő egy páciens korszerű ellátására (a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján kb. 5 perc). Mind ezen problémák ellensúlyozására adhat megoldást a 2017-ben hazánkban is bevezetett kiterjesztett hatáskörű ápolók (Advanced Practice Nurse – APN) képzése, majd alkalmazása. A médiában számos alkalommal „non-doktorok” nevezett szakemberek mesterképzésük során el-sajátítják a népegészségügyi szempontból jelentős megbetegedések szűrésével, gondozásával kapcsolatos legfrissebb tudásanyagot. Bizonyos területeken orvosi

kompetenciák átvételére van lehetőségük (pl.: fizikális vizsgálat kivitelezése, krónikus betegségek menedzselése a kezelőorvossal együttműködve, szűrővizsgálatok kivitelezése, a terápia hatékonyságának nyomon követése stb.). Ennek köszönhetően hatékony és elengedhetetlen partnerei lehetnek a jövőben a háziiorvos kollégáknak.

Saját praxisunkban 2021 júniusa óta kiterjesztett hatáskörű ápolók bevonásával történik a preventív rendelés lebonyolítása. A rendelés heti hat órában zajlik, csakis előjegyzés formájában vehetik igénybe a páciensek, ezzel is biztosítva a megfelelő időt egy-egy beteg magas szakmai színvonalú ellátásához. Az előjegyzést a háziiorvos, illetve a praxisban dolgozó másik APN kolléga menedzseli. Minden páciens ellátására egy órát fordítunk, amelynek keretében sor kerül anamnéziszfelvételre, életmódi tényezők feltárására, belgyógyászati fizikális vizsgálatra, életkoruk és krónikus betegségeiknek megfelelően további eszközös és műszeres vizsgálatok elvégzésére, ellenőrizzük a kardiovaszkuláris rizikónak megfelelő célértékek teljesülését/nem teljesülését, majd a pácienssel közösen ábeszéljük a kapott eredményeket, a szükséges beavatkozási pontokat

és persze sor kerül a betegedukációra is. A vizsgált betegek legnagyobb része valamely krónikus betegséggel már rendelkezik, leggyakrabban hipertóniás, illetve diabeteses betegekkel találkozom. Amennyiben a vizsgálat során bármilyen novum eltérés igazolódik, esetleg nem felel meg a várt célértékeknek a beteg, akkor a további konzíliumok, terápia-módosítások érdekében visszairányítom a páciens a háziiorvos kollégámhoz. Előadásunkban a praxisunkban elért ezen eredményeket kívánjuk bemutatni, a hipertóniás betegek vonatkozásában.

Néhány fontosabb eredményünk íze-lítőül: 298 hipertóniás betegünk adatait elemeztük, 55,2%-uknál igazoltunk rendelési mérésnek megfelelő célértéket. Az érintett páciensek mindössze 32,3%-a vezet rendszeresen vérnyomásméplőt otthonában. Ugyanakkor statisztikailag is igazolást nyert, hogy azok a páciensek, akik otthonukban is rendszeresen végeznek vérnyomás-ellenőrzést, tendenciózusan gyakrabban feleltek meg a kívánt célértékeknek ($p=0,005$). Szintén megállapítottuk, hogy a hölgyek esetében szignifikánsan gyakrabban valósul meg ($p=0,005$) HBPM.

Eredményeinkből már most is jól látható, hogy a páciensek adherenciáján, compliance-én igen sokat kell még fejleszteni. A férfi betegek esetében kifejezetten sok tennivaló van még a hatékonyabb gondozás elérése érdekében. A mindennapi munkánk során és eredményeinkkel alátámasztva is azt tapasztaljuk, hogy a



magasvérnyomás-betegséget nem veszik elég komolyan az érintettek, nincsenek tisztában az általuk elvégzendő feladatokkal, a megelőzés fontosságával, mellyel a súlyosabb célszervi szövödményeket, illetve a maradandó egészségkárosodást tudják elkerülni. Az APN-ek bevonása ebben segíthet, tehermentesítve a háziiorvosokat, ugyanakkor javítva a hipertóniás betegek ellátását a háziiorvosi ellátás területén, alkalmazva a shared decision making elvét a gondozásuk során.

Előadásunkban a fenti témákban igyekszünk saját eredményeink bemutatásával, illetve felhasználásával a hatékonyabb háziiorvosi gondozás elérése érdekében egy igazoltan „jó gyakorlatot” bemutatni. Szerzőtársaim nevében szeretettel várunk minden érdeklődőt szeptember 14-én a 11:20-kor kezdődő szabadelőadások szekciójában!

Dr. Galvács Henrietta

A mesterséges intelligencia lehetőségei és kockázatai

Folytatás a 4. oldalról

Ennek a szabályozásnak olyannak kell lennie, ami nem gátolja a technológiai fejlődést, ugyanakkor időben fellépve garantálja a betegek életének, egészségének, valamint érzékeny adatainak biztonságát, továbbá válaszol az etikai kihívásokra is. Az MI alkalmazása hatalmas lehetőséget jelent az egészségügy számára. A megfelelően érzékeny és proaktív szabályozás esetén a potenciális veszélyek hatékonyan csökkenthetők. Az MI elfogadásának és elterjedésének akadálya lehet a félelem, hogy az MI kiszorít bennünket. Azonban az orvosi hivatás alapját, azaz az empatikus orvos-beteg kapcsolatot a gyógyítás során valószínűleg lehetetlen algoritmusokkal pótolni. Az MI egészségügyi használata ugyanakkor annyi potenciális előnnyel jár, hogy megjósolható, hogy azok az egészségügyi ellátóhelyek, amelyek használják az MI-t, kiszorítják azokat, akik nem veszik igénybe azt.

Dr. Alföldi Sándor

ESETALAPÚ FELMÉRÉS

A háziiorvosok adherenciája a hipertonia-irányelvekhez

Célkitűzésünk volt gyakorlati típuseseteken keresztül felmérni a háziiorvosok ismereteit a magas vérnyomás ellátásának hazai ajánlásáról.

A megyei kollegiális vezető háziiorvosok segítségével megkértük a felnőtt pácienseket ellátó háziiorvosokat, hogy egy Google kérdőívet töltsenek ki. A kérdőívben általános kérdések (a település típusa, ahol a praxis működik, a kolléga életkora, neme, tagja-e szoros praxisközösségnek) mellett megkérdeztük, hogy ismerik-e a hatályos magyar hipertoniaajánlást és a kardiovaszkuláris konszenzuskonferencia ajánlásait.

Ezt követően öt hipertóniás típusesetet mutattunk be, és az alábbi kérdéseket tettük fel az ellátásukkal kapcsolatban:

- Indikált-e a vérnyomás gyógyszeres kezelése a betegnél?
- Ha igen, milyen típusú gyógyszert alkalmazna?

- Mennyi lenne az adott páciensnél a szisztolés vérnyomás célértéke?
- Mennyi lenne az adott páciensnél a diasztolés vérnyomás célértéke?
- Milyen más kardiovaszkuláris rizikótényezőket kellene számításba venni a kezelés megválasztásánál?
- A betegnél előbb említett rizikófaktorok közül melyiket kezelné aktívan és milyen terápiás célt tűzne ki ezzel kapcsolatban (több rizikótényező esetén mindről írjon)?

Előadásunkban az általánosságban levonható következtetéseket foglaljuk össze. 88 válasz érkezett, a válaszadók kb. kétharmada dolgozik szoros praxisközösségben.

- A többség ismeri a Magyar Hipertonia Társaság hatályos ajánlását, de csak kétharmada a konszenzuskonferencia ajánlásait.
- A többség az öt első vonalbeli ajánlott gyógyszercsoporttal indítaná a kezelést minden esetben, viszont kicsi a kombinációval indító kollégák aránya.
- Az 1. fokozatú, alacsony rizikójú pácienseknél csak néhány válaszadó jelölte be, hogy nem indítana azonnal gyógyszeres kezelést, és érdekes



volt, hogy volt olyan magas rizikójú beteg, akinél nem indítana néhány kolléga gyógyszeres kezelést.

- A szisztolés és diasztolés célértékek esetében tapasztaltunk nagy bizonytalanságot.
- A kollégák nagy része holisztikus módon közelít a hipertóniás beteghez és mind a társuló rizikófaktorokat, mind a célszervkárosodásokat igyekszik felmérni és kezelni.

Összefoglalva: a felmérés alapján fontosnak tartjuk a hipertoniaajánlások ismereteinek intenzív képzését a háziiorvosok körében. Ebben a munkában lényeges szerepe lesz a praxisközösségeknek.

Emellett fontosak a háziiorvosok számára a témával kapcsolatosan készített tájékoztató anyagok.

Dr. Móczár Csaba

Szabadelőadások

Üléselnökök: Barna István, Móczár Csaba

2023. szeptember 14., csütörtök, 11.20–12.25

„B” szekció, Marbella terem

Az egészségműveltség szerepe a vaszkuláris kockázatban

Az egészségműveltség (health literacy) az a képesség, hogy egy egyén milyen mértékben tudja megszerezni, feldolgozni és megérteni az egészségével kapcsolatos megfelelő döntések meghozatalához szükséges alapvető információkat és szolgáltatásokat. A korlátozott egészségügyi ismeretek láthatatlan akadályt képeznek az egészségügyi ellátásban, ami jelentős költségekkel jár az egyén és a közegészségügy szempontjából. A csökkent egészségműveltség összefüggésbe hozható a betegségek és a gyógyszerek korlátozott ismeretével, a rosszabb általános egészségi állapottal, magasabb egészségügyi költségekkel, a rehospitalizáció és a halálozás megnövekedett valószínűségével. Az egészségműveltség része az egészséget meghatározó társadalmi tényezőknek (oktatás, rassz/etnikai hovatartozás, jövedelem és vagyon, közösség és környezet, valamint a nyelvjártasság), amelyek viszont összefüggenek egy sor közép- és hosszú távú egészségügyi kimenetellel.

Az egyén szempontjából az egészségműveltségnek számos komponense van, ide tartozik az alapvető olvasási feladatok elvégzése, részvétel az egészséggel kapcsolatos kommunikációban, szövegértés (különböző információforrások megértése), a számolási készség (alapvető numerikus és számtani feladatok elvégzése), az egészséggel kapcsolatos információk keresése és megszerzése, a döntéshozatal, kritikus gondolkodás. Az egyén részt kell vegyen az egészséggel kapcsolatos tájékozott döntésekben, legyen képes az információk szűrésére, értelmezésére és értékelésére, vállaljon felelősséget az egészségéért. Fontos az önbizalom a személyes és közösségi egészség javításában

és a sikeres öngondoskodás. A beteg kezelésében a problémák már a legegyszerűbb feladatoknál jelentkezhetnek. Egy érdekes tanulmányban három családorvosi praxisban vizsgálták a betegek azon képességét, hogy megértsék és betartják a szokásos vényköteles gyógyszerek címkéjén található utasításokat. Az 5 címke helyes megértése 67,1% és 91,1% között változott a különböző műveltségi csoportokban. Azok a betegek, akik alacsony írástudással rendelkeztek, kevésbé voltak képesek megérteni mind az öt címkézési utasítást. Bár az alacsony írástudással rendelkező betegek 70,7%-a helyesen mondta ki a „naponta kétszer két tablettát szájon át beszedni” utasítást,

csak 34,7% tudta megmutatni a naponta bevenni kívánt tabletták számát.

Az egészségműveltség és különböző kardiovaszkuláris betegségek kockázatát számos tanulmányban vizsgálták. Egy 2021-ben közzétett metaanalízis azt igazolta, hogy az alacsony egészségműveltség növeli a kardiovaszkuláris betegségben szenvedők halálozását és az ismételt hospitalizáció kockázatát. Egy amerikai egyetemi kórházban végzett vizsgálatban értékelték a Brief Health Literacy Screen (BHLS) módszerrel mért alacsony egészségműveltség és a felvételkor mért emelkedett vérnyomás (BP) kapcsolatát. A 46 263 beteg 23%-ának volt alacsony az egészségműveltsége, ami gyakrabban fordult elő az idősebb (61 vs. 54 éves), alacsonyabb iskolai végzettségű (28,4% vs. 11,2% nem fejezte be a középiskolát) és a sürgősségi osztályon keresztül felvett egyének esetében (54,3% vs. 48,1%), mint azoknál, akiknél a BHLS értéke 9 felett volt. Az alacsony egészségműveltség független összefüggést mutatott az emelkedett vérnyomással, különösen azokban a betegekben, akiknél korábban nem diagnosztizálták a magas vérnyomást. Egy másik, akut szívelégtelenség miatt kórházi kezelésen átesett betegeken végzett vizsgálatban az alacsony számolási készség a 30 napos visszaesés megnövekedett esélyével járt.

Egy nagy multicentrikus felmérésben vizsgálták a pitvarfibrillációhoz



(AF) kapcsolódó kardiovaszkuláris kockázatok megértésének, észlelésének és a jellemző magatartásoknak a szintjét. Az AF AWARE csoport 2009-ben 11 országban vizsgálta a betegek (n=825) és kardiológusok (n=810) pitvarfibrillációról alkotott megítélését, valamint informáltságát. A felmérés következtetése az volt, hogy átfogó nemzetközi beteg- és szakmai tájékoztatási és támogatási program szükséges a pitvarfibrillációról a kezelés és az egészségügyi eredmények javítása érdekében. Claudicatio intermittens miatt kezelt betegeknél is vizsgálták az egészségműveltség, valamint a demográfiai és klinikai jellemzők kapcsolatát. Összesen 158 beteget vontak be a vizsgálatba, akiknek 52,5%-a „nem megfelelő” (0–8 pont) vagy „problémás”

Folytatás a 7. oldalon



forxiga
(dapagliflozin)

**AZ ÉV GYÓGYSZERE
2022**

MFT
Magyar Kísérletes és
Klinikai Farmakológiai Társaság

**A FORXIGA AZ EGYETLEN SGLT2-GÁTLÓ,
AMELY BIZONYÍTOTT ELŐNNYEL RENDELKEZIK
AZ ÖSSZHALÁLOZÁS TEKINTÉBEN
CKD-BAN SZENVEDŐ BETEGEKNÉL^{1-4†}**

A mérföldkőnek számító DAPA-CKD vizsgálatban kevesebb FORXIGA kezelést kapó beteg halt meg bármilyen okból, mint a placebo karon.



KEZDJE IDŐBEN A KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG KEZELÉSÉT!

FORXIGA® (dapagliflozin) 5 mg; 10 mg filmtableta

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! A hatályos "alkalmazási előírás" teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/) vagy az Európai Gyógyszerügynökség (www.ema.europa.eu) honlapokon. OGYÉI honlapon keresztül történő elérési útvonal: www.ogyei.gov.hu; Adatbázisok, nyilvántartások; Gyógyszer-adatbázis; szabadszavas keresésben a „FORXIGA” megadása, a „KERESÉS INDÍTÁSA”, EMA ikon vagy hiperlinkre történő kattintás.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!
Forxiga alkalmazási előírás:
https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=90051
https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=90054

A FORXIGA® 10 mg filmtableta a szívelégtelenség és krónikus vesebetegség indikációjában TB támogatással nem rendelkezik.
Kiszárolg orvosai rendelőnyéhez kötött gyógyszer (VI).
Az aktuális árak és támogatási feltételek tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu honlapon található információkat.
Elérési útvonal: <http://www.neak.gov.hu>; SZAKMÁNAK; GYÓGYSZER/ GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKŐZ/ GYÓGYFÜRDŐ TÁMOGATÁSOK; Egészségügyi szakembereknek; PUBLIKUS GYÓGYSZERTÖRZS; VÉGLEGES TÖRZS.
Forrás: 2023. augusztus 1-től érvényes NEAK Publikus Gyógyszerszöveg.

Készítmény megnevezése	Bruttó fogyasztói ár	Támogatás összege	Térítési díj	Emelt támogatási kategória	Indikációs pont
FORXIGA® 5 mg filmtableta, 30x	12 839 Ft	Társadalombiztosítási támogatással nem rendelkezik.			
FORXIGA® 10 mg filmtableta, 30x	12 839 Ft	8 987 Ft	3 852 Ft	70%	EÜ70 1.

[†]A DAPA-CKD vizsgálatot a hatékonysági előnyök miatt korán leállították. E korai leállítás miatt a másodlagos végpontok névlegesnek számítanak.²

Rövidítések: ARR = abszolút kockázatsökkenés; CKD = krónikus vesebetegség; CV = kardiovaszkuláris; DAPA-CKD = Dapagliflozin And Prevention of Adverse outcomes in Chronic Kidney Disease; eGFR = számított glomerulus filtrációs ráta; RRR = relatív kockázatsökkenés; SGLT2 = nátrium-glükóz kotranszporter 2.

Referenciák: 1. Heerspink HJL, et al. N Engl J Med. 2020;383(15):1436–1446. 2. Wheeler DC, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021;9(11):22–31. 3. Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. Herrington et al. N Engl J Med. 2023 Jan 12;368(2):117–127. 4. Canagliflozin and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes and Nephropathy. Perkovic et al. N Engl J Med 2019;380:2295–306.

Mellékhatás/Nemkívánatos esemény/Minőségi panasz bejelentése és orvosszakmai kérdés esetén: +36 1 883 6500 vagy <https://contactazmedical.astrazeneca.com>

HU-7396, Lezárás dátuma: 2023.08.21.

AstraZeneca

AstraZeneca Kft., 1117 Budapest, Aliz utca 4. B ép. 1. em.,
Tel: +36-1-883-6500, www.astrazeneca.hu

Az egészségműveltség szerepe a vaszkuláris kockázatban

Folytatás a 6. oldalról

(9–12 pont) egészségműveltségről számolt be. Az egyedül élő betegek szignifikánsan nagyobb hányada számolt be „nem megfelelő” vagy „problémás”

egészségműveltségről, mint „elégséges” (13–16 pont) egészségműveltségről. Az „elégséges” egészségügyi ismeretekkel rendelkező betegek szignifikánsan magasabb önhatékonyságról és életminőségről számoltak be, és fizikailag aktívabbak voltak, mint a „nem megfelelő” vagy „problémás” egészségügyi ismeretekkel

rendelkező betegek. Az egyetemi végzettségű betegek esetében szignifikánsan jobb volt a képesség az egészséggel kapcsolatos információk „hozzáférésére” (keresésére, megtalálására és megszerzésére) és megértésére.

Az egészségműveltség javításában kiemelt szerepe van az oktatásnak, amit

már az iskolában el lehet kezdeni. Jó példa erre az a vizsgálat, amelyben középiskolás gyerekeknek tartottak oktatást a stroke patofiziológiájáról, tüneteiről, illetve a stroke gyanúja esetén szükséges viselkedésről. Az oktatott gyerekek a tanfolyamot követően lényegesen nagyobb százalékban ismerték fel a stroke tüneteit, illetve választották a megfelelő döntést, a mentő hívását.

A mindennapi gyakorlatban a betegek megfelelő tájékoztatása, a betegség, a kezelés, a gyógyszeresedés céljának, mi-kéntjének megértése, elfogadása alapvető fontosságú a beteg további sorsa szempontjából.

Dr. Farkas Katalin

A Vaszkuláris Munkacsoport ülése: A vaszkuláris kockázat szocio-ökonómiai meghatározói

Üléelnökök: Farkas Katalin, Kolossváry Endre

2023. szeptember 16., szombat, 13.10–14.10 – „A” szekció, Toscana I. terem

Az elhízás kezelése: múlt, jelen, jövő

A túlsúly és az elhízás járványszerűen terjedő, recidiváló, krónikus betegség, amely az egyik legnagyobb közegészségügyi kihívás a világ nagy részén és hazánkban is. Világszerte az elhízás (BMI ≥ 30 kg/m²) a leggyakoribb metabolikus betegség, amely nemcsak a felnőttek, hanem már a gyermekek körében is szélesben terjed. A túlsúly (25 \leq BMI < 30 kg/m²) az elhízás előszobája, és legtöbbször elhízásba torkollik. Az elhízás mértéke exponenciális összefüggésben áll a mortalitással és a kísérő betegségek kialakulásának kockázatával.

Elhízásban gyógyszeres kezelés ≥ 30 kg/m² testtömegindex (BMI) esetén, illetve olyan 27 kg/m² feletti BMI-vel rendelkező betegeknél javasolható, ahol már kísérőbetegségek (pl. hipertónia, 2-es típusú diabetes mellitus stb.) is megjelentek. Elhízásban a gyógyszeres terápia a komplex kezelésnek (életmódterápiának) csak az egyik eleme lehet, önmagában ne alkalmazzuk.

A testtömegcsökkentésre használt készítmények sora hosszú múltra tekint vissza és, legalábbis eddig, többnyire sikertelenül, mivel a legtöbbet már visszavonták a forgalomból, és ezek közül alig néhány érhető el jelenleg is. A mostani helyzetre többnyire az a jellemző, hogy az utóbbi években engedélyezett készítmények nagy része olyan hatóanyag, amelyet eredeti indikációs körében alkalmazva figyelték meg, hogy csökkenti a testtömeget, míg másokat eleve ilyen célból fejlesztettek, fejlesztenek.

A noradrenerg szerek közül az amfetamin-származékok (pl. dexamfetamin, metamfetamin) hatékonyan csökkentik a testsúlyt, azonban jelentős kardiális és pszichés (beleértve az addikciót is) mellékhatásokkal rendelkeznek. A szimpatikomimetikus fogyasztószer az Egyesült Államokban jelenleg is

elérhető, ugyanakkor Európában már nem forgalmazható.

A szerotoninerg készítmények közül a fenfluramint és a dexfenfluramint valvulopathiás szövödményei miatt vonták ki a forgalomból. A nagy reményekkel indult, szelektív szerotonin 2C receptor-agonista lorcaserin sorsát malignitást fokozó hatása pecsételte meg, Európában nem is engedélyezték.

A noradrenerg és a szerotoninerg rendszerre egyaránt ható készítmények képviselője a sibutramin volt, amely mintegy 5–10%-kal csökkentette a testsúlyt egy év alatt. Pályafutásának a SCOUT vizsgálatban (Sibutramine Cardiovascular Outcomes Trial) látott kardiovaszkuláris kockázatfokozó hatása vetett véget.

A lipázinhibitor orlistat már évtizedek óta piacon van, ugyanakkor jelentős gastrointestinalis mellékhatásai (flatulencia, steatorrhoea, malabsorptio, urgens defecatiós inger, fecalis incontinentia stb.) korlátozzák széleskörű alkalmazását.

A szelektív kannabinoid-1-receptor (CB1)-antagonista rimonabantot pszichiátriai mellékhatása (pl. depresszió és suicidkésztetés) miatt vonták vissza.

Az inkretintengelyre ható liraglutid (GLP-1-receptoragonista) 2-es típusú

diabetikus betegek kezelése során jelentősen csökkentette a testtömeget. 2-es típusú diabetes kezelésére 1,8 mg-os maximális dózisban adható, míg obesitas kezelésére ennél nagyobb, napi egyszer 3,0 mg-os adagban, szubkután adandó. Az Egyesült Államokban 2014-ben, míg az Európai Unióban 2015-ben engedélyezték obesitas kezelésére. A hazánkban nem kapható semaglutid (2,4 mg) a liraglutidnál is hatékonyabbnak bizonyult elhízásban (kb. 12,7%-os fogyás). Mérföldkő-eredménynek számít, hogy a semaglutiddal (2,4 mg), túlsúlyosok vagy elhízottak körében végzett SELECT vizsgálatban – a gyártó előzetes közlése szerint (2023. augusztus 8.) – szignifikánsan, 20%-kal csökkentette a major kardiovaszkuláris események összevont végpontját (MACE), miközben az ezt alkotó események külön-külön is szignifikáns előnyt mutattak a placebohoz képest.

A kettős, GLP-1- és GIP-receptor-agonista tirzepatid egyelőre még mint antidiabetikum kapott FDA-engedélyt, ugyanakkor – a pozitív eredmények tükrében – hamarosan megkaphatja elhízásellenes indikációját is (88 hét alatt 26%-os fogyás a SURMOUNT-4 vizsgálatban).

A „Triple G” agonistának (GLP-1, GIP, glükagonreceptor) nevezett retatrutid a dóziskereső 2-es fázisú vizsgálatában



kiemelkedő testtömegcsökkentő hatékonyságot mutatott (8 mg-os dózisban a kezelték 70%-a ért el ≥ 20 -os fogyást 48 hét alatt).

A kombinációs terápiák közül a phentermin/topiramát kardiovaszkuláris biztonságossági aggályok miatt – az Egyesült Államokkal szemben – Európában nem forgalmazható. A naltrexon/bupropion fix kombináció – 2014-ben hagyta jóvá az FDA és az EMA Európában – 5,0–9,3%-os fogyást eredményezett.

Láthatjuk, hogy jelenleg is nagy erővel fáradoznak az újabb és újabb elhízásellenes készítmények kifejlesztésén. A fejlesztések iránya egyértelmű, leginkább az inkretintengelyre ható készítményekkel láthatunk jó eredményeket.

Dr. Simonyi Gábor

State of the art

Üléelnök: Farsang Csaba

2023. szeptember 14., csütörtök, 17.10–17.50 – „A” szekció, Toscana I. terem



COLTOWAN®

EZETIMIB

AZ IGAZI FEGYVER

A KOLESZTERIN ELLENI HARCBAN




Richter Gedeon Nyrt., székhely: 1103 Budapest, Gyömrői út 19-21., www.gedeonrichter.com
Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!
Mellékhatás/nemkívánatos esemény bejelentése és orvosszakmai kérdés esetén elérhetőség: +36 1 505 7032; medinfo@richter.hu
A termék alkalmazásával kapcsolatos információkról a termekinformatio@richter.hu címen érdeklődhet. Document ID: KEDP/DAD791, Lezárás dátuma: 2023.08.31.



COLTOWAN® 10 mg tabletta
https://ogyel.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=116077
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2019.11.01.
Teljes ár/Emelt TB támogatás/Térítési díj: 3721 Ft/3331 Ft/390 Ft

Köszöntő a Magyar Hypertonia Társaság 30. kongresszusára

Folytatás az 1. oldalról

A Magyar Nephrologiai Társasággal közösen szerkesztett tudományos folyóiratunk, a Hypertonia és Nephrologia évente hat alkalommal jelenik meg. Hiszünk a betegedukáció fontosságában, ezért támogatjuk a betegeknek szóló Hypertonia – A vérnyomásmagazin lap megjelenését. Aktívan fejlesztettük az Intellimed Kft.-vel közösen honlapunkat, amely immár otthont ad a betegeknek szóló ismeretterjesztő oldalnak is, akár csak a kollégák számára működtetett online továbbképzési felületnek.

Társaságunk szakmai munkáját alapvetően segítette és segíti az egészségipar: a gyógyszer- és műszergyártók szervezési és anyagi támogatása. Nekik ezúton is köszönetet mondunk.

A 30., jubileumi kongresszusunkra rendkívül gazdag programmal és sok meglepetéssel készülünk. A technikai szervezésben segítséget ismét a jól bevált Expert Quality nyújt. Bizton állíthatjuk, hogy a kongresszus a szakmai képzés mellett igazi ünnepi esemény lesz, amelyre szeretettel várjuk önöket a megszokott helyszínen, az őszi Balaton partján, Siófokon.

Dr. Farsang Csaba

az MHT 30. kongresszusának elnöke

Dr. Járai Zoltán

az MHT elnöke

EGIS SZIMPÓZIUM – A VERITAS VIZSGÁLAT

A VÉRNYOMÁSCSÖKKENTŐ Rilmenidin antihipertenzív hatásának elemzése (VERITAS)

500 1. vagy 2. fokú hypertoniás beteget vontunk be a multicentrikus, 2 évig tartó, nyílt vizsgálatba, hogy felmérjük a napi 1–2 mg adagban adott rilmenidin (I-1-receptoragonista) vérnyomáscsökkentő hatását a rendelői (OBP), higanyos vérnyomásmérővel mért, valamint a betegek ambuláns vérnyomásmonitorral (ABPM) mért vérnyomására. Echokardiográfiával egyszerű vak módszerrel meghatároztuk a balkamra-hypertrophia mértékét (LVH), s az eredményeket központilag értékeltük.

A rilmenidin-monoterápia (átlagos napi adag 1,42 mg) hatására az OBP és

az ambuláns vérnyomás-monitorozással (ABPM) mért vérnyomást is értékeltük a hypertoniás betegekben. A vérnyomás OBP-értéke szignifikánsan csökkent az első év végére $163 \pm 10 / 100 \pm 5$ Hgmm-ről $134 \pm 10 / 86 \pm 7$ Hgmm-re, a második év végén a vérnyomás $136 \pm 10 / 84 \pm 7$ Hgmm volt (a kiindulási értékhez viszonyítva $p < 0,001$). A 188 hypertoniás és balkamra-hypertrophias (LVH) betegben a balkamra-tömegindex (LVMI) az első év végére szignifikánsan csökkent $161,4 \pm 30,5$ -ről $131,3 \pm 26,5$ g/m²-re, míg a második év végén az LVH értéke $134,1 \pm 26,0$ g/m² ($p < 0,001$). Azokban

a betegekben, akikben a vérnyomás a rilmenidin-monoterápia hatására 12 hét után nem normalizálódott (RR $< 140 / 90$ Hgmm), a kezelést perindoprilrel (2-től 8 mg/die) egészítettük ki. Ennek hatására az OBP szignifikánsan csökkent $150 \pm 13 / 93 \pm 8$ Hgmm-ről $142 \pm 11 / 89 \pm 6$ Hgmm-re a kezelés 52. hetére, de további vérnyomáscsökkenés a 2. év végéig nem volt, amikor az átlagvérnyomás $142 \pm 14 / 89 \pm 7$ Hgmm volt. A rilmenidin a „fehérköpeny-reakciót” is csökkentette.

Összefoglalva eredményeinket megalapítottuk, hogy a hosszú ideig folytatott rilmenidin-monoterápia hatásosan csökkentette a betegek rendelői és ABPM-mel meghatározott vérnyomását és a balkamra-hypertrophiaát. A rilmenidin + perindopril kombináció a rilmenidin-monoterápiánál hatásosabban csökkentette a vérnyomást azon betegekben, akik vérnyomása a monoterápiára nem normalizálódott. A rilmenidin szignifikánsan csökkentette a betegek balkamra-hypertrophiaját.

Farsang Csaba, Lengyel Mária,

Borbás Sarolta, Zorándi Ágnes,

Szórádi Dienes Bernadett

a VERITAS vizsgálók nevében

EGIS Gyógyszergyár Zrt. szimpózium: A szimpatikus túlsúly csökkentésének szerepe a hipertóniás betegek széles körében – 26 év tapasztalata

Moderátor: Farsang Csaba

2023. szeptember 14., csütörtök, 10.10–11.10

„A” szekció, Toscana I. terem

OBEZITÁS

Változtassunk rajta időben!



Napi 1x-i adagolású liraglutid
Terápiás fenntartó dózis: 3 mg

Saxenda®

a testsúly csökkentésére engedélyezett
egyetlen GLP-1 RA.^{1,2*}

„V” - Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer.
BNO E6690 - Elhízás, k.m.n.

*A Saxenda® a testtömeg csökkentésére kiegészítő kezelésként szolgál a fokozott fizikai aktivitás, valamint felnőtt betegek esetében a csökkentett kilokalória tartalmú étrend, serdülők (≥12 év) esetében pedig az egészséges táplálkozás mellett.¹ A Saxenda® az egyetlen GLP-1 RA, amely elérhető Magyarországon a testsúly csökkentésére.² További részleteket az alkalmazási előírás 4.1 pontja tartalmaz.

A modellek illusztrációs célt szolgálnak.

Referencia: 1. Saxenda® alkalmazási előírás 2. <http://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis> (Elérés dátuma: 2023.09.07.)

A GYÓGYSZER NEVE: Saxenda® 6 mg/ml oldatos injekció előretöltött injekciós tollban

MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI ÖSSZETÉTEL: 6 mg liraglutid* tartalmaz 1 ml oldatban.

18 mg liraglutidot tartalmaz 3 ml-ben, előretöltött injekciós tollként.

*humán glukagon-szerű peptid-1- (GLP-1-) analóg, rekombináns DNS-technológiával Saccharomyces cerevisiae-ben előállítva.

GYÓGYSZERFORMA: Oldatos injekció. Tiszta és színtelen vagy csaknem színtelen, izotóniás oldat; pH = 8,15.

A KÉSZÍTMÉNY RENDELÉSE ELŐTT KÉRJÜK, OLVASSA EL A HATÁLYOS TELJES ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁST!

A hatályos alkalmazási előírás teljes szövege megtalálható az Európai Gyógyszerügynökség honlapján:

<https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/Saxenda/product-information-section>

Megjegyzés: A QR kód a készítmény oldalára mutat. A magyar nyelvű alkalmazási előírás ezen az oldalon a Product information szakasz első

lenyíló listájában (Available languages), a Hungarian szóra kattintva érhető el.



Novo Nordisk Hungária Kft.
1117 Budapest, Buda-part tér 2.
Tel: 06-1-325-9161, fax: 06-1-325-9169 • www.novonordisk.hu
Mellékhatás-jelentés esetén: safety-hu@novonordisk.com
HU25X00044 2023-09-07

FELTÉTELEZETT MELLÉKHATÁSOK BEJELENTÉSE: A gyógyszer engedélyezését követően lényeges a feltételezett mellékhatások bejelentése, mert ez fontos eszköze annak, hogy a gyógyszer előny/kockázat profilját folyamatosan figyelemmel lehessen kísérni. Az egészségügyi szakembereket kérjük, hogy jelentsék be a feltételezett mellékhatásokat a hatóság részére az alábbi elérhetőségek valamelyikén keresztül: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet, Postafiók 450, H-1372 Budapest; honlap: www.ogyei.gov.hu.

TÁMOGATÁSSAL, ÁRRAL VALAMINT RENDELHETŐSÉGGEL KAPCSOLATOS INFORMÁCIÓ:

A Saxenda® 6 mg/ml oldatos injekció előretöltött injekciós tollban osztályozási besorolása:

„V” - Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer.

Társadalombiztosítás által elfogadott árral és támogatással nem rendelkezik.

A Saxenda® a Novo Nordisk A/S, Dánia védjegye. © 2023 Novo Nordisk A/S

Saxenda®
liraglutid injekció