2024;29(Suppl. 3):S1–S36.

HYPERTONIA ÉS NEPHROLOGIA

A Magyar Hypertonia Társaság és a Magyar Nephrologiai Társaság lapja

A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG XXXII. TOVÁBBKÉPZŐ KONGRESSZUSA

2025. szeptember 11–13.

Hotel Azúr, Siófok

Kiadja:

több mint 30 éve az orvostudomány szolgálatában

LITERATURA MEDICA ANNO 1990

Köszöntő a Magyar Hypertonia Társaság XXXII. kongresszusára

Tisztelt Kolléganők és Kollégák, kedves Vendégeink!

A hypertonia a halálozás és a rokkantsággal járó életévek vezető oka. A fejlett országokban több szív-érrendszeri halálesetért tehető felelőssé a magasvérnyomás-betegség, mint bármely más befolyásolható rizikófaktor. A helyzet hazánkban sem különbözik, a hypertonia felismerésének és kezelésének a fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni.

A Magyar Hypertonia Társaság 2025. szeptember 11–13-a között rendezi meg XXXII. kongresszusát. A hagyományokhoz híven törekszünk kongresszusunk kimagasló színvonalának fenntartására – ennek biztosítéka a meghívott hazai és nemzetközi szakemberek kimagasló szakmai tudása, a gyakorlati képzést segítő workshopok ismételt megrendezése és a Társaság munkacsoportjai által szervezett önálló szekciók változatos programja.

A kongresszus kiemelkedő témái között szerepel a 2025-ben megjelenő új magyar hypertonia ajánlás, amely bízunk benne, hogy egyértelmű iránymutató lesz a 2023-ban és 2024-ben megjelent európai ajánlások után a hazai kollégák számára.

A kongresszus időtartama alatt megrendezésre kerülő közgyűlésen megválasztásra kerül az MHT új vezetősége és a Társaság jelenlegi elnöke és főtitkára is átadja a stafétabotot.

Nagy örömmel köszöntjük tehát kongresszusunk résztvevőjeként. Bízunk benne, hogy ez a pár nap nemcsak szakmai ismereteket, de baráti beszélgetéseket, szakmai egyeztetéseket és némi kikapcsolódást is nyújt majd Önöknek!

Tisztelettel,

Prof. dr. Járai Zoltán
az MHT XXXII. Továbbképző Kongresszusának elnöke
az MHT elnöke

Dr. habil. Nemcsik János
az MHT XXXII. Továbbképző Kongresszusának titkára
az MHT főtitkára

Prof. dr. Páll Dénes
az MHT leendő elnöke

2025;29(Suppl. 3):S1–S36.

A KONGRESSZUS ELNÖKE

Dr. Járai Zoltán c. egyetemi tanár
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

A KONGRESSZUS TITKÁRA

Dr. habil. Nemcsik János egyetemi docens
Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest

TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG

Elnök: **Prof. dr. Koller Ákos**

Tagok:
Dr. Cseprekál Orsolya
Dr. Farkas Katalin
Prof. dr. Harangi Marianna
Prof. dr. Kovács Tibor
Dr. habil. Légrády Péter
Prof. dr. Rosivall László
Prof. dr. Tislér András
Prof. dr. Várbíró Szabolcs

A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG VEZETŐSÉGE (2021–2025)

Prof. dr. Ábrahám György vidéki titkár
Dr. Ádám Ágnes
Dr. Alföldi Sándor
Dr. Ambrus Csaba
Dr. habil. Barna István
Dr. Benczúr Béla
Dr. Cseprekál Orsolya budapesti titkár
Prof. dr. Csiky Botond
Dr. Dolgos Szilveszter
Dr. Farkas Katalin
Prof. dr. Farsang Csaba örökös tiszteletbeli elnök
Dr. Fejes Imola
Prof. dr. Finta Ervin jegyző
Prof. dr. Harangi Mariann
Dr. Herczeg Béla
Prof. dr. Járai Zoltán elnök
Prof. dr. Jenei Zoltán
Prof. dr. Kékes Ede tiszteletbeli vezetőségi tag
Dr. Kiss Attila
Dr. Kiss Zoltán
Prof. dr. Koller Ákos
Dr. Kolossváry Endre
Dr. Kovács Imre
Prof. dr. Kovács Tibor
Dr. habil. Légrády Péter
Dr. Lengyel Szabolcs
Dr. Masszi Gabriella
Dr. Móczár Csaba
Dr. habil. Nemcsik János főtitkár
Prof. dr. Páll Dénes elnökhelyettes, leendő elnök
Prof. dr. Reusz György
Prof. dr. Rosivall László
Dr. Simon Attila
Prof. dr. Szabó László
Prof. dr. Tislér András
Prof. dr. Torzsa Péter
Dr. Vályi Péter
Dr. Várallyay Zoltán
Prof. dr. Várbíró Szabolcs

Felügyelő Bizottság

Prof. dr. Székács Béla elnök
Prof. dr. Nagy Judit tag
Dr. Dudás Mihály tag

MEGHÍVOTT ELŐADÓK

Professor Rosa Maria BRUNO	Paris, France
Professor Martin CAPRNDA	Bratislava, Slovak Republic
Professor Fernando Martos GONÇALVES	Lisbon, Portugal
Professor Andrzej JANUSZEWICZ	Warsaw, Poland
Professor Bojan JELAKOVIĆ	Zagreb, Croatia
Professor Ana JELAKOVIĆ	Zagreb, Croatia
Professor Peter MIKUS	Bratislava, Slovak Republic
Professor Krzysztof NARKIEWICZ	Gdansk, Poland
Professor Rosa de PINHO	Sao Joao da Madeira, Portugal
Professor Heloísa Ribeiro	Santa Maria da Feira, Portugal
Professor Enrique RODILLA SALA	Valencia, Spain
Professor Anna VACHULOVÁ	Bratislava, Slovak Republic

AKKREDITÁCIÓ

A rendezvény PTE ÁOK/2025.II/00059 kódszámon akkreditált szabadon választott egyetemi tanfolyam, amelyet tesztírás zár. A részvételről a helyszínen igazolást adunk ki. Szakképesítések, amelyekhez szakma szerinti pontszámként elszámolható:

belgyógyászat
belgyógyászati angiológia
csecsemő és gyermek kardiológia
csecsemő és gyermekgyógyászat
diabetológus
endokrinológia és anyagcsere-betegségek
foglalkozás-orvostan (üzemorvostan)
geriátria
gerontológia
háziorvostan
hipertonológia licencvizsgához
kardiológia
nephrologia
sportorvostan
szülészet-nőgyógyászat
szemészet

Szakdolgozók: a 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 2. sz. melléklete alapján a rendezvényen való részvételért kreditpontot kapnak. (Az igazolás kiállításához szükséges a nyilvántartási szám.)

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

A kongresszus időpontja: **2025. szeptember 11–13.**
Helyszíne: **Hotel Azúr,** *8600 Siófok, Erkel Ferenc utca 2/c*

Helyszíni regisztráció

2025. szeptember 11-12. **07:30–18:00**
2025. szeptember 13. **07:30–15:00**

Részvételi díj (az árak tartalmazzák a közelező adókat)

Kategóriák	2025. 09. 04. után és a helyszínen befizetve
MHT tag	60 000 Ft
35 éven aluli MHT tag	37 000 Ft
Nem MHT tag	70 000 Ft
Cégképviselő	120 000 Ft
Támogató cégképviselő	50 000 Ft
Szakdolgozó	35 000 Ft
Nyugdíjas MHT tag	15 000 Ft
Nappali egyetemi- és PhD-hallgató	15 000 Ft
Napijegy MHT tag	30 000 Ft
Napijegy Nem tag	35 000 Ft
Vacsora / szeptember 12.	28 500 Ft

Az MHT tagjának az tekinthető, aki 2025. március 31-ig rendezte a 2025. évi tagdíját!
A hallgatói jogviszony igazolása szükséges!

Ebéd: 11 900 Ft/alkalom *(büfé, az ár tartalmazza a kötelező adókat)*
A Hotel Azúr szálloda szállásköltsége tartalmazza az ebédet is (éjszakánként egy ebédet), amelyet csütörtökön és pénteken lehet igénybe venni. Ezen felül lehetőség van még a fenti árért szombaton is igénybe venni az ebédet. A többi szállodában szállást foglalók számára a fenti áron lehet ebédet igényelni.
Vacsora (09. 11-én): 11 900 Ft/alkalom *(büfé, az ár tartalmazza a kötelező adókat)*

2025;29(Suppl. 3):S1–S36.

Részvételi díjak tartalma	Teljes részvételi díj	Napijegy/ az adott napon	Nyugdíjas MHT tag, nappali egyetemi-, PhD-hallgató	Szakdolgozó
Tudományos programokon való részvétel	✓	✓	✓	✓
Pontszerző igazolás	✓			✓
Kapcsolódó szakmai kiállítás látogatása	✓	✓	✓	✓
Program-absztraktfüzet	✓	✓	✓	✓
Névkitűző	✓	✓	✓	✓
Kávészünetek	✓	✓		✓
Péntek esti vacsora	✓			

INFORMÁCIÓK AZ ÉTKEZÉSEKKEL KAPCSOLATBAN

Ebéd, vacsora
A Hotel Azúr szálloda szállásköltsége tartalmazza az ebédet is (éjszakánként egy ebédet), amelyet csütörtökön és pénteken lehet igénybe venni. Ezen felül lehetőség van még a fenti árért szombaton is igénybe venni az ebédet.
A többi szállodában szállást foglalók számára a fenti áron lehet ebédet igényelni.
Az ebéd a szálloda éttermében egy szűkített választékú büfé, ital nélkül. Kérjük, a jegyeket vigyék magukkal, mert az étteremben csak a jegy ellenében vehető igénybe étkezés. Az elvesztett jegyet nem áll módunkban pótolni.

Kávészünetek
A kiállítási területen lebonyolítva, kávét, ásványvizet vagy üdítőt tartalmaz.

2025. szeptember 11., csütörtök	14:40–15:10
2025. szeptember 12., péntek	11:30–12:00
	15:40–16:10
2025. szeptember 13., szombat	10:00–10:30

SZERVEZŐ IRODA

EXPERT QUALITY
Kongresszusi és Utazási Iroda

1052 Budapest, Kígyó u. 4–6.,
Telefon: +36 (1) 311-6687
Internet: http://www.eqcongress.hu
E-mail: congress@eqcongress.hu

EGYÜTTMŰKÖDŐ PARTNER:

Magyarország Átfogó
Egészségvédelmi Szűrőprogramja

TÁMOGATÓK/KIÁLLÍTÓK:

AstraZeneca Kft.
Berlin-Chemie/ A. MENARINI Kft.
Boehringer Ingelheim Pharma
Egis Gyógyszergyár Zrt.
Harc a Női Szívekért Alapítvány
Intellimed Kft.
KRKA Magyarország Kereskedelmi Kft.
Lilly Hungária Kft.
Merck Kft.
Novo Nordisk Hungary Kft.
OMRON Hungimpex Kft.
Richter Gedeon Nyrt.
Sandoz Hungary Kft.
Servier Hungária Kft.
ZENTIVA Pharma Kft.

A Kongresszus Szervezőbizottsága ezúton is köszönetet mond a támogató és kiállító cégeknek, hogy támogatásukkal hozzájárultak a rendezvény sikeréhez!

2025. SZEPTEMBER 11., CSÜTÖRTÖK					
„A" SZEKCIÓ		„B" SZEKCIÓ		„C" SZEKCIÓ	
8:30	MHT Vezetőségválasztó közgyűlése I.				
9:00	MHT Vezetőségválasztó közgyűlése II.				
11:00	FŐTÉMA – Vérnyomás és az agy	11:00	Szabad előadások		
12:30	Ebédszünet	12:45	Ebédszünet		
13:00	Szimpózium – Novo Nordisk				
14:00	Szimpózium – Astra Zeneca Kft.			14:00	Workshop – ABPM
15:00	Kávészünet			15:30	Napi program zárása
15:15	State of Art előadás				
15:40	Technikai szünet				
15:45	Szimpózium – Egis Gyógyszergyár Zrt.				
16:45	FŐTÉMA – Ritmuszavarok és a szív	16: 45	FŐTÉMA – Háziorvosi szekció		
17:45	Szünet	17:45	Napi program zárása		
18:00	Ünnepélyes megnyitó				
19:30	Napi program zárása				

2025. SZEPTEMBER 12., PÉNTEK					
06:45–07:30 – Reggeli futás „Az ereink védelmében" 07:00–07:30 – Csoportos jóga					
„A" SZEKCIÓ		„B" SZEKCIÓ		„C" SZEKCIÓ	
8:30	FŐTÉMA – Egészséges életmód	8:30	FŐTÉMA – Rezisztens hypertonia – fussunk neki megint!		
10:00	Szünet	9:30	Csatlakozó szabad előadások		
10:10	ESH-MHT Joint Symposium	10:00	Szünet		
11:25	Technikai szünet				
11:30	Szimpózium – Egis Gyógyszergyár Zrt.				
12:30	Ebédszünet				
13:00	Szimpózium – Astra Zeneca Kft.	13:00	Szimpózium – Merck Kft.		
13:30	Szimpózium – Egis Gyógyszergyár Zrt.	13:30	Szimpózium – Lilly Hungária Kft.		
14:00	Szimpózium – Sandoz Hungária Kft.	14:00	Szünet	14:00	EKG Workshop és kvíz
15:00	Szünet				
15:15	Szimpózium – Boehringer Ingelheim			15:30	Napi program zárása
16:15	Posztereléőadások	16:15	Szimpózium – KRKA Magyarország		
16:45	Kávészünet	16:45	Napi program zárása		
17:00	Szlovák szimpózium				
18:00	Stevo Julius Memorial lecture				
18:25	Technikai szünet				
18:30	Portugál szimpózium				
19:30	Horvát szimpózium				
20:00	Napi program zárása				
20:15	Az MHT fogadása				

2025. SZEPTEMBER 13., SZOMBAT					
07:00–07:30 – Csoportos jóga					
„A" SZEKCIÓ		„B" SZEKCIÓ		„C" SZEKCIÓ	
8:30	FŐTÉMA – A 2025-ös magyar hypertonia irányelv bemutatása				
10:00	Szünet				
10:10	Szimpózium – Egis Gyógyszergyár Zrt.			10:45	Workshop – Hasi aorta aneurysma szűrővizsgálat a családorvosi rendelőben
11:10	Szimpózium – Berlin-Chemie/A. Menarini Kft..				
12:10	Ebédszünet			11:30	Napi program zárása
12:50	Ifjúsági Bizottság szimpóziuma	12:50	Szimpózium – Egis Gyógyszergyár Zrt.		
13:35	Szimpózium – „Harc a Női Szívekért" Alapítvány	13:20	Napi program zárása		
14:35	A kongresszus zárása, tesztírás				

Tudományos program

A

„A" SZEKCIÓ – TOSCANA I. TEREM

2025. SZEPTEMBER 11., CSÜTÖRTÖK

08:30 A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG VEZETŐSÉGVÁLASZTÓ KÖZGYŰLÉSE I.
Üléselnökök: **Farsang Csaba, Járai Zoltán, Nemcsik János, Páll Dénes**

09:00 A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG VEZETŐSÉGVÁLASZTÓ KÖZGYŰLÉSE II.
Üléselnökök: **Farsang Csaba, Járai Zoltán, Nemcsik János, Páll Dénes**

11:00 FŐTÉMA – VÉRNYOMÁS ÉS AZ AGY
Üléselnökök: Jenei Zoltán, Járai Zoltán

HYPERTONIA KEZELÉSE STROKE-BAN – CÉLÉRTÉKEK, KEZELÉS AZ AJÁNLÁSOK TÜKRÉBEN 2025 *(25+5')*
Jenei Zoltán
Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszék és Klinika, Debrecen

A HYPERTONIA ÉS EPILEPSZIA *(13+2')*
Kiss Zoltán, Szupera Z.
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Neurológia, Budapest

KARDIONEUROLÓGIA – PITVARFIBRILLÁCIÓ ÉS STROKE *(13+2')*
Kiss Attila
Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház, I. Belgyógyászat – Kardiológia Osztály, Kecskemét

KOGNITÍV DISZFUNKCIÓ *(13+2')*
Horváth András Attila
Neurokognitív Kutatási Központ, Budapest

ORTHOSTATICUS HYPOTONIA AZ ÚJ AJÁNLÁSOK TÜKRÉBEN *(13+2')*
Pásztor Dorottya Tímea, Járai Z.
Dél-Budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológiai Profil, Budapest

12:30 Ebédszünet

13:00 SZIMPÓZIUM – NOVO NORDISK / AZ OBESITAS JELENTŐSÉGE A HYPERTONIÁBAN
Moderátor: **Járai Zoltán**

AZ OBESITAS EZER ÚTJA A HYPERTONIÁIG *(17')*
Igaz Péter
Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Endokrinológiai Tanszék, Budapest

MIKORTÓL SÉRÜL A VESE? *(17')*
Barna István
Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

GLP-1 RECEPTOR-AGONISTÁK CARDIOVASCULARIS VÉDŐ HATÁSA *(17')*
Bajnok László
Pécsi Tudományegyetem ÁOK Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

2025;29(Suppl. 3):S1–S36.

14:00 SZIMPÓZIUM – ASTRAZENECA KFT.
SGLT2-GÁTLÓK A KOMORBID SZÍV-ÉRRENDSZERI BETEGEK SZÉLES KÖRÉBEN – KEREKASZTAL-BESZÉLGETÉS
Moderátor: **Halmosi Róbert**

Résztvevők: **Halmosi Róbert,** *Pécsi Tudományegyetem KK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Kardiológia, Pécs*
Fülöp Gábor, *Pécsi Tudományegyetem KK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai és Diabetológiai Centrum, Pécs*
Brasnyó Pál, *Siófoki Kórház-Rendelőintézet, Siófok*
Sárszegi Zsolt, *Pécsi Tudományegyetem KK, Szívgyógyászati Klinika, Pécs*

15:00 Kávészünet

15:15 STATE OF THE ART ELŐADÁS
Üléselnökök: **Farsang Csaba, Páll Dénes**

UNMASKING RESISTANT HYPERTENSION: DIAGNOSING THE ELUSIVE ENEMY *(20+5')*
Krzysztof Narkiewicz
Department of Hypertension and Diabetology Medical University of Gdańsk, Gdańsk, Poland

15:40 Technikai szünet

15:45 SZIMPÓZIUM – EGIS GYÓGYSZERGYÁR ZRT.
HOGYAN NÖVELHETŐ A FELFEDEZETT, KEZELT ÉS CÉLTARTOMÁNYT ELÉRŐ HYPERTONIÁS BETEGEK ARÁNYA? A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG SZAKMAI PROJEKTJEI
Moderátor: **Farsang Csaba**

MAGYAR HYPERTONIA REGISZTER EREDMÉNYEI – FÓKUSZBAN A SZEZONÁLIS INGADOZÁS *(13+2')*
Páll Dénes
Orvosi Klinikai Farmakológiai Tanszék, Debreceni Egyetem, Debrecen

MAGYAR ABPM REGISZTER EREDMÉNYEI – A VILÁG ÉLVONALÁBAN *(13+2')*
Járai Zoltán
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológiai Profil, Budapest

MMM KAMPÁNY HAZAI MEGVALÓSÍTÁSÁNAK ELSŐ LÉPÉSEI *(13+2')*
Nemcsik János
Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék; NGNB Med. Orvosi Szolgáltató Kft., Budapest

PITVARFIBRILLÁCIÓ SZÉLESKÖRŰ SZŰRÉSE HYPERTONIÁSOK KÖRÉBEN *(13+2')*
Simon Attila
Balatonfüredi Állami Szívkórház, Balatonfüred

16:45 FŐTÉMA – RITMUSZAVAROK ÉS A SZÍV
A KARDIOLÓGIAI MUNKACSOPORT ÜLÉSE
Üléselnök: **Benczúr Béla, Járai Zoltán**

HYPERTONIA ÉS PITVARFIBRILLÁCIÓ *(25+5')*
Duray Gábor
Észak-Pesti Centrumkórház – Honvédkórház, Kardiológiai Osztály, Budapest

HYPERTONIA ÉS MALIGNUS RITMUSZAVAROK – HIRTELEN SZÍVHALÁL *(25+5')*
Kupó Péter
Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Szívgyógyászati Klinika, Elektrofiziológiai Részleg, Pécs

DISZKUSSZIÓ *(10')*

17:45 Szünet

18:00 A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG XXXII. KONGRESSZUSÁNAK ÜNNEPÉLYES MEGNYITÓJA

Üléselnökök: **Farsang Csaba, Járai Zoltán, Páll Dénes, Nemcsik János**

18:00 **Köszöntő/Greetings**

A TÁRSASÁG 2025. ÉVI KITÜNTETÉSEINEK ÁTADÁSA

18:05 **A 2025. évi „A Magyar Hypertonia Társaság Tiszteletbeli Tagja" cím átadása, és a Tiszteletbeli Tag előadása**
THE CARDIOVASCULAR ART OF BEING A FAMILY DOCTOR (20')
Dr. Rosa de Pinho
Assistente graduada de MGF, Coordenadora da USF Vale do Vouga, primary care, são João da madeira, Ex Presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, Portugal

18:30 **A 2025. évi „Török Eszter Emlékérem" kitüntetés átadása, és a díjazott előadása**
TÖRÖK ESZTER EMLÉKELŐADÁS (15')
Dr. Kolossváry Endre PhD, profilvezető főorvos, c. egyetemi docens
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Angiológia Profil, Budapest

18:50 **A 2025. évi „Marosvári Miklós Emlékérem" kitüntetés átadása, és a díjazott előadása**
MAROSVÁRI MIKLÓS EMLÉKELŐADÁS (15')
Dr. Masszi Gabriella PhD, osztályvezető főorvos
Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Budapest

19:10 **A 2025. évi „Dr. Kiss István Ifjúsági Díj" átadása**
Dr. Lengyel Szabolcs PhD, egyetemi adjunktus
Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Debrecen

19:15 **PUBLIKÁCIÓS DÍJAK ÁTADÁSA**

A 2024-ben megjelent legkiemelkedőbb angol nyelvű közlemény díjának átadása
Dr. Sági Balázs PhD, egyetemi adjunktus
Pécsi Tudományegyetem ÁOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai, Diabetológiai Centrum, Pécs
A közlemény címe: THE RELATIONSHIP BETWEEN VASCULAR BIOMARKERS (SERUM ENDOCAN AND ENDOTHELIN-1), NT-PROBNP, AND RENAL FUNCTION IN CHRONIC KIDNEY DISEASE, IGA NEPHROPATHY: A CROSS-SECTIONAL STUDY
International Journal of Molecular Sciences, 2024

A 2024-ban megjelent legkiemelkedőbb magyar nyelvű eredeti közlemény díjának átadása
Díjazott: Kovács Beáta, Németh Ákos, Daróczy Bálint, Karányi Zsolt, Maroda László, Diószegi Ágnes, Páll Dénes, Harangi Mariann
A **közlemény címe:** A DYSLIPIDAEMIA ELŐFORDULÁSA AZ ÉSZAK-ALFÖLDI RÉGIÓ HYPERTONIÁS BETEGEI ESETÉN

A 2024-ban megjelent legkiemelkedőbb magyar nyelvű esetismertetés díjának átadása
Díjazott: Sági Veronika, Gáll András, Bányász Emese, Riczu Alexandra, Hanuska Adrienn, Ligeti Éva
A közlemény címe: HYPERCALCAEMIA HOSSZÚ TRÓPUSI TARTÓZKODÁS UTÁN – A D-VITAMIN TÚLADAGOLÁS TANULSÁGOS ESETE

Szegedi Tudományegyetem TDK első helyezett, az MHT különdíjazottja:
Pósa Viktória
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, Szeged

Országos TDK első helyezett, az MHT különdíjazottja:
György Tamás Attila
Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest

19:30 Napi program zárása

20:15 Vezetőségi ülés – Opus Étterem

2025;29(Suppl. 3):S1–S36.

B

„B" SZEKCIÓ – MARBELLA TEREM

11:00 SZABADELŐADÁSOK
Üléselnökök: **Farkas Katalin, Koller Ákos**

AZ ARTÉRIÁS ÉLETKOR KISZÁMÍTÁSÁRA SZOLGÁLÓ SCORE, SCORE2 ÉS FRAMINGHAM RIZIKÓPONTSZÁM ALAPÚ MÓDSZEREK ÖSSZEHASONLÍTÁSA (8+2')

Gyöngyösi Helga, Kőrösi B., Batta D., Nemcsik-Bencze Zs., László A., Tislér A., Cseprekál O., Torzsa P., Eörsi D., Nemcsik J.
Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest

ALTERNATÍV BOKA-KAR INDEX MEGHATÁROZÁS JELENTŐSÉGE A HALÁLOZÁSI KOCKÁZAT MEGÍTÉLÉSEKOR HYPERTONIÁS POPULÁCIÓBAN (8+2')

Kolossváry Endre, Ferenci T., Járai Z., Farkas K.
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Angiológiai Profil, Budapest

A MAGAS VÉRNYOMÁS ÉS A CARDIOVASCULARIS MEGBETEGEDÉSEK ELŐFORDULÁSA FUNKCIONÁLIS HOMOZIGÓTA FAMILIÁRIS HYPERCHOLESTERINAEMIÁS BETEGEK ESETÉN (8+2')

Nádró Bíborka, Szőke Cs., Kaluha J., Kiss B., Páll D., Harangi M.
Debreceni Egyetem ÁOK, Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Betegségek Tanszék, Debrecen

A PULZUSNYOMÁS ELASZTIKUS ÉS MEREV KOMPONENSEINEK MEGHATÁROZÓI 24 ÓRÁS AMBULÁNS VÉRNYOMÁS-MONITOROZÁS SEGÍTSÉGÉVEL (8+2')

Nemcsik János, Takács J., Páll D., Kekk Zs., Jósvai Zs., Torzsa P., Pásztor D., Koller Á., Járai Z.
Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék; NGNB Med. Orvosi Szolgáltató Kft., Budapest

A NON-DIPPER ÉS REVERZ DIPPER VÉRNYOMÁSMINTÁZAT GYAKORI HAZÁNKBAN A MAGYAR ABPM REGISZTER LEGFRISSEBB EREDMÉNYEI ALAPJÁN (8+2')

Pásztor Dorottya Tímea, Takács J., Nemcsik J., Kekk Zs., Farsang Cs., Páll D., Simon A., Torzsa P., Dolgos Sz., Koller Á., Járai Z.
Dél-Budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

VAN-E ÖSSZEFÜGGÉS AZ ARTERIOGRÁFFAL MÉRT DIASZTOLÉS AREA INDEX, A VESEFUNKCIÓ ÉS A B TÍPUSÚ NÁTRIURETIKUS PEPTID N-TERMINÁLIS PROHORMONJA KÖZÖTT KRÓNIKUS VESEBETEGSÉGBEN, IGA NEPHROPATHIÁBAN? (8+2')

Sági Balázs, Vas T., Csepregi R.K., Horváth-Szalai Z., Csiky B., Kovács T.J.
Pécsi Tudományegyetem KK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai, Diabetológiai Centrum, Pécs

MAGAS VÉRNYOMÁS ÉS FAMILIÁRIS HYPERCHOLESTERINAEMIA A DEBRECENI EGYETEM, MINT REGIONÁLIS CENTRUM REGISZTER ADATAI ALAPJÁN (8+2')

Szőke Csenge, Nádró B., Zsíros N., Lőrincz H., Páll D., Harangi M.
Debreceni Egyetem ÁOK, Belgyógyászati Intézet Anyagcsere Betegségek Tanszék, Debrecen

A CUKORBETEGEK JÁRULÉKOS KOCKÁZATI TÉNYEZŐI, ÉS AZOK SZŰRÉSE, VIZSGÁLATA, KEZELÉSE A KARDIOLÓGIAI OSZTÁLYON (8+2')

Pósa Viktória
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, Szeged

HIRTELEN SZÍVHALÁL GENETIKAI HÁTTERÉNEK VIZSGÁLATA (8+2')

György Tamás Attila
Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest

ÚJDONSÁGOK AZ ENDOKRIN HYPERTONIA TERÜLETÉN – STATE OF THE ART ELŐADÁS (15')

Alföldi Sándor
Dél-Budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Anyagcsere Központ, Budapest

12:45 Ebédszünet

16:45 FŐTÉMA – HÁZIORVOSI SZEKCIÓ – SZAKELLÁTÓHELY MUNKACSOPORT ÉS A HÁZIORVOSI MUNKACSOPORT ÜLÉSE
Üléselnök: **Ádám Ágnes, Torzsa Péter**

KOMMUNIKÁLJUNK – DE HOGYAN?
Somogyi Éva
Medicard 99 Bt; Kardiológia, hipertónia magánrendelés, Eger

ORVOS-BETEG KONZULTÁCIÓKKAL KAPCSOLATOS ORVOS- ÉS BETEGELÉGEDETTSÉG VIZSGÁLAT A HÁZIORVOSI PRAXISOKBAN
Mohos András, Torzsa P., Ágoston G.
Szegedi Tudományegyetem SZAOK Családorvosi Intézet és Rendelő, SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Szeged

A KEZELÉSHEZ SZÜKSÉGES IDŐ FIGYELEMBEVÉTELE A HYPERTONIA GONDOZÁSBAN
Nemcsik János
Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék; NGNB Med. Orvosi Szolgáltató Kft., Budapest

A 65 ÉVNÉL IDŐSEBB, LEGALÁBB ÖTFÉLE HATÓANYAGOT SZEDŐ BETEGEK GYÓGYSZERELHAGYÁSI HAJLANDÓSÁGÁNAK FELMÉRÉSE AZ ALAPELLÁTÁSBAN. A HÁZIORVOS-BETEG KAPCSOLAT SZEREPE A GYÓGYSZERELÉSBEN – LESS STUDY
Torzsa Péter
Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest

17:45 Napi program zárása

C

„C" SZEKCIÓ – IBIZA TEREM

14:00–15:30 WORKSHOP – ABPM
„NÉMELY BETEGSÉG AKKOR GYÓGYÍTHATÓ A LEGJOBBAN, HA TÁVOL TARTOD AZ ORVOST…"
Üléselnökök: **Barna István, Nagy Viktor**

TÍPUSOS GÖRBÉK
Barna István
Semmelweis Egyetem, ÁOK, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

ESETEK ELEMZÉSE
Nagy Viktor L.
Semmelweis Egyetem, ÁOK, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

2025;29(Suppl. 3):S1–S36.

2025. SZEPTEMBER 12., PÉNTEK

06:45–07:30 – REGGELI FUTÁS „AZ EREINK VÉDELMÉBEN". Találkozó a hotel bejáratánál.

CATALONIA TEREM

07:00–07:30 CSOPORTOS JÓGA

A

„A" SZEKCIÓ – TOSCANA I. TEREM

08:30 FŐTÉMA – EGÉSZSÉGES ÉLETMÓD
Üléselnökök: **Torzsa Péter, Hargittay Csenge**

A RENDSZERES FIZIKAI AKTIVITÁS SZEREPE A KRÓNIKUS BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉBEN ÉS KEZELÉSÉBEN: FÓKUSZBAN A HYPERTONIA *(15+5')*
Torzsa Péter
Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest

DOLGOZÓI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI PROGRAM A SZÉKESFEHÉRVÁRI SZENT GYÖRGY KÓRHÁZBAN *(15+5')*
Koncz Klára, Nyakas Eszter
Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár

A TÁPLÁLKOZÁS SZEREPE A MAGAS VÉRNYOMÁS MEGELŐZÉSÉBEN ÉS KEZELÉSÉBEN *(15+5')*
Szabó Zoltán
Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Pécs

EGÉSZSÉGNEVELÉS A DIABETOLÓGIÁBAN ÉS HYPERTONOLÓGIÁBAN. A CUKORBETEG EGYESÜLETEK ORSZÁGOS SZÖVETSÉGE, A HYPERTONIA ÉS A DIABETES MAGAZIN KÖZÖS KEREKASZTAL-MEGBESZÉLÉSE *(30')*
Ádám Ágnes, Benczúr Béla, Füzesi Brigitta, Torzsa Péter, Várallyay Zoltán

10:00 Szünet

10:10 ESH-MHT JOINT SYMPOSIUM
Chairpersons: **Csaba Farsang, Zoltán Járai, János Nemcsik**

RENOVASCULAR HYPERTENSION – WHEN AND WHO TO SCREEN AND HOW WE SHOULD INTERVENE? *(20+5')*
Andrzej Januszewicz
Institute of Cardiology, Warsaw, Poland

VASCULAR ORGAN DAMAGE IN HYPERTENSION: WHAT DO THE GUIDELINES SAY? *(20+5')*
Rosa Maria Bruno
Hypertension Unit of Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France

IMPLEMENTATION OF THE CONCEPT OF VASCULAR AGE IN DAILY CLINICAL PRACTICE *(20+5')*
Enrique Rodilla Sala
Hospital de Sagunto, Valencia, Spain

11:25 Technikai szünet

11:30 SZIMPÓZIUM – EGIS GYÓGYSZERGYÁR ZRT.
BEMUTATOM TÜNDÉT: 46 ÉVES HYPERTONIÁS, ACS-EN ÁTESETT NŐBETEGET...
Moderátor: **Harangi Mariann**

MILYEN SZEMPONTOK SZERINT KEZELJÜK TÜNDE VÉRNYOMÁSÁT? *(13+2')*
Járai Zoltán
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

HOGYAN VÉDHETJÜK MEG TÜNDÉT A KÖVETKEZŐ ESEMÉNYTŐL? *(13+2')*
Tomcsányi János
Budai Irgalmasrendi Kórház, Kardiológiai Osztály, Budapest

MI A HELYZET TÜNDE THROMBOTIKUS RIZIKÓJÁVAL? *(13+2')*
Aradi Dániel
Balatonfüredi Állami Szívkórház, Balatonfüred

TEHETÜNK-E MÉG VALAMIT TÜNDÉÉRT? *(13+2')*
Herszényi László
Észak-Pesti Centrumkórház – Honvédkórház, Budapest

12:30 Ebédszünet

13:00 SZIMPÓZIUM – ASTRAZENECA KFT.
ÚJ IRÁNYVONALAK A NÉPBETEGSÉGEK KEZELÉSÉNEK SZÉLES KÖRÉBEN
Moderátor: **Ábrahám György**

SGLT2-GÁTLÁS NEM CSAK A VESÉK VÉDELMÉBEN
Ábrahám György
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Szeged

SZEMBEN A REZISZTENS HYPERTONIÁVAL
Simonyi Gábor
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

13:30 SZIMPÓZIUM – EGIS GYÓGYSZERGYÁR ZRT.
HYPERURICAEMIA, MINT ÖNÁLLÓ CV RIZIKÓ? ÉRVEK ÉS ELLENÉRVEK...
Moderátor: **Békássy Szabolcs**

KONTRA
Szabó Gergely
Semmelweis Egyetem ÁOK, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

PRO
Bajcsi Dóra
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Szeged

14:00 SZIMPÓZIUM – SANDOZ HUNGÁRIA KFT.
A VÉRNYOMÁSCÉLÉRTÉK ELÉRÉSÉNEK KIHÍVÁSAI
Moderátor: **Benczúr Béla**

Finta Ervin
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

Torzsa Péter
Semmelweis Egyetem ÁOK, Családorvosi Tanszék, Budapest

Birkás Béla
Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Pécs

Diszkusszió *(15')*

15:00 Szünet

2025;29(Suppl. 3):S1–S36.

15:15 Szimpózium – Boehringer Ingelheim
A rejtett veszély: a hypertonia komplex szervkárosító hatásai
Moderátor: **Járai Zoltán**

Kancz Sándor
Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest

Bajcsi Dóra
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Szeged

16:15 POSZTERELŐADÁSOK
Üléselnökök: **Harangi Mariann, Légrády Péter**

P 1 A SZÉRUM ENDOCAN SZINT, A HAGYOMÁNYOS GYULLADÁSOS PARAMÉTEREK ÉS AZ ÉRFALI MEREVSÉG VIZSGÁLATA FIATALKORI SZISZTÉMÁS LUPUS ERYTHEMATOSUS ESETÉN *(3+2')*
Diószegi Ágnes, Lőrincz H., Kaáli E., Csiha S., Kaluha J., Varga É., Tarr T., Harangi M.
Debreceni Egyetem ÁOK Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Betegségek Tanszék, Debrecen

P 2 FRISSEN DIAGNOSZTIZÁLT PRIMER ALDOSZTERONIZMUS ESETE KORÁBBAN MÁR RÉSZLETESEN KIVIZSGÁLT REZISZTENS HYPERTONIÁS BETEGNÉL *(3+2')*
Fejes Imola, Lázár Gy., Palásthy P., Turkevi-Nagy S., Ábrahám Gy., Várkonyi T., Légrády P.
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Szeged

P 3 ÉLETMÓDBELI TÉNYEZŐK ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLATA REZISZTENS ÉS NEM REZISZTENS HYPERTONIÁBAN: KÉRDŐÍVFEJLESZTÉS A PRAXISKÖZÖSSÉGEK SZÁMÁRA *(3+2')*
Izsóf Robin, Móczár Cs.
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest

P 4 AZ ÉLETKOR HATÁSA A FOTOPLETIZMOGRÁFIÁS PULZUSHULLÁM-PARAMÉTEREKRE: SZEMÉLYRE SZABOTT ARTÉRIÁS ÉLETKOR INDIKÁTOROK NYOMÁBAN *(3+2')*
Kulin Dániel, Antali F., Kulin S., Miklós Zs.
E-Med4All Europe Kft.

P 5 AZ ACE-GÁTLÓHOZ KÖTHETŐ SZÁRAZ KÖHÖGÉS ELŐFORDULÁSA AZ SZTE NEPHROLOGIA-HYPERTONIA CENTRUM EGYIK SZAKRENDELÉSÉN *(3+2')*
Légrády Péter, Fejes I., Bajcsi D., Bitó L., Belovai A., Bogó Á., Nagy T., Manafzadeh A. R., Ábrahám Gy.
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Szeged

P 6 FIATAL FELNŐTTEKBEN A VÉRNYOMÁSÉRTÉKEK KORRELÁLNAK A FIZIKAI ÁLLAPOT PARAMÉTEREIVEL: A MAGAS TESTZSÍR- ÉS AZ ALACSONY VÁZIZOMSZÁZALÉK SZEREPE A FIATALKORI HYPERTONIA KIALAKULÁSÁBAN *(3+2')*
Takács Johanna, Seregély B., Varga R., Debreczeni Zs., Zatykó L., Szöllősi Cs., Koller Á.
Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest

16:45 Kávészünet

17:00 SYMPOSIUM OF THE SLOVAKIAN SOCIETY OF HYPERTENSION
Chairpersons: **Anna Vachulová, Zoltán Járai**

CONNECTING THE DOTS: HYPERTENSION, AF, STROKE, AND THE ROLE OF DOACS IN HOLISTIC CARE *(15+5')*
Anna Vachulová
Vice President of the Slovak Society of Hypertension, Slovak Republic

ARTERIAL HYPERTENSION AND HYPERURICEMIA: NEW INSIGHTS INTO OLD PROBLEM *(15+5')*
Martin Caprnda, P.r Kromka, M. Jantošík
Faculty of Medicine, Comenius University, 1st Department of Internal Medicine, Bratislava, Slovak Republic

TÖRÉKENYSÉG ÉS HYPERTONIA *(15+5')*
Peter Mikuš, Slavomíra Filipová
Bratislava, Slovak Republic

18:00 STEVO JULIUS MEMORIAL LECTURE / EMLÉKELŐADÁS
Üléselnök: **Páll Dénes**

STEVO JULIUS EMLÉKELŐADÁS
Farsang Csaba
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

18:25 Technikai szünet

18:30 SYMPOSIUM OF THE PORTUGUESE SOCIETY OF HYPERTENSION
Chairpersons: **Zoltán Járai, Fernando Martos Gonçalves**

HYPERTENSION FOLLOW-UP IN PORTUGUESE PRIMARY CARE SYSTEM *(15+5')*
Rosa de Pinho
Past President of the Portuguese Society of Hypertension

MANAGEMENT OF INPATIENT ELEVATED BLOOD PRESSURE *(15+5')*
Fernando Martos Gonçalves
President of the Portuguese Society of Hypertension

MANAGEMENT OF HYPERTENSION IN OLDER PATIENTS *(15+5')*
Heloísa Ribeiro
President-Elect of the Portuguese Society of Hypertension

19:30 SYMPOSIUM OF THE CROATIAN SOCIETY OF HYPERTENSION
Chairpersons: **Bojan JELAKOVIĆ, János Nemcsik**

CURRENT STATUS ON RENAL DENERVATION IN CROATIA *(13+2')*
Bojan Jelaković
Department of Nephrology and Arterial Hypertension University Hospital Center Zagreb, Croatia

LIFESPAN VERSUS HEALTHSPAN *(13+2')*
Ana Jelaković
Department of Nephrology and Arterial Hypertension University Hospital Center Zagreb, Croatia

20:00 Napi program zárása

20.15 A Magyar Hypertonia Társaság fogadása

22:00 EQ Party

2025;29(Suppl. 3):S1–S36.

B

„B" SZEKCIÓ – MARBELLA TEREM

08:30 FŐTÉMA – REZISZTENS HYPERTONIA – FUSSUNK NEKI MEGINT!
Üléselnökök: **Ábrahám György, Légrády Péter**

REZISZTENS HYPERTONIA, REFRAKTER HYPERTONIA: UGYANAZ, VAGY MÉGIS MÁS ENTITÁS? *(25')*
Nagy Viktor L.
Semmelweis Egyetem ÁOK, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

SZÍVELÉGTELENSÉG ÉS A REZISZTENS HYPERTONIA – OK VAGY OKOZAT? *(25')*
Varga Ádám
Bács-Kiskun Megyei Oktatókórház, I. Belgyógyászat – Kardiológiai Osztály, Kecskemét

DISZKUSSZIÓ *(10')*

09:30 REZISZTENS HYPERTONIA FŐTÉMÁHOZ CSATLAKOZÓ SZABAD ELŐADÁSOK
Üléselnökök: Ábrahám György, Légrády Péter

HYPERTONIA KEZELÉSE TESTTÖMEGTÖBBLETTEL ÉLŐKBEN AZ EURÓPAI ÉS HAZAI IRÁNYELVEK TÜKRÉBEN *(8+2')*
Barna István
Semmelweis Egyetem ÁOK, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

VALÓDI TERÁPIAREZISZTENS HYPERTONIA GYAKORISÁGA ÉS PREDIKTÍV TÉNYEZŐI HAZÁNKBAN A MAGYAR ABPM REGISZTER ADATAI ALAPJÁN *(8+2')*
Baracsi-Botos Viktória, Pásztor D. T., Kekk Zs., Nemcsik J., Takács J., Koller Á., Járai Z.
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológia Profil, Budapest

A CÉLVÉRNYOMÁST EL NEM ÉRŐ HYPERTONIÁS BETEGEINK KIEGÉSZÍTŐ KÖLTSÉGTERHE ÉS ANNAK ORSZÁGOS MODELLEZÉSE AZ ESC 2024 HYPERTONIA AJÁNLÁS ALAPJÁN *(8+2')*
Nagy Viktor L., Müller G., Jenei Zs.
Semmelweis Egyetem ÁOK, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

10:00 Szünet

13:00 SZIMPÓZIUM – MERCK KFT. – A VÉRNYOMÁSMÉRÉS ELFELEDETT HARMADIK PARAMÉTERE
Moderátor: **Járai Zoltán**

INTERAKTÍV KEREKASZTALBESZÉLGETÉS
Résztvevők: Kónyi Attila intervenciós kardiológus,
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Szívgyógyászati Klinika, Pécs
Jancsó Zoltán háziorvos,
Derecske; GOKVI Prevenciós, Módszertani és Szervezési Osztály

13:30 IV. Szimpózium – Lilly Hungária Kft. – Forradalom a zsírszövetben – Az obesitas és terápiája 2025-ben
Moderátor: **Járai Zoltán**

ELHÍZÁSKEZELÉS SZEMÉLYRE SZABOTTAN – ÚJ IRÁNYOK, ÚJ NAGYSÁGRENDEK *(13+2')*
Csajbók Éva
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Szeged

EGÉSZSÉGNYERESÉG A TESTTÖMEGKONTROLL MÖGÖTT – ÁTFOGÓ SZEMLÉLET AZ ELHÍZÁS TERÁPIÁJÁBAN *(13+2')*
Járai Zoltán
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológia Profil, Budapest

14:00 Szünet

16:15 Szimpózium – KRKA – A terápiaváltás logikája: ARB és indapamid kombinációk helye a mindennapi gyakorlatban
Moderátor: **Járai Zoltán**

ARB + INDAPAMID KOMBINÁCIÓK *(25+5')*
Benczúr Béla
Tolna Megyei Balassa János Kórház, I. Belgyógyászat (Kardiológia/Nephrológia), Szekszárd

16:45 Napi program zárása

B

„C" SZEKCIÓ – IBIZA TEREM

14:00–15:30 EKG WORKSHOP
Interaktív, szavazógépes EKG-kvíz és esetmegbeszélések

Simon András
Dél-Budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

2025. SZEPTEMBER 13., SZOMBAT

CATALONIA TEREM

07:00–07:30 CSOPORTOS JÓGA

A

„A" SZEKCIÓ – TOSCANA I. TEREM

08:30 FŐTÉMA – A 2025-ÖS MAGYAR HYPERTONIA IRÁNYELV BEMUTATÁSA
Üléselnökök: **Farsang Csaba, Járai Zoltán**

KLASSZIFIKÁCIÓ, DEFINÍCIÓ, DIAGNOSZTIKA. A SPECIÁLIS KÓRFORMÁK KIMUTATÁSÁNAK JELENTŐSÉGE *(15')*
Járai Zoltán
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológiai Profil, Budapest

A HYPERTONIA-MEDIÁLT CÉLSZERVKÁROSODÁSOK KIMUTATÁSA, A RIZIKÓBECSLÉS JELENTŐSÉGE *(15')*
Harangi Mariann
Debreceni Egyetem ÁOK, Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Betegségek Tanszék, Debrecen

A HYPERTONIA KEZELÉSE: ÉLETMÓD ÉS ÁLTALÁNOS TERÁPIÁS STRATÉGIA, CÉLTARTOMÁNYOK *(15')*
Páll Dénes
Orvosi Klinikai Farmakológiai Tanszék, Debreceni Egyetem, Debrecen

A HYPERTONIA KEZELÉSE SPECIÁLIS ÁLLAPOTOKBAN (TÁRSBETEGSÉGEK, SPECIÁLIS POPULÁCIÓK) *(15')*
Ábrahám György
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Szeged

A HYPERTONIA GONDOZÁSA ÉS SZŰRÉSE *(15')*
Nemcsik János
Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék; NGNB Med. Orvosi Szolgáltató Kft., Budapest

DISZKUSSZIÓ *(15')*

10:00 Szünet

10:10 SZIMPÓZIUM – EGIS GYÓGYSZERGYÁR ZRT.
MAGYARORSZÁG, MINT AZ IRÁNYELVEKBEN MEGFOGALMAZOTT FIX KOMBINÁCIÓS TERÁPIÁK ALKALMAZÁSÁNAK ÉLLOVASA
Moderátor: **Ábrahám György**

A FIX KOMBINÁCIÓS TERÁPIÁK STANDARD ALAPJA: A RAAS-GÁTLÁS *(13+2')*
Simon Attila
Állami Szívkórház, Balatonfüred

2025;29(Suppl. 3):S1–S36.

A FIX KOMBINÁCIÓK DIURETIKUS KOMPONENSE – MIÉRT PREFERÁLJUK A TIAZIDSZERŰ DIURETIKUMOKAT? *(13+2')*
Finta Ervin
Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

A HÁRMAS FIX KOMBINÁCIÓS MEGOLDÁSOKKAL A NEMZETKÖZI PUBLIKÁCIÓK ÉLVONALÁBAN *(13+2')*
Páll Dénes
Debreceni Egyetem ÁOK Belgyógyászati Intézet, Orvosi Klinikai Farmakológiai Tanszék, Debrecen

A BÉTA-BLOKKOLÓ BEILLESZTÉSE A FIX KOMBINÁCIÓS LEHETŐSÉGEKBE *(13+2')*
Nádházi Zoltán
Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet, Budapest

11:10 SZIMPÓZIUM – BERLIN CHEMIE/A. MENARINI KFT.
A VÉRNYOMÁSCSÖKKENTÉSEN TÚL – A CARDIOVASCULARIS HYPERTROPHIA JELENTŐSÉGE

AZ ISMERETLEN ISMERŐS – A CARDIOVASCULARIS RENDSZER REMODELLINGJE *(25+5')*
Halmosi Róbert
Pécsi Tudományegyetem KK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

A CARDIOVASCULARIS HYPERTROPHIA JELENTŐSÉGE A NAPI GYAKORLATBAN (25+5')C
Ábrahám György
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Szeged

12:10 Ebédszünet

12:50 IFJÚSÁGI BIZOTTSÁG SZIMPÓZIUMA – HYPERTONIA, AHOGY A HÉTKÖZNAPI EMBER LÁTJA
Üléselnökök: **Fejes Imola, Horváth Eszter Mária**

MOZGÁSBAN AZ EGÉSZSÉGÉRT – NON STOP – 24 ÓRÁS JÓTÉKONYSÁGI FUTÁS ÉS EGÉSZSÉGNAP TISZASZIGETEN *(8+3')*
Mohos András
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

KEZDŐKÉNT A FRONTVONALBAN – IFJÚSÁGI BIZOTTSÁG TAPASZTALATAI AZ EGÉSZSÉGNAPON *(8+3')*
Fejes Imola
Szegedi Tudományegyetem SZAOK, SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Szeged

NEMZETKÖZI HORIZONT – IFJÚSÁGI KEZDEMÉNYEZÉSEK A NAGYVILÁGBAN *(8+3')*
Horváth Eszter Mária
Semmelweis Egyetem Élettani Intézet, Budapest

HATÁROKON ÁTÍVELŐ TUDOMÁNYOS TAPASZTALATCSERE – BESZÁMOLÓ A EIGHT COUNTRIES CLUB KONFERENCIÁRÓL *(8+3')*
Pásztor Dorottya
Dél-Budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológiai Profil, Budapest

13:35 SZIMPÓZIUM – HARC A NŐI SZÍVEKÉRT ALAPÍTVÁNY
Moderátorok: **Masszi Gabriella, Zámolyi Károly**

HYPERTONIA A DEMENCIA RIZIKÓFAKTORA *(13+2')*
Bártfai Ildikó
Budai Magánorvosi Centrum, Budapest

ÚJ CÉLPONTOK AZ ARTERIOSCLEROSIS GYÓGYÍTÁSÁBAN *(13+2')*
Császár Albert
MHEK II. Belgyógyászat, Budapest

A MIKROBIOM SZEREPE A CARDIOVASCULARIS BETEGSÉGEKBEN *(13+2')*
Zámolyi Károly
Szent Ferenc Kórház, Kardiológiai Ambulancia, Budapest

A BÉL-AGY-OVARIUM TENGELY JELENTŐSÉGÉRŐL *(13+2')*
Masszi Gabriella
Országos Mentális Idegtudományi és Idegsebészeti Intézet, Budapest

14:35 A KONGRESSZUS ZÁRÁSA. TESZTÍRÁS
Üléselnökök: Járai Zoltán, Nemcsik János

B

„B" SZEKCIÓ – MARBELLA TEREM

12:50 SZIMPÓZIUM – EGIS GYÓGYSZERGYÁR ZRT. – AZ ATHEROSCLEROTICUS ÉRBETEGSÉGEK NYOMÁBAN
Moderátor: **Márk László**

VENTURA PROSPEKTÍV MULTICENTRIKUS ATHEROSCLEROSIS SZŰRŐVIZSGÁLAT HÁZIORVOSI PRAXISOKBAN – INTERIM ANALÍZIS *(25+5')*
Debreczeni Róbert
Semmelweis Egyetem, Neurológiai Klinika, Budapest

13:20 Program zárása

C

„C" SZEKCIÓ – IBIZA TEREM

10:45–11:30 WORKSHOP – HASI AORTA ANEURYSMA SZŰRŐVIZSGÁLAT A CSALÁDORVOSI RENDELŐBEN
Levezető: Kiss-Kovács Róbert

Résztvevők száma: **max. 20 fő (családorvosok)**

AZ AAA SZŰRÉS JELENTŐSÉGE
Kiss-Kovács Róbert
Szegedi Tudományegyetem SZAKK Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

GYAKORLATI OKTATÁS

2025;29(Suppl. 3):S1–S36.

Absztraktok

Újdonságok az endokrin hypertonia területén

Alföldi Sándor

Dél-Budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Anyagcsere Központ, Budapest

A mellékvese incidentalomák a hasi képalkotó vizsgálatokon átesett felnőttek 3–10%-ánál fordulnak elő. Ezek közül 30–50% felelős enyhe autonóm kortizolszekrécióért (MACS), amely gyakran társul hypertoniával. Az adrenalectomia hatása a magas vérnyomásra eddig bizonytalan volt a MACS-szal rendelkező betegeknél. A frissen publikált CHIRACIC tanulmány célja az volt, hogy prospektív módon értékelje a mellékvese incidentaloma műtéti eltávolításának hatását a vérnyomásra egy randomizált kontrollált vizsgálat keretében, amely HBPM-mel és ABPM-mel történt vérnyomásmérést és a vérnyomáscsökkentő kezelés standardizálását ötvözte *(1)*.

A tanulmány igazolta, hogy az egyoldali mellékvese incidentalomával társuló MACS szekunder hypertoniakórok, amely biztonságosan javítható minimálisan invazív adrenalectomiával. Az amerikai Endokrin Társaság egy hónapja megjelent primer aldosteronismus irányelve ugyancsak számos újdonságot tartalmaz mind a diagnosztika, mind a terápia területén, amelyek közül a fontosabbak összefoglalásra kerülnek *(2)*.

Irodalom

1. *Tabarin A, Espiard S, Deutschbein T, et al.* Surgery for the treatment of arterial hypertension in patients with unilateral adrenal incidentalomas and mild autonomous cortisol secretion (CHIRACIC): a multicentre, open-label, superiority randomised controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol 2025;13:580–90.
2. *Adler GK, Stowasser M, Correa RR, et al.* Primary Aldosteronism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin. Endocrinol Metab 2025;110: 2453–95.

Valódi terápiarezisztens hypertonia gyakorisága és prediktív tényezői hazánkban a Magyar ABPM Regiszter adatai alapján

Baracsi-Botos Viktória[1], Pásztor Dorottya Tímea[1], Kekk Zsófia[2], Nemcsik János[3], Takács Johanna[4], Koller Ákos[5], Járai Zoltán[6]

[1]Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológia Profil, Budapest; [2]Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest; [3]Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest; NGNB Med. Orvosi Szolgáltató Kft., Budapest; [4]Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest; [5]Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem, Sportélettani Kutató Központ, Budapest; [6]Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológia Profil, Budapest; Semmelweis Egyetem, Angiológiai Tanszéki Csoport, Budapest

Háttér és célitűzés: A valódi terápiarezisztens hypertonia növeli a cardiovascularis kockázatot valamint a rejtett célszervkárosodás kialakulását. Valódi terápiarezisztens hypertoniáról akkor beszélünk, ha a megfelelő életmódbeli intézkedések és három vagy több gyógyszer (RAAS-blokkoló és CCB és thiazid/thiazidszerű diuretikum) maximálisan tolerálható dózisával történő kezelés sem csökkenti a vérnyomást 140/90 Hgmm alá. A nem megfelelő vérnyomáskontrollt rendelőn kívüli vérnyomásméréssel, pl. ABPM-el kell igazolni (a 24 órás átlag ≥130 Hgmm szisztolés vagy ≥80 Hgmm diasztolés értéknél). Szükséges továbbá a szekunder hypertonia valamint a pszeudorezisztencia kizárása. Célunk volt a valódi terápiarezisztens hypertonia gyakoriságának felmérése hazánkban a Magyar ABPM Regiszter adatai alapján. E mellett vizsgáltuk a terápiarezisztens hypertonia igazolódásának prediktív tényezőit.

Betegek és módszerek: A Magyar ABPM Regiszter egy nyílt, multicentrikus, prospektív, obszervációs vizsgálat. A vizsgálatba 2021. 03. 01.–2024. 06. 30. között összesen 51428 középkorú (55,94±15,1 év), ismert vagy feltételezett hypertoniás

beteget vontunk be (nők aránya: 53,8%). Adattisztítást követően 40 104 beteg gyógyszerszedési szokásait és ABPM görbéit elemeztük jelen analízishez. A mérések validált Meditech ABPM-06 készülékkel történtek.

Eredmények: A gyógyszert nem szedő betegek 71,1%-nál igazolódott hypertonia az ABPM 24 órás átlag vérnyomásértékei alapján. A betegek 66,9%-a (26 829 fő) részesült antihypertensiv kezelésben az ABPM vizsgálat időpontjában. A gyógyszerszedők 50,7%-a monoterápiában, 39,9%-a kettős- valamint 9,5%-a hármas gyógyszerkombinációs kezelésben részesült. A hármas antihypertensiv kezelésből egyik thiazidszerű vagy thiazid diuretikum volt az esetek 5,7%-ban (1521 fő). Közülük 63,4%-ban igazolódott nem jól kontrollált vérnyomás az ABPM vizsgálattal, mely megfelel a valódi terápiarezisztens hypertoniának. Ez a teljes vizsgált betegpopuláció 2,4%-a. Az életmódbeli rizikófaktorok közül a kávéfogyasztás (OR=1,48 [1,12; 1,95]), az elhízás (OR=1,98 [1,57; 2,49]), a horkolás (OR=1,43 [1,14; 1,80]), valamint a magas cardiovascularis rizikó (OR=1,44 [1,17; 1,82]) mind szignifikánsan növelte a 24 órás vérnyomásértékek alapján igazolódott hypertonia esélyét a thiazid vagy thiazidszerű diuretikumot is tartalmazó hármas kombinációt szedő betegek körében.

Következtetések: A rezisztens hypertoniások jelen vizsgálat alapján becsült gyakorisága a teljes hypertoniás populáció 2-3%-ára tehető. Ezen betegek körében a cardiovascularis rizikófaktorok és társbetegségek halmozottan jelennek meg, ezek célzott kezelése fontos lehet a cardiovascularis morbiditás és mortalitás csökkentése érdekében. További vizsgálatok javasoltak a valódi rezisztens hypertonia felismerésének, kezelésének és a betegek hosszú távú kimenetelének javítása érdekében.

Hypertonia kezelése testtömegtöbblettel élőkben az európai és hazai irányelvek tükrében

Barna István

Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

A hazai és nemzetközi ajánlások ismeretében az optimális kezelés túlsúlyos hypertoniás betegekben

Számos szövődménnyel járó túlsúlyos állapot egyik leggyakoribb szövődménye az emelkedett vérnyomásérték. Az állapotot jellemzi megnövekedett plazma volumen, a fokozott szívfrekvencia, a megnövekedett szimpatikus idegrendszeri, és renin-angiotensin-aldosteron rendszer aktivitás, melyek eredőjeként emelkedik a vérnyomás. A hazai epidemiológiai vizsgálatok egyértelműen jelzik a túlsúlyos hypertoniás betegek számának növekedését.

A túlsúlyos állapot komplex nem gyógyszeres és gyógyszeres kezelésére számos lehetőség áll rendelkezésre. A betegek képzése, motivációja, az optimális egyénre szabott étrend, nátriumbevitel 5 g alá csökkentése, a fizikai aktivitás ellenőrzött biztosítása mellett a támogató közeg nélkül igen nehéz a hosszútávú testsúlycsökkentés. A magasvérnyomással járó túlsúlyos állapot gyógyszeres kezelésében gyakran szükséges a hangulati élet zavarainak, illetve stressz kezelése.

Az antihypertensiv terápiában hiányoznak a nagy nemzetközi vizsgálatok által adott bizonyítékok, így a kórtani ismeretekre és klinikai tapasztalatokra támaszkodva került kialakításra a konszenzuson alapuló terápiás gyakorlat. A renin-angiotenzin-aldoszteron rendszerre ható hosszú hatású szerek fixdózisú kombinációja, gyakran indapamiddal kiegészítve a kezelés alapja. Nem kellő hatékonyság esetén szimpatikus idegrendszer centrális, vagy perifériás gátlói is szükségessé válik. A közelmúltban bevezetésre került hatékony testsúlycsökkentő kezelés mellett a célvérnyomás korábban, tartósan, biztonságosan érhető el.

A vérnyomáscsökkentő kezelés ebben a speciális betegcsoportban nagy kihívást jelent mind a beteg, mind a kezelőorvos számára.

A szérum endocan szint, a hagyományos gyulladásos paraméterek és az érfali merevség vizsgálata fiatalkori szisztémás lupus erythematosus esetén

Diószegi Ágnes[1], Lőrincz Hajnalka[1], Kaáli Eszter[2], Csiha Sára[1], Kaluha Judit[1], Varga Éva[3], Tarr Tünde[4], Harangi Mariann[1]

[1]Debreceni Egyetem ÁOK Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Betegségek Tanszék, Debrecen; [2]Department of Medicine, Västerviks Sjukhus Hospital, Västervik; [3]Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; [4]Debreceni Egyetem ÁOK Klinikai Immunológiai Tanszék, Debrecen

Bevezetés: A szisztémás lupus erythematosus (SLE) egy szisztémás autoimmun kórkép, melyben a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázata fokozott. Az érelmeszesedés kialakulását jelző vascularis diagnosztikai tesztek mellett új biomarkerek azonosítása szükséges a nagy kockázatú betegek azonosítása céljából. Az endocan egy kismolekulájú dermatán szulfát proteoglikán, melyet főként az endothel sejtek termelnek. Korábbi vizsgálatok emelkedett szérum endocan szintet igazoltak cardiovascularis megbetegedések esetén. Ezért célul tűztük ki az érfali glikokalix károsodást jelző szérum endocan, a hagyományos gyulladásos paraméterek és a korai érkárosodást jelző vascularis tesztek vizsgálatát SLE-ben.

Betegek és módszerek: Vizsgálatunkba 47 klinikailag aktív SLE-s beteget vontunk be (40 nőt és 7 férfit). Az érfali merevséget jellemző augmentációs index (Aix) és a pulzushullám terjedési sebesség (PWV) meghatározása mellett a brachiális artériás áramlás-mediált dilatáció (FMD) és a carotis intima-media vastagság (cIMT) meghatározását végeztük el. A szérum endocan, IL-6, MPO, MCP-1, MMP-3,-7 és-9, valamint a TNFα-szint mérése ELISA módszerrel történt.

Eredmények: A szérum TNFα és hsCRP szintje pozitívan korrelált a PWV-vel, ugyanakkor nem találtunk összefüggést a gyulladásos paraméterek és az egyéb vascularis diagnosztikai paraméterek között. A szérum endocan szintje kissé magasabb volt a nagyobb betegségaktivitású betegek esetén az alacsonyabb betegségaktivitású betegekhez viszonyítva, de vélhetően az alacsony betegszám miatt a különbség nem bizonyult szignifikáns mértékűnek (241,4 [183–295] vs. 200,3 [167–278] pg/ml, p=0,31). Bár a szérum endocan szintje negatívan

korrelált a betegég aktivitását jellemző CH50 és C3 értékével, egyetlen vascularis diagnosztikai paraméter (Aix, PWV, FMD és cIMT) sem mutatott összefüggést a szérum endocan szinttel. A többszörös regressziós analízis eredménye alapján a PWV legjobb prediktorának a hsCRP szintje bizonyult.

Következtetések: Eredményeink alapján fiatal SLE-s betegek esetén a hagyományos gyulladásos paraméterek, köztük a hsCRP és a TNFα jobb előrejelzői az érfali merevség kialakulásának, mint a szérum endocan szintje. Az endocan szint mérés szerepének tisztázásához SLE esetén további vizsgálatok elvégzése szükséges.

Frissen diagnosztizált primer aldoszteronizmus esete korábban már részletesen kivizsgált rezisztens hypertoniás betegnél

Fejes Imola[1], Lázár György[2], Palásthy Péter[3], Turkevi-Nagy Sándor[4], Ábrahám György[1], Várkonyi Tamás[1], Légrády Péter[1]

[1]SZAOK, SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Szegedi Tudományegyetem, Szeged; [2]SZAOK, SZAKK, Sebészeti Klinika, Szegedi Tudományegyetem, Szeged; [3]SZAOK, SZAKK, Radiológiai Klinika, Szegedi Tudományegyetem, Szeged; [4]SZAOK, SZAKK, Pathológiai Intézet, Szegedi Tudományegyetem, Szeged

Bevezetés: A primer aldoszteronizmus az endokrin eredetű hypertonia leggyakoribb formája, az összes eset körülbelül 5–20%-át teszi ki.A primer aldoszteronizmus az endokrin eredetű hypertonia leggyakoribb formája, az összes eset körülbelül 5–20%-át teszi ki.

Módszer: Egy fiatal, elhízott nőbeteg vizsgálatára először 2014-ben került sor rezisztens hypertonia miatt, ekkor a magasvérnyomás-betegsége már 13 éve fennállt. Perindopril szedése mellett száraz köhögés jelentkezett nála. Az elhízáson (BMI: 36,65 kg/m²) kívül másodlagos okot nem sikerült azonosítani. A szérum káliumszint normális volt (4,0 mmol/L), napi 1,5 mg indapamid kezelés mellett. A 24 órás ABPM alapján számított nappali/éjszakai vérnyomásindex 11/14% volt.

Eredmény: A terápia módosítása után – telmisartan 40 mg 2× naponta, amlodipin 2,5 mg reggel és 5 mg este, indapamid SR 1,5 mg reggel, doxazosin 4 mg este, bisoprolol 5 mg reggel – a beteg vérnyomása a módosítást követő 8. hétre 110–120/70 Hgmm tartományba került. A köhögés megszűnt 2023-ban, a vérnyomása ismét emelkedni kezdett, a 24 órás ABPM szerint a nappali/éjszakai index 7/10%-ra csökkent, és a korábbi 1,5 mg indapamid mellett újonnan kialakuló hypokalaemia jelentkezett. Ekkor a szérum aldoszteronszint magas volt (59,26 ng/dl), és a beteg vérnyomása jelentősen javult napi 25 mg spironolakton hatására. Ezért mellékvese CT-vizsgálatot végeztettünk, amely jobb oldalon egy 16 mm-es adenomát igazolt. 2024 nyarán sikeres laparoszkópos adrenalectomia történt, melyet követően a vérnyomása már napi 5 mg amlodipin monoterápiával is céltartományba került. A szakirodalmi adatok és az eltávolított adenoma mérete alapján a daganat 2023-hoz viszonyítva kilenc évvel korábban még valószínűleg nem volt jelen, ez összhangban van az akkori kivizsgálási eredményekkel.

Következtetés: Esetünknek két fő tanulsága van: 1. Még ha ugyanarról a betegről is van szó, akinek továbbra is rezisztens hypertoniája van, a körülmények változása esetén a lehetséges másodlagos okokat ismét értékelni kell. 2. Primer aldoszteronizmus gyanúja esetén egyszerű szűrővizsgálatok az aktuális terápia fenntartása mellett is elvégezhetők – és el is kell végezni őket!

Az artériás életkor kiszámítására szolgáló SCORE, SCORE2 és Framingham rizikópontszám alapú módszerek összehasonlítása

Gyöngyösi Helga[1], Kőrösi Beáta[1], Batta Dóra[1], Nemcsik-Bencze Zsófia[2], László Andrea[3], Tislér András[4], Csepreká Orsolya[5], Torzsa Péter[1], Eörsi Dániel[1], Nemcsik János[1]

[1]Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest; [2]Neurokognitív Kutatási Központ, Budapest; [3]GP practice Jula/Schindler, Nuremberg; [4]Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; [5]Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

Célkitűzés: Az artériás életkor kiszámítása segíthet a betegeknek megérteni az egészséges életmód és adherencia fontosságát. Az artériás életkor kiszámítására különböző módszerek állnak rendelkezésre, azonban ezek a módszerek eltérő eredményeket adhatnak. Célunk az volt, hogy meghatározzuk és összehasonlítsuk az artériás életkort a SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation), SCORE2 (Systematic COronary Risk Evaluation 2) és a Framingham Rizikó Pontszám (FRS) alapján.

Módszer: A vizsgálatba 40–65 év közötti személyeket vontunk be, akik három háziorvosi praxis szűrőprogramjában vettek részt. Az artériás életkort a SCORE, SCORE2 és FRS módszerek alapján, az irodalmi adatoknak megfelelően határoztuk meg.

Eredmények: A vizsgálatban 154 beteg vett részt, közülük 107 hypertoniás (HT), és 13 diabéteszes (DM) páciens volt. Az összes résztvevő kronológiai életkora 54,6 (58,4–63,7) év volt, míg az artériás életkor a SCORE, SCORE2 és FRS módszerekkel 55,0 (44,0–60,0), 57,5 (51,0–63,0) és 64,0 (54,0–76,8) év volt. A HT betegek esetében a kronológiai, SCORE, SCORE2 és FRS szerinti érrendszeri életkor 54,1 (48,0–61,0), 55,0 (45,0–60,0), 58,0 (52,0–64,0) és 68,0 (59,0–80,0) év volt. A DM betegek esetében ugyanezek az értékek 58,6 (48,3–62,5), 58,0 (45,0–62,5), 60,0 (51,0–66,0) és 80,0 (76,0–80,0) év voltak ($p < 0,05$). A SCORE, SCORE2 és FRS alapján a résztvevők 20,1%-ának, 35,1%-ának és 76,0%-ának volt emelkedett artériás életkora a kronológiai életkorhoz képest ($p < 0,05$). 27 betegnek (17,5%) emelkedett volt az artériás életkora SCORE és SCORE2 szerint, továbbá 54 betegnek (35,1%) emelkedett volt az artériás életkora SCORE2 és FRS alapján. Ezen felül 27 beteg esetében mindhárom módszerrel emelkedett artériás életkor mutatkozott.

Következtetés: Az eltérések, amelyek a számított artériás életkorok és az emelkedett artériás életkorú egyének aránya

között mutatkoznak, indokolttá teszik a különböző artériás életkort meghatározó módszerek további részletes összehasonlítását.

Életmódbeli tényezők összehasonlító vizsgálata rezisztens és nem rezisztens hypertoniában: kérdőívfejlesztés a praxisközösségek számára

Izsóf Robin[1], Móczár Csaba[2]

[1]Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest; [2]Irinyi Rendelő; Kecskemét; Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest

Bevezetés, célkitűzés: A rezisztens hypertonia (RH) a magasvérnyomás-betegség egyik legkomplexebb altípusa, amely kialakulásában és fennmaradásában módosítható életmódbeli tényezők is szerepet játszanak. Ezen faktorok pontos feltérképezése kulcsfontosságú a célzott beavatkozások tervezésében, különösen az alapellátás és praxisközösségek szintjén. A jelenleg elérhető mérőeszközök gyakran időigényesek, ezért indokolttá vált egy rövid, könnyen alkalmazható, ugyanakkor tartalmilag is megbízható kérdőívcsomag kidolgozása. Célunk egy olyan kérdőívcsomag kialakítása volt, amely validált mérőeszközök integrálásával alkalmas a vizsgált betegek életmódbeli sajátosságainak szűrésére. Az eszköz célja a RH-betegek elkülönítése a jól kontrollált hypertoniás populációtól, valamint a praxisközösségek támogatása célzott preventív és edukációs intervenciók megtervezésében és végrehajtásában.

Módszer: A vizsgálatban egy praxisközösségben ellátott, korábban diagnosztizált 124 hypertoniás páciens vett részt (átlagéletkor: 70,47 év; SD: 8,80), közülük 62 fő RH, míg 62 fő nem rezisztens hypertoniás volt. Az alkalmazott kérdőív öt fő területet vizsgál: antropometriai adatok, életviteli tényezők (pl. diéta, fizikai aktivitás), alvászavar, terápiahűség, személyiségi jellemzők. A két csoport közötti különbségeket statisztikai próbák segítségével értékeltük, az eltérések szignifikanciáját p-értékekkel jeleztük.

Eredmények: A két betegcsoport között több életmódbeli és pszichoszociális változó mentén is szignifikáns eltérések mutatkoztak. Az RH csoportban magasabb volt az összesített életviteli rizikópontszám (4,68±2,19 vs. 3,9±2,06; p=0,04), melyen belül több alrész, például a mozgás, illetve a BMI-adatok külön is szignifikáns eltérést mutattak. A súlyos alvászavar rizikó előfordulása gyakoribb volt a rezisztens csoportban (26% vs. 8%; p=0,01), az alvásminőségre vonatkozó pontszám szintén magasabbnak bizonyult (6,69±4,04 vs. 4,71±2,95; p=0,003). A terápiás adherencia gyengébb volt az RH csoportban (1,48±1,48 vs. 0,87±0,89; p=0,026), míg a hipertím temperamentum előfordulása alacsonyabbnak bizonyult (0,5±0,5 vs. 0,69±0,47; p=0,03).

Következtetés: Az általunk kidolgozott kérdőívcsomag rövid idő alatt (10–15 perc) kitölthető, felhasználóbarát, és jól illeszthető a mindennapi háziorvosi gyakorlatba. A kérdőív hatékony eszközt nyújthat a rezisztens hypertoniát fenntartó életmódbeli tényezők gyors azonosítására. Alkalmazása hozzájárulhat a célzott életmódintervenciók tervezéséhez és kivitelezéséhez, ezáltal javítva a betegek hosszú távú vérnyomáskontrollját és csökkentve az ellátórendszer terhelését.

Hypertonia és a stroke 2025 – célértékek, kezelés az ajánlások tükrében

Jenei Zoltán

DE Klinikai Központ, Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszék és Klinika, Debrecen

Bevezetés: A hypertonia a stroke legjelentősebb, életmóddal is befolyásolható rizikótényezője. Gyakorisága a stroke-on átesett betegek között megközelítőleg 60-70%. A hypertonia kezelésének kedvező hatása a stroke rizikójának csökkentésében bizonyított, annak optimális céltartományait és az alkalmazandó terápiát az Európai Hypertonia Társaság (ESH) 2023-as és az Európai Kardiológiai Társaság (ESC) 2024-es ajánlásai foglalták össze az elmúlt években.

Tárgyalás: Primer prevencióban az ESH 65 év alatti hypertoniás beteg esetén 120–130/70–79 Hgmm-es (IA), 65–79 év között 130–139/70–79 Hgmm-es (IA) rendelői tartományt javasol. Az ESC guideline egységesen 120–129/70–79 Hgmm céltartományt jelöl meg kívánatosnak megfelelő tolerancia esetén. Az akut ellátásban vérzéses stroke esetén a vérnyomás csökkentése attól függ, mennyi idő telt el a tünetek jelentkezésé óta: ≥6 óra esetén amennyiben a SBP ≥220 Hgmm-es megfontolható intravénás lassú vérnyomáscsökkentés (ESH IIB) 180 Hgmm alá, de (ESC IIIB) nem javasolt egy órán belül 70 Hgmm-et meghaladó csökkentés. Amennyiben <6 órás az időablak 140/90 Hgmm alá (ESH IIB) történő csökkentés megfontolása indokolt a haematoma méretének csökkentése érdekében, illetve 140–160 Hgmm-es tartományba stabilizálni a vérnyomást (ESC IIaA). Amennyiben SBP <220 Hgmm lassú, órákig tartó és mérsékelt intravénás vérnyomáscsökkentés esetleg megfontolható (IIB). Ischaemiás stroke esetén a thrombolysis határozza meg a kívánt kezelést. Lysis előtt és alatt 180/105 Hgmm alatt javasolható a vérnyomást tartani legalább 24 óráig (IIB). Amennyiben nem alkalmazható lysis és a beteg vérnyomása <220/110 Hgmm, a 48–72 órán belüli kezelésnek előnye nincs. Nagyobb, mint 220/110 Hgmm-es vérnyomás esetén nem lysalt betegeknél esetleg megfontolandó a vérnyomás 15%-os csökkentése egy nap alatt (ESH IIB, ESC IIaC). Akut ischaemiás stroke után rutinszerű vérnyomáscsökkentés nem javasolt (IIIA). Szekunder prevencióban stabil betegnél, amennyiben a vérnyomása ≥140/90 Hgmm (ESH, ESC) gyógyszeres kezelés beállítása, vagy visszaállítása javasolt 72 órával a stroke-ot, vagy közvetlenül TIA-t követően (IA). A jelenlegi új ajánlások a renin-angiotenzin rendszert blokkolók mellett a calciumantagonistákat és a thiazidokat vagy thiazidszerű diuretikumokat tartja a legkedvezőbb választásnak döntően fix kombinációban alkalmazva (IA).

Konklúzió: A rendelkezésre álló ESH és ESC hypertonia ajánlások alapvonalaiban jelentős eltérést nem mutatnak a stroke vonatkozásában, ugyanakkor kellő megalapozottságú, evidenciákra támaszkodó útmutatóval szolgálnak a hatékony vérnyomásmenedzseléshez mind az akut ellátásban, mind a prevencióban.

2025;29(Suppl. 3):S1–S36.

Hypertonia és az agy mint célszervkárosodás

Kiss Zoltán, Szupera Zoltán

Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Neurológia, Budapest

Az elmúlt évtizedekben több megfigyelés tárt fel szignifikáns kapcsolatot a magasvérnyomás-betegség és az epilepszia jelentkezése között. Egyértelművé vált, hogy a hypertonia mellett az epilepszia kialakulása gyakoribb a nem hypertoniás csoporthoz képest. A háttérben álló kórélettani folyamatok évtizedek óta intenzív kutatás tárgyát képezik. A vérnyomás hirtelen kiugrásához tartozó konvulzív rohamok szintén régóta ismertek. A krónikus hypertonia vonatkozásában azonban két kórfolyamatot is feltételeznek. Az indirekt út a hypertonia okozta szervkárosodással kapcsolatos, az agyban kialakuló kisérbetegség, valamint a stroke megjelenése epileptogén tulajdonságokkal bírnak. A hypertonia generálta stroke betegség vonatkozásában külön meg kell különböztetni az akut és a krónikus állapotokat, hiszen a mögöttük meghúzódó kórélettani folyamatok eltérőek. Azonban egyre több bizonyíték lát napvilágot egy direkt kapcsolat létezéséről is, melynek közös nevezője a renin-angiotenzin-aldoszteron rendszer (RAAS). Az összefüggés kétirányú, hiszen a kutatások feltárták az epilepszia betegségben a RAAS rendszer nagyobb aktivitását. Másrészről ismerté vált, hogy az angiotensin-II 1-es típusú receptor aktivitása a jól ismert vascularis hatás mellett egyéb élettani folyamatokat is befolyásol, illetve alakit ki, melyek összességében fokozzák az epilepszia kialakulását. A témához kapcsolódó saját retrospektív vizsgálataink is alátámasztják a mondottakat. Amennyiben csökkentjük a RAAS rendszer aktivitását angiotenzin receptor blokkolóval (ARB), az akut szimptómás epilepszia kialakulása akut stroke betegekben és későbbiekben a post-stroke epilepszia kialakulása is szignifikánsan ritkábban jelentkezik az ARB terápiában részesülők között. Az eddigi vizsgálati eredmények, beleértve a saját kutatásainkat is, azt bizonyítják, hogy a RAAS rendszernek és ezen keresztül az ARB terápiának lényeges szerepe van a neuroprotekció, beleértve az epileptogenezis folyamatában. Összességében tehát a hypertonia és az epilepszia között több kórélettani folyamat következményeként erős kapcsolat bizonyítható.

Alternatív boka-kar index meghatározás jelentősége a halálozási kockázat megítélésekor hypertoniás populációban

Kolossváry Endre[1], Ferenci Tamás[2], Járai Zoltán[3], Farkas Katalin[1]

[1]Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Angiológia, Budapest; [2]Óbudai Egyetem Neumann János Informatikai Kar, Budapest; [3]Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológia, Budapest

Célkitűzés: A boka-kar index (BKI) meghatározásával diagnosztizálható perifériás artériás betegség (PAD) a magas vérnyomás által közvetített célszervkárosodás és a cardiovascularis kockázat egyik fontos markere. Jelen kutatásban, az irodalomban elsőként, azt kívántuk felmérni, hogy hypertoniás populációban az alternatív BKI értékelési módszerek mennyire lehetnek hasznosak a halálozás előrejelzésében.

Módszer: A magyarországi multicentrikus ÉRV vizsgálatban 21 875, 50–75 év közötti hypertoniás beteg öt éves utánkövetését valósítottuk meg. A hagyományos BKI-mérés mellett, amely az indexszámításban a két bokanyomás (arteria tibialis posterior és arteria dorsalis pedis) közül a magasabb szisztolés nyomást veszi figyelembe (BKI-HIGH), alternatív BKI-értékelésre is sor került. Ennek során a BKI-számításban az alacsonyabb bokanyomást (BKI-LOW) vettük alapul. Emellett a BKI-meghatározást mind a négy boka magasságában detektálható ér esetén elvégeztük (érspecifikus BKI-ek) és rögzítettük, hogy 0, 1, 2, 3, 4 ér esetén volt igazolható a perfúziózavar. A halálozást a klinikai kovariánsokhoz korrigált, ún. intervallumcenzorált Cox-regressziós túlélés modellekkel értékeltük. Az egyes prediktív modellek hatékonyságát időfüggő ROC-görbe elemzéssel hasonlítottuk össze.

Eredmények: Míg a BKI-HIGH figyelembevételével a PAD prevalenciája 14,4% volt, a BKI-LOW értéket alapul véve az előfordulás 28,3% volt. Az alternatív BKI-módszereken alapuló PAD fennállása független összefüggést mutatott a mortalitással. A hagyományos és az alternatív BKI-meghatározáson alapuló módszer additív prediktív értéke a demográfiai és klinikai tényezőkhöz képest korlátozott volt (az AUC 0,763-ról 0,777-re, illetve 0,780-ra nőtt).

Következtetések: Az alternatív BKI-meghatározás módszerek több PAD-esetet azonosítanak, jelezve, hogy a BKI több információt rejt az egyetlen módon számított határpont alapul vételénél. Mindazonáltal az eredményeink alapján az alternatív módszerek mortalitás előrejelzésében hozzáadott értékük marginális. Ezek az elemzések rávilágítanak arra, hogy további kutatásokra van szükség a kiterjesztett BKI értékelési stratégiák szerepének tisztázása érdekében. A kérdés jelentőséggel bírhat a magas vérnyomásban szenvedő betegek ellátási stratégiájában.

Az életkor hatása a fotopletizmográfiás pulzushullám-paraméterekre: személyre szabott artériás életkor indikátorok nyomában

Kulin Dániel[1], Antali Flóra[2], Kulin Sándor[3], Miklós Zsuzsanna PhD[4]

[1]E-Med4All Europe Kft.; Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Intézet, Budapest; [2]Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Intézet, Budapest; [3]E-Med4All Europe Kft.. Budapest; [4]Országos Korányi Pulmonológiai Intézet; Semmelweis Egyetem Transzlációs Medicina Intézet, Budapest

Bevezető: A szív- és érrendszeri (CV) halálozás az életkor előrehaladtával nő, a keringési rendszer részben élettani; részben kórélettani folyamatokból következő öregedése miatt. A korai artériás öregedés fokozza a CV kockázatot. A CV kockázat egyénre szabott értékelése – például az ún. „CV életkor” meghatározásával – és az erre épített perszonalizált

intervenciók csökkenthetik a CV események előfordulását. A fotopletizmográfia (PPG) segítségével rögzített perifériás pulzushullám automatizált analízise, ígéretes módszer lehet a CV életkor becslésére. Az 'ageing index' (AGEi) és néhány másik, a pulzushullámból származtatott érték esetében már ismert az életkorral való korreláció, azonban sok további mutató életkorfüggősége még nem ismert. Célunk az volt, hogy széles spektrumú analízisből azonosítsuk azokat a pulzushullám és pulzusszám-variabilitás (PRV) paramétereket – köztük néhány újonnan definiáltat–, amelyek az öregedés különböző aspektusaival mutatnak összefüggést.

Módszer: Vizsgálatunkban 118 egészséges önkéntes vett részt (férfi/nő: 53/65, átlagéletkor: 31,8±11,8 év) a pulzushullámanalízis, és 106 fő (férfi/nő: 44/62, átlagéletkor: 32,6±12,2 év) a PRV-paraméterek értékeléséhez (életkori tartomány: 19–74 év). A pulzushullámot 2 percen keresztül rögzítettük pulzoximéterrel. Egy automatikus, saját fejlesztésű szoftver számította ki a PPG és PRV paramétereket, melyeket korreláltattunk a kronológiai életkorral (Pearson-korreláció és nemlineáris elemzés segítségével).

Eredmények: Azok a PPG paraméterek, amelyek a szív ejekciójának időfüggő jellemzőit írják le, pozitív korrelációt mutattak az életkorral, míg az artériás rugalmasságot tükröző mutatók negatív korrelációt. A szív- és érrendszeri egészséget és fittségszintet tükröző kompozit PPG-paraméterek szintén negatív, nem lineáris összefüggést mutattak az életkorral. A legtöbb PRV-mutató negatív irányú, mérsékelt erősségű korrelációt mutatott, ami az adaptív kapacitás életkorral járó csökkenését jelezheti. ($p < 0{,}05$, $|r| > 0{,}3$).

Következtetés: A PPG-alapú pulzushullámanalízis széles skálán biztosít életkorral összefüggő paramétereket, amelyek eltérő mintázatban korrelálnak az életkorral – ezáltal ígéretes módszer lehet a szív-érrendszeri életkor becslésére. A jövőbeni vizsgálatainkban ismert szív-érrendszeri kórképekkel rendelkező egyének (pl. hypertonia, szívelégtelenség, koszorúérbetegség) pulzushullám-paramétereinek mintázatait célozzuk feltárni.

Az ACE-gátlóhoz köthető száraz köhögés előfordulása az SZTE Nephrologia-Hypertonia Centrum egyik szakrendelésén

Légrády Péter, Fejes Imola, Bajcsi Dóra, Bitó László, Belovai Alexandra, Bogó Ákos, Nagy Tamás, Manafzadeh Amir Reza, Ábrahám György

Szegedi Tudományegyetem, SZAOK, SZAKK, Belgyógyászati Klinika, Szeged

Célkitűzés: Az ACE-gátlók egyik gyakori mellékhatása a száraz köhögés. Az ACE-gátlóhoz társuló köhögés előfordulási gyakoriságát 3,9% és 35% közé teszik. Az ACE-gátló által kiváltott köhögés pontos mechanizmusa nem ismert, feltételezések szerint több különböző mechanizmus is szerepet játszhat benne. Jelen munkánkban azt néztük meg, milyen gyakori az ACE-gátlóhoz társuló köhögés a saját beteganyagunkban.

Módszer: Az SZTE Nephrologia-Hypertonia Centrum egyik rendelésének egy havi beteganyagát vizsgáltuk retrospektíven 2025. augusztus 1–31. között. A kezelői lap bármelyik részén rögzített, ACE-gátlóval kapcsolatos releváns információkat kerestük: száraz köhögés, allergia, nem kívánatos esemény.

Eredmények: Összesen 149 beteg kezelői lapját néztük át (58 férfi, 91 nő). Az átlagos életkor 68,1±12,8 év volt (férfiak 27–84 év között, átlag 65,5±14,2; nők 36–87 év között, átlag 69,7±11,6 év). A férfiak között 29-en (50%) szedtek ACE-gátlót, 18-an (31%) ARB-t és 11-en (19%) egyiket sem. A nők között 50-en (55%) szedtek ACE-gátlót, 30-an (33%) ARB-t és 11-en (12%) egyiket sem. A férfiak között ketten köhögtek (3,4%), a nők között nyolcan (8,8%). Az összes beteg vonatkozásában az előfordulás 6,7% volt. Minden esetben ARB-váltás után megszűnt a köhögés. Egy nőnél fordult elő klasszikus angioneurotikus ödéma, és egy férfinál csak lokális ajakduzzanat.

Következtetés: Bár a férfiak és a nők ugyanolyan arányban szedtek ACE-gátlót (50% vs. 55%), a nők között több mint kétszer annyian (3,4 vs. 8,8%) számoltak be száraz köhögésről. A saját adataink elsősorban az alacsonyabb, ACE-gátlóhoz köthető köhögési előfordulási arányt támogatják.

Orvos-beteg konzultációkkal kapcsolatos orvos- és betegelégedettség vizsgálata a háziorvosi praxisokban

Mohos András[1], Torzsa Péter[2], Ágoston Gergely[3]

[1]SZTE SZAOK Családorvosi Intézet és Rendelő; Szeged, [2]SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest; [2]SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest; [3]SZTE SZAOK Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Bevezetés: Az eredményes háziorvosi tevékenység alapja a jó orvos-beteg kapcsolat, ebben pedig a jó kommunikáció kiemelkedő jelentőséggel bír. Az orvosi kommunikáció minősége jelentős hatással van a betegek bizalmára és elégedettségére, amely közvetlen kapcsolatban áll a beteg adherenciával, perzisztenciával, ezen keresztül az orvosi tevékenység eredményességével. Másfelől a terápiás kimenetelen túl az orvos elégedettségét is pozitívan befolyásolja a jó kommunikáció, ezáltal a mentális egészség szempontjából védő hatással bír.

Célkitűzés: Az orvos-beteg konzultációkkal kapcsolatos orvos- és betegelégedettség felmérése háziorvosi praxisokban történő konzultációk során. Az elégedettségeket befolyásoló tényezők, különösen a kiégés és a mentális egészség hatásának vizsgálata.

Keresztmetszeti vizsgálat, anonim, papíralapú, a résztvevő orvosok és betegek által kitöltendő önkitöltős kérdőívek segítségével.

A vizsgálat jelenleg is zajlik. Jelen előadásban részeredmények kerülnek bemutatásra, eddig 14 háziorvos és 542 beteg került bevonásra. Az orvos- és betegelégedettség között, valamint az orvosok által becsült és a valódi betegelégedettség között is szignifikáns pozitív összefüggés ($p < 0{,}01$) van. A fiatalabb és a vidéki háziorvosokkal elégedettebbek a betegek ($p = 0{,}016$; $p < 0{,}05$). A kiégés, depresszió és reménytelenség az orvosok elégedettségét csökkenti elsődlegesen.

Megbeszélés: A vizsgálat eredményei révén pontosabb képet kapunk arról, hogy milyen tényezők befolyásolják a

páciensek, illetve az orvosok elégedettségét, valamint az orvos-beteg együttműködést a háziorvosi praxisokban történő konzultációk során. Az eredmények segíthetnek a fejlesztendő területek azonosításában és alapul szolgálhatnak a szükséges cselekvési terv kidolgozásához.

A magas vérnyomás és a cardiovascularis megbetegedések előfordulása funkcionális homozigóta familiáris hypercholesterinaemiás betegek esetén

Nádró Bíborka, Szőke Csenge, Kaluha Judit, Kiss Blanka, Páll Dénes, Harangi Mariann

Debreceni Egyetem ÁOK Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Betegségek Tanszék, Debrecen

Bevezetés: A familiáris hypercholesterinaemia (FH) az LDL-receptor útvonalban részt vevő fehérjéket kódoló gének mutációja okozta örökletes koleszterinanyagcsere-betegség. Míg az enyhébb heterozigóta (HeFH) forma gyakori, a súlyosabb homozigóta (HoFH) forma prevalenciája 1:300 000–1:1 000 000 közötti. A már születéstől fogva jelentősen emelkedett össz- és LDL-koleszterin (LDL-C) szint következtében korai érelmeszesedés alakul ki, amely cardiovascularis megbetegedések, ezen belül leggyakrabban magas vérnyomás kialakulásához vezet. Célul tűztük ki a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Belgyógyászati Klinikáján gondozott funkcionális HoFH-betegek adatainak elemzését, kiemelve a magas vérnyomás és egyéb cardiovascularis szövődmények jelenlétének vizsgálatát.

Betegek: Lipid szakrendelésünkön 6 fő genetikai vizsgálattal igazolt HoFH-s (egy valódi homozigóta, négy összetett és egy kettős heterozigóta) beteget diagnosztizáltunk, két nőt és négy fiút/férfit.

Eredmények: A betegek átlagos életkora a diagnózis felállításakor 26±19,1 év volt, ekkor az átlagos összkoleszterinszintjük 13,48±7,4 mmol/l, átlagos LDL-C szintjük 10,89±6,6 mmol/l volt. Jelenleg az életkor átlaga 31,83±19,5 év. A betegek nem dohányoznak, egy beteg esetén elhízást állapítottak meg. Bár a betegek esetén kardiológiai kivizsgálás történt a diagnózis felállításakor, mindössze két beteg esetén igazolódott magas vérnyomás, és egy beteg esetén ischaemiás szívbetegség. Akut myocardialis infarctus, ischaemiás stroke, alsóvégtagi éresemény egyik esetben sem következett be. A gyógyszeres lipidcsökkentő kezelést illetően négy beteg statin, két beteg ezetimib és két beteg PCSK9-gátló monoklonális antitest (evolocumab) kezelésben részesül.

Következtetések: Eredményeink alapján a HoFH-s betegek esetén az igen magas lipidszintek ellenére a vártnál alacsonyabb a magas vérnyomás és a cardiovascularis szövődmények előfordulási aránya, amit vélhetően a betegek fiatal életkora és az alkalmazott lipidcsökkentő kezelés magyaráz, bár a kezelés hatékonyságát számos tényező (statinintolerancia, szülői félelem a gyógyszeres kezeléstől, nem megfelelő együttműködési készség, hiányzó betegségtudat) korlátozza. A minden beteg esetében pozitív családi anamnézis alapján azonban számítanunk kell a cardiovascularis szövődmények kialakulására, mely miatt hatékony lipidcsökkentő gyógyszeres kezelés alkalmazása és szív- és érrendszeri szűrővizsgálatok rendszeres elvégzése szükséges ebben a speciális betegcsoportban.

A célvérnyomást el nem érő hypertoniás betegeink kiegészítő költségterhe és annak országos modellezése az ESC 2024 hypertonia ajánlás alapján

Nagy Viktor L.[1], Müller Gábor[2], Jenei Zsigmond[2]

[1]Semmelweis Egyetem, ÁOK, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; [2]Semmelweis Egyetem, ÁOK, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

Célkitűzés: Az ESC 2024-ben kiadott hypertonia ajánlása a betegek gyógyszeres kezelésének megkezdését tartja szükségesnek, ha a vérnyomás eléri, vagy meghaladja a hypertonia határértékeit. Tisztázni kívántuk, hogy az új ajánlás javaslatainak betartása betegeink gyógyszeres kezelésének költségét mekkora összeggel növelné meg és ez hazánkban teoretikusan mekkora hypertoniára vonatkozó kiegészítő költségterhet jelentene.

Módszer: Saját ABPM adatbázisunkból 50 egymást követő, hitelesített és statisztikailag elegendő számú mérést tartalmazó görbét gyűjtöttünk ki az ESC ajánlást megelőző naptól visszafelé. A méréseket Meditech ABPM 06 műszerrel végeztük, a Magyar Hypertonia Társaság méréstechnikai ajánlása alapján. Az ESC 2024 ajánlás javaslatai szerint a hypertoniás, nem célértéken levő betegek kezelését elméletben kiegészítettük egy vagy több gyógyszerosztállyal. Bármely hatóanyag DDD dózisának vérnyomáscsökkentő hatását az ajánlás alapján 9/5 Hgmm-nek fogadtuk el. Minden esetben a legolcsóbb tartós hatású generikummal számoltunk. Számításainkat leíró statisztikai módszerekkel végeztük.

Eredmények: Az 50 vizsgált egyén (nő: 26) átlagéletkora 59,6 év volt, eloszlásuk vérnyomáskategóriák szerint: nem emelkedett: 6, emelkedett: 15, hypertonia: 29. A hypertoniás csoportban a betegek kezelését kibővítettük. 8 beteg nem kapott vérnyomáscsökkentőt, közülük 6 betegnek kettő, 2 betegnek pedig három hatóanyagot javasoltunk. 4 pácienst monoterápiára állítottak be, mindegyiküknek még egy hatóanyagot rendeltünk. 17-en kettőnél több hatóanyag mellett nem érték el a célértéket, ezért kiegészítésként egy vagy több gyógyszerosztályt vezettünk be. Ez az elméleti kiegészítés a 29 beteg pénztárcáját minimálisan 26 863 Ft-tal terhelné havonta. A WHO 2022-ben kiadott országjelentésében a 2019-es magyar adatokat ismertetik. Eszerint a 30–79 éves hypertoniás betegek 23%-a érte el a célvérnyomást. A 2022-es népszámlálás szerint ebbe a korcsoportba 6 237 243 fő tartozik, akiknek 48%-a hypertoniás, és a WHO adatok alapján mintegy 2 305 285 fő nem érte el a célvérnyomást. Amennyiben vizsgálatunk reprezentatív erővel bírna, akkor ez a magyar betegek részére kb. 2,13 milliárd Ft pluszkiadást jelentene havonta. 55%-os átlagos társadalombiztosítási normatív gyógyszerártámogatással számolva az egyszerűség kedvéért ez legalább ugyanekkora, vagy kissé nagyobb költséggel bírna.

Következtetések: Kutatásunk eredménye szerint a célvérnyomást el nem érő hypertoniás betegeink kiegészítő kezelése havonta csaknem 1000 Ft-tal növelné meg a gyógyszerekre fordított egyéni kiadást. Országos értékelés szerint ez a költségteher azonban meglepően nagy lenne mind a betegek, mind a biztosító szempontjából. Tisztában vagyunk tanulmányunk több korlátjával: kutatásunk egy centrum eredménye, nem reprezentatív, az ESC 2024 ajánlásán alapul, a magyar hypertoniás betegek számáról, kezeléséről és kontrolljáról nincs hiteles adat. Mindenesetre a számok segítségért kiáltanak.

A pulzusnyomás elasztikus és merev komponenseinek meghatározói 24 órás ambuláns vérnyomásmonitorozás segítségével

Nemcsik János[1], Takács Johanna[2], Páll Dénes[3], Kekk Zsófia[1], Jósvai Zsófia[1], Torzsa Péter[1], Pásztor Dorottya[4], Koller Ákos[5], Járai Zoltán[6]

[1]Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest; [2]Semmelweis Egyetem Társadalomtudományi Tanszék, Budapest; [3]Debreceni Egyetem Orvosi Klinikai Farmakológiai Tanszék, Debrecen; [4]Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológiai Osztály, Budapest; [5]Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem Sportélettani Kutató Központ, Budapest; Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék, Budapest; [6]Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológiai Osztály, Budapest; Semmelweis Egyetem Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Érsebészeti Osztály, Budapest

Háttér, célkitűzések: A pulzusnyomás (PP), ami idősekben a hypertonia-mediálta célszervkárosodás (HMOD) markere, elasztikus (elPP) és merev (mPP) komponensre bontható. Vizsgálatunk célja az elPP és az mPP meghatározóinak felderítése volt ambuláns vérnyomás monitorozási (ABPM) regiszterünk segítségével.

Módszerek: 45 517 alany (átlagéletkor 56,4±14,9 év, férfi: 20 857 [45,9%]) ABPM görbéi kerültek feldolgozásra a Magyar ABPM Regiszter adatbázisából a 2020 szeptembere és 2024 augusztusa közötti időszakból. A regiszterben a mérések Meditech ABPM-06-os készülékkel történtek. Az alanyok klinikai adatai elektronikus formában kerültek rögzítésre és az ABPM-görbékkel együtt kerültek elemzésre. Az elPP és az mPP értéke korábban publikált képletek segítségével került kiszámításra.

Eredmények: Az elPP magasabb volt férfiakban, mint nőkben (46,4±8,2 vs. 45,8±9,2 Hgmm, p <0,05), míg az stPP nőkben volt magasabb a férfiakkal összehasonlítva (8,9±5,8 vs. 8,3±5,5 Hgmm, p <0,05). Az elPP értéke U-alakú görbe mintájára változott az életkorral 40 év alatt magasabb értékről indulva (47,3±8 Hgmm), majd csökkenve 40–49 és 50–59 év között (43,7±7,3, illetve 43,9±8 Hgmm), végül 49,4±9,7 Hgmm-re emelkedve 70 éves életkor felett. Ezzel szemben az mPP fokozatos növekedést mutatott az életkor előrehaladtával. Ezek mellett az elPP és az mPP független meghatározója volt a pozitív családi anamnézis, a diabetes, az elhízás, a szívfrekvencia, a kávéfogyasztás és a mozgásszegény életmód, míg az mPP további független meghatározója volt a dohányzás.

Következtetések: Az elasztikus és a merev pulzusnyomáskomponensek meghatározóinak megismerése hozzájárulhat a HMOD-k kialakulása patofiziológiai hátterének jobb megismeréséhez és a későbbi célzott, személyre szabott intervenciókhoz.

A non-dipper és reverz dipper vérnyomásmintázat gyakori hazánkban a Magyar ABPM Regiszter legfrissebb eredményei alapján

Pásztor Dorottya Tímea[1], Takács Johanna[2], Nemcsik János[3], Kekk Zsófia[3], Farsang Csaba[1], Páll Dénes[4], Simon Attila[5], Torzsa Péter[3], Dolgos Szilveszter[6], Koller Ákos[7], Járai Zoltán[8]

[1]Dél-Budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest; [2]Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest; [3]Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék; Budapest, [4]Debreceni Egyetem Belgyógyászati Intézet; Debreceni Egyetem Klinikai Farmakológiai Tanszék, Debrecen; [5]Balatonfüredi Állami Szívkórház, Balatonfüred; [6]Szent Margit Kórház Dialízis Állomás, Budapest; [7]Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem Sportélettani Kutató Központ; Semmelweis Egyetem Transzlációs Medicina Intézet, Budapest; [8]Dél-Budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház; Semmelweis Egyetem Angiológiai Tanszéki Csoport, Budapest

Bevezetés, célkitűzés: Az Európai Hypertonia Társaság (ESH) irányelve javasolja az éjszakai vérnyomás (BP), illetve circadián vérnyomásmintázatok meghatározását ambuláns vérnyomásmonitorozással (ABPM), mert az éjszakai hypertonia, valamint a non-dipper (ND) és reverz dipper (RD) vérnyomásmintázatok fokozott cardiovascularis (CV) rizikóval járnak. Vizsgálatunk célja a circadián vérnyomásmintázatok, valamint a társbetegségek és rizikófaktorok gyakoriságának meghatározása volt.

Módszer: A Magyar ABPM Regiszter egy nyílt, multicentrikus, prospektív, obszervációs vizsgálat. A vizsgálatba 2021. 03. 01.–2024. 06. 30. között összesen 51 428 középkorú (55,94±15,1 év), ismert, vagy feltételezett hypertoniás beteget vontunk be (nők aránya: 53,8%), adattisztítás után 47 491 mérést elemeztünk. A mérések validált Meditech ABPM-06 készülékkel történtek.

Eredmények: A betegek 72%-a (n=34 216) kezelt, 10,5%-a (n=4992) RD, 42%-a (n=19 967) ND, 41,8%-a (n=19 854) dipper (D), és 5,6%-a (n=2678) extrém dipper (ED) volt. RD (63,39±14,24) és ND (57,31±15,32) betegek idősebbek voltak, a D-hez (53,12±14,42) és ED-hez (53,68±13,16) képest (p <0,001). A RD és ND mintázat gyakoribb volt kezeltekben a kezeletlenekhez képest (RD: 12,4% [n=4256] vs. 5,5% [n=735]; ND: 43,3% [n=14 816] vs. 38,8% [n=5151]); (p <0,001, Cramer's V=0,13). Az elhízás (RD:OR=1,27 [1,19; 1,37], ND:OR=1,17 [1,12; 1,22]), az ischaemiás szívbetegség (RD:OR=3,51 [3,15; 3,90], ND:OR=1,85 [1,69; 2,01]), az agyérbetegség (RD:OR=2,08 [1,76; 2,45], ND:OR=1,38 [1,22; 1,56]), a cukorbetegség (RD:OR=2,67 [2,44; 2,93], ND:OR=1,72

[1,61; 1,84]), a krónikus vesebetegség (RD:OR=3,89 [3,22; 4,70], ND:OR=1,80 [1,53; 2,12]), a perifériás verőérbetegség (RD:OR=2,84 [2,30; 3,51], ND:OR=1,46 [1,23; 1,74]), a retinopathia (RD:OR=2,15 [1,62; 2,86], ND:OR=1,42 [1,14; 1,77]) növelte a RD és ND mintázat esélyét a D mintázathoz képest.

Következtetés: A RD és a ND mintázat – antihypertensiv kezelés ellenére – gyakori a hazai hypertoniás betegpopulációban és szoros összefüggésben áll a nagy CV kockázattal.

Van-e összefüggés az arteriográffal mért diasztolés area index, a vesefunkció és a B típusú nátriuretikus peptid N-terminális prohormonja között krónikus vesebetegségben, IgA nephropathiában?

Sági Balázs[1], Vas Tibor[1], Csepregi Rita Klaudia[2], Horváth-Szalai Zoltán[2], Csiky Botond[1], Kovács Tibor József[1]

[1]Pécsi Tudományegyetem KK II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai, Diabetológiai Centrum, Pécs; [2]Pécsi Tudományegyetem KK Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

Bevezetés: Az IgA nephropathia (IgAN) a leggyakoribb primer glomerularis betegség. Az artériás érfalmerevség előre jelezheti a cardiovascularis (CV) morbiditást és mortalitást krónikus vesebetegségben (CKD). A diasztolés area index (DAI) a diasztolés ciklus intervalluma alatti koszorúér-perfúzióra utal. Az irodalomban kevés adat áll rendelkezésre a DAI, a vesefunkció és az agyi natriuretikus peptid N-terminális prohormonja (NT-proBNP) közötti összefüggésről.

Módszerek: Keresztmetszeti vizsgálatunkban 89 beteget vontunk be, akiknél klinikánkon vesebiopsziával IgAN-t diagnosztizáltunk. Az artériás érfalmerevséget az aorta pulzushullám terjedési sebességével (PWVao) jellemeztük. Emellett megmértük az aorta szisztolés nyomását (SBPao), valamint a DAI-t Arteriográf segítségével. Az NT-proBNP-t ELISA kittel mértük. Rutin echocardiographiás vizsgálatot is végeztünk.

Eredmények: A vizsgálatba bevont 89 beteg közül 50 férfi volt, átlagéletkoruk 54,9±14,4 év. A betegeket öt csoportra osztottuk az eGFR alapján (CKD 1, 2, 3, 4 és 5). Szignifikánsan magasabb NT-proBNP-t (p=0,022, p=0,001) és alacsonyabb DAI-t (p=0,007 és p=0,003) találtunk a CKD 4 és 5 csoportban, mint a CKD 1 csoportban. A PWV (p <0,001, p=0,022) és a centralis aorta szisztolés nyomás (p=0,043, p=0,085) szignifikáns emelkedést mutatott a vesefunkció romlásával. A DAI negatív korrelációt mutatott az NT-proBNP-vel (r=–0,282, p=0,012) és pozitív korrelációt az eGFR-rel (r=0,331, p=0,003). Lineáris regressziós analízissel vizsgálva csak az eGFR volt a DAI és az NT-proBNP független előrejelzője.

Következtetés: CKD-s betegekben a DAI csökkenése és a centrális szisztolés vérnyomás emelkedése a kóros miocardium remodelling kialakulásának egy lehetséges mechanizmusa lehet, amelyben szerepet játszhat az emelkedett PWV, mindez több CV-komplikációt okozhat CKD-ban.

Kommunikáljunk – de hogyan?

Somogyi Éva

Kardiológia hypertonia magánrendelés, Eger

A legújabb irányelvek hangsúlyozzák a betegközpontú megközelítést, a beteg együttműködésének, aktív szerepvállalásának fontosságát a krónikus betegségek gondozása során. A megvalósítás megfelelő orvosi kommunikáció nélkül aligha lehetséges. A hatékony kommunikáció olyan készségek elsajátítását igényli a kezelő személyzet részéről, amelynek oktatása az egyetemi tananyagba csak néhány éve került be, és a gyakorló orvosok nagy része ilyen képzésben nem részesült. Hangsúlyozni kell, hogy az orvos-beteg kommunikációra speciális sajátosságok jellemzők. A betegek számára a pontos megértés a szakkifejezések ismerete hiányában sokszor alig lehetséges, így a kommunikáció szükségszerűen edukatív jellegű, vagyis a tájékoztatás során egyben egészségnevelést is végzünk. A betegek „módosult tudatállapotban" lehetnek betegségük során, ez beszűkült tudatállapotot, megváltozott kognitív feldolgozási stílust eredményez, ami megnehezíti számukra az információk objektív értékelését. A félreértések a betegek szorongását fokozzák, és a bizalmat aláássák, ami negatívan befolyásolja az együttműködést. A kommunikációs hibák sokszor mérföldekre visszavethetik a terápiás siker esélyét. További szempontként kiemelendő, hogy az egészségi állapot, és a szociális kapcsolatrendszer összefüggése bizonyított - és mi, kezelőorvosok, fontos láncszemei vagyunk a betegek szociális hálójának („Az orvos személye is gyógyszer" – Bálint Mihály). Valószínűleg sokan nem tudják, hogy a kezelő személyzettel kapcsolatos negatív attitűdök, panaszok, feljelentések nagy része kommunikációs hibákból fakad, és megfelelő stílussal sokszor elkerülhető lenne. Az előadás gyakorlati példákkal ad támpontokat a kommunikáció hatékonyságának fokozásához, bemutat néhány eszközt, módszert, amivel javíthatjuk a betegegyüttműködést, és növelhetjük a terápia eredményességét. Különösen ajánlott ezen módszerek alkalmazása a „nehéz" betegeknél, akik sokszor próbára teszik a türelmünket az ellátás során.

Magas vérnyomás és familiáris hypercholesterinaemia a Debreceni Egyetem, mint regionális centrum regiszter adatai alapján

Szőke Csenge[1], Nádró Bíborka[2], Zsíros Noémi[1], Lőrincz Hajnalka[1], Páll Dénes[1], Harangi Mariann[1]

[1]Debreceni Egyetem ÁOK Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Betegségek Tanszék, Debrecen; [2]Debreceni Egyetem ÁOK Belgyógyászati Intézet, Endokrinológiai Tanszék, Debrecen

Bevezetés: A magasvérnyomás-betegség és a lipidanyagcsere zavarai igen gyakran együttesen fordulnak elő. A familiáris hypercholesterinaemia (FH) egy gyakori monogénesen öröklődő anyagcsere betegség, amely jelentősen emelkedett össz- és LDL-koleszterinszinttel, ennek következtében pedig korai szív- és érrendszeri szövődmények kialakulásával társul, különösen gyakori a magasvérnyomás-betegség megjelenése. Célul tűztük

ki a magasvérnyomás-betegség és egyéb cardiovascularis kockázati tényezők előfordulásának felmérését FH betegekben.

Betegek és módszerek: Az országos regiszter adataiból a Debreceni Egyetem által gondozott 192 FH beteg (140 nő és 52 férfi) bevonásával végeztünk retrospektív adatfeldolgozást. Az FH diagnózisának felállításhoz a Dutch Lipid Clinic Network kritériumrendszert alkalmaztuk.

Eredmények: A betegek átlagos életkora 49,4±15,7 év, a BMI 25,8±4,5 kg/m^2 volt. A diagnózis felállításakor az összkoleszterinszint 8,92±2,71 mmol/l, az LDL-C szint 6,04±1,9 mmol/l volt. Az FH betegek esetén igen jelentős arányban, 38,5%-ban igazolódott magasvérnyomás betegség. A betegek 27%-a túlsúlyos, míg 16%-uk elhízott. A dohányosok aránya 12% volt. A betegek anamnézisében 7,8%-ban akut myocardialis infarktus vagy akut coronaria szindróma miatti kezelés, 20,3%-ban ischaemiás szívbetegség miatti gondozás, 2,1%-ban stroke, 5,2%-ban átmeneti agyi keringési zavar, 3,1%-ban alsóvégtagi artériás érszűkület, 17,7%-ban pedig artéria carotis szűkület szerepelt.

Következtetések: A vizsgált FH betegcsoport esetén a magasvérnyomás-betegség előfordulási gyakorisága nagyobb volt az átlagpopulációhoz viszonyítva, annak ellenére, hogy a legfontosabb kóroki tényezők: elhízás és a túlsúly előfordulási aránya elmaradt az átlagpopulációban észlelt előfordulási gyakoriságtól. A vártnak megfelelően FH betegek esetén a szív- és érrendszeri társbetegségek jelentős arányban észlelhetőek, amelyek rendszeres szűrése ebben a populációban elengedhetetlen. Eredményeink alapján a hyperlipidaemiás, ezen belül az FH-s betegek esetén a rendszeres vérnyomásmérés kiemelt jelenőségű. Az FH betegek gondozása során a lipid célértékek mellett a megfelelő célvérnyomás értékek elérése is fontos feladat.

Fiatal felnőttekben a vérnyomásértékek korrelálnak a fizikai állapot paramétereivel: a magas testzsír- és az alacsony vázizomszázalék szerepe a fiatalkori hypertonia kialakulásában

Takács Johanna[1], Seregély Beáta[2], Varga Réka[2], Debreczeni Zsófia[2], Zatykó Luca[2], Szöllősi Csenge[2], Koller Ákos[3]

[1]Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest; [2]Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Fizioterápiai Tanszék, Budapest; [3]Semmelweis Egyetem, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék; Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem, Sport- és Egészségtudományi Intézet, Sportélettani Kutató Központ, Budapest

Célkitűzés: Fiatal felnőttekben (18–39 év) a magas vérnyomás előfordulását világszerte 3,7–8,6% között becsülik, magasabb értékekkel férfiakban. Bár a magas vérnyomás előfordulása jóval kisebb, mint idősebb korban, a fiatalkori magas vérnyomás jelentősen növeli a későbbi szív- és érrendszeri betegségek kockázatát. Jelen vizsgálatunkban feltételeztük, hogy a nem megfelelő fizikai állapot, ami a fizikai aktivitás hiányát és a helytelen táplálkozást jelzi, korrelál a korai hypertonia kifejlődésével, illetve annak rizikójával.

Módszer: Minta: 169 fő fiatal felnőtt (19–35 év, M=21,8±2,8, 37 férfi (F: 21,9%) és 132 nő (N: 78,1%). A következőket mértük nyugalomban: szisztolés és diasztolés vérnyomás, szívfrekvencia, kézszorítóerő, testtömegindex, testzsír- és vázizom%, visceralis zsírszint.

Eredmények: A mintában mért vérnyomások: szisztolé, 110,6±11,3; diasztolé, 72,8±7,4; pulzusnyomás, 37,8±8,6 (Hgmm); szívfrekvencia, 73,3±13,3 (1/min). Férfiakban a szisztolé (119,7±9,9) és pulzusnyomás (46,4±7,8) szignifikánsan magasabb, míg a szívfrekvencia alacsonyabb volt (68,0±12,4) mint nőkben (szisztolé, 108,0±10,3; pulzusnyomás, 35,4±7,2; szívfrekvencia, 74,7±13,2). A diasztolés vérnyomás nem mutatott különbséget nemek között. Az ESH alapján a vérnyomások: optimális, 70,4% (F: 43,2%, N: 78,0%); normális: 22,5% (F: 45,9%, N: 15,9%); emelkedett normális, 5,3% (F: 5,4%, N: 5,3%); hypertonia, 1,8% (F: 5,4%, N: 0,8%). BMI: 23,1±4,1, 4,1% (7 fő) sovány, 11,8% (20 fő) túlsúlyos, 7,1% (12 fő) elhízott. Testzsír%: 28,3±8,9, 13%-ban (22 fő) magas, 18,3%-ban (31 fő) nagyon magas. Visceralis zsírszint: 4,1±2,3, 5,3%-ban (9 fő) magas. Vázizom%: 31,5±5,3, 6,5%-ban (11 fő) alacsony. Kézszorító-erő: domináns, 35,4±9,8; nem domináns: 33,1±9,2; 8,3%-ban (14 fő) gyenge. A szisztolés vérnyomás szignifikánsan korrelált a fizikai állapot paramétereivel nőkben, férfiakban csak a BMI-vel. A diasztolés vérnyomás férfiakban szignifikánsan korrelált a BMI-vel, vázizom%-kal és a visceralis zsírszinttel (nőkben nem). A pulzusnyomás férfiakban szignifikánsan korrelált a vázizomszázalékkal, BMI-vel, kézszorítóerővel és nőkben a visceralis zsírszinttel.

Következtetés: Bár a nyugalmi vérnyomásértékekben csak néhány magas vérnyomású egyént identifikáltunk (főleg férfiakban), a vérnyomásértékek szignifikánsan korreláltak a fizikai állapot paramétereivel, jelezve a hypertonia kifejlődésének lehetséges rizikóját, amennyiben a korral a BMI, visceralis zsír mértéke tovább nő és a vázizomszázalék tovább csökken. A korreláció magasabb értékeibe eső egyéneknél intenzív fizikai aktivitásnál a vérnyomás a normálisnál magasabb értékeket ér el azonos teljesítmény esetén, mivel a perifériás vascularis ellenállás nem képes jelentősen csökkeni, amit a magasabb nyugalmi diasztolés nyomás jelezhet. Mindez jelzi a fizikai aktivitás (és helytelen) táplálkozás fontos szerepét a szisztémás vérnyomás meghatározásában és a hypertonia megelőzésében.

Támogatás: NKFI, EKÖP-2024-151, TKP-EGA-25, TKP2021-EGA-37, OTKA K 132596, Magyar Hypertonia Társaság, MHT-2024 Kutatási Támogatás.

A 65 évnél idősebb, legalább ötféle hatóanyagot szedő betegek gyógyszerelhagyási hajlandóságának felmérése az alapellátásban. A háziorvosi-beteg kapcsolat szerepe a gyógyszerelésben – Less study

Dr. Szélvári Ágnes[1], Katharina Tabea Jungo[2], Renata Vidonscky Lüthold[2], Zsofia Rozsnyai[2], Kristie Rebecca Weir[2], Sven Streit[3], **Torzsa Péter[1]**

Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest; [2]Institute of Primary Health Care (BIHAM) of the University of Bern, Bern

Előzmények, célkitűzés: A legújabb tanulmányok szerint a polipragmázia gyakorisága az idősebb felnőttek körében az

utóbbi években egyre nő, Európában 26–40% között mozog. A betegek hatóanyagcsökkentéssel vagy -elhagyással kapcsolatos attitűdjének megértése egyéni és országos szinten feltárhatja az idős felnőttek gyógyszerekkel kapcsolatos döntésekbe való bevonásának hatékony módjait, és elősegítheti az állapotnak megfelelő, ideális gyógyszerelés megteremtését az alapellátásban. A betegek egyes gyógyszerek elhagyásához való hozzáállásának jobb megértése befolyásolhatja a terápiás ajánlásokat.

Módszerek: A felmérést 2022 májusától 2023 decemberéig 14 ország alapellátási intézetei, illetve családorvosi tanszékei szervezték. A 65 éves vagy annál idősebb, öt vagy több gyógyszert szedő betegeket a kijelölt háziorvosok a betegmegjelenés sorrendjében kérték meg a kérdőív kitöltésére. A kérdőív több, a gyógyszerszedésre, gyógyszerelhagyásra, és az orvos-beteg kapcsolatra vonatkozó kérdéscsoportot tartalmazott.

Eredmények: Az 1340 betegből (átlag [SD], 96 [47] beteg országonként) 736 (55%) nő volt, 580 (44%) legmagasabb iskolai végzettsége középiskola volt, 1089 (82%) elégedett volt a gyógyszerekkel, és 589 (44%) jelezte, hogy egy vagy több gyógyszerét szeretné elhagyni. A betegek különböző mértékben fejezték ki érdeklődésüket bizonyos gyógyszerek elhagyása iránt, a lengyelországi 79%-tól (109 betegből 86) a bulgáriai 23%-ig (96 betegből 21). A három leggyakrabban említett gyógyszer, amelyet a betegek szeretnének kiváltani, a vízhajtók (1002 gyógyszerből 111 [11%]), a lipidmódosító szerek (1002 gyógyszerből 109 [11%]) és a renin-angiotenzin rendszerre ható szerek (1002 gyógyszerből 83 [8%]) voltak. A legalább egy konkrét gyógyszer elhagyásának esélye alacsonyabb volt a magasabb gyógyszerelégedettségű betegeknél (esélyhányados 0,31; 95% CI 0,21–0,47) és a háziorvosukba jobban bízó betegeknél (esélyhányados 0,960; 95% CI 0,930–0,998).

Következtetés: A 65 éves, vagy idősebb alapellátásban részesülő betegek körében végzett felmérés során a betegek egyes gyógyszerek felírásával kapcsolatos attitűdjei országonként eltérőek voltak, ami azt mutatja, hogy a gyógyszerelhagyási javaslatok hatásosabbak lehetnek, ha az adott körülményekhez és kontextushoz igazodnak. Ezek az eredmények rávilágítanak a beteg és a kezelőorvos közötti kommunikáció fontosságára a megfelelő gyógyszerhasználat biztosításában.

Jegyzet

HYPERTONIA ÉS NEPHROLOGIA
A Magyar Hypertonia Társaság és a Magyar Nephrologiai Társaság hivatalos lapja
ISSN 1418-477X

Kiadja és terjeszti:

© LITERATURA MEDICA
a LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 75/A • Postacím: 1539 Budapest, Pf. 603
Telefon: +36-1-316-4556 • E-mail: litmed@lam.hu • www.eLitMed.hu
Felelős vezető: Cserni Tímea ügyvezető igazgató

A kiadó munkatársai:
Kiadói szerkesztő: Borda Tímea • Tervező, tördelőszerkesztő: Sándor Zsolt

A kiadványt nagy gondossággal állítottuk össze, ennek ellenére nem zárható ki teljes mértékben a téves tartalmak előfordulása. A benne szereplő információk a szerző álláspontját tükrözik és eltérhetnek a kiadó álláspontjától. A kiadó nem felelős a megjelenő tartalom (cikkek és hirdetések) teljességéért, valóságnak megfelelő voltáért, aktualitásáért, alkalmazhatóságáért. A megemlített termékek használatakor az érvényes alkalmazási előírás alkalmazandó.

Nyomdai munkák:
Vareg Nyomda, Budapest

A kiadvány a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával készült.

Kiadványunk megtalálható az EBSCO adatbázisában.