

REIBER ISTVÁN DR.¹, PARAGH GYÖRGY DR.², MÁRK LÁSZLÓ DR.³¹Szent György Kórház, IV. Belgyógyászat, Székesfehérvár, ²Debreceni Egyetem OEC, I. Belgyógyászati Klinika, Debrecen, ³Békés Megyei Képviselő-testület Pándy Kálmán Kórház, II. Belgyógyászat-Kardiológia, Gyula

HELYZETJELENTÉS A SZAKADÉKBÓL – A MAGYAR MULTI GAP 2009 EREDMÉNYEI

A MULTI GAP (MULTI GOAL ATTAINMENT PROBLEM) 2009 VIZSGÁLATBAN STANDARD STRUKTURÁLT KÉRDŐÍVEK SEGÍTSÉGÉVEL 3563 BETEG ADATAI KERÜLTEK FELDOLGOZÁSRA. AZ ELŐZŐ, 2008-AS FELMÉRÉSHEZ HASONLÓAN, A JELEN TANULMÁNYBAN IS A KARDIOVASZKULÁRIS ESEMÉNYEN ÁTESETT BETEGEK DISZLIPIDÉMIÁJÁNAK KEZELÉSI STRATÉGIÁJÁT ELEMEZTÜK. AZ ÖSSZKOLESZTERIN ÉS AZ LDL-KOLESZTERIN (LDL-C) MELLETT A HDL-KOLESZTERIN (HDL-C) ÉS TRIGLICERID CÉLÉRTÉKET ELÉRŐK ARÁNYA IS KIÉRTÉKELÉSRE KERÜLT. A VIZSGÁLT BETEGEK 24%-A NEM RÉSZESÜLT LIPIDCSÖKKENTŐ KEZELÉSBEN. AZ ÖSSZPOPULÁCIÓ 50%-A AZ IGEN NAGY KOCKÁZATÚ, A MÁSIK 50% A NAGY KOCKÁZATÚ CSOPORTBA TARTOZOTT. A KARDIOLÓGUSOK ÁLTAL GONDOZOTT BETEGEK 52%-A ELÉRTE A 2,5 MMOL/L LDL-C CÉLÉRTÉKET. A HDL-C CÉLÉRTÉKET A NAGY RIZIKÓJÚ BETEGEK 61%-A, MÍG A TRIGLICERID CÉLÉRTÉKET 39%-A ÉRTE EL. A SZERZŐK ISMÉTELTEN FELHÍVJÁK A FIGYELMET ARRA, HOGY A STATINOK NAGYOBB DÓZISBAN VALÓ ALKALMAZÁSA, ILLETVE A LIPIDCSÖKKENTŐ GYÓGYSZEREK KOMBINÁCIÓJA A BETEGEK JÓVAL NAGYOBB SZÁZALÉKÁNÁL KÉPES BIZTOSÍTANI MINDEGYIK LIPIDPARAMÉTER CÉLÉRTÉKÉNEK ELÉRÉSÉT, ÉS EZZEL CSÖKKENTENI A REZIDUÁLIS LIPIDRIZIKÓT, ILLETVE A KÉSŐBBI KARDIOVASZKULÁRIS ESEMÉNYEK LEHETŐSÉGÉT.

Kulcsszavak: LDL-koleszterin, HDL-koleszterin, triglicerid, célértékek, statin, kombinációs kezelés, reziduális rizikó

STATUS REPORT FROM THE ABYSS – THE RESULTS FROM THE HUNGARIAN MULTI GAP 2009. IN OUR RECENT REPORT WE ANALYZED IN OUR RECENT REPORT THE TREATMENT STRATEGIES FOR DYSLIPIDEMIC SUBJECTS FOLLOWING CARDIOVASCULAR EVENTS SIMILARLY TO THE FORMER SURVEY IN 2008. IN THE MULTI GAP (MULTI GOAL ATTAINMENT PROBLEM) 2009 TRIAL PROCESSED DATA FROM STANDARD AND STRUCTURED QUESTIONNAIRES OF 3563 PATIENTS. THE PROPORTION OF THE PATIENTS REACHING TARGET LEVELS FOR TOTAL CHOLESTEROL, LDL-C, HDL-C AND TRIGLYCERIDE WAS EVALUATED. TWENTY-FOUR PERCENT OF THE PATIENTS DID NOT RECEIVE ANY LIPID LOWERING TREATMENT. FIFTY PERCENT OF THE PATIENTS WERE STRATIFIED AS „VERY HIGH RISK”, THE REMAINING 50% WERE CLASSIFIED AS „HIGH RISK”. FIFTY-TWO PERCENT OF PATIENTS TREATED BY CARDIOLOGISTS REACHED THE TARGET LDL-C LEVEL OF 2.5 MMOL/L. THE TARGET LEVEL FOR HDL-C IN THE „HIGH RISK” GROUP WAS ATTAINED BY 61% AND FOR TRIGLYCERIDE BY 39% OF THE SUBJECTS. THE AUTHORS DRAW AGAIN THE ATTENTION AGAIN TO THE USE OF HIGHER DOSES OF STATINS OR COMBINATIONS OF LIPID LOWERING DRUGS WHICH ENSURES A MORE EFFECTIVE TREATMENT RESULTING IN ACHIEVING THE ACHIEVEMENT THE TARGET LEVELS OF ALL LIPID PARAMETERS IN A HIGHER PERCENTAGE OF THE PATIENTS, REDUCING THE RESIDUAL LIPID RISK AND THE OCCURENCE OF CARDIOVASCULAR EVENTS.

Keywords: LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglyceride, target levels, statins, combination therapy, residual risk

A kardiovaszkuláris eseményt elszenvedett betegek diszlipidémiájának kezelésével kapcsolatos céljaink ismertek, az elérésükhöz hatásos eszközök állnak rendelkezé-

sünkre. A 2009. november 6-án megtartott IV. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia ismételen összefoglalta a terápiás teendőket és különböző kockázati faktorok eléré-

dő szintjeit (1). A lipid-célértékek nem változtak a korábbi ajánláshoz képest: nagy kockázatú betegek esetében összkoleszterin <4,5 mmol/l (amely megfelelhet a 2,5 mmol/l alatti

1. TÁBLÁZAT: A VIZSGÁLT CSOPORTOK JELLEMZŐI

	LIPIDCSÖKKENTŐ NÉLKÜLI BETEGEK SZÁMA (%) (n=549)	LIPIDCSÖKKENTŐ KEZELÉSBEN RÉSZESÜLŐ BETEGEK SZÁMA (%) (n=1817)
NŐK ARÁNYA	45%	43%
ÉLETKOR (ÉV)	63,2	63,1
INSTABIL ANGINA PECTORIS	77(14)	163(9)
MIOKARDIÁLIS INFARKTUS	165(30)	563(31)
PAD, MŰTÖTT N(%)	121(22)	309(17)
TIA	49(9)	236(13)
STROKE	82(15)	327(18)
DIABETES MELLITUS	329(60)	1380(76)
HIPERTÓNIA	434(79)	1617(89)
METABOLIKUS SZINDRÓMA	252(46)	763(42)

LDL-C-értéknek), HDL-C >1,3 mmol/l (nő), illetve >1,0 mmol/l (férfi) és az éhomi triglicerid <1,7 mmol/l. Most sem került az ajánlásba, mint célérték az atherogén koleszterin (A-C), azaz a non-HDL-koleszterin, pedig a nemzetközi ajánlások szerint az 1,7 mmol/l feletti éhomi trigliceridszintű egyének-nél ez szorosabb összefüggést mutat a valós kardiovaszkuláris rizikóval, mint az LDL-C-szintje. Az atherogén koleszterin (=összkoleszterin – HDL-C) nagy kockázatú állapotban elfogadott cél-értéke 3,3 mmol/l alatt van.

A 2008. nyarán elvégzett első Magyar

MULTI GAP (MULTI Goal Attainment Problem) vizsgálat után (2) hasonló felmérés történt 2009-ben is. A fő cél továbbra is az volt, hogy lássuk, mi a helyzet a már kardiovaszkuláris eseménnyel átesett betegek diszlipidémiájának a kezelésével.

A VIZSGÁLATI PROTOKOLL

A vizsgálat 2009. július-augusztus során standard, strukturált kérdőívek segítségével történt 80 belgyógyász, 25 diabetológus, 36 kardiológus szakorvos és 106 háziorvos praxisában, retrospektív

módon, az utolsó 10-15 kardiovaszkuláris eseménnyel átesett beteg aktuális lipidszintjeit, kezelését és a további kezelési stratégiájára kérdezve. Összesen 3563 beteg eredményei kerültek anonim módon a felmérés adatbázisába, amelyből 1538 beteg háziorvos, 1155 beteg belgyógyász, 500 beteg kardiológus és 370 beteg diabetológus szakorvos kezelése alatt állt. Az előző MULTI GAP elemzésnél is használt lipid kritériumok alapján 2298 beteg adatait tudtuk érdemben feldolgozni.

A vizsgálatban kardiovaszkuláris eseményként az instabil angina pectoris, az akut miokardiális infarktus perifériás érszűkület miatt korábban elvégzett érműtét, stroke vagy TIA meglétét értékeltük. Rögzítésre került továbbá a nem, az életkor, valamint a diabetes mellitus, a hipertónia és a dohányzás megléte, mértéke (1. táblázat). Nem minden betegnél, de már értékelhető nagyságban meghatározásra került a haskőrfogat (!), a testtömegindex (BMI) és a HbA_{1c} is.

EREDMÉNYEK

A 2298 beteget az elemzés szempontjából két nagy csoportra osztottuk. Az első csoportba a kezelésben még nem részesülő, „lipidcsökkentő naiv” betegek kerültek (n=549 [23,8%]), míg a második csoportba a valamilyen lipidcsökkentő kezelést már kapó betegeket soroltuk (n=1817 [76,2%]). Hangsúlyozzuk, hogy a jelen vizsgálat valamilyen kardiovaszkuláris eseménnyel átesett betegek körében történt, tehát a majd közel 24%-os statinmentes betegarány igen komoly figyelmeztetés a szakemberek számára.

A valamilyen kardiovaszkuláris eseménnyel átesett és semmilyen lipidcsökkentő kezelésben nem részesülő 549 betegnél természetesen a megkívánt célértékektől távoli, sokkal magasabb összkoleszterin (TC), LDL-C, illetve atherogén koleszterin szinteket láthatunk (2. táblázat). Ezen adatok többnyire meg-egyeznek a 2008-as MULTI GAP-vizsgálat hasonló betegcsoportjának adataival, akkor az átlagos TC 5,8 mmol/l, az LDL-C 3,3 mmol/l, a HDL-C 1,34 mmol/l, a triglicerid 2,1 mmol/l és az A-C 4,4 mmol/l-nek bizonyult 659 (23%) lipidcsökkentő kezelésben még nem részesülő nagy CV rizikójú beteg esetében. Jelen adatok arra hívják fel a

2. TÁBLÁZAT: LIPIDCSÖKKENTŐ KEZELÉST NEM KAPÓ BETEGEK JELLEMZŐI

SZAKTERÜLET	BETEGEK SZÁMA	T-C MMOL/L	LDL-C MMOL/L	HDL-C MMOL/L	TG MMOL/L	A-C MMOL/L
HÁZIORVOS	68	5,56	3,35	1,44	1,82	4,12
BELGYÓGYÁSZ	260	5,52	3,21	1,26	2,02	4,26
KARDIOLÓGUS	160	5,32	3,11	1,10	2,08	4,23
DIABETOLÓGUS	61	5,75	3,32	1,31	1,91	4,44
ÖSSZESEN	549	5,50	3,21	1,24	2,00	4,25

3. TÁBLÁZAT: LIPIDCSÖKKENTŐ KEZELÉSBEN RÉSZESÜLŐ BETEGEK

SZAKTERÜLET	BETEGEK SZÁMA	T-C MMOL/L	LDL-C MMOL/L	HDL-C MMOL/L	TG MMOL/L	A-C MMOL/L
HÁZIORVOS	927	5,33	3,10	1,36	1,95	3,97
BELGYÓGYÁSZ	536	5,01	2,82	1,25	1,99	3,76
KARDIOLÓGUS	156	4,81	2,64	1,19	1,95	3,62
DIABETOLÓGUS	198	4,86	2,77	1,39	1,98	3,47
ÖSSZESEN	1817	5,14	2,94	1,32	1,97	3,82

figyelmet, hogy az egy év alatt nem történt változás a lipidcsökkentővel nem kezelt betegek arányában és érdemben nem változtak a lipidparaméterek sem. 493 esetben éhomi vércukorszint-meghatározás is történt, amelynek az átlagértéke 6,69 mmol/l volt. 315 betegnél a HbA_{1c}-érték is fellelhető volt, amelynek átlaga 7,9% volt. Az elszívott kardiovaszkuláris esemény mellett 60%-os 2-es típusú diabétesz, a 79%-os hipertónia és a 46%-os metabolikus szindróma előfordulás igen komoly figyelmeztető adatsor. A naív betegek közül 322-nél (59%!) haskőfogat meghatározás is történt. A férfiaknál (n=175) az átlagérték 103 cm, a nőknél (n=147) 99 cm volt. A BMI 458 esetben volt számítható, ahol az átlagérték 29,3 kg/m² volt, férfiak esetében (n=247) 29,0 kg/m², nőknél (n=209) 29,6 kg/m². A betegek 24%-a dohányzott.

Amennyiben a naív betegek esetében a lipidértékeket a 2-es típusú diabétesz megléte alapján kettéosztjuk, mérhető különbségeket láthatunk. A diabéteszes csoport (n=351) LDL-C átlaga 3,16 mmol/l, míg 3,31 mmol/l a nem-diabéteszes csoport esetében, az éhomi trigliceridszint átlagértéke 2,08 mmol/l-nek bizonyult diabéteszben és 1,84 mmol/l-nek e diagnózis hiányában. A HDL-C-szintben érdekes módon nem volt mérhető különbség (1,25 mmol/l vs. 1,24 mmol/l).

A lipidcsökkentő kezelésben részesülő betegek (n=1817) esetében kedvezőbb koleszterin (össz-, LDL- és atherogén-koleszterin) értékeket találtunk ugyanolyan HDL-C és trigliceridszintek mellett (3. táblázat). Átlagosan mintegy 7-8%-kal alacsonyabb volt az össz-, és az LDL- és 10%-kal az atherogén koleszterin (A-C) értéke. A jelenlegi elemzésben is, az előzőhöz hasonlóan a kardiológusoknál gondozott betegek átlagos össz-, és LDL-C-szintje bizonyult a legalacsonyabbnak (TC: 5,14 mmol/l, illetve LDL-C: 2,64 mmol/l). Figyelemre méltó, hogy a belgyógyászok és a diabetológusok által ellenőrzött betegeknél is 3,0 mmol/l alatt volt az átlagos LDL-C-szint. Ugyanakkor érdekes módon a HDL-C szintje a kardiológusok által gondozott betegeknél volt a legalacsonyabb (1,19 mmol/l). Ebben az is szerepet játszhat, hogy a kardiológiai szakrendeléseken megjelenő betegek súlyosabb alapbetegségekkel, többszörös rizikóval rendelkeznek. Tanulságos a betegek rizikósta-

4. TÁBLÁZAT: A KARDIOVASZKULÁRIS ESEMÉNYEK, ILLETVE RIZIKÓTÉNYEZŐK MEGOSZTLÁSA SZAKTERÜLETENKÉNT (%)

SZAKTERÜLET	IAP	AMI	PAD	STROKE	TIA	T2DM	HYT	MetSz
HÁZIORVOS	3	24	15	15	11	87	84	48
BELGYÓGYÁSZ	5	33	20	19	13	73	91	44
KARDIOLÓGUS	21	52	18	15	15	56	92	38
DIABETOLÓGUS	3	24	15	15	11	87	84	48
ÖSSZESEN	9	31	17	18	13	76	89	42

5. TÁBLÁZAT: NAGY KARDIOVASZKULÁRIS KOCKÁZATÚ BETEGEK LIPIDÉRTÉKEI DIABETES MELLITUS MEGLÉTE (T2DM+) ÉS ANNAK HIÁNYA (T2DM-) ESETÉN

	BETEGSZÁM	TC MMOL/L	LDL-C MMOL/L	HDL-C MMOL/L	TG MMOL/L	A-C MMOL/L
T2DM+	1245	5,14	2,94	1,31	2,04	3,84
T2DM-	489	5,13	2,99	1,33	1,84	3,80

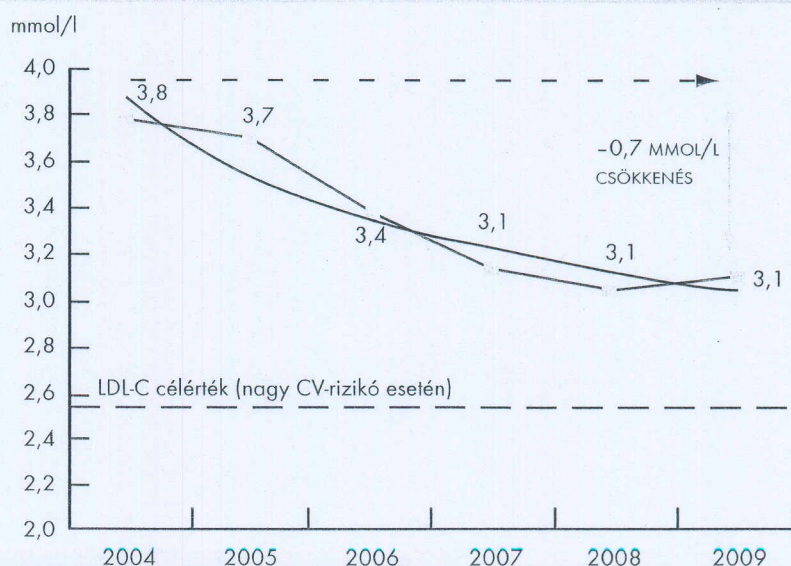
6. TÁBLÁZAT: NAGY ÉS IGEN NAGY KARDIOVASZKULÁRIS RIZIKÓJÚ BETEGEK LIPIDÉRTÉKEI

	BETEGSZÁM	TC MMOL/L	LDL-C MMOL/L	HDL-C MMOL/L	TG MMOL/L	A-C MMOL/L
NAGY CVR	914	5,14	2,95	1,34	1,88	3,80
IGEN-NAGY CVR	903	5,14	2,93	1,29	2,06	3,85
ÖSSZES	1817	5,14	2,94	1,32	1,97	3,82

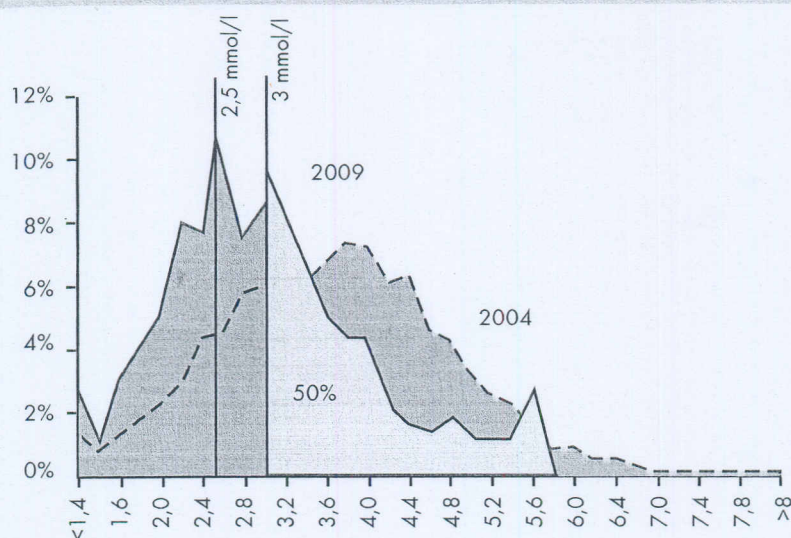
tusának, illetve kardiovaszkuláris eseményeinek a megoszlása (4. táblázat). Mindenképpen figyelemreméltó hogy az összes vizsgált beteg esetében 76%-os 2-es típusú diabétes mellitus előfordulása, közel 90% a hipertónia és 40% feletti metabolikus szindróma (MetSz) gyakorisága. A vizsgálatban külön elemeztük

a lipidcsökkentővel már kezelt, nagy kardiovaszkuláris rizikójú betegeknél a 2-es típusú diabéteszesek, illetve a nem-diabéteszesek lipidértékeit (5. táblázat). Ahogy azt már a nem kezeltéknél is láthattuk, itt is az éhomi trigliceridszint átlagában volt csak jelentősebb különbség (10%). Tanulságos a lipicsökkentővel

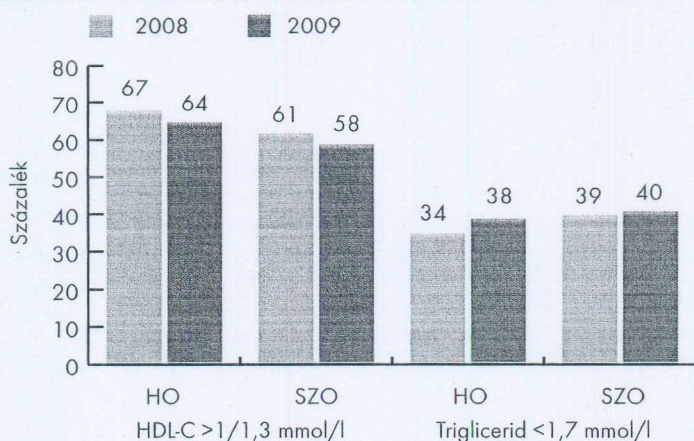
1. ÁBRA: A HÁZIORVOSOK ÁLTAL KEZELT NAGY CV RIZIKÓJÚ BETEGEK ÁTLAGOS LDL-C-SZINTJÉNEK ALAKULÁSA AZ ÉVEK SORÁN



2. ÁBRA: A HÁZIORVOSOK ÁLTAL KEZELT NAGY CV RIZIKÓJÚ BETEGEK LDL-C MEGOSZLÁSA ÉS A 3 MMOL/L FELETT LÉVŐ BETEGEK ARÁNYA 2004-BEN ÉS 2009-BEN

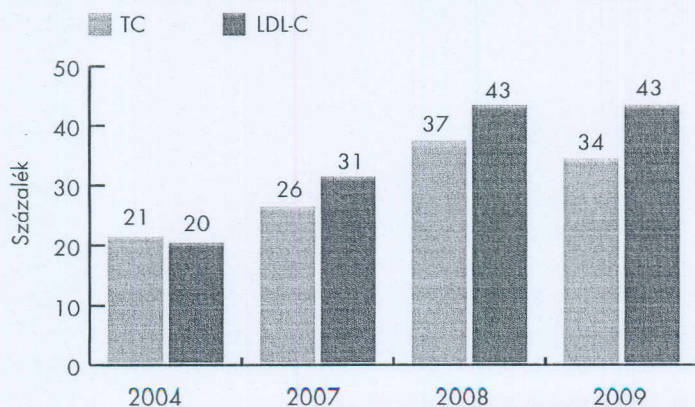


3. ÁBRA: A HDL-C ÉS A TRIGLICERID CÉLÉRTÉKEKET ELÉRŐK ARÁNYA (HO=HÁZIORVOS, SZO=SZAKORVOS)



kezelték esetén az igen nagy és a „csak” nagy rizikójú betegek lipidértékeinek az összehasonlítása (6. táblázat). Szembe-
ötlő, hogy elhanyagolható a különbség az LDL-C-szintben, és az is 2,9 mmol/l körüli. Hol van még az 1,8 mmol/l?

Ugyanakkor az igen nagy rizikójú egyé-
neknél alacsonyabb a HDL-C és maga-
sabb az éhomi TG-szint (pedig a bete-
gek 76%-a 2-es típusú diabéteszes!).
Kijelenthető, hogy ezek az igen nagy rizi-
kójú betegek még súlyosabb atherogén

4. ÁBRA: A SZAKORVOSOK ÁLTAL KEZELT NAGY CV RIZIKÓJÚ BETEGEK CÉLÉRTÉK ELÉRÉSÉNEK JAVU-
LÁSA AZ ÉVEK SORÁN

diszlipidémiával rendelkeznek az egyéb
társuló rizikók mellett. Sajnos az ered-
mények azt igazolják, hogy a lipidcsök-
kentő kezelésük nem vált intenzívebbé a
rendelkezésre álló nagy intervenciós
vizsgálatok kedvező eredményei ismere-
tében sem.

A célértékek elérése szempontjából viz-
sgálva jelentős változás nem történt sem
az igen nagy, sem pedig a nagy kardio-
vaszkuláris kockázatú betegek esetében.
Persze ugyanakkor találunk igen öröm-
teli részeredményeket. A háziorvosok
által kezelt nagy rizikójú betegek LDL-C-
szintje 2004-től 2009-ig 0,7 mmol/l-rel
csökkent, amely mintegy 20%-os relatív
kardiovaszkuláris kockázat csökkenést
eredményezhet (1. ábra). Ezzel az átlag-
os csökkenéssel a háziorvosi praxisok-
ban kezelt nagy CV rizikójú betegek
közül a 2004-ben tapasztalható 72%-ról
50%-ra mérséklődött a 3 mmol/l
LDL-C-szint feletti aránya (2. ábra).
Továbbá a 2007-es REALITY-vizsgálat
szerint a betegek csupán 5%-a érte el a
3,5 mmol/l TC-értéket (3), az elmúlt két
évben ez az arány kétszeresére nőtt, 10%
volt. Ugyanakkor a kardiológusok által
gondozott igen nagy rizikójú betegek
már 20%-a elérte a kívánatos 1,8
mmol/l LDL-C-szintet! A reziduális lipid
rizikót tekintve pedig a HDL-C célértéké-
nek elérése közel 60%, a trigliceridé
40% körüli (3. ábra). A nagy rizikójú
betegek körében a kardiológusok által
ellenőrzött csoportban 51,9% elérte a
2,5 mmol/l LDL-C-értéket. A szakorvo-
sok összesített csoportjáról is megállapít-
ható, hogyha minimálisan is, de tovább
javult a lipidcsökkentő kezelés ha-
tásossága (4. ábra). Az LDL-C célérték
szempontjából 2004-ben a szakorvosok
által gondozott nagy rizikójú betegek
20%-a érte el a kitűzött célértéket (2,5
mmol/l) és a jelen vizsgálatban ez már a
betegek 43%-ára igaz. A háziorvosi
praxisokban ellenőrzött betegeknek is
hasonló mértékű javulás figyelhető meg.
2004-ben még csak 14% és 2009-ben
30% érte el az LDL-C célértéket (5. ábra).

TANULSÁGOK

A második MULTI GAP-vizsgálat mód-
szerében és céljaiban is szervesen illesz-
kedik az elmúlt években folytatott felmé-
rések sorába (CÉL 2004, 2005, 2006,
REALITY 2004 és 2007, MULTI GAP
2008) (6. ábra). A 2004–2008 között
elért kedvező változásokról, eredmé-

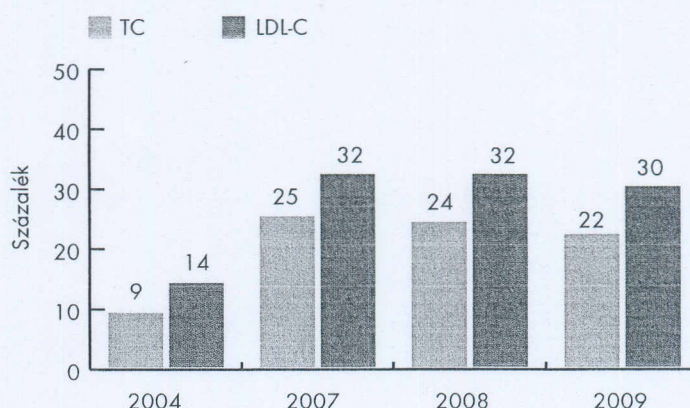
nyekről 2009-ben egy átfogó beszámoló született (4). A szakmai kollégiumok és társaságok szervezésében folyó rendszeres továbbképzések és kongresszusok hatására és a nemzetközi és hazai irányelvek alaposabb ismerete és azok tudatosabb alkalmazása eredményeként könnyvelhető el a háziorvosok betegein elért átlagosan 0,7 mmol/l-es LDL-C csökkenés, és ennek következtében a kardiovaszkuláris események előfordulásának mérhető csökkenése.

Sajnos a kardiovaszkuláris eseményen átesett betegek mintegy egynegyede a jelen felmérés szerint nem kap semmilyen lipidcsökkentőt, így természetesen statint sem. Azt gondolhatnánk, hogy mi sem egyszerűbb, hiszen egy miokardiális infarktus vagy egy stroke után a kórházi szakorvosok felelőssége, hogy a haza kerülő betegnél a megfelelő, hatásos dózisú statinterápia elinduljon.

Valószínűleg ez meg is történik, csak hogy a lipidcsökkentő kezelés elindítása nem garantálja annak hosszú távú folytatását. Egy egészen friss felmérés szerint a statint szedő betegek mintegy 50%-a már nem váltja ki a harmadik havi gyógyszerét, és egy év után 10 betegből 8 már nem szedi a korábban felírt lipidcsökkentő gyógyszerét (5).

A MULTI GAP felmérésekben, azért mégis csak a gyógyszert szedők nagyobb csoportjának eredményein van a hangsúly. A lipidcsökkentőket kapó nagy és igen nagy kardiovaszkuláris rizikóval élő betegek átlagos LDL-C és összkoleszterin-szintjének tovább javuló tendenciája a lassan emelkedő átlagos statindózisokkal (40-80 mg atorvastatin), a hatékonyabb statinok (rosuvastatin és atorvastatin) arányának növelésével, és az egyre gyakoribb kombinációs, több támadáspontú kezelések előfordulásával magyarázható. Továbbra is azt gondoljuk, hogy határozottabb statindózis ajánlásokat kellene megfogalmazni ahhoz, hogy a megkívánt legalább 50%-os LDL-C csökkenés eredményeként elérhető legyen a 2,5 vagy az 1,8 mmol/l érték. Amennyiben az alkalmazott hatásos statin monoterápiával nem sikerül elérni az LDL-C célokat, akkor más hatáspontú szerrel kell kombinálni a statint. Már a korábbi felmérés alkalmával rámutattunk arra a tényre, hogy a nagy és igen nagy rizikójú betegek esetében hasonló dózisú statinokat alkalmaztak a kollégák, és csak mérsékelten vált gyakoribbá a nagyobb dózis vagy

5. ÁBRA: A HÁZIORVOSOK ÁLTAL KEZELT NAGY CV RIZIKÓJÚ BETEGEK CÉLÉRTÉK ELÉRÉSÉNEK VÁLTOZÁSA AZ ÉVEK SORÁN



kombináció választása a súlyosabb csoportban.

Ebben a vizsgálatban is igazolódott, hogy a diabéteszes diszlipidémia fő jellemzője az enyhén emelkedett LDL-C, ahol a keringő LDL-C részecskék többsége azonban igen atherogén kicsi-sűrű LDL-partikulum (erre utalhatna a meg-növekedett partikulumszám, az emelkedett apoB-szint, illetve a korábban említett A-C), a már éhomi állapotban is emelkedett TG-szint és az alacsonyabb HDL-C (6). Az utóbbi évek vizsgálatai azt is megmutatták, hogy az LDL-C-hez hasonlóan a HDL-C-nél is fontos lehet a mennyiség mellett a minőség, a funkcionalitás. A HDL-C-szint meghatározása nem ad információt az anti-atherogén feladatokat ellátni nem tudó HDL-C részecskék arányáról (7).

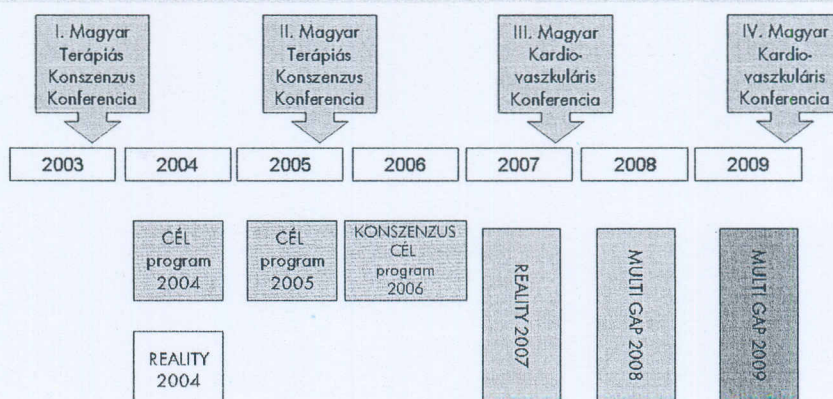
Az ajánlásokat átfutó nagy intervenciós vizsgálatok, mint a TNT, PROVE-IT eredményeinek alcsoport elemzése megmutatta, hogy az 1,8 mmol/l alatti LDL-C-szint mellett 0,9 mmol/l alatti HDL-C és/vagy 1,7 mmol/l feletti éhomi trigli-

ceridszint jelentős reziduális kardiovaszkuláris rizikót jelentenek (8). Jelen felmérésünk arra is felhívja a figyelmet, hogy az egyre javuló LDL-C-értékek mellett jobban kellene törekedni az atherogén diszlipidémia globális kezelésére.

ÖSSZEGZÉS

A szakadék egyelőre még létezik az ajánlások és a mindennapi terápiás gyakorlat között. Ezen szakadék megszüntetése vagy fennmaradása sok tényező függvénye. Betegnek, szakorvosnak, háziorvosnak egyaránt megvan a maga felelőssége. Az orvosok feladata, hogy a rendelkezésre álló adatok elemzésével és azok közzétételével rámutassanak arra, hogy miként javíthatók a magyar kardiovaszkuláris morbiditási és mortalitási mutatók. A lipidterápiás célok jól ismertek az LDL-C, a HDL-C, a triglicerid és az atherogén koleszterin vonatkozásában. A hatásos lipidcsökkentő gyógyszerek és a helyes életmódi utasítások, mint eszközök szintén adóttak. Ezeket

6. ÁBRA: A KONSZENZUS KONFERENCIÁK ÉS A KORÁBBI VIZSGÁLATOK IDŐRENDJE



nekünk, orvosoknak megfelelően kell alkalmaznunk, a betegeket meg kell győzni a szükségességükről. A terápiás

célok elérésének bizonyításához és a betegek együttműködésének fenntartásához rendszeresen ellenőrizni kell a terá-

pia eredményességét. A szakadékokat egy ideig lehet nézegetni, elemezni, de a legjobb azokat betemetni, áthidalni.

IRODALOM

1. Szollár L, Pados Gy. Összefoglalás a IV. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia ajánlásairól. *Metabolizmus* 2010; 1: 4–7.
2. Reiber I, Paragh Gy. Hol járunk a lipid-célértékek elérésében – A Magyar MULTI GAP. *Metabolizmus* 2009; 2: 60–66.
3. Zámolyi K, Reiber I, Kalina Á. A lipidterápia valósága – REALITY 2004 versus 2007. *Cardiologica Hungarica* 2008; 38: 241–43.
4. Paragh Gy, Márk L, Karádi I, et al. Nagy kardiovaszkuláris kockázatú betegek lipidszint-csökkentő kezelésének változása 2004 és 2008 között Magyarországon. *Cardiologica Hungarica* 2009; 39: 62–67.
5. Nagy L. Az első magyar compliance-perzisztencia vizsgálat eredményei a lipidszint csökkentők terén. Debreceni Kardiológiai Napok 2010 (előadás).
6. Rosenson RS, Davidson MH, Pourfarzib R. Underappreciated opportunities for low-density lipoprotein management in patients with cardiometabolic residual risk. *Atherosclerosis* (2010), doi: atherosclerosis.2010.03.038
7. Rosenson RS. Management of non-high-density lipoprotein abnormalities. *Atherosclerosis* (2009), doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2009.05.
8. Pados Gy. Reziduális rizikó, a triglicerid és a HDL-koleszterin. *Metabolizmus* 2010; 2: 66–71.

Betegoktatók Első Országos Versenye és Konferenciája
Budapest, 2010. november 5–6.

FELHÍVÁS

Tisztelt Kolléga, Kedves Olvasó!

A magyar és az európai orvosok jó része úgy véli, a növekvő szakmai követelmények és az egészségügyi ellátás új feladatai nyomán változnia kell a betegek képzésének is. A mai gazdasági helyzetben a leginkább költséghatékony területnek a betegoktatás korszerűsítése tekinthető. Mivel a páciens nem rutinos hallgató és tanuló, ezért a közléseknek – mind a szóbeli, mind a képi és írott anyagoknak – hiteleseknek és hihetőeknek, figyelemfelkeltőnek és megjegyezhetőnek kell lenniük.

Az orvos csapatmunka keretében pszichológussal, dietetikussal, mozgás-, fiziko- és ergoterapeutával, szociális munkással és az ápoló személyzettel karöltve próbálja lépésről lépésre befolyásolni a beteg egészségügyi ismereteit, hozzáállását, meggyőződését, magatartását és életstílusát.

E nélkülözhetetlen tevékenység társadalmi és szakmai presztízse egyelőre alacsony, ezért a Szervező Bizottság célja a betegoktatás hazai előmozdítása és korszerűsítése. Ezért megrendezzük

2010. november 5-én pénteken

Budapesten a Betegoktatók I. Országos Versenyét, majd 6.-án az ezt követő tudományos konferenciát. Bízunk benne, hogy a gyógyítás minden területéről érkeznek versenyzők. A szakmai zsűri mellett a közönség soraiban helyet foglal majd ötven kórházi beteg is befogadóként és bírálólként egyaránt. Ők egy 100 ezer forintos közönségdíj elnyerőjére is szavazni fognak. A téma fontosságára való tekintettel a legjobb 15 perces előadást

500.000 Ft-os

első díjjal jutalmazzuk. Várjuk a versenyre orvosok és egészségügyi szakdolgozók (gyógytornász, dietetikus, ergoterapeuta, szociális munkás, szakaszisztensek, pszichológusok) jelentkezését. A nem szakmai közönségnek, hanem betegekhez szóló verseny-előadások maximálisan 15 perc időtartamúak, és csak verbálisak lehetnek, audiovizuális demonstrációjukhoz minden szükséges eszközt biztosítunk.

Az országos döntőbe 16 versenyző kerül, a döntőt Budapesten a Testnevelési Egyetem konferencia termében bonyolítjuk le. A regionális selejtezők rendjét és helyszínét a nevezők számától függően a későbbiekben határozzuk meg a pályázó személyes kiértékelésében.

A selejtezőkben és a döntőben a versenyzőknek ugyanazzal az anyaggal kell szerepelniük.

A döntő zsűrijének tagjai: Dr. Szollár Lajos a SOTE Kórélettani Intézetének Professzora (zsűrielnök), Dr. Vekerdy Zsuzsa a DOTE Rehabilitációs Tanszékének Professzora, Zana Sándorné menedzser, Dr. Dénes Zoltán az Országos Rehabilitációs Intézet Orvosigazgatója, Dr. Tahy Ádám a Budapesti Szent Ferenc Kórház Alapítványa Kuratóriuma elnöke, Dr. Trombitás Zoltán a budapesti Szent ferenc Kórház Főigazgatója és Dr. Vándorfi Győző a Veszprémi Diabetológiai Gondozó Főorvosa

A Szervező Bizottság nevében:

Dr. Gödölle Zoltán

főorvos

Kardiológiai Gondozó, Tata

Dr. Tahy Ádám Ph.D

Budapesti Szent Ferenc Kórház

Alapítványa

Dr. Andrassy Gábor Ph.D

orvosigazgató

Budapesti Szent Ferenc Kórház

Jelentkezés:

Telefonon: Nagy Gabriella 1 3-928-244 **E-mailben:** andrassy@szentferenckorhaz.hu

Levélben: Dr. Andrassy Gábor Budapesti Szent Ferenc Kórház, 1021 Budapest Széher u. 73.