

PADOS GYULA DR., KARÁDI ISTVÁN DR.¹, PARAGH GYÖRGY DR.²,
ZÁMOLYI KÁROLY DR.³

Szent Imre Kórház, Lipid Részleg, Budapest

¹Semmelweis Egyetem ÁOK, III. Belgyógyászati Klinika, Budapest

²DEOEC, I. Belgyógyászati Klinika, Debrecen

³Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Kardiológiai Osztály, Budapest

CÉL PROGRAM A TERÁPIÁS KONSZENZUS MEGVALÓSÍTÁSÁRÓL

A CÉL PROGRAM KERETÉBEN A MAGYAR TERÁPIÁS KONSZENZUS IRÁNYELVEINEK MEGVALÓSULÁSÁT ELLENŐRIZZTÉK, HÁZIORVOSOK GONDOZOTT BETEGEIBEN. A VIZSGÁLT 15.404 BETEG 90,8%-A TARTOZOTT A NAGYKOCKÁZATÚ KATEGÓRIÁBA, EZEK CSAK 12%-A ÉRTE EL A KOLESZTERIN-CÉLÉRTÉKET (<4,5MMOL/L, ILLETVE <5,0 MMOL/L), BÁR 46%-UK KAPOTT ANTILIPÉMIÁS – FŐLEG STATIN – TERÁPIÁT. AZ IRÁNYELVEKET ISMERTETŐ INTERVENCIÓ HATÁSÁRA A BETEGEK 23%-ÁBAN KEZDTEK ÚJ – STATIN – TERÁPIÁT, VAGY MÓDOSÍTOTTÁK A DÓZISÁT A KEZELTEKBE. 6507 BETEG SORSÁT KÖVETVE 3 HÓ ALATT A KOLESZTERIN-CÉLÉRTÉKET ELÉRTÉK ARÁNYA 11,5%-22,7%-RA NŐTT, A KEZELTEKBE 19%-RÓL 33%-RA EMELKEDETT. A CÉL PROGRAM TANULSÁGA, HOGY AZ IRÁNYELVEKET A GYAKORLATBAN NEM MEGFELELŐEN ALKALMAZZÁK, EZÉRT A CÉLÉRTÉK ELÉRÉSÉNEK ARÁNYA ALACSONY, DE EDUKÁCIÓVAL, INTERVENCIÓVAL RÖVID TÁVON A CÉL PROGRAM KERETÉBEN AZ MEGDUPLÁZHATÓ VOLT.

KULCSSZAVAK: TERÁPIÁS KONSZENZUS, CÉLÉRTÉKEK, KOLESZTERIN, NAGYKOCKÁZATÚ CSOPORT, STATINOK

„CÉL” PROGRAM ON THE REALISATION OF THE THERAPY CONSENSUS. IN THE FRAMEWORK OF THE SO – CALLED „CÉL” PROGRAM THE REALISATION OF THE GUIDELINES OF THE HUNGARIAN THERAPY CONSENSUS WAS VERIFIED IN PATIENTS IN THE CARE OF GP-S. 90.8% OF THE 15,404 EXAMINED PATIENTS BELONGED TO THE HIGH-RISK CATEGORY, BUT ONLY 12% OF THEM REACHED THE CHOLESTEROL GOAL (<4,5 OR <5,0 RESPECTIVELY) THOUGH 46% HAD RECEIVED ANTILIPAEMIC – MAINLY STATIN – THERAPY. AS A RESULT OF THE INTERVENTION MAKING THE GUIDELINES A NEW STATIN THERAPY WAS INITIATED IN 23% OF THE PATIENTS OR THE DOSES WERE MODIFIED IN THOSE TREATED. FOLLOWING THE CASE OF 6507 PATIENTS OVER 3 MONTHS, THE PROPORTION OF THOSE HAVING REACHED THE CHOLESTEROL GOAL INCREASED FROM 11,5% TO 22,7% WHILE IN THE TREATED PATIENTS THIS RATIO ROSE FROM 19% TO 33%. THE CONCLUSION OF THE „CÉL” PROGRAM IS THAT AS THE GUIDELINES ARE USUALLY NOT PROPERLY APPLIED IN PRACTICE, THE RATIO OF REACHING THE GOAL RATHER LOW. BY MEANS OF EDUCATION AND INTERVENTION THIS PROPORTION CAN BE DOUBLED IN THE SHORT RUN, AS WAS PROVED IN THE „CÉL” PROGRAM.

KEYWORDS: THERAPY CONSENSUS, GOALS, CHOLESTEROL, HIGH RISK CATEGORY, STATINS

2003. november 3-án 9 magyar orvosi társaság Terápiás Konszenzus Konferencián kialakította közös irányelveit a kardiovaszkuláris betegségek megelőzéséről és preventív kezeléséről (1). 2004-ben a Magyar Atherosclerosis, Belgyógyász és a Kardiológusok Társasága egy ún. CÉL („Célok és Értékek a Lipid terápiában”) programot indított

a házi orvosok által gondozott betegek teljes rizikóstatusának, kockázati besorolásának és a célértékek elérésének felmérésére.

A házi orvosoknak segítséget adott egy megyei koordinátor hálózat, oktatási kurzusokkal a Terápiás Konszenzusról és a program célkitűzéseiről. A programban 320 házi orvost és 18.142

gondozást igénylő betegüket sikerült bevonni, amelyből végül is 15.404 adatai voltak feldolgozhatóak (4911 ffi, 10.493 nő). A résztvevő orvosok számítógépes programot kaptak, amely a beteg adatainak bevitele után kiírta számukra a kockázatbesorolást, a besorolásnak megfelelő koleszterin, triglicerid, HDL-koleszterin, vérnyo-

más, vércukor és BMI-célértékeket és javaslatot tett, hol kell beavatkozni, hogy a célértéket elérjük és a kezelés módjára is (életmód + sz. e. gyógyszer) írásos ajánlást tett.

A családorvosok gondozásában lévő kardiovaszkuláris betegek, cukorbetegségeket és az ATP-III kritériumok alapján (2) metabolikus szindrómások kerültek a programba, valamint a fenti betegségek mentes egyének közül azok, akik a következő 4 metabolikus rizikófaktor, a hypercholesterinaemia (>5,2 mmol/l), dohányzás, hipertónia, obesitas (>30 kg/m²) közül legalább kettővel terheltek voltak.

A számítógépes program a kardiovaszkuláris betegségekben szenvedőket (ISZB, perifériás, ateroszklerózis, cerebrovaszkuláris szindróma), valamint a cukorbetegségeket és metabolikus szindrómásokat eleve a nagy kockázatúak közé sorolta, a primer prevencióba tartozó nem beteg, de legalább 2 rizikófaktort terhelte egyéneknél viszont SCORE Chart (3) és Framingham ponttáblázat kiértékelését is végzett és eszerint sorolta őket a tünetmentes nagy kockázatú egyének, vagy lipidszempontból a közepes és kis kockázatúak csoportjába.

A paraméterek és a rizikóbesorolás vonatkozásában a Terápiás Konszenzus elveinek megfelelően a betegségek mellett mind a 4 fő rizikófaktort is a hozzá tartozó célértékeket regisztráltuk, de a követés során jelenleg csak a lipidterápiára fókuszáltunk, a kardio-protéktív preventív terápiára ezúttal még nem.

BETEGEK ÉS MÓDSZER

A betegek kiindulási adatait az 1. táblázat mutatja. A betegpopulációban a koleszterinszint (5,91) meghaladta a lakossági átlagot (5,7), a trigliceridszint (2,12) pedig a normális felső határát (1,7), a HDL-Ch átlag jelentősen az érvényben lévő célérték felett volt. A nagy kockázatúak 80%-ának volt 5,0 felett az összkoleszterinszintje. Dohányzott a résztvevők 24,3%-a.

Az összbeteganyagban a nagy kockázatú csoportba döntően a kardiovaszkuláris betegségekben és diabéteszben szenvedők kerültek, valamint a metabolikus szindrómások. A betegségekben nem szenvedők, de legalább 2 rizikófaktort terheltek közül a kritériumok alapján (SCORE Chart, illetve

1. TÁBLÁZAT: A BETEGEK KIINDULÁSI ADATAI

	ÖSSZES	FÉRFI	NŐ
BETEGSZÁM	15.404	4911 (31,9%)	10.493 (68,1%)
ÉLETKOR (ÉV)	58,3±12,0	57,7±12,0	58,6±12,0
BMI (KG/M ²)	28,9±5,1	29,3±4,7	28,8±5,2
HASKÖRFOGAT (CM)	99±14,5	102,8±14,2	97,6±14,4
SZISZTOLÉS VÉRNYOMÁS (HGMM)	137±16	138±15	136±16
DIASZTOLÉS VÉRNYOMÁS (HGMM)	82±8	83±9	82±8
VÉRCUKOR (MMOL/L)	6,37±2,19	6,6±2,27	6,26±2,14
KOLESZTERIN (MMOL/L)	5,91±1,17	5,85±1,17	5,94±1,17
HDL-KOLESZTERIN (MMOL/L)	1,37±0,34	1,3±0,33	1,4±0,34
LDL-KOLESZTERIN (MMOL/L)	3,6±1,09	3,48±1,11	3,65±1,08
TRIGLICERID (MMOL/L)	2,12±1,59	2,4±2,06	1,99±1,29

Framingham ponttáblázat is) csak 578 egyén került a nagy kockázatú csoportba.

A teljes betegpopulációban regisztrált betegek előfordulásának aránya a következő volt:

- ISZB: 36%,
- perifériás ateroszklerózis: 13%,
- cerebrovaszkuláris ateroszklerózis: 13%,
- 2-es típusú diabétesz: 27%,
- metabolikus szindróma: 41%,
- hipertónia: 79% (95% kezelt).

EREDMÉNYEK

A kockázatbesorolásnál kiderült, hogy a családorvosi gondozásban tartott, a programban résztvevők 90,8%-a (13.997) tartozott a nagy kockázatú kategóriába és csak 9% (1407) a közepes és kis kockázatúba. Érdekeség,

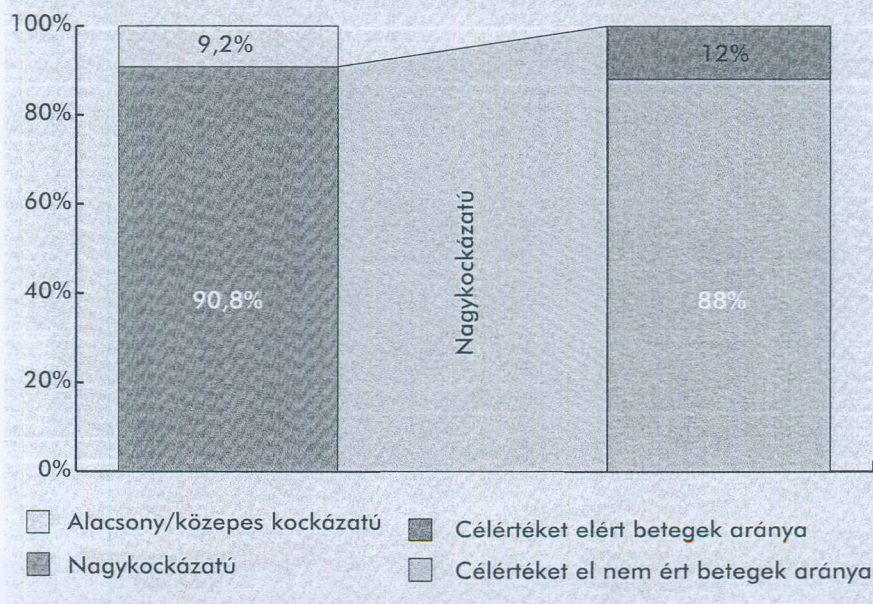
hogy a háziorvosok első megjelölése alapján 1942-t tartottak metabolikus szindrómának, a program azonban az ATP-III kritériuma alapján kiszámolta, hogy 6381 beteg ide sorolható, tehát több mint 3× annyi tartozik ide, csak 30%-ban ítélték meg helyesen a metabolikus szindróma jelenlétét.

A nagy rizikócsoportba került 13.997 betegből csak 12%-nak volt a koleszterinszintje a célértékben belül (<4,5, illetve <5,0 mmol/l), 88% nem érte el a célértéket (1. ábra).

VÁLTOZTATÁSOK AZ ALAPADATOK ALAPJÁN

A háziorvosok az előzetes edukáció, majd a betegek adataival való szembeállítás és a program javaslata alapján változtattak, illetve változtatniuk kellett volna a célérték felett lévők

1. ÁBRA: CÉL-PROGRAMBAN RÉSZTVEVŐ BETEGEK MEGOSZLÁSA A KARDIOVASZKULÁRIS RIZIKÓ ÉS A CÉLÉRTÉKET ELÉRTÉK ARÁNYÁBAN



(12.306) kezelésén. Ezek 54%-a ugyanis semmilyen lipidcsökkentő terápiát nem kapott. Ezen csoportban – ahogy az 2. ábrán látható – 29%-uknál indítottak új lipidcsökkentő kezelést (90%-ban statint).

A már korábban kezelés alatt álló, de azzal a célértéket el nem ért betegek 14–15%-ánál változtattak a terápián. Ez a két beavatkozás, a megindított új kezelés és a korábbi kezelés – célérték elérésére törekvő – módosítása a nagykockázatú betegekben 2792 főt érintett, ez az esetek 23%-a volt, ilyen arányban történt helyes irányú szakmai döntés a célérték elérése szempontjából.

KÖVETÉSES ADATOK

A CÉL program második része volt egy 3 hónapos követéssel a rizikóstátusz ismételt felmérése, ez 6507 beteg (2070 ffi, 4437 nő = 31,8/68,2%) esetében sikerült minden paraméterre vonatkozóan, így az ő – intervenció utáni – eredményeiket ennek a 6507 betegnek az indulási alapadatához viszonyíthatjuk. A lipidparaméterek közül az egész populációban a koleszterinszint 6,0 mmol/l-ről 5,3-ra, 11,6%-kal, az LDL-Ch 3,7-ről 3,1-re 16,2%-kal, a trigliceridszint 2,2-ről

1,9 mmol/l-re, 13,6%-kal szignifikánsan csökkent.

Az első vizitnál 19%, a második vizitnél viszont már 38%-nak volt az összkoleszterinszintje 5,0 mmol/l alatt. A bevezetett intervenció hatására a HDL-Ch kivételével valamennyi paraméter előnyösen változott. Az első viziten még csak 750 beteg volt a koleszterincélértékben belül (11,5%), a második viziten már 1475, az összes követésben részt vett beteg 22,7% érte el a célértéket, tehát megduplázódott az arány, miközben a kezelték aránya is nőtt, 58,8%-ról 68,7%-ra. A kezelték között a célértéket elérték aránya 19-ről 33%-ra nőtt.

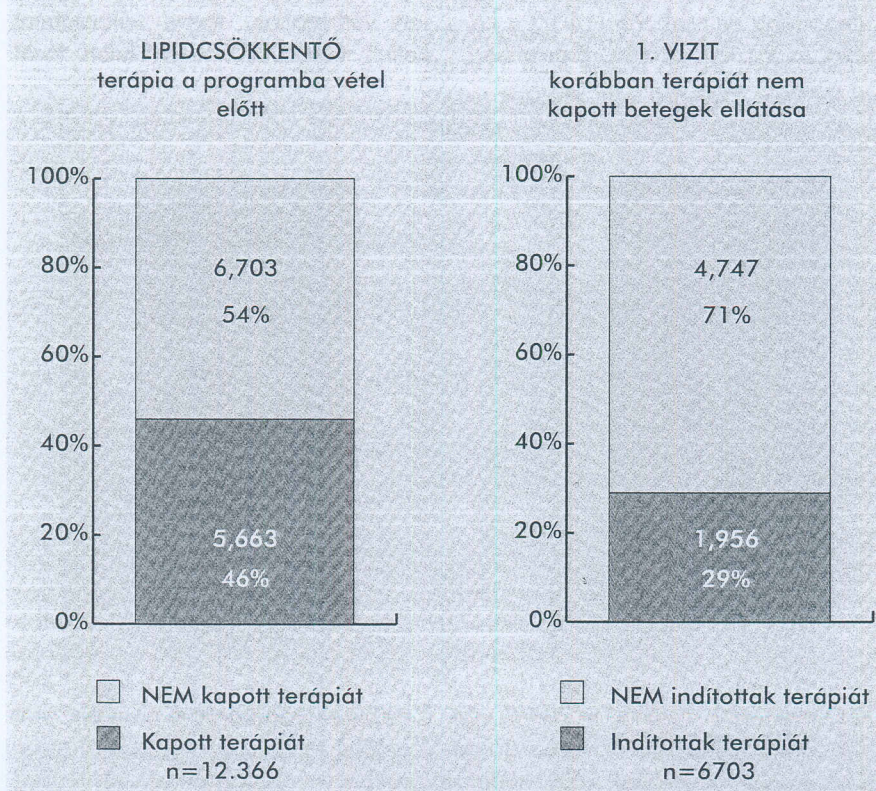
MEGBESZÉLÉS

Világszerte kevés adat van arra vonatkozóan, hogy a különböző kezelési irányelveket milyen mértékben alkalmazzák a gyakorlatban (4). A tudomány képviselőiként sokszor megelégszünk azzal, hogy újabb és újabb irányelveket készítünk, aktualizálunk, de időnként szembe kellene nézni azzal is, mennyi valósul meg belőle. Erre vállalkozott a CÉL program, mégpedig döntően abban a betegcsoportban, amit nagykockázatúnak nevezünk

(ilyen volt a vizsgált betegek 90,8%-a). Az egész nagykockázatú betegcsoportot tekintve a kezeltéket és nem kezeltéket együtt vizsgálva csak 12% volt a koleszterin-célértékben belül, ami nagyon alacsony arány, főleg abszolút értelemben az ideálshoz viszonyítva, de bizonyos fokig még különböző nemzetközi adatokhoz hasonlítva is (15-20-39-61% között) (5, 6).

Hazai viszonylatban a REALITY Study-hoz hasonlítható (7), ahol legalább egyéves statinkezelés után 24% hypercholesterinaemiás egyén volt a célértékben, annyi mint a CÉL programban bevezetett, a Terápiás Konszenzus végrehajtását célzó intervenció hatására (23%). Mindenesetre ez azt mutatja, hogy a nagykockázatú betegek több mint háromnegyede hazánkban igen nagy kockázatnak van kitéve, a mindennapi gyakorlatban az ideálshoz képest messze elégtelen az a tevékenység, amit a kockázat – egyébként megvalósítható – csökkentésére fordítunk. Az irányelveknek a kezelésre vonatkozóan 2 üzenetük van: szélesíteni kell a kezelték körét és a kezelés során el kell érni a célértékeket. A CÉL programban azok között, akik a Ch-célérték felett voltak, 46% kapott kezelést, amely nem olyan rossz arány, de eredményességét tekintve elégtelen. Az orvosok a kezelt esetekben általában megmaradnak a kezdő dózis alkalmazásánál és a Terápiás Konszenzus intervenció ösztönzésére is a CÉL programban csak 15%-ban változtattak ezen. Mindebben a mellékhatásoktól való túlzott félelem is játszhat szerepet. Ugyanakkor a CÉL program keretében történt ráhatások következtében a nem kezelt, célérték felett levő esetek 29%-ában indítottak új terápiát. Új terápia indítás, illetve a már korábban kezelték esetén helyes irányú kezelésmódosítás az összes eset mintegy egynegyedében, 23%-ban történt. A követéses esetek száma jelentősen lecsökkent, ez az orvosok és a betegek insuficiens compliance-ére utal, a plusz számítógépes adminisztráció, a plusz vérvételek, valamint a megrögzött gyakorlathoz képest a változtatáshoz való rezisztens hozzáállás is megjelenik ebben. Ezzel együtt pozitívnak kell minősítenünk, hogy az egész vizsgált populáció rizikóstátuszát szignifikánsan sikerült javítani és azt is, hogy a kezelték arányának növelésével, a kezelés módosításával a célértékben

2. ÁBRA: CÉLÉRTÉK FELETT LÉVŐ NAGY RIZIKÓCSOPORTBA TARTOZÓ BETEGEK TERÁPIÁJA AZ I. VIZIT SORÁN



belüliek száma megduplázódott e populációban, 11,5%-ról 22,7%-ra emelkedett. Ezen belül a kezelték között pedig 19-ről 33%-ra nőtt.

A következő, a II. Magyar Terápiás Konszenzus Konferenciára a MOTESZ Interdiszciplináris Fórum keretében 2005-ben ismét a Magyar Tudomány Napján, 2005. november 3-án kerül sor. Az új vizsgálati eredmények alapján (5, 6) feltételezhető, hogy bizonyos módosításokkal aktualizáljuk az irányelveket. A CÉL programban résztvevő

társaságok – kiegészítve a háziorvosok képviselőit bevonásával – tervezik, hogy a CÉL program tapasztalatait felhasználva tovább fejlesztik a CÉL programot és a háziorvosok számítógépes betegadminisztrációs rendszerébe illesztett lekérdező modul segítségével – amely az orvos számára nemcsak információkat, hanem jelzéseket is ad – nagyszámú és pontos adat feldolgozására lesz képes. Ezen nyomvonalon tovább haladva. 2005. november 3-a, az új irányelvek elfogadása

után viszont a fenti társaságok mellett a Hypertonia, a Diabetes és Elhízástudományi Társaság szorosabb bevonásával mind a 4 rizikófaktorra vonatkozó követéses vizsgálatot és intervenciót szervezünk a Konszenzus irányelvei hatásának lemerésére, a kardioprotektív preventív terápia (aszpirin, β -blokkoló, ACE-gátló) követésével együtt. A II. Terápiás Konszenzuson már az életmódváltoztatás irányelvei, a táplálkozás, mozgás, dohányzás területén is részletesebb tárgyalásra kerülnek.

IRODALOM

1. MOTESZ Interdiszciplináris Fórum: Terápiás Konszenzus a kardiovaszkuláris betegségek megelőzéséről és preventív kezeléséről. 2003. nov. 3. *Metabolizmus* 2004; 1: 1–50.
2. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. *JAMA* 2001; 286: 2487–2497.
3. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur H J* 2003; 24: 1601–1610.
4. Pados Gy, Karádi I, Paragh Gy, et al. A Terápiás Konszenzus utóélete, gyakorlati megvalósítása. *Metabolizmus* 2003; 2 (4): 162–165.
5. Pearson TA, Laurora I, Chu H, et al. The lipid treatment assessment project (L-TAP): a multicenter survey to evaluate the percentages of dyslipidemic patients receiving lipid-lowering therapy and achieving low-density lipoprotein cholesterol goals. *Arch Intern Med* 2000; 160: 459–467.
6. Eurospire II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies on coronary patients from 15 countries. *Eur Heart J* 2001; 22: 554–572.
7. Márk L, Zámolyi K, Pados Gy, et al. Célértékek elérése lipidcsökkentő kezelés során – Magyarország 2004. *Orv Hetil* 2005; 146 (4): 147–152.
8. Grundy SM, Cleeman JJ, Bairrey CN, et al. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III. Guidelines. *Circulation* 2004; 110: 227–239.