

## „Nálunk a beteg van a középpontban”

Dr. Farsang Csaba professzor a hipertonológia aktuális kérdéseiről

**A Magyar Hypertonia Társaság (MHT) 2008. december 2-6. között tartja XVI. Kongresszusát és VII. Nemzetközi Továbbképző Kurzusát. Az 1993-ban alakult MHT olyan orvosokat tömörítő szakmai társulás, amely a magyar lakosság mintegy negyedét érintő népbetegséggel, a magasvérnyomás-betegséggel és az ahhoz kapcsolódó tudományágakkal foglalkozik. A társaság közelgő kongresszusa alkalmából adott interjút lapunknak Dr. Farsang Csaba professzor, az MHT örökös tiszteletbeli elnöke.**

**– Professzor úr, beszélgetésünk idején a Magyar Hypertonia Társaság lázasan készül a magyar orvostársadalom egyik legnagyobb tudományos seregszemléjére, az MHT XVI. Kongresszusára. Milyen újdonságokkal rukcolnak elő az ideai tanácskozáson?**

A rendezvénysorozat szokás szerint a nemzetközi továbbképző kurzussal kezdődik a Magyar Tudományos Akadémián, ami idén először nem egy, hanem két napig fog tartani. Az UEMS EBAC és az Európai Hypertonia Társaság Oktatási Bizottsága által is akkreditált továbbképzés pontszerző tesztvizsgával zárul. A brüsszeli akkreditáció valószínűleg sok külföldi résztvevőt fog Budapestre vonzani.

Várhatóan a kongresszus egyik legérdekesebb eseménye lesz a török-magyar szimpózium. 2008. tavaszán társaságunk meghívást kapott a török hipertónia kongresszusra, ott került sor a világon először a két nemzet közös szimpóziúmára – ennek folytatása következik most. Itthon kevesen tudják, hogy Törökországban igen magas színvonalú a medicina. Jól szervezett hipertónia ellátó hálózatuk van, és egyre több tudományos közleményük olvasható a nemzetközi szakirodalomban. Három előadással érkeznek hozzánk, amelyhez négy magyar előadással csatlakozunk.

Kongresszusaink történetében először kiemelten kívánunk foglalkozni a szakdolgozók – diplomás ápolók, szakasszisztensek – szerepével. Önálló szekcióban mutatják be a hipertóniás betegek gondozásában végzett tevékenységüket. A növekvő betegforgalom mellett munkájuk ugyanis egyre inkább felértékelődik a mindennapi ellátásban. Külföldön például már nem ritka a diplomás ápolók és szakasszisztensek által végzett betegmenedzsment.

Összesen 14, a hipertóniával kapcsolatos elméleti és klinikai vonatkozású fő témát tűztünk napirendre. Mindezt 11 tematikus cégszimpóziúm és 42 szabad előadás egészíti ki, ahol a legújabb kutatási eredményekkel, terápiás lehetőségekkel ismerkedhet meg a hallgatóság. Az MHT XVI. Kongresszusát olyan nemzetközi szaktekintélyek neve fémjelzi, mint Giuseppe Mancina, Serap Erdine, Renata Cifkova, Jean-Michel Mallion, Michel Weber, és a Kanadában dolgozó Fodor György, akit társaságunk ez évben tiszteletbeli tagnak választott meg.

Az ideai tanácskozáson első ízben vesz részt meghívott vendégként a Magyar Nephrológus Társaság, ennek megfelelően a kongresszus egyik fő témája a vese lesz.

## KOMPLEX SZEMLÉLET

**– Melyek lesznek még a kongresszus kiemelt témái?**

Részletesen fogjuk tárgyalni a kardiometabolikus kockázati tényezőket. Azt már régóta tudjuk, hogy a különböző szív- és érrendszeri rizikófaktorok – a hipertónia, a zsíryanagcsere-zavar, a diabétesz és az elhízás – sokszor együttesen jelentkeznek. Egyre több tudományos kutatás világított rá, hogy a has-úriben felszaporodott zsírszövetnek nagy jelentősége van a kardiovaszkuláris betegségek, illetve a cukorbetegség kifejlődésében: ez a zsírszövet nemcsak zsírtároló, hanem aktív hormon- és egyéb aktív anyag termelő funkcióval is bír.

Sok egyéb kockázati tényezőre is fény derült. A C-reaktív proteinnél (CRP) – amelynek vérszintemelkedését először tüdőgyulladásos betegekben írták le – kiderült, hogy különböző gyulladások, így az érfalban lezajló lassú gyulladásos folyamat esetén is megnövekedik. Márpedig az atherosclerosis éppen ennek a lassú érfalgyulladásnak (low grade inflammation) is a következménye. Az ideai Amerikai Kardiológus Kongresszuson jelentették be azt az idevonatkozó vizsgálati eredményt, hogy azokban a betegekben, akiknek normális az LDL koleszterinszintje, de magas a CRP értéke, a rosuvastatin kezelés relatíve rövid idő, két év alatt 30-40%-kal csökkentette a koronári-aesemények és mortalitás előfordulásának gyakoriságát.

Az ér belső hártáját károsítja a magas húgysavszint is. A közelmúltban számos publikáció jelent meg a húgysav és az érelmeszesedéses szövödmények kapcsolatáról. Ugyanakkor azt is tudjuk, hogy húgysav nélkül nem lehet élni: nőknél 320  $\mu\text{mol/l}$ , férfiaknál 350  $\mu\text{mol/l}$  körül van a normális érték felső határa, 380  $\mu\text{mol/l}$  fölött viszont kórosnak tekintendő. A hiperuricaemiában alkalmazott klasszikus szerünk az allopurinol. Azoknál a betegekben, akiknek magas a húgysavszintje és egyben hipertóniások is, a losartan nevű angiotenzin receptor blokkoló adásával kedvezően befolyásolhatjuk a húgysavszintet. Ilyen esetben kerülni kell a thiazid vizelethajtók alkalmazását, mivel azok emelik a húgysavszintet. Mindezen kívül még számos olyan kémiai rizikófaktor létezik, amely nem képezi részét a rutinvizsgálatoknak.

**– Elképesztő, mennyi összefüggést kell szem előtt tartania a kezelőorvosnak...**

Éppen ezért beszélünk ma már komplex kardiometabolikus kockázatról. Mindezt figyelembe véve alakult meg a kanadai Laval Egyetemen az International Chair on Cardiometabolic Risk (ICCMR) elnevezésű nemzetközi tudományos egyesület azzal a céllal, hogy a világon mindenhol felhívják a figyelmet a kardiometabolikus kockázatra és a globális megközelítés jelentőségére. Konferenciákat hívtak össze, és megalkotották Kanadában az első kardiometabolikus centrumot. Ugyanebben az évben életre hívtuk az európai kardiometabolikus hálózatot is, amelyhez Szlovákia, Lengyelország, Románia, Szlovénia, Görögország és természetesen hazánk is csatlakozott. Az alakuló ülést Budapesten tartottuk,

ahol az a megtiszteltetés ért, hogy engem választottak meg az európai hálózat elnökévé.

## MINŐSÉGI ELLÁTÁS

Így valósulhatott meg Magyarországon a Kontrollpont elnevezésű, 29 centrumot számláló kardiometabolikus hálózat, amely a Szív- és Érendszeri Nemzeti Program egyik alprogramjaként működik, egyúttal a hálózatot akkreditáló ICCMR magyar tagja is lett. Az alapstatutumból adódóan a centrum-hálózat független szervezet. Az anyagi támogatás az e célból alapított Magyar Kardiometabolikus Alapítványon keresztül történik. Az alapítványhoz érkeznek be azok a pénzüsszegek, amelyekből az egyes centrumok pályázat útján részesülnek. Az Alapítvány kiemelt támogatója a sanofi-aventis. Az alapítvány kuratóriumának elnöki feladatait én látom el, a tíztagú tudományos bizottságot Dr. Romics László professzor irányítja. A tudományos bizottság multidiszciplináris, a különböző szakmákat neves szaktekintélyek képviselik.

### – Hogyan juthatnak el a betegek a Kontrollpont Centrumokba?

A betegek háziorvosi beutalóval vagy direkt felkereséssel juthatnak be a centrumokba. A háziorvosok a rendszeres szűrővizsgálatok (haskőrfogat-, illetve vérnyomásmérés, laboratóriumi vizsgálatok) útján ismerik fel a rizikófaktorokat, és döntenek a beteg centrumba irányításáról. Közel egy éves fejlesztéssel elkészült a hálózatot integráló informatikai rendszer, ennek tesztelése most zajlik a Szent Imre Kórházban. Az internet alapú nyilvántartásban a betegek adataihoz – az adatvédelmi szabályok figyelembevételével – ők maguk, és az őket ellátó valamennyi szakember is hozzáférhet a jövőben. Hogy is néz ki ez a gyakorlatban? A beteg reggel bejön hozzánk laborvizsgálatra, és délután otthon, a saját komputerében megtekintheti az eredményeket, amelyeket mindeközben a háziorvosa is lehívhat. Az új modell tehát lerövidíti a betegutakat, kényelmesebbé teszi az ellátást. Nálunk a beteg van a középpontban, hiszen amikor előre egyeztetett időpontban eljön hozzánk, szükség esetén egyszerre veheti igénybe a kardiológus, a diabetológus, a nefrológus, a hipertónológus és az angiológus szakrendelést, valamint a gyógytornász és a dietetikus tanácsadást is. A betegáramlást diplomás ápolók irányítják. A centrumokba bekerülő betegektől irányított anamnézist vesznek fel, a vonatkozó irányelvek alapján elvégzik a kockázat-besorolást, összesítik a laborleleteket, kiegészítik biometriai (testtömeg, testmagasság, haskörfogat) és vérnyomásméréssel, majd a megfelelő szakorvoshoz irányítják a páciensét. A vizsgálatokat követően a háziorvos komplex véleményt kap a betegéről, akinek a további gondozását természetesen ő végzi.

### – Tehát szakemberek sora foglalkozik a beteggel, köztük természetesen a hipertónológus. Professzor úr, ön elévülhetetlen érdemeket szerzett a hipertónológus képzés megszervezésével, amely igazi nóvum volt a 90-es években. Hány orvos rendelkezik ma ilyen szakképesítéssel?

A hipertónológus licenszet azok az orvosok kaphatják meg az MHT tagjai közül – ma már több mint százan vannak –, akik teljesítik a társaság által meghatározott szakmai követelményeket. Ez valóban újdonságnak számított annak idején,

olyannyira, hogy a világon először Magyarországon realizálódott. Csak utánunk fél évvel szervezte ezt meg az Amerikai Hypertonia Társaság. 1997-ben, amikor bekerültem az Európai Hypertonia Társaság elnökségébe, a mi kritériumrendszerünket vették át és így került bevezetésre az európai ún. „Specialist in Clinical Hypertension” minősítés. Ma körülbelül 40-50 magyar kolléga rendelkezik ezzel.

S ha már a minősítéseknél tartunk, hadd mondjam el, hogy társaságunk nem csak az orvosok, hanem az ellátóhelyek számára is elérhetővé tette a szakmai elismerés megszerzésének lehetőségét az ún. „Hypertonia Kiválóság Centrum” (Hypertension Excellence Center) cím megszervezésével. Ennek az EU-szintű akkreditációnak az elnyerését természetesen szigorú kritériumrendszerhez kötöttük. Meghatároztuk, hány beteget kell ellátnia, milyen diagnosztikai háttérrel kell rendelkeznie, hány hipertónológust és milyen egyéb szakorvosokat kell alkalmaznia annak az intézménynek, amelyik jogosult lehet a cím viselésére. Jelenleg hat Hypertonia Kiválóság Centrum működik Magyarországon a négy orvosegyetemen, a nyíregyházi Jósa András Oktató Kórházban és a fővárosi Szent Imre Kórházban.

## JAVULÓ EREDMÉNYEK

### – Hogyan alakult a Magyar Hypertonia Regiszterben nyilvántartott betegek vérnyomása 2008-ban?

A friss eredményeket az MHT XVI. Kongresszusán fogjuk megtudni. Igen figyelemre méltó viszont, hogy míg az első nagy felmérés alkalmával, 2005-ben a Magyar Hypertonia Társaság Hypertonia Regiszterében 38 ezer nyilvántartott beteg 39%-ának volt normális a vérnyomása, addig 2007-ben 58 ezer beteg adatai alapján már 46% volt azok aránya, akiknél sikerült elérnünk a célvérnyomást. Mára mintegy 70 ezer beteg adatai gyűltek össze a regiszterben, és körülbelül 46-50% közé tehető a sikeresen kezelt betegek aránya. Ezt az eredményt annak az óriási szervezőmunkának köszönhetjük, amit a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében elindított, a Novartis gyógyszergyár támogatásával zajló „Éljen 140/90 Hgmm alatt!” elnevezésű, felvilágosító és ismeretterjesztő program keretében végeztünk. A mozgalom kezdetén azt tűztük ki célul, hogy a betegek érzék el a normális vérnyomást. A következő lépés az volt, hogy azoknál, akiknél már sikerült elérni a célértéket, tartsuk is ott. Az „Érd el!” és a „Tartsd ott!” szlogent 2008-ban az „Előzd meg!”, vagyis a hipertónia különböző szövődményeinek a megelőzése követte.

Hasonlóan nagy horderejűnek tartom az érbetegek felkutatását zászlajára tűző ÉRV – „Ereink Védelmében” – programot, amelynek eddigi eredményeiről dr. Farkas Katalin, a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság vezetőségi tagja fog beszámolni a kongresszusunkon. A perifériás érbetegség mintegy 400 ezer lakost érint Magyarországon, ám mivel a betegség – természetéből fakadóan – hosszú ideig tünetmentes marad, sok a felderítetlen eset. Az érszűkületes betegeknek az egészséges embereknél kétszer nagyobb az esélye szívinfarktusra vagy stroke-ra, felismerés és terápia nélkül egyharmaduk öt éven belül meghal. E tényeket szem előtt tartva társaságunk országos programot indított a tünetmentes periféri-

ás értegek felkutatása és kezelése érdekében. Az ÉRV program 48 kijelölt centrumban, húszezer beteg egy éven át tartó szűrésével kezdődött 2007-ben, és a betegek öt éves utánkövetésével folytatódik 2013-ig. A szűrvizsgálat a boka/kar index ultrahangos Doppler-mérőfejjel és vérnyomásmérővel végzett méréséből, valamint általános rizikófelmérésből áll. A résztvevőket a kapott eredményektől függően további vizsgálatokra küldik, illetve tanácsokkal látják el. A program első sorban az 50-75 év közötti nőkre és férfiakra fókuszál, akiket háziorvosi vagy más szakorvosi beutalóval vesznek előjegyzésbe a centrumokban.

S ha már a szűrésnél tartunk, hadd említsem meg egy másik kezdeményezésünket is, amelyet a sanofi-aventis gyógyszergyárral közösen indítottunk 2006-ban. Ez az EgészségVonat, amely eddig több mint 20 ezer ember figyelmét hívta fel az egészséges életmód fontosságára. A két év alatt több mint húsz városba ellátogató EgészségVonat négy különlegesen kialakított szerelvényében az egészségük állapota iránt érdeklődők vérnyomásukról, vércukor-, koleszterin- és triglicerid-szintjükről kaphattak pontos képet. A különösen veszélyes, kardiometabolikus kockázatot jelentő hasi zsírpárnákat a haskörfogat mérésével szakképzett személyzet diagnosztizálta. Itt meg kell jegyezni, hogy az abdominalis obesitas veszélyeit azért fontos tudatosítani a lakosságban, mert sokan nem tudják: ez a rizikó nem csupán a kifejezetten kövér emberekre nézve lehet kockázatos, hanem mindenkire, amennyiben a haskörfogat meghaladja nőknél a 88, férfiaknál a 102 centimétert.

## MAGAD URAM...

### – A felsorolt kampányok, akciók mind a Szív- és Érendszeri Nemzeti Programba illesztett zajlanak?

Igen, ezeket a mozgalmakat a Szív- és Érendszeri Nemzeti Program befogadta. Nem véletlenül, hiszen a program deklarált alapvető célkitűzése „a magyarországi lakosság egészségi állapotának javítása és az egészség értékévé válásának elősegítése a szív- és érrendszeri betegségek, az anyagcsere- és vesebetegségek elsődleges és másodlagos megelőzésével, illetve e betegségek magas szintű gyógyítása és rehabilitációja a területi és szolgáltatásbeli egyenlőtlen-

ségek csökkentésével és egyéb költség-hatékony megoldásokkal.” Mindennek gyakorlati megvalósítására azonban – tudomásom szerint – a központi költségvetés egy fillért sem áldozott. Kizárólag a gyógyszergyárak és az egyéb, orvosi műszereket gyártó cégek, pl. az OMRON támogatják kezdeményezésünket. Azt tudtuk letenni az asztalra, amit a Magyar Hypertonia Társaság a maga erejéből és a céges szponzorációknak köszönhetően előteremtett.

**– Amit Önök letettek az asztalra, nem kevés. Hiszen lassan a kezelt hipertóniások felénél sikerül elérni a 140/90 Hgmm vérnyomás célértéket. Ugyanakkor felmerül a kérdés: mit lehet még tenni azért, hogy a betegek másik fele is normális vérnyomású legyen?**

A magasvérnyomás-betegség kezelése igen összetett feladat. Mint utaltam rá, a hipertóniához gyakran társulnak különböző anyagcserezavarok és cukorbetegség. Alapvető fontosságú, hogy a betegek vércukrárt jól beállítsuk, és az LDL koleszterinszintjüket a szakmai irányelvekben meghatározott szintre csökkentsük. A diabéteszesek esetében ráadásul a szigorúbb <130/80 Hgmm vérnyomásérték elérése lenne kívánatos, ami igen nehéz feladat. A koleszterinértékek elérése tényleg nem büszkélkedhetünk egyelőre jó eredményekkel: a statin alkalmazás még mindig messze elmarad a kívánatostól.

A szakmai kérdéseken túlmenően kulcskérdés a betegek együttműködése is. Meg kell értetni velük, hogy a saját érdekében nem csak a gyógyszereket kellene pontosan szedniük, hanem be kellene tartaniuk a kezelőorvos életvezetési tanácsait is. Végül, de nem utolsósorban szükség lenne az orvosok és a betegek érdekeltségi rendszerének megteremtésére is. Erre számos példa létezik már külföldön. Az Egyesült Államokban – ahol 56-60%-os a célvérnyomás elérési aránya – jóval olcsóbban köti az egészségbiztosítást az a polgár, akinek normális a vérnyomása. Az USA-ban praktizáló orvosok bónuszt kapnak azért, ha a betegeiket eredményesen kezelik. Ugyanezt látjuk Angliában is: az a háziorvos, akinek a betegei 40%-ának 140/90 Hgmm alatti a vérnyomása, év végén egy igen jelentős összeget kap a biztosítótól. Miért? Mert a biztosítónak sokkal inkább megéri kifizetni a bónuszokat, mint fedezni a súlyos szív- és érrendszeri szövődmények kezelését. Hát ezt a magyar biztosító még nem számolta ki...

*Boromisza Piroksa*

## NÉVJEGY



**Prof. Dr. Farsang Csaba** belgyógyász, nefrológus, klinikai farmakológus. 1967-ben szerezte orvosi diplomáját a Budapesti Orvostudományi Egyetemen. Kandidátusi disszertációját „A koszorúerek reactive hyperaemiájának vizsgálata” címmel írta 1977-ben. 1978-tól 1979-ig a montreali McGill Egyetemen klinikai farmakológiával foglalkozott, amelyből szakvizsgát tett. 1984-ben írta doktori disszertációját és szerezte meg a nagydoktori címet (az MTA doktora). 1989-től a SOTE II. Belgyógyászati Klinikáján egyetemi tanár. 1990-től a

Tétényi úti Kórház I. Belgyógyászati Osztályának osztályvezető főorvosa, majd a kórház orvos-igazgatója. 2003. júliusától a Semmelweis Egyetem I. Belgyógyászati Klinikájának igazgatója. 2007-től a Főv. Szt. Imre Kórház Kardiometabolikus Centrumának vezetője. A Magyar Hypertonia Társaság alapítója és örökös tiszteletbeli elnöke, a Magyar Kísérletes és Klinikai Farmakológiai Társaság volt elnöke. Számos nemzetközi tudományos testület tagja (International and European Societies of Hypertension, European Society of Cardiology, International Society for Heart Research, International Society of Angiology). 49 könyv illetve könyvfejezet szerzője, publikációinak száma 286.