

# HYPERTONIA ÉS NEPHROLOGIA

A Magyar  
Hypertonia  
Társaság



és a

Magyar  
Nephrologiai  
Társaság  
lapja



A Magyar  
Hypertonia Társaság  
XXX. Jubileumi  
Kongresszusa  
TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAMA

2023. szeptember 14–16.

Hotel Azúr, Siófok

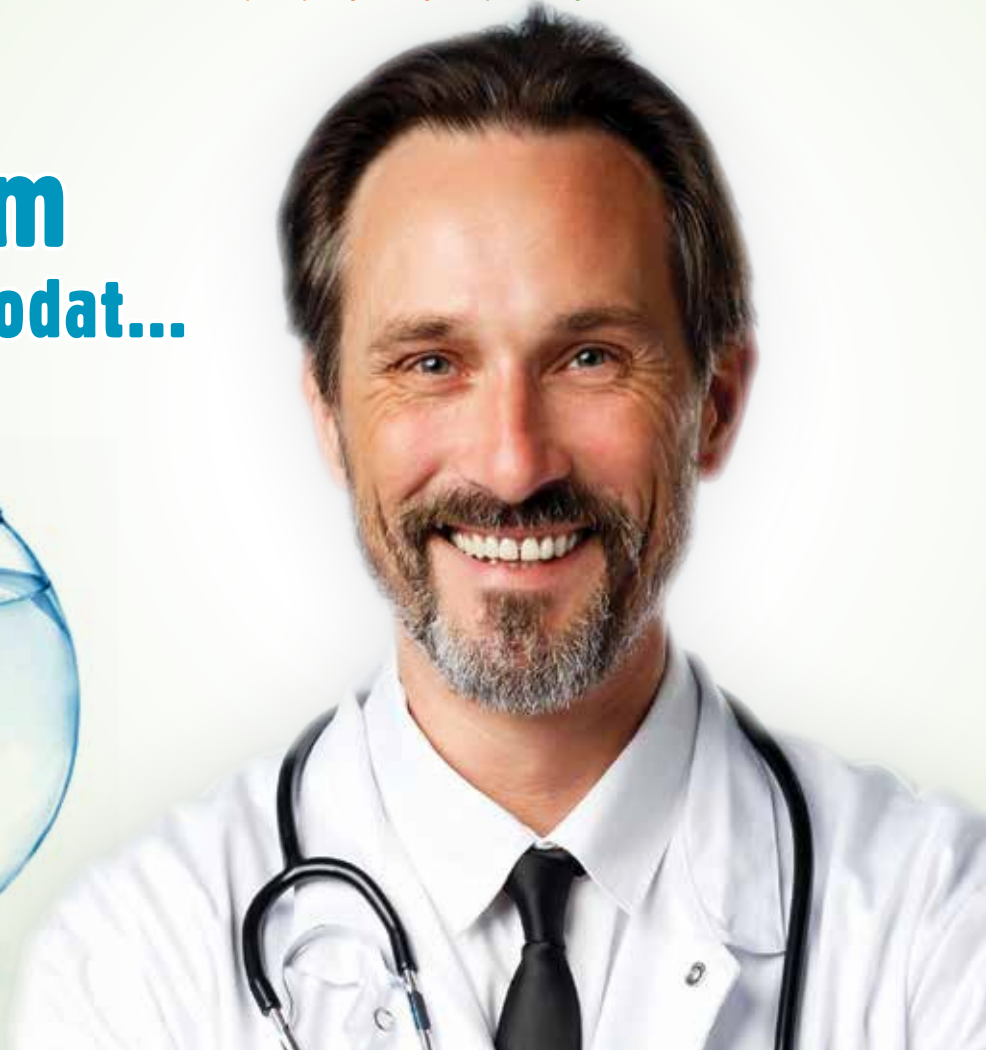
Kiadja:

több  
mint **30**  
éve  
LITERATURA MEDICA  
ASSOCIATION  
az orvostudomány  
szolgálatában

# COVEREX<sup>®</sup>-AS Komb Forte

perindopril-arginin 10mg + indapamid 2,5mg

## Teljesítem három kívánságodat...



- 1 Fokozott vérnyomáscsökkentő hatékonyság<sup>1-3</sup>
- 2 Anyagcsere-semleges hatás<sup>1-5</sup>
- 3 Igazolt kardiovaszkuláris védelem<sup>3, 6-8</sup>

### Coverex<sup>®</sup>-AS Komb Forte filtabletta



**Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!**

[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show\\_details&item=31086](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=31086)

**Árinformáció (PUPHA: Publikus gyógyszerterzs, közzététel dátuma: 2023. 07. 26.):**

Coverex<sup>®</sup>-AS Komb Forte filtabletta 30x fogyasztói ár: 2 264 Ft, TB támogatás: 1 208 Ft, térítési díj: 1 056 Ft.

Ez a tájékoztató anyag orvosok és gyógyszerészek számára készült. Az Egis Gyógyszergyár Zrt. nem vállal felelősséget a közölt információk illetéktelen felhasználásából eredő következményekért. A termékről további tájékoztatás kapható az orvoslátogató kollégáinknál/key account manager kollégáinknál található információs anyagokból.

Termékeink árváltozásaiával kapcsolatos információkért forduljon orvoslátogató kollégáinkhoz/key account manager kollégáinkhoz, illetve ezekről tájékozódhat a Nemzeti Egészség-biztosítási Alapkezelő honlapján: [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu)

Amennyiben termékeink alkalmazása során „Nemkívánatos eseményt” észlel, kérjük, 24 órán belül jelentse a [pharmacovigilance@egis.hu](mailto:pharmacovigilance@egis.hu) e-mail címen vagy a +36-1-803-2222-es telefonszámon!

<sup>1</sup> Farsang C et al. (PICASSO Study); *Blood Press*. 2013; 22 Suppl 1:3-10; • <sup>2</sup> Karpov YA et al. (FORTISSIMO Study); *Clin Drug Invest*. 2017; 37(2):207-217; • <sup>3</sup> Mourad JJ, Le Jeune S. *Curr Med Res Opin*. 2009; 25(9):2271-2280; • <sup>4</sup> Böhlen L et al.; *J Cardiovascular Pharmacol*. 1996; 27:770-776; • <sup>5</sup> Leonetti G. *Drugs*. 2000; 59 Suppl 2: 27-38; • <sup>6</sup> Dahlöf B et al.; *J Hypertens* 2005; 23:2063-2070; • <sup>7</sup> Mogense CE et al. (PREMIER Study); *Hypertension* 2003; 41:1063-1071; • <sup>8</sup> Patel A et al. (ADVANCE Study); *Lancet* 2007; 370: 829-840.

# Köszöntő a Magyar Hypertonia Társaság XXX. kongresszusára

*Torták, rózsák, égő gyertyák,  
s néhány szívből jövő kívánság.  
Ha elmúltál már ennyi meg ennyi,  
nem kell azt úgy a szívedre venni.  
Boldog születésnapot!*

*Adamis Anna: Születésnapodra (Presser Gábor-Adamis Anna: Harminc éves vagyok)*

## Tisztelt Kolléganők és Kollégák, kedves meghívott vendégeink és barátaink!

Harminc évesek lettünk. Alkalmom és lehetőség ez arra, hogy visszatekintsünk és emlékezzünk az elmúlt három évtizedre. Az első Magyar Hypertonia Symposiumot 1991-ben *Dr. Török Eszter*, *Dr. de Châtel Rudolf* és *Dr. Farsang Csaba* szervezte az Európai Hypertonia Társaság (ESH) Milánóban tartott kongresszusának szatellita rendezvényeként. Ezen a kongresszuson az a tény, hogy több mint 400 magyar résztvevő volt, már jelezte a téma iránti nagy hazai érdeklődést.

Itt emeljük ki, *Dr. Illyés Miklós* vitathatatlan érdemeit, hiszen ő szervezte meg 1991-ben az I. és 1992-ben a II. ABPM szimpóziumot és alapvető szerepet játszott az ambuláns vérnyomásmonitorozás hazai elterjesztésében, a MEDITECH Kft. alapítójaként az első magyar ambuláns vérnyomásmonitor, a MEDITECH ABPM 1 kifejlesztésében.

Az 1992-es szimpóziumon több mint 100 résztvevő jelenlétében *Dr. Nagy László főorvos úr* javasolta a Magyar Hypertonia Társaság megalapítását. Javaslata osztatlan sikert aratott, ezért a következő évben, az 1993-ban összehívott tudományos kongresszuson megalakult a Magyar Hypertonia Társaság (MHT). A Társaság célul tűzte ki, hogy ösztönözze és kordinálja a szakmai és tudományos munkát a hipertonia területén, valamint fejlessze a hazai, az európai, valamint a világ minden részére kiterjedő, nemzetközi kapcsolatokat és aktívan hozzájáruljon a hipertóniás betegek ellátásának javításához. Ezen célok a harmincéves MHT tevékenységének változatlanul a lényegét jelentik.

Az MHT taglétszáma a kezdeti 120-ról gyorsan növekedett, így a 2007. év végére az MHT-nek közel 1600 tagja volt. Támogattuk és támogatjuk a magyar kutatási eredmények megismerését hazai és külföldi fórumokon. Az MHT kiemelkedő feladatává vált a hypertonologia területén a magas szintű hazai képzés, szakképzés és továbbképzés támogatása. Bekapcsolódtunk az európai és nemzetközi hipertonia társaságok életébe. A továbbképzések szervezésével, a feltétel- és a vizsgarendszer meghatározásával, elősegítettük és elősegítjük a mára már hivatalosan elismert hazai, valamint a nemzetközi akkreditációjú európai hypertonologus képesítés megszerzését.

Megszerveztük és szakmailag elismertük a hipertonia ellátóhelyeket. Számos, a hipertonia tudomány egy-egy speciális területével foglalkozó munkacsoportot szerveztünk. Tevékenységünk elismeréseként az Európai Hypertonia Társaság hazánkban is akkreditált hat ellátóhelyet, mint „*Hypertension Excellent Center*”-t.

Számos külföldi szaktekintélyt a társaság tiszteletbeli tagjává fogadtunk. A kiemelkedő társasági munka elismerésére megalapítottuk a „*Török Eszter*”, a „*Marosvári Miklós*” és a „*Kiss István*” díjakat. Kongresszusunkra rendszeresen meghívott külföldi (portugál, olasz, német, horvát, szlovák, román és szerb) kollégák nagy örömmel látogatnak el hozzánk. Külön kiemeljük a Portugál Hypertonia Társasággal 2008 óta rendszeresen, utóbbi években két alkalommal, a Horvát Hypertonia Társasággal és a Szlovák Hypertonia Társasággal évente szervezett közös szimpóziumainkat.

Fájó szívvel, ugyanakkor nagy tisztelettel emlékezünk Társaságunk két volt elnökére, akik sajnos már nem jöhetnek el a jubileumi kongresszusra. *De Châtel Rudolf* és *Kiss István* professzorok lelkesedése, a hipertonia tudomány iránti elkötelezettségük és a Társaság érdekében végzett elévülhetetlen munkájuk példaképként szolgálnak mindannyiunknak.

Társaságunk aktív tevékenységgel, illetve elvi, szakmai támogatással részt vett és ma is részt vesz különböző szakmai-tudományos programokban. Ki kell emelnünk ezek közül néhány nagyon sikeres programot, így a Világbank támogatásával megszervezett „*Effective Control of Hypertension (ECHP) projekt*”-et, a „*Guideline And Practice (GAP)*”-t, a „*Hypertonia Időskorban és Diabetes (HÍD)*”-t, a „*Tartsa Jó Karban (TJK)*”-t.

Összefogva az egészségipar elkötelezett szereplőivel újabb és újabb nagyszabású projektekbe kezdhettünk. Az „*Éljen 140/90 Hgmm alatt*” elnevezésű program hozzájárult ahhoz, hogy 2007-ben a regisztrált hipertóniás betegek 44,2%-a elérte a (az akkori) célértéket (<140/90 Hgmm). Az „*ÉRV program*”, amelyben hipertóniás betegek körében az alsóvégtagi tünetmentes perifériás érzékküvet szűrővizsgálata történt, felhívta a figyelmet a tünetmentes szervkárosodás prognosztikai

jelentőségére. A *Hypertonia Regiszter*, majd a *Hipertónia Regiszter 2018–2023*, valamint az *ABPM Regiszter* a rendelői és a rendelőn kívüli vérnyomásmérés rutinszerű alkalmazásának fontosságát támasztja alá egész országra terjedő adatgyűjtés révén. Mikor ezeket a sorokat írjuk már több mint 4 millió rendelői vérnyomás és 24 ezer ABPM adat áll rendelkezésünkre, amelyek tudományos feldolgozása révén pontos képet kaphatunk a hazai hipertoniaellátás eredményeiről és feladatairól. A betegek otthoni vérnyomásmérésének segítésére hozzájárultunk a *Kardio Napló* és a *Habita* applikációk kifejlesztéséhez.

A Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékével közösen indított „*PROJEKT program*” célkitűzése a megfelelő vérnyomáskontroll arányának javítása. Szakmai támogatással részt vettünk a „*Kardiometabolikus programban*”, a „*Kistérségi Egészségügyi programban*” és a „*Nők Kardiovaszkuláris rizikója*” programban, illetve a „*Gyógyszerészeti Gondozás Hypertonia programjában*”.

A Magyar Nephrologiai Társasággal közösen szerkesztett tudományos folyóiratunk, a *Hypertonia és Nephrologia* évente hat alkalommal jelenik meg. Hiszünk a betegedukáció fontosságában, ezért támogatjuk a betegeknek szóló *Hipertónia lap* megjelenését. Aktívan fejlesztettük az Intellimed Kft.-vel közösen honlapunkat, amely immár otthont ad a betegeknek szóló ismeretterjesztő oldalnak is, akárcsak a kollégák számára működtetett *online továbbképzési felületnek*.

Társaságunk szakmai munkáját alapvetően segítette és segíti az egészségipar: a gyógyszer- és műszergyártók szervezési és anyagi támogatása. Nekik ezúton is köszönetet mondunk.

A XXX. jubileumi kongresszusunkra rendkívül gazdag programmal és sok meglepetéssel készülünk. A technikai szervezésben segítséget ismét a jól bevált *Expert Quality* nyújt. Bizton állíthatjuk, hogy a kongresszus a szakmai képzés mellett igazi ünnepi esemény lesz, amelyre szeretettel várjuk Önöket a megszokott helyszínen, az őszi Balaton partján, Siófokon.

2023. március 15.

### Farsang Csaba

az MHT XXX. kongresszusának elnöke  
az MHT örökös tiszteletbeli elnöke

### Járai Zoltán

az MHT XXX. kongresszusának titkára  
az MHT elnöke



**Farsang Csaba**

elnök, 1993–2001  
örökös tiszteletbeli elnök, 2001–



**Illyés Miklós**

főtitkár, 1993–1997



**Kiss István**

főtitkár, 1997–2005  
elnök, 2009–2017



**de Châtel Rudolf**

elnök 2001–2009



**Barna István**

főtitkár, 2005–2009



**Járai Zoltán**

főtitkár, 2009–2017  
elnök, 2017–



**Nemcsik János**

főtitkár, 2017–



## A KONGRESSZUS ELNÖKE

**Farsang Csaba**

Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest  
E-mail: [hunghyp@t-online.hu](mailto:hunghyp@t-online.hu)

## A KONGRESSZUS TITKÁRA

**Járai Zoltán**

Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest  
E-mail: [kardiologia@szentimrekorhaz.hu](mailto:kardiologia@szentimrekorhaz.hu)

## TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG

Elnök: **Koller Ákos**

Tagok: **Cseprekál Orsolya**  
**Farkas Katalin**  
**Harangi Marianna**

**Kovács Tibor**  
**Légrády Péter**  
**Rosivall László**

**Tislér András**  
**Várbíró Szabolcs**

## A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG VEZETŐSÉGE

**Ábrahám György** vidéki titkár

**Ádám Ágnes**

**Alföldi Sándor**

**Ambrus Csaba**

**Barna István**

**Benczúr Béla**

**Cseprekál Orsolya** budapesti titkár

**Csiky Botond**

**Dolgos Szilveszter**

**Farkas Katalin**

**Farsang Csaba** örökös tiszteletbeli elnök

**Fejes Imola**

**Finta Ervin** jegyző

**Harangi Mariann**

**Herczeg Béla**

**Járai Zoltán** elnök

**Jenei Zoltán**

**Kékes Ede** tiszteletbeli vezetőségi tag

**Kiss Attila**

**Kiss Zoltán**

**Koller Ákos**

**Kolossváry Endre**

**Kovács Imre**

**Kovács Tibor**

**Légrády Péter**

**Lengyel Szabolcs**

**Masszi Gabriella**

**Móczár Csaba**

**Nemcsik János** főtitkár

**Páll Dénes** elnökhelyettes

**Reusz György**

**Rosivall László**

**Simon Attila**

**Szabó László**

**Tislér András**

**Torzsa Péter**

**Vályi Péter**

**Várallyay Zoltán**

**Várbíró Szabolcs**

**Felügyelő Bizottság**

**Székács Béla** elnök

**Nagy Judit** tag

**Dudás Mihály** tag

## KÜLFÖLDI VENDÉGELŐADÓK

**Claudio BORGHI**

**Luís BRONZE**

**Michel BURNIER**

**Vitor Paixão DIAS**

**María S. FERNÁNDEZ-ALFONSO**

**Slavomira FILIPOVA**

**Fernando Martos GONÇALVES**

**Bojan JELAKOVIĆ**

**Ana JELAKOVIĆ**

**Reinhold KREUTZ**

**Luis MARTINS**

**Peter MIKUS**

**Kzysztof NARKIEWICZ**

**Gianfranco PARATI**

**Rosa de PINHO**

**Fernando PINTO**

**Manuel de Carvalho RODRIGUES**

**Anna VACHULOVA**

**Jacek WOLF**

Bologna, Italy

Lisbon, Portugal

Lausanne, Switzerland

Vila Nova de Gaia, Portugal

Madrid, Spain

Bratislava, Slovak Republic

Lisbon, Portugal

Zagreb, Croatia

Zagreb, Croatia

Berlin, Germany

Porto, Portugal

Bratislava, Slovak Republic

Gdańsk, Poland

Milan, Italy

São João da Madeira, Portugal

Porto, Portugal

Lisbon, Portugal

Bratislava, Slovak Republic

Gdańsk, Poland

## AKKREDITÁCIÓ

A rendezvény PTE ÁOK/2023.II/00045 kódszámon 50 pontra akkreditált szabadon választott egyetemi tanfolyam amelyet tesztírás zár. A részvételről a helyszínen igazolást állítunk ki. Szakképesítések, amelyekhez szakma szerinti pontszámként elszámolható:

belgyógyászat	diabetológus	gerontológia	nephrologia
belgyógyászati angiológia	endokrinológia és anyagcsere-betegségek	háziorvostan	sportorvostan
csecsemő és gyermek kardiológia	foglalkozás-orvostan (üzemorvostan)	hipertonológia licencvizsgához	szülészeti-nőgyógyászat
csecsemő és gyermekgyógyászat	geriátria	kardiológia	szemészet

*Szakedolgozók:* a 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 2. sz. melléklete alapján, a rendezvényen való részvételért kreditpontot kapnak. (Az igazolás kiállításához szükséges a nyilvántartási szám.)

## WORKSHOPOK

A kongresszuson az új experimentális és klinikai kutatási eredmények megismertetése mellett különös hangsúlyt kívánunk helyezni a gyakorlati ismeretekre. Ezt a célt szolgálják a főtémák mellett a tervezett workshopok is, amelyek 30 percben kötetlenebb lehetőséget biztosítanak egy-egy klinikai probléma megbeszélésére. A workshopok egymással párhuzamosan a kerülnek megrendezésre

Workshop	
<b>2023. szeptember 14.</b>	<b>2023. szeptember 15.</b>
ABPM HASZNÁLAT/ÉRTÉKELÉS	EKG KVÍZ
HOZTAM EGY ESETET	BKI (BOKA/KAR INDEX MÉRÉS ÉS ÉRTÉKELÉS)

## ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

A kongresszus időpontja: **2023. szeptember 14–16.**  
A kongresszus helyszíne: **Hotel Azúr** – 8600 Siófok, Erkel Ferenc utca 2/c

### Helyszíni regisztráció

2023. szeptember 14–15.	7.30–19.00
2023. szeptember 16.	7.30–16.30

**Részvételi díj** (az árak tartalmazzák a közelező adókat)

**Az MHT tagjának az tekinthető, aki 2023. március 31-ig rendezte a 2023. évi tagdíját**

Kategóriák	2023. 09. 08. után és a helyszínen fizetve
MHT tag	50 000 Ft
35 éven aluli MHT tag	35 000 Ft
Nem tag/céggépviselő	60 000 Ft
Támogató céggépviselő	50 000 Ft
Nyugdíjas MHT tag	15 000 Ft
Nappali egyetemi- és PhD-hallgató	15 000 Ft
Szakedolgozó	35 000 Ft
Napijegy – MHT tag	25 000 Ft
Napijegy – nem tag	30 000 Ft

**Természetbeni juttatások:** A részvételi díj 25 200 Ft étkezési költséget is tartalmaz (kávészünet, vacsora), amely természetbeni juttatásnak minősül. A természetbeni juttatás után fizetendő adó mindenkor a részvételi díjat kifizető felet terheli. A vonatkozó törvények az étkezési, kulturális és egyéb költségek részletezését írják elő, így a számlán külön sorban kerülnek feltüntetésre.

**Felelősség- és egyéb biztosítás:** A kongresszus közzétett részvételi és egyéb díjak nem tartalmaznak baleset-, betegség-, poggyász- és felelősségbiztosítási díjat. Így baleset, betegség és valamely káresemény bekövetkezése esetén a szervezőknek nem áll módjukban semmilyen felelősséget vagy kártérítést vállalni

Részvételi díjak tartalma	Teljes részvételi díj	Napijegy (az adott napon)	Nyugdíjas MHT tag, nappali egyetemi- és PhD-hallgató	Szakdolgozó
Tudományos programokon való részvétel	✓	✓	✓	✓
Pontszerző igazolás	✓			✓
Kapcsolódó szakmai kiállítás látogatása	✓	✓	✓	✓
Program-absztraktfüzet	✓	✓	✓	✓
Névkitűző	✓	✓	✓	✓
Kávészünetek	✓	✓		✓
Péntek esti vacsora	✓			

*A hallgatói jogviszony igazolása szükséges!*

## TÁRSASÁGI PROGRAM

**A Magyar Hypertonia Társaság Fogadása  
2023. szeptember 15., péntek, 20.30–22.00**

Helyszín: Hotel Azúr

*(A regisztrációs díj tartalmazza.)*

## INFORMÁCIÓK AZ ÉTKEZÉSEKEL KAPCSOLATBAN

### Ebéd, vacsora

A Hotel Azúr szálloda szállásköltsége tartalmazza az ebédet is (éjszakánként egy ebédet), amelyet csütörtökön és pénteken lehet igénybe venni.

Az ebéd a szálloda éttermében egy szűkített választékú büfé, ital nélkül. *Kérjük*, a jegyeket vigyék magukkal, mert az étteremben *csak a jegy ellenében vehető igénybe étkezés. A helyszínen nincs lehetőség étkezést vásárolni. Az elvesztett jegyet nem áll módunkban pótolni.*

### Kávészünetek

A kiállítási területen lebonyolítva, kávét, ásványvizet vagy üdítőt tartalmaz.

2023. szeptember 14., csütörtök	14.45–15.10
2023. szeptember 15., péntek	14.30–15.00
	17.00–17.15
2023. szeptember 16., szombat	11.00–11.30

## TECHNIKAI INFORMÁCIÓK

### ELŐADÁSOK

*Felhívjuk az előadók figyelmét a rendelkezésükre álló idő, pontos betartására!*

Az előzetesen megadott időtartamok túllépésére nem lesz lehetőség.

### Technikai tájékoztató az előadásokhoz

*Prezentációk feltöltése:* A feltöltés a központilag történik. Kérjük legalább két órával az adott szekció kezdete előtt memory sticken (pendrive) adják le az előadásuk anyagát, illetve a kora reggeli szekciókban való részvétel esetén azt már előző nap töltsék fel. Az adott terembe internetes rendszeren keresztül közvetítik ki az előadások anyagait.

*Az előadóteremben saját laptop használata nem lehetséges!*

*Technikai lehetőségek:* PC, projector, PowerPoint és Microsoft Office Windows 10 és Office 2013.

## SZÁLLÁS

Az előre megrendelt szállodai szobákat a résztvevő(k) nevére lefoglaltuk, azok a megküldött visszaigazolás szerint vehetők igénybe, az *érkezés napján 14:00 órától, az elutazás napján pedig 10:00 óráig*. Korábbi érkezés vagy késői elutazás esetén a csomagok elhelyezésében a szállodai recepció nyújt segítséget.

## NÉVKITŰZŐ HASZNÁLATA

A kongresszuson a *névkitűző használata kötelező*, ennek viselésével juthatnak be mind az előadótermekbe, mind pedig a kiállítási területre. Kérjük, hogy érkezéskor a regisztrációs csomagokat felvenni szíveskedjenek, amelyben megtalálják a névkitűzőt is.

## INTERNET

A szálloda halljában, valamint a Hotel Azúr szobáiban szabadon használható Wi-Fi áll rendelkezésre.

## SZERVEZŐ IRODA



1052 Budapest, Kígyó u. 4–6.,  
Telefon: +36 (1) 311-6687  
Internet: <http://www.eqcongress.hu>  
E-mail: [congress@eqcongress.hu](mailto:congress@eqcongress.hu)





## PLATINA SZPONSZOR:



## ARANY SZPONSZOR:



RICHTER GEDEON

## BRONZ SZPONSZOR:



## EGYÜTTMŰKÖDŐ PARTNEREK:

Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja

2010 – 2020 – 2030

[www.egeszsegprogram.eu](http://www.egeszsegprogram.eu)

## TÁMOGATÓK/KIÁLLÍTÓK:

**ABPM-ART Kft.****Arterial-Care Kft.****AstraZeneca Kft.****Berlin-Chemie/A. MENARINI Kft.****Boehringer Ingelheim Pharma****Egis Gyógyszergyár Zrt.****Intellimed Kft.****Harc a Női Szívekért Alapítvány****KRKA Magyarország Kereskedelmi Kft.****Novo Nordisk Hungária Kft.****OMRON Hungimpex Kft.****Richter Gedeon Nyrt.****Sandoz Hungary Kft.****TEVA Gyógyszergyár Zrt.****Zentiva Pharma Kft.**

*A kongresszus szervezőbizottsága ezúton is köszönetet mond a támogató és kiállító cégeknek, hogy támogatásukkal hozzájárultak a rendezvény sikeréhez!*

# CHOLEZTA

## ÖSSZEILLŐ PÁROS ÚJ UTAKON

**ATORVASTATIN + EZETIMIBE**

ÚJ FIX KOMBINÁCIÓ A KOLESZTERINSZINT CSÖKKENTÉSÉRE



KÉSZÍTMÉNY MEGNEVEZÉSE	Bruttó fogyasztói ár (forint)	Emelt indikációhoz kötött támogatási összeg (forint)	Térítési díj emelt indikációhoz (90%) kötött támogatás esetén (forint)
CHOLEZTA 10 MG/10 MG FILMTABLETTA 30x	4124	3472	652
CHOLEZTA 10 MG/20 MG FILMTABLETTA 30x	4110	3663	447
CHOLEZTA 10 MG/40 MG FILMTABLETTA 30x	5567	5010	557
CHOLEZTA 10 MG/80 MG FILMTABLETTA 30x	6420	5778	642

teva



A Magyar Kardiológusok Társasága  
(MKT) kiemelt támogatója

Teva Gyógyszergyár Zrt. 4042 Debrecen, Pallagi út 13. Levelezési cím: 1385 Budapest, Pf. 860. Telefon: (1) 288-6400 Email: info@tevahu További információk: www.teva.hu CARD-HU-00066 Lezárás dátuma: 2023. január 25.

2023. január 1-től érvényes árak. Az árak és támogatások a [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu) oldalon követhetőek. Az alkalmazási előírás elérhető az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet gyógyszer adatbázisában. Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show\\_details&item=197448](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=197448)



## 2023. SZEPTEMBER 14., CSÜTÖRTÖK

## „A” SZEKCIÓ

## „B” SZEKCIÓ

08.15	MHT közgyűlés I. meghirdetés		
08.45	MHT közgyűlés II. meghirdetés		
09.00	Nephrologiai munkacsoport ülése	09.00	Kardiológiai munkacsoport ülése
10.00	Szünet		
10.10	Szimpózium – Egis Gyógyszergyár Zrt.		
11.10	Szünet		
11.20	Szimpózium – „Harc a Női Szívéért” Alapítvány	11.20	Szabad előadások
12.20	Ebédészünet – WORKSHOPOK – ABPM/HOZTAM EGY ESETET		
13.00	Szimpózium – Egis Gyógyszergyár Zrt.		
14.00	Szimpózium – Boehringer Ingelheim		
14.45	Szünet		
15.00	Ünnepélyes megnyitó		
17.00	Szünet		
17.10	State of the art előadás: Dzsinih Csaba		
17.30	State of the art előadás: Simonyi Gábor		
17.50	Szimpózium – Richter Gedeon Nyrt.		
18.50	Napi program zárása		

## 2023. SZEPTEMBER 15., PÉNTEK

06:45–07:30 – REGGELI FUTÁS „AZ EREINK VÉDELMEBEN”

## „A” SZEKCIÓ

## „B” SZEKCIÓ

08.15	Rezisztens HT munkacsoport ülése	08.15	Terhességi hypertonia
09.15	Szünet		
09.25	ESH szimpózium		
10.25	Szünet		
10.30	Szimpózium – Egis Gyógyszergyár Zrt.		
11.30	Szimpózium – Boehringer Ingelheim		
12.00	Ebédészünet – WORKSHOPOK – EKG KVÍZ/BOKA-KAR INDEX		
12.45	Szimpózium – Berlin-Chemie/A. MENARINI Kft.		
13.45	Szimpózium – AstraZeneca Kft.		
14.45	Szünet		
15.00	Szimpózium – Egis Gyógyszergyár Zrt.		
16.00	Szimpózium – Sandoz Hungária Kft.		
17.00	Szünet		
17.15	Szimpózium – Richter Gedeon Nyrt.		
18.15	Portugál szimpózium		
19.15	Napi program zárása		
20.15	Vacsora		

## 2023. SZEPTEMBER 16., SZOMBAT

## „A” SZEKCIÓ

## „B” SZEKCIÓ

08.15	Vérnyomásmérési munkacsoport ülése	08.15	Szabad előadások
09.15	Szünet	09.05	Poszterséta
09.30	Szimpózium – Egis Gyógyszergyár Zrt.		
10.30	Horvát szimpózium		
11.10	Szünet		
11.20	Szlovák szimpózium		
12.20	Ebédészünet		
13.10	Vaszkuláris munkacsoport ülése	13.10	A Családorvosi, a Psychoszomatikus és a Szakellátó munkacsoport közös szimpóziума
14.10	Fiatalok szimpóziума	14.40	Szekció program zárása
15.10	Szünet		
15.20	Szimpózium – KRKA Magyarország		
16.20	A kongresszus zárása, tesztírás		



**forxiga**  
(dapagliflozin)

**AZ ÉV GYÓGYSZERE  
2022**



**MFT**  
Magyar Kísérletes és  
Klinikai Farmakológiai Társaság

**A FORXIGA AZ EGYETLEN SGLT2-GÁTLÓ,  
AMELY BIZONYÍTOTT ELŐNNYEL RENDEL-  
KEZIK AZ ÖSSZHALÁLOZÁS TEKINTÉBEN  
CKD-BAN SZENVEDŐ BETEGEKNÉL<sup>1-4†</sup>**

A mérföldkönek számító DAPA-CKD vizsgálatban kevesebb FORXIGA kezelést kapó beteg halt meg bármilyen okból, mint a placebo karon.

**31% RRR**  
összmortalitás  
csökkenés  
**2,1% ARR**

**KEZDJE IDŐBEN A KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG KEZELÉSÉT!**



**CKD STÁDIUM  
(eGFR ml/min/1,73m<sup>2</sup>)**

**CV HALÁLOZÁS  
RIZIKÓJA<sup>5</sup>**

**3a (eGFR 45-59)**

**Akár 4,3X magasabb**

**3b (eGFR 30-44)**

**Akár 5,2X magasabb**

**4 (eGFR 15-29)**

**Akár 14X magasabb**



**FORXIGA® (dapagliflozin) 5 mg; 10 mg filmtabletta**

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! A hatályos "alkalmazási előírás" teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet ([www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/](http://www.ogyei.gov.hu/)) vagy az Európai Gyógyszerügynökség ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)) honlapokon. OGYÉI honlapon keresztül történő elérési útvonal: [www.ogyei.gov.hu/](http://www.ogyei.gov.hu/); Adatbázisok, nyilvántartások; Gyógyszer-adatbázis; szabadszavaz keresésben a „FORXIGA” megadása, a „KERESÉS INDÍTÁSA”, EMA ikon vagy hiperlinkre történő kattintás.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

Forxiga alkalmazási előírás:

[https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show\\_details&item=90051](https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=90051)

[https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show\\_details&item=90054](https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=90054)

A FORXIGA® 10 mg filmtabletta a szívelégtelenség és krónikus vesebetegség indikációjában TB támogatással nem rendelkezik.

Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V).

Az aktuális árak és támogatási feltételek tekintetében kérjük, ellenőrizze a [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu) honlapon található információkat. Elérési útvonal: <http://www.neak.gov.hu/>; SZAKMÁNAK; GYÓGYSZER/ GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ/ GYÓGYFÜRDŐ TÁMOGATÁSOK; Egészségügyi szakembereknek; PUBLIKUS GYÓGYSZERTÖRZS; VÉGLEGES TÖRZS.

Forrás: 2023. augusztus 1-től érvényes NEAK Publikus Gyógyszerszertörzs.

<sup>†</sup>A DAPA-CKD vizsgálatot a hatékonysági előnyök miatt korán leállították. E korai leállítás miatt a másodlagos végpontok névlegesnek számítanak.<sup>2</sup>

**Rövidítések:** ARR = abszolút kockázatcsökkenés; CKD = krónikus vesebetegség; CV = kardiovaszkuláris; DAPA-CKD = Dapagliflozin And Prevention of Adverse outcomes in Chronic Kidney Disease; eGFR = számított glomerulus filtrációs ráta; RRR = relatív kockázatcsökkenés; SGLT2 = nátrium-glükóz kotranszporter 2.

**Referenciák:** 1. Heerspink HJL, et al. N Engl J Med. 2020;383(15):1436-1446; 2. Wheeler DC, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021;9(1):22-31; 3. Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. Herrington et al. N Engl J Med. 2023 Jan 12;388(2):117-127.4. Canagliflozin and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes and Nephropathy. Perkovic et al. N Engl J Med 2019;380:2295-306; 5. Contemporary rates and predictors of fast progression of chronic kidney disease in adults with and without diabetes mellitus. Go et al. BMC Nephrology (2018) 19:146

Mellékhatás/Nemkívánatos esemény/Mínőségi panasz bejelentése és orvosszakmai kérdések esetén: +36 1 883 6500 vagy <https://contactazmedical.astrazeneca.com>

HU-7397, Lezárás dátuma: 2023.08.21.

Készítmény megnevezése	Bruttó fogyasztói ár	Támogatás összege	Térítési díj	Emelt támogatási kategória	Indikációs pont
FORXIGA® 5 mg filmtabletta, 30x	12 839 Ft	Társadalombiztosítási támogatással nem rendelkezik.			
FORXIGA® 10 mg filmtabletta, 30x	12 839 Ft	8 987 Ft	3 852 Ft	70%	EÜ70 1.

**AstraZeneca**

AstraZeneca Kft., 1117 Budapest, Aliz utca 4. B ép. 1. em.,  
Tel: +36-1-883-6500, [www.astrazeneca.hu](http://www.astrazeneca.hu)



2023. SZEPTEMBER 14., CSÜTÖRTÖK

## „A” SZEKCIÓ – TOSCANA I. TEREM

## 08.15 A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG KÖZGYŰLÉSE I. MEGHIRDETÉS

Üléselnökök: **JÁRAI Zoltán**, **NEMCSIK János**, **PÁLL Dénes**

## 08.45 A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG KÖZGYŰLÉSE II. MEGHIRDETÉS

Üléselnökök: **JÁRAI Zoltán**, **NEMCSIK János**, **PÁLL Dénes**

## 09.00 FŐTÉMA: NEPHROLOGIAI MUNKACSOPORT ÜLÉSE

Üléselnök: **KOVÁCS Tibor**

CKD A NEPHROLOGUS SZEMÉVEL (15')

**WITTMANN István**

PTE KK II. Sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai, Diabetológiai Centrum, Pécs

HYPERTONIA ÉS VESE (15')

**ÁBRAHÁM György**

SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Osztály, Szeged

HYPERTONIA KEZELÉSE CKD-BAN – AZ IRÁNYELVEK ALAPJÁN (10')

**KOVÁCS Tibor**

PTE KK II. Sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai, Diabetológiai Centrum, Pécs

Megbeszélés (20')

## 10.00 Szünet

## 10.10 A SZIMPATIKUS TÚLSÚLY CSÖKKENTÉSÉNEK SZEREPE A HYPERTONIÁS BETEGEK SZÉLES KÖRÉBEN – 26 ÉV TAPASZTALATA!

Moderátor: **FARSANG Csaba**

SZIMPÓZIUM – EGIS GYÓGYSZERGYÁR ZRT.

AZ IDŐS, AZ OBEZ ÉS A STRESSZES HYPERTONIÁS BETEGEK (12')

**SIMONYI Gábor**

Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

A DIABETESES, A VESEELÉGTELEN ÉS PERIMENOPAUZÁS BETEGEK (12')

**ÁBRAHÁM György**

SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Osztály, Szeged

A RILMENIDIN TERÁPIA HATÁSA A SZÍVFREKVENCIA ÉS A VÉRNYOMÁS-VARIABILÍTÁSRA, A BAROREFLEX-SZENZITIVITÁSRA (12')

**FINTA Ervin**

Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

AMI IGAZ, AZ IGAZ: A VERITAS VIZSGÁLAT (12')

**FARSANG Csaba**

Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

Megbeszélés (12')

## 11.10 Szünet

## 11.20 SZEMELVÉNYEK ÉS ÉRDEKESSÉGEK A KARDIOLÓGIA TÉMAKÖREIBŐL

Moderátor: **MASSZI Gabriella**

SZIMPÓZIUM – „HARC A NŐI SZÍVEKÉRT” ALAPÍTVÁNY

HOGYAN MENEDZSELJÜK A MELLKASI FÁJDALOMMAL JELENTKEZŐ BETEGET (12')

**ZÁMOLYI Károly**

Szent Ferenc Kórház, Kardiológiai Ambulancia, Budapest

SZÍVFREKVENCIA MINT REZIDUÁLIS RIZIKÓFAKTOR (12')

**BÁRTFAI Ildikó**

Budai Magánorvosi Centrum, Budapest



EGY ROSSZ HÁZASSÁG DICSTELEN VÉGE (12')

**CSÁSZÁR Albert**

MHEK II. Belgyógyászat, Budapest

KÜLÖNBÖZIK-E A FÉRFIAK ÉS A NŐK HYPERTONIÁJA? (12')

**MASSZI Gabriella**

Országos Mentális Idegtudományi és Idegsebészeti Intézet, Budapest

Megbeszélés (12')

## 12.20 Ebédszünet

### 12.25–12.55 WORKSHOPOK

**MARBELLA I. TEREM**

ABPM HASZNÁLAT/ÉRTÉKELÉS

**ALFÖLDI Sándor**

**MARBELLA II. TEREM**

HOZTAM EGY ESETET

**TORZSA Péter**

### 13.00 NA, VEGYÜK ÁT MÉG EGYSZER AZ ABC-T...!

Moderátor: **FARSANG Csaba**

SZIMPÓZIUM – EGIS GYÓGYSZERGYÁR ZRT.

„A” – AZ ACE-GÁTLÁS KIEMELT SZEREPE A TÁRSBETEGSÉGGEL JÁRÓ HYPERTONIÁS BETEGEK KEZELÉSÉBEN (12')

**SIMON Attila**

Állami Szívkórház, Balatonfüred

„B” – A PULZUSCSÖKKENTÉS FONTOSSÁGA A HYPERTONIA KEZELÉSÉBEN (12')

**ÁBRAHÁM György**

SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Osztály, Szeged

„C” – KALCIUMCSATORNA-BLOKKOLÓK, MINT VAZODILATÁCIÓ NAGYMESTEREI (12')

**JÁRAI Zoltán**

Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

„D” – A PREFERÁLT DIURETIKUM VÁLASZTÁS ALAPJAI (12')

**NAGY Viktor**

SE ÁOK Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

Megbeszélés (12')

### 14.00 A KRÓNIKUS SZÍVELÉGTELENSÉG KEZELÉSÉNEK GYAKORLATI ASPEKTUSAI AZ ESC IRÁNYELV FRISSÍTÉSE TÜKRÉBEN – PANELDISZKUSSZIÓ

Moderátor: **JÁRAI Zoltán**

SZIMPÓZIUM – BOEHRINGER INGELHEIM PHARMA

**SIMONYI Gábor** – Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

**BENCZÚR Béla** – Tolna Megyei Balassa János Kórház, I. Belgyógyászat (Kardiológia/Nephrológia), Szekszárd

## 14.45 Szünet

### 15.00 A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG XXX. JUBILEUMI KONGRESSZUSÁNAK ÜNNEPÉLYES MEGNYITÓJA

Üléselnökök: **FARSANG Csaba, JÁRAI Zoltán, NEMCSIK János, PÁLL Dénes**

15.00 Köszöntő/Greetings (Farsang Csaba, Járai Zoltán)

#### A TÁRSASÁG 2023. ÉVI KITÜNTETÉSEINEK ÁTADÁSA

15.30 **A 2023. évi „Török Eszter Emlékérem” kitüntetések átadása és a díjazottak előadásai**

Díjazott: **Prof. dr. TORZSA Péter**

Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest

Díjazott: **Dr. NEMCSIK János**

Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest

EGY CSALÁDORVOS UTAZÁSA A HYPERTONIA KUTATÁS FÖLDJÉRE

16.05 **A 2023. évi „Marosvári Miklós Emlékérem” kitüntetés átadása és a díjazott előadása**Díjazott: **KISS Attila***Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház, I. Belgyógyászat – Kardiológia Osztály, Kecskemét*16.20 **A 2023. évi „Dr. Kiss István Ifjúsági Díj” átadása**Díjazott: **Nagyné Dr. BATTA Dóra***Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest*16.25 **A 2023. évi PUBLIKÁCIÓS DÍJAK ÁTADÁSA****A legkiemelkedőbb 2022-ben megjelent angol nyelvű közlemény díjának átadása**Díjazott: **BATTA Dóra***Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest***A közlemény címe: Dóra Batta, Beáta Körösi, Helga Gyöngyösi, Zsófia Nemcsik-Bencze, Andrea László, András Tislér, Orsolya Cseprekál, János Nemcsik: [Cross-sectional Comparison of Office and Ambulatory Pulse Wave Velocity by Two Methods, and Their Changes after Lifestyle or Medical Interventions in Hypertension](#)***J Hypertens. 2022;40(3):470-7. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003036>***A legkiemelkedőbb 2022-ben megjelent magyar nyelvű eredeti közlemény díjának átadása**Díjazott: **TAKÁCS Johanna***Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest***A közlemény címe: Takács Johanna, Pató Anna, Pelle Judit, Béres Bettina, Várallyay Zoltán, Járai Zoltán, Koller Ákos: [Pulzusnyomás fiatal egészséges egyetemistákban: nemi specifikumok és eltérések az optimálistól](#)***Hypertonia és Nephrologia 2022;26(5):214-21. <https://doi.org/10.33668/hn.26.022>***A legkiemelkedőbb 2022-ben megjelent magyar nyelvű esetismertetés díjának átadása**Díjazott: **TAKÁCS Veronika***Uzsoki Utcai Kórház, III. Belgyógyászati-Nephrologiai Osztály, Budapest***A közlemény címe: Takács Veronika, Egyed Zsófia, Wágner Éva, Pató Éva, Borbély Tímea, Deák György: [Pickering szindróma: Flash pulmonalis oedema és renalis artéria stenosis nefrektómián átesett, egy vesével élő betegnél](#)***Hypertonia és Nephrologia 2022;26(6):303-5. <https://doi.org/10.33668/hn.26.032>*16.30 **TDK KÜLÖNDÍJ**Díjazottak: **GYÖNGYÖSI Helga** – *Semmelweis Egyetem***MANOFZODEH Amir Reza** – *Szegedi Tudományegyetem*16.35 **KOMOLYZENEI PROGRAM****17.00 Szünet****17.10 STATE OF THE ART**Üléelnök: **FARSANG Csaba**17.10 **A RENOVASCULARIS MEGBETEGEEDÉS****DZSINICH Csaba**17.30 **AZ ELHÍZÁS KEZELÉSE: MÚLT, JELEN, JÖVŐ****SIMONYI Gábor***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest***17.50 „MIT? MIKOR? MIÉRT?” – INDIVIDUALITÁS A HYPERTONIA KEZELÉSÉBEN**Moderátor: **LÉGRÁDY Péter**

SZIMPÓZIUM – RICHTER GEDEON NYRT.

**„EGYTABLETTÁS FIX KOMBINÁCIÓK. REGGEL ÉS/VAGY ESTE?”****– MIT MOND A SZAKIRODALOM ÉS A TAPASZTALAT? (25’)****LÉGRÁDY Péter***SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Osztály, Szeged***„Ó MONDD, TE KIT VÁLASZTANÁL...” – ESETEK AZ ÉLET AJÁNLÁSÁVAL (25’)****NAGY Viktor***SE ÁOK Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest*

Megbeszélés (10’)

**18.50 Napi program zárása**

**Azt még elfogadjuk, hogy idővel  
változik a megjelenésünk, azt  
azonban nem, hogy **szellemi  
képességeink is változhatnak****



Gyógyszer neve	Bruttó fogyasztói ár	Támogatás összege	térítési díj	KGY
<b>Amlodipin/Valsartan Sandoz 5/80 mg filmtabletta</b>	1 876 Ft	663 Ft	1 213 Ft	✓
<b>Amlodipin/Valsartan Sandoz 5/160 mg filmtabletta</b>	2 324 Ft	706 Ft	1 618 Ft	✓
<b>Amlodipin/Valsartan Sandoz 10/160 mg filmtabletta</b>	2 464 Ft	867 Ft	1 597 Ft	✓
<b>Amlodipin/Valsartan/HCT Sandoz 5/160/12,5 mg filmtabletta</b>	2 508 Ft	792 Ft	1 716 Ft	✓
<b>Amlodipin/Valsartan/HCT Sandoz 10/160/12,5 mg filmtabletta</b>	2 602 Ft	2 602 Ft	1 650 Ft	✓

A 2023. március 1-től érvényes árak alapján. Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu) honlapon található információkat! Elérési útvonal: <http://www.neak.gov.hu>; szakmának; gyógyszer/gyse/gógyfürdő; egészségügyi szakembereknek; publikus gyógyszer-törzs; végleges; Publikus gyógyszer-törzs – lakossági tájékoztató.

**Bővebb információért kérjük olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!** A hatályos alkalmazási előírás teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet ([www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/](http://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/)) honlapon. **Elérési útvonal:** [www.ogyei.gov.hu](http://www.ogyei.gov.hu); Adatbázisok, nyilvántartások; Gyógyszer-adatbázis; Gyógyszer neve: Amlodipin/Valsartan Sandoz® 5 mg/80 mg filmtabletta Amlodipin/Valsartan Sandoz® 5 mg/160 mg filmtabletta; Amlodipin/Valsartan Sandoz® 10 mg/160 mg filmtabletta; Amlodipin/Valsartan/HCT Sandoz® 5 mg/160 mg/12,5 mg filmtabletta; Amlodipin/Valsartan/HCT Sandoz® 10 mg/160 mg/12,5 mg filmtabletta; Keresés indítása; ikonon vagy **Alkalmazási előírás** hiperlink.

Kizárólag egészségügyi szakembereknek szóló kommunikáció. Kérjük, ne tegyék a fogyasztók részére elérhetővé vagy láthatóvá!

## B

## „B” SZEKCIÓ – MARBELLA TEREM

## 09.00 FŐTÉMA: KARDIOLÓGIAI MUNKACSOPORT ÜLÉSE – ONKOKARDIOLÓGIA – ONKOHYPERTONOLOGIA

Üléseelnök: **BENCZÚR Béla**

AZ ONKOLÓGIAI KEZELÉS HATÁSA A BALKAMRA-FUNKCIÓRA (20')

**NAGY András Csaba***Zuglói Egészségügyi Szolgálat, Budapest*

A TUMOR-ASSZOCIÁLT VTE KEZELÉSE (20')

**BENCZÚR Béla***Tolna Megyei Balassa János Kórház, I. Belgyógyászat (Kardiológia/Nephrológia), Szekszárd*

Megbeszélés (20')

## 10.00 Szünet

## 11.20 SZABADELŐADÁSOK

Üléseelnökök: **BARNA István, MÓCZÁR Csaba**

A MESTERSÉGES INTELLIGENCIA (MI) LEHETŐSÉGEI ÉS KOCKÁZATI AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN (6'+2')

**ALFÖLDI Sándor***DBC Szent Imre Oktatókórház, Anyagcsere Központ, Budapest*

MAGYARORSZÁG ÁTFOGÓ EGÉSZSÉGVÉDELMI SZŰRŐPROGRAMJA 2010–2021

– A VÉRNYOMÁSÉRTÉKEK ELEMZÉSE (6'+2')

**BARNA István**, Daiki T., Kékes E., Dankovics G.*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

A HYPERTONIA SZŰRÉS ÉS GONDOZÁS ÚJ LEHETŐSÉGEI A HÁZIORVOSI PRAXISBAN (6'+2')

**DÓZSA Katalin Mária**, Galvács H., Mongel I.-né, Böcskei G.*MedProFam Háziiorvosi Kft, Páty; Semmelweis Egyetem EKK EMK, Budapest*

A KITERJESZTETT HATÁSKÖRŰ ÁPOLÓK (APN) SZEREPE ÉS JELENTŐSÉGE A HYPERTONIÁS BETEGEK

HÁZIORVOSI GONDOZÁSÁBAN (6'+2')

**GALVÁCS Henrietta**, Mongel I.-né, Dózsa K.*MedProFam Háziiorvosi Kft, Páty; Semmelweis Egyetem EKK EMK, Budapest*

GYERMEKKORI HYPERTONIÁBAN ELŐFORDULÓ LEGGYAKORIBB METABOLIKUS ELTÉRÉSEK ÉS

TÁRSBETEGSÉGEK VIZSGÁLATA – AZ ADATBÁNYÁSZAT LEHETŐSÉGE (6'+2')

**KOVÁCS Beáta**, Németh Á., Daróczy B., Karányi Zs., Maroda L., Diószegi Á., Nádró B., Szabó T., Harangi M., Páll D.*Debreceni Egyetem Klinikai Központ Belgyógyászati Klinika, Debrecen*

A HÁZIORVOSOK ADHERENCIÁJA A HYPERTONIA IRÁNYELVEKHEZ – ESET-ALAPÚ FELMÉRÉS (6'+2')

**MÓCZÁR Csaba**, Tóth-Szeles R.*SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest; Irinyi Rendelő Hypertonia Szakellátó Hely, Kecskemét*

ESÉLY ELVÉTEL KÁRTÉRÍTÉSI JOGALAPJA EGY TERHESSÉGI HYPERTONIA KEZELÉSE SORÁN (6'+2')

**ORBÁN Győző***Egészségügyi Központ. Háziiorvosi és Szülész-Nőgyógyászati szakrendelés, Fót*

DIETETIKAI TANÁCSADÁST TÁMOGATÓ SZOFTVEREK ALKALMAZÁSI LEHETŐSÉGEI

A HYPERTONIA KEZELÉSÉBEN ÉS MEGELŐZÉSÉBEN (6'+2')

**SIMONOVÁ Erika***ALSAD Medical Kft.*

## 12.25 Ebédszünet – WORKSHOPOK



2023. SZEPTEMBER 15., PÉNTEK

## „A” SZEKCIÓ – TOSCANA I. TEREM

**08.15 FŐTÉMA: REZISZTENS HYPERTONIA MUNKACSOPORT ÜLÉSE  
– MIÉRT KELL 2023-BAN IS BESZÉLNÜNK A REZISZTENS HYPERTONIÁRÓL?**
ÜléseInökök: **ÁBRAHÁM György, FEJES Imola**

MIÉRT FONTOS 2023-BAN IS A REZISZTENS HYPERTONIA? (15')

**ÁBRAHÁM György**

SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Osztály, Szeged

ELÁTKOZOTT HYPERTONIAFORMA: PSZUDOREZISZTENCIA (15')

**NAGY Viktor**

SE ÁOK Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

MÁR RÉGEN BESZÉLTÜNK RÓLA – A RENALIS DENERVÁCIÓ AKTUALITÁSAI (15')

**LÉGRÁDY Péter**

SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Osztály, Szeged

Megbeszélés (15')

**09.15 Szünet****09.25 EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION SYMPOSIUM**Chairpersons: **Csaba FARSANG, Zoltán JÁRAI, János NEMCSIK**

WHAT IS NEW IN THE 2023 ESH GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION (18')

**Reinhold KREUTZ**

Charité – University Medicine Berlin, Berlin, Germany

GENDER DIFFERENCES IN HYPERTENSION: DO THEY MATTER? (18')

**Michel BURNIER**

Lausanne University Hospital | CHUV · Service de Néphrologie et consultation d'hypertension, Lausanne, Switzerland

ROLE OF PERIVASCULAR ADIPOSE TISSUE ON ARTERIAL FUNCTION AND STRUCTURE (18')

**María S. FERNANDEZ-ALFONSO**

Directora Instituto Pluridisciplinar, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain

Discussion (6')

**10.25 Szünet****10.30 URIC ACID, HYPERTENSION AND CARDIOVASCULAR RISK: CURRENT EVIDENCE AND FUTURE PERSPECTIVES**Chairpersons: **David BECKER, Zoltán JÁRAI**

SYMPOSIUM – EGIS GYÓGYSZERGYÁR ZRT.

NEWEST EVIDENCE LINKING URIC ACID TO CARDIOVASCULAR RISK (20')

**Claudio BORGHI**

Bologna, Italy

ONGOING STUDIES IN POLAND (15')

**Jacek WOLF**

Gdańsk, Poland

PRACTICAL IMPLICATIONS (15')

**Krzysztof NARKIEWICZ**

Gdańsk, Poland

Discussion (10')

**11.30 KOMPLEX TERÁPIÁS VÉDELEM SGLT2-GÁTLÓKKAL, FÓKUSZBAN A VESE**Moderátor: **LÉGRÁDY Péter**

SZIMPÓZIUM – BOEHRINGER INGELHEIM PHARMA

KOMPLEX TERÁPIÁS VÉDELEM SGLT2-GÁTLÓKKAL, FÓKUSZBAN A VESE (25')

**DOLGOS Szilveszter**

Szent Margit Kórház, Budapest

Megbeszélés (5')

**12.00 Ebédszünet**



**12.05–12.35 WORKSHOPOK****MARBELLA I. TEREM**EKG KVÍZ  
**SIMON András****MARBELLA II. TEREM**BKI (BOKA-KAR INDEX MÉRÉS ÉS ÉRTÉKELÉS)  
**FARKAS Katalin****12.45 30 ÉV A HYPERTONIA KEZELÉSÉBEN**Moderátor: **JÁRAI Zoltán**

SZIMPÓZIUM – BERLIN-CHEMIE/A. MENARINI KFT.

„AZ ANTIHYPERTENZÍV TERÁPIÁK FEJLŐDÉSE, VÁLTOZTAK A CÉLOK? (15’)

**JÁRAI Zoltán***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

HA VISSZANÉZÜNK, CSAK TOVÁBBI SZÜKSÉGLETEKET FEDEZÜNK FEL? (15’)

**FARSANG Csaba***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

VISSZA A JÖVŐBE: A BÉTABLOKKOLÓK A HYPERTONIA KEZELÉSÉBEN? (15’)

**NEMCSIK János***Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, Budapest*

Megbeszélés (15’)

**13.45 VESÉZZÜK KI A KARDIOVASZKULÁRIS BETEGSÉGEKET!**Moderátor: **JÁRAI Zoltán**

SZIMPÓZIUM – ASTRAZENECA KFT.

BEVEZETŐ (5’)

**JÁRAI Zoltán***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

ÁTTÖRÉS A SZÍVELÉGTELENSÉG TELJES SPEKTRUMÁNAK KEZELÉSÉBEN (15’)

**BENCZÚR Béla***Tolna Megyei Balassa János Kórház, I. Belgyógyászat (Kardiológia/Nephrológia), Szekszárd*

KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG, MINT KARDIOVASZKULÁRIS RIZIKÓFAKTOR (15’)

**SÁRSZEGI Zsolt***PTE KK Szívgyógyászati Klinika, Pécs*

CKD SZŰRÉSÉNEK JELENTŐSÉGE ÉS GYAKORLATA (15’)

**BRASNYÓ Pál***Siófoki Kórház-Rendelőintézet, Belgyógyászat, Siófok*

Megbeszélés (10’)

**14.45 Szünet****15.00 HOGYAN HÓDÍTJÁK MEG A FIX KOMBINÁCIÓK AZ ORVOSOKAT ÉS BETEGEKET?**Moderátor: **ÁBRAHÁM György**

SZIMPÓZIUM – EGIS GYÓGYSZERGYÁR ZRT.

HYPERTONIÁS BETEGEK ELSŐ FIX KOMBINÁCIÓJA (12’)

**FARSANG Csaba***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

A KORAI HÁRMAS FIX KOMBINÁCIÓ ALKALMAZÁSÁNAK ELŐNYEI (12’)

**PÁLL Dénes***DE ÁOK Belgyógyászati Intézet, Orvosi Klinikai Farmakológiai Tanszék, Debrecen*

KÉT HATÓANYAG, EGY CÉL: AZ ATHEROSCLEROSIS FOLYAMATÁNAK GÁTLÁSA AZ EREINKBEN (12’)

**ARADI Dániel***Állami Szívkórház, Balatonfüred*

ÚTMUTATÓ A FIX KOMBINÁCIÓK KOMBINÁLÁSÁHOZ (12’)

**LÉGRÁDY Péter***SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Osztály, Szeged*

Megbeszélés (12’)

**16.00 ESH – EVIDENCIÁK A MAGAS VÉRNYOMÁS JOBB KEZELÉSÉRE**Moderátor: **JÁRAI Zoltán**

SZIMPÓZIUM – SANDOZ HUNGÁRIA KFT.

HYPERTONIA CÉLÉRTÉKEK ÉS UTÁNKÖVETÉSI STRATÉGIA A 2023. ÉVI ESH IRÁNYELV ALAPJÁN (10')

**JÁRAI Zoltán***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

HATÉKONYAN, TARTÓSAN, BIZTONSÁGOSAN – AZ ARB-K JELENTŐSÉGE AZ ÚJ ESH AJÁNLÁS ALAPJÁN (20')

**ÁBRAHÁM György***SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Osztály, Szeged*

VÉRNYOMÁSCSÖKKENTŐK AZ ÚJ IRÁNYELVBEN, A VISSZATÉRŐ BÉTABLOKKOLÓK (20')

**BARNA István***SE ÁOK Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

Megbeszélés (10')

**17.00 Szünet****17.15 CÉLKERESZTBE A TROMBOTIKUS ESEMÉNYEK MEGELŐZÉSE**Moderátorok: **JÁRAI Zoltán, BARNA István**

SZIMPÓZIUM – RICHTER GEDEON NYRT.

BARÁT VAGY ELLENSÉG A KARDIOVASZKULÁRIS PREVENCIÓBAN (15')

**BARNA István***SE ÁOK Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

PILLANATKÉPEK A POLIPIL STRATÉGIA ELŐNYEIRŐL (20')

**Vitória CUNHA***Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal*

AMIT A NOAC TERÁPIA VÁLASZTÁSÁRÓL TUDNUNK KELL! (15')

**BENCZÚR Béla***Tolna Megyei Balassa János Kórház, I. Belgyógyászat (Kardiológia/Nephrológia), Szekszárd*

Megbeszélés (10')

**18.15 MAGYAR–PORTUGÁL SZIMPÓZIUM**Chairpersons: **Luís MARTINS, Csaba FARSANG, Zoltán JÁRAI, Rosa DE PINHO**

HYPERTENSION AND THE MICROBIOTA

**Fernando Martos GONÇALVES***Hospital Beatriz Angelo, Loures, Portugal*

CHRONOTHERAPY IN HYPERTENSION TREATMENT: THE END OF A MYTH AFTER TIME CLINICAL TRIAL

**Fernando PINTO***CUF S. João da Madeira Clinic, CUF Trindade Hospital, Portugal*

ASPIRIN: THE END OF A MYTH

**Luís BRONZE***Naval School, Portuguese Navy, Lisbon, Portugal; University of Beira Interior (UBI), Covilhã, Portugal*

HYPERTENSION AND ATRIAL FIBRILLATION: WHAT THEY HAVE IN COMMON

**Manuel DE CARVALHO RODRIGUES***Hospital Pêro da Covilhã, Covilhã, Portugal*

ERECTILE DYSFUNCTION AND VASCULAR RISK: FROM DIAGNOSIS TO PROGNOSTIC RELEVANCE

**Vitor PAIXÃO DIAS***Dept. of Internal Medicine, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E, Portugal***19.15 Napi program zárása**

B

## „B” SZEKCIÓ – MARBELLA TEREM

**08.15 FŐTÉMA: TERHESSÉGI HYPERTONIA (PREECLAMPSIA): ÚJ EREDMÉNYEK, ÚJ ASPEKTUSOK**Üléselnökök: **KOLLER Ákos**, **RIGÓ János****A TERHESSÉGI HYPERTONIA JELENTŐSÉGE A VÁRANDÓSSÁG IDEJÉN ÉS AZT KÖVETŐEN (12')****MASSZI Gabriella***Országos Mentális Idegtudományi és Idegsebészeti Intézet – Nyírő Gyula Kórház, Budapest***A MAGAS PULZUSNYOMÁS, MINT HEMODINAMIKAI BIOMARKER PRAECLAMPSIÁBAN (12')**Koller Á., Eredics A. Alasztics B., Rigó J., **Johanna TAKÁCS***Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest***A PEROXIREDOXIN-TIROREDOXIN RENDSZER ÉS A MAGZATI NÖVEKEDÉS ÖSSZEFÜGGÉSEI PRAECLAMPSIÁBAN (12')**Alasztics B., **KOLLER Ákos**, Rigó J.*SE ETK, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék; SE ÁOK, Transzlációs Medicina Intézet, Budapest; New York Medical College, Department of Physiology, Valhalla, NY10595, USA***A PRAECLAMPSIA KÜLÖNBÖZŐ DEFINÍCIÓINAK MEGOSZLÁSA Q1-ES SZÜLÉSZETI FOLYÓIRATOKBAN (12')****RIGÓ János**, Kiss S., Koller Á.*SE ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest; SE ETK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék, Budapest*

Megbeszélés (12')

**09.15 Szünet**

# A VÉDELEM AZ ERŐSSÉGE

A JARDIANCE alkalmazásával<sup>1</sup>

**CKD** • csökkenthető a kardiovaszkuláris halálozás vagy a vesebetegség romlásának rizikója<sup>2</sup>

**T2D + CVD** • csökkenthető a kardiovaszkuláris halál<sup>3</sup>

**HF** • csökkenthető a kardiovaszkuláris halálozás vagy a szívelégtelenség miatti hospitalizáció kockázata<sup>4,5</sup>



A JARDIANCE MOSTANTÓL  
**KRÓNIKUS VESEBETEGSÉGBEN**  
IS ALKALMAZHATÓ<sup>5</sup>

## Indikáció

A Jardiance felnőttek nem megfelelően kontrollált, 2-es típusú diabetes mellitusának kezelésére javallott a diéta és testmozgás mellé – monoterápiaként, ha a metforminkezelés intolerancia miatt nem alkalmazható

– kiegészítésként a diabetes kezelésére szolgáló egyéb gyógyszerek mellé.

Jardiance 10 mg szívelégtelenség-indikáció: A Jardiance a tünetekkel járó krónikus szívelégtelenségben szenvedő felnőttek kezelésére javallott.

A JARDIANCE felnőtteknél krónikus vesebetegség kezelésére javallott.

## Megjegyzés

\* A 6609 krónikus vesebetegségben szenvedő beteg részvételével folytatott randomizált, párhuzamos csoportos, kettős vak, placebokontrollos EMPA-KIDNEY vizsgálatban 10 mg JARDIANCE (n = 3304) hatásosságát és biztonságosságát értékelték a placebóval (n = 3305) szemben. Az EMPA-KIDNEY vizsgálatban az elsődleges végpont a CV-halálozásból és a vesebetegség progressziójából alkotott kompozit volt. A JARDIANCE-kezelésben részesülő betegeknek 28%-os RRR-t értek el ezen végpont kapcsán (HR = 0,72; 95%-os CI: 0,64, 0,82; p < 0,001).<sup>21</sup> Az EMPA-REG OUTCOME®-vizsgálat elsődleges összetett kimenetele a 3 pontos MACE volt, ami a CV-halálozásból, a nem halálos MI-ből vagy a nem halálos stroke-ból állt, az összevont JARDIANCE-csoportban a placebocsoporttal összehasonlítva. A betegek olyan felnőttek voltak, akik nem megfelelően kontrollált T2D-ben szenvedtek meglévő CAD vagy PAD mellett, vagy a kórelőzményükben volt miokardiális infarktus vagy a stroke. A hárompontos MACE 14%-os RRR-értékét (HR = 0,86; 95%-os CI: 0,74–0,99; p < 0,001 a noninferioritásra vonatkozóan; p = 0,04 a szuperioritásra vonatkozóan) a CV-halálozás kockázatának csökkenése vezette (HR = 0,62; 95%-os CI: 0,49–0,77).<sup>3</sup>

‡ A 3730 HFREF-ben szenvedő beteg részvételével végzett, randomizált, kettős vak, párhuzamos csoportos, placebokontrollos EMPEROR-Preserved-vizsgálatban 10 mg JARDIANCE (n = 1863) hatásosságát és biztonságosságát értékelték a placebóval (n = 1867) összehasonlítva. A betegek krónikus szívelégtelenségben (NYHA II., III. vagy IV. osztály) szenvedő, csökkent ejekciós frakciójú (LVEF ≤ 40%) felnőttek voltak. Az EMPEROR-Preserved-vizsgálatban az elsődleges végpont a CV-halálozásból és HHF-ből alkotott kompozit volt, amit az elemzés során az első eseményig eltelt időként kezeltek. A JARDIANCE-kezelésben részesülő betegeknek 25%-os RRR-t értek el ezen végpont kapcsán (HR=0,75; 95%-os CI: 0,65, 0,86; p < 0,001).

\* A 5988 HFpEF-ben szenvedő beteg részvételével lefolytatott randomizált, kettős vak, párhuzamos csoportos, placebokontrollos EMPEROR-Preserved-vizsgálatban 10 mg JARDIANCE (n = 2997) hatásosságát és biztonságosságát értékelték a placebóval (n = 2991) szemben. A betegek krónikus szívelégtelenségben (NYHA II., III. vagy IV. osztály) szenvedő, megtartott ejekciós frakciójú (LVEF > 40%) felnőttek voltak. Az EMPEROR-Preserved-vizsgálatban az elsődleges végpont a CV-halálozásból és HHF-ből alkotott kompozit volt, amit az elemzés során az első eseményig eltelt időként kezeltek. A JARDIANCE-kezelésben részesülő betegeknek 21%-os RRR-t értek el ezen végpont kapcsán (HR=0,79; 95%-os CI: 0,69–0,90; p < 0,001).<sup>4,5</sup>

## Referenciák

- JARDIANCE alkalmazási előírás
- Herrington WG, Staplin N, Wanner C, et al. EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2023;388(2):117-127. (EMPA-KIDNEY results and the publication's Supplementary Appendix.)
- Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. (EMPA-REG OUTCOME® results and the publication's Supplementary Appendix.)
- Packer M, Anker SD, Butler J, et al; EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-1424. (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix.)
- Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al; EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2021;385(16):1451-1461. (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix.)

További információért kérjük tekintse meg az alkalmazási előíratot: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/jardiance-epar-product-information\\_hu.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/jardiance-epar-product-information_hu.pdf)  
Nagyon gyakori (1/10) és gyakori (1/100 – <1/10) mellékhatások: Hypoglykaemia (szulfanilureával, illetve inzulinnal történő egyidejű alkalmazáskor), volumendepletio, vaginalis moniliás, vulvovaginitis, balanitis és egyéb genitális fertőzések, húgyúti fertőzések (beleértve a pyelonephritist vagy az urosepsist is), szomjúság, székrekedés, pruritus (generalizált), kiütés, fokozott vizeletürítés, a lipidek emelkedett szérumszintje. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelentsenek bármilyen feltehető mellékhatást. Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézetnek (OGYÉI) a [www.ogyei.gov.hu](http://www.ogyei.gov.hu) honlapon található online mellékhatás-bejelentő felületen keresztül, illetve a honlapról letölthető mellékhatás-bejelentő lapon jelenthet, vagy bármilyen nem-kívánatos eseményt elküldhet a Boehringer Ingelheim International GmbH magyarországi elérhetőségére: HYPERLINK "mailto:pv\_local\_hungary@boehringer-ingelheim.com" pv\_local\_hungary@boehringer-ingelheim.com. Kérjük, segítse munkánkat azáltal, hogy mellékhatás-bejelentését csak egy helyre juttatja el, vagy az OGYÉI-nak, vagy a Boehringer Ingelheim International GmbH felé. Jardiance alkalmazási előírás \*A támogatás a 2-es típusú diabetes indikációra vonatkozik. [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu) Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co. KG Magyarországi Fióktelepe 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 10.

Tel: +36 1 299 8900, Fax: +36 1 299 8901 [www.boehringer-ingelheim.hu](http://www.boehringer-ingelheim.hu) · Orvosi információ: [medinfo.hu@boehringer-ingelheim.com](mailto:medinfo.hu@boehringer-ingelheim.com) [www.szivugyunkadiabetesz.hu](http://www.szivugyunkadiabetesz.hu)  
JARDIANCE 10 mg/25 mg 30x Bruttó fogyasztói ár 14 343 Ft Bruttó fogyasztói ár Emelt támogatás összege (Eü. 70%)\*T10 040 Ft Tértési díj emelt támogatás esetén 4 303 Ft



2023. SZEPTEMBER 16., SZOMBAT

„A” SZEKCIÓ – TOSCANA I. TEREM

**08.15 FŐTÉMA: VÉRNYOMÁSMÉRÉSI MUNKACSOPORT ÜLÉSE**Üléselnök: **BARNA István**

ÚJDONSÁGOK A RENDELŐN KÍVÜLI VÉRNYOMÁSMONITOROZÁSBAN (13')

**ALFÖLDI Sándor***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

MANDZSETTA NÉLKÜLI VÉRNYOMÁSMÉRŐ HASZNÁLATÁVAL NYERT SAJÁT TAPASZTALATOK (13')

**LIZICZAI Imre***Kardimed Kft., Mosonmagyaróvár*

ABPM ALKALMAZÁSA TERÁPIAREZISZTENS HYPERTONIA ESETÉN (13')

**NAGY Viktor***SE ÁOK Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest*

VÉRNYOMÁSMÉRÉSI GYAKORLAT A „NEMZET NAPSZÁMOSAKÉNT” (13')

**LAKATOS Ferenc***Szarvasi Szakorvosi Kft., Szarvas*

Megbeszélés (8')

**09.15 Szünet****09.30 A MAGASVÉRNYOMÁS-BETEGEK GONDOZÁSÁNAK ÁTALAKULÁSA HAZÁNKBAN 2018–2023**Moderátor: **JÁRAI Zoltán**

SZIMPÓZIUM- EGIS GYÓGYSZERGYÁR ZRT.

A MAGYAR HYPERTONIA REGISZTER ELSŐ 5 ÉVES EREDMÉNYEI (12')

**SIMON Attila***Állami Szívkórház, Balatonfüred*

A MAGYAR ABPM REGISZTER EDDIGI EREDMÉNYEI ÉS JÖVŐBENI CÉLJAI (12')

**PÁLL Dénes***DE ÁOK Belgyógyászati Intézet, Orvosi Klinikai Farmakológiai Tanszék, Debrecen*

HYPERTONIÁS BETEGEK KITERJESZTETT SZŰRÉSI ÉS GONDOZÁSI FELADATAI (15')

**NEMCSIK János***SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest*

ÖSSZEFOGLALÓ GONDOLATOK A JÖVŐBENI IRÁNYOKRÓL (10')

**JÁRAI Zoltán***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest***10.30 SYMPOSIUM OF THE CROATIAN SOCIETY OF HYPERTENSION**Chairpersons: **Csaba FARSANG, Dénes PÁLL**

AIR POLLUTION, NOISE AND HYPERTENSION – GLOBAL RISK (15')

**Bojan JELAKOVIĆ***Department of Nephrology and Arterial Hypertension University Hospital Center Zagreb, Croatia*

SEASONAL VARIATIONS, CLIMATE CHANGES AND HYPERTENSION (15')

**Ana JELAKOVIĆ***Department of Nephrology and Arterial Hypertension University Hospital Center Zagreb, Croatia*

Discussion (10')

**11.10 Szünet**



**11.20 SYMPOSIUM OF THE SLOVAKIAN SOCIETY OF HYPERTENSION**Chairpersons: **Csaba FARSANG, Ákos KOLLER**

RISK PROFILE OF THE HYPERTENSIVE PATIENTS MANAGED IN OUTPATIENT OFFICE CENTRE EXCELLENCE ESH

**Slavomira FILIPOVA**, Dana Škultétyová, Anna Vachulová*Bratislava, Slovakia*

ÚJDONSÁGOK AZ IDŐSEBB BETEGEK HYPERTONIA KEZELÉSÉBEN

NOVELTIES IN THE ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT OF THE ELDERLY (17')

**Peter MIKUS***Bratislava, Slovakia*

HOME BLOOD PRESSURE MONITORING – PHENOMENON OR USEFUL TOOL?

**Anna VACHULOVÁ***Bratislava, Slovakia***12.20 Ebédszünet****13.10 FŐTÉMA: VASZKULÁRIS MUNKACSOPORT ÜLÉSE  
– A VASZKULÁRIS KOCKÁZAT SZOCIO-ÖKONÓMIAI MEGHATÁROZÓI**Üléselnökök: **FARKAS Katalin, KOLOSSVÁRY Endre**

A VASZKULÁRIS EGÉSZSÉG SZOCIO-ÖKONÓMIAI TÉNYEZŐI. ALSÓ VÉGTAGI AMPUTÁCIÓK TERÜLETI MINTÁZATA. AZ IRÁNYÍTÓSZÁM LENNE MEGHATÁROZÓ? (13')

**KOLOSSVÁRY Endre***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

A GYÓGYSZERES TERÁPIAHŰSÉG, MINT A VASZKULÁRIS EGÉSZSÉG MEGHATÁROZÓJA (13')

**JÁRAI Zoltán***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

AZ EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG (HEALTH LITERACY) SZEREPE A VASZKULÁRIS KOCKÁZATBAN (13')

**FARKAS Katalin***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

A PSZICHOSZOCIÁLIS ÁLLAPOT SZEREPE A VASZKULÁRIS EGÉSZSÉG ALAKULÁSÁBAN (13')

**NEMCSIK János***SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest*

Megbeszélés (8')

**14.10 FIATALOK SZIMPÓZIUMA – MIT JELENT A HYPERTONIA EGY FIATAL ORVOSNAK? A HYPERTONIA MEGKÖZELÍTÉSE KÜLÖNBÖZŐ NÉZŐPONTBÓL**Üléselnökök: **FEJES Imola, HORVÁTH Eszter**

HYPERTONIAELLÁTÁS A FIATAL KARDIOLÓGUS SZEMÜVEGÉN KERESZTÜL (13')

**BARACSI-BOTOS Viktória***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

TAPASZTALATAINK A GYERMEKKORI HYPERTONIAÁVAL.

GYERMEKKORI HYPERTONIA KLINIKUMÁNAK ÖSSZEFOGLALÁSA (13')

**JAKAB Dániel***SZTE Gyermekgyógyászati Klinika, Szeged*

FIATALOK KUTATÁSI LEHETŐSÉGEI A HYPERTONIA TERÜLETÉN (13')

**MONORI-KISS Anna***Semmelweis Egyetem, Klinikai Kísérleti Kutató Intézet, Budapest*

HYPERTONIA KALEIDOSZKÓP A FIATAL HÁZIORVOS SZEMÉVEL (13')

**MOHOS András***SZAOK Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged*

Megbeszélés (8')

**15.10 Szünet**

**15.20 SZIMPÓZIUM – KRKA MAGYARORSZÁG KERESKEDELMI KFT.**Moderátor: **FARSANG Csaba**

ARB KOMBINÁCIÓK: HATÉKONY TERÁPIÁS STRATÉGIÁK A SARTÁNOK VILÁGÁBAN (20')

**FARSANG Csaba***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

ÉLETMINŐSÉG ÉS HATÉKONY BETEGSÉGKEZELÉS AZ ADHERENCIA FOKOZÁSÁVAL (20')

**JÁRAI Zoltán***Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

Megbeszélés (10')

**16.20 TESZTÍRÁS – A KONGRESSZUS ZÁRÁSA**

B

**„B” SZEKCIÓ – MARBELLA TEREM****08.15 SZABADELŐADÁSOK**Üléselnökök: **FINTA Ervin, JÁRAI Zoltán**A KÓROS LIPIDANYAGCSERE SZEREPE A VASZKULÁRIS MŰKÖDÉSZAVAR KIALAKULÁSÁBAN  
SZISZTÉMÁS LUPUS ERYTHEMATOSUSBAN (6'+2')**DIÓSZEGI Ágnes**, Lőrincz H., Kaáli E., Harangi M., Tarr T.*DE KK Belgyógyászati Klinika, Debrecen*A RENDELŐI ÉS AMBULÁNS CENTRÁLIS VÉRNYOMÁS ÉS AUGMENTÁCIÓS INDEX MEGHATÁROZÁSA KÉT  
MÓDSZERREL ÉS EZEK VÁLTOZÁSA ÉLETMÓDVÁLTOZTATÁS VAGY ANTIHIPERTENZÍV TERÁPIA UTÁN  
HYPERTONIÁS BETEGEKBN (6'+2')**GYÖNGYÖSI Helga**, Batta D., László A., Kőrösi B., Torzsa P., Cseprekál O., Nemcsik-Bencze Zs., Tislér A., Nemcsik J.  
*Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest*

PREDICTIVE FACTORS OF POST-TRANSPLANT HYPERTENSION IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS (6'+2')

**MANAFZADEH Amir Reza**, Cs. Keresztes, B. Borda*University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Medical School, Department of Surgery, Szeged*ESETBEMUTATÁS: KRÓNIKUS HYPERTONIA TALAJÁN KIALAKULT  
AGYI KISÉRKÁROSODÁS-OKOZTA EPILEPSZIA (6'+2')**NEMCSIK-BENCZE Zsófia***SE OKK Neuroradiológiai Tanszék, Budapest*AZ ARTÉRIÁS ÉRFALMEREVSÉG, A SZUBKLINIKUS SZÍVELÉGTLENSÉG, A MYOCARDIALIS FIBROSIS  
ÉS A VESEFUNKCIÓ KAPCSOLATA KRÓNIKUS VESEBETEGSÉGBEN, IGA NEPHROPATHIÁBAN (6'+2')**SÁGI Balázs**, Vas T., Csepregi R. K., Horváth-Szalai Z., Nagy J., Csiky B., Kovács T. J.*PTE KK II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai, Diabetológiai Centrum, Pécs*

AZ ENDOKANNABINOID RENDSZER ÉLETTANI JELENTŐSÉGE ÉS FUNKCIÓJA HYPERTONIÁBAN (6'+2')

**SHENKER-HORVÁTH Kinga**, Vass Zs., Kiss J., Szilágyi-Utczás M., Nádasy Gy., Hamar P., Szénási G., Dézsi L.,  
Hunyady L., Dörnyei G., Szekeres M.*Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem, Sport-táplálkozástudományi Központ; Semmelweis Egyetem,  
Egészségtudományi Kar, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék, Budapest*

**2023.**  
**SZEPTEMBER 15.**  
PÉNTEK  
16:00-17:00

# ESH – EVIDENCIÁK A MAGAS VÉRNYOMÁS JOB B KEZELÉSÉRE

## SANDOZ SZIMPÓZIUM AZ MHT KONGRESSZUSÁN

Prof. Dr. Járai Zoltán (moderátor, előadó 10')

*Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest*

### **Hypertonia célértékek és utánkövetési stratégia a 2023. évi ESH irányelv alapján**

Prof. Dr. Ábrahám György (20')

*SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Osztály, Szeged*

### **Hatékonyan, tartósan, biztonságosan - Az ARB-k jelentősége az új ESH ajánlás alapján.**

Dr. Barna István (20')

*SE ÁOK Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

### **Vérnyomáscsökkentők az új irányelvben, a visszatérő bétablokkolók**

Megbeszélés (10')

Kizárólag egészségügyi szakembereknek szóló kommunikáció. Kérjük, ne tegyék a fogyasztók részére elérhetővé vagy láthatóvá!

**09.05 POSZTERSÉTA**Üléselelöhök: **FINTA Ervin, JÁRAI Zoltán**

REZISZTENS HYPERTONIA ÉS HYPOGLYKAEMIA (3'+2')

**FAZEKAS Klára***Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár*

FIBROTIKUS VESÉKBEN TGF-BÉTA BEFOLYÁSOLJA AZ AUTOFÁGIA AKTIVITÁSÁT (3'+2')

**KÖKÉNY Gábor**, BManzéger A., Bencs R., Mikóné Fazekas K.*Semmelweis Egyetem ÁOK Transzlációs Medicina Intézet, Budapest*

THE ASSOCIATION BETWEEN INFLAMMATORY MARKERS AND TARGET ORGAN DAMAGE IN HYPERTENSION PATIENTS (3'+2')

**PAVLOVA Olga**, Yasiukaits N. V., Barbuk O. A., Zatoloka N. V., Russkikh I. I., Kaliadka M. G.*Republican Scientific and Practical Center of Cardiology, Minsk, Belarus*

OLMESARTANNAL SZERZETT KEDVEZŐ TAPASZTALATAINK KÖZÉPSÚLYOS-SÚLYOS HYPERTONIÁBAN (3'+2')

**VAJAS Norbert**, Benczúr B.*Tolna Vármegyei Balassa János Kórház I. Belgyógyászat /Kardiológia-Nefrológia/, Szekszárd***09.25 Szünet****13.10 FŐTÉMA: A HYPERTONIA LELKI OKA, PSZICHÉS VONATKOZÁSOK A REZISZTENS, INGADOZÓ VÉRNYOMÁSOK HÁTTÉRÉBEN – A CSALÁDORVOSI, A PSYCHOSZOMATIKUS ÉS A SZAKELLÁTÓ MUNKACSOPORT KÖZÖS SZIMPÓZIUMA**Üléselelöhök: **ÁDÁM Ágnes, TORZSA Péter, KISS Zoltán**

AFFEKTÍV TEMPERAMENTUMOK, DEPRESSZIÓ, SZORONGÁS KÜLÖNBÖZŐ HYPERTONIA FENOTÍPUSOKBAN

**NEMCSIK János**, Nemcsik-Bencze Zs., Gyöngyösi H., Kőrösi B. Z., Nagyné Batta D., Torzsa P., Kovács I., László A., Tislér A., Cseppekál O., Gonda X., Rihmer Z.*Semmelweis Egyetem, Csaláadorvosi Tanszék, Budapest*

HASZNÁLATI ÚTMUTATÓ A SZORONGÓ HYPERTONIÁS PÁCIENSEINKHEZ

**SOMOGYI Éva***Medicard 99 Bt., Kardiológia Magánrendelés, Eger*

OBSTRUKTÍV ALVÁSI APNOE ÖSSZEFÜGGÉSE A DEPRESSZIÓVAL, SZORONGÁSSAL, AFFEKTÍV TEMPERAMENTUMMAL, ILLETVE ÉLETMÓDBELI TÉNYEZŐKKEL

**TORZSA Péter**, Ádám Á., Torzsa G. (oh), Csatlós D., Hargittay Cs., Mohos A., Tripolszky B.*Semmelweis Egyetem, Csaláadorvosi Tanszék, Budapest*

TAJCSICSUÁN - A HIPERTONOLÓGUS SEGÍTŐJE

**ORMAY István***Ormay és Társa magánrendelés, Budapest*

A HYPERTONIA ÉS AZ EPILEPSZIA KAPCSOLATA – ELŐZETES VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK

**KISS Zoltán**, Szegleti G., Pordány-Bagoly E., Varga V., Szupera Z.*Dél-budai Centrumkórház – Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Neurológiai és Stroke Osztály, Budapest*

Megbeszélés

**14.40 Szekció program zárása**

HD-CORD HIRDETÉS



## Absztraktok

### A mesterséges intelligencia (MI) lehetőségei és kockázatai az egészségügyben

**Alföldi Sándor**

Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Oktatókórház, Budapest

*A mesterséges intelligencia (MI) alkalmazása az egészségügy egyes területein:* Az MI legfontosabb alkalmazási területei a diagnosztika, a kezelési protokollok kidolgozása, a gyógyszerfejlesztés, a személyre szabott orvoslás, valamint a betegmonitorozás és -gondozás. Az MI technológia kulcsfontosságú előnye az adatok nagy és változatos halmazainak gyors feldolgozása és pontos kiértékelése. Ehhez gépi tanulási algoritmusokat és mély tanulási technikákat használnak. Azonban az MI algoritmusok gyakran másképp működnek, mint az emberek, és a mély tanulási algoritmusok „fekete dobozként” működnek, azaz nem mindig nyújtanak világos magyarázatot a döntéseikhez.

Az egyes szakterületek közül a kardiológiában az MI algoritmusok ígéretes eredményeket mutattak a koszorúér-betegség diagnosztizálásában és a betegek kockázatstratifikálásában, valamint a hordható monitorok kiértékelésében. A dermatológiában az MI pontosabban képes felismerni a bőrrákot, mint a bőrgyógyászok. Az onkológiában az MI fontos segítséget nyújt a rákdiagnosztikában, a kockázatstratifikálásban, a daganat jellemzésében és a gyógyszerfejlesztésben. A gasztroenterológiában segíti az orvosokat a betegségek felismerésében és a súlyosságuk meghatározásában az endoszkópos eljárások során. Az oftalmológiában az FDA jóváhagyott egy MI algoritmust a diabeteses retinopathia diagnosztizálására. Az MI segítségével működő patológiai eszközök hozzájárulnak különböző betegségek, beleértve a rákok pontosabb diagnosztizálásához. A házi orvoslásban a döntéshozatal és a prediktív modellezés támogatására szolgálhat. A radiológia esetében az MI különösen hasznos, mivel pontosabb lehet a betegségek azonosításában az orvosi képalkotás kapcsán. Az MI továbbá alkalmazható a diagnosztikában az elektronikus egészségügyi nyilvántartások elemzésével, valamint távmegfigyelés adatainak elemzésében a telemedicinában.

Az MI alkalmazásával kapcsolatban fontos etikai kérdések is felmerülnek. Az MI modellek képzéséhez megfelelő adatbázisokra van szükség, és a nyilvános adatmegosztás populációs elfogadása korlátozott. Emellett viták folynak az egészségügyi munkahelyek automatizálása kapcsán, ami különösen az informatikát, a radiológiát és a patológiát érinti. Összességében az MI

nagy potenciállal rendelkezik az egészségügy eredményességének javításában, de gondos megfontolást és felelős bevezetést igényel az etikai kérdések messzemenő figyelembevételével.

*Ez az absztrakt a Chat GPT-4 közreműködésével készült.*

### Újdonságok a rendelőn kívüli vérnyomásmonitorozásban

**Alföldi Sándor**

Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Oktatókórház, Budapest

A hypertonia irányelvek statikus vérnyomásmérések átlagértékének használatát javasolják mind a rendelői, mind a rendelőn kívüli vérnyomásmérések esetén, noha a vérnyomás dinamikus természete jól ismert. A hypertonia ellátásának jelenlegi paradigmája mellett nem kielégítő sem a hypertonia ismertsége, sem populációs szintű kontrollja.

A mandzsetta nélküli, hordható vérnyomásmonitorozásnak (cuffless blood pressure monitoring = CLBP) számos teoretikus előnye van. Ezek az eszközök mind intermittáló, mind folyamatos, hosszútávú vérnyomásmonitorozásra alkalmasak, ötvözve az otthoni vérnyomásmonitorozás (HBPM) és az ambuláns vérnyomásmonitorozás (ABPM) előnyeit anélkül, hogy megzavarnák a mindennapi aktivitást vagy az alvást.

Amennyiben klinikai hasznosságuk igazolódik egészséges egyéneknél és hypertóniásokban egyaránt, továbbá a jelenlegi validálási problémák is megoldódnak, akkor a CLBP monitorozás paradigmaváltást eredményezhet a hypertonia felismerésében és kezelésében egyaránt.

### Hypertoniaellátás a fiatal kardiológus szemüvegén keresztül

**Baracsi-Botos Viktória<sup>1</sup>, Szőke Vince Bertalan<sup>1</sup>, Járai Zoltán<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológia Profil, Budapest; <sup>2</sup>Magyar Hypertonia Társaság (MHT)

*Célkitűzés:* A három leggyakoribb kardiológiai indikáció (szív-elégtelenség, pitvarfibrilláció, acut myocardialis infarctus [AMI]) miatt osztályunkra felvett betegcsoportban vizsgáltuk a

vérnyomáscsökkentő hatású gyógyszerek alkalmazásának min-tázatát felvételkor és elbocsátáskor.

**Betegek és módszerek:** Kardiológiai osztályunkra 2023. 03. 21.–2023. 04. 27. között felvételre került 185 betegből kiválasztásra került az a 110 fő (58 nő [53%] és 52 férfi [47%]), akiket szívelégtelenség, myocardialis infarctus és pitvarfibrilláció miatt kezeltünk. Az átlagéletkor 73,2 év volt (28 és 95 év között). Összesen 82 beteget kezeltünk szívelégtelenséggel, 38 főt pitvarfibrillációval, 26 főt pedig akut myocardialis infarktussal. A szívelégtelen beteg közül 23 főnek volt ritmuszavara is, valamint 13 főnek szívinfarktusa. A betegek 90%-ának volt ismert a magasvérnyomás-betegsége. Összehasonlítottuk a felvételkor, valamint az elbocsátáskor alkalmazott különböző hatástani csoportba tartozó (angiotenzin konvertáló enzim-gátló [ACE-gátló], angiotenzin-II-AT1-receptor-blokkoló [ARB], béta-blokkoló, kalciumcsatorna-blokkoló, mineralokortikoid receptor-antagonista [MRA], thiazidyszerű/thiazid diuretikumok, kacsdiuretikum, imidazolin-1-receptor-agonista, alfa-1-receptor-blokkoló, neprilizin-inhibitor) vérnyomáscsökkentő kezelés arányának változását.

**Eredmények:** Felvételkor a betegek 11%-a (12 fő) nem részesült gyógyszeres kezelésben, 12% (13 fő) pedig monoterápiát kapott. Elbocsátáskor a betegek 95%-a (105 fő) kapott kombinált antihipertenzív kezelést. A felvételhez képest 69%-ról 87%-ra nőtt a béta-blokkoló, 44%-ról 74%-ra a kacsdiuretikum, 45%-ról 72%-ra az ACE-gátló, valamint 24%-ról 51%-ra az MRA kezelésben részesülők aránya. Ezen kezelések aránya hasonlóan növekedett a szívelégtelen és a pitvarfibrilláló betegcsoportok esetében is. Kevesebben kaptak elbocsátásukkor kalciumcsatorna-blokkolót (37% versus 30%), thiazidokat (25% versus 22%) és egyéb gyógyszereket (20% versus 18%), nem volt változás azonban az ARB kezelésben (16%). Az AMI miatt kezelt kisebb beteglétszámú csoportban az ACE-gátló (50% versus 77%) és a béta-blokkoló (58% versus 77%) alkalmazása növekedett leginkább, az MRA (23% versus 42%), kacsdiuretikum (35% versus 42%) és a kalciumcsatorna-blokkoló (38% versus 42%) mellett.

**Következtetések:** Kardiológiai osztályunkon ellátott betegek esetében nőtt az ACE-gátló, béta-blokkoló, MRA, valamint kacsdiuretikum használat emissziókor. Hasonlóan alakult a gyógyszerhasználat növekedése a szívelégtelenséggel, pitvarfibrillációval, valamint acut myocardialis infarktussal kezelt betegcsoportokban is.

## Magyarország Átfogó Egészségvédelmi Szűrőprogramja 2010–2021 – A vérnyomásértékek elemzése

Barna István<sup>1</sup>, Daiki Tenno<sup>2</sup>, Kékes Ede<sup>3</sup>, Dankovics Gegely<sup>4</sup>

<sup>1</sup>SE-BOK, Budapest; <sup>2</sup>Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Oktatás és Programozás, Budapest; <sup>3</sup>MÁESZ munkabizottság; <sup>4</sup>MÁESZ programigazgató

A „Magyarország Átfogó Egészségvédelmi Szűrőprogramja 2010–2020–2030” (MÁESZ) (<http://www.egeszsegprogram.eu>) Magyarországon az egyetlen komplex szűrővizsgálati program, amelyben hazánk egészségügyi állapotának feltérképezése volt célunk. A Szív és Érendszeri Nemzeti Program keretén belül, több szakmai szervezet összefogásával 2010 tavaszán indult Magyarország

eddig legnagyobb, átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja, amelynek keretében 2010 és 2020 között évente 140–150 helyszínen volt elérhető a mozgó szűrőállomás, ahol lehetőség nyílt az egészségesek szűrésére és a betegek állapotának ellenőrzésére. A szűrőállomásokon 24-féle történt, mely napjainkban már 40-re bővült. A tértímentes szűrés során a betegségek megelőzésével kapcsolatos és életviteli tanácsadás is történik. A szűrővizsgálatok összességében 15–20 percet vesznek igénybe. A program fő célkitűzése a lakosság számára az ingyenes szűrővizsgálatok biztosítása a legkorszerűbb eszközökkel, szem előtt tartva a megelőzés fontosságát.

A szűrővizsgálatokon részt vevők egészségügyi adataiból évente statisztika készül, amelynek segítségével nyomon követhető a lakosság általános egészségi állapotának javulása vagy rosszabbodása. Az adatokat a megalapozottabb egészségügyi politika kialakításához a szakmai szervezetek, a mindenkori egészségügyi kormányzat, az Európai Unió és az Egészségügyi Világszervezet is felhasználhatja. A szűrővizsgálatok alkalmával fény derülhet bizonyos betegségek meglétére, emellett általános kockázatfelméréssel képet kaphatunk arról, hogy milyen betegségekkel kell a jövőben várhatóan szembenéznünk. Ez adja a szűrővizsgálatok igazi jelentőségét, hisz a kockázat mértékének megállapításán túl hasznos tanácsokat, életvezetési útmutatókat kapunk annak érdekében, hogy elkerüljük a minket veszélyeztető betegségek kialakulását.

2010–2021 között eltelt időben a kamionban végzett szűrőprogram 2212 helyszínen volt jelen országosan, és több mint 643 172 állampolgár számára több mint nyolcmillió szűrővizsgálatot végzett el. 2010–2021 közötti időszakban nyert adatok alapján elemeztük az egészségi állapotot tükröző paramétereiket, illetve az azokat befolyásoló tényezők hatását különböző életkorcsoportokban.

A 2010–2021 közötti időszakban összesen 204 748 egyén adatát dolgoztuk fel (119 433 nő és 85 315 férfi). A szűrővizsgálatokon részt vettek átlagos életkora nőknél ( $n=119\ 433$ ) 42,85 év, férfiaknál ( $n=85\ 315$ ) 40,43 év volt. A szűrésen részt vevők közel 8%-a 18–25 év közötti, 48,6%-uk a 26–45 éves korosztályhoz tartozott. Összességében a nők átlagos vérnyomásértéke 126,7/80,9; a férfiaké 135,6/84,4 Hgmm. Férfiakban 32%-ban, nők esetén 21%-ban mértünk a normálistól eltérő értéket. Az egyes stádiumok értékelése során több mint 21 ezer egyénnél, közel 13%-ban mértünk 160/100 Hgmm feletti értéket, közülük több mint ötezer látogató (2439 nő, 2679 férfi) vérnyomása volt 180/110 Hgmm feletti. Mindkét nemből a növekvő életkorral emelkedett szisztolés vérnyomásértékeket mértünk. Különösen figyelemre méltó, hogy 45 éves korig több mint 10 Hgmm a különbség a két nem közt, ami 66 év fölött csökken. Nők esetében 46 éves kortól, míg férfiakban már 18 éves kor felett normális szint fölé emelkedik a szisztolés vérnyomásérték. A diasztolés vérnyomás életkor szerinti értéke mindkét nemből harangformájú eloszlást mutat, a nemek közti különbség itt is megfigyelhető, bár jóval kevésbé kifejező, mint a szisztolés értéknél. Kérdőív értékelés során a válaszolók 38%-a jelezte, hogy van a családjában hipertóniás beteg. A mért értékek és a kérdőívek egybevetésével az összes nő 13,7%-a, az összes férfi 30,5%-a nem tudott az emelkedett vérnyomásáról.

A szűrőprogram vérnyomásra vonatkozó adatai alapján a statisztikai adatok tükrében kijelenthető, hogy a vizsgálatokon részt vevők nagy arányban a nagy kockázatú csoportba tartoznak.

## A kóros lipidanyagcsere szerepe a vasculáris működészavar kialakulásában szisztémás lupus erythematosusban

Diószegi Ágnes<sup>1</sup>, Lőrincz Hajnalka<sup>1</sup>, Kaáli Eszter<sup>2</sup>, Harangi Mariann<sup>1</sup>, Tarr Tünde<sup>3</sup>

<sup>1</sup>DEKK Belgyógyászati Klinika, Anyagcsere Betegségek Tanszék, Debrecen; <sup>2</sup>Västerviks Sjukhus Hospital, Västervik, Svédország; <sup>3</sup>DEKK Belgyógyászati Klinika, Klinikai Immunológiai Tanszék, Debrecen

**Bevezetés:** A szisztémás lupus erythematosus (SLE) egy krónikus, szisztémás autoimmun betegség, amely döntően fiatal felnőttkorban kezdődik és női dominancia jellemzi. Napjainkban SLE-ben a vezető halálokok között szerepelnek a kardiovaszkuláris eredetű megbetegedések, amelynek hátterében akcelerált atherosclerosis áll. A folyamatért felelős atherogén dyslipidaemia és az SLE specifikus vasculopathia kapcsolata nem minden elemében ismert.

**Betegek és módszerek:** Vizsgálatunkba 51 aktív, fiatal SLE-s beteget (44 nő, 7 férfi) és 41 főből álló, korban és nemből illesztett kontrollcsoportot (36 nő, 5 férfi) vontuk be. A lipidprofil mellett a betegség aktivitását jelző biokémiai markereket vizsgáltuk, valamint ezen eredményeinket vetettük össze a korai atherosclerosis jellemző noninvazív képalkotó eljárások adataival. A lipid szubfrakciók meghatározását Lipoprint gélelektroforézissel végeztük. A carotis intima-media vastagság (cIMT) és az áramlás mediált vazodilatáció (flow mediated vasodilation – FMD) meghatározása duplex ultrahanggal történt. Az érfali merevséget a pulzushullám terjedési sebesség (pulse wave velocity – PWV) és az augmentációs index (Aix) segítségével jellemeztünk, amelyeket arteriográffal határoztunk meg.

**Eredmények:** Az SLE-s betegcsoportban az Aix, a VLDL arány, a triglicerid és az ApoB szint szignifikánsan magasabb volt a kontrollcsoporthoz viszonyítva, míg cIMT, FMD és a PWV esetében szignifikáns különbség nem volt kimutatható. A két csoport között. Szignifikáns pozitív korrelációt találtunk az Aix és a triglicerid, VLDL, IDL-C, IDL-B és az LDL-1 között.

**Konklúzió:** Eredményeink azt mutatják, hogy fiatal SLE-s betegekben a vasculáris diszfunkció kialakulásában a trigliceridben gazdag részecskék szerepet játszanak, valamint, hogy a korai atherosclerosis kimutatásában az augmentációs indexnek kiemelkedő jelentősége van. Eredményeink felhívják a figyelmet a fiatal SLE-s betegek korai kardiovaszkuláris szűrésének szükségességére.

## A hypertoniaszűrés és -gondozás új lehetőségei a háziiorvosi praxisban

Dózsa Katalin<sup>1</sup>, Galvács Henrietta<sup>2</sup>, Mongel Istvánné Böcskei Gizella<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MedProFam Kft., Semmelweis Egyetem EKK EMK, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem EOK Ápolástan Tanszék, Budapest; <sup>3</sup>MedProFam Háziiorvosi Kft.

**Célkitűzés:** Bemutatni, hogy rövidtávon milyen eredményeket lehetett elérni következetes ellátásszervezéssel, digitális megoldások alkalmazásával és MSc szakápolók bevonásával egy hagyományos háziiorvosi praxishoz képest.

A hagyományos, egy orvossal és egy ápolóval napi nyolc órában működő háziiorvosi praxis működési modell és minimum feltételrendszer rég nem képes megfelelni korunk kihívásainak. A napi ellátás a növekvő betegforgalom és a szaporodó feladatok mellett, alig vagy egyáltalán nem tervezhető előre, tűzoltás jellegű. A preventív és definitív ellátás újszerű ellátásszervezést igényel. Magyarországon 2012 óta zajlanak praxis-közösségi fejlesztések, amelyek eredményei az egyes körzetek működésére vonatkozóan is kijelölték a fejlesztés szakmai irányait. Mindeközben a digitális technológiák robbanásszerű terjedése és fejlődése teljesen átalakítja a háziiorvosi ellátás lehetőségeit. Az előadás célja bemutatni, hogy a fejlesztési tapasztalatok, irányelvajánlások, technológiai lehetőségek gyakorlati alkalmazása milyen változásokat képes eredményezni egy korábban átlagos háziiorvosi praxisban a hipertonia és a kardiovaszkuláris prevenció terén.

**Módszer:** Online ellátás és rendelési időn kívüli prevenciók rendelés bevezetése kompetens munkatársak bevonásával, digitális eszközök alkalmazásával.

A háziiorvosi praxisokban a napi betegforgalom évente átlagosan 50-60 fő/nap. Szezonális hatások ezt napi 80-100 fő/nap szintre emelik a járványos időszakokban. A betegellátás zavartalansága érdekében a bemutatott háziiorvosi rendelőben a háziorvos szakmai döntése alapján online ellátás indult a rendeléssel párhuzamosan MSc közösségi szakápoló rész munkaidős foglalkoztatásával, aki a betegek elsődleges kikérdezésével és krónikus beteg gondozási feladatok átvállalásával tehermentesítette mind a háziorvost és mind a rendelői forgalmat. Az online, telemedicinális ellátás bevezetése mellett a hagyományos rendelési időn kívül, két napon 4-4 órában prevenciók rendelést vezetettünk be, ahol az új bejelentkezők szűrése, fizikális státuszának felmérése és a stabil állapotú krónikus betegek gondozása és edukációja zajlik laboreredményeik és gondozási naplójuk ellenőrzésével, ugyancsak rész munkaidős MSc közösségi szakápoló által a háziorvos indikációja alapján. Mindkét MSc szakápoló a praxis háziorvosának szakmai irányítása mellett végzi tehát napi feladatait, kiegészítve a hagyományos háziiorvosi rendelést, a páciensekről referálva a háziorvosnak. A kompetenciájukat meghaladó eseteket a háziiorvosi rendelésre irányítják, bemutatva a páciensnél mért eredményeket, és kórjelző leleteket a szakorvosnak. A háziorvos ideje így a bonyolultabb, magas kockázatú, multimorbid esetek ellátására tud felszabadulni. Az új működési modell eredményeit a forgalmi adatok és vényírási adatok elemzésével vizsgáltuk meg.

**Eredmények:** Praxis betegforgalmi és vényírási adatok retrospektív, összehasonító elemzésén keresztül bemutatott eredmények.

A háziorvos-váltást megelőző és azt követő két éves időszak összehasonlításával azt találtuk, hogy a hipertonia miatt ellátott, gondozott egyének száma 20%-kal, a dyslipidaemia miatt ellátottak száma 40%-kal nőtt. A krónikus vesebetegség miatt ellátott és gondozott egyének létszáma 750%-kal emelkedett, korábban gyakorlatilag ismeretlen gondozási diagnózis volt. A dohányzás miatt gondozottak száma a tizenötszöröse lett, a korábban ismertlen prediabeteses létszám mára meghaladja a praxisban a 100 főt, a gondozott elhízottakhoz hasonlóan.

A prevenció jó befektetés az alapellátásban.

## Rezisztens hipertonia és hypoglykaemia

Fazekas Klára

Karolina Kórház-Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár

Az első, 2007–2008-ban megjelent rezisztens hipertonia irányelvek óta bekövetkezett változások ismertetése.

A rezisztens hipertonia elfogadott definíciója heterogenitást mutat, illetve az elmúlt években változáson ment át. A négy antihipertenzívum maximális, tolerálható dóziséval kezelt állapotként definiálva, tankönyvi adatként (2017) publikált. A pszeudorezisztens és szekunder hipertoniaformák differenciálása követelménnyé válik. A diagnózist alátámasztó lehetséges markerek száma is növekedett.

*Irodalmi adatok szisztematikus feldolgoása:* Állatkísérlet modellek eredményeire, gyógyszer alkalmazási tapasztalatokra, humán klinikai betegadatokra támaszkodva emeljük ki a retrospektív szakirodalmi publikációs adatokat, a pubmed.gov és medline adatbázisok felhasználásával. A patofiziológiai, farmakológiai háttérrel genetikai ismeretekre alapozva ismertetjük. A súlyos, rezisztensnek tekintett hipertoniaformák és hypoglykaemia együttes előfordulásának ok-okozati kapcsolatait vetjük fel, szabályozási körök fennállását kiemelve.

*Klinikai vizsgálatok eredményei:* A hypoglykaemia indukálta mediátorok, így az ACTH szerepet játszhat a baroreceptorok érzékenységének változásában, autonóm válasz elégtelenségében. Az alfa-blokkoló gyógyszerek hatásmechanizmusában, catecholaminok, glükokortikoidok, proinflammatorikus citokinek felszabadulásában, stresszreakciók, fájdalmi reakciók kialakulásában további szerepe lehet.

Módosítható-e a diagnosztikus és terápiás protokoll?

Elsődleges cél a rezisztens hipertonia felismerése mellett a vérnyomás csökkentése, a célértékek megközelítése. Fontos a fenntartó pathomechanizmus azonosítása, a kísérő kóros reakciók kivédése, valamint az anyagcsere stabilitásának fenntartása, a kronobiológia ismeretében. A gyógyszeres kezelésre nem vagy nehezen reagáló hipertonia hátterében a felvázolt összefüggésben, modellekben szekunder, illetve endokrin faktorok is szerepet kapnak. Törekednünk kell egy dinamikus vizsgálati modell létrehozására, illetve a betegek dinamikus környezetben – napi életbeli aktivitásának megtartása, visszaállítása mellett vizsgálni, kezelni.

## A kiterjesztett hatáskörű ápolók (APN) szerepe és jelentősége a hipertóniás betegek háziorsvosi gondozásában

Galvács Henrietta<sup>1</sup>, Mongel Istvánné<sup>2</sup>, Dózsa Katalin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, MedProFam Háziorsvosi Szolgáltató Kft., Budapest; <sup>2</sup>MedProFam Háziorsvosi Szolgáltató Kft., Budapest; <sup>3</sup>MedProFam Háziorsvosi Szolgáltató Kft., Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

*Célkitűzés:* A háziorsvosi prevenciók rendelésen 2021. 06. 01. és 2023. 05. 31. között megjelent hipertóniás páciensek eredményeinek feldolgoása, a CV kockázat, célszervkárosodások és betegadherencia tükrében.

*Módszer:* Keresztmetszeti vizsgálatunkat a 2021. 06. 01. és 2023. 05. 31. közötti időszakban, a prevenciók rendelésen megjelent páciensek vizsgálati eredményei alapján végeztük el. Az adatokat háziorsvosi szoftver segítségével nyertük ki. Vizsgáltuk a páciensek szocioökonómiai státuszát, antropometriai adatait, életmódi tényezőket, a CV kockázati besorolást, a hipertonia mediálta célszervi szövődmények előfordulását, illetve a betegadherenciát is. Az adatokat SPSS 22.0, illetve Microsoft Excel 2019. segítségével dolgoztuk fel.

*Eredmények:* A vizsgált időszakban 321 vizsgálati esemény valósult meg, 298 páciens bevonásával, ebből a hipertóniás betegek aránya 74,8% volt. A nemek arányát tekintve a nők voltak többségben (50,7%) a mintában. A rendelési mérések alapján, a páciensek 55,3%-a volt célértéken, azonban jelentős részük (59,2%), a javaslat ellenére sem vezet otthonában vérnyomásmérőt. A nők esetében szignifikánsan nagyobb a HBPM aránya ( $p=0,005$ ). A HBPM és rendelési célérték elérése között egy nem szignifikáns, de tendenciózus összefüggés igazolódott ( $p=0,058$ ).

*Következtetések, javaslatok:* A kapott adataink alapján elmondható, hogy a hipertóniás betegek esetében nagyobb hangsúlyt kell fektetni a betegedukációra, illetve a célszervi szövődmények megelőzésére és szűrésére, azonban a legtöbb háziorsvosi praxisban nincs elegendő idő ezek kivitelezésére és teljesítésére. A humán erőforrás bővítése, köztük az APN-ek bevonása elengedhetetlen a hazai alapellátásban, hogy javítani tudjuk a páciensek életkilátásait, adherenciáját a hipertonia és célszervi szövődményeinek megelőzésével kapcsolatosan.

## A rendelési és ambuláns centrális vérnyomás és augmentációs index meghatározása két módszerrel és ezek változása életmódváltoztatás vagy antihipertenzív terápia után hipertóniás betegekben

Gyöngyösi Helga<sup>1</sup>, Batta Dóra<sup>1</sup>, László Andrea<sup>2</sup>, Kőrösi Beáta<sup>1</sup>, Torzsa Péter<sup>1</sup>, Cseppekál Orsolya<sup>3</sup>, Nemcsik-Bencze Zsófia<sup>4</sup>, Tislér András<sup>5</sup>, Nemcsik János<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest; <sup>2</sup>MD Office Julia/Schindler, Nuremberg, Germany; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest; <sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Orvosi Képzőközpont Klinika, Budapest; <sup>5</sup>Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

*Célkitűzés:* A centrális szisztolés vérnyomás (cSBP) és az augmentációs index (Aix) mérhető rendelési körülmények között és ambulánsan is, 24 órás monitorozás során. Vizsgálatunk célja a rendelési brachialis szisztolés vérnyomás (bSBP) mérése volt oszcillometriás készülékkel, a cSBP és Aix mérése rendelési körülmények között, valamint a bSBP, cSBP és Aix mérése 24 órás monitorozás során, két kalibrációs módszerrel. Ezt követően életmódváltoztatás vagy vérnyomáscsökkentő gyógyszeres kezelés megkezdése után bekövetkezett változások összehasonlítását tűztük ki célul.

*Módszer:* A bSBP-t Omron M3 készülékkel mértük. A rendelési cSBP-t és az Aix-t tonometriás PulsePen készülékkel (PP cSBP,



PP Aix), míg a 24 órás ambuláns brachialis SBP-t (24 h bSBP), cSBP-t (24 h cSBP) és Aix-t (24 h Aix) Mobil-O-Graph-al mértük. A 24 h cSBP meghatározásához a szisztolés/diasztolés vérnyomás (24 h cSBP C1), valamint a szisztolés vérnyomás/artériás középnyomás (24 h cSBP C2) kalibrációs módszereket használtuk. A méréseket új hypertoniás betegeknél a vérnyomáscsökkentő gyógyszeres kezelés megkezdése után három hónappal, fehérköpeny hypertoniás betegeknél életmódváltás után 12 hónappal megismételtük.

**Eredmények:** 105 beteg került bevonásra, köztük 22 új hypertoniás (HT) és 22 fehérköpeny hypertoniás (FkHT). A bSBP (140,8±17 Hgmm) magasabb volt, mint a PP cSBP (128,2±13,1 Hgmm). A 24 h bSBP (128,3±10,3 Hgmm) magasabb volt, mint a 24 h cSBP C1 (117,8±9,3 Hgmm), de közel megegyezett a 24 h cSBP C2-vel (131,1±11,1 Hgmm). A PP Aix (15,6±15,0%) alacsonyabb volt, mint a 24 h Aix (22,8±7,8%). Antihypertenzív terápia hatására a bSBP (Δ21,5 Hgmm) és PP cSBP (Δ16 Hgmm) jelentősen csökkent, a 24 h bSBP (Δ10,9 Hgmm), a 24 h cSBP C1 (Δ10,0 Hgmm) és a 24 h cSBP C2 (Δ9,1 Hgmm) egyenlő mértékben csökkent. A PP Aix (Δ5,9%) és a 24 h Aix is csökkent (Δ2%). Életmódbeli változtatások hatására csak a bSBP változott jelentősen (Δ6,2 Hgmm).

**Következtetés:** A rendelői és a 24 órás cSBP értékei különböző kalibrációs módszerekkel jelentősen eltérnek egymástól. Gyógyszeres kezelés hatására a 24 órás értékekben kisebb változások figyelhetők meg, mint a rendelői cSBP-ben, de 24 órás mérésnél a cSBP értékek hasonló mértékben csökkentek a két kalibrációs módszerrel. A rendelői tonometriás Aix különbözött a 24 órás Aix-től, és nagyobb mértékben csökkent vérnyomáscsökkentő terápia hatására. Eredményeink alapján a rendelői és a 24 órás centrális hemodinamikai paraméterek egy intervenció hatásának monitorozására eltérőképpen használhatók.

## Tapasztalataink a gyermekkori hypertoniával. Gyermekkori hypertonia klinikumának összefoglalása

**Jakab Dániel**

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika, Szeged

A gyermekkorban induló magasvérnyomás-betegség felismerése és megfelelő kezelése kiemelt fontosságú a szövődmények és a krónikus célszervkárosodás megelőzése miatt. A hypertonia hátterében rejlő etiológia tényezők előfordulása eltérő csecsemőkorban és azt követő korcsoportokban. A gyermekkori hypertonia gyakorisága az elmúlt évtizedekben folyamatosan növekvő tendenciát mutat. A növekvő incidenciát fő oka az egyre fiatalabb életkorban kezdődő, és súlyosabb obesitas áll. Az obes betegek mellett azonosíthatóak egyéb rizikócsoporthoz (pl. onkohaematologia betegek, koraszülöttek), ahol az elmúlt évekhez képest megemelkedett a magasvérnyomás-betegség előfordulása.

Előadásom célja bemutatni a gyermekkori hypertonia klinikai jellegzetességeit, valamint a betegeinken át szerzett tapasztalatainkat.

Bemutatom a főbb betegutakat, és az általunk aktuálisan alkalmazott klinikai gyakorlatot a diagnosztikát és a kezelést illetően.

## A hypertonia és az epilepszia kapcsolata – előzetes vizsgálati eredmények

**Kiss Zoltán, Szegleti Gábor, Pordány-Bagoly Edit, Varga Vince, Szupera Zoltán**

Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Neurológiai és Stroke osztály, Budapest

A hypertonia és a cerebrovascularis betegségek szoros kapcsolata jól ismert és az is ismerté vált az utóbbi évtizedekben, hogy az angiotenzinreceptor-blokkolók (ARB) neuroprotektív (kognitív funkció, neurodegeneratív betegségek) tulajdonsággal is rendelkeznek a magas vérnyomás kezelésén túl. Az ARB hatóanyagok neuroprotektív hatásához sorolhatjuk a kevésbé kutatott területet a hypertonia és az epilepszia kapcsolatát is, amelyre szintén találhatunk bizonyítékokat. Az összefüggés hátterében álló hatásmechanizmusra vonatkozóan az agyi renin-angiotenzin-aldoszteron rendszer (RAAS) ad magyarázatot. A korábbi vizsgálatok eredményeire tekintettel a saját vizsgálatunk hipotézise, hogy az általunk gondozott és osztályunkon kezelt epilepsziás és hypertoniás betegek között az ARB hatóanyagokkal kezelték esetében az epilepsziás roham ritkábban fordul-e elő. Az aktuálisan általunk gondozott és az elmúlt egy évben az osztályunkon fekvő hypertoniával és epilepszia miatt kezelték között 61 felnőtt beteget találtunk, akik optimális antiepileptikus kezelésben is részesültek. Ezek közül 18 fő kapott ARB kezelést, míg 43 fő egyéb antihypertenzív kezelésben részesült. Összegyűjtöttük a betegek utolsó megjelenése előtti egy évben az epilepsziás rohamok jelentkezésének számát. Az ARB kezelésben részesülők között 94 százalékban nem fordult elő roham, míg ARB kezelésben nem részesülők között a rohammentesség előfordulása 65 százalékban bizonyult a megelőző egy évben, mely különbség statisztikailag szignifikáns értéket mutat ( $p=0,024$ ). Előzetes vizsgálati eredményünk alátámasztja a hipotézisünket, hogy az ARB kezelés antiepileptikus hatással is rendelkezik. Előzetes eredményeinket további vizsgálatokba tervezzük megerősíteni, és amennyiben az eredményeink további megerősítésre kerülnek a későbbiekben a hypertoniás betegek kezelésének szempontjainál a társbetegségek között javasolt figyelembe venni az epilepszia betegséget is.

## A peroxiredoxin-tiroredoxin rendszer és a magzati növekedés összefüggései praeclampsziában

**Koller Ákos<sup>1</sup>, Alasztics Bálint<sup>2</sup>, Rigó János<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, ETK, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Transzlációs Medicina Intézet, Budapest, New York Medical College, Department of Physiology, Valhalla, USA; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest; Semmelweis Egyetem, ETK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék, Budapest

Az oxidatív molekulák fokozott termelése minden hypertonia egyik fontos jellemzője. Praeclamsziában szintén leírták, hogy a redox homeosztázis, kiegyensúlyozatlan, ami oxidatív stresszt okozhat. A kevésbé ismert, antioxidáns rendszer az ún. peroxiredoxin-1



(PRDX1) és a tioredoxin-1 (TRX1) szabályozó enzimek, amelyek szintén hozzájárulnak a redox homeosztázishoz fenntartásához, de ez ideig nem vizsgálták őket praeclampsziában. Ezért célul tűztük ki, hogy megmérjük a PRDX1, TRX1 jelenlétét és az oxidatív stressz biomarkereket praeclampsziában szenvedő terhes nők vérmintáiban.

A vizsgálatba praeclampsziában (PE) szenvedő beteget (n=12, RRszitole >140 Hgmm, RRdiasztolé >90 Hgmm, proteinuria >300 mg/24 óra) és harmadik trimeszterben lévő egészséges, normotoniás terhes nőket (n=7, NT) vontunk be. Az egészséges és praeclampsziás terhes nők perifériás vénás vérmintáit elemeztük. Az oxidációs fehérjetermékek (AOPP) plazmaszintjét spektrofotometriával határoztuk meg. A limfociták és monociták exofaciális PRDX1 és TRX1 expresszióját áramlási citometriával detektáltuk.

A plazma AOPP szintje szignifikánsan magasabb volt praeclampsziában, mint az egészséges terhes csoportban. A PRDX1-et és TRX1-et expresszáló limfociták és monociták szignifikánsan magasabb százalékban voltak jelen a praeclampsziás nők vérmintájában az egészséges terhes, kontroll csoporthoz képest. A keringő PRDX1 és TRX1 expresszáló limfociták és monociták aránya szignifikáns fordított korrelációt mutatott az újszülöttek születési súlyával.

Adataink alapján megállapítjuk, hogy a limfocitákban és monocitákban az előrehaladott oxidációs fehérjetermékek szintje megemelkedik, és az exo-faciális peroxiredoxin-1 és tioredoxin-1 rendszer fokozottabban működik praeclampsziában. Ezen kívül, a peroxiredoxin-1 és tioredoxin-1 pozitív keringő limfociták és monociták aránya fordítottan korrelál az újszülött születési súlyával, ami azt jelzi, hogy a magasabb szintű oxidatív stressz felelős lehet a csökkent méhen belüli növekedésért.

Támogatás: OTKA K 132596 K\_19.

## Gyermekkori hipertóniában előforduló leggyakoribb metabolikus eltérések és társbetegségek vizsgálata – az adatbányászat lehetőségei

**Kovács Beáta<sup>1</sup>, Németh Ákos<sup>1</sup>, Daróczy Bálint<sup>2</sup>, Karányi Zsolt<sup>1</sup>, Maroda László<sup>3</sup>, Diószegi Ágnes<sup>1</sup>, Nádró Bíborka<sup>1</sup>, Szabó Tamás<sup>4</sup>, Harangi Mariann<sup>1</sup>, Páll Dénes<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem Általános Orvos Kar, Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Betegségek Tanszék, Debrecen; <sup>2</sup>Eötvös Loránd Tudományegyetem, Informatikai kar, Budapest; <sup>3</sup>Debreceni Egyetem Általános Orvos Kar, Orvosi Klinikai Farmakológiai Tanszék, Debrecen; <sup>4</sup>Debreceni Egyetem Általános Orvos Kar, Gyermekgyógyászati Intézet, Debrecen

**Célkitűzés:** A gyermekkori hipertonia irodalmi adatok alapján a gyermekek 10%-át érinti, amely gyakran egy másik betegség következtében kialakuló szekunder forma, de előfordulhat önálló kórképként is. A felnőttkorban súlyos betegségeket okozó szív-ér rendszeri eltérések már az érintett gyermekpopulációban elkezdődnek. Átfogó vizsgálatunk célja a hipertóniás gyermekek körében előforduló egyes metabolikus paraméterek és társbetegségek vizsgálata volt adatbányászati módszerek alkalmazásával régióink adatainak felhasználásával.

**Módszer:** Azon 3 és 18 év közötti gyermekek adatait vizsgáltuk, akik egy 15 éves vizsgálati periódus során a Debreceni Egyetem Klinikai Központjában jelentek meg.

**Eredmények:** Összesen 3687 hipertóniás gyermeket azonosítottunk. Jelentősen emelkedett testtömegindexet észleltünk a hipertóniás csoportban a normotoniós gyermekekhez képest. Továbbá szignifikánsan nagyobb összcholesterin, LDL-cholesterin- és trigliceridszintet, illetve alacsonyabb HDL-cholesterinszintet találtunk a hipertóniás gyermekek esetén. Emellett a hipertóniás gyermekek szignifikánsan magasabb húgysavszinttel rendelkeztek, míg a vércukorszintek esetén nem tapasztaltunk szignifikáns eltérést. Szignifikánsan nagyobbak találtuk az elhízás (49,7 vs. 6,16%), a diabetes mellitus (7,17 vs. 1,27%), a vesebetegségek (2,81 vs. 0,51%) és a pajzsmirigy betegségek (8,74 vs. 6,22%) előfordulási arányát a hipertóniás gyermekek esetén a normotoniós gyermekekhez viszonyítva. Következtetések: A gyermekkori hipertonia nem csupán emelkedett vérnyomásértékeket jelent, hanem egy komplex anyagcsere-eltérésekkel jellemezhető krónikus állapotot, amely elhanyagolt esetben korai szív-ér rendszeri komplikációkhoz vezet. Ebben a betegcsoportban még nagyobb jelentőséggel bír a korai szűrés és a korai anyagcsere-szövődmények kezelése, a hosszútávú morbiditás és mortalitás megelőzése.

## Fibrotikus vesékben TGF- $\beta$ a befolyásolja az autofágia aktivitását

**Kökény Gábor, Manzó Anna, Bencs Rita, Mikóczy Fazekas Krisztina**

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Transzlációs Medicina Intézet, Budapest

**Bevezetés és célkitűzés:** A vesében fokozott transzformáló növekedési faktor- $\beta$  (TGF- $\beta$ ) termelés a vesefibrosis patogenezisének egyik motorja. Vesebetegségekben a megváltozott autofág aktivitás is szerepet játszhat a progresszióban, ezzel a sérült organellek lebontása és a fehérjék újrahasznosítása csökkenhet. Az EGR1 egy TGF- $\beta$  által is indukált profibrotikus transzkripciófaktor, amelynek fokozott aktivitása a vesében növeli a kollagénszintézist, tüdőbetegségben pedig fokozza az autofág aktivitást. Ugyanakkor nem ismert, hogy vesefibrosisban van-e összefüggés az EGR1 és az autofág aktivitás között.

**Módszerek:** Tizenöt hetes hím C57Bl6 kontroll (CTL, n=5) és TGF- $\beta$  transzgenikus egereket (TGF $\beta$ , n=5, megemelkedett TGF- $\beta$ 1 plazmaszinttel) hasonlítottunk össze. Altatás közben mértük az egerek artériás középnyomását (MAP) a carotisba vezetett katéter segítségével, majd a veséket feldolgoztuk. Eredményeink (átlag  $\pm$  szórás) statisztikai összehasonlítását Mann-Whitney-tesztel végeztük p < 0,05 szignifikanciaszint mellett.

**Eredmények:** Nem találtunk eltérést vérnyomás értékekben (MAP CTL: 79 $\pm$ 3; TGF $\beta$ : 78 $\pm$ 2 Hgmm). Ugyanakkor a TGF $\beta$  vesékben jelentős tubulointersticiális fibrózis, illetve glomerulosclerosis volt látható. Ezzel párhuzamosan TGF $\beta$  vesékben szignifikánsan nőtt az EGR1 génexpresszió (CTL: 1,0 $\pm$ 0,2; TGF $\beta$ : 2,2 $\pm$ 0,6) és fokozódott az autofágiában szerepet játszó p62 (SQSTM1) expressziója is (CTL: 1,0 $\pm$ 0,1; TGF $\beta$ : 1,4 $\pm$ 0,3). Immunoblottal a p62 fehérje mennyiségének

kétszeres növekedését találtuk TGFb vesékben (CTL:  $1,0 \pm 0,2$ ; TGFb:  $2,2 \pm 0,2$ ), amelyet az LC3-II/LC3-I arány csökkenése kísért (CTL:  $1,1 \pm 0,1$ ; TGFb:  $0,7 \pm 0,1$ ). Immunfestéssel a CTL egek veséiben minimális tubularis és elenyésző glomerularis p62 expressziót láttunk (0,24% pozitív terület). Ezzel szemben a TGFb vesékben markáns tubularis p62 festődés mellett kismértékben fokozott glomerularis pozitivitás is ábrázolódott (0,99% pozitív terület), amely az LC3 fényében az autofág aktivitás csökkenésére utal.

**Következtetés:** TGF- $\beta$  transzgenikus modellünkben a vesékben jelentősen csökkent az autofág aktivitás, ezzel párhuzamosan magasabb EGR1 expressziót is mértünk. Ezek alapján feltételezzük, hogy a TGF- $\beta$  indukált EGR1 fokozódás vesefibrózisban befolyásolja a vese sejtek autofág aktivitását, amely a homeosztázis felborulása révén elősegítheti a fibrózis kialakulását.

**Támogatók:** MHT Kutatási Pályázat 2022; Magyar Tudományos Akadémia Bolyai Ösztöndíja (BO/00304/20/5); Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP Bolyai+ Ösztöndíja (ÚNKP-22-5/202206201434KG).

## Mandzsetta nélküli vérnyomásmérő használatával nyert saját tapasztalatok

### Liziczai Imre

Kardimed Kft., Mosonmagyaróvár

A vérnyomás mérése napjainkban is az egyik alapvető orvosi diagnosztikai vizsgálat. A napi gyakorlat során találkozhatunk olyan személyekkel, akiknek a kar vastagsága miatt még az extrém nagy mandzsettával sem tudunk vérnyomást mérni, vagy főbiasztintú félelmük van a vérnyomásmérőtől és még a klasszikus ABPM vizsgálat is súlyos szimpatikotóniát provokál, vagy OSAS gyanúja esetén történt vérnyomásmonitorozás során a felfújódó mandzsettára felébrednek és stresszként megélve a valóságosnál magasabb vérnyomásértéket mérhetünk. Olykor szükségünk lehet non-invazív, folyamatos vérnyomásmérésre, amelyet a klasszikus, mandzsettás eszközök nem tesznek lehetővé.

Nos, ezekben az esetekben tesz különösen jó szolgálatot a mandzsetta nélküli vérnyomásmérő, amely a pulzus tranzitidő alkalmazásával szolgáltat vérnyomásadatokat.

A tesztelésre/tapasztalatszerzésre kapott eszközzel 36 mérést végeztünk.

A vizsgálatok megoszlása: 1 darab: ismerkedés a műszerrel, tapasztalatszerzés, programozás, adat visszaolvasás; 2 darab: futópad terheléses EKG; 6 darab: kerékpár ergometriás terheléses EKG; 5 darab: OSAS-gyanú; 10 darab: hipertonia diagnosztika; 8 darab: antitensív terápia kontrollja; 4 darab: ABPM-SomnoTouch összevetés.

## Predictive Factors of Post-transplant Hypertension in Kidney Transplant Recipients

Amir Reza Manafzadeh<sup>1</sup>, Csilla Keresztes PhD<sup>2</sup>, Bernadett Borda MD, PhD<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Medical School, De-

partment of Surgery; <sup>2</sup>Department of Medical Communication and Translation Studies, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; <sup>3</sup>Department of Surgery, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Hypertension (HTN) after kidney transplantation (KTx) has been identified as an important risk factor for chronic allograft injury. The present study aimed to determine the prevalence and possible risk factors for post-transplant HTN.

**Patients and Methods:** A retrospective cohort study was conducted at our KTx Unit between January 1, 2007 and August 19, 2022, by including patients who regularly underwent home blood pressure monitoring (HBPM). The recipient's demographic information, laboratory data, and donor characteristics were collected at 6 and 12 months post-transplantation. Blood pressure (BP) thresholds were defined according to the European Society of Hypertension (ESH) guidelines. Logistic regression was used to estimate both the unadjusted and adjusted odds ratio (OR) to identify the potential risk factors for post-transplant HTN and multiple imputation was used for missing data of the donors.

**Results:** 280 patients were included in this study. The overall prevalence of HTN was found 49.3% and 53.5% at 6 and 12 months after KTx, respectively. After multivariable adjustment, the predictive factors for HTN 6 months after KTx were male gender (OR, 1.717, 95% CI: 1.007–2.927; P=0.047) and donor with a medical history of HTN (OR, 2.038, 95% CI: 1.038–4.004; P=0.039). However, serum uric acid level (OR, 1.004, 95% CI: 1.000–1.007; P=0.033) and male gender (OR, 2.048, 95% CI: 1.161–3.614; P=0.013) were independent risk factors at 12 months.

**Conclusion:** The prevalence of HTN is high among kidney transplant recipients. Our study suggests that male gender, hypertensive donor, and serum uric acid level are the potential predictors of HTN after KTx. Further studies are needed to determine the risk factors of HTN in this population.

## A terhességi hipertonia jelentősége a várandósság idején és azt követően

### Masszi Gabriella

Országos Mentális Idegsebészeti és Ideggyógyászati Intézet – Nyíró Gyula Kórház, Budapest

A terhesség ideje alatt jelentős változások mennek végbe a várandós kismama keringési paramétereiben a hormonrendszer fiziológias működésének következtében. Miközben a keringő vértérfogat és a cardiac output több mint negyven százalékkal nő, a vérnyomás és az artériás átlagvérnyomás értéke csökken a terhesség 20. hetére, vagyis félidőre. A várandósság vége felé a vérnyomás lassan visszatér az eredeti értékére. A csökkenés mértéke 5-10 Hgmm is lehet! Ez a változás – figyelembe véve a verőtérfogat és a perctérfogat növekedését – első pillantásra szinte érthetetlennek tűnik, és csak az érrendszer általános tonuscsökkenése okozhatja. Ezzel egyidejűleg a terhesség idején élettani okokból megnő azoknak a hormonoknak a mennyisége, amelyek a keringés és a vérnyomás szabályozásában vesznek részt – így a renin-angiotenzin-aldoszteron rendszer minden

részhormonjái és a katekolaminoké is, azonban egyidejűleg az érrendszer érzékenysége is megváltozik ezeknek a hormonoknak a vérnyomásemelő hatásával szemben, és a szervezet nem a vérnyomás emelkedésével, hanem a várandósság ideje alatt a tónus csökkenésével reagál. Mivel a vértérfogat közel a duplájára nő, az alakos elemek száma relatív kevesebb lesz, a gesztációs időszak alatt a hormonális hatások következményeként ennek ellenére hyperkoagulabilis állapot jön létre. A leggyakoribb anomália várandós állapotban a magasvérnyomás-betegség. Sokan már akkor hypertóniások, mikor áldott állapotba kerülnek. Kialakulhat a várandósság idején az ún. gesztációs hypertonia, és olykor prae-eclampsia, eclampsia mentén jelentkezik a magas vérnyomás. Az Európai Kardiológus Társaság és a Magyar Hypertonia Társaság utoljára 2018-ban aktualizált irányelve egyértelmű ajánlást ad a terhességi hypertonia kezelésére. Randomizált klinikai vizsgálatok hiányában az ajánlás szakértői vélemények alapján készült el. Várandós nőknél 2. vagy 3. fokozatú hypertóniában szükséges a gyógyszeres terápia, de nem igazolt egyértelműen a hasznossága az enyhe, 1. fokozatú magas vérnyomás esetén, kivéve a súlyos hypertóniás állapot kialakulásának a veszélyét.

Ennek a bizonyítását célozta a – kivételesen kifejezetten a terhes nőkre irányuló – CHIPS vizsgálat (Control of Hypertension in Pregnancy Study), amelyben a terhesség idején észlelt magas vérnyomást szoros és kevésbé szoros kontroll alá vonták. A vizsgálat azt mutatta, hogy bár a szoros kontroll alatt alacsonyabb lett a kismamák vérnyomása, ez nem védte meg őket a nemkívánatos perinatalis események kockázatától és a súlyos anyai szövődményektől sem. Antihypertenzív kezelést kell kapnia minden terhes nőnek, ha a vérnyomása tartósan 150/95 Hgmm felett van, de ha gesztációs hypertóniát észlelünk (proteinúriával vagy anélkül), vagy ha korábban ismert hypertóniára terhességi hypertonia rakódik rá, akkor 140/90 Hgmm felett kell a gyógyszeres kezelést kezdeni.

Ajánlott szerek a methyldopa (Dopegyt, 500–3000 g/nap), a labetalol (Trandate, 200–2400 mg/nap). Magyarországon ez nem elérhető, itt a metoprolol Betaloc 25–50 mg/nap, és a labetalol csoportjának megfelelő harmadik generációs nonszelektív béta-blokkoló carvedilol (Talliton 12,5–50 mg/nap) alkalmazható – az atenolol tilos! –, valamint az egyetlen vizsgálattal tesztelt kalcium antagonist, a nifedipin (Nifedipin retard 30–120 mg/nap), de gondolhatunk a verapamilra is (Verapamil 120–240 mg/nap) annak fehérjeürítést csökkentő hatása miatt. Fontos, hogy ismerjük a metyldopa centralis mellékhatásait (szedáció, szájszárazság), illetve olykor autoimmun haemolytikus anaemiát kiváltó hatását is, és ezért a szükséges, de lehetséges legkisebb dózisban alkalmazzuk (I. osztály, B és C szintű evidenciák). Mint tudjuk, a várandósság ideje alatt a renin-angiotenzin rendszerben ható szerek alkalmazása magas foetotoxicitásuk miatt kontraindikált (ACE-gátlók, ARB-k, renin inhibitorok), és ezért azoknál a nőknél sem javasolt a felírásuk, akik koruk alapján még fogamzóképesek.

A hypertonia kezelésekor tudnunk kell, hogy maga a terhesség a keringés számára próbatételként értelmezhető. Így az áldott állapot idején elszenvedett bármelyik patológiás folyamat az érrendszer hosszú távú veszélyeztetettségét is jelzi, a kardiovaszkuláris események gyakorisága megnőhet. Ezért fontos a későbbiekben is figyelemmel kísérni és követni a terhességi hypertóniában szenvedett nők kardiovaszkuláris rizikóstatusát.

## A háziorvosok adherenciája a hypertonia irányelvekhez – esetalapú felmérés

**Móczár Csaba<sup>1</sup>, Tóth-Szeles Roland<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest; Irinyi Rendelő Hypertonia Szakellátó Hely, Kecskemét;

<sup>2</sup>Irinyi Rendelő Hypertonia Szakellátó Hely, Kecskemét

**Célkitűzés:** Gyakorlati típus eseteken keresztül felmérni a háziorvosok ismereteit a magasvérnyomás ellátására vonatkozó hazai ajánlásokról.

A magasvérnyomás a befolyásolható kardiovaszkuláris rizikófaktorok közül a leggyakrabban előforduló kockázati tényező. A háziorvosi gyakorlatban mindennapos probléma az új hypertonia kezelésének megtervezése, illetve a már fennálló magas vérnyomás változása esetén a kezelés módosítása. A magas vérnyomás kezelése holisztikus szemléletet igényel, amely figyelembe veszi a beteg egyéb kardiovaszkuláris rizikófaktorait, esetlegesen fennálló arterioszklerotikus szervkárosodásokat és társbetegségeket. A beteg kivizsgálása, a kezelés beállítása során az érvényes szakmai irányelvek értelmében kell eljárni. Célunk az volt, hogy gyakorlati típus eseteken keresztül felmérjük a háziorvosok ismereteit a magas vérnyomás ellátására vonatkozó hazai ajánlásokról.

**Módszerek:** Google kérdőív segítségével kerestük fel országosan felnőtt és vegyes háziorvosi praxisokat. A kérdőív elején a következő kérdések szerepeltek: életkor, nem, a praxis helye (Budapest, egyetemi város, város, község), ismeri-e a Magyar Hypertonia Társaság, illetve a Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia ajánlásait. Ezt követően öt hypertóniás esetet mutatunk be, amelyek a mindennapi gyakorlatból származnak. Az esetek különböző rizikóstatusú és hypertonia súlyosságú esettípust reprezentálnak. A kérdőív kitöltése időzített, 30 perc után a kitöltés lehetősége megszűnik.

**Minden esethez hat kérdés csatlakozik:**

- Indikált-e a vérnyomás gyógyszeres kezelése a betegnél? – Erre a kérdésre igen vagy nem válasz adható.
- Ha igen, milyen típusú gyógyszert alkalmazna? – Itt feleletválasztás lehetséges az ACE-inhibitor, ARB, kalciumcsatorna-blokkoló, diuretikum, béta-blokkoló, egyéb közül. Az utóbbinál a hatástani csoport neve beírható. Több gyógyszer is kiválasztható.
- Mennyi lenne az adott páciensnél a szisztolés vérnyomás célértéke? – Feleletválasztós kérdés. A lehetséges válaszok: 120 Hgmm alatt, 120–129 Hgmm, 130–139 Hgmm vagy 140–149 Hgmm. Egy válasz adható.
- Mennyi lenne az adott páciensnél a diasztolés vérnyomás célértéke? – Feleletválasztós kérdés. A lehetséges válaszok: 70–79 Hgmm, 80–89 Hgmm vagy 90 Hgmm felett. Egy válasz adható.
- Milyen más kardiovaszkuláris rizikótényezőket kellene számításba venni a kezelés megválasztásánál? – Feleletválasztós kérdés: diabetes mellitus, hyperlipidaemia, obesitas, dohányzás, valamilyen célszervkárosodás.
- A betegnél előbb említett rizikófaktorok közül melyiket kezelné aktívan és milyen terápiás célt tűzne ki ezzel kapcsolatban? (Több rizikótényező esetén mindről írjon.) – Szabad válasz adható a kérdésre.

**Eredmények:** 88 háziorvos töltötte ki országosan a kérdőívet, döntő többségük városban vagy községben dolgozik. Kétharmaduk

tagja szoros praxisközösségnek. 85 kolléga nyilatkozta, hogy ismeri a Magyar Hypertonia Társaság irányelvét, a MKK Konferencia ajánlását 65-en. Az adott válaszok elemzése:

- A kezelés elkezdésének indikációja: azt tapasztaltuk, hogy az alacsony rizikójú esetenél túlkezelés jellemző és általában csak néhány kolléga indítana nem gyógyszeres kezeléssel. A magas rizikójú esetekben minden kolléga a gyógyszeres kezelést választotta.
- Az alkalmazott gyógyszeres család: minden esetben az elsővonalbeli gyógyszereket nevezték meg a kollégák. Sok esetben indoklás mellett másodvonalbeli szereket is megemlítettek. A kombinációval viszonylag alacsony arányban indítanak a kollégák.
- Az elérendő célérték: meglepő módon mind a szisztolés, mind a diasztolés célértékek összes kategóriája megjelent a válaszok között.
- A kezelés során figyelembe vett rizikófaktorok és célszervkárosodások: a kezelendő rizikófaktorok, célszervkárosodások és a kezelési indikációk, célértékek tekintetében igen széles szórást tapasztaltunk.

*Következtetés:* A felmérés alapján azt tapasztaltuk, hogy különös tekintetben a terápiás célértékek és a kezelendő rizikófaktorok tekintetében nagy a bizonytalanság a kollégák között. A jövőben a szoros praxisközösségekben szervezett képzések szükségesek az ajánlások ismeretének elmélyítésében.

## Hypertonia kaleidoszkóp a fiatal háziorvos szemével

### Mohos András

SZTE SZAKK Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Az előadás célja bemutatni, hogy fiatal háziorvosként milyen kapcsolódási pontokkal, illetve milyen kihívásokkal találkozhat valaki a hipertonia témájában a hivatása mindennapi gyakorlása során. A családorvoslás, mint az alapellátás irányába orientált klinikai szakterület, a gyógyítás, oktatás, kutatás hármásával jellemezhető.

A háziorvosi gyógyító tevékenység során az akut ellátásban, valamint a krónikus beteg gondozás során a szív- és érrendszeri betegségek, illetve a magasvérnyomás-betegség kiemelt jelentőséggel bír. Nélkülözhetetlenek a naprakész ismeretek. A kompetenciahatárok optimális meghatározása, az új, innovatív eszközök és módszerek térhódítása, az alapellátás szerkezeti átalakítása komoly kihívást és lehetőséget is jelent. Az élethosszig tartó tanulás részeként újabb készségek, kompetenciák elsajátítása rendkívül fontos. A hypertoniológialicencia helye az alapellátásban kulcskérdés. Az ehhez kapcsolódó ismeretbővülésen túl, a vele járó jogosultságok kérdése nagymértékben meghatározza a licenc népszerűségét.

Gyakorló, fiatal háziorvosként a legfrissebb kutatási eredmények követése, azoknak a napi gyakorlatba való átültetése rendkívül fontos. Emellett nemcsak, mint „felhasználó”, hanem a kutatások tevékeny résztvevőjeként is fontos szerep hárulhat a háziorvosokra. Az alapellátásban lezajló rendkívül nagyszámú orvos-beteg találkozás, a páciensekkel való közvetlen kapcsolat olyan, napjainkban, hazánkban még talán kevésbé kiaknázott, lehetőség, amivel élni kell. Mind az alapellátás szintjén önállóan szerveződő, mind a szakellátással közösen szervezett

vizsgálatokban aktív részt vevő lehet a fiatal háziorvos.

Összefoglalva, fiatal háziorvosként számos kapcsolódási pont létezik a hypertoniával. Részben a mindennapi háziorvosi működés szerves részét képező, nélkülözhetetlen feladatok, részben pedig még magasabb színvonalú, komplexebb tevékenységeket eredményező lehetőségek formájában.

## ABPM alkalmazása terápiarezisztens hipertonia esetén

### Nagy Viktor

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

A vérnyomásmérések hibás kivitelezése és az arra alkalmatlan mérőeszközök használata egyrészt a hipertonia túldiagnosztizálásához és az ebből fakadó felesleges kezeléshez, másrészt pedig az aluldiagnosztizáláshoz vezethet, amely miatt elmarad a kezelés és megnő a kardiovaszkuláris betegségek prevalenciája.

Az ABPM alkalmazásáról az első közlemény 1964-ben jelent meg, Magyarországon viszonylag gyorsan (kb. 15 év késéssel) hazai fejlesztésű, sorozatgyártású, elfogadható árú ABPM-készülékek terjedtek el. Az ABPM klinikai jelentőségét kezdetben az az észrevétel adta, hogy a rendelői vérnyomás számos esetben nem tükrözi a beteg „valódi” vérnyomását, mert zavaró tényező a fehérvérsejt jelenség, a mindennapi élettevékenységtől, az érzelmi állapottól függő vérnyomás-variabilitás, valamint az alkalmazott kezelés aktuális – „torzító” – hatása. Legfontosabb javallata ezért a fehérvérsejt hipertonia, a rejtett („maszkírozott”) hipertonia kiszűrése és a kezelés megtervezése/hatásának értékelése. Véleményem szerint pár év múlva ez a módszer lesz a hipertonia diagnosztikájának „gold standardja”.

Az ABPM-vizsgálat különleges indikációja a terápiarezisztens hipertonia. Terápiarezisztensnek kell tekinteni azokat a betegeket, akiknek csak négy, vagy több maximálisan tolerált dózisu antihypertenzív hatóanyagcsoporttal biztosítható a célvérnyomása (ebből az egyik diuretikum). Eközben ki kell zárni a pszeudorezisztenciát, amelynek két legfontosabb oka a nem ajánlaskövető terápia, illetve vérnyomásmérés. A vérnyomásmérés lehet hibás a rendelőben, általában azért, mert az egészségügyi személyzetnek nincs ideje a pontosan kivitelezett mérésre, és lehet hibás rendelőn kívül, főleg azért, mert a beteget nem tanították meg az önmérésre, vagy a vérnyomásmérő nem validált. Az új, 2023. júniusban kiadott európai ajánlás szerint terápiarezisztencia gyanú esetén a kezelés módosíthatása előtt, korrekt módon el kell végezni a 24 órás vérnyomásmonitorozást.

## Elátkozott hipertoniaforma: pszeudorezisztencia

### Nagy Viktor

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

Rezisztens hipertonia áll fenn akkor, ha a rendelői vérnyomás határérték felett ( $\geq 140/90$  Hgmm) marad, miközben három vérnyomáscsökkentő (ebből az egyik thiazid típusú/szerű



diuretikum) maximálisan tolerált dózisa kerül alkalmazásra, vagy ha a vérnyomás csak négy, vagy több maximálisan tolerált dózisú antihypertenzív hatóanyagcsoporttal éri el a célértéket (ebből az egyik diuretikum). Rezisztens hypertonia esetén nagyon pontos diagnosztikai vizsgálatok elvégzésére van szükség a szekunder hypertonia, obesitas, nephropathia, diabetes, ellenregulációs gyógyszerek, gyógyszerinterakciók, helytelen életmód kiszűrése érdekében. A meghatározáshoz tartozik, hogy mindenképpen ki kell zárni a pszeudorezisztenciát, amely elsősorban a hibás vérnyomásmérést és a beteg kifogásolható együttműködését jelenti.

A nem ajánlaskövető vérnyomásmérés a hibás diagnosztikai módszer miatt okoz pszeudorezisztenciát. Rendelőben a legnagyobb hiba az időhiány okozta pontatlan mérés, rendelőn kívül gyakori a nem validált vérnyomásmérő használata, ugyanakkor, ha túl nagy az önmérés variabilitása, az a legbiztosabb jele annak, hogy a beteg nem kapott kiképzést a vérnyomásmérésről.

Kezelés oldaláról pszeudorezisztenciát okozhat a nem ajánlaskövető gyógyszeres kezelés és az életmódváltoztatás elmaradása. Gyógyszerválasztásnál figyelembe kell venni a mellékhatásokat, mert ha ezek fellépnek, a beteg dózist csökkenthet, vagy elhagyja a gyógyszert (pl. CCB-lábszárödéma). Az interakciók szintén problémák lehetnek, hiszen az NSAID-ek pl. ellenregulálják a vérnyomáscsökkentők hatását. Ha elmarad az életmódváltás, az szintén pszeudorezisztenciához vezet, megemlítendő legfontosabb tényezők: az obesitas, a túlzott konyhasó- és alkoholfogyasztás, kritikátlan mértékű statikus testedzés.

A pszeudorezisztencia megoldásának kulcsa a diagnosztika és a terápia kritikus újratekintése, a beteg továbbképzése és a szakemberek közötti személyes konzultáció.

## Mit? Mikor? Miért? Individualitás a hypertonia kezelésében. „Ő mondd, Te kit választanál?”

### Nagy Viktor

*Semmelweis Egyetem, ÁOK, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest*

2018 előtt a hypertonia ajánlások egy olyan lépcsőzetes kezelési modellt javasoltak, amelyben a beteg individuális kardiovaszkuláris kockázatára legkedvezőbben ható monoterápiával kezdték a gyógyszerelést, és ezt bővítették újabb és újabb hatóanyaggal. A célvérnyomást azonban számos esetben nem, vagy csak igen körülményesen lehetett elérni. 2018-ban ezért az európai ajánlásban paradigmaváltás történt és megfogalmazták az első lépésként egy tablettában több hatóanyagot tartalmazó gyógyszerkombináció elvét. 2023. júniusban jelent meg az Európai Hypertonia Társaság (ESH) legújabb ajánlása, amely ezt az egyszerűsített kezelési elvet tovább pontosította.

A nagy tanulmányokból származó bizonyítékok alapján elvileg mind az öt fő gyógyszerosztály kombinálható egymással, kivéve az ACE-gátlókat és az ARB-eket, de a béta-blokkoló kezelés hatása mellett (leszámítva speciális eseteket, pl. szívelégtelenség, angina pectoris, szívizom infarktus stb.) a bizonyítékok kisebb erővel bírnak. Ezért hypertonia kezelésében előnyben kell részesíteni az ACE-gátló, vagy ARB plusz CCB, vagy tiazid/tiazid-szerű diuretikum tartalmú kombinációt. Az egytablettás kombinációk választéka megfelelő, mind hatóanyag, mind dózis szerint. A

beteg együttműködése javult, a receptírással szembeni orvosi tehetetlenség csökkent.

A vérnyomáscsökkentő kezelés szabályait azért kell betartani, hogy a nem ajánlaskövető kezelés a „terápiarezisztens hypertonia” melegágya. Két hatóanyagnak először a kisebb dózist kell alkalmazni, azután a dózis duplázható. Így a hypertóniások hozzávetőleg 60%-a éri el a célértéket. Amennyiben az eredmény jóval elmarad a várakozástól, akkor először a CCB-diuretikum csere ajánlott, majd jöhet a hármas kombináció, amely már mintegy 90% célérték-elérést biztosít. A jelen irányelv nem javasolja a kezelés megkezdését három gyógyszer kombinációjával, mert fennáll a túl gyors és/vagy túlzott vérnyomáscsökkenés kockázata, különösen idősebb betegeken.

Etikátlan lenne egyik-másik hatóanyag előnyben részesítéséről beszélni. A gyógyítás szabadsága szerint az ajánlás megengedő, bármely olyan gyógyszerrel kezdhető a kezelés, amely elegendően nagyszámú beteg bevonásával végzett randomizált, kontrollált tanulmányban bizonyította kedvező hatását. A címben feltett kérdésre azonban mégis lehet válaszolni, hiszen ennél nagyobb a tanulmányok összesített esetszáma, ennél nagyobb a vérnyomáscsökkentő hatás, illetve a kardiovaszkuláris prevenció ereje, ennél kevesebb a mellékhatás és ennél hosszabb a hatástartam, annál könnyebb kiválasztani a megfelelő hatóanyagot. Mindezek alapján a saját választásomban előkelő helyen áll a perindopril, ramipril, telmisartan, valsartan, amlodipin, lercanidipin, chlorthalidon és az indapamid.

## Na, vegyük át még egyszer az ABC-t....! „D” – A preferált diuretikum választás alapjai

### Nagy Viktor

*Semmelweis Egyetem, ÁOK, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest*

Az elmúlt évek során számos, bizonyítékokon alapuló, nemzeti és nemzetközi irányelv jelent meg az artériás hypertonia kezeléséről, utoljára 2023. júniusban az Európai Hypertonia Társaság (ESH) ajánlása. Ezek a dokumentumok többnyire egybehangzóak, de bizonyos vonatkozásokban eltérő véleményeket is tartalmaznak. 2018 előtt az iránymutatások nagyrészt a lépcsőzetes gondozási megközelítést javasolták, de ezt később felváltotta az egy tablettában két hatóanyagot tartalmazó gyógyszerkombináció, mint a vérnyomáscsökkentő kezelés első lépése. RAAS-gátló mellett a kombinációk diuretikumokat is tartalmazhatnak. Mivel klinikailag jelentős különbségek vannak a vízhajtók hatékonysági és biztonságossági profiljában, az ESH 2023 is különbséget tesz a thiazid típusú és thiazid-szerű diuretikumok között.

A thiazid-szerű indapamid egyetlen kénatomot és thiazid (benzothiadiazin) -gyűrű helyett indolgyűrűt tartalmaz. Az indapamid tehát kémiai szerkezete szerint nem thiazid, de hatásmechanizmusában valóban fellelhető arra utaló elemek. Feltételezések szerint szerkezeti eltérésekre vezethető vissza a hatás eltérő helye a nephronban, és az indapamid erőteljes lipidoldékonysága, továbbá kiegészítő vazodilatator hatása.

A metaanalízisek szerint megfelelő és egymással összevethető vérnyomáscsökkentő hatással az 50–100 mg hydrochlorothiazid (HCTZ) és az 1,5 mg SR, illetve a 2,5 mg IR indapamid rendelkezik. A 12,5–25 mg HCTZ nem biztosít elegendően nagy



vérnyomáscsökkenést, a gyengébb szervprotekciónak pedig a nagy dózisok alkalmazására lenne szükség egy korai metaanalízis alapján. Az egyes kutatásokba bevont tanulmányok szerint a thiazid típusú és a thiazid-szerű diuretikumok között vagy nem jelentkezik releváns különbség a mellékhatásokban, vagy az indapamid inkább anyagcseresemleges.

A tanulmányok azt sugallják, hogy a thiazid-szerű diuretikumok erősebben csökkentik a vérnyomást és nagyobb kardiovaszkuláris védelmet biztosítanak, mint a thiazid típusú diuretikumok.

A hypertonia okozta szubklinikus célszervkárosodásokat (proteinuria, bal kamra hypertrophia) az indapamid erőteljesebben csökkenti, mint a HCTZ. Egy metaanalízis szerint a kardiovaszkuláris események, a szélütés és a szívelégtelenség kockázatát a thiazid-szerű diuretikumok szignifikáns mértékben csökkentették és ez a hatás a thiazid típusú diuretikumok esetén nem volt észlelhető.

A bizonyítékok alapján az ESH 2023 hatékonyabbnak és hosszabb hatástartamúnak véleményezte az indapamidot, mint a HCTZ-t. Úgy tűnik, hogy a thiazid-szerű diuretikumok nagy szervvédelmet biztosítanak, mint a HCTZ, de az eredmények nem teljesen egyértelműek, ezért további kutatásra van szükség.

## Affektív temperamentumok, depresszió, szorongás különböző hypertonia fenotípusokban

**Nemcsik János<sup>1</sup>, Nemcsik-Bencze Zsófia<sup>2</sup>, Gyöngyösi Helga<sup>1</sup>, Kőrösi Beáta Zita<sup>1</sup>, Nagyné Batta Dóra<sup>1</sup>, Torzsa Péter<sup>1</sup>, Kovács Illés<sup>3</sup>, László Andrea<sup>4</sup>, Tislér András<sup>5</sup>, Cseprekál Orsolya<sup>6</sup>, Gonda Xénia<sup>7</sup>, Rihmer Zoltán<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Orvosi Képzőképző Klinikai, Budapest; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Szemészeti Klinikai, Budapest; <sup>4</sup>Norisana – Praxis Rosenau, Nürnberg, Németország; <sup>5</sup>Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinikai, Budapest; <sup>6</sup>Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikai, Budapest; <sup>7</sup>Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikai, Budapest

**Célkitűzés:** A depresszió, a szorongás és a kardiovaszkuláris betegségek kapcsolata régóta ismert. Az affektív temperamentumok (depresszív, szorongó, ciklotím, hipertím, ingerlékeny) a személyiség olyan genetikailag meghatározott, felnőttkorban stabil részei, melyekkel jellemezhető a környezeti ingerekre adott érzelmi válaszok. Célunk az volt, hogy értékeljük a depresszió, a szorongás mértékét és az affektív temperamentumok kifejeződését egészséges egyéneknél (Kont), fehérköpeny hypertoniásokban (FkHT), krónikus nem rezisztens hypertoniásokban (KrónHT) és krónikus rezisztens hypertoniásokban (RezHT).

**Módszerek:** Vizsgálatunkba 363 beteget vontunk be (n=Kont: 82; FkHT: 44; KrónHT: 200; RezHT: 37). A depresszió felmérése a Beck Depresszió Kérdőív (BDI), a szorongás felmérése a Hamilton Szorongás Skála (HAM-A) segítségével történt. A temperamentumok felmérése a páciensek kitöltötték a Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire kérdőívet.

**Eredmények:** A rezisztens hypertonia független kapcsolatban állt a HAM-A skála 3 vagy afölötti értékével (béta=3,804 [95%

CI 1,204–12,015]). A fehérköpeny hypertonia független kapcsolatban állt a HAM-A skála 2 vagy afeletti (béta=7,701 [95% CI 1,165–18,973]) és a BDI skála 5 vagy afeletti pontszámával (béta=2,888 [95% CI 1,170–7,126]). A rezisztens hypertonia független kapcsolatban állt a ciklotím pontszám 6 vagy afeletti (béta=2,59 [95% CI: 1,16–5,77]), az ingerlékeny pontszám 7 vagy afeletti (béta=3,17 [95% CI: 1,3–7,69]) és a szorongó pontszám 9 vagy afeletti (béta=2,57 [95% CI: 1,08–6,13]) értékével. A fehérköpeny hypertonia is független kapcsolatot mutatott a ciklotím pontszám 6 vagy afeletti értékével (béta=2,378 [95% CI: 1,178–4,802]).

**Következtetések:** A fehérköpeny és rezisztens hypertoniás csoportba tartozó betegeknél hasonló mértékű depresszió és szorongás mutatható ki, valamint az affektív temperamentum mintázatban is tapasztalhatók hasonlóságok. Ezen pszichometria paraméterek felmérése segíthet az ezekre a hypertonia fenotípusokra hajlamos egyének azonosításában és a célzott prevencióban.

## Esetbemutató: krónikus hypertonia talaján kialakult agyi kisércsodás- okozta epilepszia

### Nemcsik-Bencze Zsófia

Semmelweis Egyetem, Orvosi Képzőképző Klinikai, Neuroradiológiai Tanszék, Budapest

A hypertonia- okozta agyi kisércsodás a subcorticalis struktúrákat ellátó kis artériák (50-500 µm) lokális károsodása, mely a mikrokeresés sérülése következtében az érintett agyterületek diszfunkcióján túlmenően vaszkuláris demenciához is vezethet. Ezen mikrovaszkuláris infarktuszok a hypertonia- okozta neurológiai célszervkárosodás markáns indikátorai, melyek MR vizsgálat során jól detektálhatóak és az érintett agyterülettől függően változatos klinikai tüneteket okozhatnak.

Esetbemutatómban egy 70 éves, hármasszervi gyógyszerkombináció mellett a normotenzio felső határán mozgó vérnyomású, 20 éve krónikus hypertoniás, egyebekben negatív érdemi anamnézisű nőbeteg esetét szeretném bemutatni. Betegünknek az újonnan kialakult epileptiform rosszulletek háttérben az MR-vizsgálat során a jobb temporális lebeny corticalis régióját érintő mikrovaszkuláris infarktuszok kerültek azonosításra, amelyek korreláltak az EEG-n leírt interictalis, epileptiform elemeket is tartalmazó szabálytalan háttéraktivitással. Előadásomban a corticalis régiót érintő kisércsodások jelentőségét szeretném kihangsúlyozni az MR-vizsgálat során látott jellegzetes eltérések bemutatásával, felhívva a figyelmet a krónikus hypertonia egy ritka szövődésére.

## Esély elvétel kártérítési jogalapja egy terhességi hypertonia kezelése során

### Orbán Győző

Fóti Egészségügyi Központ, Fóti

A terhességi hypertonia kezelésének jogi csapdái műhibaper során. Bevezető gondolatok igazságról, orvosszakmai igazságról,

kiderítésének nehézségeiről. Magyarországon az egészségügyi intézmények és orvosok ellen kezdeményezett kártérítési perek emelkedő száma, konkrét adatokkal igazolva, az egyre emelkedő kártérítési összegek, ezek szakmánkénti gyakorisága és megoszlása igazolja, hogy az egészségügyi tevékenység egyre inkább egy veszélyes üzemhez hasonló kockázatot jelent, az egészségügyi ellátási rendszerben résztvevő intézmények és személyek számára. Hibás tevékenység és jogi következményei, a bírói ítékezésnek jogi alapja, az orvosi műhiba per és a kár fogalmának ismertetése az egészségügyi kártérítési perekben. A bírói gyakorlatban a károkozó kimentési lehetőségének a leszűkítése egyértelműen igazolja a szigorító tendenciát az egészség ellátó rendszerben résztvevőkkel szemben. A kártérítési felelősség legújabb feltételei, az általános bírói gyakorlatban, a károk megtérítésének formái és mértéke a felpereseknek előnyt jelenthet az alperessel szemben. Gyakorlati lehetőségek a kártérítési perek elkerülésére. Az összefoglaló lehetséges gyakorlati megoldásokra hívja fel a figyelmet, a tudománnyal igazolható tények fontosságára a bírói gyakorlatban. A záró gondolatok, külön orvosoknak, ügyvédeknek, hatalomról, jogról felhívja a figyelmet az emberi gondolkodás értékítélet lehetséges téves értelmezéséről ennek következményeiről.

**Módszer:** Jogeset elemzése és a kapcsolódó szakirodalom alapján elemezhető, az esély elvétel alkalmazásának következménye a műhibaperben.

A példaként idézett elgondolkodtató tanulságos jogeset konkrét elemzése rávilágít a döntéshozatal indoklásán keresztül a legújabb jogi–szakmai bírói gyakorlatra, ennek helyességére, illetve hibáira. Kiemelendő a jogesetből a magyar bíróságok által legújabban elfogadott kártérítési jogalap az esély elvesztésének elve, ennek jogi megalapozottsága, az orvostudománnyal akár ellentétes. A lehetőség, hogy „felépíthetők” feltételes fikciós kaszkádok (Ha ezt tette volna az lett volna... „...sok ha), amelyeket a megtörténés tényeivel nem lehet előzetesen igazolni, sem megcáfolni, azt eredményezheti, hogy akár szándékosan is, jól megkonstruálva, a bíróságon megtévesztően a valóság látszatát lehet kelteni. Ezzel felperesi előny, jogalap nélküli pozitív diszkrimináció születhet, amely az alaptörvényben garantált alapjogot sérti: „a törvény előtti mindenki egyenlő” (XV. cikk[1]) jogeset rávilágít a terhességi hipertónia kezelésének vitatható terápiás kockázatára úgy a magzatra, mint az anyára a praenatalis szteroidok alkalmazása során, ellentétekre a szakirodalom és szakmai protokollok között.

Az esély elvétel-elvesztés elvnek alkalmazása a kártérítés perben vitatható, mert alapja lehet akár bírói megtévesztésnek, alaptalan jogi hátránynak.

Az esély elvesztése elv kártérítési jogalapja aggályos, mert az erre alapozott kártérítési ítélethozatalok, a bíróság valósnak vélelmez, tudományos módszerrel legtöbbször nem igazolható jövőbeni tény. Ezt jogi (bírói) szakirodalom is igazolja: Dr. Döme Attila bírósági elnök (Kúria) 2018: „A legtöbb esetben azonban nincs semmilyen adat az esélyromlásra nézve és tudományos módszer sincs többnyire, hogy az esélyromlás körülményeit, okait tisztázzák...” Egy hosszú fejlődési folyamat (?) eredményeként a joggyakorlat eljutott odáig, hogy abban az esetben, ha hiba objektív alkalmas a romlás előidézésére, akkor vélelmezik, hogy az okozta (Wolters Kluwer 2018. 04. 18 IV. Polgári Jogi és eljárásjogi Konferencia).

A bizonyítási eljárásban, bizonyíték csak cáfolhatatlan objektív tudományos tényekre támaszkodjon.

– Az egészségügyi tevékenység tudománnyal igazolt módszereket alkalmaz, így ellenőrizhető. Ezért elvárható, hogy a bizonyítási eljárásban, bizonyíték csak cáfolhatatlan objektív tudományos tényekre támaszkodjon, nem feltételezésekre. Csak feltételezett tényeket, megtörtént tényként értékelni nem szabad, mert tényleges alakulásuk a jövőben bizonytalan. Pilinszky János szerint (parafrázálva): „minden szent lehet, ami megtörténhet, de csak az szent, ami már megtörtént”.

## Tajcsicsuán – a hipertónológus segítője

### Ormay István

*Ormay és Társa magánrendelés, Budapest*

A komplex etiológiájú hipertónia betegség (HT) kialakulásában, lefolyásában és prognózisában jelentős szerepe van a beteget magatartásának, így az orvossal való együttműködésüknek is. Főként a terápiára rosszul reagáló páciensek kezelése csak akkor lehet sikeres, ha a beteg az egészséghez való attitűdjében, életvitelében is tartós változást képes elérni. E változtatás egyik legfontosabb eleme a rendszeres testmozgás, amely önmagában véve is jó hatással van a vérnyomás alakulására. Előadásomban a gyakorló orvos szemszögéből vállalkozom egy ősi kínai harcművészet és egészségvédő rendszer, a tajcsicsuán (TCS) rövid bemutatására. A TCS gyakorlás egészséges egyéneken is számottevő kardiorespiratorikus fittséget eredményez, és javítja az általános állapotot. A TCS olyan komplex, meditatív („mindfulness”) mozgásformának tekinthető, amely a fizikai mozgás jótékony hatásaival (mozgatórendszer, emésztőrendszer, légzés-keringés stb.) egyidejűleg markáns neurológiai (figyelem, memóriefunkciók, mozgáskoordináció, egyensúlyérzék, propriocepció stb.), vegetatív (paraszimpatikus tónus növelése) és mentális tréningnek is tekinthető (állóképesség, kitartás, frusztrációtűrés, együttműködés stb.). A TCS gyógyításban való alkalmazhatósága az orvosi, hipertónológusi kezelés jó kiegészítője lehet.

Hatékonyasága a szakirodalmi adatok alapján az autogén tréninghez hasonlítható, és ahhoz hasonlóan csökkenti a szimpatikus, és növeli a paraszimpatikus tónust. Ez a komplex relaxáló, regeneráló hatás a HRV változásában is kimutatható. Kitartó gyakorlása során csökken a szubjektív megélt diszstressz mennyisége, amely minden betegség kialakulásában és fennmaradásában kockázati tényezőt jelent. A rendszeres „tajcsizás” növeli a „rugalmas ellenállóképességet”, a rezilienciát, amely az adaptív megküzdés alapja, és fejlesztésétől a felelős, aktivitással járó egészségmagatartás javulása várható, a beletörődő vagy „nemtörődöm” betegmagatartás helyett. A krónikus betegségek kezelésében jelentős szerepet játszik a betegek szubjektív megelégedettsége is. Bármely, az életminőség javulását eredményező beavatkozás a beteg számára további motivációt ad a kedvező folyamatok fenntartására, javítja a kezelésben maradásukat, az orvossal való együttműködésüket. A TCS alkalmas eszköz lehet e kedvező változások elindítására és fenntartására. Hypertóniával élőkön a TCS vérnyomáscsökkentő hatását számos vizsgálatban kimutatták, de kitérek a legkülönbözőbb krónikus betegségek kezelésében elért hatékonyságára is. Mondanivalómat rövid videóbetétekkel szemléltetem.

## The association between inflammatory markers and target organ damage in hypertension patients

**Pavlova Olga**, Yasiukaits NV, Barbuk OA, Zatoloka NV, Ruszkikh II, Kaliadka MG.

Republican Scientific and Practical Center of Cardiology, Minsk, Belarus

To study the association between systemic inflammation markers and target organ damage in hypertensive patients.

A total of previously untreated 112 patients with uncomplicated arterial hypertension grade I-II are included, which underwent an assessment of the echocardiography (ECHO), ultrasound examination of the carotid arteries, arterial stiffness, blood cystatin C. The mean age of patients was  $52,93 \pm 6,18$  years (55 men and 57 women). Patients were without diabetes mellitus, previous myocardial infarction or stroke. The analysed inflammatory parameters in blood included highly sensitive C-reactive protein (hs-CRP), interleukin-6 (IL-6) and systemic immune-inflammatory index (SII), platelet-lymphocyte ratio (PLR), neutrophil-lymphocyte ratio (NLR) from blood routine tests. ECHO was performed with evaluation of relative wall thickness (RWT) and left ventricular mass index (LVMI), ultrasound examination of the carotid arteries was carried out with estimation of the intima-media thickness (IMT). Aortic BP, aortic pulse pressure, augmentation index (Alx), pulse wave velocity (PWV) determined by the applanation tonometry (SphygmoCor system).

In the hypertensive patients the most common risk factors were dyslipidaemia ( $81.74 \pm 3.65\%$ ) and obesity ( $62.61 \pm 4.57\%$ ). The increase of cystatin C was observed in 80 ( $71.43 \pm 4.27\%$ ), LVMI – in 61 ( $54.46 \pm 4.70\%$ ), carotid IMT – in 36 ( $32.14 \pm 4.41\%$ ) and PWV – in 30 ( $26.78 \pm 4.18\%$ ) hypertensive patients. Mean level of hs-CRP was 1.41 (0.73; 2.54) mg/l, IL-6 – 2.66 (2.01; 3.71) pg/ml, SII – 439.45 (323.29; 613.38), NLR – 1.87 (1.48; 2.38), PLR – 136.83 (100.73–167.52). There were differences in ECHO parameters depending on above and below the median level of hs-CRP (thickness of the interventricular septum), SII (LVMI, RWT, LV end-diastolic volume index), PLR (RWT), NLR (RWT, left atrial volume index). The positive correlation was obtained between the level of hs-CRP and the thickness of the interventricular septum ( $r=0.231$ ;  $p=0.014$ ) and the LV posterior wall in diastole ( $r=0.264$ ;  $p=0.005$ ), the RWT ( $r=0.276$ ;  $p=0.004$ ); SII and the interventricular septal thickness ( $r=0.282$ ;  $p=0.003$ ), RWT ( $r=0.256$ ;  $p=0.008$ ); PLR and augmentation pressure ( $r=0.242$ ;  $p=0.022$ ), Alx ( $r=0.235$ ;  $p=0.026$ ), IMT of the internal carotid artery ( $r=0.211$ ;  $p=0.025$ ); NLR and the interventricular septal thickness ( $r=0.269$ ;  $p=0.004$ ) and LV posterior wall in diastole ( $r=0.214$ ;  $p=0.023$ ), RWT ( $r=0.232$ ;  $p=0.016$ ).

In patients with uncomplicated hypertension an increase the level of hs-CRP, SII, PLR, NLR were associated with cardiac remodelling, subclinical damage of carotid arteries and increase of augmentation index as parameter of arterial stiffness. Determining the parameters of nonspecific inflammation may be useful in the future for early detection of target organ damage in hypertensive patients.

## A praeclampsia különböző definícióinak megoszlása Q1-es szülészeti folyóiratokban

**Rigó János<sup>1</sup>**, Kiss Stella<sup>2</sup>, Koller Ákos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, ETK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, ETK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék, Budapest; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Transzlációs Medicina Intézet, Budapest, Semmelweis Egyetem, ETK, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék, New York Medical College, Department of Physiology, Valhalla, USA

A praeclampsia az egyik legsúlyosabb terhespatológiai kórkép, melynek meghatározása nem egységes. Az azonos meghatározás alkalmazása az epidemiológiai tanulmányok, a klinikai vizsgálatok összehasonlítása és a kezelés egységesítése szempontjából fontos lenne.

*Célkitűzés:* Az elmúlt négy évben a vezető szülészeti tudományos folyóiratokban megjelent praeclampsia témakörű közlemények elemzése a praeclampsia meghatározásai szerint. A PubMed adatbázis segítségével 15 SJR (Scientific Journal Rankings) Q1-es besorolású folyóiratban publikált közlemények „Material and Methods” fejezetében szereplő különböző praeclampsia meghatározások előfordulási gyakoriságát tanulmányoztuk a folyóiratok és az adott közlemény első szerzőjének nemzetisége alapján. A közlemények ( $n=899$ ) 2018. január 1. és 2021. december 31. között jelentek meg, címükben a „praeclampsia” szó szerepelt. A vizsgálatból kizártuk azokat a közleményeket, melyek metaanalíziseket, összefoglalókat, állatkísérleteket, vagy esetismertetést tartalmaztak. A praeclampsziát nem definiáló cikkeket, és a praeclampsziát betegségkód alapján meghatározó közleményeket sem értékeltük. Végül 59 országból származó 526 közleményt elemeztünk, melyek értékelése leíró statisztikával történt.

A legtöbb közlemény az ACOG (American College of Obstetricians és Gynecologists)  $n=196$  (37,3%) és az ISSHP (International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy)  $n=146$  (27,8%) meghatározására hivatkozott. A hypertónia és a proteinuria alapján 67 (12,7%) publikáció határozta meg a kórképet. Egyéb szervezetek, társaságok által alkalmazott definíció 22,2%-ban fordult elő. A legtöbb közlemény Kínából  $n=104$ , (19,8%), az USA-ból  $n=48$  (9,1%) és Nagy-Britanniából  $n=47$  (8,9%) származott. Míg a kínai szerzők 47,1%-a, az USA szerzők 60,4%-a az ACOG definícióját, addig a brit szerzők 48,9%-a az ISSHP meghatározását alkalmazták leggyakrabban. Hazánkból négy közlemény jelent meg ebben az időszakban. Közülük három cikk az ACOG, egy az ISSHP definícióját használta. A vizsgált időszak évenkénti bontásában az egyes definíciók aránya nem mutatott szignifikáns eltérést.

A Q1-es szülészeti folyóiratokban megjelent közlemények többsége, közel 70%-a az ACOG vagy az ISSHP által javasolt definíciót alkalmazta, azonban az egyes országokban a két meghatározásra eltérő arányban hivatkoztak. Egyéb praeclampsia definíciók is jelentős arányban fordultak elő. A praeclampsia egységes meghatározása a jövőben fontos feladat.

*Támogatás:* OTKA K 132596 K\_19.

## Az artériás érfalmerevség, a szubklinikus szívelégtelenség, a miokardiális fibrózis és a vesefunkció kapcsolata krónikus vesebetegségben, IgA nephropathiában

Sági Balázs<sup>1</sup>, Vas Tibor<sup>1</sup>, Csepregi Rita Klaudia<sup>2</sup>, Horváth-Szalai Zoltán<sup>3</sup>, Nagy Judit<sup>1</sup>, Csiky Botond<sup>1</sup>, Kovács Tibor József<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PTE KK II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai, Diabetológiai Centrum, Pécs; <sup>2</sup>PTE KK Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs; <sup>3</sup>PTE KK Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

**Bevezetés:** Az IgA nephropathia (IgAN) a leggyakoribb primer glomerularis betegség világszerte. Az artériás érfalmerevség előre jelezheti a kardiovaszkuláris (CV) mortalitást és morbiditást krónikus vesebetegségben (CKD). A szívelégtelenség előfordulása gyakori az előrehaladott CKD stádiumokban. Szívelégtelenségben szenvedő CKD-s betegeknek a miokardiális fibrózis kialakulása patofiziológiai elváltozás lehet.

**Módszerek:** Keresztmetszeti vizsgálatunkban 90 vesebiopsziával igazolt IgA nephropathiás (IgAN) beteg szerepelt. Az artériás érfalmerevséget a carotis-femorális pulzushullám terjedési sebesség (cfPWV) mérésével határoztuk meg ShyymoCor készülékkel. Az B-típusú atriális natriuretikus peptid (NT-proBNP) N-terminális prohormonját és az I-es típusú kollagén karboxi-terminális telopeptidjét (CITP) ELISA kittel mértük. A vesefunkciót a becsült glomerularis filtrációs rátával jellemeztük (eGFR-CKD-EPI). Ezen kívül rutin echokardiográfiás vizsgálatot végeztünk a betegeknek.

**Eredmények:** A vizsgálatba bevont 90 beteg közül 50 férfi volt, átlag életkoruk 54,9±14,4 év volt. A betegeket két csoportra osztottuk az eGFR alapján (CKD 1-2 és CKD 3-5). A CKD 3-5 csoportban szignifikánsan magasabb volt az NT-proBNP ( $p=0,035$ ), a cfPWV ( $p=0,004$ ) és a centrális aorta szisztolés nyomás ( $p=0,037$ ), de a CITP nem. A kombinált biomarker pozitívítású (NT-proBNP és CITP) betegek száma szintén szignifikánsan magasabb volt a CKD 3-5 csoportban ( $p=0,035$ ), mint a CKD 1-2 csoportban. A centrális aorta szisztolés nyomása szignifikánsan magasabb volt a diasztolés diszfunkciós csoportban ( $p=0,034$ ), de a szisztolés vérnyomásban nem volt különbség. Spearman-féle korrelációval vizsgálva az eGFR és a hemoglobinszint negatív korrelációt mutatott, míg a bal kamrai izomtömeg-index (LVMI), az aorta pulzusnyomás, a centrális aorta szisztolés nyomás és a cfPWV pozitív korrelációt mutatott az NT-proBNP-vel. A cfPWV, az aorta pulzusnyomás és az LVMI pozitív korrelációt mutatott a CITP-vel. Lineáris regressziós analízissel vizsgálva csak az eGFR volt az NT-proBNP független prediktora.

**Következtetés:** CKD-s betegeknek a szívelégtelenség kialakulásának egyik lehetséges mechanizmusa lehet az aorta szisztolés nyomásának emelkedése. Az NT-proBNP és CITP biomarkerek segíthetnek azonosítani azokat az IgAN-s betegeket, akiknél magas a szubklinikus szívelégtelenség és további atheroscleroticus betegségek kockázata.

## Az endokannabinoid rendszer élettani jelentősége és funkciója hipertóniában

Shenker-Horváth Kinga<sup>1</sup>, Vass Zsolt<sup>2</sup>, Kiss Judit<sup>2</sup>, Szilágyi-Utczás Margita<sup>3</sup>, Nádasy György<sup>4</sup>, Hamar

Péter<sup>5</sup>, Szénási Gábor<sup>5</sup>, Dézsi László<sup>5</sup>, Hunyady László<sup>6</sup>, Dörnyei Gabriella<sup>2</sup>, Szekeres Mária<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem, Sport-táplálkozástudományi Központ, Budapest, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék, Budapest; <sup>3</sup>Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem, Sport-táplálkozástudományi Központ, Budapest; <sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Élettani Intézet, Budapest; <sup>5</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet, Budapest; <sup>6</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Élettani Intézet, Budapest; <sup>7</sup>Eötvös Lóránd Kutatási Hálózat, Természettudományi Kutatóközpont, Enzimológiai Intézet, Budapest; <sup>8</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék, Budapest; Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Élettani Intézet, Budapest

**Bevezetés:** Az endokannabinoid rendszer (ECR) szabályozza a sejtek szaporodását, differenciálódását, és apoptózisát. Az endokannabinoidok (eCBk) elsősorban a központi idegrendszerben termelődnek, és a szervezet számos funkciójára hatnak. Az eCBk a perifériás szövetekben (pl. szív, vese, zsírszövet, izmok) is szintetizálódnak, és az energiaegyensúlyt, valamint a vérkeringést egyaránt befolyásolják. Az ECR szerepét számos patológiás folyamatban (kardiovaszkuláris [CV] betegségek, elhízás, diabetes, daganatképződés) is bizonyították. A hatás fő célpontja a kannabinoid CB1 receptor (CB1R), amelynek sűrűsége CV betegségekben megváltozik, ami felveti az ECR-moduláció terápiás lehetőségét. Az angiotenzin II (Ang II) a hipertónia számos formájában szerepet játszik. Kutatócsoportunk korábban kimutatta, hogy az Ang II vazokonstriktós hatását endokannabinoidok a CB1R aktiválásával mérsékelik. A hipertónia sportolóknál is kialakulhat, továbbá kutatási adatok szerint statikus erősportolók (pl. súlyemelő, testépítő) vérnyomása a kontroll csoporténál magasabb.

**Célkitűzés:** Kísérleteinkben CB1 receptorok szerepét vizsgáltuk az Ang II-indukálta hipertónia kialakulásában.

**Anyag és módszer:** Kísérleteinket hím C57BL/6N, CB1R génhianyos (CB1<sup>-/-</sup>) és vad típusú (VT, CB1<sup>+/+</sup>) egereken végeztük. Az egerekben szubkután ozmotikus minipumpa beültetéssel két hétig egyenletes Ang II leadást (800 ng/kg/min) biztosítottunk. Az állatokat elaltattuk (Euthasol 50 mg/kg ip.), vérnyomásukat (MAP) invazív módon mértük, majd az állatok aorta szövetmintáit kiperaráltuk és 4% paraformaldehidbe helyeztük. A mintákon orcein hisztokémiai festést végeztünk, és meghatároztuk az érfalban az elasztin arányát.

**Eredmények:** Két hetes Ang II infúzió alattott egereken a MAP értékét szignifikánsan növelte (VT: kontroll 74,2±6 Hgmm, kezelt 117,1±12 Hgmm,  $p < 0,05$ ). Orcein immunhisztokémiával kimutattuk, hogy az optikai denzitás (OD) Ang II-vel infundált CB1<sup>+/+</sup> egerek ereiben alacsonyabb volt, mint a normotenzív egerekben ( $p < 0,05$ ). Ez az elasztikus rostok arányának csökkenését jelzi Ang II-indukálta hipertóniában. A hipertóniában lecsökkent OD érték azonban CB1 receptorok hiányában fokozódott ( $p < 0,05$ ).

**Következtetés:** Eredményeink arra utalnak, hogy az Ang II-indukálta hipertónia következtében romló érfunkciós elváltozásokat részben a CB1R receptorok közvetítik, ami a CB1R aktivitás szelektív blokkolása révén új terápiás lehetőséget nyithat.

**Kutatási támogatás:** OTKA K116954, K139231; ÚNKP22-3-II-SE-6



## Dietetikai tanácsadást támogató szoftverek alkalmazási lehetőségei a hipertonia kezelésében és megelőzésében

**Simonová Erika**

ALSAD Medical Kft., Budapest

**Célkitűzés:** A dietetikusok által vezetett interperszonális tanácsadás, amely a viselkedsvltozsi folyamatokról szlo empirikus ismereteken alapul, és az egyének specifikus igényeire szabott, különösen hatékony lehet az életmódváltozás előmozdításában. A személyes tanácsadásnak azonban korlátjai is vannak, melyek miatt kétséges, hogy a táplálkozási tanácsadás elérhető és hozzáférhető bizonyos csoportok számára. A telemedicina segítségével a dietetikai tanácsadás és edukáció hatékonyabb lehet a kezelés folyamatában, valamint a prevenció minden szintjén. Az előadásom során a dietetikai tanácsadás aktuális folyamatának áttekintése után egy olyan új hibrid (online-kontakt) tanácsadási formát kívánok bemutatni, amely alkalmas a betegek diétás ismeretének növelésére és a dietetikai edukáció hatékonyságának javítására, így emelve az ellátás minőségét, elérhetőségét és biztonságát a magas vérnyomással küzdk körében, valamint ennek megelőzésében. Egy kisebb és rövid vizsgálat során azt szerettk volna igazolni, hogy a digitális egészségügyi megoldások pozitív hatást gyakorolhatnak a páciensek állapotára.

**Anyag és módszer:** 20 magasvérnyomásos és/vagy metabolikus szindróma kritériumainak megfelelő páciensek vizsgálta. Tlk azt kértk, hogy a dietetikai tanácsadás után táplálkozási naplójukat egy egészségügyi platform segítségével vezessék, valamint naponta végezzenek vérnyomásméréseket. A dietetikai oktatás a DASH és mediterrán diéta alapelvei szerint történt. A pácienseink étrendjében csökkentettk a nátriumbevitelt, korlátozták az alkoholfogyasztást, növeltk a kálium- és rostbevitelt.

**Eredmények:** A 20 résztvevő összesen 1039 vérnyomásmérési adatot adott meg a rendszerbe, ami személyenként átlagosan 51,95 mérés a projekt 58 napja alatt. A projekt kezdetekor átlagosan 144/90 Hgmm vérnyomással rendelkeztek a résztvevők. A kezdeti legmagasabb vérnyomás értéke 181/107 Hgmm volt. A projekt végére a 20 f vérnyomás értékei javultak, szisztolés értékek átlagosan 13,35 Hgmm-vel, diasztolés értékek átlagosan 11,7 Hgmm-vel csökkentek. Így az átlagos záró vérnyomás-érték a 20 fő esetében 131/79 Hgmm-re csökkent. A vizsgálat során a 2000 mg/nap nátriumfogyasztást tűztünk ki célul, illetve ennek elérését. A táplálkozási naplók elemzésekor azt tapasztaltuk, hogy résztvevők az eredményes edukáció után napi 1758 mg nátriumot fogyasztottak. A rostnál elértk a napi 35 g-ot, kálium esetében pedig a napi 2795 mg bevitelét.

**Következtetés:** Az elmúlt időben a digitális egészségügyi minden európai országban kinyilvánított prioritássá vált. Az egészségügyben igény van a diagnosztika és a monitorozás gazdaságos megvalósítására. A digitális eszközök hozzáférést biztosíthatnak hiteles információkhoz. Az egészségügyi szakma képviselői pedig képesek arra használni ezeket a digitális eszközöket és szoftvereket, hogy naprakészen tájékozódhassanak a betegek állapotáról, vagy személyre szabott tájékoztatást adjanak. Eredményeink indokolttá teszik további klinikai vizsgálatok elvégzését nagyobb mintaszámmal és hosszabb vizsgálati idővel.

## Használati útmutató a szorongó hipertoniás pácienseinkhez

**Somogyi va**

Medicard 99 Bt., Eger

A kognitív terápia módszereinek alkalmazása a betegvezetésben: A szorongásos kórképek és a hipertonia együttes előfordulása a populációban magasabb, mint a véletlen egybeesés alapján várható, és ez nem meglepő, ha figyelembe vesszük a közös patofiziológiai tényezőket. A szimpatikoadrenlis aktiváció, a stressztengely facilitált, intenzív válaszreakciót adó működése központi szerepet játszik a patogenezisben – ez sokszor genetikailag determinált, amelyet a saját életút, illetve a felmenőink által elszenvedett traumák átörökíthető epigenetikai hatásai modulálnak. A szorongó betegek vérnyomása ingadozó, a pulzusszám jellemzően magas, a betegek az állapotuk súlyosságát rendszerint túlbecsülik, a kezelő személyzet szakértelmét, illetve a saját kompetenciájukat pedig alulértékelik. Gyakran veszik igénybe a sürgősségi ellátórendszert, és ezek az események rendszerint tovább fokozzák a betegsgtudatot és az egészsgszorongst. Az együttműködést negatívan befolyásolja a gyógyszerrel szembeni bizalmatlanság, a mellékhatásokra fkusztlt figyelem, a kezelők részéről pedig a türelmetlenség és a kommunikációs problémák. A sikertelen terápiás próbálkozások pedig tovább erősíthetik a circulus vitiosus, súlyosbítk a beteg panaszait, és rontk az orvos-beteg kapcsolatot. A fentiekből következik, hogy a betegvezetés elképzelhetetlen holisztikus szemléletű, komplex megközelítés nélkül. Az Európai Kardiológus Társaság 2016. vi ajánlásában már szerepel a pszichoszociális tényezők beazonosításának és kezelésének szükségessége, de a nem gyógyszeres kezelés jelenleg az étrendre, a dohányzás elhagyására és a testedzésre fkusztl, és nem tér ki a mentális problémák befolyásolásának lehetőségeire. Az előadás a terápiás siker esélyét növelő orvosi kommunikációhoz, kognitív viselkedésterápiás módszerek alkalmazásához ad támpontokat. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a szorongás által kiváltott kardiovaszkuláris hatások nem ártalmatlan, a gyógyítókat bosszantó jelenségek, hanem valós többletkockázatot jelent állapotok, melyek hatékony kezelése a beteg számára a kardiovaszkuláris rizikcsökkenésen túl az életminőség javulását, az orvos számára pedig a hatékony, sikeres munkavégzés élményét („flow”) nyújtja.

## A magas pulzusnyomás, mint hemodinamikai biomarker praeclampsziában

**Takács Johanna<sup>1</sup>, Koller kos<sup>2</sup>, Eredics Anita<sup>3</sup>, Alasztics Bálint<sup>4</sup>, Rigó János<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Morfológiai s Fiziológiai Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest Semmelweis Egyetem, ltalános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet s Eötvös Loránd Kutató Hálózat-Semmelweis Egyetem, Budapest; <sup>3</sup>Széchenyi István Egyetem, Egészség- s Sporttudományi Kar, Szülészeti s Nőgyógyászati Tanszék, Gyr; <sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Szülészeti s Nőgyógyászati Klinika, Budapest; <sup>5</sup>Semmelweis Egyetem, Szülészeti s Nőgyógyászati Klinika, Budapest, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Szülészeti s Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék, Budapest



**Háttér és célkitűzés:** A terhességi hypertonia (praeclampsia) előfordulása fokozatosan nő a fejlett országokban. A magas artériás szisztolés és diasztolés nyomás (sP és dP) mellett, a pulzusnyomás (PP) értéke viszonylag kevesebb figyelmet kapott a klinikumban és az irányelvekben. Vizsgálatainkban feltételeztük, hogy a PP követése is fontos praeclampsziában. Célkitűzés: Praeclampsziás nőkben mérni az artériás vérnyomás paramétereket és megvizsgálni a köztük lévő kapcsolatot.

**Módszerek:** Vizsgálatunkban 2132 praeclampsziás várandós nő (átlagéletkor: 33,05±5,24) általános adatait elektronikus esetjelentési űrlapokon dokumentáltuk, a vérnyomás (szisztolés, diasztolés és pulzusnyomás: PP) adatokkal együtt elemeztük, és korrelációkat számoltunk.

**Eredmények:** Három csoportot képeztünk: 1. Emelkedett sP (n=148), 2. Emelkedett dP (n=122) és 3. Emelkedett sP+dP (n=1862). A mintában a sP és PP között nagyon erős kapcsolat volt ( $r [2130]=0,788$ ,  $p=0,001$ ,  $R^2=0,622$ ), míg a dP és PP nem volt kapcsolat ( $r [2130]=0,025$ ,  $p=0,240$ ). A sP és PP közötti kapcsolat az emelkedett sP csoportban nagyon erős, emelkedett dP csoportban közepes, emelkedett sP+dP csoportban erős volt. A dP és PP közötti kapcsolat az emelkedett sP csoportban gyenge, emelkedett dP csoportban közepes, és nem volt kapcsolat az emelkedett sP+dP csoportban. Méhen belüli retardáció (IUGR) nagyobb gyakorisággal fordul elő az emelkedett sP+dP csoportban (17,9%), mint az emelkedett sP (9,5%), és emelkedett dP (9%) csoportokban.

**Következtetés:** Jelen eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy terhességben és különösen praeclampsziában, nem csak a sP és dP, de a PP követése is fontos, és alátámasztják azt a feltevést, hogy praeclampsziában a PP elsősorban a szisztolés nyomás emelkedése miatt nő meg, ami korrelál a méhen belüli retardációval. Mindezek miatt, a vérnyomáértékeket a terhesség előtt, alatt és utána is követni és kezelni kell a magas vérnyomás okozta magzati és anyai célszervkárosodás kialakulásának csökkentésének érdekében.

**Támogatás:** MTSE, Tématerületi Kiválósági Program 2020-2021 projektek: TKP2020-NKA-17, TKP2021-EGA-37, HAS/MTA Post-Covid 2021-34, OTKA K132596\_1–9, Kulturális és Innovációs Minisztérium ÚNKP-22-4, Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap.

## Obstruktív alvási apnoe összefüggése a depresszióval, szorongással, affektív temperamentummal, illetve életmódbeli tényezőkkel

**Torzsa Péter<sup>1</sup>, Ádám Ágnes<sup>1</sup>, Torzsa Gergely (oh)<sup>1</sup>, Csatlós Dalma<sup>1</sup>, Hargittay Csenge<sup>1</sup>, Mohos András<sup>2</sup>, Tripolszky Bálint<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest; <sup>2</sup>SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Vizsgálatunk célja a hangulatzavarok prevalenciájának felmérése az alvási apnoében szenvedők körében, az affektív temperamentumok és a depressziós tünetegyüttes kapcsolatának elemzése.

Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Alváslaborjában rögzítésre kerültek a betegek szociodemográfiai, antropometriai adatai, a hangulatzavarokat a Beck Depresszió Kérdőívvel (BDI) és a HADS-A szorongásfelmérő önkítöltő kérdőívvel mértük fel.

Az affektív temperamentumot az önjellemző TEMPS-A kérdőívvel, a betegek életminőségét a Promis-57 kérdőívvel vizsgáltuk. A diagnózis felállítása polyszomnográfiai vizsgálattal történt.

A vizsgálatba 362 beteget vontunk be, az átlagos életkor 54,2±12,1 (±SD) év volt, 64,6%-uk volt férfi. Az OSAS aránya a férfiakban 33,6%, nőknél 22,5% volt ( $p < 0,001$ ). Az OSAS-ban szenvedő páciensek szignifikánsan nagyobb arányban fogyasztanak alkoholt (62,1% vs. 44,1%,  $p=0,013$ ), elhízottabbak (67%), de nagyobb arányban végeznek rendszeres testmozgást (37% vs. 27%). A depressziós tünetegyüttes az OSAS betegek körében 42% volt, míg az alvászavarban nem szenvedők körében 14% volt ( $p < 0,001$ ). A szorongásos tünetek előfordulása 33,1% volt az OSAS csoportban vs. 19,6%  $p < 0,001$ .

Többváltozós logisztikus regressziós modellekben (korra, nemre és iskolai végzettségre korrigálva) az irritabilis, a depresszív és a ciklotím temperamentum pontszámok növekedése szoros kapcsolatot mutatott a BDI pontszám növekedésével ( $p < 0,001$ ).

Az OSAS betegek körében nagyon gyakori a kezeletlen depresszió, mely tovább rontja az alvászavar súlyosságát. Az irritabilis, a depresszív vagy a ciklotím temperamentumú OSAS páciensek körében még gyakrabban találtunk súlyos depressziós tünetegyüttes.

A hangulatzavarok szűrése kiemelten fontos az OSAS páciensek körében.

## Olmesartannal szerzett kedvező tapasztalataink közepes-súlyos hypertoniában

**Varjas Norbert, Benczúr Béla**

Tolna Vármegyei Balassa János Kórház I. Belgyógyászat (Kardiológia/Nefrológia), Szekszárd

**Bevezetés:** A hazai és nemzetközi hypertonia-irányelvek a vérnyomáscsökkentő terápia első két lépéseként RAAS-gátló (ACE-gátló vagy ARB), diuretikum és Ca-antagonista (fix) kombinációját javasolják alkalmazni. Amennyiben a beteg vérnyomása még mindig nem éri el a céltartományt, számtalan esetben további szerek hozzáadására kerül sor (pl. MRA, alfa-blokkoló, béta-blokkoló). A szerzők két vagy három hatóanyag kombinációjával kezelt, célérték feletti hypertoniás betegek esetében nem további gyógyszer-csoportok hozzáadásával próbálkoztak, hanem az ACE-gátlóval kezelt betegeiket ARB-alapú kezelésre (olmesartan) állították át, míg az ARB-alapú terápia ellenére nem kontrollált betegek esetében az egyéb ARB-ról olmesartanra váltottak.

**Betegek:** 54–78 év közötti, lezajlott kardiovaszkuláris esemény nélküli férfi- és nőbetegek esetében történt meg a terápiaváltás. 2 esetben perindopril/indapamid kombinációt váltottak olmesartan-alapú kombinációra, míg a többi esetben losartan-, candesartan- illetve valsartan-alapú kezelésről tették át a betegeiket olmesartanra.

**Eredmények:** Minden beteg jól reagált a kezelésre, vérnyomásuk 3-4 hét alatt normalizálódott az otthoni vérnyomás-ellenőrzés,

illetve ABPM-leletek alapján, elérték a célértéket. A kezelést mind-egyikük kiválóan tolerálta.

*Megbeszélés:* Az ACE-gátlóval kezelt betegek esetében mindig fel kell merülnie a RAAS-escape gyanújának, vagyis annak, hogy a hosszútávú ACE-gátló terápia mellett aktiválódó non-ACE-utakon is tud AngiotenzinII termelődni. Ilyenkor érdemes

(bármely) ARB-re átváltani a kezelést a további szerek hozzáadása helyett. ARB-terápián lévő, nem kontrollált betegek esetében érdemes olmesartanra váltani, mely nem csupán AT1-receptor-blokkolóként viselkedik, hanem az ACE2-szint emelése, a RAAS-on belüli egyensúly helyreállítása (csökkenő ANGII-szint) révén effektívebb vérnyomáscsökkenést eredményezhet.



---

HYPERTONIA ÉS NEPHROLOGIA  
A Magyar Hypertonia Társaság és a Magyar Nephrologiai Társaság hivatalos lapja  
ISSN 1418-477X

Kiadja és terjeszti:



a LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

1021 Budapest, Húvösvölgyi út 75/A • Postacím: 1539 Budapest, Pf. 603  
Telefon: +36-1-316-4556 • E-mail: litmed@lam.hu • www.eLitMed.hu  
Felelős vezető: Cserni Tímea ügyvezető igazgató

A kiadó munkatársai:

Kiadói szerkesztő: Borda Tímea • Tervező, tördelőszerkesztő: Balázs Ádám

A kiadványt nagy gondossággal állítottuk össze, ennek ellenére nem zárható ki teljes mértékben a téves tartalmak előfordulása. A benne szereplő információk a szerző álláspontját tükrözik és eltérhetnek a kiadó álláspontjától. A kiadó nem felelős a megjelenő tartalom (cikkek és hirdetések) teljességéért, valóságnak megfelelő voltáért, aktualitásáért, alkalmazhatóságáért. A megemlített termékek használatakor az érvényes alkalmazási előírás alkalmazandó.

Nyomdai munkák:

Vareg Nyomda, Budapest



A kiadvány a Magyar  
Tudományos Akadémia  
támogatásával készült.



Kiadványunk megtalálható  
az EBSCO adatbázisában.

ÚJ

 **TELEXER**<sup>®</sup>  
DABIGATRÁN



# Szabad áramlás akadályok nélkül

- az első generikus direkt antikoaguláns terápia\*

\*2023 szeptemberében Magyarországon



RICHTER GEDEON



Richter Gedeon Nyrt., székhely: 1103 Budapest, Gyömrői út 19-21., [www.gedeonrichter.com](http://www.gedeonrichter.com)

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

Mellékhatás / nemkívánatos esemény bejelentése és orvoszakmai kérdés esetén elérhetőség: +36 1 505 7032; [medinfo@richter.hu](mailto:medinfo@richter.hu)

A termék alkalmazásával kapcsolatos információkról a [termekinformatio@richter.hu](mailto:termekinformatio@richter.hu) címen érdeklődhet.

Document ID: KEDP/DAE4V4, Lezárás dátuma: 2023.08.22.



**Telexer® 110 mg kemény kapszula**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show\\_details&item=210477](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=210477)  
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2022.08.09.  
Teljes ár/TB támogatás/Térítési díj: 12 846 Ft / 8 992 Ft / 3 854 Ft



**Telexer® 150 mg kemény kapszula**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show\\_details&item=210479](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=210479)  
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2022.08.09.  
Teljes ár/TB támogatás/Térítési díj: 12 846 Ft / 8 992 Ft / 3 854 Ft