

Magyarországi magasvérnyomás-vizsgálat – EMMA

A magas vérnyomás kezelését szolgáló gyógyszerekkel kapcsolatos vélemények, attitűdök

Nagy Viktor, Horváth Attila, Molnár Katalin, Blaskó György,
de Châtel Rudolf az EMMA vizsgálócsoport nevében

BEVEZETÉS – Az iparilag fejlett országokban az ischaemiás szívbetegség és a stroke gyorsan növekvő incidenciát mutat, és vezetnek a halálzási statisztikák. A hypertonia mindkét betegség legfőbb rizikótényezője. A Magyar Hipertónia Társaság támogatásával 2001. október-december között közvélemény-kutatást végeztünk a magyar felnőtt lakosság körében a hypertoniával, a hypertonia kezelését szolgáló gyógyszerekkel, a gyógyszereszedési szokásokkal kapcsolatban. A 35 év feletti lakosság körében felmértük a hypertonia prevalenciáját.

VIZSGÁLT SZEMÉLYEK ÉS MÓDSZEREK – Az Omnibusz vizsgálat havi rendszerességgel, 5000 fő megkeresésével, standard kérdőívekkel, a kérdészetek lakásán felvett interjúkkal történt.

EREDMÉNYEK – A 35 év feletti populáció 39%-ánál állapította meg már korábban az orvos, hogy (tartósan) magas a vérnyomásuk (n=1360). E korcsoport gyógyszerválasztásában a hatékonyság mellett a mellékhatás-mentesség a legfontosabb gyógyszerjellemző.

A jelen kutatási eredmények szerint, az orvosok összességében a rendszeres vérnyomásmérést, illetve a szűrővizsgálatokat ítélik legfontosabbnak a magasvérnyomás-betegnél.

KÖVETKEZTETÉS – Az EMMA vizsgálat alapján körvonalazódott, hogy milyen feltételeknek kell teljesülnie ahhoz, hogy a betegek ne hanyagolják el a vérnyomáscsökkentők szedését. Meghatározhatóak annak a gyógyszernek a tulajdonságai, amelyet a beteg leginkább elfogad, amelyhez leginkább hűség.

**hypertonia, compliance,
gyógyszereszedési attitűd, terápiahűség, EMMA**

HUNGARIAN HYPERTENSION STUDY – EMMA ATTITUDES, OPINIONS ON DRUGS OF HYPERTENSION TREATMENT

INTRODUCTION – Ischaemic heart disease and stroke show rapidly increasing incidence and lead mortality statistics in developed countries. Hypertension is the main risk factor for both diseases. With the support of Hungarian Society of Hypertension we performed a public opinion survey on hypertension and on the medicines of its treatment among Hungarian adults between October and December 2001.

SUBJECTS AND METHODS – The Omnibus investigation using standardised questionnaires was carried out by monthly home interviews of 5000 participants.

RESULTS – One aim of the study was to determine the prevalence of hypertension and the usage of drugs in the population over 35 years. Persistent high blood pressure had been diagnosed in 39% of these population (n=1360). When choosing drugs the lack of side effects is the most important characteristic beside efficacy in this age group. As the study results show, physicians consider regular blood pressure control and screening programs as most important factors for patients with hypertension.

CONCLUSION – The results of EMMA study revealed habits and attitudes of regular drug intake. Results also outline the characteristics of the desirable drug that are best accepted by patients - drugs, which patients are faithful to.

**hypertension, compliance,
drug intake attitude, persistence, EMMA**

dr. Nagy Viktor (levelező szerző/correspondent): Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Belgyógyászati Klinika/Semmelweis University, Faculty of Medicine, 2nd Department of Internal Medicine, H-1088 Budapest, Szentkirályi u. 46.;

dr. Horváth Attila, dr. Blaskó György: Sanofi-Synthelabo Rt./Sanofi-Synthelabo Co. Ltd.;

dr. Molnár Katalin: Gulden Communications; dr. de Châtel Rudolf: Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. Belgyógyászati Klinika/Semmelweis University, Faculty of Medicine, 1st Department of Internal Medicine

Érkezett: 2002. december 17. Elfogadva: 2003. január 15.

LAM Tudományos tallózó

Indokolatlan antibiotikum-kezelés akut légúti fertőzésekben
Clin Infect Dis 2001;33(6):757-62.

Több vizsgálat eredménye arra utal, hogy Európában a különböző légúti fertőzésekben túlzott antibiotikum-használat jellemző. Ebben a közleményben Észak-Amerikából közölnek hasonló adatokat.

A szerzők meghatározták az antibiotikum-kezelésre szoruló légúti fertőzéseket, majd összehasonlították azokat az otitis media, sinusitis, pharyngitis és bronchitis miatti antibiotikum-rendelésekkel. Az antibiotikum-rendelések számát összehasonlították a bizonyítható bakteriális fertőzéseknek a korábbi kutatások alapján becsült számával.

A vizsgálat megdöbbentő eredményt hozott. A pharyngitisben és bronchitisben szenvedő betegek több mint 50%-ának rendeltek antibiotikumot, holott a pharyngitiseknek 25%-a, a bronchitiseknek pedig csupán 10%-a háttérben állt jelentős bakteriális infekció. Az antibiotikumok túlzott használata az egészségügy forrásainak pazarlását, az antibiotikumokkal szemben rezisztens mikroorganizmusok rezisztenciájának növekvő prevalenciáját okozza. A vizsgálat szerint az antibiotikumok túlzott mértékű rendelése állandósult probléma.

A nappali álmoság kezelése obstruktív alvási apnoe esetén
Am J Respir Crit Care Med 2001;164(9):1675-81.

A multicentrikus vizsgálatba azokat az obstruktív alvási apnoében szenvedő betegeket vonták be, akik a folyamatos pozitív légúti nyomással (CPAP) végzett kezelés ellenére is tartós nappali álmoságról panaszkodtak. A betegek négy hétig véletlen besorolással modafinilt vagy placebót kaptak.

A modafinilt szedőknél szignifikánsan javult az ESS (Epworth Sleepiness Scores), miközben az alvásvizsgálat – köztük az apnoeindex – eredményei nem változtak.

Az eredmények szerint, ha a CPAP-kezelés kimutathatóan javította a légzési zavart, a megfelelően együttműködő, de tartósan álmos betegek esetében szóba jön a modafinil alkalmazása.

Az alkoholfogyasztás és a dementia kockázata: a Rotterdam vizsgálat

Lancet 2002;359(9303):281-6.

Kis vagy közepes mennyiségű alkohol fogyasztása esetén úgy tűnik, hogy csökken a coronariabetegség és a stroke kockázata. Mivel a vascularis betegség összefüggésben áll a kognitív károsodással és a demenciával, a szerzők azt vizsgálták, hogy a kismértékű alkoholfogyasztás mérsékli-e a dementia kockázatát. A szigorú és jól tervezett vizsgálatot nyolcezer, 55 évesnél idősebb, nem demens személy közül beválogatott közel 5400 főnél kezdték el, 1990–1993 között. A résztvevők étellekről és italokról ellenőrző listát kaptak, s diétetikus készített interjúkat velük. Részletesen felmérték alkoholfogyasztási szokásaikat, s azok esetleges változását az utolsó öt évben. Vizsgálták a dementia fokát a vizsgálat kezdetekor, majd a követés során 1993–1994-ben és 1997–1999-ben. A követési arány 99,7%-os volt. A demenziaszűrés során pozitív eredményt adó vizsgálati alanyokat neurológiai, neuropszichológiai vizsgálatoknak vetették alá.

A szerzők által figyelembe vett potenciális zavaró tényezők: életkor, nem, diabetes mellitus, szisztolés vérnyomás, képzettség, dohányzás, testtömegindex, az apolipoprotein E genotípusa.

Az elemzések eredményeként azt állapították meg, hogy a kevés vagy közepes mennyiségű (napi 1–3 italadag) alkoholt fogyasztók csoportjában a dementia kockázata kisebb volt az absztinens csoporténál; az összefüggés a férfiak esetében volt a legerősebb. A nagy mennyiségű alkohol fogyasztása (több

mint 4 italadag naponta) nem állt összefüggésben a dementia gyakoribb előfordulásával.

Az anorexia nervosa kezelésének veszélye: a visszahízási szindróma

Am J Gastroenterol 2002;97(2):255-69.

A szignifikáns morbiditással és mortalitással járó anorexia nervosa becslések szerint a harmadik leggyakoribb krónikus megbetegedés a 15–19 éves lányok körében; a nyugati államokban a fiatal nők körülbelül 0,5%-át érinti. Ez az összetett betegség a gasztroenterológusok látóterébe a betegek táplálkozási tünetei miatt kerül. A szerzők az anorexia nervosa klinikai képét és a kezelési lehetőségeket összegzik. A laborvizsgálatoknál többszörös endokrin működészavarra derül fény. Jelenlétűs cardiovascularis kihatás a cardiomyopathia. A hányás hátterében az arteria mesenterica superior szindróma állhat. Komputertomográfiai vizsgálattal agyi atrophia mutatható ki, ez súlygyarapodás esetén javulhat. Az osteopenia, osteoporosis a csökkent testtömeggel, a szérumban alacsony ösztrogén- és magas kortizolszintjével, a csökkent kalciumfelszívódással és a szérumban az inzulinszerű növekedési faktor-1 csökkent szintjével hozható kapcsolatba. Az elvárható testsúlynál 25–30%-kal is kisebb súlyú betegek esetén gyakran jól tervezett kórházi kezelési program szükséges. A túl gyors feltáplálás veszélyei közé tartozik a foszfátdepletio, ami jelentős sejtműködési zavarokhoz vezet; arhythmia és szívelégtelenséget válthat ki. Emellett neuromuscularis, hematológiai, máj- és légzési szövődeményeket okozhat – ez a visszahízási szindróma. Az optimális kezeléshez multidiszciplináris megközelítés, belgyógyászok és pszichiáterek szoros együttműködése szükséges.

A gastrooesophagealis reflux betegség a gége- és garatrák kialakulásának egyik rizikófaktora

Am J Gastroenterol 2001;96(7):2013-8.

A közleményben egy nagy esetszámú, retrospektív eset-kontrollos vizsgálatról számolnak be, amelyben az Egyesült Államokban 1991–1997 között gége- vagy garatrák miatt kórházba került összes leszerelt katona szerepelt a Veteran Hospital centralizált nyilvántartása alapján, valamint a járóbeteg-nyilvántartásokból az összes, 1999-ben diagnosztizált eset. Azonos forrásból véletlen válogatással egy vizsgált beteghez négy beteget vettek a kontrollcsoportba. 1991–1997 között 8228 gégerákos és 1912 garatrákos beteg került kórházba, ez 39 912 fős, illetve 7648 fős kontrollcsoportot eredményezett. A járó betegek száma 9292 volt a gége- és 2769 a garatrákos csoportban, 37 168 fős, illetve 11 076 fős kontrollcsoporttal.

Az anamnéziseket a gastrooesophagealis refluxsal kapcsolatos betegségek és egyéb rizikófaktorok szempontjából nézték át. A csoportokat összehasonlítva kiszámolták, hogy a gégerákban szenvedők között 3,44-szor nagyobb volt a gastrooesophagealis reflux betegség előfordulásának valószínűsége, garatrák esetén ez az érték 1,66 volt. A gastrooesophagealis reflux betegséggel való kapcsolat olyan mértékű volt, hogy a számítások szerint a gégerák miatt kórházba került veteránok száma elméletileg 5%-kal és a járó betegek száma 14%-kal csökkent volna, ha gastrooesophagealis reflux betegség nem fordult volna elő közöttük. Garatrák esetén ez az érték 5%, illetve 10% volt. A gastrooesophagealis reflux betegség biológiai elfogadható kockázati tényező ezeknél a daganatoknál, és korábbi vizsgálatokban felvetettek ilyen kapcsolatot. Ez a nagy esetszámú vizsgálat kimutatta, hogy a gastrooesophagealis reflux betegség független rizikófaktor az amerikai veteránok között; a kockázat mértéke azonban aránylag kicsi.

Az ischaemiás szívbetegség és a stroke a legtöbb iparilag fejlett országban a XX. század elejétől gyorsan növekvő incidenciát mutatott és most is vezeti a halálozási statisztikát (1). A hypertonia mindkét betegség vezető rizikótényezője (2). Vizsgálattal jól alátámasztott az a tény, hogy a magas vérnyomás csökkentése – legyen az nem gyógyszeres kezelés vagy bármilyen antihipertenzív gyógyszer alkalmazása – mérsékli a cardiovascularis morbiditást és mortalitást (3, 4).

Egy populáció vérnyomása közismerten a normális eloszlást követi, vagyis harang formájú görbe mentén oszlik el, amelynek szárai hozzátétőleg szimmetrikusak (5). Ezen a görbén a hosszú évek, évtizedek mortalitás-morbiditás adatai alapján kiválasztottak egy pontot, és akinek a vérnyomása a ponttól balra került, azt normális vérnyomásúnak, akinek pedig jobbra esett, azt magas vérnyomásban szenvedő betegnek tekintik. A konszenzuson alapuló választóvonal azonban fokozatosan balra, tehát az alacsonyabb vérnyomás irányába csúszik; ez viszont a társadalomra egyre nagyobb anyagi terhet ró. Nemzetközi adatok szerint a vérnyomáscsökkentő kezelésre fordított hatalmas összeg ellenére a legfejlettebb és leggazdagabb egészségüggyel rendelkező országokban a kezelt hypertoniás populáció kevesebb mint 30%-ának kerül a vérnyomása az elérni kívánt 140/90 Hgmm érték alá (6, 7).

Az optimális vérnyomáscsökkenés elmaradása nyilvánvalóan három okra vezethető vissza: hiányos az orvosi tevékenység, kevés az ideálisnak tekinthető vérnyomáscsökkentő gyógyszer, rossz a betegek gyógyszereszedési fegyelme (compliance-a). Az orvosi tevékenység szakmai színvonalának növelése a graduális és posztgraduális képzéssel, korszerű irányelvek kiadásával és megfelelő anyagi megbecsüléssel érhető el (8, 9). Az ideális vérnyomáscsökkentő gyógyszereszedési ismerveit általánosan ismertek: hatékony vérnyomáscsökkentés naponta egyszer bevett tablettával, mellékhatások nélkül, miközben csökken a hypertoniával kapcsolatos morbiditás és mortalitás. Nagyon fontos a betegek együttműködési készségének pontos ismerete; az igazi kérdés tehát az, hogyan vehető rá a beteg a kezelés megkezdésére, s mitől függ a terápiahűség, vagyis a megkezdett kezelés melletti kitartás.

A Magyar Hipertónia Társaság támogatásával, a Szonda Ipsos Média-, Vélemény- és Piackutató Intézet és a Gulden Communications közreműködésével, a Sanofi-Synthelabo Gyógyszergyár szponzorálásával 2001. október-december között közvélemény-kutatást végeztünk a magyar felnőtt lakosság körében a hypertoniával, illetve a hypertonia kezelését szolgáló gyógyszerekkel kapcsolatosan. A felmérés a 35 éven felüli hypertoniás populáció gyógyszereszedési szokásairól, ezzel kapcsolatos attitűdjeiről volt hivatott információkat gyűjteni, de emellett adatot szolgáltatott a 35 éven felüli lakosság körében a hypertonia gyakoriságát illetően is. A kutatás a Magyarországi magasvérnyomás-vizsgálat – EMMA – nevet kapta. Az elsődleges célkitűzések a következők voltak:

– felmérni az ismert és igazolt hypertonia magyarországi előfordulási gyakoriságát a 35 év feletti populációban;

– felderíteni, hogy milyen tényezők hatnak a rendszeres gyógyszereszedés ellen;

– felderíteni, hogy milyen tényezők tudják elsősorban motiválni a rendszeres gyógyszereszedést;

– vizsgálni a gyógyszereszedés egyéb jellemzőit (gyógyszerváltás, mellékhatás stb.);

– vizsgálni a gyógyszereszedés mellett nagy jelentőségű életmódtényezőket.

Hogyan vehető rá a beteg a kezelés megkezdésére, s mitől függ a terápiahűség, vagyis a megkezdett kezelés melletti kitartás?

Vizsgált személyek és módszerek

Mintaválasztás és mintahiba

A Szonda Ipsos havi rendszerességgel induló Omnibusz vizsgálatainak részeként 5000 fő megkeresésével zajlott a kutatás 2001. október-december között. Az Omnibusz lakossági minták koncentrált, területileg reprezentatív, kétlépcsős, arányosan rétegzett valószínűségi kiválasztási eljárással készülnek. A kérdezettek nem, életkor és iskolai végzettség szerinti összetétele, valamint lakóhely szerinti megoszlása megbízhatóan reprezentálja a felnőtt magyar népesség hasonló ismérvek szerinti összetételét.

A vizsgálat standard kérdőívvel, a kérdezettek lakásán felvett interjúkkal készült. Az interjúk minden téma esetében két részből álltak. A nyitott kérdésekkel a válaszadók spontán véleményét mértük fel, amelyet később kategorizáltunk; az irányított kérdések esetében előre kódolt válaszok segítségével vizsgáltuk a paraméter statisztikai jellemzőit.

Az adott mintanagyság mellett a vizsgálat során nyert adatokról 95 százalékos biztonsággal állítható, hogy legfeljebb ± 3 százalékponttal térnek el attól, amit az összes magyarországi magas vérnyomásban szenvedő, felnőtt lakos felkeresésével kaptunk volna. Ez a mintahiba azonban meghaladhatja a ± 3 százalékpontot akkor, ha egy megoszlást nem a kérdezettek összességére, hanem annak kisebb alcsoportjára (például a gyógyszereszedőkre) adjuk meg. A kutatási jelentés a 35 éven felüli hypertoniások válaszait tartalmazza.

Eredmények

A minta összetétele

A megkérdezett 5000 fő 70%-a volt 35 év feletti. A 35 év felettek 39%-áról ($n=1360$) már állapította meg orvos, hogy tartósan magas a vérnyomása. A megkérdezetteknek csupán 2%-a nem tudott vérnyomását illetően válaszolni a kérdésre.

A hypertoniás betegek társadalmi-demográfiai jellemzői

A 35 év feletti lakosság egészének adataival összevetve megállapítható, hogy a megkérdezett 35 év feletti hypertoniások körében több volt a nő, az idősebb – elsősorban 55 éves kor feletti – egyén (a hypertonia gyakorisága az életkor függvényében nőtt), az alacsonyabb iskolázottságú (8 általánost vagy kevesebb osztályt végzett), a rossz anyagi helyzetű és értelemszerűen a nyugdíjas (ezen belül inkább a rokkantnyugdíjasok). A lakóhely településtípusa, valamint az egyes magyarországi régiók között számottevő eltérést nem találtunk (1. táblázat).

Gyógyszerszedés és -elhagyás

A vizsgálatban részt vevő hypertoniások 96%-ának már írt fel orvosa vérnyomáscsökkentő gyógyszert. A betegek egytizedének – az orvosi utasításnak megfelelően – csak meghatározott ideig volt szüksége a gyógyszer szedésére. Az interjúk során azt vizsgáltuk, hogy a betegek egy idő után miért hagyják abba maguktól a gyógyszer szedését, illetve azt, hogy esetenként miért nem kezdik el szedni a gyógyszert.

Spontán válaszok (n=104): A hypertonia kezelésére szolgáló gyógyszerek idő előtti elhagyásának legfőbb oka az, hogy megszűntek a panaszok, vagy eleve nem is

1. TÁBLÁZAT

A minta összetétele					
A válaszadók csoportosítása	35 év feletti lakosság (%)	35 év feletti magas-vérnyomás-betegek (%)	A válaszadók csoportosítása	35 év feletti lakosság (%)	35 év feletti magas-vérnyomás-betegek (%)
<i>A kérdezett neme szerint</i>			<i>Kereskedelem</i>		
Férfi	43	35	Szolgáltatás	10	11
Nő	57	65	egészségügy	8	7
<i>Életkor szerint</i>			Kultúra, oktatás, közigazgatás, közszolgáltatás	6	6
35–45 éves	22	10	Nem derül ki	16	16
46–55 éves	23	19	<i>Településtípus szerint</i>		
56–65 éves	24	28	Budapest	19	16
65 év felett	31	43	Megyeszékhely	17	18
<i>Iskolai végzettség szerint</i>			Város	28	29
8 általánost sem végzte el	15	20	Község	36	37
8 általános	26	31	<i>Régió szerint</i>		
Szaktanulmányok végző	23	21	Budapest, Pest megye	28	26
Középiskola	24	20	Közép-Dunántúl	11	10
Főiskola, egyetem	12	8	Nyugat-Dunántúl	9	9
<i>Gazdasági aktivitás szerint I.</i>			Dél-Dunántúl	10	10
Dolgozik	31	15	Észak-Magyarország	11	12
Nyugdíjas, rokkantnyugdíjas	61	79	Észak-Alföld	15	16
Munkanélküli	4	3	Dél-Alföld	16	17
Egyéb inaktív	4	3	<i>Az egy főre jutó jövedelem szerint</i>		
<i>Gazdasági aktivitás szerint II.</i>			20 000 Ft-ig	17	15
Aktív kereső*	33	17	20 001–30 000 Ft	16	16
Ipari, építőipari nyugdíjas**	17	21	30 000 Ft felett	25	26
Mezőgazdasági nyugdíjas***	8	11	Nem mondja meg	42	43
Egyéb (nem rokkant) nyugdíjas	23	31	<i>Anyagi helyzet szerint****</i>		
Rokkantnyugdíjas	12	15	Rossz	34	42
Munkanélküli, egyéb inaktív	7	6	Átlagos	27	26
<i>A (volt) munkahely ágazati besorolása szerint****</i>			Jó	36	29
Ipar, építőipar	34	32	Nem derül ki	3	3
Mezőgazdaság, erdőgazdálkodás	13	15	<i>Az egy főre jutó jövedelem szerint</i>		
Szállítás, hírközlés, vízgazdálkodás	8	7	20 000 Ft-ig	17	15
<p>* Az aktív keresők csoportjába azokat a pénzkereső tevékenységet folytatókat is beleértjük, akik egyébként hivatalosan inaktív státuszban vannak. ** Nyugdíjazásuk előtt az iparban, építőiparban dolgoztak. *** Nyugdíjazásuk előtt a mezőgazdaság területén dolgoztak. **** A jelenlegi vagy a múltbeli munkahely besorolása. ***** A kérdőívben összesen 17 tartós fogyasztási cikk meglétére/hiányára, valamint a háztartás nettó összjövedelmére kérdeztünk rá. A háztartásban élők számából és a havi nettó háztartási jövedelemből kiszámítható a havi egy főre jutó jövedelem. A tartós fogyasztási cikkek számának, illetve az egy főre jutó jövedelem mértékének figyelembevételével minden válaszadónál úgynevezett anyagi helyzet-mutatót kalkuláltunk.</p>					

volt panasz és ezért a beteg úgy érzi, már nincs szüksége a gyógyszer szedésére, esetleg éppen ezért el sem kezdi szedni azt (32%). A gyógyszer elhagyásában még gyakrabban szerepet játszott a gyógyszer magas ára (10%), a fellépő mellékhatások (például gyomorfájás, fejfájás: 10%), valamint az, hogy nem enyhültek a panaszok (9%).

Irányított válaszok (n=96): A gyógyszert elhagyó betegek 63%-ánál a panaszok enyhülése határozta meg a gyógyszer elhagyását. A panaszok, tünetek teljes hiányát 39%-uk, a gyógyszerellenességet 38%-uk, a gyógyszer magas árát 29%-uk említette (1. ábra).

A gyógyszerek szedését (a kis esetszám miatti torzulás jelen esetben számottevő lehet!) a panaszok enyhülését látva a nők közel háromnegyede, a férfiaknak valamivel több mint fele hagyja abba. A nemek között egyéb eltérést nem észleltünk.

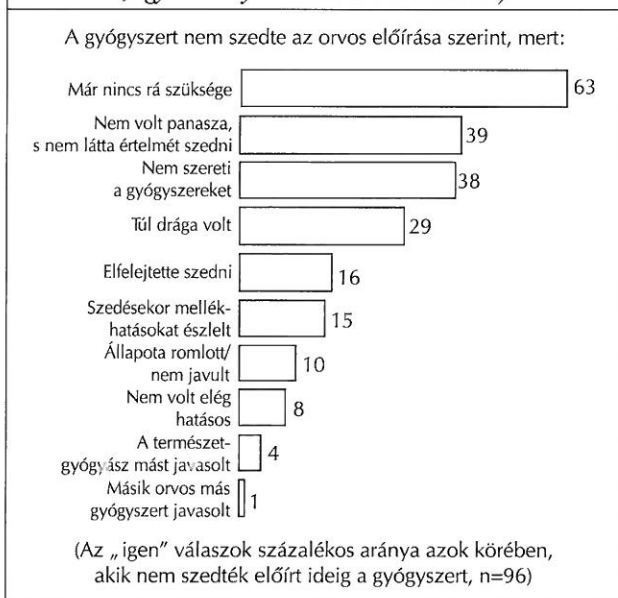
Életkor szerint már markánsabb különbségeket figyelhetünk meg. A vizsgálatunkban szereplő legfiatalabb korcsoportnál (35–45 év közöttiek) a gyógyszerelhagyás okai között az átlagosnál magasabb arányban jelenik meg a panaszok teljes hiánya (nincs tünet, így nem látják értelmét a gyógyszereszedésnek), a gyógyszer magas ára, a természetgyógyászok alternatív terápiai javaslata, valamint az, hogy nem szeretik a gyógyszereket.

A 46–55 év közöttiek jellemzőbben más ok miatt hagyták abba a gyógyszereszedést: náluk már inkább vannak panaszok, ám a panaszok enyhülésével nem látják szükségesnek a gyógyszereszedést.

A legidősebb korosztály tagjai körében az átlaghoz képest kétszer annyian felejtik el beszédni a gyógyszert, mint a 35 év feletti lakosság körében általában, náluk tehát a feledékenység jellemzőbb oka a gyógyszer nem szedésének, mint másoknál.

1. ÁBRA

Az elrendelt gyógyszer elhagyásának okai (irányított válaszok, egy személy több választ is adhatott)



A feledékenység miatti gyógyszerelhagyás az alacsonyabb iskolázottságúak körében szintén nagyobb szerepet játszik az átlagosnál. Náluk ezenkívül a szedés-kor jelentkező mellékhatások is sűrűbben vezetnek a terápia elhagyásához. A középfokú végzettségűek jellemzőbben hagyják el a gyógyszert azért, mert egyáltalán nincsen panaszuk, fájdalmuk, így nem látják értelmét a rendszeres gyógyszereszedésnek. A tünetmentesség a diplomásoknál is az átlagosnál magasabb arányban eredményezi a gyógyszereszedés abbahagyását; náluk ugyanakkor más okok is gyakrabban érvényesülnek: például az, hogy a szedett gyógyszer nem elég hatásos, valamint a gyógyszer szedésekor észlelt mellékhatások. A gazdaságilag inaktív válaszadóknál, valamint a kis jövedelműeknél gyakoribb a gyógyszer elhagyása annak magas ára miatt.

A lakóhely településtípusa szerint a Budapesten élő megkérdezettek körében több indok is az átlagosnál gyakrabban bukkant fel: a gyógyszer szedését körükben jellemzőbben hagyták abba azért, mert a gyógyszer nem volt hatásos; azért, mert egyáltalán nem volt panaszuk; valamint azért, mert nem szeretik a gyógyszereket. Szembetűnő különbség, hogy a községekben lakók átlagost jóval meghaladó hányada (42%-a) hagyott fel a gyógyszereszedéssel a gyógyszer magas ára miatt, míg a fővárosiak körében ugyanez az arány csak 14% (az átlag 29%). Az adatok tanúsága szerint a települési struktúrában a kisebb települések felé haladva a betegek egyre nagyobb hányadának okoz gondot a gyógyszer magas ára. A regionális eltérések elemzését a válaszadók rendkívül alacsony száma nem teszi lehetővé.

Gyógyszerváltás

A kutatási eredmények szerint a többség eddig csak egyfajta gyógyszert alkalmazott, a gyógyszerváltás a gyógyszert szedők (n=1299) 34%-ánál (n=433) fordult elő. Utóbbiak 18%-a többszöri gyógyszerváltásról is beszámolt (2. ábra).

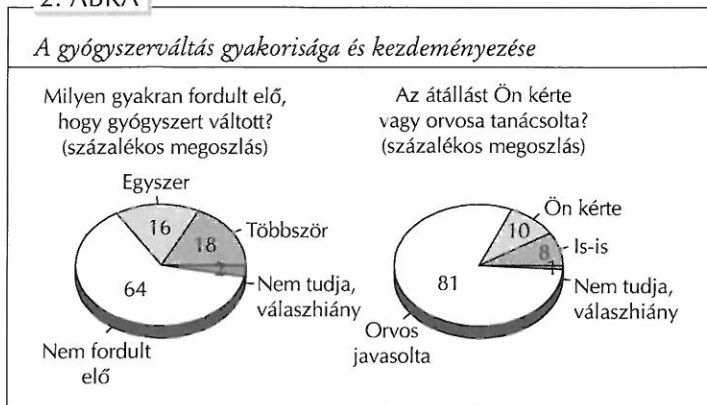
Gyógyszert 81%-ban orvosi javaslatra váltottak. A férfiak 70%-a és a legfiatalabb korosztály (35–45 évesek) 77%-a kitartott a kezdeti terápia mellett. A Budapesten és a megyeszékhelyeken (főként a Nyugat-Dunántúlon) élő hypertóniások körében az átlagosnál gyakrabban fordult elő gyógyszerváltás, ennek főbb okai a következők voltak:

Spontán válaszok: A gyógyszerváltást 38%-ban „hatástalanság” (nem változtak/enyhültek a panaszok), 21%-ban kedvezőtlen mellékhatások fellépése motiválta. Bármely egyéb ok sokkal kisebb gyakorisággal (1–8%) jelent meg.

Irányított válaszok (3. ábra): A válaszadók 65%-ának véleménye szerint a gyógyszerváltásban döntő szerepet az játszott, hogy az addig szedett gyógyszer nem volt elég hatékony, 37%-uknál pedig súlyosbodtak a meglevő panaszok, ami szintén hatástalanságra utalhat. Egyértelműen mellékhatást észlelt 32%-uk. A betegek 27%-ának másik orvos javasolt másik gyógyszert (első-sorban Budapesten), 16%-ukat pedig új gyógyszer

2. ÁBRA

A gyógyszerváltás gyakorisága és kezdeményezése



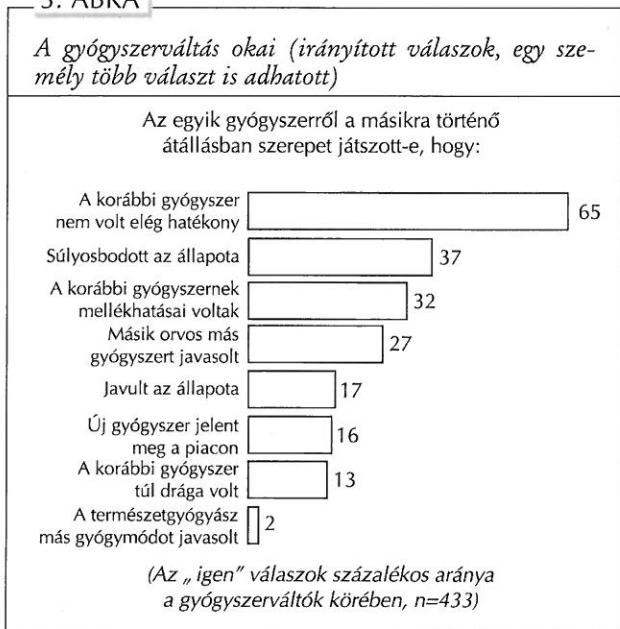
megjelenése inspirálta a gyógyszerváltásra (egészségügyben dolgozók: 26%, dél-dunántúli betegek: 29%). 13%-uknál vezetett más gyógyszerre való átálláshoz az, hogy a korábban alkalmazott szer túlzottan drága volt, s a beteg nem tudta megfizetni.

A betegek terápiás együttműködése: az orvosi javaslatok betartása

A gyógyszert szedő betegek 76%-a – saját bevallásuk szerint – mindig az orvosi előírásoknak megfelelően alkalmazta az előírt vérnyomáscsökkentőt, azonban 14%-uk ritkán, 7%-uk gyakran eltért attól. A gyógyszer-szedéssel kapcsolatos orvosi utasításokat a nők 79%-a, a férfiak 73%-a pontosan betartja. Életkor szerinti bontásban (4. ábra) megállapítható, hogy a fiatalabbak tartják be kevésbé az orvosi utasításokat. A fentiekből értelemszerűen adódik, hogy a – többek között az idősebb betegeket is tömörítő – nyugdíjas és gazdaságilag inaktív betegcsoport az átlagosnál megbízhatóbban alkalmazza gyógyszerét, míg a gazdaságilag ak-

3. ÁBRA

A gyógyszerváltás okai (irányított válaszok, egy személy több választ is adhatott)



tív réteg (a fiatalok és a középkorúak) összességében véve kevésbé megbízható e tekintetben.

A gyógyszer előírás szerinti szedése tekintetében iskolai végzettség alapján is találunk különbségeket. A két végzettségi póluson lévők (az alacsony iskolázottságúak és a diplomások) fegyelmezettebben szedik az orvosi előíráshoz híven a gyógyszert, míg a középfokú végzettségűek a leginkább hajlamosak eltérni a javallattól. A kisebb egy főre jutó jövedelmű háztartásokban élőknel valamivel szintén gyakoribb a gyógyszer nem megfelelő gyakorisággal történő alkalmazása, aminek esetenként anyagi okai is lehetnek.

A hypertóniások 90%-a kapott orvosától arra vonatkozó tanácsot, hogy a jövőben gyakrabban méresse vérnyomását; 80%-uk figyelmét felhívták a kontrollvizsgálatok fontosságára is. A betegek 72%-át ellátták ételvezetési, 70%-át pedig dietetikai tanáccsal. A betegek 37%-ának javasolta orvosa, hogy szokjon le a dohányzásról (ilyen tanácsot értelemszerűen csak a dohányzók kaptak).

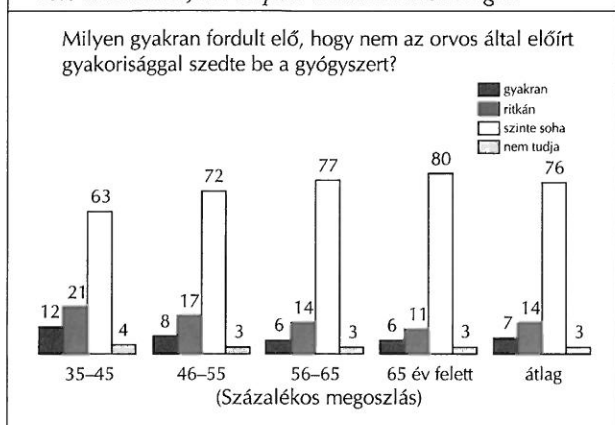
A legfiatalabb korcsoport tagjai (35–45 évesek), a fővárosban és a nagyvárosokban élők, valamint a diplomások és az aktív keresők szinte kivétel nélkül mindegyik orvosi tanácsra – étrend, életvezetés, vizsgálatokon való részvétel stb. – az átlagot meghaladó arányban emlékeztek. Az adatok tanúsága szerint minél magasabb iskolázottságú és minél fiatalabb valaki, annál nagyobb valószínűséggel számol be arról, hogy orvosa ellátta őt étrend-kialakítási és életvezetési tanácsokkal. Ez természetesen nem jelenti egyértelműen azt, hogy az e csoportokhoz tartozó betegeket nagyobb valószínűséggel részesíti az orvos különböző tanácsokban. Sokkal inkább előfordulhat, hogy ők azok, akik – koruknál, aktivitásuknál fogva – megbízhatóbban emlékeznek vissza az orvos szavaira. Az idősebb betegek esetleg régebb óta kapcsolatban állhatnak orvosukkal, s orvosuk már korábban, magas vérnyomásuktól függetlenül javasolta például a dohányzásról való leszokást, a szűrővizsgálatokon való részvételt vagy látta el őket egyéb életvezetési tanácsokkal.

A kutatási eredmények azt mutatják, hogy az orvosok összességében a rendszeres vérnyomásmérést, valamint a szűrővizsgálatokat ítélik legfontosabbnak egy hypertóniás betegnél, hiszen az erre vonatkozó orvosi javaslatokról számoltak be a betegek a legnagyobb arányban. Egyben ez a két orvosi javaslat, amit a legtöbben megfogadnak: a betegek 72-74%-a teljes egészében eleget tesz a rendszeres vérnyomásmérésre, illetve a kontrollvizsgálaton való részvételre vonatkozó tanácsnak, további 20-23%-uk erre részben törekszik. Összességében tehát a betegek 94-95%-a, azaz elsősorban többsége megfogadja a két legfontosabb s leggyakoribb orvosi tanácsot. Mindamellettt fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy az ehhez hasonló kérdésekre való válaszadásban szerepe lehet egyfajta megfelelési vágynak, ami a válaszokat a pozitívnak vélt kategóriák irányába torzítja (5. ábra).

Az étrendalakításra, valamint az életvezetésre vonatkozó orvosi tanácsokat a fentieknél kisebb százalékban fogadják meg a betegek: a kérdezettek közel fele ezek-

4. ÁBRA

Eltérés a gyógyszerzedés gyakoriságára vonatkozó orvosi utasítástól, korcsoport szerinti különbségek



nek a javaslatoknak csak részben tesz eleget. Az étrendalakításra vonatkozó orvosi tanácsokat inkább betartják a nők, az idősebbek és az iskolázottabbak.

A (dohányzó) betegek leginkább a dohányzásról való leszokásra intő orvosi javaslatot ignorálják: 31%-uk egyáltalán nem szokott le orvosa tanácsára a dohányzásról, további 17%-uk pedig saját bevallása szerint csak részben tett eleget ennek az orvosi kérésnek. (Ez valószínűleg azt jelenti, hogy korábbi napi cigarettadagját kisebbre csökkentette.) Meglepő módon a magasabb iskolázottságú csoportok (középiszkola, diploma) tagjai az átlagosnál kisebb százalékban voltak hajlandók lemondani a dohányzásról. A dohányzásról orvosuk tanácsára inkább a kedvezőbb anyagi helyzetben élők mondtak le nagyobb arányban.

Az ideális vérnyomáscsökkentő gyógyszer

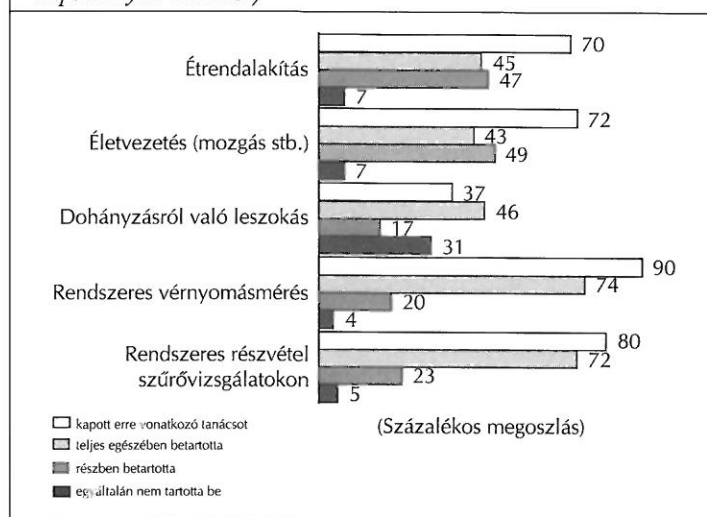
A kutatás során egyik fontos célkitűzésünk volt azt feltérképezni, hogy a betegek számára milyen tulajdonságokkal kellene, hogy rendelkezzen egy, a magas vérnyomás kezelését szolgáló gyógyszer ahhoz, hogy hosszabb időn keresztül – akár egy életen át – naponta biztosan beszedjék. Az ideális gyógyszerre vonatkozóan – az előzőekhez hasonlóan – spontán válaszokat eredményező nyitott kérdéseket, illetve zárt (irányított) kérdéseket egyaránt feltettünk. Az ideális gyógyszerrel nemcsak a gyógyszerzedőket, hanem azokat a magasvérnyomás-betegeket is kérdeztük (n=1288), akiknek orvosa nem írt fel gyógyszert.

Spontán válaszok (2. táblázat): A betegek számára rendkívül fontos a gyógyszer ára, az elérhető árakat a kérdezettek 36%-a említette. A válaszadók szempontjából gyakorlatilag ugyanekkora jelentőségű az, hogy a gyógyszernek ne legyen mellékhatása (34%). A hatásosságot a betegek 25%-a, a napi egyszeri bevétel 20%-a emelte ki. A többi kíváncsi kisebb gyakorisággal jelent meg a válaszokban.

Irányított válaszok (6. ábra): Az irányított kérdésekre adott válaszok tanúsága szerint (kilenc potenciális

5. ÁBRA

Orvosi tanácsok és a tanácsok betartása (azok körében, akik kaptak ilyen tanácsot)



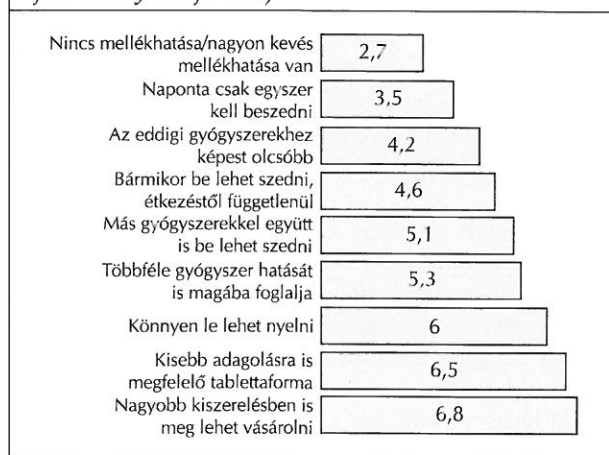
elvárás rangsorolása: az 1-es érték a legfontosabb, a 9-es a legkevésbé fontos) a mellékhatás-mentesség a legfontosabb gyógyszerjellemző (2,7), ezt követi az, hogy a szert naponta csak egyszer kelljen bevenni (3,5) és az, hogy az ára legyen elérhető (4,2).

A spontán (aktív) és irányított (passzív) elvárások között tehát némi különbség adódik. Az elvárások aktív szintjén elsősorban az alacsony ár jelent meg, és ezt követte a mellékhatás-mentesség, a hatásosság és a napi egyszeri szedhetőség. A rangsor-hierarchia a konkrét rákérdezésnél eltérően alakult, itt a mellékhatás-mentesség és a napi egyszeri szedhetőség megelőzte az ár jelentőségét.

Az alábbiakban vázlatos formában röviden összefoglaljuk, hogy az ideális gyógyszer egyes jellemzői mely társadalmi-demográfiai csoportok számára nagyobb jelentőségűek az átlagosnál.

6. ÁBRA

Az „ideális” magasvérnyomás-gyógyszer jellemzőinek fontossági sorrendje. (Rangsorindexek 1–9-ig, ahol az 1-es érték a legfontosabb, a 9-es érték pedig a legkevésbé fontos tényezőt jelenti.)



2. TÁBLÁZAT

Az ideális magasvérnyomás-gyógyszer a spontán válaszok szerint

Milyen jellemzőkkel kellene, hogy rendelkezzen egy „ideális” magas vérnyomás kezelésére szolgáló gyógyszer ahhoz, hogy Ön akár hosszabb időn keresztül, biztosan beszedje naponta? (A spontán említések százalékos aránya az érdemi válaszadók körében, n=1288)

	n	%
Elérhető ára legyen; olcsó legyen	457	36
Ne legyen mellékhatása	436	34
Hatásos legyen; biztosan hasson; tegye rendbe a vérnyomást	307	24
Naponta csak egyszer kelljen beszedni	255	20
Könnyen bevehető legyen	121	9
A mostani gyógyszer az ideális, amit jelenleg szed	86	7
Más gyógyszerrel együtt lehessen szedni	73	6
Hetente egyszer/ritkán kelljen szedni	56	4
Egyidejűleg több panaszra, többféle betegségre is hasson, ne kelljen mellette más gyógyszert is szedni	53	4
„Én nem tudhatom”, „Az orvos tudja”	43	3
Könnyen beszerezhető legyen	41	3
Bármikor bevehető legyen, ne kötődjön étkezéshez	36	3
Folyamatosan, egyenletesen tartsa rendben a vérnyomást	31	2
Egyszerre többet is felír hasson belőle az orvos/nagyobb kiszérelésben lehessen kapni	26	2
Javítsa a közérzetet (is)	14	1
Ne fájjon tőle a gyomor	14	1
Az ideális gyógyszertől elmúlna a betegség	11	1
Hirtelen rosszullét esetén azonnali, gyors hatású legyen	10	1
Naponta csak kétszer kelljen beszedni	8	1
Kevésbé kelljen/ne kelljen miatta az életvitelt módosítani	6	1
Egyéb válasz (nem a kérdésre válaszol)	53	4
Egyéb „ideális” tulajdonság	55	4
Nem tudja, válaszhiány	206	16

– Kevés vagy semmilyen mellékhatása ne legyen: 35–45 év közöttiek, középiskolát végzettek és diplomások, aktív keresők.

– Naponta csak egyszer kelljen beszedni: diplomások, munkanélküliek és egyéb inaktívok, 20 ezer forint alatti havi egy főre eső jövedelmű háztartásokban élők.

– Az eddigi magasvérnyomás-gyógyszerekhez képest kedvezőbb ára legyen: alacsony iskolázottságúak (8 általános iskolai osztály vagy kevesebb), nyugdíjasok, munkanélküliek és egyéb inaktívok, dél-dunántúliak.

– Evés előtt és után egyaránt be lehessen szedni: 35–45 év közöttiek, munkanélküliek és egyéb inaktívok.

– Más gyógyszerekkel együtt is bevehető legyen. Ezen ismérv megítélésében nem találtunk számottevő eltérést az egyes társadalmi-demográfiai csoportok véleményei között.

– Többféle gyógyszer hatását ötvözze: rokkantnyugdíjasok, az egészségügy területén dolgozók.

– Ne kelljen kettétörni, megfelelő kiszérelésben lehessen kapni: fővárosiak.

– Könnyen lenyelhető legyen: diplomások.

– Nagyobb kiszérelésben is megvásárolható legyen: 35–45 év közöttiek, diplomások, munkanélküliek és egyéb inaktívok.

A fenti rövid összefoglalóból jól látható, hogy a mel-lékhatás-mentesség különösen a gazdaságilag – és felte-hetően minden egyéb szempontból – aktív, fiatal, ma-gasabb végzettségű magasvérnyomás-betegek számára kiemelt jelentőségű, míg a többi szempont a gazdasági-lag inaktív, idősebb rétegek számára (is) fontosabb (le-het) az átlagosnál.

Megbeszélés

A reprezentatív statisztikai minta alapján kiderült, hogy Magyarországon a 35 év felettiek 39%-áról már állapította meg orvos, hogy (tartósan) magas a vérnyo-másuk. A kapott adatot nagyfokú óvatossággal kell ke-zelni: az eredmény nem bármely módszertani ajánlás-ban rögzített metodika szerint megmért vérnyomáson és definíción alapul, hanem a beteg ismeretén. Ezért, bár a kérdezett minta tükrözi a hazai populáció elosz-lását, de az észlelt hypertoniaprevalencia valószínűleg jelentősen alulértékelt. Tudomásul kell vennünk ugyan-is azt, hogy az EMMA vizsgálat egyes korcsoportok-ra vonatkoztatott adatai többé-kevésbé az USA NHANES III. jelentés (Thrid National Health and Nutrition Examination Survey) tíz évvel fiatalabb kor-csoportadatainak felelnek meg (10). A 39%-os prevalencia még így is több a korábban feltételezett 30–35%-nál (8). Korábban ismertették az úgynevezett „felező” szabályt, amely szerint a hypertoniásoknak mintegy fele nem ismert, azonban a felvilágosító prog-ramok eredményeként manapság a nem ismert hypertoniások aránya már csak 30%-ra tehető (6, 7). Ennyivel módosulhatna tehát a kapott hyperto-niaprevalencia, ha a kérdezőbiztosok a szakma szabá-lyai szerint vérnyomást is mértek volna.

A vizsgálatban részt vevő magasvérnyomás-betegek döntő többségének (96%-ának) betegsége kezelésére már írt fel gyógyszert az orvosa. A kapott arány reális és sajnálatos módon túlzottan magas. A hypertoniások körülbelül kétharmada az úgynevezett enyhe kategóri-ába tartozik (RR = 140–159/90–99 Hgmm) (5, 11): egy részüket csak ellenőrizni kell, valamint nem gyógy-szeresen kezelni, de vérnyomáscsökkentő szer adása egy ideig szükségtelen. Ugyanakkor a gyógyszeresen kezelték körülbelül harmadának (a károsító tényező eliminálásával párhuzamosan) hozzávetőleg fél éven belül normalizálódhat a vérnyomása, ezért gyógyszeres kezelésük később megszüntethető (6, 7).

A spontán válaszokat és a rákérdezés eredményeit te-kintve azt mondhatjuk, hogy a gyógyszer elhagyásának, illetve nem szedésének legfőbb oka a tünetmentesség és ehhez kapcsolódóan az a megfontolás, hogy tünetek hi-ányában nem szükséges a gyógyszer alkalmazása. Ezt az indokot az érintett betegek 32%-a spontán módon em-

lította, a rákérdezés során pedig 63%-uk a tünetek enyhülésével, megszűnésével, 39%-uk pedig azok teljes hiányával (is) magyarázta a gyógyszereszedés elhagyását. A hypertonia általában a károsodott célszervek tüneteinek képeben jelenik meg. Ekkor már késő, mert a primer prevenció helyett (12) csupán a kevésbé hatékony szekunder prevenció alkalmazható (6, 7). Ezért előtérbe kell helyeznünk a betegképzést, a veszélyeztetett populáció ellenőrzését és a nem gyógyszeres vérnyomáscsökkentő metodikák alkalmazását. A betegek oktatása, képzése azonban egyértelműen túllép a mindennapos orvosi ellátás keretein, hatékonyan csak külön szerveződés keretein belül (anyagi és személyi feltételek biztosítása után) működtethető (6, 8, 9, 12).

Gyógyszerváltás a kutatási eredmények szerint legtöbbször orvosi javaslatra, gyakran más orvos tanácsára a gyógyszert szedő betegek összességét tekintve egyharmaduknál (34%) fordult elő. Ugyanakkor a váltásra kényszerülők több mint fele több alkalommal is készítményt váltott. Az irányított válaszok szerint a váltás legfőbb okának a hatástalanság bizonyult (65%), de a beteg állapotának romlása és a kedvezőtlen mellékhatások fellépte is erre készíthette az orvost. A gyógyszerváltás okainak elemzése (13, 14) arra hívja fel a figyelmet, hogy ha már meggyőzőhető volt a beteg a gyógyszereszedés hasznáról, akkor teljesen értelmetlen kevéssé hatásos vagy széles mellékhatásprofilú gyógyszert – különösen elsőként választva – rendelni, mert a betegek éppen emiatt hagyják abba a gyógyszerek szedését.

A gyógyszert szedő betegek háromnegyede (76%-a) saját bevallása szerint mindig az orvosi előírásnak megfelelő gyakorisággal alkalmazza/alkalmazta a magas vérnyomása kezelésére szolgáló gyógyszert. Eszerint minden negyedik beteg nem megfelelő gyakorisággal szedi a gyógyszert. Ismét csak kritikával kell értékelnünk e válaszokat, mert ahogyan az életben szemtől szemben, úgy egy kérdőív kitöltésénél is a betegek egy része szégyenkezik amiatt, hogy nem olyan gyakorisággal szedi a gyógyszert, ahogyan előírták neki, és ezért hibáit nem vallja be. Segítséget jelenthet a naponta csak egyszer alkalmazott formula, mert így egyértelműen csökkenthetők a hibák.

A jelen kutatási eredmények azt mutatják, hogy az orvosok összességében a rendszeres vérnyomásmérést, illetve a szűrővizsgálatokat ítélik legfontosabbnak egy magasvérnyomás-betegnél, hiszen az erre vonatkozó orvosi javaslatokról számoltak be a betegek a legnagyobb arányban. Egyben ez a két orvosi javaslat, amelyet a legtöbben megfogadnak: a figyelmeztetésben részesült betegek 72-74%-a teljes egészében eleget tett a rendszeres vérnyomásmérésre és a kontrollvizsgálatokon való részvételre vonatkozó tanácsnak egyaránt. A betegek ezt a két tanácsot egyértelműnek, egészségügyileg fontosnak tekintik, vagyis gyógyulásuk-gyógyításuk részének. Bár általában kaptak orvosi tanácsot

kat az étrend-átalakításra, valamint az életvezetésre és a dohányzásról való leszokásra, ezeket a fentieknél jóval kisebb százalékban fogadják meg. Ez ismét a betegoktatás problémakörére, hatékonyságára-hatástalanságára hívja fel figyelmünket.

Végül el kell oszlatnunk azt a tévhitet, hogy az orvos elrendeli a gyógyszer alkalmazását, és a beteg azt élete végéig úgy is szedi. Az EMMA vizsgálat alapján körvonalazódott, hogy milyen feltételeknek kell teljesülnie ahhoz, hogy a betegek ne hanyagolják el a vérnyomáscsökkentők szedését, vagyis meghatározhatóak annak a gyógyszernek a tulajdonságai, amelyet a beteg leginkább elfogad, amelyhez leginkább hűséges. A terápiahűség azt jelzi, hogy egy adott időszak alatt a betegek hány százaléka tart ki a megkezdett kezelés mellett. Ez nyilvánvalóan azon alapszik, hogy az orvos mit ajánl a betegnek, a beteg ezt mennyire fogadja el, és hogy ezt a hozzáállást mennyiben módosítja a kezelés során észlelhető hatékonyság és tolerálhatóság. Az eredmények szerint az ideális vérnyomáscsökkentő gyógyszer betegek által elvárt tulajdonságai a mellékhatás-mentesség, a napi egyszeri bevétel, az elfogadható ár és a hatékonyság. Ha lehetőség nyílik megfelelő mérlegelésre, akkor egy józan, kompromisszumokkal (gyártó-biztosító-beteg anyagi lehetőségei) kialakított ár meglepő módon a betegek szempontjából a megismert farmakokinetikai és farmakodinámiai tulajdonságok mögé rangsorolódik.

Az EMMA vizsgálat reprezentatív magyar minta alapján elemzi a már felismert, kiszűrt hypertonia gyakoriságát, valamint a hypertóniás betegek gyógyszereszedési szokásait és a vérnyomáscsökkentő szerrel kapcsolatos elvárásait. Miért fontos kérdések ezek? Magyarországon érthetetlenül és értelmetlenül rosszak a cardiovascularis morbiditási és mortalitási adatok. A tényfeltáráshoz és a következtetések levonásához hazai adatok kellene, nem pedig jól-rosszul átültetett amerikai, angol, kínai adatok stb. Eredményeink szerint a magyar felnőtt lakosság 39%-ánál orvosi módszerekkel már diagnosztizálták a hypertóniát; a betegek egy része elhanyagolja a gyógyszerek pontos szedését, életmódjukon pedig alig változtatnak, mert nincsen semmiféle panaszuk, valamint nem ismerik a hypertonia egészségromboló következményeit, a célszervkárosodásokat. A betegek terápiahűsége jól leírható gyógyszerhez kötődik. Az egészségügyi ellátást finanszírozó és kormányzó szervek, a posztgraduális képzést végző oktatási intézmények és szakmai társaságok, a betegellátásban dolgozó kollégák és a közvéleményt nagyban befolyásoló média az EMMA-adatok megfelelő felhasználásával sokat segíthetnek a hypertóniához kapcsolható morbiditás és mortalitás javításáért.

A betegek terápiahűsége jól leírható gyógyszerhez kötődik.

IRODALOM

1. Keys A, Menotti A, Aravanis C. The Seven Countries Study: 2289 deaths in 15 years. *Prev Med* 1984;13:141-54.
2. Kannel WB. Role of blood pressure in cardiovascular morbidity and mortality. *Prog Cardiovasc Dis* 1974;7:5-24.
3. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease-part 2, short term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990;335:827-38.

4. Staessen JA, Wang JG, Thijs L. Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. *Lancet* 2001;358:1305-15.
5. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. The Hypertension Detection and Follow-up Program. A progress report. *Circ Res* 1977;40(Suppl):1106-9.
6. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997;157:2413-46.
7. 1999 World Health Organisation-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Sub-committee. *J Hypertens* 1999;17:151-83.
8. Farsang Cs, Alföldi S, Barna I, Finta PE, Kapocsi J, Kishegyi J, Kiss I, Lamm Gy, Östör E, Tamás F, Tornóci L az ECHP Munkacsoport részéről. A magas vérnyomás hatékony kontrollja. *Cur Hypertension reports (magyar nyelvű kiadás)* 2002;2:201-7.
9. Szirmai LA, Arnold Cs, Farsang Cs. Integrált megközelítés hatása a hypertoniaterápia sikerére – a „Tartsa jó karban” program eredményei. *Hypert Nephrol* 2002;6:30-8.
10. Burt VL, Cutler JA, Higgins M, Horan MJ, Labartha J, Whelton P, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population. Data from the health examination surveys, 1960 to 1991. *Hypertension* 1995;26:60-69.
11. Lang T, de Gaudemaris R, Chatellier G, Hamici L, Dične E, for the epidemiology group of the Societe Française d'Hypertension Artérielle and the IHPF Working Physicians Group. Prevalence and therapeutic control of hypertension in 3000 subjects in the workplace. *Hypertension* 2001;38:449-54.
12. Whelton WK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, Roccella EJ, Stout R, Vallbona C, Winston MC, Karimbakas J for the NHBPEP Coordinating Committee. Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from National High Blood Pressure Education Program. *JAMA* 2002;288:1882-97.
13. Mancia G, Grassi G. Systolic and diastolic blood pressure control in antihypertensive drug trials. *J Hypertension* 2002;20:1461-4.
14. Meissner I, Whisnant JP, Sheps SG, Schwartz GL, O'Fallon WM, Covalt JL, et al. Detection and control of high blood pressure in the community. Do we need a wake-up call? *Hypertension* 1999;34:466-71.



Tudományos kvíz

1. Kezeletlen szívvelégtelenség esetén a test kationtartalma a következőképpen változik:
 - a) A nátriumtartalom változatlan, a káliumtartalom 5–20%-kal csökken.
 - b) A nátriumtartalom 5–40%-kal növekszik, a káliumtartalom 5–20%-kal csökken.
 - c) A nátriumtartalom és a káliumtartalom is 5–40%-kal növekszik.
 2. Az alábbi három megállapítás közül melyik kettő egyezik meg a DCCT és UKPDS vizsgálatok tanulságaival?
 - a) Glomerularis funkciózavar esetén, a szérum kreatininszintjének 35%-os emelkedése, de maximálisan 260 $\mu\text{mol/l}$ érték fölött ACE-gátló kezelés helyett AT II-receptor-blokkoló kezelést alkalmazunk.
 - b) Inzulindependens diabetes mellitusban az intenzív inzulinkezelés csökkenti a micro- és macroalbuminuria kialakulásának lehetőségét.
 - c) A megfelelő vércukorkontroll érdemben nem befolyásolja a microvascularis és macrovascularis betegség kialakulását.
 3. Magyarországon évente átlagosan hány százalékkal nő a járóbeteg-ellátásban végzett laboratóriumi vizsgálatok száma?
 - a) 10-12%-kal.
 - b) 20%-kal.
 - c) 5%-kal.
 4. A laboratóriumi diagnosztikában mi okozhat preanalitikai hibát?
 - a) A vizsgálatkérő lap hibás kitöltése.
 - b) A minőségileg hiányos vizsgálóeljárás.
 - c) Mindkettő.
 5. Az obstruktív alvási apnoe szövödménye lehet:
 - a) pneumocephalus,
 - b) cor pulmonale,
 - c) glaucoma.
 6. Az alábbiak közül melyik kórkép képezi a CPAP-kezelés abszolút kontraindikációját?
 - a) Súlyos COPD.
 - b) Otitis media az anamnézisben.
 - c) Egyik sem.
 7. A gyermek- és ifjúkori elbízások kezelésének hány százaléka eredményes?
 - a) 20–30%-a.
 - b) 60%-a.
 - c) 8–10%-a.
 8. Melyik állítás igaz az alábbiak közül?
 - a) A nők körében tízszer gyakoribb az evészavar, mint a férfiaknál.
 - b) A férfiak körében kétszer gyakoribb az evészavar, mint a nőknél.
 - c) Az evészavarok prevenciójában nem alkalmazható reaktív stratégia.
 9. Féloldali bénulásban szenvedő betegnél mit jelent az érintett oldal reflexgátló helyzetben való elhelyezése?
 - a) Az alsó végtag extenziós, a felső végtag flexiós helyzetben van.
 - b) A végtagok ízületei fiziológiás helyzetben vannak.
 - c) Az alsó végtag flexiós, a felső végtag extenziós helyzetben van.
 10. Mit jelent a folyadékbevitel programozása?
 - a) 7 és 15 óra között 1200–1300 ml folyadékbevitelt.
 - b) 7 és 15 óra között 800–1000 ml folyadékbevitelt.
 - c) 7 és 15 óra között 200 ml folyadékbevitelt.
- Tisztelt Olvasóink! A Tudományos kvíz megfejtését telefaxon (316-9600), levélben (Literatura Medica Kiadó, 1539 Budapest, Pf. 603) vagy vevőszolgálatunk e-mail címére (lam@lam.hu) küldjék, nevük és címük pontos feltüntetésével.
Beküldési határidő: 2003. március 7. A helyes megfejtők között egy értékes könyvet sorsolunk ki. A nyertest értesítjük, a jutalmkönyvet postán küldjük el. A megfejtéshez sok sikert kívánunk!
A 2002. decemberi számban megjelent Tudományos kvíz helyes megfejtése a következő:
1. c; 2. b; 3. d; 4. c; 5. c; 6. b; 7. b; 8. c; 9. d; 10. c.
Nyertesünk:
dr. Kemecsei Miklós, Sátoraljaújhely.
Gratulálunk!