

# A beteg-együttműködés és annak javítása

Dr. Barna István

AZ ELMÚLT ÉVEK, évtizedek kutatásainak eredményei egyértelműen bizonyították, hogy az ember optimális vérnyomása 130/80 Hgmm vagy ennél kevesebb. A magasvérnyomás-betegség (hypertonia) az esetek nagy részében sem panaszt, sem tünetet nem okoz: alattomos, néma betegség, amely szinte észrevétlenül vezet súlyos szövődeményekhez. A magas vérnyomásértékeket azért kell a normális tartományba (140/90 Hgmm alá) leszorítanunk, mert ilyenkor kisebb annak a valószínűsége, hogy társult betegségként szív-, vese-, vagy agyi károsodás alakuljon ki. A hypertonia kezelésével a beteg egészségügyi kilátásai (morbiditya, mortalitása) jobbak, mint a vérnyomás csökkentése nélkül.

A hypertonia hátterében rendkívül bonyolult szabályozási rendszer zavara áll, emiatt biztosan állíthatjuk, hogy nem létezik egyetlen olyan „csodaszert” sem, amely mindenki számára optimális volna, de még ha létezne is ilyen, akkor is nagyon nehezen tudnánk elérni, hogy azt a gyakran tünet- és panaszmentes betegek élethossziglan, megszokás nélkül, rendszeresen szedjék. Ismert tény, hogy a vérnyomáscsökkentők néha mellékhatást okoznak, a betegség viszont önmagában nem jár tünettel.

A megfelelő vérnyomás beállítása rendszeres otthoni vérnyomás-ellenőrzést és legalább 3 havonkénti beteg-orvos találkozást igényel. Ilyenkor lehetőség nyílik a kezelés kiigazítására,

*A beteg-együttműködés hatékony javítása csak az orvosok ismereteinek és belső indíttatásának folyamatos megújulása mellett képzelhető el. A betegek otthoni vérnyomásmérése, az eredmények pozitív megerősítése a hatékonyság fontos kelléke. A képzett nővérek, asszisztensek bevonása a kezelésbe a terápiás hatékonyság igazi kulcsa. Azok az eredmények, amelyeket a legkiválóbb centrumok jelentenek, csak magas szintű felső- és középszintű végzettséggel rendelkező egészségügyi személyzet közreműködésével valósulhatnak meg. A család aktív szerepe, a beteg bevonása sem nélkülözhető. A kezelés során a jó compliance a hosszú hatástartamú fix kombinációk alkalmazását is feltételezi. Végül a gyógyszergyárak által biztosított korszerű készítmények, vérnyomásnaplók, tájékoztató füzetek, kiadványok is mind-mind a beteg-együttműködés hatásos letéteményesei. A 21. század egyik legnagyobb egészségügyi vívmánya lehet, ha a szociális, társadalmi és orvosi segítség mellett a saját magáért felelősséget érző ember is cselekvően közreműködik saját egészségének fenntartásában, javításában.*

**KULCSSZAVAK:** BETEG-EGYÜTTMŰKÖDÉS, COMPLIANCE, HYPERTONIA KEZELÉSE

kisebb-nagyobb mértékű változtatására. Az együttműködés magába foglalja az orvos által személyre szabottan összeállított táplálkozási és testmozgási javaslatokat és azok ellenőrzését is. A beteg-orvos-gyógyszer kapcsolatrendszer része az önvérnyomásmérés, a vérnyomásnapló vezetése és a beteg oldaláról a gyógyszer kiváltása, annak pontos szedése is.

A vérnyomásértéket számos tényező befolyásolja (érzelmi-fizikai állapot, étkezés, alkoholfogyasztás, dohányzás, külső-belső hőmérséklet, a vizsgált személy testhelyzete, a kar alátámasztása stb.), és a gyorsan változó érték gyakori tévedések forrása lehet. Ezekhez még naponta és havonta ingadozó hormonváltozások is társul(hat)nak, melyek mind befolyásolják az aktuálisan mért

vérnyomásértéket. A beteg-orvos kapcsolat magasabb szintet érhet el, ha a beteg az állapotának nemcsak passzív elfogadója (compliance, együttműködés), hanem aktív részese (adherence, terápiás fegyelem) lesz. Számos félreértés tisztázódhat, mindkét fél sajátjának tekinti a betegséget, melynek legfelismerhetőbb tünetét, a vérnyomás változását a beteg maga is észleli – ennek leghatékonyabb eszköze az önvérnyomásmérés. A beteg önmaga megfigyelheti, hogy mely napszakban (délelőtt, este), milyen környezeti változásokra (hideg- vagy melegfront, szellemi- testi megerőltetés), milyen étrend mellett vagy egyéb tényezők következtében változik meg a kórházi környezetben beállított egyensúlyi állapot. Az önvérnyomásmérés kiemelt jelentőségűvé vált a hypertonia diagnosztikájában és a terápia hatásának ellenőrzésében,

emellett javítja a betegek terápiás együttműködését is. Bizonyítékok támasztják alá, hogy az önvérnyommérés javítja a compliance-t és a vérnyomáskontrollt.

### Alapfogalmak

Érdeemes néhány fogalmat tisztázni. Az együttműködés, terápiahűség (compliance), a terápiás fegyelem (adherencia), az időbeli kitartás (perzisztencia) és az összhang (concordancia) egymáshoz közel álló, de nem azonos jelentésű fogalmak. Az együttműködésben a beteg és az orvos a főszereplők, ám igen sok mellékszereplő is részt vesz benne. Jelentőségük az antihipertenzív terápiában kiemelt jelentőséggel bír. A gyógyszereszedést alapvetően meghatározza, hogy milyen hosszán és milyen rendszerességgel kell szedni az adott készítményt. A magasvérnyomás-betegség során a soha ki nem hagyható, élethosszig tartó szedés igénye miatt a terápiás siker több ponton is sérülhet. A terápiahűséget (Matos Lajos tanár úr ajánlása nyomán így nevezzük azt, hogy a beteg menyire tartja be az előírt gyógyszerelést) nagymértékben meghatározza, hogy a gyógyszer okozta mellékhatás milyen mértékű, hogy egy nap hányféle és hány darab gyógyszert kell bevenni. Hatásos antihipertenzív kezelés a beteg jó együttműködése nélkül elképzelhetetlen. Az, hogy milyen mértékben sikerül az egész életre szóló terápiahűséget megalapozni, a magas vérnyomás felfedezésekor és az orvos első ténykedésekor nagyrészt eldől.<sup>1</sup> Egy nemrég lezárult elemzés során a terápiás hatás,

a halálozás és a compliance kapcsolatát gondos vizsgálattal, elektronikus adatgyűjtéssel, a szerzők által előzetesen meghatározott feltételrendszerrel értékelték.<sup>2</sup> Bár számos kritika érheti a 46 847 beteg és 19 633 placebo-t kapó vizsgálati alany adatait feldolgozó 21 válogatott tanulmány metaanalízisét, az eredmények cseppet sem voltak meglepőek. A betegek rossz, illetve jó együttműködésétől függően a halálozás kockázata jelentősen különbözött (esélyhányados: 0,56; 95%-os megbízhatósági tartomány: 0,50–0,63). A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy jó beteg-együttműködés esetén a halálozás csökken. A közlemény a tények leírására vállalkozott, és kevésbé az értékelésre.

Az együttműködés másként néz ki a beteg és másként az orvos szemszögéből, illetve a gyógyszer tulajdonságai vonatkozásában. A beteg számára a hatásos vérnyomáscsökkentés, a napi egyszeri gyógyszerbevitel, a kevés mellékhatás és a megtartott életminőség mellett a kezelés költségének van szerepe. Az orvos a hatásos vérnyomáskontroll, a célvérnyomás elérése mellett a lehetőség szerinti gyors és tartós, mellékhatásmentes terápiás sikerben érdekelt. A gyógyszertől biztonságosságot, jó tolerálhatóságot, hosszú hatástartamot várunk.

### Együttműködés a beteg szemszögéből

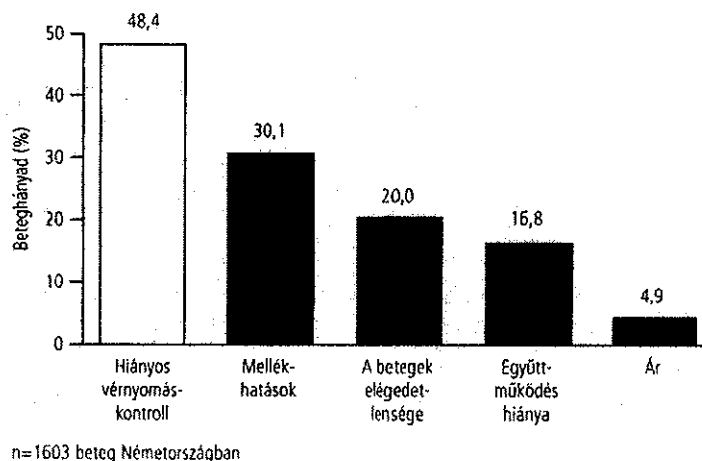
A hypertonia az esetek nagy részében sem panaszt, sem tünetet nem okoz. Nagy felmérések alapján vált ismertté,

hogy ha egy gyógyszert évekig, évtizedekig kell szedni, a betegek több mint fele (!) vagy kisebb adagban, vagy egyáltalán nem szedi azt. A rossz együttműködés nincs összefüggésben a betegek iskolázottságával, intelligenciájával, anyagi helyzetével. A mellékhatások megjelenése tovább rontja a beteg-orvos-gyógyszer kapcsolatot. A felmérések arra utaltak, hogy a betegek nagy (60% körüli) része nem tudja pontosan az általa szedett gyógyszer nevét vagy annak adagját, nem ismeri a bevételi előírásokat, kapcsolatát az étkezéssel, az esetleges alkoholfogyasztással, a testmozgással, életritmussal. Nem lehet tehát eleget hangsúlyozni, hogy a kezelés során az ideális beteg-orvos kapcsolat a beteg hosszú távú együttműködésének igazi kulcsfontja.

Gyakori, optimális időtartamú, hatékony beteg-orvos megbeszélésekre van szükség. Ideális esetben a páciens bemutatja önvérnyomméréseinek eredményeit, és a szakmai ismeretek birtokában álló családorvos hatékonyan segíti a betegségét ismerő és elfogadó beteget. Személyre szólóan kialakított kezeléssel el kell érni, hogy a beteg életminősége, munkaképessége a lehető legkedvezőbben alakuljon. Hiába veszünk figyelembe bármilyen terápiás alapelveket, kockázati tényezőket, társbetegséget, ha nem vagyunk tekintettel az adott beteg szociális helyzetére és a választott gyógyszer költségére. Ha azt gondoljuk, hogy a nem gyógyszeres kezelés alapja a megfelelő étrend betartása, akkor ez túlsúlyos, diabéteses beteg esetében hatványozottan igaz. Ha inzulin adására is szükség van, az

1. ábra. A vérnyomáscsökkentő kezelés módosításának leggyakoribb okai

Forrás: Dusing R, et al. Blood Pressure 1998;7:313–315



étkezési előírások még szigorúbbak lesznek. A kezelés során változhat a gyógyszer bevitelének időpontja. A hosszú hatástartamú szerek ebből a szempontból kiemelt jelentőséggel bírnak, hiszen adásuk mellett a vérnyomás napszaki ingadozása kevésbé észlelhető. Ismerjük a „drug holiday” (3 napot meghaladó gyógyszerkiagyás) jelenségét is. Ebben a vonatkozásban a hypertonia, az osteoporosis és a gastrointesztinális betegség miatt krónikusan kezelt betegek hasonlítani egymáshoz. A terápiahűség hypertoniás betegek körében 50% körül van egy évet meghaladó kezelés során.

Ha elvárjuk a betegtől, hogy az előírt diétás tanácsokat betartsa, alkoholfogyasztását mérsékelje, elhagyja a dohányzást, sószegegy étrendre térjen át, és fokozza fizikai aktivitását, és emellett elvárjuk tőle a komplett, élethosszig tartó terápiás fegyelmet is, vagyis hogy naponta 6–8 féle gyógyszert szedjen a megfelelő időpontokban, akkor – 30 éves orvosi tapasztalataim szerint – elrugaszkodunk a mindennapoktól, bár kétségtelen, hogy a többség sokkal inkább beveszi a gyógyszert, mintsem elhagyja a cigarettát vagy az alkoholt, a többitől nem is beszélve...

A gyógyszer pontatlan szedése rontja a terápiás hatást, ugyanakkor a beteg számára kisebb költséget és nagyobb

szabadságot jelent, s a szövődmények megjelenéséig talán senkinek sem tűnik fel.

Több mint tíz évvel ezelőtt egy elemzésben a vérnyomáscsökkentés megváltoztatásának főbb okait kutatták.<sup>3</sup> A gyógyszer(ek) megváltoztatásának legfőbb oka a nem megfelelő vérnyomáscsökkentés után a mellékhatások megjelenése, illetve az együttműködés hiánya volt. Érdekes, hogy a gyógyszer módosítás háttérében csak 5%-ban szerepelt a kezelési költség (1. ábra). A mindennapok gyakorlatában is jól megfigyelhetjük, hogy a gyógyszer bevitelének gyakorisága milyen szoros összefüggésben van a betegek terápiahűségével. Napi egyszeri gyógyszeresedés esetén 94%-os, napi kétszeri szedésnél 78%-os, napi háromszori alkalmazás során pedig már csak mintegy 50%-os volt a betegek terápiahűsége.

A beteg életminőségét természetesen számos tényező határozza meg. Ide tar-

toznak a testi állapotot jellemző paraméterek (önellátás, munkaképesség, erőnlét), a pszichés jellemzők (elégedettség, jóllét, önértékelés, szorongás, depresszió) és a szociális kapcsolatok sokasága (foglalkozás, pihenés, rehabilitáció), családi és társas kapcsolatok (szexualitás, gyermekvállalás, munka, képzés, oktatás). Az életminőség megítélését a nem (nőknél rosszabb), az életkor (időskorban az elvárások módosulnak), a szociális támogatottság (hátrányos szociális helyzet) egyaránt meghatározza. A betegség megélése is igen eltérő (nőknél, hátrányos helyzetűeknél rosszabb lehet).

A hypertoniás beteg ellátása során állandóan jelen vannak az életminőséget meghatározó lelki és társadalmi tényezők is. A feladattal való megküzdés, a társas támogatás, az alvás, memória, érzelmi élet változásai éppúgy részei a beteg együttműködésének, mint a beteg személyiségi tényezői-

nek és szexualitásának megismerése. Ne felejtjük el, hogy az idült betegek együttműködése közel 60%-ban elégtelen, és ez a rossz együttműködés nincs kapcsolatban az iskolázottsággal, műveltséggel.

Az együttműködés gyakran változik, s a családban, munkahelyen, életvitelben bekövetkező változások is messzemenően módosíthatják. A krónikus betegséget, a magas vérnyomást gyakran a beteg és a környezete egyaránt defektusnak éli meg, emiatt titkolja, szégyelli az állapotát. Az együttműködés megoldatlansága sok tekintetben nem is orvosi probléma, mégis meghatározó jelentőségű a terápiás sikertelenség szempontjából. A kényes és téves ismeretek, a mellékhatások megjelenése vagy az azoktól való félelem, a gyógyszerek egymásra hatása mind meghatározó. Alighanem valamenynyien ismerjük a gyógyszerek alkalmazási előírásának a betegek tájékoztatásában betöltött szerepét. Óriási jelentőségük van a betegek tájékoztatásában, de gyakran nem kis nehézséget jelentenek az orvosnak a beteg megfelelő együttműködésének fenntartásában.

### Együttműködés az orvos oldaláról

A beteg és az orvos életre szóló szövetsége a hypertonia során számos nehézséget okozhat az orvosnak is. Évekig, évtizedekig kell kezelni egy jóformán tünet- és panaszmentes embert azzal a meggyőződéssel és abban a hitben, hogy a kezelés egyetlen eredményeként nem változik semmi az évek során,

vagyis nem lép fel szövődmény. Természetesen a szövődmények megjelenése (az agy, szív, vese, szem elváltozásai) esetén már mindenki számára egyértelmű, hogy mulasztás történt valahol. Az élethosszig tartó állapot folyamatos gondozást kíván, melynek során a kezelőorvos a szakmai ismeretek birtokában hatékony segítőtje lehet a betegségét ismerő és elfogadó betegnek.

A beteg-orvos együttműködést nagyfokban meghatározza az orvos elérhetősége, a kapcsolat személyessége, a vizitek gyakorisága. Az a tény, hogy a panasz- és tünetmentes állapotú beteg gyakran nem kap kellő felvilágosítást a betegség szövődményeiről, illetve a következményekről, gyakran az orvosi motiváció hiányából ered (rossz költség/haszon arány). A gyógyító orvos szerepe óriási, hiszen fontos ismereteket adhat át a hypertoniabetegségről, annak veszélyeiről és a normális vérnyomásszintről. Az orvos határozza meg a betegkövetés szükségességét (a programozott viziteket, a vizitek közötti időtartamot). Az orvos a felelős a nem orvosi személyzet munkájáért, az ápolónők képzéséért, továbbképzéséért, hiszen ezek nélkül alig valósítható meg a korszerű hypertonia-gondozás.

Megfelelő beállítás mellett is szükség van rendszeres ellenőrzésre. Valamenyny első vonalbeli szer alkalmas kezdő és mint fenntartó terápiára egyaránt, így a választást szakmailag a kockázati tényezők, a társbetegségek, illetve a célszervkárosodások határozzák meg.<sup>4</sup>

A 2008-ban publikált ONTARGET vizsgálatban a ramiprillel kezelt bete-

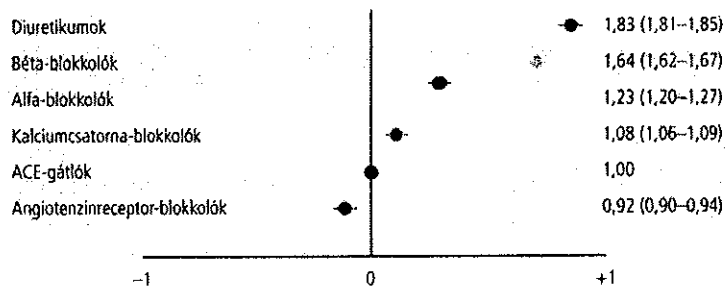
gek (n=621) 7,2%-a nem fejezte be a vizsgálatot, míg a telmisartan alkalmazása esetén (n=438) ez az arány 5,1% volt.<sup>5</sup> A két kezelési csoport között tehát a terápiához való hűség tekintetében 29,2% volt a különbség. A telmisartan hasonló terápiás hatása egyértelműen nagyobb fokú tolerabilitással társult, ennek megfelelően a hatás és a tolerabilitás aránya is lényegesen kedvezőbben alakult. A vérnyomáscsökkentő gyógyszerek közti különbség a morbiditást és halálozást csökkentő hatásban, valamint a mellékhatásokban rejlik. A telmisartannal kedvezőbb mellékhatásprofil mellett érték el azonos célvérnyomásértéket és azonos morbiditási eredményeket. A telmisartan nagy kardiovaszkuláris kockázatú betegek esetében ugyanolyan hatásos volt, mint a ramipril, de jobban tolerálták a betegek.<sup>5</sup> Olaszországban, Lombardiában több mint 440 ezer beteg adatait elemezték.<sup>6</sup> A kezdeti monoterápia megváltoztatását gyógyszer-csoportok szerint is értékelték. A betegek terápiahűsége az angiotenzinreceptor-blokkoló (ARB) – ACE-gátló – kalciumcsatorna-blokkoló kezelés során volt a legkedvezőbb (2. ábra).

### Az együttműködés sokrétűsége

Az 55 évesnél idősebb magyar lakosság átlagosan 6–8 féle gyógyszert szed. A tabletták napi egyszeri szedésekor még a 80–90%-os, kétszeri bevételnél a 70–80%-os, napi három alkalom esetén már csak az 50–60%-os pontosság a jellemző. Az életmód és a táplálkozási szokások megváltoztatása

2. ábra. A kezdeti antihipertenzív monoterápia abhagyásának kumulatív incidenciája 1 év alatt, az ACE-gátlókhöz viszonyítva

Corrao G, et al, 2008\* nyomán



elyett még ma is inkább a gyógyszerek mennyiségének növelésébe tördök bele mind az orvosok, mind betegek, ám ezzel a mellékhatások gyakoribbá válnak.

Tudjuk, hogy a közel 2,5 millió hypertóniás beteg kezelése az egészségügyi ormányzatnak, a biztosító(k)nak és betegeknek is jelentős anyagi terhet jelent. A betegeket a közvetlen (gyógyszerek, saját vérnyomásmérő stb.) kiadások mellett közvetett költségek ellenőrzés, utazás, munkaidő-kiesés (stb.) is terhelik, miközben az életmód-átváltoztatás (pl. korszerű táplálkozás, port) is pénzbe kerül. A minél kisebb zámú tabletta/kapszula elsősorban jobb compliance, a több szer adása felismerhető mellékhatások szempontjából kedvezőbb. A kezelés betartását egyértelműen nehezíti, ha a kezelés nem igazodik a beteg életritmusához, vagy ha több orvos – a családorvos mellett hipertónológus, kardiológus, nefrológus, diabetológus, esetleg reumatológus, pszichiáter is – ajánl készítményeket. A családorvosra hárul az ajánlások összegzése, végiggondolása, ellenőrzése. Az előírt gyógyszerek mellett a gyógyszerhatású készítmények esetleges mellékhatásai, a mellékhatása az antihipertenzív kezelés hosszú időtartama során észlelhető vérnyomás-ingadozások nem felismert oka lehet.

Egy Svédországban végzett keresztmetszeti vizsgálatban 4424 hypertóniás beteg adatait értékelték számos szempontból, így többek között a dohányzás felől megközelítve is. A balkamra-hipertrófia és a microalbuminuria – a hypertonia okozta szív- és veseszővődmények érzékeny markerei – szignifikánsan gyakrabban jelentkeztek dohányzók, mint nem dohányosok körében (balkamra-hipertrófia: 25,7% vs. 20,1%; microalbuminuria: 26,2% vs. 20,5%), miközben a célvérnyomást elérők aránya is különbözött (32,7% vs. 25%). A különbség felvetette a dohányosok kisebb fokú compliance-ának, illetve a dohányzás és az antihipertenzív szerek interakciójának lehetőségét.<sup>7</sup>

### A terápiahűség javítása – mi lehet a megoldás?

Napjainkban léteznek olyan hosszú hatástartamú, napjában egyetlen alkalommal szedendő vérnyomáscsökkentők, amelyek az egész nap folyamán egyenletes vérnyomást biztosítanak, és ezeknek az új típusú készítményeknek

a mellékhatása szinte elhanyagolható. Hatásos megoldás lehet a kevesebb számú gyógyszer átgondolt (!) előírása. Ismeretes, hogy az esetek túlnyomó részében kombinált gyógyszeres kezelésre van szükség a megfelelő célvérnyomás eléréséhez. A fix kombinációban alkalmazott szerek javítják a gyógyszerbevételi hajlandóságot, mert az egyszerű kezelési protokoll alkalmazása mind a betegek, mind a kezelőorvos számára jelentős könnyebbséget jelent.

Mi állhat még a rossz együttműködés hátterében? A beteg ellenállása, az orvos ellenállása és a hypertonia-betegség ellenállása egyaránt vezethet rossz együttműködéshez. Persze nem zárható ki, hogy a kezelésnek anyagi vagy egyéb gátja van. A rossz együttműködést kommunikációs problémák, mindkét fél magatartásavara és persze a gyógyszer mellékhatása egyaránt kiválthatja. Gyakori ok, hogy az orvostól hiányzik a belső késztetés a célvérnyomás elérésére, és ha ehhez a kezelésre adott nem megfelelő válasz társul, akár rossz gyógyszerválasztás, akár szekunder hypertonia miatt, akkor bizony

alig várható, hogy megfelelő kardiovaszkuláris védelmet érjünk el.

A 2003-ban megfogalmazott JNC-7 (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure) a compliance javítása reményében és a betegek költségének csökkentésére ajánlja mind a generikus gyógyszerek használatát, mind a kombinációban alkalmazott kezelést. Az ajánlás emellett megerősíti, hogy az ACE-gátlók, ARB-k, kalciumcsatorna-blokkolók, béta-blokkolók, tiazid diuretikumok mind „A” evidenciaszintű bizonyítékok alapján csökkentik a kardiovaszkuláris morbiditást és mortalitást. Ha a vérnyomáscsökkentés és a mellékhatások csökkentése érdekében indokolt a kombinációs terápia, akkor a compliance szempontjából előnyösebb a kis dózisú fix kombinációk alkalmazása.<sup>8</sup> A fix kombináció alkalmazása elsősorban azokban az esetekben ajánlott, amikor ez az antihipertenzív hatás növekedése mellett a kockázati státusra kifejtett kedvező változásokkal, szűkebb mellékhatásprofilal társul. Végül, de nem utolsósorban fix kombináció alkalmazása esetén olcsóbban juthatnak a betegek az adott gyógyszerhez, mint két különálló szer szedésével. A hipertónia elégtelen kezelésének hátterében álló okok közt egyebek mellett a rossz kombinációk alkalmazása, a nem megfelelő compliance és az orvos szemléletének hiányosságai is gyakran felfedezhetők. Az egyszerűbb terápia a fix dózisú kombináció alkalmazásával a compliance ugrásszerű javulásához vezetett.<sup>9</sup>

A European Society of Hypertension (ESH) 2007. évi milánói kongresszusán mutatták be az eddig lezárult nagy nemzetközi vizsgálatok alapján módosított irányelvet, melynek zárófejezete a betegek követésével, együttműködésének javításával foglalkozik. A megfelelő vérnyomás-beállítás rendszeres orvosi viziteket igényel, amelyek során időről időre módosítani lehet az alkalmazott antihipertenzív terápiát a vérnyomásváltozások és a mellékhatások függvényében. A 2–4 hétig tartó beállítási időszakot követően a célvérnyomás elérésével a beteg-orvos találkozások ritkíthatók. Mindamelllett két vizit között túl hosszú szünetet tartani nem tanácsos, mivel sérülhet a beteg-compliance. A kis kockázattal terhelt, enyhén hipertóniás betegek esetében rendszeres otthoni vérnyomásméréssel a köztes időszak meghosszabbítható, és tartós egyensúlyi állapot esetén 6 havonkénti ellenőrzés javasolható. Gyakoribb ellenőrzésre van szükség akkor, ha a beteg nagy vagy nagyon nagy kockázatu.<sup>10</sup>

Hasonló gyakoriságú kontrollra kell törekedni a gyógyszer nélkül kezelt betegek esetében is, tekintettel az általában nem megfelelő compliance-ra. Tájékoztatni kell a beteget a hipertónia veszélyeiről és a hatásos terápia hasznáról. Célszerű írásban és szóban is útmutatást adni a kezelésről. Lehetőség szerint csökkenteni, egyszerűsíteni kell a napi gyógyszerelést, melybe be kell vonni a beteg családját, partnerét. Az otthoni vérnyomásmérés a terápiához való hozzáállás megváltoztatásának fontos eszköze. Nagy figyelmet kell

fordítani a mellékhatásokra, a terápia-hűségre, és ha szükséges, időnként módosítani kell a gyógyszer adagját vagy típusát. Folyamatosan párbeszédet kell folytatni a beteggel a pontos gyógyszereszedésről és a felmerülő kérdésekről. Végül, de nem utolsósorban megfelelően támogatott és a beteg által megfizethető, optimális készítményt kell javasolni.

Az orvosok és a betegek nem szívesen alkalmaznak többféle antihipertenzív gyógyszert. Az orvosok általában vonakodnak kitenni betegeiket egy újabb gyógyszer esetleges mellékhatásának és tovább növelni a költségeket. A betegek ugyanilyen okoknál fogva nem fogadják szívesen az újabb gyógyszer felírását, ráadásul a tabletták növekvő számát gyakran a betegség súlyosbodásaként élik meg. A gyógyszerterekben dolgozó patikusoknak és a kórházi gyógyszerészeknek egyaránt nehézséget jelent a tabletták számának növekedése. Hazánkban az OEP Gyógyszerügyi Főosztálya 2009. január 28-ai összegző javaslatában 412 különböző antihipertenzív készítményről tesz említést. A több gyógyszer több ügyintézési és tárolási problémát jelent, valamint a gyógyszerkölcsönhatások kockázatának alig átlátható növekedésével jár.

Milyen veszélyt rejt magában a fix kombinációk alkalmazása? Az orvosi kényelem és az automatizmus megjelenése révén megszűnhet a tényeken alapuló orvostudomány mindenkor legfrissebb eredményeinek ismeretében átgondolt kezelés. Emellett mellékhatás megjelenésekor nehezebb azonosítható.

hogyan azt a két komponens közül melyik okozta. Ha nem érjük el a célvérnyomást, az újabb döntés meghozatala okozhat gondot. Dózízt emeljünk? Mennyivel? Másik gyógyszerrel egészítsük ki a kezelést? Melyikkel? Kétségtelen, hogy az ilyen aggályok miatt nem mondhatunk le a kombinációk használatáról. Hogy mit hoz a jövő a kombinációs kezelések területén? Talán a vérnyomáscsökkentők kettős vagy hármas kombinációi mellett sztatint és/vagy inzulinérzékenyítőt és/vagy acetil-szalicilsavat is tartalmazó kombinációkat – egyelőre nem tudhatjuk, de ezek is logikusnak látszanak.

A hypertonia szövődményei és társbetegségei mind-mind befolyásolják a betegek együttműködési készségét, ezért is nagyon nehéz feladat a hypertoniás beteg optimális compliance-ának, adherenciájának elérése.

#### Irodalom:

1. Matos L. Terápiahűség vagy -hűtlenség: Az antihipertenzív kezelés bizonytalansági tényezője. *Metabolizmus* 2005;3(Suppl):S1–S5
2. Simpson SH, Eurich DT, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 2006;333:15–21, doi: 10.1136/bmj.38875.675486.55
3. Skaer TL, Sclar DA, et al. Antihypertensive therapy. *Curr Ther Res* 1998;53:256–264
4. Wood D. The concept of doctor targets based on quality guidelines: focus on blood pressure. *Eur Heart J* 2007;Suppl. 9:B29–B36
5. The ONTARGET Investigators: Telmisartan, Ramipril, or Both in Patients at High Risk for Vascular Events. *NEJM* 2008;358:1547–1559 és *J Hypertens* 2008;26:164–168
6. Corrao G, Zambon A, Parodi A, Poluzzi E, Baldi J, Merlini L, Cesana G, Mancina G. Cumulative Incidence of Discontinuation of Initial Antihypertensive Monotherapy over 1 Year (Lombardia Data-base; n = 445,356). *J Hypertens* 2008;26:819–824
7. Journath G, Nilsson PM, Petersson U, et al. Hypertensive smokers have a worse risk profile than smokers in spite of treatment – A national study in Sweden. *Blood Pressure* 2005;14: 144–150
8. Farsang Cs. A gyógyszer-kombinációk jelentősége a hipertónia kezelésében. *Háziorv Tovk Szle* 2004;9:715–721
9. Neutel JM. The role of combination therapy in the management of hypertension. *Nephrol Dial Transpl* 2006;21:1469–1474
10. ESH Guideline. *J Hypertens* 2007;25:1105–1187