

## A benignus prosztata hiperplázia okozta alsó húgyúti tünetegyüttes kezelésének magyarországi tapasztalatai

Mór Zoltán, Páll Nóra, Ideas & Solutions Kft.

A benignus prosztata hiperplázia (BPH) elsősorban időskorra jellemző betegség (kiemelten 50 évesnél idősebb férfiak körében). A klinikai megjelenését domináló alsó húgyúti tünetegyüttes (LUTS) ugyan nem jelent közvetlen életveszélyt a betegek számára, azonban a tünetek fokozott kihatással bírnak a betegek életminőségére. Annak ellenére, hogy a LUTS prevalenciája nemzetközi adatok alapján kiemelten magas, Magyarországon hozzávetőlegesen 400.000 beteget érint, a betegkör nem több mint 33%-a fordul orvosához panaszával.

Mára látható, a BPH/LUTS etiológiája jóval komplexebb, mint azt korábban feltételeztük; a publikált nemzetközi tanulmányok alapján a LUTS kórlejtana rendkívül összetett és multifaktoriális. A hólyagban, a prosztatában és a környező struktúrákban (kismencedei érrendszer, a beidegzés) végbemenő változások együtt okozzák az alsó húgyutak élettani funkcióinak megváltozását.

Cikkünk egyfelől rövid szakmai kitekintést nyújt a LUTS tünetekre és annak életminőségre gyakorolt hatására, másrészt vizsgálja az alsó húgyúti tünetek által okozott betegségterheket, és bemutatja a magyarországi kezelési gyakorlatot (nemzeti egészségügyi adatbázisok alapján). Fő célunk, hogy összegző képet adjunk az érintett betegcsoport terápiás gyakorlatáról, a ki nem elégített terápiás igényekről.

*BPH usually occurs in elderly people (especially among men over 50 years). Its clinical appearance is dominated by lower urinary tract symptoms (LUTS) which does not threaten the patient's life directly; however symptoms do influence significantly the patient's quality of life. Despite the high international and national prevalence rate of LUTS – in Hungary about 400.000 people live with this disease –, not more than 33% of the target population present to physicians with complaints.*

*The etiology of BPH/LUTS is more complex than it was assumed earlier. Based on the published international studies, the pathophysiology of LUTS is multi-tiered and multifactorial – changes appearing in the bladder, prostate gland and surrounding structures (pelvic vasculature, innervation) lead together to the alteration of physiological functions in lower urinary tract.*

*On the one hand, our article provides a short clinical overview regarding the symptoms of LUTS, its effect on quality of life. On the other hand, it also reflects on the disease burden caused by LUTS and presents the*

*Hungarian clinical treatment practice (based on national health care database). Our main goal is to provide a complex overview about the therapeutic management of the population and about the unmet need of the therapeutic area.*

### PROBLÉMAFELVETÉS

Általánosságban a BPH (benignus prosztata hiperplázia) rövidítés az idősebb férfiak hólyagürítési zavarát hivatott jelezni, azonban a benignus prosztata hiperplázia kizárólag hisztológiai diagnózist jelent: a beteg nem BPH-val, hanem általában az alsó húgyúti traktus tüneteivel jelentkezik, melyet a szakirodalom LUTS elnevezéssel [1] jelöl (lower urinary tract syndrome).

Korábban az alsó húgyúti tüneteket (LUTS) az idősebb férfiakban szinte kizárólag a prosztata megnagyobbodásának tulajdonították; jellemzően a megemlített mechanizmusok a következők egyike vagy mindegyike volt: szövettanilag jóindulatú prosztata hiperplázia (BPH, benignus prosztata hiperplázia), jóindulatú prosztata megnagyobbodás (BPE), vagy jóindulatú prosztata obstrukció (BPO). Az utóbbi évtizedben – a tudományos kutatásoknak köszönhetően – az okozati összefüggés a prosztata és a LUTS patogenezise között újra kérdéssé vált [2].

Ismert tény, hogy a megnagyobbodott prosztata nagyban hozzájárulhat a LUTS tünetegyütteséhez a 40 év feletti férfiak esetében, ugyanakkor az elmúlt évek vizsgálataira alapozva megállapítható, hogy a LUTS kapcsolatban állhat a prosztatán (BPH-BPO) kívül a húgyhólyaggal (OAB), vagy a vese és keringési rendszerrel (éjszakai poliúria) [3] is.

A legújabb kutatások szerint, a LUTS kialakulásában szerepet játszó, mindeddig felderített legfontosabb tényezők a következők lehetnek: hormonális státusz változások, az alsó húgyutak neurális változásai, gyulladással járó tényezők jelenléte, metabolikus faktorok és az alsó húgyutak öregedési folyamatai [4].

### A LUTS ÉLETMINŐSÉGRE GYAKOROLT HATÁSA

A 2009-ben publikált EPILUTS vizsgálat eredményei alapján, a LUTS jelenléte mindkét nemből 40 év felett jelentős, a tanulmányban részt vett férfiak és nők csaknem háromnegyede számolt be a tárolási, ürítési vagy posztmiktációs tünetek legalább egyikének meglétéről, negyedük mindhárom tünetcsoport meglétét jelezte [4]. A tünetes férfi betegek közel fele (48,6%) jelzett tárolási problémát ürítési tüneteivel mellett.

Az EPILUTS tanulmányban közölt tüneti arányok meghaladják a korábban, 2006-ban közzétett EPIC study adatait. Ennek oka a tanulmányok felépítésében rejlik. Míg az EPILUTS 40 év felettieket vizsgált kizárólag, az EPIC tanulmány 18 év felett gyűjtött adatokat.

A LUTS életkorral emelkedő incidenciája mára ismert tény [4], az életminőségre kifejtett rendkívül negatív hatása is dokumentált, ugyanakkor kedvezőtlen tényre hívták fel a figyelmet nagyszámú populációt vizsgáló tanulmányok: a LUTS tüneteit jelző betegek alig egyharmada kért orvosi segítséget az EPILUTS tanulmány adatai szerint [4], ami csaknem megegyezik az EPIC tanulmány 38%-os [5] adatával. Hasonló következtetésre jutottak Morant és szerzőtársai, akik az Egyesült Királyságban jelentős eltérést észleltek a prevalencia adatok és a felállított diagnózisok között [6].

A nemzetközi felmérések adataira hivatkozva mára megállapítható, a LUTS aluldiagnosztizált és alulkezelt betegség. Ezt támasztják alá többek között Jumadilova közleményének [7] és a Boston Area Community Health Survey [8] tanulmányának adatai is. Az alacsony kezelési hajlandóság számos okra vezethető vissza, azonban úgy tűnik, sem földrajzi, sem etnikai tényezők nem befolyásolják (a nemek közötti különbség is elhanyagolható). A tapasztalható negatív tendencia több okra vezethető vissza: 1) a legtöbb beteget a rosszul értelmezett szégyenérzet tartja távol az orvostól [9], 2) kimutatásra került továbbá, hogy amennyiben a kérdező orvos nem kezdeményezi a beszélgetést (azaz a LUTS tüneteit nem segíti természetes és jól kezelhető részeként értelmeznie az öregedési folyamatnak), a feltárás, a megnyílás gyakran elmarad (10). Mindezek alapján kiemelt fontosságúnak bizonyul a kockázati korcsoportú betegek alapos vizsgálata, a betegek alapos kikérdezése, melyek során tapasztalataik megosztásra kerülnek az ürítési, a tárolási vagy posztmikciós tüneteiket illetően.

## A BPH/LUTS BETEGSÉGTERHÉNEK BEMUTATÁSA

A BPH az 50-60 éves férfiak kb. 50%-át, a 60-69 éves férfiak 75%-át, míg a 80 év felettiek 90%-át érinti. A jelentős prevalenciából eredően a betegségteher szignifikáns mértékű; a LUTS számottevően befolyásolja az életminőséget, mivel társadalmi elszigeteltséghez, depresszióhoz, a munkaképesség csökkenéséhez vezethet, illetve az egészséges nemi életre is kihatással van.

Nemzetközi tanulmány a LUTS-al összefüggésbe hozható tünetek életminőségre való hatását vizsgálta közösségben élő férfiak körében. A vizsgálatba 373, 50 évnél idősebb férfit vontak be, akikkel kitöltették az ún. International Prostate Symptom Score kérdőívet, amely minden speciális húgyúti tünetre vonatkozóan tartalmaz kérdéseket. Az eredmények alapján a nocturia bizonyult a leggyakoribb tünetnek (58,9%), amely szignifikáns hatással volt a beteg életminőségére is [11].

Gazdasági szempontból a diagnózissal és kezeléssel összefüggő direkt költségek jelentik a legnagyobb terhet (becsült kiadás mértéke az USA-ban: 1,1 milliárd \$), azon-

ban indirekt költségek is felmerülhetnek, mint például: munkából való kiesés, munkaképesség csökkenése [12]. Bár a LUTS/BPH betegség viszonylag ártalmatlan körképnek tűnhet, az ellátási adatok ezzel ellentmondanak: az 1,1 milliárd \$ direkt egészségügyi költség háttérében 4,4 millió vizit, 117.000 sürgősségi ellátó intézményi vizit és 105.000 fekvőbeteg ellátás áll az Egyesült Államokban [13].

Egy további tanulmány a BPH-val összefüggő munkából való kiesés költségeit vizsgálta dolgozó férfiaknál. A BPH kezelést még nem igénylő férfiak esetében az átlagos éves költségkiesés 4193 \$, míg a kezelést igénylő betegek esetében 5729 \$ nagyságrendű volt – az elemzés alapján, a BPH diagnózissal összefüggő éves inkrementális költség 1536 \$-ra becsülhető. Szükséges továbbá kiemelni a tanulmány eredményeire alapozva, hogy a körképpel diagnosztizált betegek átlagosan 7,3 órát hagytak ki a munkából évente [14].

A hiperaktív hólyag (Overactive Bladder, OAB), mint a LUTS tünetegyüttes egyik oka [1,15], szintén jelentős szocioökonomiai hatással bír. Az OAB/LUTS betegek körében problémát okoz a szorongás, depresszió, frusztráció, valamint nehezebbé válik a társadalmi beilleszkedés. A betegséggel gyakran együtt járhat nocturia, amely rontja az alvás minőségét és növeli az esések, illetve csípőtáji törések kockázatát az idősek körében. Mindezen túl az OAB tünetek szintén szexuális diszfunkciókhoz vezethetnek: különösen a férfiak körében a súlyosabb LUTS csökkenő szexuális aktivitással és merevedési zavarokkal jár [16].

Összegzően a LUTS-ot érintő betegségteher mértékének legfontosabb befolyásoló tényezője a magas prevalencia, pontos becslését azonban megnehezíti a tünetmentes időszakból fakadó késleltetett diagnózis. A feltárt – járulékos – költségtényezők között szignifikáns teherként jelentkezik a direkt egészségügyi költségeken túl a betegségből fakadó pszichés következmények kezelése, továbbá az indirekt kiadások köre is, melyek a beteg életminőségére is jelentős kihatással van.

## MAGYARORSZÁGI HELYZETKÉP A BPH/LUTS KEZELÉSÉBEN

A feldolgozott nemzetközi kutatások áttekintése mellett célunk volt, hogy átfogó képet kapjunk a BPH/LUTS hazai kezelési gyakorlatáról, az érintett betegek számáról, a gyógyszeres kezelés arányáról, továbbá a jellemző terápiás rezsimek alkalmazásáról (monoterápia, kombinációs terápia), a jellemző adherenciáról. Jelen fejezetben bemutatásra kerül a 2014. évben végzett magyarországi elemzés általános módszertana, továbbá a vizsgálat főbb eredményei.

### Elemzés módszertana

Kutatásunk általános célja volt, hogy komplex képet adjon a LUTS jelenlegi kezelési gyakorlatáról, a BPH készítmények és inkontinencia gyógyszerek együttes felírásáról. Az elemzés során a beválasztási kritériumok a következők voltak:

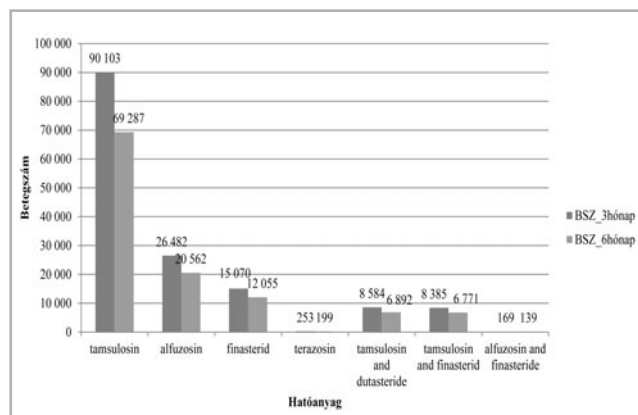
- vizsgált időszak: 2012. április 1. – 2014. március 31.
- az elemzést az alábbi gyógyszercsoportokra végeztük el:
  - BPH gyógyszerek: G04CA (alfa-adrenoreceptor antagonisták, alfa blokkolók), G04CB (testoszon-5-alfa-reduktáz gátlók, 5-ARI-k) és kombinációik
  - Inkontinencia gyógyszerek: G04BD (húgyúti görcsoldók, antikolinergikumok)
  - Az elemzésből kizárásra kerültek azon betegek, akik doxasozint szedtek a vizsgált időszak alatt.

Az elemzés ATC-szintű volt, a monoterápiás kezelések mellett vizsgáltuk a kiválasztott hatóanyagok együtt-kiváltását is. A vizsgált betegpopulációt képezték azon betegek, akik TAJ számmal rendelkeztek, és akik adott vizsgálati időintervallumon belül a megfelelő ATC-be tartozó terméket váltottak ki. Mivel a BPH terápia minimum 3 hónap után hatásos, mindezért a teljes betegkör az alapján került meghatározásra, hogy hányan váltottak legalább 3 hónapnak megfelelő terápiát adott BPH gyógyszerből. Az elemzési módszertanban a maximálisan elfogadható „grace periódus” időtartamának 30 napot határoztunk meg (min. adherencia: 3 hónap, grace periódussal együtt 6 hónap)

**Elemzés alapján levonható főbb következtetések**

Az elemzés kiindulópontja a BPH-val diagnosztizált, 55-64 éves férfi betegpopuláció volt, amely prevalencia adatok alapján nagyjából 400 000 főre tehető [1]. A BPH-betegút során releváns kezelési alternatívának minősül a gyógyszeres terápia; BPH-kezelésben hazánkban jelenleg 4 hatóanyag érhető el monoterápiában OEP által támogatott formában: tamsulosin, alfuzozsin, finasterid és terazosin. Az éves átlagos gyógyszerkiváltási gyakoriság a vázolt hatóanyagokra vonatkozóan kb. 140 000 fő, azaz a teljes betegpopulációból összesen a betegek 33%-át kezelik gyógyszeresen. Az alábbiakban először a monoterápiák, majd a free dózisú kombinációs terápiák (gyógyszer együtt-kiváltások) kerülnek bemutatásra.

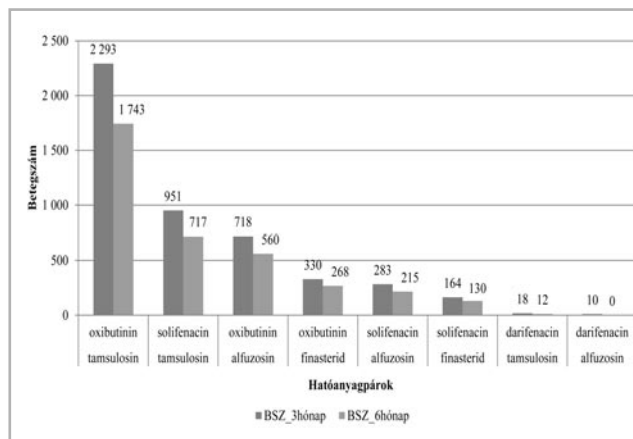
Az OEP adatelemzés eredményei alapján (lásd. 1. ábra) a legnagyobb forgalommal rendelkező BPH hatóanyag a



1. ábra  
3 és 6 havi BPH terápiát kiváltó betegek száma OEP adatok alapján.

tamsulosin, mely esetében 2 év alatt összesen 90 103 beteg váltott ki 3 havi egybefüggő terápiát, míg 69 287 beteg havi terápiát 30 napos megszakításokkal. Ezt követően a 2. leggyakoribb hatóanyag az alfuzozsin, ahol a 3 hónapos, megszakítás nélküli terápián lévő betegszám már csak 26 482 fő, míg a 6 hónapos 20 562 fő. Az ezt követő hatóanyagokra vonatkozó értékek analóg módon értelmezhetők. Ahogy az ábrán is látható, a fix dózisú kombinációkat kiváltó betegszám jelentős mértékben alacsonyabb a monoterápiákhoz képest.

A BPH monoterápiák mellé kiváltott inkontinencia hatóanyagokat figyelembe véve (free dózisú kombináció) a 2. ábrán látható eredményeket kaptuk.



2. ábra  
3 és 6 havi kombinációs terápián lévő betegek hatóanyagpárok szerint, OEP adatok alapján.

Az elemzés alapján látható, a leggyakoribb egyszerre kiváltott BPH és inkontinencia hatóanyagpár a tamsulosin + oxybutynin (3 havi betegszám 2293 fő, míg a 6 havi betegszám 1743 fő), majd ezt követi gyakoriságban a tamsulosin + solifenacin hatóanyagpár (3 havi betegszám 951 fő, míg a 6 havi betegszám 717 fő). Mindezek szerint, a teljes BPH betegpopulációnak átlagosan csupán 4%-át kezelik valamilyen free dózisú kombinációs terápiával, ami a perzisztáló tárolási tünetekkel is rendelkező BPH-s betegek releváns terápiajaként tartható számon [1]. Ez az arány a tünetes férfi betegek körében tapasztalt magas prevalencia (48,6%) ellenére jelentős kielégítetlen terápiais szükségletre utal.

**Adherencia vizsgálata**

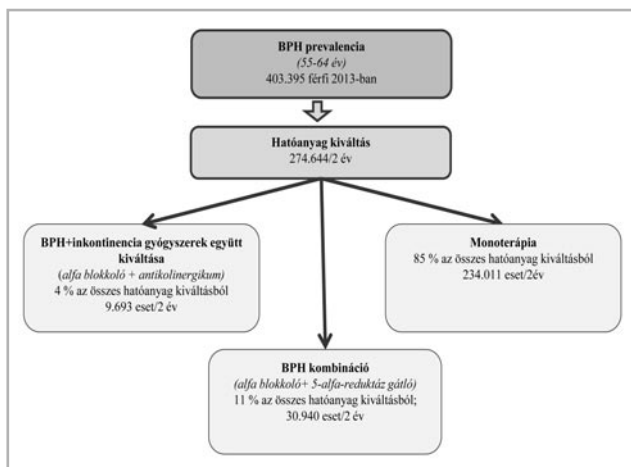
Az adherenciát vizsgálva látható: 6 havi terápiát 30 napos megszakításokkal kiváltó betegszám minden esetben átlagosan 20-25%-kal alacsonyabb a 3 hónapos, megszakítás nélküli terápián lévő betegszámánál (alfa blokkolók és antikolinergikumok együttes szedése, valamint 5ARI és antikolinergikumok együttes szedése esetében is); mivel a BPH reduktázgátló terápia csak 3 hónap után hatásos, mindezért a kimutatható visszaesésből arra is következtethetünk, hogy a betegmegtartás az alkalmazott terápiaik esetében nem megfelelő.

**KÖVETKEZTETÉSEK**

A LUTS prevalenciája nemzetközi adatok alapján magas arányú, az 55-65 éves korcsoportban a férfiak 60%-át érinti, Magyarországon átlagosan 400.000 főre tehető a BPH/LUTS betegpopuláció. Elemzésünkben megállapításra került, hogy BPH/LUTS tünetekkel az érintett magyarországi betegkör legfeljebb 33%-a fordult orvosához (majd váltott ki gyógyszert) a vizsgált két éves periódusban.

Az alkalmazott terápia jelentős arányban monoterápia volt (85%), gyakoriságban ezt követték a BPH fix dózisú kombinációk (alfa blokkoló+5ARI; 11% a teljes vizsgált betegkörből, 30.940 eset két év alatt). A vizsgált célcsoport mindössze 4%-ánál alkalmaztak BPH-inkontinencia kombinációt (alfa blokkoló + antikolinergikum; 9.693 eset két év alatt). Mindez a bemutatott tünetek komplexitásának tudatában felveti a kérdést a jelenleg alkalmazott kezelési rezsimek megfelelőségét illetően (lásd 3. ábra).

Összegzően megállapítható, hogy az alulkezeltség, a betegség aluldiagnosztizálása nem csupán közvetlen egészségügyi terhet jelent, a felmerülő közvetett költségek köre is számottevő. Mindez azt támasztja alá, hogy az ellátás során a betegség felismerési hatékonyságát növelni szükséges, valamint a rendelkezésre álló, számos gyógyszerkészítmény (köztük a progrediáló LUTS esetén alkal-



**3. ábra**  
A BPH betegpopuláció megoszlása gyógyszeres kezelés szerint. (A kezelési mintázatoknál feltüntetett adatok esetszámok, mivel egy beteg 2 éven belül válthatott ki egybefüggő 3 havi terápiát is, illetve meg is szakíthatta a kezelést 30 napra.)

mazható kombinációk) alkalmazásának előnyeiről tájékoztatni javasolt a BPH/LUTS betegeket. A BPH/LUTS kezelési stratégiája új megközelítést igényel: javasolt a BPH+inkontinencia kombinációs terápia egyre szélesebb körű hozzáféréseinek biztosítása az érintett betegek számára, azok életminőségének megőrzése céljából.

**IRODALOMJEGYZÉK**

[1] Gavras S(chair), Bach T, Bachmann A, Drake M, Gacci M, Gratzke C, Madersbacher S, Mamoulakis, C, Tikkinen KAO: Guideline on the Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO), European Association of Urology, 2015

[2] Chapple CR, Roehrborn CG: A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms In men: focus on the bladder, Eur Urol, 2006, Apr;49(4): 651-8.

[3] Cornu JN: LUTS (R)evolution: Let's jump on the Bandwagon, Eur Urol, 2013;64: 622-23.

[4] Sexton CC, Coyne KS, Kopp ZS, et al: The overlap of storage, voiding and postmiction symptoms and implications for treatment seeking in the USA, UK and Sweden: EPILUTS, BJUI 2009; 103 suppl.3: 12-23.

[5] Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S et al: Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study, Eur Urol, 2006; 50: 1306-15

[6] Morant SV, Reilly K, Bloomfield GA, Chapple C: Diagnosis and treatment of lower urinary tract symptoms suggestive of overactive bladder and bladder outlet obstruction among men in general practice in the UK, Int J Clin Pract, 2008;62: 688-94.

[7] Jumadilova Z, Zyczynski T, Paul B, Narayanan S: Urinary incontinence in the nursing home: resident cha-

acteristics and prevalence of drug treatment, Am J Manag Care, 2005; 11: 112-20

[8] Kupelian V, Wei JT, O'Leary MP et al: Prevalence of lower urinary tract symptoms and effect on quality of life in a racially and ethnically diverse random sample: the Boston Area Community Health (BACH) Survey, Arch Intern Med, 2006; 166: 2381-7

[9] Nicolson P, Kopp Z, Dooley JA, Chapple C, Kelleher C: Patients' perceptions and experiences of seeking medical care for overactive bladder (OAB) and the impact on quality of life, Int Urogynecol J, 2005;16 (Suppl. 2): 127-8.

[10] Milsom I, Stewart W, Thuroff J: The prevalence of overactive bladder, Am J Manag Care, 2000; 6: 565-73

[11] Eduardo de Paula Miranda, Cristiano Mendes Gomes and et al: Nocturia is the Lower Urinary Tract Symptom With Greatest Impact on Quality of Life of Men From a Community Setting, International Neurourology Journal, 2014, vol 18, No 2, pp 86-90

[12] Medscape: The Evaluation And Treatment Of Male Lower Urinary Tract Symptoms: Impact (Incidence/Prevalence, Quality of Life, Social Implications), 2007, [Online]. [http://www.medscape.org/viewarticle/563688\\_7](http://www.medscape.org/viewarticle/563688_7). Megtekintve 2015. 03. 05.

[13] Parsons JK: Benign Prostatic Hyperplasia and Male Lower Urinary Tract Symptoms: Epidemiology and Risk

- Factors, Current Bladder Dysfunction Reports, 2010, vol. 5, no. 4, pp. 212-218
- [14] Christopher GJ, Saigal S: Economic costs of benign prostatic hyperplasia in the private sector, The Journal of Urology, 2005, vol 173, No 4, pp 1309-1313
- [15] Kevin RS, McVary T: Lower urinary tract symptoms in men, 06 01 2015. [Online]. <http://www.uptodate.com/>

- contents/lower-urinary-tract-symptoms-in-men. Megtekintve 2015.03.05.
- [16] Sacco E, Daniele Tienforti D et al: Social, economic, and health utility considerations in the treatment of overactive bladder, Open Access Journal of Urology, 2010, vol 2, pp. 11-24

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Mór Zoltán** 2006-ban a Budapesti Corvinus Egyetemen végzett közgazdászként. 2007 és 2011 között számos egészségügyi profilú beruházás működési modelljének kialakításában, projektmenedzsmentjében, egészségügyi szolgáltatók gazdálkodási, folyamat-

szervezési támogatásában vett részt. 2009 és 2011 között fekvő- és járóbeteg-ellátó intézményeknél finanszírozás és kontrolling terület felelőse. Jelenleg az Ideas & Solutions stratégiai tanácsadó cégnél tanácsadóként dolgozik üzleti és finanszírozási modellek, gazdasági elemzések kialakításán gyógyszeripari vállalatokkal, fekvőbeteg-ellátó intézményekkel.



**Páll Nóra** 2013-ban végzett az Eötvös Loránd Tudományegyetem Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterszakán, egészség-gazdaságtan szakirányon. 2014-ig az ELTE-TTK

eScience Regionális Tudásközpontjában egészségügyi adatelemzéssel és hálózatkutatással foglalkozott. Jelenleg az Ideas & Solutions stratégiai tanácsadó egészség-gazdaságtani elemző munkatársa.

*A cikk megjelenését az Astellas Pharma Kft. támogatta.*

## Októberben kapják a méhnyakrák elleni védőoltás első részletet a 7. osztályos leányok

Átlagosan tízből 8 szülő kérte gyermeke számára a térítésmentes oltást

**2015. szeptember 11-ig kellett nyilatkozniuk a szülőknek arról, hogy a 7. osztályba járó leánygyermekük számára kéri-e az önkéntes, térítésmentes méhnyakrák elleni védőoltást. A védőoltás iránti érdeklődés az előző évhez hasonlóan nagy volt, a visszaérkezett nyilatkozatok alapján az érintettek több mint háromnegyede élni kíván a lehetőséggel.**

Az iskola-egészségügyi szolgálatoknál dolgozó védőnők végezték a védőoltások szervezését, akik az érintett szülőket/gondviselőket és az oltásra jogosult leányokat tájékoztatták az önkéntes térítésmentes méhnyakrák elleni védőoltás lehetőségéről és annak időpontjáról. A visszaérkezett nyilatkozatokat az iskolavédőnők begyűjtötték, összesítették az adatokat, és az oltást kérők számára megigényelték az Országos Szakmai Információs Rendszeren (OSZIR) keresztül az oltóanyagot.

Az OSZIR-on keresztül beérkezett adatok alapján az Országos Epidemiológiai Központ elkészítette azt az összesítést, amelynek alapján az oltóanyag kiszállítása történik. Az adatokból kiderül, hogy a 44 ezer jogosult gyermek szülei közül közel 34 ezer kérte a térítésmentes védőoltást, ez országos átlagban közel 80 százalékot jelent.

A méhnyakrák elleni védőoltásokat a magyarországi jól bevált gyakorlat szerint iskolai kampányoltások keretében bonyolítják le. Az első védőoltásra az ütemezés szerint 2015 októberében, a második vakcina beadására pedig 2016 áprilisában kerül sor.

Az oltóanyag kiszállítása már megkezdődött, legkésőbb október 5-ig az ország valamennyi iskolába eljut a vakcina, és megkezdődhet a védőoltás beadása.

A méhnyakrák megelőzését szolgáló védőoltást azok is kaphatnak, akik a kedvezményes oltási programokból kimaradtak, hiszen gyógyszerári forgalomban – térítés ellenében – többféle vakcina is hozzáférhető. Mivel az oltóanyag vényköteles, ezért ehhez előzőleg fel kell keresni a háziorvost.

*Folytatás a 40. oldalon*