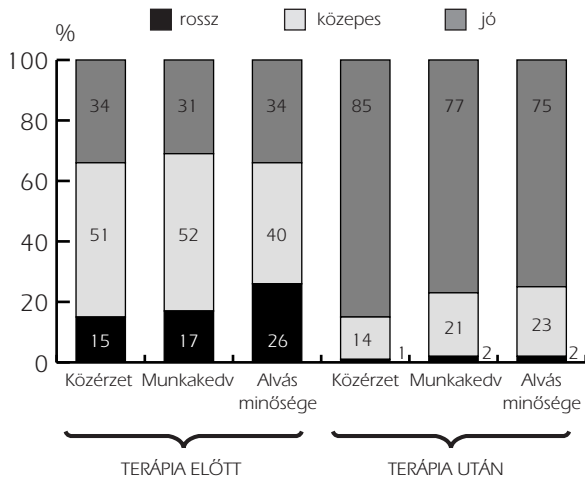


gyakoriságát az előzőhöz hasonlóan számoljuk (nincs = 1, ritkán = 2, előfordul = 3, gyakori = 4), akkor a vizsgálat elején és végén történt felmérés közötti különbség átlagosan -1,25 fejfájás és -0,55 szívétjái fájdalom esetében. Statisztikailag tehát a fejfájás gyakorisága (ami a hipertonia egyik jellemző tünete) sokkal nagyobb mértékben csökkent, mint a szívétjái fájdalomé ($p < 0,0001$ – Wilcoxon próba szerint).

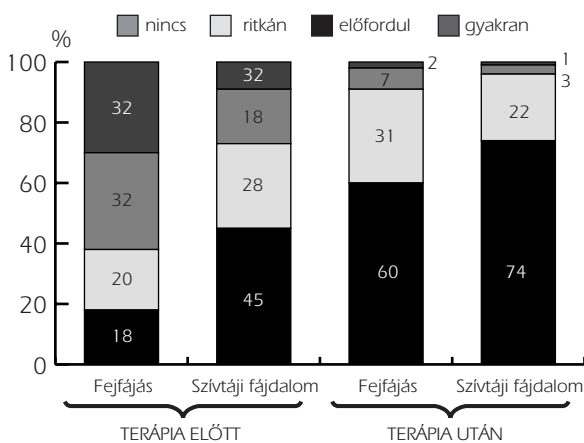
Az életminőség (közérzet, munkakedv, alvásminőség) változása a kezelés hatására



5. ábra

A terápiatípus függvényében vizsgálva megállapítható, hogy az általános közérzet lényegesen kedvezőbbben változott valsartan kombinációs kezelés esetén, mint e gyógyszercsoport monoterápiája mellett ($p=0,043$ – Wilcoxon próba). A szívétjái fájdalom csökkenésében is e gyógyszercsoport kombinált terápia alkalmazása bizonyult sikeresebbnek. A fejfájás gyakoriságának csökkentésében viszont éppen a valsartan monoterápiája bizonyult hatékonyabbnak, szemben a kombinált terápiával. A különbség szignifikáns ($p=0,0012$ – Wilcoxon próba).

Az életminőség (fejfájás, szívétjái fájdalom) változása a kezelés hatására



6. ábra

Az életminőség javulását nem és életkor szerint is megvizsgáltuk. Megállapítható, hogy általában a nők és az idősebbek életminősége erőteljesebben javult, mint a férfiak és a fiatalabb korcsoporté. Nemek szerint a szignifikancia: p közérzet = 0,004; palvás = 0,003, p fejfájás = 0,001; pszívétjái fájdalom = 0,004 (Mann-Whitney próba), a munkakedv változás is nagyobb mértékben javult a nőknél, bár ez utóbbi nem jelent szignifikáns különbséget a két nemi csoport között. A korcsoportos elemzés szerint az idősebb korcsoport tagjainak nagyobb mértékben javult az alvásminősége ($P < 0,0001$ – Kruskal-Wallis próba), továbbá nagyobb arányú szívétjái fájdalomcsökkenésről számoltak be ($P=0,034$ – Kruskal-Wallis próba), mint a fiatalabb korcsoport tagjai. A többi életminőség-elembe bekövetkezett változás nem volt szignifikáns.

A vérnyomás csökkenésének lineáris hatása az életminőség javulására nem mutatható ki. Két modellt dolgoztunk ki. Az egyik esetében az abszolút vérnyomás csökkenésének kapcsolatát vizsgáltuk az életminőség javulásával, a másik esetben kiszámoltuk a vizsgálat kezdetén és a vizsgálat végén mért vérnyomásértéknek a normálistól való távolságát és a különbségek kapcsolatát elemeztük a javuló életminőség szempontjából. Mindkét esetben a regressziós modellek relevanciája oly csekély volt ($R^2 < 0,1$), hogy értelmét veszítette annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy a szisztolés vagy diasztolés vérnyomás változása volt-e nagyobb hatással az életminőség javulására.

A vizsgálatsorozat megkezdésekor a betegek 79%-a jelzett valamilyen panaszt, ez azonban a valsartan kezelés mellett az utolsó vizitig folyamatosan és dinamikusan 9%-ra csökkent. Nemek szerint vizsgálva azt találtuk, hogy a nők és az idősebbek minden viziten lényegesen nagyobb arányban éltek valamilyen panasszal, mint a férfiak és a fiatalabbak. A dózisok szerint vizsgálva a kérdést megállapítottuk, hogy 160 mg-os kizserelésű valsartan kezelés során a 12. hétig többen éltek valamilyen panasszal, mint a 80 mg-os dózist alkalmazva, de ezután a különbség teljesen eltűnt a két csoport között. A leggyakrabban előforduló panaszok a következők voltak: fejfájás, fáradtság, szédülés, köhögés. A fejfájás 58%-ról 3%-ra, a fáradtság 50%-ról 5%-ra csökkent, a többi panasz is hasonlóan mérséklődött.

A köhögés tekintetében a vizsgálat kezdetén különbséget találtunk a nemek között (férfi 16,19% vs nő: 24,84%), a korcsoportok között (24–40 év: 14,6%, 41–50 év: 11,7%, 51–60 év: 17,1%, 61–70 év: 29,1%, 71 év felett: 27,4%) és a gyógyszerkombinációk között (monoterápia valsartannal: 9,9%, monoterápia valsartan+HCTZ: 5,6%, kombinációs kezelés valsartannal: 24,6%, kombinációs kezelés valsartan+HCTZ: 33,3%) is. Mindazonáltal a kezelés során az említett különbségek eltűntek, a 16. héttől pedig gyakorlatilag maga a köhögés szűnt meg és nem tulajdonítható az alkalmazott kezelési formák speciális hatásának.