

## VI. ORSZÁGOS HÁZIORVOS NAPOK

Buzás László

Balatonfüred, 2007. május 18–20.

A kongresszus résztvevőit dr. Balogh Sándor, az Országos Alapellátási Intézet főigazgatója köszöntötte. Kifejezte köszönetét azoknak, akik lehetővé tették, hogy ez a konferencia nemzetközi jelleget is öltön, ugyanis a meghívottak és az előadók között voltak Csehországból, Romániából, Szerbiából, Szlovákiából érkezett vendégek is. A külföldi orvosok a Közép-európai együttműködés keretében, az OALI évek óta folyó ún. Visegrádi fórumainak a gyakorlata szerint kapcsolódtak be a tanácskozásba, tartottak előadásokat.

A rendezvény első témaköre az ún. kistérségekben folyó egészségügyi ellátás jelen állapotának jellegzetességeit, valamint a jövőben rejlő lehetőségeket ölelte föl. (E periódusban dr. Balogh Sándor és dr. Kiss István volt a két üléselnök.)

Elsőként dr. Papp Renáta, az OALI osztályvezetője tartott előadást. **A rizikóbecslés jelentősége a szív-és érrendszeri betegségek megelőzésében** címmel. A nem fertőző, idült betegségek fejlődésmodelljét ismertetve meghatározta a prevenció helyét és idejét a folyamat során. Kitért a cardiovascularis rizikófaktorokon belül ezek meghatározó csoportjára, a major és független rizikófaktorokra (dohányzás, emelkedett vérnyomás, emelkedett szérum össz- és LDL-koleszterinszint, alacsony HDL-koleszterinszint, cukorbetegség, életkor, obezitás, fizikai inaktivitás). Szólt a prediszponáló rizikófaktorokról (a CV-esemény korai előfordulása a családban, pszichoszociális faktorok), s a kondicionáló CV-rizikótényezőkről (magas szérum triglicerid szint, kisméretű LDL-részecskék, emelkedett szérum homocystein, szérum lipoprotein szint, prothromboticus faktorok, gyulladási markerek, pl. C-reaktív protein). Hangsúlyozta a rizikófaktorok együttes értékelésének szükségességét mind a manifest CV-betegek kezelése, mind a kis, közepes, és nagy rizikójú páciensek szűrése során. (Az OALI

21 000 fős vizsgálata alapján – korcsoportonként – bemutatta, hogy a páciensek 56%-a a nagy CV-kockázatúak körébe tartozik. Más vonatkozásban a nagy rizikójúakon belül nemeként elemezte az egyes rizikótényezők – pl. derékbőség, dohányzás, magas vérnyomás – előfordulásának gyakoriságát. Fölhívta a figyelmet arra, hogy a rizikó számszerűsítése, láttatása a pácienssel, a konkrét teendők s a kontroll határidők meghatározása nagy jelentőséggel bír a páciensek motivációját – együttműködő részvételük a terápiában – illetően. Továbbá a

beavatkozás intenzitásának meghatározásakor sem közömbös a rizikófaktorok komplex számba vétele. Papp doktornő párhuzamba állított néhány egészségkárosító tényezőt (dohányzás, alkohol, stressz, túlsúly, magas vérzsír-szint, magas vérnyomás stb.) azzal a vélekedéssel, hogy az adott tényezőt könnyen vagy kevésbé könnyen lehet-e kezelni. Két korcsoportban (20 és 40, valamint 40 és 60 év közöttiek), nagy rizikójúak körében 4 rizikófaktor (dohányzás, túlsúly, magas vérnyomás, sok koleszterin) előfordulásának bemutatása után az OEP 2006. szeptemberi adatai közül villantott föl kettőt. Ezek szerint közel 5 millióan fordultak ebben az időben orvoshoz, majdnem 3 400 000-en házi orvoshoz, egy vizitre 2,07 diagnózis jutott, leggyakrabban diagnosztizáltak hypertóniát; ischaemiás szívbetegséget, lipidanyagcsere-zavart s diabetes mellitust. Gyógyszert ugyanebben a periódusban az orvoshoz fordulók 70%-a kapott, egy főre 3,88 vény jutott, a leggyakrabban fölírt hatóanyagok listáját a béta-blokkoló retard, az ACE-gátló + diureticum vezeti 15,8–15,8%-kal, ezeket követik az ACE-gátlók, az Aspirin, majd a nitrát és a trimetazidin következik (11,4, ill. 11,1%-kal). Mindazonáltal közel 10 000-es minta bizonyosága szerint a hypertonia 21%-os arányban kezeletlenül maradt nálunk, a kezelték 41%-a nincs célértéken, ami azért is különösen nagy baj, mert a hypertóniások nagy arányban (40%-nál is több) a nagy rizikójúakhoz sorolandó. A hypercholesterinaemia 75%-os valószínűséggel nem kap kezelést, s a kezelték még ennél is kedvezőtlenebb arányban érik el a célértéket. Zárszóként az a pozitívum hangzott el, hogy az irányelvek követésének tendenciája a CV terápiában javul, ezzel összefüggésben pl. az ACE-gátló+diureticum, a bétablokkoló, statin alkalmazása terjed.

Dr. Balogh Sándor előadásának címe: **Kistérségi prevenció, mint az alapellátás átalakításának lehetősége**. Először az Országos Alapellátási Intézet immár 5 évre visszatekintő cardiovascularis prevenció programjának főbb elemeiről esett szó. 2002-ben kb. 1000 páciens bevonásával zajlott egy pilot fölmérés, 2003-ban 50 000 fővel a CORPRAX vizsgálat. A 2004–2005-ös betegkövetéses projektumban 1500-an vettek részt. 2005-ben került sor 26 000 fővel az OEP pályázata alapján vizsgálatra, 2005–2006-ban, a kistérségi népegészségügyi programba 10 hazai kistérség kapcsolódott be. Ezeknek a programoknak az együttes céljai: az egységes mód-

szertan kidolgozásán kívül a hazai kockázatbecslés megteremtése, valamint a CV-morbiditás és -mortalitás csökkentése. Természetesen a rendszer működésére, működtetésére vonatkozóan is számtalan hasznos elem kerül a felszínre. A legfrissebb adatok, tapasztalatok a kistérségi vizsgálatokból származnak. Az említett 10 kistérség a következő volt: pannonhalmi, letenyei, tamási, sárbogárdi, ráckevei, kiskunmajsai, orosházi, tiszavasvári, baktalórándházi, gyöngyösi. A kistérségek átlagos népessége 41 111 fő, településenként átlagosan 4400 ember él. Jellemző volt a fölmérésben, hogy valamennyi helyen több nő kapcsolódott be a vizsgálatba, mint férfi. A páciensek többsége a nagy rizikójúak közé tartozott, a férfiaknál ez az arány kedvezőtlenebb volt, mint a nőknél. A dohányzás 10% alá sehol nem csökkent, ellenben néhány kistérségben a 20% fölé is szökött. A nők dohányzása szélesebb körű, mint a férfiaké, s különösen aggasztó, hogy a fiatal (tizen-, huszoneves) korosztályokat érinti első sorban. Két kistérség dohányzási statisztikájának az elemzéséből, valamint a nagy rizikójú páciensek számával való összevetéséből kitűnt, hogy a dohányzás korban előre hozza, és megemeli a nagy kockázatúak arányát a népességben. Balogh doktor kitért még – kistérségenkénti adatokat közölve – a további rizikótényezők közül a derékbőségre, a BMI-re, az összkoleszterin értékre, a vércukorra, a systolés és diastolés vérnyomás értékekre, valamint mindezekre alapozva a cardiovascularis rizikó mértékére. A kistérségi alapellátás szervezeti kereteiről szólva először az elveket tisztázta. Egységesen kell tekinteni a következő feladatokra: az éjszakai ügyelet megszervezésére, a nappali ellátás során a helyettesítési rendszer fölépítésére (mindkét elem vonatkozik az orvosokra, az ápolókra egyaránt), a gyermekek és a hátrányos helyzetűek sajátos ellátási szükségleteire, a népegészségügyi programokra s a továbbképzésekre, értékelő fórumokra. Ezek után vázolta föl a szakellátási és az alapellátási központok struktúráját, ezeknek egyik lehetséges, racionális változatát. A szakellátási központhoz tartoznak a járóbeteg-szakrendelők, valamint a „fekvő” szintek. Az utóbbiak részben kórházi jellegűek, részben „orvos nélküli” egységek, különböző funkciókkal (pl. mátrix kezelő, ápolási otthon, szociális otthon). A kistérségi egészségközpontokba szervezhető az alapellátás (célszerűen ötvözve a háziorvosi, az iskolaorvosi, a sportorvosi, az üzem-egészségügyi ellátási formákat, az ápolói, védőnői hálózatot, az ügyelet ellát(tat)ását, a betegirányítást). Itt kaphatnak helyet a járó betegek szakrendelői; ugyanide „van csatlakozása” a népegészségügyi feladatoknak, a betegek szállítását koordináló és végző, továbbá a szociális ellátást végző szervezeti egységeknek.

Dr. Kiss István **A szív- és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának nemzeti programja** címmel tartott előadást. Először áttekintette az egészségpolitika tárgykörébe tartozó nemzeti programokat a Nemzeti Fejlesztési Terv II. koncepciójának szellemében (Nemzeti Rákellenes Program, Csecsemő és Gyermekegyógyászati Nemzeti Program, Sürgősségi Ellátás Nemzeti Program, Szív és Érrendszeri Nemzeti Program). A szív- és érrendszeri kockázatokat (dohányzás, alkoholizmus, mozgásszegénység, egészségtelen táplálkozás, krónikus stressz, kis tömegű újszülött) és betegségeket (magas vérnyomás, zsíranycsere-betegség, cukorbetegség, elhízás, érlemezésedés, koszorúér-betegség, stroke, perifériás érbetegség, veseelégtelenség, szívelégtelenség) összefüggéseikben szemléltette. A hazai halálokokat 2003-as adatokkal jellemezte (keringési rendszer a férfiak 58, a nők 45%-ánál a halál oka). Ezek az adatok nemzetközi összehasonlításokban is igen kedvezőtlenek. Több reprezentatív statisztikai kimutatással illusztrálta a hazai egészségügyi állapotokat; részben abszolút számokkal, arányokkal részben összevetve más országokkal, kiemelve a deficitjeinket. (Pl. a koszorúér betegség okozta standardizált halálozás, a keringési rendszer betegségei, illetve az agyérbetegség miatti halálozás, kistérségek szerint, a halálozások száma, a nyers halálozási arány, a krónikus veseelégtelenségben élők számának hazai gyarapodása, alkoholos májbetegség miatt elhaltak, alkoholisták becsült száma, kis tömegű újszülöttek gyakorisága, a születéskor várható, egészségben töltött évek száma.) A helyzetelemzés után Kiss doktor a II. Magyar Terápiás Kongresszus Konferencia, valamint a az Európai Unió Egészségügyi Tanácsának állásfoglalását idézte **A szív- és érrendszeri betegségek megelőzésének és gyógyításának nemzeti programja** előzményeként. E program deklarált célja a szív és érrendszeri megbetegedés és halálozás gyakoriságának csökkentése Magyarországon. Megvalósulása továbbá eredményezi például a születéskor várható életevek növekedését, az életmód egészségesebbé válásán keresztül a megbetegedések később és enyhébben jelentkeznek, javul az életminőség stb. Lényeges eleme a programnak, hogy az egészségügyben zajló, a betegségre irányuló gyógyítási folyamat ki-egészül társadalmi szintű prevencióval, rehabilitációval és reszocializációval. Kiss doktor áttekintette a súlyponti, a kiemelt kórházak rendszerét, fölillantotta a pólusfejlesztés koncepciója szerinti érrendszeri központokat, s jellemezte ezek jelenbeli ellátottságát. Ugyancsak ábrát mutatott a járóbeteg-szakellátás kistérségi különbségeiről. Az egészségügy fejlesztésének szakmai feltételeivel kapcsolatban kifejtette, hogy a szakmai kollégiumok, szakmai társaságok által kidolgozott irány-

elvek, protokollok képezik az alapját, amelyet a szakfelügyeleti rendszeren keresztül az ÁNTSZ, mint az Egészségügyi Minisztérium vonatkozó szerve ellenőriz. Ilyen körülmények között, megfelelő finanszírozással működnének a praxisok, működik a járóbeteg- és a fekvőbeteg-ellátás. Kiss doktor ezután rátért az Egészséges Társadalom Komplex Programjának ismertetésére, konkrétan a prioritásokra. Ezek: struktúraváltás az egészségügyi ellátásban és a területi különbségek mérséklése; az egészség-károsító tényezők kiküszöbölése, a fogyasztóvédelem; a versenyképesség fokozása az egészségügyi ellátórendszerben, innováció, információ-technológia, egészségipar; a humán erőforrás fejlesztése képzésekkel, és az oktatási rendszer átalakításával, kibővítésével. Ennek a programnak szakmai-stratégiai kapcsolódási pontjai vannak – főként az egészségmegőrzés, az egészségfejlesztés, a prevenció, a civil szféra tekintetében – a Népegészségügyi Programmal, a az előadás címében jelzett programmal, a Nemzeti Rákellenes Programmal, a sürgősségi ellátás fejlesztésével, a Nemzeti Csecsemő- és Gyermekégeszségügyi Programmal, valamint Az Egészségügy Humán Erőforrás Stratégiájával. A Nemzeti Fejlesztési Terv sarkalatos elemei (egészségmegőrzés, humán erőforrás, versenyképesség, struktúraváltás) fedésbe hozhatók A Szív és Érrendszeri Betegségek Megelőzésének és Gyógyításának Nemzeti Programjának fő területeivel (egészségfejlesztés, oktatás, kutatás+fejlesztés, egészségügyi szolgáltatás). Az utóbbiak színterei: hipertónia, szívbetegség, stroke, diabetes, lipidanyagcsere, obesitológia, angiológia, nephrológia, alapellátás, sürgősségi ellátás, terhesgondozás, epidemiológia. A tervezet aktuális feladatai: civil szervezetekkel népegészségügyi, egészségmegőrzési programok; a szakmai irányelvek, indikátorok (hazai SCORE) fejlesztése; nemzeti regiszter és adatbázisok létrehozása; az érrendszeri központok hálózatának szervezése; modell- és telemedicinális programok. Végül az előadó néhány, a jelenben folyó vagy a közelmúltban lezajlott együttműködő eseménysort idézett föl (pl. Éljen 140/90 Hgmm alatt!, OALI kistérségi program), majd a Szív és Érrendszeri Nemzeti Program szakterületeihez (cardiológia, vascularis neurológia, angiológia, hypertoniológia, diabetológia, lipidológia, obesitológia, nephrológia, thrombotaseológia, phlebológia, immunológia, reprodukív medicina, mozgásszervi betegségek, geriátria, rehabilitáció) társított nemzeti vagy egyéb programot.

Dr. Hanusz Klára az előadása címével kérdezett: **Népegészségügy, lakossági összefogás vagy összefogás a lakosságért?** Bevezetésül az egészséget befolyásoló tényezőket vette számba, csoportosította (fizikai, társas, kulturális, egészségügyi ellátási,

politikai, gazdasági környezet; maga a szervezet, a biológiai sajátságaival stb.). A népegészségügy definíciójával (a társadalom egészének szervezett tevékenysége, amelyen belül az egészség tudományosan megalapozott biológiai és természeti-társadalmi környezeti feltételeit, az egészség megőrzésének, a betegségek megelőzésének hatékony, hozzáférhető és a lakosság által elfogadható módszereit, valamint az ehhez szükséges intézményrendszer sajátosságait értjük) válaszolt arra a kérdésre, hogy miért a népegészségügyi program a legfontosabb az egészségi állapot és az életminőség javításában. Rátérve az OALI kistérségi programjaira, először a helyszíneket mutatta be, majd a program különlegességeit: a házi orvos aktív közreműködésére épült; egészségi állapotfelmérés történt, amit a doktor követni tud; kistérségi önkormányzati szervezéssel, segítséggel, együttműködéssel valósult meg; kiegészült egészségfejlesztési tanácsadással, főként az ÁNTSZ szakemberei által. A résztvevők köre kiterjedt az alapellátás, az önkormányzatok, kistérségi társulások, az ÁNTSZ dolgozóira, civil szervezetek képviselőire, s a lakosság köréből jelentkező önkéntes segítőkre. Az önkéntesség lényeges momentum volt: a lakosság aktivitására, részvételére, öntevékenységre amúgy is alapoztak a szervezők. Eredményként könyvelhető el az általános szakmai tapasztalatok szerzése mellett konkrétan a cardiovascularis rizikósűrítés kizélesztése, de a helyi közösségek egyebekkel is gazdagodtak. Az egészség fogalma és értéke része lett a közgondolkodásnak, megnőtt a szűréseken való részvétel, egymást segítő csoportok alakultak, akik szakmai tanácsokat kaptak, egészségfejlesztő programokat sajátítottak el. A kistérségek számára szakmai információs csatornák nyíltak, kapcsolati tőke termett, amelyek az egészségügyi vonatkozásokon túl is jótékonyan hatnak. A házi orvos számára az jelentett többletet, hogy információkhoz jutott a helyi szükségletekre alapozandó prevenciók tevékenységéhez, s gyakorlati segítséget kapott. Ennek a jelentőségét növeli, hogy a házi orvos feladatai közé tartozik az egészségpolitikai tervezésben, közösségi programokban való részvétel, egészségtervek összeállítása, szűrések támogatása, s egyéb prevenciók aktivitás kifejtése. A programok fölkellették az érdeklődést más kistérségekben is, egyrészt a folytatásra, másrészt a folyamat kizélesztésére mutatkozik igény. Hanusz doktornő fölvázolta az ún. egészségstratégiai piramist, amelyben az egészségügy fejlesztése a területfejlesztéssel egységben jelenik meg. Egymásra épülő szinteken jelenik meg egy-egy térség adottságainak és lehetőségeinek átfogó ismerete (ennek egészségügyi és más, nem egészségügyi aspektusival), a tervek, köztük az egészségtervek elkészítése és összehangolása, ezeknek megfeleltetése a regionális

operatív programokkal. Strukturálisan ebbe a rendszerbe illenek bele a kistérségi egészségközpontok, egészségházak. A fentiekben vázolt elmélet és gyakorlat támogatására a programban résztvevők köréből, s egyéb támogatókból szerveződött csoport létrehozta az Egységporta Egyesületet, budapesti székhellyel, jelenleg 4 telephellyel (Zalaegerszeg, Szekszárd, Győr, Nyíregyháza). Az egyesület célja a népegészségügy területén hiánypótló támogató szolgáltatások nyújtása, közreműködés a fejlesztési folyamatokban. A tevékenységi körükbe tartozik szakmai partnerek toborzása, szakmai projektek készítése, pályázatok menedzselése. Az ún. Kistérségi Mintaprogram kialakítására máris fut egy pályázat „Partnerség az egészségért” címmel. A megcélzottak köre: kistérségek, önkormányzati társulások, praxisközösségek, egészségügyi társaságok, civil szervezetek. Ezzel a kistérségekben élők egészségi állapotán szándékoznak javítani olyan módon, hogy a fejlesztés lehetőségeit teremtik meg; mintaértékű modellprogramok, tervek megvalósítását támogatják. Erre eddig 52 értékelhető szándéknyilatkozat érkezett, főleg kistérségi társulásoktól (24), önkormányzatoktól (18), de pályázott egészségügyi intézmény (4), civil szervezet (2), sőt pedagógiai intézet (1) is. Megyei bontásban élen jár Borsod-Abaúj-Zemplén megye (11), ezt követi Szabolcs-Szatmár-Bereg megye (7), majd Bács-Kiskun megye (5). A pályázatok egyéb szempontok (pl. együttműködők megoszlása, eddigi tevékenységek, van-e egészségterv, területi fejlesztési terv, egészségkép) szerinti elemzése után az előadó a felkészítő foglalkozás tapasztalatairól számolt be, amelyen 44 team vett részt. E képzésen a résztvevők előadásokat hallgattak, csoportmunkát végeztek az egészségképekkel, egészségtervekkel, fejlesztési tervekkel kapcsolatosan. A pályázati határidő elmúlt: 27 pályázat érkezett, közülük 1012 kap lehetőséget a pályázatában foglaltak megvalósítására.

Dr. Hargitai Réka **Az OALI kistérségi ellátási projekt lehetőségei** című előadásában bevezettként a jelenlegi helyzetet mutatta be. Ezt sajnos a kedvezőtlen morbiditási, mortalitási mutatók jellemzik, a párhuzamos, mégis elégtelen ellátás, a csoportpraxis hiánya s ennek következményei (izoláció, főleg kuratív munka), előregedő háziiorvosi társadalom, sok betöltetlen körzet, elégedetlen szereplők (orvosok, betegek, szakdolgozók). Ezen az állapoton javíthatna az integráció, azaz olyan ellátási forma, amelyet egyszerre jellemez a lakosságközelség, a prevenció szemlélet, a definitív ellátás, a minőségi szolgáltatás és a költséghatékonyság. A kapacitásokat a szükségletekhez kell méretezni. A működési fedezetnek szavatolnia kell a fenntarthatóságot. Optimálisan kell gazdálkodni mind az épületekkel, mind a működéssel, működtetéssel,

mind a humán erőforrással. Ennek kapcsán gondolni kell a továbbképzésekre, a szakvizsgával rendelkező házi orvosok alkalmazására, fiatal szakorvosok bevonására, a kórházi kapacitások szűkítése folytán főlzabaduló munkaerő átképzésére, a helyi közösség egészségügyi kultúrájának fejlesztésére. A kistérségi egészségügyi ellátásnak a központi intézménye lehetne az alapellátási egészségközpont. Ezt lehet szervezni csak az alapellátás számára vagy az alapellátás és a szakellátás számára együttesen. Első lépésben tkp. szakmai integráció jönne létre (koordinációs központ), majd az épületet és az eszközparkot is meg kell teremteni. Az integrációtól várható előnyök a következők: javul az ellátórendszerhez való hozzáférés, a betegellátás biztonsága, a prevenció előtérbe kerül (laikus oktatás, szűrővizsgálatok, a nagy rizikójú páciensek identifikációja, a gondozás minősége javul), a szakszemélyzet képzése, továbbképzése problémamentesebb, a határterületek együttműködésére is jobb esélyek nyílnak, a szakellátás igénybevétele racionálisabb lesz, csökken a várakozási idő, a kórházi beutalások száma várhatóan szintén csökken, a kapacitásokkal való racionális gazdálkodás kedvez a fenntarthatóságnak, egységes egészségügyi információs adatbázis jön létre, javul az esélyegyenlőség, nő az általános elégedettség. A kistérségi ellátás javítására irányuló, vázolt elképzelés megvalósítására összefogással van lehetőség: a települési önkormányzatoknak, a házi orvosoknak, a védőnőknek, a szakellátás orvosainak, a házi betegápolóknak, a szociális ellátóknak, az ÁNTSZ-nek, a civil szervezeteknek szövetkezniük kell. A tervezést a helyi igények fölmérésével kell kezdeni. Anyagi háttérként (jobb híján) pályázatokhoz kell folyamodni.

Dr. Nagymajtényi László **Az életminőség, mint a betegelégedettséget meghatározó tényező – területi egyenlőtlenségek** címmel tartott előadását az életminőség WHO szerinti definiálásával kezdte. Az életminőség mérésére általában kérdőíveket (indexeket, profilokat) használnak, illetve a vizuális analóg skálát. Az egészségügyben a megfelelő struktúra (intézmény, felszerelés, infrastruktúra, szakképzett személyzet) és a sikeres folyamat (betegellátás, diagnosztika, terápia, megelőzés, gondozás, felvilágosítás) együttes meglétekor várható eredményként kedvező életminőség, elégedettség a beteg részéről (is). Nagymajtényi doktor egy 3380 fős vizsgálat eredményeiről számolt be. A vizsgálatba bevontak 53,5%-a nő (a többi férfi), Magyarország régióit arányosan reprezentálják, 20–28%-os részesedéssel élnek 500 főnél kisebb lélekszámú településen, 500–1000 fő közötti településen, 1000–2000 fős településen, illetve 2000–5000 fős településen. Átlagos életkoruk 47,99 év (pluszminusz 18,11 év). A páciensek csaknem fele pusztán

általános iskolát végzett, középiskolát 43%, főiskolát, egyetemet 6,3%. A fölmérés keresztmetszeti vizsgálat volt, részben önkitöltős, részben kérdezőbiztos általi kérdőíves adatgyűjtéssel. Az életminőséget a következő kategóriák írják körül: fizikai tényezők (fájdalom, energia, tetterő, alvás, pihenés, mozgás, munkaképesség, aktivitás), pszichológiai elemek (pozitív érzések, gondolkodás, tanulás, emlékezőképesség, önbecsülés, testkép és megjelenés, életcélok, negatív érzések), társas kapcsolatok (személyes kapcsolatok, társas támogatás, nemi élet), környezet (biztonságérzet, fizikai környezet, anyagi források, információszerezés lehetősége, szabadidős-tevékenység, lakóhelyi körülmények, egészségügy elérhetősége, közlekedés). Az életminőség tárgyköreire vonatkozó score értékek a következőképpen alakultak: 14,8-as átlagponttal a fizikai kategóriák állnak az élen, 14,6-tal a pszichológiai elemek következnek, majd 14,3-mal a társas kapcsolatok, s végül 13,3-mal a környezetre vonatkozók. A nők és a férfiak értékelése között az első, a második és a negyedik kategóriában volt szignifikáns különbség: a nők voltak elégedetlenebbek. A kor előrehaladtával is egyre „szigorodó” minősítést regisztráltak. Az egyes életminőségi tárgykörök megítélése pozitív korrelációt mutatott a véleményezőik iskolai végzettségével, s a nagyobb lélekszámú településen élők többre értékelték az életminőségi mutatókat, mint a kisebb településen élők. Az egészségügyi ellátást illetően a legkedvezőbb minősítése a házi orvosi ellátásnak volt (3,99-es átlag), a járóbeteg-szakellátás áll középütt (3,61), s a végén a kórházi ellátás (3,57). A nemek közt e tekintetben szignifikáns különbség csak a kórházi ellátásnál volt: a férfiak voltak kritikussabbak. Általában az idősebb korcsoportok többre értéklik a különböző ellátási formákat, mint a fiatalabbak. Az ellátási formákat viszont annál szigorúbban (negatívabban) ítéli meg valaki, minél képzettebb (több iskolát végzett). Az ellátási formák megítélésére az is jellemző, hogy legkisebb az elégedettség az 500 és 1000 fő közti településeken; a kisebb és nagyobb lélekszámú településeken elégedettebbek az emberek. Az előadó végül az életminőségi tárgyköröket régióként összevetette házi orvosi ellátással, a járóbeteg-szakellátással, s a kórházi ellátással, majd az életminőség egyes témáit (elemeit) a 3 ellátási típusal.

Ujváriné Siket Adrienn **Az ápolók jelenlegi feladatai és jövőbeni lehetőségei a kistérségi ellátásban** címmel tartott előadást. Először az alapellátást helyezte el az egészségügyi ellátás szintjei között, valamint kormányzati szándékként megjelölte a struktúraváltást az egészségügyi fejlesztések során. Ez megnyilvánul a helyi, kistérségi ellátás, az integrált regionális ellátórendszer fejlesztésében, s a versenyképes pólusokban való infrastrukturális

fejlesztésekben. Jelenleg a regionális és kistérségi közigazgatás és közszolgáltatás irányában tolódik el a hangsúly a megyei központúság felől. Az előadó a továbbiakban a területi, körzeti ellátás fogalmát, a minőségbiztosítás, a költséghatékonyság, a progresszivitás alapelveit vezette be, majd a kistérség fogalmát határozta meg általánosságban, illetve az egészségügyi ellátásban. Az egészségügyi ellátás szervezésében korábban is voltak régiós kísérletek: az orvosi egyetemek köré szerveződtek, ill. ilyenek a Regionális Egészségügyi Tanácsok. Az egészségügyben a régió a területén az alapellátástól a fekvőbeteg-szakellátás legmagasabb progresszivitási szintjéig a teljes szolgáltatásspektrumért felelős. A kistérség az elsődleges hozzáférés szintje. Utóbbiakhoz rendelték az alapellátási funkciókat, praxisközösségek létrehozását a kistérségek folyamatos ellátására. A csoportpraxisok fölállítására már szakellátási feladatok elvégzését is lehetővé teszi. A kistérségi egészségközpont lenne a szolgáltatási és logisztikai folyamatok centruma. Az új rendszernek megfelelően az ápolók feladatai a jelenlegiekhez képest módosulnak. Ezeket felsorolta az előadó, s beágyazta az ápoló tevékenységi formáit az egészségügyi team tagjainak munkája közé. Részletezte az ápolói szakmai kompetenciát, az ápolási asszisztens, az ápoló, a diplomás ápoló, az egyetemi okleveles ápoló esetében, bemutatta az ápolók képzési rendszerét a bolognai folyamat értelmében. Hivatkozott az OALI közelmúltbeli fölmérésére, amely a körzeti ápolók élet- és munkakörülményeit, egészségi állapotát vizsgálta. Részben erre alapozva készül az ápolói szakma tevékenységi listája: ez az OALI kiadványaként 2007-ben kiegészített formában, nyomtatásban megjelenik.

A második és a harmadik témakörre a RENECOP szatellit konferencia keretében, a külföldi vendégek részvételével került sor. A magyar és angol nyelvű tanácskozást szinkrontolmácsolás segítette. Előként a folyamatos továbbképzés országokénti jellegzetességei voltak a fókuszban. Ekkor a moderátori teendőket dr. Hajnal Ferenc látta el.

Dr. Milos Ponizil a Cseh Köztársaságból érkezett. Először néhány adattal jellemezte országát: a népesség 10,2 millió, az átlagos életkor férfiak esetében 72 év, nőknél 78,5 év. A halálozási ráta az újszülötteknél 2,36, a gyermekeknél 3,4. A vezető halálozási ok a férfiak 49, a nők 55%-ában cardiovascularis eredetű, onkológiai betegség viszi el a nők 25, a férfiak 28%-át. E két betegcsoport az összes halálozás három-negyedét adja. Az egészségügyi alapellátásukra jellemző, hogy egy családorvoshoz kb. 1500–2000 páciens tartozik. A gyermekek ellátását külön gyermekorvosok végzik. Általában elmondható az alapellátásról, hogy viszonylag nagy

a munkaterhelés, a bérezés ezzel nincs arányban, a kompetenciák limitáltak. Országukban az orvosi kamara garantálja az ellátás minőségét, a továbbképzéseket is ez a szervezet végzi. További önkéntes szervezetük a Cseh Orvosok Társasága, amely nemzetközi szövetség része, s két háziorvosi szervezetük van, az egyik inkább gazdasági funkciókra koncentrál, a másik tudományos indíttatású. Az utóbbinak 3600 tagja van, évi 150–180 megmozdulást szerveznek a CME-vel kapcsolatban, két nagyobb jelentőségű konferenciát tartanak évente, 10 000 orvoslátogatást végeznek, irányelveket dolgoznak ki, „Practicus” címmel ingyenes újságot adnak ki valamennyi háziorvosnak, weboldalt üzemeltetnek, amelyen egyebek mellett a programokat közlik, előadásokat tesznek hozzáférhetővé, irányelveket rögzítenek, on-line regisztráció lehetséges, kreditpontokat tartanak nyilván, segítik az e-tanulást. A háziorvosoknak van vonalkódos azonosító kártyájuk, ezzel mérhető, követhető például a kreditpontoszerző tevékenységük, statisztikák könnyen készíthetők általuk. A háziorvosi alapelvek közül az előadó a hatékonyságot, a minőséget, a költségek minimalizálását s a standardok betartását hangsúlyozta. A háziorvosi képzésről szólva a 7 egyetemen folyó edukáció hiányosságaként említette a PhD képzést, következőképp az akadémiai karrier lehetőségének a hiányát. A szakvizsga utáni háziorvosi továbbképzés jelenlegi rendszerét 1978-ban alapozták meg; néhány elemében a modern, európai gyakorlat szerint megújításra, kiegészítésre szorul. A CME tekintetében egyebek (pl. ajánlások implementálása) mellett kiemelkedő jelentőségű náluk a központi konferenciájuk, amelyet idén november 7. és 11. között Brnóban tartanak, s amelyre ezúttal meghívást is közzé tett.

Dr. Princz Ramóna Erika Marosvásárhelyről jött, ő a Romániai viszonyokat tekintette át a folyamatos orvostovábbképzést illetően. Ennek formái: rezidensképzés, más(od)ik szak megszerzésére irányuló képzés, kompetenciák, szuperspecializációk megszerzésére, mesteri fokozatok, doktori cím elnyerésére irányuló képzés, folyamatos továbbképzés (tanfolyamokon, tudományos rendezvényeken, publikációk által). A Román Orvosi Kamara a folyamatos orvostovábbképzés gazdája: a kreditálást is a szakmai szervezetük végzi. A kreditáció ahhoz is kötődik, hogy a pontszerző kurzusok szervezésében meghatározott intézmények valamelyike (pl. orvosi egyetemek, egészségügyi vagy oktatási minisztérium, orvosi kamara, orvostudományi társaságok) vegyen részt. A továbbképzéseknél óraszámokat vesznek alapul, amelyeket növelhet a téma fontossága, vagy ha a képzés fölméréssel zárul, illetve ha nemzetközi tudományos rendezvényen történik a pontszerzés. Ugyancsak az orvosi kamara

szabja meg a publikációs jegyzékbe való bekerülés feltételeit, s csak az ebben szereplő orgánumokban való megjelenés jár pontszámmal. Az országban 1999. január 1. óta tartják nyilván a továbbképzési pontokat; 5 évenként minimálisan 200 pontot kell szerezni. A továbbképzéseknek egyéb szigorú szabályai vannak, például a meghívó, a bizonylat tartalmára vonatkozóan is, a szponzorok jogosítványait, a kereskedelmi elnevezések vagy hatóanyag nevének használatát illetően. Az orvos az orvosi kamara által prezentált, egységes „log book”-ba gyűjti a különféle úton-módon szerzett pontjainak dokumentációját, előírás szerinti rendben. (Pl. postuniversitaris kurzusoknál, tanfolyamoknál a részvételt igazoló diploma, az előadói státuszt igazoló okirat, a programfüzet, a szervező egyetem levele kell; tudományos rendezvények esetében a részvételt igazoló diploma, az előadó lektori minőségét igazoló okirat a rendező szervezet képviselőjének aláírásával; publikáció esetében melléklendő fénymásolat a megjelent könyvi fejezetről, s a könyv első oldaláról, amelyen olvasható a szerző neve, a kiadó és a kiadás éve stb.)

Dr. Körmöczy László a szerbiai állapotokat ismertette vázlatosan. Ő Magyarországról érkezett. Elmondása szerint országukban sok vonatkozásban exlex állapotok uralkodnak. 2000 óta van ugyan némi javulás, ám jellemző módon éppen most sincs kormányuk s minisztere az egészségügynek. 2005-ben ugyan született egészségügyi törvény, viszont ez csak nagy vonalakban szabályoz, rendkívül hézagos. Részben ezek miatt is nagy szerepe van az orvosi kamarának. Ez a szervezet végzi az akkreditációs eljárásokat. A háziorvosi munkavégzés feltétele a licenc megléte. Ehhez a folyamatos továbbképzés nélkülözhetetlen, amiért a kreditpontokat kapják. Pl. konferencián való részvételért pont jár (külföldön dupla), csak úgy, mint a publikációért vagy a tudományos fokozatok, címek eléréseért (ilyenek egyike a Primarius cím). A megszerzett licenc nyilvános dokumentum, ellenőrzéskor be kell mutatni. Ennek hiányában önállóan, felügyelet nélkül a doktor nem dolgozat.

Dr. Pásztor László a szlovákiai CME sajátosságait mutatta be. 1998-ban indították el az akkreditációs és validációs folyamataikat, ez az idő tekinthető az ottani CME kiindulópontjának. Utólag visszatekintve sok „gyermekbetegsége” volt ennek a rendszernek, amit 5 év elteltével az orvosi kamara kiértékelte. Ez idő alatt a kötelező továbbképzéseket csak kevesen nem abszolválták, s 1 türelmi év után 3 doktortól vonták be az engedélyét, mert adós maradt a CME-vel. Jellemzően csak a magánorvosoknak volt kötelező a továbbképzés (az államiaknak más formát választottak); ők maguk

„szendvicses továbbképzésnek” nevezték ezeket a kurzusokat (a „farmabiznisz” ilyen stílust adott nekik). A CPD egészében hiányzott a rendszerből. 2004-ben aztán öt társaság (orvostársaság, egyetemi társaság, egyetemi unió, az orvosi kamara, a magánorvosok szövetsége) megalapította a Szlovák Akkreditációs Testületet. Ez a testület utat nyitott a megfelelő európai szervezetek felé, s jelenleg is azon dolgoznak, hogy egységes, és összehasonlítható legyen az EU minden országában az akkreditációs folyamat a házi orvosoknál is. Befejezésül hangsúlyozta elkötelezettségét az iránt, hogy a továbbképzések váljanak folyamatossá, a CME-t váltsa föl a CPD.

Dr. Hajnal Ferenc a hazai folyamatos orvosi képzésről tartott előadást. Hangsúlyozta a kötelező továbbképzési rendszer (CME) és a folyamatos képzés (CPD) összehangolásának szükségességét. Idézte az UEMS bázeli deklarációját a tudás, a készség és az attitűd magas szintű összehangolásáról. Elmondta, hogy Magyarországon 1936-ra nyúlik vissza a CME története, a Földön elsők között vezették be itthon. Az idők során természetesen több változáson ment át. Egyik ilyen változás 1978-ban következett be (pl. az ötéves ciklusosság ekkor lépett érvényre). Magyarországon a négy orvosegyetem vált az egészségügyi ellátás regionális központjaivá (Budapest, Debrecen, Pécs, Szeged). 1999-ben ismét megújult a rendszer, a mai formák nagyjából ekkor alakultak ki. Az audittal záródó ötéves folyamat során 250 kreditpontot kell összegyűjteni. Nálunk is gondot okoz a különféle képzési formák együttes értékelése, összehasonlítása. Korábban az akkreditációs folyamatban az orvosi kamarának meghatározó jogosítványai voltak, mostanra ezek jelentős hányada a minisztériumhoz került. A hazai akkreditációs procedúrában az akadémiai úton kívül a MOTESZ is szerepet kap. Hajnal doktor szólt még az informatikai rendszerről, amely összehangoltságával segítheti a pontos regisztrációt, megemlítette a finanszírozás nehézségeit (az állam erre nem áldoz, a közreműködőnek kell sokszor a képzés költségeit állnia, valamint a gyógyszeripar segít olykor szponzorként). Végezetül a CME erősségeit és gyöngéit vette számba az előadó, kiemelve az előbbiekből az eurokonformitást, utóbbiak közül a résztvevők gyakori passzivitását, s az elégtelen finanszírozottságot.

Dr. Ilyés István korreferátumában azt emelte ki, hogy az egyetemi tanszékek a folyamatos továbbképzés legfontosabb letéteményesei. A folyamatos továbbképzés rendszerének kialakulásáról szólva megemlítette, hogy a házi orvosi hálózat megteremtésekor felszínre került revalifikációs program, amely során az alapellátásban a különböző

képzettségű orvosokat azonos szintre hozták, hatalmas tapasztalatot jelentett a tanszékeknek. Fontosnak ítélte a minőségi garancia miatt, hogy a továbbképzési programokat az egyetemek véleményezik. Csoportosította a képzési típusokat; egyéb speciális formák mellett 3 nagy vonulatot emelt ki: a szinten tartó képzést, a kötelezően választható képzést, és a szabadon választható formát. A 2000-től 2004-ig tartó periódus debreceni teljesítményeit elemezve felsorolta, hogy 734 akkreditált CME kurzust szerveztek, ezeken 29 240 fő vett részt, ez kb. 40 főt jelentett kurzusonként. Befejezésül azt hangsúlyozta, hogy a folyamatos szakmai fejlődés felé kell elmozdítani a rendszert (a CME-t főlváltaná a CPD), ám nem a célok, hanem a módszerek változtatásával. A protokollok továbbképzésekbe való beépítését szorgalmazta, s azt, hogy a felnőttképzés sajátosságait is egyre inkább figyelembe kell venni, illetve interaktív, lokális módszereket is alkalmazni kell.

Dr. Kalabay László korreferátumában azt emelte ki, hogy a hazai rendszer kompatibilis a fejlett európai országokéval. A pesti egyetemen is sokféle módot kínálnak a pontszerzésre. Népszerű képzésük az évente 10 alkalommal, szombati napokon tartott továbbképzés (50–250 létszám). Évente tartanak egy 3 napos kongresszust, a kb. 2200 náluk regisztrált doktor közül ezeken a rendezvényen is sokan vesznek részt. Megemlítette, hogy a továbbképzéseket illetően is megnőtt az internet szerepe, viszont a házi orvosok jelentős része viszonylag idős, akik kevésbé ismerik a számítógépet: ez a tényező hátrányként jelentkezik. A finanszírozás elégtelenségét Kalabay doktor is kritizálta, megjegyezte, hogy a több szakkvizsgálóval rendelkező orvosoknál halmozottan jelentkezik a rendszer hátrányai, s végül hitet tett az egyénre szabott képzés mellett.

A külföldről érkezett vendégek részvételével zajló konferencia-szakasz második felében a prevenció volt a központi téma. Dr. Jávor András tartotta a vitaindító előadást, és látta el a moderátori teendőket.

Dr. Jávor András előadásának a következő címet adta: **Prevenció európai dimenzióban**. Elsőként a hazai és az európai országokra jellemző termékenységi mutatóval illusztrálta a népesség fogyásának elsődleges okát, majd bemutatta a populációkban a 65 éven fölüliek arányának előre törését, azaz a populációk elöregedésének bizonyítékát. A születéskor várható élettartam ugyan mérsékelten növekedett hazánkban is, párhuzamosan a többi európai országgal, ám a mi mutatóink elmaradnak a többi ország zömétől. Az ischaemiás szívbetegségben 64 éves kor alatt elhalálozottak számát

illetően is hozzávetőleg a 30 évvel ezelőtti szinten áll országunk. Némileg kedvezőbb a helyzet a cerebrovascularis betegségeket illetően. A 64 éven aluliak körében a rosszindulatú daganatok miatti elhalálozások száma is jóval az európai átlag fölött van. Ugyanez igaz a teljes populációra. Jávor doktor az európai, s még inkább a magyarországi egészségügyi viszonyok fenyegető voltát további példákcal szemléltette: a 64 éves kor alatt a közúti balesetekben elhunytak számával, a krónikus májbetegségben és cirrhosisban meghaltak számáránnyával, a dohányzással, a túlzott alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálozások kiterjedtségével, az egységnyi idő alatt fejenként elfogyasztott alkohollal, az alkoholos állapotban bekövetkezett balesetekkel, a táplálkozáskor a szervezetünkbe juttatott fölös kalóriákkal, a zsírbevitel túlzott mértékével, a zöldség- és gyümölcsfogyasztás elégtelen voltával, az elkerülhető halálozások (pl. appendicitis, hernia 64 év alatt) számával, arányával. A felsorolt példák mindegyike, s a külön megemlített környezetszennyezés okozta ártalom a prevencióra irányította a hallgatóság figyelmét.

Dr. Pásztor László a szlovákiai háziorvosi prevenció kapcsán azt emelte ki, hogy ezt a tevékenységet a rendszerük külön honorálja bizonyos fejpénzzel. Ezen kívül minden páciens jogosult 2 évenként egy szűrővizsgálaton részt venni, amelynek része például a fizikális vizsgálat, a vizeletvizsgálat, a biokémiai vizsgálat (vércukor, kreatinin, ALT). E vizsgálat 40 perces és 8,5 euro ellentételezést jelent a doktornak. Továbbá (példaként) a 40 év fölöttieknél az összkoleszterin mérés is belép, és az EKG, 50 év fölött pedig a PSA, plusz-plusz javadalmazásért. Hasonló a helyzet az immunizálással pl. a tetanus és az influenza esetében. Ennek ellenére a páciensek mindössze 30%-a élt a fölkínált lehetőséggel a 2005-ös évben. Az érdektelenség leküzdésére több javaslat született (döntés még nincs): pl. több járulékot fizettetnének azokkal, akik nem mennek szűrésre, esetleg büntetnék ezeket a pácienseket.

Dr. Szakmány-Major Edit **A szerbiai egészségügy prevenció programja** címmel tartott előadást. Szerbiában törvény rendelkezik 2005 decembere óta az egészségügyi prevenció teendőkről. Az egészségnevelés körébe előadások, tanácsadások tartoznak, a szisztematikus vizsgálatokat újszülöttkorban, csecsemőkorban, kisdédkorban, óvodáskorban, iskoláskorban, egyemistaként, s a felnőtt korosztály számára írják elő, valamint a terhesség során. A fogászati megelőzés 18 éves korig tart, terheseknél, továbbá idős, testileg vagy szellemileg sérült egyéneknél alkalmazzák. Része a prevenciónak a családtervezés, a fogamzásgátlás, a szexuális úton terjedő betegségek tesztelése. A lakosság

immunizálása meghatározott fertőző betegségek ellen (védőoltások, immunprofilaxis, kemoprofilaxis), a közegészségügyi és járványügyi intézkedések ugyancsak ebbe a tárgykörbe tartoznak. 2004-ben elkezdtek egy EU által is támogatott projektumot a cardiovascularis betegségek, a cukorbetegség, a rosszindulatú betegségek megelőzésére és korai felismerésére, a prevenció központok modelljének, hasonló célú mozgó egységek kialakítására, a Down-kór és egyéb genetikai betegségek idejében való fölismerését célzó eljárás bevezetésére, prevenció útmutatók összeállítására, az egészségügyi dolgozók ez irányú képzésére, az egészséges életmód népszerűsítésére, az egészségtudatos életmód, szemlélet elterjesztésére. Az előadó, aki a topolyai egészségház vezetője, bemutatta az intézetük prevenció programját. A közelmúltban kezdték a 6–19 éves korosztály (4500 gyermek, ill. ifjú) vizsgálatát (vércukorszint, triglicerid, HDL- és LDL-cholesterin szint, testmagasság, testtömeg, vérnyomás). A kóros eseteket gondozásba veszik, a következő generációkat folyamatosan beléptetik a rendszerbe. A méhnyakrák-szűrést a nőgyógyászati rendelésen megjelent valamennyi nőn elvégzik, aki egy éven belül nem esett át ilyen szűrésen. A mell-daganatra vonatkozóan kérdőíves szűrést indítanak el.

Farkas-Páll Zsuzsa **Prevenció programok lehetőségei és kihívásai Romániában** címmel tartott előadást. Bevezetőjében a krónikus betegségek megelőzésének indokait sorakoztatta fel (hatékonyabb a morbiditási, mortalitási mutatókat illetően, költségkímélőbb stb.). Országukban az egészségügyi törvény alapellátásra és közegészségügyre vonatkozó fejezetei tartalmazzák a prevenció irányelveit. A Nemzeti prevenció programjuk a nem fertőző betegségekre irányul, központilag koordinált intézményeken keresztül valósítják meg, fontos eleme az egészségnevelés. E program része az anya- és gyermekegészségügy, amely az alapellátáson keresztül kapcsolódik ide. Az ország összpoblációját célozza a lakossági egészségi állapotfölmérés. Ennek elemei: rizikófölmérés, az egészségi mutatók, az életminőség javítása, az átlagéletkor növelése, hatékonyabb szolgáltatások, a betegségek korai diagnosztizálása, informatikai fejlesztések, központi adatbázis létrehozása. Mindezekre megvalósítási stratégia készült időpontokkal, anyagi fedezetek megjelölésével, a finanszírozás részleteinek megállapításával.

Zuzana Miskowska a cseh háziorvosi praxisokban folyó primer prevencióról szólva utalt az annak részeként megvalósítandó edukáció nehéz voltára. Ez a tevékenység gyakran eredménytelen a páciensek ellenszegülése miatt, s az évek hosszú sora



alatt ez kiegészítő szindrómát okoz az egészségügyi személyzetben. A primer prevenció további nehézségei közt törvényalkotási hiányosságok is vannak, ilyen problémát észlelnek a dohányzás kapcsán. Eredményként könyvelhetők el pl. bizonyos segítő szervezetekkel együtt elvégzett programok, előállított kiadványok (mammográfia, PSA stb.). A másodlagos prevenció 1997-től új lendületet kapott, főként a cardiovascularis betegségekre, a rosszindulatú betegségekre, valamint a metabolikus szindrómára koncentrálnak. A betegek szervezett közösségeivel is együttműködnek, egyebek mellett közös weblapokat üzemeltetnek. A másodlagos prevenció a betegségek korai kiszűrésére irányul, ám hiába a fölkinált 2 évenkénti lehetőség, a páciensek kevéssé élnek vele.

Dr. Kulin Sándor is ebben az ülés-szakaszban tartotta meg előadását az elektroszomatográfról (illetve az elektroszomatogramról), a chronoamperometria elvén működő, számítógép alapú funkcionális diagnosztikai rendszerről, amely a különféle szervek működését detektálja. A készülék az intracelluláris folyadék ionkoncentrációját méri, ugyanis az itt található ionok határozzák meg a sav-bázis egyensúlyt. Hat bőrelektrodával egyenfeszültséget (-1,28 V) áramoltatnak a testbe (a kezekbe, a lábakra, a homlok két pontjára), az elektrodák felváltva anódként, illetve katódként funkcionálnak, aminek következtében a 22 zónára osztott emberi test minden részében meghatározható a pH-érték a három dimenzió szerint. A mérési eredményeket grafikusán ábrázolják. Matematikai algoritmusmal a bikarbonát rezervet, a PaCO<sub>2</sub>-t és PaO<sub>2</sub>-t is számítani lehet. A kapott eredmények grafikonon (elektroszomatogram, ESG), illetve rekonstruált képek formájában jelennek meg. A készülék alkalmazható a diagnosztikában és a terápia monitorozásában egyaránt. A vizsgálat gyors, nem invazív, olcsó, viszonylag egyszerű, a páciens számára is érthető (ami az együttműködésüket segíti), a korábbi vizsgálati eredmény könnyen hozzáférhető (összevetést tesz lehetővé), a leletek nyomtathatók, elektronikusan továbbíthatók. Az ESG szenzitivitása 89%, specificitása 84%.

Dr. Balogh Sándor zárta be a kongresszus első felét, amelyben először az alapellátás kistérségekben alkalmazható modelljét körvonalazták az előadók, majd az európai országokból hívott vendégek részvételével zajló RENECOP-szakaszban az egészségügyi továbbképzések rendszere, valamint a prevenció gyakorlata állt az előadások középpontjában.

A kongresszusnak a második felében a hazai népesség egészségügyi és prevenció programok tárgyában hangzottak el előadások, az ér védelem korai lehe-

tőségei kerültek a fókuszba, a házi orvoslás határterületei kapcsán urológiai tárgyú, a dohányzásról való leszoktatást segítő, a hepatitis A és B vírusfertőzésekkel kapcsolatos, s a kardiológiai rehabilitációt bemutató előadásokat hallottak a jelenlévők, a konferencia pedig szakmapolitikai fórummal zárult.

Dr. Kiss István előadása az **Éljen 140/90 alatt!** elnevezésű programról szólt, amely a hazai cardiovascularis mortalitást volt hivatva csökkenteni azon a fölismerésen alapulván, hogy a beteg-együttműködés a normális vérnyomás alapvető kritériuma. Ez a Magyar Hypertonia Társaság programja, s szervesen csatlakozik a szív és érrendszeri nemzeti programhoz, s ilyen módon voltaképpen a nemzeti egészségügyi programokkal is egységet képez. A tervezők abból indultak ki, hogy az orvos és a beteg között a gyenge együttműködési képességben, a nem megfelelő gyógyszeradagolásban, a mellékhatásokban, a „fehér köpeny” effektusban, az otthoni vérnyomásmérés hiányában is föllelhető a hypertonia elégtelen kezelésének oka. A cél az volt tehát, hogy a kezelt hypertoniás betegek terápiás együttműködését javítva az egészségben megélt éveik gyarapodjanak, életkilátásaik növekedjenek, jobb legyen az életminőségük. Ennek érdekében a betegség kezelésére vonatkozó ismeretek terjesztésével és bizonyos eszközök (vérnyomásmérő készülék, ABPM monitor, vérnyomásmérő, tanácsadó könyv a beteg edukációhoz, poszterek, zöldszám, weboldal, sms, e-mail stb.) közzé tételével kívántak hozzájárulni a helyes terápiás vérnyomásérték eléréséhez. Az együttműködés és az önkezelés támogatásának eszközeiként a következőkkel szokásos számolni: önmonitorozás, fokozott törődés, informálás, tanácsadás, emlékeztetők, megerősítés, a család bevonása, kiegészítő ellenőrzések. 400 családorvostól nyert válaszok szerint a hypertonia kezelésében számukra a célérték elérése a legfontosabb sikerfaktor, kevésbé az elégedettség, a mellékhatás-mentesség, az egyenesletes vérnyomáscsökkenés, a jó laborértékek, s még kevésbé a többszöri mérésnél is jó vérnyomás, a javuló életkilátások, a gyógyszer ára, a célszerv védelme, a compliance, illetve a monoterápia vs. kombináció dilemmája. Akkor eredményes a hypertonia kezelése, ha jó a vérnyomás beállítása (optimális a terápia; a 140/90 Hgmm alatti vérnyomást elérik), s a gondozás során ez az érték hosszú távon meg is marad – a beteg együttműködésnek (is) köszönhetően. Ekkor találkozik a sikeres orvos és az elégedett beteg. A program eddigi történései: 2005-ben 40 000 beteg adatait rögzítették, 1000 orvos bevonásával. 2006 tavaszán az eszköztár kialakításával, az edukációval alapozták. 2006 ősszén tartották az ún. hypertonia hetet, a médiumokban

betegfölvilágosítás folyt, ez volt a publikációk, pályázatok ideje. 2007 tavaszán a betegek adatait ismételtelen rögzítették; folyamatban van visszacsatolás az orvosoknak, a publikáció, az eszköztár megújítása. Egy fölmérés tanúsítja: a páciensek 12,6%-a vallotta, hogy sosem vagy ritkán méri orvos a vérnyomását (41,6%-nak mindig mérik, 26,3%-nak ritkán). A megkérdezettek 57,4%-ának van otthon vérnyomásmérője; 45,5% hallott a 140/90 Hgmm alatti vérnyomás elérésére buzdító fölhívásról, nagyobb részük nem hagyta figyelmen kívül a fölhívást: figyeli a vérnyomását, orvossal ellenőrizteteti, másoknak is továbbadta a figyelmeztetést. Az Éljen 140/90! kampány előtt, 2005-ben a kezelt hypertoniások 39,3%-a volt célértéken kezelve, 2007-ben 44,6%-ra nőtt ez az arány, ez 50 000 beteget jelent (18 hónap alatt). A célérték alatt minden szegmensben nőtt a kezelték száma. A nem kezelték aránya csökkent, a monoterápia aránya csökkent, a két gyógyszer szedők aránya ugyan nem változott, viszont a 3–4 gyógyszer szedőké nőtt. A program az eddigi kedvező tapasztalatok által megerősítve új lendülettel folytatódik.

Dr. Kékes Ede előadásának a következő címet adta: **Szív és érrendszeri kockázati összefüggések Magyarországon – a Hypertonia Regiszter epidemiológiai elemzése.** Bevezetéként arra hívta föl a figyelmet, hogy a cardiovascularis rizikótényezők közül a 3 legfontosabb a magas vérnyomás, a dohányzás és a hyperlipidemia: az összes CV-esemény 80%-ának hátterében ezek állnak. A hypertoniával összefüggésben ismeretesek a kockázati tényezők, a szervkárosodások és a társbetegségek. A magyar hypertonia regiszter létrehozását a következő tényezők motiválták: a hypertoniához számos egyéb CV-rizikófaktor társul, a hypertonia növeli a CV-események előfordulását, az időskori izolált systolés vérnyomás nincs elégségesen kezelve, a hypertonia kezelése nem komplex és nem kellően agresszív, a testsúlytöbblet és a metabolikus faktorok előfordulása gyakori. Nemzetközi tények is bizonyítják, hogy a hypertonia fölismerése és kezelése sem teljes körű, viszont a célértékek elérése az esetek harmadát sem éri el. Bizonyos az is, hogy a systolés értékek idős korban egyre magasabbak, s ez arányos a CV-események előfordulásával. Az izolált systolés vérnyomás a pulzusnyomással is korrelál, s mindkét értékkel arányos az atheroscleroticus CV-eseményráta. Az életkor előrehaladtával a célértékeket illetően viszonylag jól beállítható a diastolés, sokkal kevésbé a systolés vérnyomás. A CV-események előfordulását illetően az ún. normális értékek elérésénél még kedvezőbb lenne az (alacsonyabb) optimális értékeket megközelíteni. A hypertonia regiszterre áttérve az előadó utalt az adatok kiterjedtségére, a vizsgált populáció kor-

megoszlására, antropológiai jellemzőire. A korai CV-esemény előfordulása a családban igen gyakori (64%), hasonló a cukorbetegségé is. A 3 legveszélyesebb társbetegség a diabetes mellitus, az ischaemiás szívbetegség és a perifériás érbetegség. A kóros haskőrfogat előfordulása 70% fölötti. Az elhízottak és a túlsúlyosak együttes aránya 76,5%. A haskőrfogat alapján a nők nagyobb arányban tartoznak a veszélyesebb kategóriába, mint férfitaik. A visceralis obesitas veszélye nyilvánvaló, ugyanis az abdominalis zsír és a sejtek inzulinérzékenysége között összefüggés van. Kékes doktor kitért arra is, hogy a rendelői vérnyomásmérés, az otthoni vérnyomásmérés, valamint az ambuláns vérnyomásmonitorozás eredményei nem azonosak (mások a normális, a kóros, az optimális kategóriák is); keresik a lehetséges kapcsolatot a 3 mérés mód között. A vérnyomásértékeket elemezve itthon is azt találták, hogy a korrall systolés és a diastolés értékek divergálnak. A vérnyomás mindkét értéke egyértelműen egyenes arányt mutat a testsúllyal, ugyanígy a haskőrfogat is. A célértékeket a következő arányban érték el: 140/90 Hgmm alatti értéket 39,3%-ban, 90 Hgmm alatti diastolés értéket 65,2%-ban, 140 Hgmm alatti systolés értéket 42,9%-ban, 130 Hgmm alatti (optimális, ill. DM!) systolés értéket 18,5%-ban. A 130/80 Hgmm-es értéket a cukorbetegek alig 7%-ában sikerült elérni. (A vérnyomás monitorozás hasonló adatokat adott.) A hypertoniások 20,5%-a dohányzik. A dohányzók aránya egyenes arányban van a triglicerid szinttel, s mindkettő fordítottan korrelál a HDL-cholesterin szinttel. A túlzott alkoholfogyasztás emeli a vérnyomást. A vesefunkció vizsgálatából kiderült, hogy nagy arányban rosszak az értékek a hypertoniások körében; a kóros érték együtt jár a mikroalbuminuriával és a fehérjeürítéssel. A hypertoniások 61%-ának 5,2 fölötti az összkoleszterinje, 33%-ának 6,1 fölötti a vércukra, 16,5%-ának 1 alatti a HDL-koleszterinje, s 54,7%-ának 1,7 fölötti a triglicerid értéke. A BMI és a haskőrfogat közt a HDL-koleszterin, a triglicerid és a vércukor értéket illetően szignifikáns volt az összefüggés. A cukorbetegség és a testsúlytöbblet között ugyancsak. A vizsgált hypertoniások 30–35%-a metabolikus szindrómás is. A vizsgálat eddig eltelt 2 évének eredménye – egyebek mellett: a célérték elérése 5,3%-kal javult, ez 50 000 hypertoniást érint. A további tennivalókra való utalással folytatódott az előadás: a hypertonia és a cukorbetegség együttes megjelenésekor a 140/90 Hgmm-es érték alá 38,7%-ban sikerült levinni a vérnyomást (és ez még nem is 130/80 Hgmm!), a nem cukorbetegéknél 7,5%-kal jobb az arány. S e két csoport között vannak a metabolikus szindrómások, a prediabetes állapotúak (a vércukor 5,6 és 6,1 közé esik), akiknél 44,2% a 140/90 Hgmm-es vérnyomás elérési aránya. A populáción belül a diabetesesek 22,

a prediabetesesek 32%-ot tesznek ki, utóbbiaknál a még agresszívebb kezelés szükséges. Összefoglalásként Kékes doktor mondta: a magyar hypertoniás populáció 40%-a nem éri el a célértéket; a diabeteses, a metabolikus szindrómás (utóbbiak aránya 30–35%) betegeknek még rosszabb a helyzet, kevesebben érik el a 130/80 Hgmm-t, a hypertoniások jelentős része a nagy kockázatúak közé tartozik, soknak van közülük súlytöbblete, visceralis obesitása, a vesefunkció károsodása (mikroalbuminuria) előrevetíti más vascularis események kialakulását is.

Dr. Kolossváry Endre előadása címe: **ÉRVELÉS a tünetmentes érbetegek prevenciójáról.** Az előadó bevezetésként a cardiovascularis continuumot vázolta föl: a rizikótényezőktől (dyslipidemia, hypertonia, metabolicus syndroma, dohányzás) a szubklinikus szervkárosodáson (LVH, carotis intima megvastagodás, microalbuminuria, endothel dysfunctio), a klinikai megbetegedésen (angina, TIA, claudicatio, proteinuria), a cardiovascularis eseményen (stroke, AMI, CHF, ESRD) át a halálig. Bemutatta, hogy a gének és a környezeti hatások miféle tényezőkön keresztül (kor, nem, menopausa, dyslipidaemia, hypertonia, diabetes, obesitas, inaktivitás, dohányzás, diéta) vezetnek a tünetmentes betegséghez (BKH, coronariameszesedés, carotis stenosis, perifériás érbetegség, gyulladás, endothel dysfunctio), s ezekből miféle klinikai megjelenések származnak (stroke, claudicatio intermittens, angina, AMI, hirtelen halál, szívelégtelenség). Az atherothrombosis legfontosabb megjelenési formáiként a következőket jelölte meg: ischaemiás stroke, tranzienis ischaemiás attack, myocardialis infarctus, angina (stabil, instabil), renovascularis hypertonia, veseelégtelenség, perifériás érbetegség (claudicatio intermittens, nyugalmi fájdalom, gangrena, necrosis). Fölhívta a figyelmet a perifériás érbetegség (PAD) és az ismert cerebrovascularis (CVD) és coronaria (CAD) betegség együttes előfordulásának arányaira. A PAD hosszú távú kimenetelére vonatkozó adatsor alapján a halál bekövetkezésének oka 55%-ban coronaria betegség, 10%-ban agyérbetegség, 25%-ban nem vascularis okból következik be, 10%-nál kisebb az egyéb vascularis ok. Az 5 éves halálozást a különféle kórfarmákban vizsgálva a PAD-ot a 28%-os érték jellemzi (pl. az emlőrák 15%-os, a Hodgkin-kór 18%-os, a vastag- és végbélrák 38%-os, a tüdőrák 86%-os). A PAD prevalenciája a korrallal nő, tradicionális rizikótényezői (ill. ahányszorososan megnövelik a kockázatot): dohányzás (4,23), diabetes (2,08), hypertonia (1,75), hypercholesterolemia (1,67), az anamnesisben ismert coronaria betegség (2,03). A PAD szempontjából veszélyeztetett betegcsoportok: claudicatio intermittens vagy nyugalmi lábfájdalom, alsó-

végtagi abnormális pulzus, egyéb ismert atherosclerosis (coronaria, carotis, renalis), valamint az 50 évnél fiatalabbak esetében a diabetes+mellette még egy rizikófaktor, 50 és 69 év között a dohányzók és 70 év fölött bárki. A 65 éven fölüliek közül minden ötödiknél előfordul a perifériás érbetegség, viszont közülük csupán minden tizediknek lép föl claudicatio intermittens. A PAD különböző formái jellemzően 50 év fölött jelentkeznek: atipikus lábfájdalomként (40–50%), aszimptomás módon (20–50%), claudicatioként (10–35%). A claudicatio kimenetele lehet lokális és szisztémás. Az előbbi 3:1 arányban javul/stabilizálódik vagy romlik, utóbbiak ötödénél revascularisatioval, kb. tizedüknél major amputációval kell számolni. A szisztémás kimenetel 5–10%-a nemfatális CV-eseményhez vezet, 55–60%-ban nem lép föl CV-esemény, 30% a halálozási arány. Az össz-mortalitás (túlélés) a súlyos szimptomás PAD esetében a legkedvezőtlenebb, az aszimptomás PAD-nál a legjobb, köztük van a szimptomás PAD. Azt keresve, hogy a különböző vizsgálatok mennyire alkalmazhatók a klinikumban a CV-betegségek funkcionális vagy strukturális markeréül, a boka-kar index több szempontból (a metodológia alkalmas, elérhető, standardizált, általa a betegség súlyossága megítélhető) előnyösnek mutatkozik. A boka-kar index mérése egyszerű, olcsó, non-invazív, jó a szenzitivitása és a specificitása (50% stenosis fölött 90%, illetve 98%), bizonyíthatóan prediktív, a kóros érték előrehaladott érbetegséget jelez. A boka-kar index (ABI) a bokán (AV) és a karon (FV) mért systoles vérnyomás hányadosa. A kóros érték 0,9 alatt, súlyosan kóros 0,4 alatt, az egészséges érték 1–1,3 közötti, 1,3 fölött komprimálási defektus van. Független prediktív változók kombinált végpontokra (CV-halál, MI, stroke) vonatkozó kockázatát tekintve a PVD (1,49-es értékkel) a microalbuminuria (1,59), a creatinine (1,4 fölött), a CAD (1,51) mögött a negyedik, megelőzve például a diabetes mellitust (1,42). A Cardiovascular Health Study 4268 egyén túlélési vizsgálatával bizonyította, hogy a boka-kar index a CV-motbiditás és mortalitás prediktora. A II. Magyar Terápiás Kongresszus a tünetmentes nagy kockázatú állapot megállapításakor súlyos kockázati tényezőként nevesítette is a 0,9-es, vagy az alatti boka-kar indexet. Mindezek alapján az ABI szűrés ajánlott minden 70 éven fölülű páciensnél, az 50–59 éves betegeknek, ha van CV-rizikójuk, terheléskor jelentkező AV-i panasznál, s a Framingham risk score szerint 10–20%-os rizikójúaknál. Ezek után tért rá Kolossváry doktor az ÉRV program (Ereink Védelmében) ismertetésére. A szűrés 2007. április 10-én kezdődött, a tünetmentes betegség kimutatására irányul, 48 centumban 20 000–30 000 szűrést terveznek. A betegek 5 éves követésével számolnak. Minden centrumban havonta az ott bármely okból

vizsgálatra jelentkező első 40 50–75 éves páciens boka-kar indexét meghatározzák folyamatos hullámú kézi doppler készülékkel, CV rizikófölmérés végeznek. 2. vizitre a következők szerint kerül sor: 5 év múlva, ha az ABI 1–1,3; évente, ha az ABI 0,9, vagy kisebb, e két ABI tartomány közt 1 év után újra mérnek, ha nem változik az érték, 4 év múlva mérnek ismét, ha csökken az érték, évente. Az eredményeket statisztikai módszerekkel elemezik.

Dr. Tóth György előadásának címe: **Az 50 év fölötti férfiak vizelesi panaszainak kivizsgálása, a tünetek értékelése és a kezelés szempontjai.** Általános vélekedés szerint az 50 év fölötti férfiak vizelesi panaszainak hátterében a prosztatata hypertrophia áll („nagy prosztatata: nagy panasz, kis prosztatata: kis panasz”). A gyakorlatba ez azonban differenciáltabb megközelítést kíván. Legtöbbször a betegség az alsóhúgyúti tünetegyüttes nevű kórkép. A beteg tünetei (panaszai) változatosak. A kor előrehaladtával gyengül a vizeletsugár, nő a vizeletürítés ideje, nocturnia léphet föl, éjszakánként 2–3, vagy több alkalommal, akár óránként is, következőképp a páciens álmos, fáradt, a munkájára, az életminőségére ez befolyással van. (A tünetek objektíválásának egyik módja a vizelet sebességének mérése.) Súlyosabb tünet a vizeletürítés akadozása; ilyenkor a beteg préseli a szűk lumenen át a vizeletet, amíg az inger nem enyhül. Súlyos, alhasi fájdalommal, feszítő érzéssel járó komplikáció a teljes vizelet elzáródás. A katéter bevezetése a gyors segítség ilyenkor. A teljes retentio lassan, folyamatosan is kialakulhat, előzménye gyakran az incontinentia. Bizonyos esetekben a fokozza a bajt a folyamatos infekció, hólyaghurut alakul ki, a hólyag fala elvékonyodik, egyenetlenné válik, károsodik. Tóth doktor bemutatott egy kérdőívet, amellyel a tüneteiről esetleg szóban nehezen megnyíló páciensről fontos adatokat tudhat meg az orvos. A kérdések a vizelesi panaszokra, a nocturniára, s az életminőségre vonatkoznak (pl. miként értékelné a beteg, ha a tünetei állandósulnának). A kérdőív segítségével a betegek enyhe, közepes, súlyos kategóriákba sorolhatók. Figyelembe kell venni, hogy ebben a korban prosztatata carcinoma is jelentkezhet, szakorvosi vizsgálat válik szükségessé. Azt is tudni kell, hogy a prosztatarák gyakran tünetmentesen fejlődik. Az urológus általában rektális vizsgálatot végez és PSA-t mér. A PSA-marker daganatspecifikus, hanem szervspecifikus; sok tényező befolyásolja a szintjét, a ráktól függetlenül is emelkedhet a szintje, másfelől negatív PSA mellett is 20–25%-ban daganat fejlődik. (Szükség szerint e vizsgálatokat is követheti további, rendszerint a mintavétel.) A betegségre az elsőként választandó terápia a gyógyszeres kezelés. A betegség komponensei részben dinamikusak (az izomelemek fokozott tónusára

vezethetők vissza), részben statikusak (epithelialis burjánzás következtében alakul ki), a gyógyszerek is két támadáspontban hatnak. Az alfablokkolók gyorsan (2–3 nap alatt) elernyesztik az izomelemeket, a másik gyógyszertípus az epithelialis elemeket fejleszti vissza, elnyújtott, fenntartó jellegű a hatása. (A kombinációs terápia napjainkban még inkább elméleti jelentőségű, jók az eredményei, ám drága.) A modern gyógyszerek jó szelektivitásúak, kevés a mellékhatásuk. A használatban lévő készítmények mellékhatásai közt előfordul gyöngeség, szédülés, fáradtság, collapsusra való hajlam, van, amelyik kiválthatja a PSA akár 50%-os csökkenését. Súlyos esetben műtéti eljárásra kerül sor. Az endoszkópos beavatkozás kevésbé invazív, ám ennek is lehet szövödménye az incontinentia, az impotentia, ráadásul túl nagy prosztatánál nem alkalmazható, ugyanis az 1–1,5 órás műtét során eltávolítható szövet 60–70 gramm maximálisan, s ez nem elegendő. A hasi metszéssel járó műtét súlyosabb beavatkozás. Ismeretesek további eljárások is, valamennyivel szemben követelmény, hogy legyen hatékony és tartós eredményt hozzon. A lézeres eljárás kevés szövödménnyel jár, viszont a 60–70 milliós berendezést kevés helyen képesek megvásárolni. A mikrohullámú termoterápia alkalmával speciális katéteren át necrosist érnek el a prosztatán, amely idővel fölpszlik. Ám ez a módszer sem válik be túl nagy prosztatánál, illetve a prosztatata bizonyos szimmetriájú elhelyezésekor. E módszerek együttes hátránya, hogy szövetnyerés nem történik, így patológiai vizsgálattal a malignitást nem tudják ellenőrizni. A termoterápiát az esetek 25–30%-ában 10 éven belül ismétetni kell, ez az arány a resectio esetében 2–10%, tehát a költséghatékonysággal is számolni kell. Léteznek továbbá fizioterápiás kezeléseket, velük kapcsolatban érdemes megfontolni, hogy a beteg figyelmét elterelheti a valóban hatékony terápiairól. Tóth doktor azzal zárta előadását, hogy bizonyosan sokkal több beteget érint a tárgyalt betegség, mint amennyi orvoshoz fordul miatta.

Dr. Kékes Ede az endothelialis funkcióról, az artériás stiffnessről és az augmentációs indexről tartott előadást. Először arra keresett választ, hogy mi várható ma a hipertonia korszerű kezelésétől. Az optimális érték elérését, a vérnyomás kiugrások gátlását, a szervi manifesztációk megelőzését, a kialakult szövödmények enyhítését, a vascularis remodelling befolyásolását, az endothel dysfunctió, az oxidatív stressz kezelését, a myocardium anyagcsereforgalmának befolyásolását. A szervi manifesztációk kialakulásáról a következő folyamatot ismertette. A rizikófaktorok (főként a dohányzás, a diabetes, a magas LDL-C, a magas BP) oxidatív stresszt okoz, ami kiváltja az érstruktúra átala-

kulását, endotheliális dysfunctiót eredményez. A vasoconstrictiós anyagok előtérbe kerülnek, a vasodilatációs anyagok visszaszorulnak; olyan anyagok aktiválódnak, amelyek a gyulladást, a thromboticus, a proliferatív folyamatokat segítik. Ennek következtében alakul át az érfal struktúrája olyan módon, hogy föllépnek a klinikai események. A hypertonia aspektusából tekintve az endothelialis dysfunctiót elsődleges jelentőségű a vasodilatációs károsodás, illetve a vasoconstrictió föllépése. Ez a folyamat befolyásolható, megfordítható gyógyszerekkel (ACE-inhibitorral, Ca-antagonistákkal stb.). Például a carotis intima-media vastagodásban bekövetkező változások detektálásával az atheroscleroticus klinikai jelenségek kialakulása valószínűsíthető. Hasonlóan az endothel dysfunctio a CV-eseményeket vetíti előre. Mindezek alapján a vascularis functio mérése perspektivikus. Mérhető a flow mediált vasodilatatio, az acetylcholin kiváltotta hatás, az artériás compliance, az érfal merevsége. Az artériás stiffness több dolgot jelent: az érfal merevségi állapotát, az érstruktúra átalakulási folyamatát. A merevség fokozódása együtt jár a fibrotikus elemek lerakódásával, az atheroscleroticus folyamatok kiszélesedésével, s a merevség fokozódása növeli a pulzushullám (terjedési) sebességét (PWV). A collagen dominanciájú érstruktúrában az életkorral a distenzibilitás csökken (a simaizom dominanciájú érfalnál nem). Minél merevebb az érfal, annál nagyobb a pulzushullám sebessége. Ebből következően az életkorral a pulzushullám sebessége nő. Az artériás stiffness több módon mérhető. Mérti lehet a pulzushullám terjedési sebességét az aorta és a femoralis érrendszer között; ismeretes a carotis Doppler UH-vizsgálat (IVUS technika) – carotis IMT mérés; carotis plakk elemzés; mérhető a coronaria calcificatio; a kar-boka index; az ABPM-ből számolható az ambulatory arterial stiffness; mérhető a pulzus nyomás; mérhető az aorta stiffness echocardiográffal. A pulzushullám sebességét tehát két pont közt megállapítják, értékét m/s-ban adják meg. A femoralis rendszerből visszavert hullám megjelenése az eredeti hullámhoz képest kortól függ: idősödve nő. Hypertoniában az előre haladó hullám amplitudója nagyobb, a visszavert hullám elősegíti a diastolés telődést, a diastolés nyomással ellentétes, fokozza a szív terhelését. Minél merevebb az érfal, annál kisebb a reaktivitása, rosszabb az endothel functio, nő a pulzushullám sebessége. Az aorta pulzushullám sebességét standardizálták (mások az értékek a carotis-femoralis és a brachialis-femoralis rendszerben): normális, emelkedett és kóros tartományt különítenek el (~ 9 m/s alatti, 12 m/s fölötti és a közti értékekkel). Adott populációban a kor és a pulzushullám sebessége közt számszerű összefüggést kell megállapítani, s az egyéni értéket ezekhez a számokhoz lehet hasonlítani: ez

képezheti a hazai adatbázis birtokában a szűrés alapját. Kékes doktor ezután az augmentációs indexre tért át. A pulzushullám „többletemelkedések” lép föl az augmentációs nyomás, amelynek a teljes pulzusnyomáshoz viszonyított hányadosából származik az augmentációs index. (Különböző értékek összevetésekor frekvencia-korrigálás végzendő.) Nyomásemelkedés föllépésekor az index negatív tartományból pozitív irányba mozdul: ezzel a perifériás vascularis resistentia acut változását jelzi. (Nem az érfal merevségére ad fölvilágosítást.) Viszont a pulzushullám emelkedésekor az előadó szerint kötelező a carotis vizsgálat. A carotis artériafal vastagsága és a myocardialis infarctus között egyértelmű a pozitív korreláció. A carotis intima-media vastagság tekinthető az endothelialis functio markerének, s egyszersmint CV rizikófaktornak. (Az IVUS technika a modern technikák egyike a coronaria rendszerben láthatóvá, mérhetővé teszi a lumen és a plakk areáját. Klinikai tapasztalatok szerint a hypertoniás betegek pulzushulláma 24%-kal nagyobb sebességű a normotoniásokénál; mindkét csoportban akut vérnyomáscsökkenéskor javul az augmentációs index; az artériás stiffness (ill. a PWV) akutan nem befolyásolható (hosszú távon igen, pl. ACEI, ARB); az augmentációs indexet a szívfrekvencia befolyásolja, jelzi a perifériás perifériás vascularis resistentiában bekövetkező változásokat. Hypertoniás betegeknél a pulzushullám sebessége és a vascularis rizikó között szignifikáns pozitív korreláció van; a bármilyen okból föllépő súlyos vese-funkciózavar együtt jár az emelkedett PWV értékekkel; hypertoniások túlélési esélye annál rosszabb, minél magasabb a PWV. Végül Kékes doktor áttekintette azokat az állapotokat, tényezőket, betegségeket (kor, dohányzás, obesitas, DM stb.), amelyekben artériás stiffnessre számítani lehet, valamint az artériás stiffness befolyásolására alkalmas gyógyszerhatásokat említett (ACEI, ARB, Ca-antagonista, statin).

Dr. Császár Albert a statinoknak a korszerű, érprotektív terápiában betöltött szerepét tekintette át előadásában. Először a diagnosztikai vonatkozásokat vette sorra. Az érfalkárosodás első szakaszában föllép az endothelialis dysfunctio, amely mögött anatómiailag, illetve patológiailag az intima megvastagodása áll, plakk képződik. Ez azonban nem szűkíti a lument, hanem a simaizomelemek ellazulása révén befelé terjed. Nyugalmi állapotban, a lumenben zavartalan a vér áramlása, viszont terheléskor ez a terület nem képes relaxálni, ischaemiás jeleket ad. Vizsgálatkor az ér lumenének változása nem látszik, ezért fals negatív eredmény születik. Ennek kiküszöbölését szolgálják az újabb technikák. Az intravascularis ultrahang (IVUH) katéter és piezokristály segítségével, invazív módon metszetek

sorozatával láttatja az atheromás területet. Ezzel az eljárással a kezelés hatásossága is detektálható. – A coronaria plakk MR-vizsgálat nem invazív, még kevés helyen alkalmazzák. – MRI-vel lehetséges histologiai analízist végezni. Bizonyos területeket denzitásuk szerint azonosítani lehet, s ezek megfelelő szövettani struktúrával társíthatók. Pl. a sok sejtes plakk instabil, megrepedhet; az a rész viszont, ahol több a kötőszövet, és kevesebb a sejt, kevésbé sérülékeny. Ez alapján fölmerült stentek beültetésének gondolata, ám ehhez az egész coronariát át kellene pásztázni. – Az Electron-Beam CT a coronaria Ca lerakódását vizsgálja nem invazív módon. A Ca score és a CV-események közt összefüggés van. Ha a Ca score 400 fölött van, 12–53-szoros a rizikó. A következő kérdéskör arra keresett választ, hogy a cholesterint illetően mely értékek tekinthetők fiziológias értékeknek, valamint a klinikai gyakorlatban elért értékek hogyan viszonyulnak ehhez. Egyre több információ támasztja alá, hogy 1–2 mmol/l lehetett halászó-vadászó őseink LDL-C szintje (ez kb. 1,5–3 mmol/l összkoleszterinnek felel meg). A civilizáció által kevéssé sújtott ember-társaink LDL-C szintje is 2 mmol/l (kb. 3,5 mmol/l összkoleszterint jelent). Ez az érték tűnik fiziológiásnak (hasonlók mérhetők a főemlősöknél). E tartományban még nem alakul ki atherosclerosis. (A típusos amerikai, elhízott polgárnál ez az érték a duplája.) Klinikai kísérletek bizonyítják, hogy a cholesterin értéket eddig a szintig érdemes csökkenteni a CV-mortalitás (újabban már bizonyos tekintetben, szigorúbban, pusztán eseményt vesznek alapul) minimalizálása érdekében. Tapasztalat szerint különböző statinokkal (atorva-, prava-) ugyanolyan mértékű cholesterin csökkenést értek el, viszont az atheromát az egyik csökkentette, a másik a növekedését sem állította le. Másfelől kétféle statinnal (simva-, atorva-) – miközben az LDL-C-t hasonlóan, számottevően csökkentették – a CHD eseményben az egyiknél szignifikáns különbség mutatkozott, a másiknál minimális volt a különbség. Ezekből a tényekből az a következtetés vonható le, hogy van az események csökkentésének egy cholesterintől független és egy attól (lipidtól) függő tényezője: ez a pleiotropiás hatás. Ezt a föltételezést támasztja alá a nagy dózisú atorvastatinnal végzett vizsgálat stroke, illetve TIA utáni betegekkel. A kezelés hatására a restroke, illetve az új TIA csökkent, noha a secunder stroke megelőzésében eddig semmit nem találtak hatásosnak, s azt is tudni lehet, hogy a cholesterin jóval kisebb összefüggést mutat a stroke-kal, mint a koszorúerek betegségeivel. Azaz nem a cholesterines hatás csökkentette az eseményeket, hanem a pleiotropia. Az LDL-C csökkentése és a pleiotrop hatás egyaránt nagy jelentőségű, viszont a coronaria rövid távú kezelésekor fontos ugyan az LDL-csökkentése, de

még fontosabb a nagy dózisú pleiotrophatás (nagy rizikójúaknál különösen). Hosszú távú kezeléskor az LDL-C lassabban kifejtheti a hatását, ilyenkor kevésbé fontos az érstabilizáló akut pleiotrop hatás. Császár doktor hangsúlyozta: nagy dózisú statint (főként atorvastatint) kell adni, különösen a nagy rizikójúaknak, ugyanis a kis dózis mellett alig észlelhető a pleiotrop hatás. A klinikai hatás függ az LDL-C csökkentés nagyságától, s a pleiotropiás kapacitás mértékétől. Végül egyrészt merikai irányelvek szerint célértékeket ismerhetett meg a hallgatóság: a nagy kockázatúak célértéke LDL-C-t illetően 2,6 mmol/l (opcionálisan 1,8 mmol/l), az összkoleszteriné 3–3,5 mmol/l; 2 rizikófaktor meglétekor ez a számpár 3,4 (opcionálisan 2,6) mmol/l, illetve 4,5 mmol/l, másrészt olvashattak egy ajánlást, amelyben táblázatos formában voltak föltüntetve a kiindulási koleszterin értékek, s a rizikó kategória szerint társultak hozzájuk a különböző statinformák terápiás dózissai.

Dr. Masszi Gabriella **A dohányzás következményei, a leszokás előnyei** című előadásának elején arról beszélt, hogy a dohányzás 25 életpont veszélyeztető betegség oka, illetve súlyosbítója, s ezek között vannak a szív- és érrendszeri betegségek és a rosszindulatú daganatok. Az agyunkban sok a nicotincholinerg receptor, főleg a mesencephalon dopaminerg, ún. örömvonzatú pályáin koncentrálnak, a cigaretta beszívása után kb. 10 másodperccel innen biogén aminok (pl. acetil-kolin, vasopressin, dopamin, endorfin,) szabadulnak föl. Hatásaik: az éhségérzet elnyomódik, az emlékezet, a gondolkodás frissül, a feszültség, a szorongás oldódik. E receptorok az aktív dohányosoknál megszapornak (kétszeres, háromszoros a számuk), s nem fogynak el a dohányzás abbahagyásakor sem. Az utóbbi esetben viszont e receptorok a megszokott inger hiányában kellemetlen tüneteket okoznak: jelzik a nikotin utáni vágyat: az illető ingerült, nyugtalan, dühös, tompa, megnő az étvágya stb. A dohányzásról való leszokás ezért is nehéz. Itt említette meg Masszi doktornő a közelmúltban megjelent gyógyszert, a Champixot, amely a jelzett receptorokra egyszerre hat ingerléssel és gátlással, általa hatékonyabbak lehetnek a leszokási próbálkozások. A nikotin növényről szólva ismertette, hogy Amerikából származik, Jean Nicot a maga korában a 70–140 nap alatt magról ültetve kilevelesedő növény leveleinek porított őrleményét fejfájás ellen alkalmazta. Cigaretteként elszívva rengeteg anyag képződik belőle, kb. 100-ról bizonyítható, hogy rákkeltő; a nikotin az az anyag, amely az addikciót váltja ki. A kátrány, a nitrózó vegyületek, a szabad-gyökök, a szénmonoxid szerepet játszanak az atheroscleroticus folyamatok progressiójában. Konkrétan a CO karboxi-hemo-

globint képez a hemoglobinnal, kiszorítva az oxigént, ugyanis 300-szor nagyobb az affinitása. Az elszívott cigarettának a beszívott, ún. főfüstjéhez hasonló anyagokat tartalmaz a kifújt mellékfüst is, ezért hasonlóan káros a passzív dohányzás. A CO a szimpatikotonia (nő a frekvencia, a vérnyomás, „szalad” a szív) előidézésén keresztül az atherogenezist serkenti, másfelől az endotheliumot károsítja, összességében a szimpatiko-adrenális aktiváció, valamint az oxigén-transzport csökkentésével korai atherosishoz vezet, s egyéb következményeken át akár hirtelen-halálhoz. A dohányzás abbahagyása növeli az életesélyt: 15 évvel a dohányzás elhagyása után visszatér az a kockázati szint, ami akkor lett volna, ha az illető nem dohányzik. 35 000 angliai orvostól 50 év alatt szerzett adatokból kiderült, hogy a dohányzás 10 évvel rövidíti meg az életet (amellett, hogy rontja az élet minőségét is). A Földön egyre többen halnak meg a dohányzástól. A nők körében is terjed a dohányzás, ráadásul egyre fiatalabb korban. A dohányzók kockázata az elszívott cigaretták arányával nő. Ez nagyon sokféle betegségre bizonyítva van, s érvényes a passzív dohányosok esetében is. A dohányzaskor a benefit azonnal kezdődik: 2 hét múlva a bőrön kedvező jelek látszanak, 2 hónap múlva a hörgők regenerálódnak. Befejezésül egy érdekes kísérletről hallhattak a résztvevők: 30 fiatal, egészséges japán egyetemistával (fele-fele arányban voltak dohányosok és nem-dohányzók) a végezték el: dohányfüstös szobában kellett tartózkodniuk meghatározott ideig (a szoba CO tartalmát, egyebeket standardizáltak), mérték a páciensek vérének CO koncentrációját, a coronaria maradék áramlását a szobában tartózkodás előtt és után. Az eredmény: szignifikáns eltérés a két csoport között: a nem-dohányzók vérének CO tartalma nőtt, és a maradék áramlás csökkent. A dohányzók paraméterei nem változtak).

Dr. Vajer Péter a dohányzásról való leszoktatásról tartott előadást. Először ismertetett egy fölmérést, amelyet 2836 orvos és 2510 dohányos páciens bevonásával végeztek. Különböző kérdésekre adott válaszokat nézték elsőként. Az orvosok 86, a betegek 79%-a tartja úgy, hogy a dohányzáselhagyásával lehetne a legtöbbet tenni az egészségi állapot javításáért. Az orvosok 81%-a tartja a dohányzást betegségnek (DSM-IV: a nikotinfüggőség – 6 kritériumnak megfelelően – krónikus kórkép vagy betegség) a betegek 48%-a, illetve az utóbbiak 71%-a az életmód függvényeként tekint rá. Az orvosok 97, a betegek 90%-a vallja: a leszokás az akaraton múlik. A leszokást megkísérlők között az orvosok körében 58% volt a sikertelenség, a pácienseknél 80%. A dohányzás vizitkor való dokumentálásáról az orvosok 71%-a, a páciensek 27%-a jelzi,

hogy megtörténik. Az orvosok 41%-a véli, hogy minden vizitkor téma a dohányzás, 83%-a szerint esetenként téma; ez az aránypár a pácienseknél 11, illetve 27%. A beteg 35, az orvosok 66%-ban tartják úgy, hogy elhangzik magyarázat a leszokási lehetőségekről. Leszokási tervet segít készíteni az orvos: a saját megítélésük szerint 47%-ban készítene, a páciensek szerint csak 14%-ban. A doktorok szerint a segítségnyújtást akadályozza az időhiány (51%), más fontosabb dolog (46%), képzettség hiánya (38%); ugyanez a páciensek szemszögéből 37; 52; 28%. A leszokást leginkább motiválja: a gyermek (29,4%), anyagiak (22,8%), köhögés, váladékozás (20,6%), partner, kellemetlen szag (13,2–13,2%) stb. 18 és 32 év közötti nagy jövedelmű férfiak 66%-a egyedül váгна bele a leszokásba, 16,8%-uk folyamodna a házi orvosához. Az információs csatornák összevetésekor kiderült: az orvos a legnépszerűbb, a gyógyszerész, a patikai lapok, a szakmai folyóiratok, rokon, barát, ismerős, s minden más tényező utána következik. Vajer doktor az 5 „A”-t mutatta b: a leszok(tat)ási program vezérfonalát (ask, advise, assess, assist, arrange). Érdekes kérdőíves módszerrel elsőként a nikotin addikciót mérni (6 rövid kérdésre adott válasz, az értékelés egyszerű, pontértékek összevetésével elvégezhető). Motivációs interjúval új elhatározásra lehet bírni a beteget. A leszokás stádiumait tisztázni kell a beteggel. Föl kell hívni a figyelmét, mikre kell számítani a folyamat során: jobbak az esélyek, ha számít a hátráltató tényezőkre. Az eszközöket illetően hasznos lehet a viselkedésterápia, az akupunktúra, a homeopátia, a gyógyszeres terápia, illetve ezek kombinációi. A gyógyszeres terápia eszköze általában a nikotinhelyettesítő tapasz vagy rágógumi, a Bupropion vagy újabban a Champix. A módszerek hatékonyságát 6 hónapos füstmentesség alapján összehasonlítva: a rövid szórványos tanácsadás 2%-os, a személyes, intenzív tanácsadás 4–7%-os (különböző célcsoportoknál), nikotin tartalmú rágógumi 5–8%-os, a Bupropion 9%-os. A Champix-szel 1 év alatt 25%-os eredmény érhető el, amely további 10%-kal javítható, ha gondos viselkedésterápiával egészül ki. A Champix tableta hatóanyagáról, hatásmechanizmusáról szólt befejezésül az előadó. A vareniklin-tartarát: parciális agonista hatást fejt ki a ventralis tegmentalis area  $\alpha 4\beta 2$  nikotinergerceptorain, következésképp kevesebb dopamin szabadul föl, s meggátlődik a nikotin kötődése e receptoron.

Dr. Ördög Katalin a hepatitis A és B vírusfertőzések elleni hatékony védelem lehetőségeiről beszélt előadásában. A hepatitis A vírusfertőzésről szólva fölidézte a fertőző ágens rendszertani besorolását (RNS vírus, hepatovirus genus), terjedési módját (faeco-oralis), lappangási idejét (10–50 nap), tüneteit (láz, hányás, hasmenés), a diagnosztikus vizs-

gálatait (anti-HAV IgG, ill. IgM ellenanyagok kimutatása szérumból vagy plazmából). A fejlett országokban a 60 éves korosztálynak kb. a felét érinti, e koron túl is a lakosság mintegy 20%-a érintetlen marad. A fejlődő országokban viszont már 20 éves koráig fertőződik a populáció fele. (Magyarország keleti és nyugati fele a fejlődő, illetve fejlett országokat reprezentáló, szélsőséges adatokat mutatja.) A gamma-globulin tartósan nem véd a betegség ellen, ezért indokolt esetben (pl. járvány) posztexpozíciós védőoltás tanácsos. (A hazai forgalomban lévő GG pre- és posztexpozíciós célból – utóbbi esetben az exp. után max. 2 héttel – adható, más dózisban.) A hepatitis A ellen az expozíció előtt adott aktív védőoltás (inaktivált hepatitis A monovalens vakcina) főlegessé teszi a GG-t. (A két oltás egyidejűleg is adható i. m., külön testtájba.) A WHO a gyerekkori oltási rendbe javasolja beépíteni a hepatitis A oltást 2015-ig. A hepatitis B vírusfertőzéssel kapcsolatban Ördög doktornő ugyancsak ismertette a fertőző ágens (DNS vírus, orthohepadnavirus genus), a perinatalis, parenteralis, és szexuális úton való terjedési módjait, a lappangási idejét (1–2 hónap). A HBV okozta hepatitis a világ egyik súlyos népegészségügyi problémája: évenkénti halálesetei: 700 000 májzsugorodás, 500 000 akut, 400 000 krónikus, 100 fulmináns hepatitis, 300 000 elsődleges májrák. A diagnosztikus vizsgálatára alkalmas a biopszia mellett a HBV specifikus antigének és ellenanyagok kimutatása szérumból, illetve plazmából, és PCR módszerrel a vírusnukleinsav detektálása. Az előadó áttekintette a HBV markerek (HVB-DNS, HBsAg, a-HBc IgM, HBeAg, a-HBe, a-HBc, a-HBs) változását akut megbetegedésben, az expozíciótól a lappangási fázison át a tünetek megjelenésével járó akut/replikációs fázisig, majd a gyógyulás fázisán át a védettség kialakulásáig – az időtartamok szakaszolásával. Az akut hepatitis B fertőzés expozíciója következtében kétharmados arányban klinikai tünetekkel, sárgasággal járó betegség lép föl, egyharmados valószínűséggel elmaradnak a tünetek; a fertőzöttek 90–95%-a meggyógyul és immunitást szerez, ám 5–10%-ban válnak krónikus hordozóvá. Közülük kerülnek ki az elsődleges májrák és a májzsugorodás veszélyeztetettjei. A Földön a hepatitis A és B elterjedtsége hasonló. Ahol nagymértékű a HVB endémiája (pl. Afrika, DK-Ázsia), a hordozás aránya 8–15%-os, az átvészelttségé 60% fölötti, az elsődleges terjedési mód perinatalis. A közepes endémiájú területeken (pl. Dél-Európa, a volt SzU) a parenteralis terjedés dominál, a hordozás 2–7%-os, az átvészelttség 20–60%-os; a kis endémiájú területekre (ilyen hazánk is, Észak-Amerika pl.) a 2% alatti hordozás, a 2% alatti átvészelttség, és a szexuális (parenteralis) terjedési mód jellemző. Az oltási politikát az incidenciája szabja meg: ahol nagy, az újszülötteket érdemes

oltani, ahol közepes, és kicsi, rajtuk kívül a rizikócsoportokhoz tartozók, valamint a fertőzésnek várhatóan kitettek jönnek számításba. Létezik hepatitis B elleni aktív monovalens (tisztított, rekombináns hepatitis B) vakcina. Végül az előadó bemutatta a hepatitis A és B elleni kombinált védőoltást: az inaktivált hepatitis A és tisztított rekombináns hepatitis B adszorbeált vakcinát (felnőttek, gyermekek számára készült szuszpenziós injekciókat térfogat, tömeg, ELISA egység, oltási sémák, a védettség kialakításának ideje, a védettség hatása foka szerint.)

Dr. Veress Gábor a kardiológiai rehabilitáció jelentőségéről, a balatonfüredi szívkórház szerepéről és a beutalás eljárási rendjéről tartott előadást. Először definiálta az orvosi rehabilitáció fogalmát (röviden: a meglévő funkciók és teljesítőképesség pontos megítélése, kompenzatórikus fejlesztése és tréningje). A WHO szerint a populáció 10%-át érinti, s növekvő tendenciát mutat. A kardiológiai rehabilitációra itthon 20 000–25 000 főnek lenne szüksége évente; 1200 ágy áll a rendelkezésükre, s vannak ambuláns lehetőségek is. A kardiológiai rehabilitációnak vannak klasszikus indikációi (AMI, CABS, PTCA, szívbillentyű betegségek, perifériás érbetegségek, angina pectoris, hypertonia), s vannak új indikációk (szívelégtelenség, pacemaker, ICD, PCI, szívatültetés, aritmiák, idős betegek). A folyamat célja: a koszorúsér betegségből eredő rokkantság, valamint a későbbi CV-események megelőzése. A WHO a kardiológiai rehabilitáció 3 ellátási szintjét különbözteti el (a szakemberek képzettsége, az alkalmazott műszerek, a programok komplexitása alapján): az alapszint az ellátást közösségi szinten biztosítja (pl. otthon ellátás, sportegyesületek), középszinten a program kórházhoz kötődve, ambulánsan folyik, a felső szintet a kardiológiai rehabilitációs centrumok jelentik. A kardiológiai rehabilitáció 3 fázisa ismeretes. I.: a betegség akut szakasza; 7–14 nap a kardiológiai, vagy szívsebészeti őrzőben vagy fekvőbeteg osztályon. II.: a betegség konvaleszcens fázisa, korai szakasza, 2–12 hét; késői szakasza, 3–6 hónap; ennek a helye rehabilitációs szakambulancia és/vagy fekvőbeteg-rehabilitációs osztály/intézet. III.: posztkonvaleszcens vagy fenntartó fázis; a beteg élete végéig tart, helye pl. betegklubok. A rehabilitáció során az orvos feladata a diagnosztika, a kockázatbecslés, a gyógytornász, a fizioterápiás szakdolgozó a mobilizáció, edzésprogram stb., a pszichológus, a szociális munkás az életminőség felmérését, a pszichoterápiát végzi, az orvos, a dietetikus, a gyógytornász, az egészségügyi szakdolgozó együttesen végzi a betegoktatást, tanácsadást. A kardiológus rehabilitációs szakorvos program koordinátorként csapatot irányít: a gyógytornászt, a dietetikust, a foglalkozási tanácsadót, a nővéreket,



a szociális munkást, a pszichológust. A kardiológiai rehabilitációs és szekunder prevenció programok alapvető elemei az ESC szerint a következők: kezdeti fölmérés, a vérszír szintek rendezése, a magas vérnyomás rendezése, a dohányzás elhagyása, test-súlycsökkentés, a cukorbetegség kezelése, pszichoszociális intervenció, a fizikai aktivitásra vonatkozó tanácsadás, tréning. Veress doktor ezután a balatonfüredi szívkórházban végzett fölmérést ismertetett, amely reprezentálta a kardiológiai rehabilitáció hazai gyakorlatát. 19 megyéből érkezett 160, AMI utáni beteg rehabilitációjáról volt szó. A betegek közül 100 férfi, 60 nő; koruk 62,7 év (plusz-mínusz 12,6 év). A kórházi szakban az alkalmazott terápia megoszlása: 42,2% konzervatív, 39,6% PCI, 18,% thrombolysis. Az infarctus lokalizációja: 48,7% infero-posterior, 42,3% anterior, 5,1% septalis, 3,8% lateralis. Infarctus miatt a klinikán töltötték el a legkevesebb időt a betegek, többet a megyei, s még többet a városi kórházban; a konzervatív terápia járt a legtöbb idővel, a lysis kevesebbel, legkevesebbel a PCI. Az ISZB rizikófaktorairól, tüneteiről, lefolyásáról, s hogy az illető mit tegyen mellkasi fájdalom esetén: nem kapott tájékoztatást a betegek 40–49%-a, kapott tájékoztatást a 30–38,1%-a (kapott, de hiányosan a többi). A gyógyszeres kezeléssel annyan kaptak megfelelő tájékoztatást, mint ahányan egyáltalán nem kaptak (16,3% kapott kevés információt), a dohányzás elhagyásának fontosságáról a dohányosok 90%-át tájékoztatták; mérsékelt fizikai aktivitást ajánlottak 53,8%-nak, teljes kíméletet 8,1%-nak, nem kapott tájékoztatást 32,5%, részletes javaslatot mindössze 3,8% kapott. Gyógytornász, dietetikus nem teremtett kapcsolatot a páciensek 59,5–63,8%-ával. A rizikóstratifikációt illetően terheléses vizsgálatot a betegek negyedénél sem végeztek, akinél végeztek ott sincs mindig minden lényeges elem megadva a tréning program elkezdéséhez; az echocardiographia során az arányok jóval kedvezőbbek. Konklúzió: az akut szakban a kórházi idő lerövidül,

idő híján nem végeznek rizikóstratifikációt, nincs idő megfelelő tréningprogram fölépítésére, ellenőrzésére, a funkcionális és teljes klinikai rehabilitálás elérésére, a betegséggel és a szekunder prevencióval kapcsolatos ismeretek elsajátítására. Az intézeti kardiológiai rehabilitáció azért előnyös, mert az akut esemény után korábban elkezdhető, a nagyobb rizikójú, idős, comorbid betegek is bevonhatók, gyorsítja a kórházi fázis után a stabil állapot elérését. A kardiológiai rehabilitációról általánosan elmondható összegzésként: csökkenti a betegek mortalitását, fokozza a terhelhetőségüket, enyhíti a panaszait, mérsékli a vér lipidprofiljának kóros változásait, csökkenti a dohányos szívbetegek számát, javítja a betegek pszichoszociális közérzetét, életminőségét, és csökkenti a stresszt. Az intézeti rehabilitációt ideálisan hosszas otthoni szekunder prevenció program követi (klinikai és funkcionális ellenőrzéssel). Veress doktor előadásának további részében a balatonfüredi szívkórházban folyó aktív kardiológiai ellátást mutatta be. 1979-től a főbb állomások voltak: ebben az évben intracardialis HKE regisztrálás, 1981.: klinikai szívelektrofiziológiai vizsgálatok, 1984.: kamrai UP-meghatározás, 1991.: definitív pacemaker terápia, 1998.: AICD beültetés, 1999.: radiofrekvenciás abláció, coronarographia, 2000.: reszinkronizáció – biventrikuláris PM implantáció, 2003.: PTCA, stent implantáció, 2004.: primer PCI, PM (ICD)-t viselő betegek rehabilitációja. Végül a beutalási rendre vonatkozó szabályokat hallgatták résztvevők.

A szakmapolitikai fórumot dr. Füredi Gyula, az OALI főigazgató-helyettese vezette. Dr. Kőrösi László, az OEP osztályvezetője rövid előadást tartott a közelmúlt új rendelkezéseiről, majd kérdések, válaszok, hozzászólások formájában a házoroszlás aktuális kérdései kerültek terítékre.

A kongresszus dr. Balogh Sándor zárszavával ért véget.

## A VI. ORSZÁGOS HÁZIORVOSI NAPOK BALATONFÜRED 2007. 05. 18–20.

A konferenciát az Országos Alapellátási Intézet, az Általános Orvoslás Alapítvány és a MÁOTE rendezte. A tudományos szervezést az OALI főigazgatója és a négy egyetem CsOT, tanszékvezetői végezték – megítélésem szerint ragyogóan.

A helyszín – Hotel Flamingó Balatonfüred – minden igényt kielégített, mind az elhelyezés, mind az előadások lebonyolításának lehetőségei, mind a tolmácsolás tekintetében.

Balogh Sándor rövid megnyitója után Papp Renáta a rizikóbecslés jelentőségéről szövegezt, amit az ipari

társadalmakban ugrásszerűen megnövekedett szív-érrendszeri betegség előfordulás indokol. Érdekes volt a felosztás, mely újnak tűnt: a major és független rizikó tényezők, melyek az ún. prediszponáló és kondicionáló tényezőkkel válnak betegség okozóvá. Az ismeretek lehetővé teszik a pontos feldeírítés esetén, hogy akár már 30 éves korban meginduljon a megelőző tevékenység, célzott módon, célcsoportok bevonásával. Az új módszer a beteg számára számszerű jelzést ad a veszély nagyságáról, ami talán hatékonyabb figyelmeztetés mind az

érintett, mind a kezelés, gondozást folytató kezelő-  
orvos számára is.

Balogh Sándor a kistérségi prevenció program első  
eredményeit ismertette. A kistérségi beosztás talán  
az áttekinthetőség, a kisebb lélekszám és a jobb  
szervezési lehetőség miatt olyan előnyt biztosít,  
ami az eredményekben is látható lesz. A vizsgált  
10 kistérség (Baktalórántháza, Gyöngyös, Kiskún-  
majsja, Letenye, Orosháza, Pannonhalma, Ráckeve,  
Sárbogárd, Tamási, Tiszavasvár) eredményei igazol-  
ták az elképzelést és sok olyan tényezőre hívták fel  
a figyelmet, melynek ismerete a későbbiekben a  
prevenció magasabb minőségét biztosíthatja.

Kiss István a kardiovaszkuláris betegségek megelő-  
zésének nemzeti programját ismertette. Reményét  
fejezte ki, hogy ebben az egészségügyi ellátás min-  
den szereplője „megtalálja a helyét”, s a módszer  
helyességét az eredmények igazolják.

Hanusz Klára a kistérségi program eddigi eredmé-  
nyeit ismertette, mely igazolta, hogy az alapellátás  
és az önkormányzatok együttműködése fontos  
pillére az eredményes megvalósításnak. Szólt a  
lakossági támogatás és összefogás fontosságáról,  
„Partnerség az egészségért” pályázat sikeréről, az  
egészségfejlesztés lehetőségeiről, valamint az e  
célből létrehozandó program megvalósításának  
lépéseiről.

Hargitai Réka folytatta Az Intézet ebben a tárgy-  
ban folytatott vizsgálatainak tervéről. A háttér  
ismertetése után szólt a szakellátási központok  
megvalósítási tervéről, hasznáról, a lakosság-közeli  
prevenció szemléletű ellátás minőségjavító szere-  
péről, a definitív ellátás lehetőségéről az alapellá-  
tásban s ennek megvalósítását milyenfeltételek  
teszik lehetővé, min kell és min nem szabad vál-  
toztatni.

Nagymajtényi László a minőségi jellemzőkről,  
Újváriné, Siket Adrienn az ápoló szerepéről szólt.  
Ezután a Visegrádi Együttműködés országainak  
eddigi tapasztalatairól hallottunk (Milos Ponizil,  
Cseh Köztársaság, Princz Erika Románia, Körmöczi  
László Szerbia, Pásztor László Szlovákia), melyet  
azután Hajnal Ferenc professzor foglalt keretbe és  
egészített ki a hazai eredményekkel. Ilyés István  
professzor az észak-kelet magyarországi folya-  
matos továbbképzés (CME) rendszerét ismertette.  
Elmondta: céljuk, hogy minden alapellátásban  
dolgozó kolléga időben és megfelelő színvonalon  
érhesse le a requalifikációt, ezzel is biztosítva az  
ellátás minőségét, a folyamatos lépéstartást a fej-  
lődéssel. Ezt mind az ellátásban résztvevő orvosok-  
ra, mind az asszisztenciára egyaránt értette.

Kalabay László a SE CsOT vezetője a mai rend-  
szerről elmondta, hogy lényeg 5 év alatt 250 pont  
összegyűjtése. Jelenleg a szombatonként rende-  
zett továbbképző tanfolyamok a NET-ben, ezt  
lehetővé is teszik, különösen, ha a három napon

konferenciás továbbképzést is figyelembe vesszük,  
ahol 30 pont szerezhető. Ez évben 2334 ember  
regisztrált erre a továbbképző kurzusra.

Kiss István ezután az „élj 140/90 alatt” program  
jelentőségét taglalta. Eddig a társadalom aktivitása  
80 millió „elérést” tett lehetővé, s ma már a kezelt  
hipertóniások 45%-a „célértéken” tartható, ami ez  
évben 50 000 új, eredményesen kezelt hipertóniást  
jelent. Ezzel párhuzamosan a nem kezelt vérnyo-  
más-betegek aránya 7%-ról 5%-ra csökkent.

Kékes Ede professzor a szív- érrendszeri kockázat  
jelentőségét ecsetelte. Az ismert tények (a kardio-  
vaszkuláris események 80%-a függ össze a vérnyo-  
más, a dohányzás és emelkedett lipid szint) kijelölik  
a teendő irányát. A szűrés lehetőségét bővíti a  
haskőrfogat mérése, ami ma a legegyszerűbb és  
objektívnek tekinthető információt biztosít.

A dohányzás és a perifériás érbetegségek kap-  
csolatáról Kolozsvári István szólt, hangsúlyozta a  
szűrővizsgálat (Doppler, boka/kar vérnyomás index  
értékelése és a szakellátás segítségének) fontos-  
ságát és a korai kezelés és a dohányzás abbaha-  
gyásának fontosságát. Csak ezzel lehet az egyre  
növekvő műtéti beavatkozások (angioplasztika,  
amputáció) számát csökkenteni.

Tóth György a LUTS (lower urinary tract syndrome)  
leggyakoribb kórképeiről szólt, hangsúlyozva, e  
kórképek esetében is korai kórisme és a gondozás,  
kezelés szerepét.

Az érvédelem és a korai megelőzés lehetőségei  
blokkban négy előadás volt, kettő az endotél  
védelmével foglalkozott (Kékes Ede és Császár  
Albert), kettő a dohányzás következményeivel  
és/ill. a leszokás lehetőségeivel, módjával (Masszi  
Gabriella és Vájer Péter).

A zárónapra még két érdekes program maradt,  
Ördög Katalin a GlaxoSmithKline támogatásával a  
Twinrix védőoltás jelentőségéről beszélt a hepatitis  
A és B vírus fertőzés megelőzésében, A Füredi  
Gyula vezetésével folytatott kerekasztal beszél-  
getés pedig mindennapjaink problémáit taglalta,  
s megkísérelt megoldási lehetőségeket bemutatni,  
amik a betegellátás már ismert és az újonnan  
jelentkező nehézségein átsegíthetnek bennünket.  
Hasznos, jól szervezett konferencia volt, ami lehe-  
tőséget biztosított néhány olyan kérdés megbeszé-  
lésére is, amire másutt nincsen mód, s tovább-  
képzésnek sem volt utolsó. Ami emellett pluszként  
értékelhető, megismertük szomszédaink, a „viseg-  
rádi négyek” mellett a szerb alapellátás problé-  
máit, s talán megnyugodhattunk, hogy nem va-  
gyunk egyedül, a buktatók másutt is előfordulnak,  
de együtt könnyebb lehet megtalálni a megoldást.  
Ez kedvet biztosíthat mindannyiunknak, hogy  
folytassuk a közös munkát. Esetleg legközelebb  
valamelyik szomszédunknál.

**Dr. Hidas István**

## BESZÁMOLÓ AZ EANA (MAGÁNPRAXIST FOLYATATÓ ORVOSOK EURÓPAI EGYESÜLETE) TAVASZI ÜLÉSÉRŐL

Papp Renáta

2007. április 13–14., Graz

A Grazban tartott EANA ülés az új, osztrák elnökség által szervezett első összejövetel volt. A fő témák között szerepelt az **e-health** kérdése, amelynek vitáját követően, sajtótájékoztató zajlott. Az Európai Unió egyik alapelve a munkaerő és tőke szabad áramlása. Ennek megfelelően a betegek ellátásához szükséges információ földrajzi kötöttségek nélküli elérhetőségét kívánják megoldani az e-health fejlesztések kapcsán. Az e-health témakörében, a résztvevő országok kiemelt jelentőségűnek tartották a nyugati orvoslásra jellemző bizalomra, személyes jelenlétre épülő orvos–beteg kapcsolat fenntartását. A betegadatokat elektronikus tárolása nemcsak nagykapacitású informatikai háttérrel igényel, hanem az adatok frissítése az egészségügyi szolgáltatók munkaerő kapacitását nagyban leköti, mind a bevétel, mind a bevitt adatok ismerete tekintetében. Az adatok hozzáférhetősége maga után vonja azok ismeretének szükségességét az ellátók részéről. Az adatok biztonsága és bizalmas kezelése is fontos követelménye a rendszernek, ahogyan az emelkedett adminisztrációs elvárásoknak a finanszírozása is.

A hagyományoknak megfelelően, fontos napirendet alkottak az egyes **ország jelentések**. A cseh delegáció beszámolója szerint, a 2000-es évek elejére jellemző privát szektor visszaszorítása helyett, a jelenlegi, új egészségügyi kormányzat a magán szolgáltatók aktivitását kívánja hangsúlyozni. Az Egészségügyi Minisztériumtól függetlenül működő regionális testületek szerepe kihangsúlyozott a területen. A magánorvosok szolgáltatási jegyzékkel rendelkeznek, az egy biztosítottra költ-

hető finanszírozási keret maximált. Az egy doktor által rendelhető laborvizsgálatok költsége ugyancsak kötött, ahogyan a gyógyszer támogatás összege is, amelynek tiszteletben tartására a szankciók ösztökölnék.

A **belga** beszámolóban hallhattuk, hogy 2008. januártól hatályos jogszabály az „orvosperek” szaporodásának próbál gátat vetni, természetesen nem tiltással, hanem az azt megelőző facilitáló intézkedések által. Az intézkedéseket a hosszú jogi eljárás kényszerítette ki, mert a sértettek huzamos időt követően kaphattak kárpótlást. Az új intézkedési csomag növeli a páciensek biztonságát, és az orvosokat is védeni kívánja. Az előkészítés során kb. 7000 esetet vizsgáltak, amely 93 millió Euró kárpótlási összeget jelentett. Az orvosi tevékenység következményének tekintik a nozokomiális fertőzéseket, a nem várt komplikációk viszont kikerülnek e körből. A kompenzáció érdekében 50 milliós alapot hoztak létre, amelyből 40 milliót a biztosítók állnak. Amennyiben a páciensek az Alap kompenzációját veszik igénybe, úgy a további jogorvoslatról lemondanak.

**Luxemburgban** a folyamatos továbbképzés koordinációjára külön intézetet hoztak létre. Az orvos továbbképzése nem kötelező, hanem önkéntes alapon történik. Az újonnan alakult intézetnek a továbbképzés minőségi követelményeinek összeállításában és a megfelelő irányelvek gyakorlati megvalósításában van szerepe. A beszámolóban említett másik téma az alternatív medicina volt, a paramedikális munkaerő kompetencia kérdései nem

tisztázottak, párhuzamosságot jelentenek az ellátásban. Finanszírozása kiegészítő biztosítások keretében megoldott.

**Svájcban** nagy gátja van az új praxisalakításnak, a biztosító praktikusán nem köt új szerződéseket, amely rendelkezés felülvizsgálata várhatóan 2008-ban lesz. A WHO jelentés szerint, a svájci egészségügyi rendszer nem eléggé költséghatékony, nincs megfelelően elhatárolóva a prevenció és az ellátás, a kantonok közötti harmonizáció nem teljes, nincs megfelelő átláthatóság az ellátás minőségét és hatékonyságát tekintve. Ugyancsak Svájcban vezettek be külön vizitdíjat: a munkaidőn túli ellátásért 40 svájci frank számlázható, amely együtt járt a sürgősségi ellátás finanszírozásának 20%-os csökkenésével. Az ügyeleti ellátást nyújtó szolgáltatókra e változás nem vonatkozik.

**Szlovákiában** a vizitdíj eltörléséről rendelkezett az új kormány, amely által az egészségügyi szolgáltatók 700 millió Eurós bevételről esnek el. Az állam szerepét erősíteni szeretnék, a 6 biztosító közül, 2 állami tulajdonban van és a gyermekek, valamint nyugdíjasok ellátását biztosítja, a lakosság hozzávetőleges 70%-át öelve fel.

**Németországban** is a biztosítói oldal reformjára készülnek, az egyenletesebb biztosítási megoszlás céljából. 2008-ra a krónikus betegek ellátási csomagjai lesznek kötelezőek, míg 2009-re mindenki számára kötelezővé válik a valamilyen biztosítási jogviszony létesítése. Jelenleg visszaélések tapasztalhatók a biztosítási kártyákkal, extrém esetben egy biztosított 52 orvosnál vett igénybe szolgáltatást, 2 millió biztosítási kártya mögött nincs befizetés. A jogosulatlan igénybevétel a kiadások 1–2%-át teszik ki, a megelőző intézkedések költségei az 1%-ot viszont meghaladják. A járóbeteg-szakellátás szervezést a kórházakhoz kívánják integrálni.

Az **svéd** állami egészségügyi rendszerben 30 000 orvos dolgozik, elenyésző számú orvos, 2000 fő rendelkezik magánorvosi szolgáltatási szerződéssel. Teljesítmény alapú a finanszírozásuk, amely évente 2,8%-al növekszik. Egy vizit finanszírozása 65 és 100 Euró között van, amelyből évi maximum 90 Eurót a páciens fizet. A 2000 magánorvosi szerződés felét az EU-közszolgáltatás vásárlási direktívája alapján kötötték.

**Ausztria** inkább orvos túlkínálattal rendelkezik, kb. 1000 orvossal van több, mint ami szükséges, akik nem igazán mobilisak, a határokon túli munkavállalás tekintetében. A fekvőbeteg-ellátás fix díjazása túllépi a kereteket, amelynek 40%-át a biztosítók, a fennmaradó részt a helyi és országos hatóságok fizetik. A járóbeteg-ellátás kasszatúllépése nem számottevő. A jövőben tervezik a kasszak valamilyen fokú átjárhatóságát egyes szolgáltatások finanszírozásának tekintetében.

A 2007. októberében rendezendő CPME Prevenciók Konferencia kapcsán és az EANA előző aktivitása alapján, megalakult a prevenciók munkacsoport, amelynek vezetője a dr. K. Jager, német szülész-nőgyógyász szakorvos lett. A munkacsoport tagja a magyar delegáció is dr. R. Papp személyében.

A leköszönő német elnökség helyét az osztrák elnökség vette át dr. J. Pruckner elnök úr vezetésével. A grazi ülésen a delegáltak a főtitkári posztra Mag. J. Zahrl urat választották meg. Az új elnökség az EANA ismertségének növelését is célul tűzte ki. A PR-tevékenység keretében arculat és kommunikációs stratégia kialakítása történik, egy osztrák ügynökséggel történő kooperáció keretében. Elnök úr felhívta a delegáltak figyelmét az új tagországok toborzásának szükségességére, és kérte, hogy ezt facilitálják személyes kapcsolataik által.



## ÚJABB ANTIDIABETIKUMMAL JELENIK MEG A PIACON A GlaxoSmithKline

2007 júniusától már Magyarországon is kapható a GSK új kombinált antidiabetikum, az AVAGLIM. Az új készítmény olyan 2-es típusú diabetes mellitusban szenvedő betegek kezelésére javasolt, akiknek az optimálisan adagolt szulfanilurea monoterápia nem biztosít megfelelő vércukorszint beállítást, valamint akik nem kaphatnak metformint ellenjavallat vagy intolerancia miatt.

Az Avaglim roziglitazon (tiazolidindion) és glimepirid (szulfanilurea) által alkotott fix kombinációs készítmény. A roziglitazon és a glimepirid különböző támadáspontokon fejtik ki hatásvukat, így jól kiegészítik egymást: míg a glimepirid a béta-sejtek inzulinsekrecióját fokozza, addig a roziglitazon az így megtermelt inzulin iránti érzékenységet fokozza a célszervekben. A két szer additív módon (hatásuk összeadódik) jelentősen javítja a vércukorkontrollt. A roziglitazon emellett „életben tartja” a béta-sejteket, melyek funkcióképessége feltételét képezi a szulfanilurea-hatás kialakulásának, ezáltal tartósabb glikémiás kontrollt biztosít.

### Kiknek ajánlott az Avaglim?

Alapvetően a jelenleg hatályos protokollok alapján a 2-es típusú diabeteszes betegek többségének (IDF és MDT szerint túlsúlyosoknak és kövéreknek) vagy mindegyikének (ADA-EASD konszenzus) első orális szerként metformint kell szednie. Ugyanakkor a betegeknek hozzávetőlegesen 10–15%-a nem képes tartósan metformint szedni a gasztrointesztinális mellékhatások

miatt (ezek a metformin-intoleránsak), mások pedig nem szedhetnek metformint valamely ellenjavallat, így pl. beszűkült vesefunkció, májelégtelenség vagy szívelégtelenség okozta szöveti hipoxia miatt. Ezeknél a betegeknél más orális antidiabetikummal kell elkezdni a terápiát. Így metformin intolerancia vagy kontraindikáció fennállása esetén az esetek jó részében szulfanilurea monoterápiával indítják a 2-es típusú diabeteszes kezelést. Amikor a szulfanilurea monoterápia önmagában már nem elégséges a glikémiás célértékek fenntartására, kombináció bevezetése válik szükségessé. Ilyen esetekben az Avaglim megfelelő kombináció lehet.

Az Avaglim klinikai hatékonyságát roziglitazonnak részben kifejezetten glimepiriddel, részben más szulfanilureákkal alkotott kombinációjával végzett klinikai vizsgálatok támasztják alá. A Nemzetközi Diabeteszes Szövetség (IDF) 2006 decemberében kiadott közleménye szerint jelenleg – minden korábbi várakozást felülmúlva – 246 millió cukorbeteg él a világon, és számuk 2025-re várhatóan eléri a 380 milliót. Figyelem-bevéve, hogy számukat mindössze 20 évvel ezelőtt csupán 30 millióra tették világszerte, joggal állíthatjuk, hogy a diabeteszes a 21-dik század legfenyegetőbb „járványa” lesz. A betegek túlnyomó részét 2-es típusú diabeteszesben szenvedők teszik ki, ahol a háttérben a „civilizált” életmód terjedése, ezzel együtt az elhízás járványszerű expanziója említhető első helyen. Ezen betegek várható élettartama 5–10 évvel rövidebb, mint nem-diabeteszes társaiké. A diabéteszrel kapcsolatos kiadások szintén tetemesen nőnek, legnagyobb részt a szövödményeknek tulajdonítható költségek miatt. Mindezek alapján a diabeteszes az elkövetkező években az orvostudomány egyik legnagyobb kihívását fogja jelenteni.

## AVAGLIM

### roziglitazon/glimepirid

**Azon betegeknek, akiknek metformin adása ellenjavallt  
vagy akik nem tolerálják a metformint**

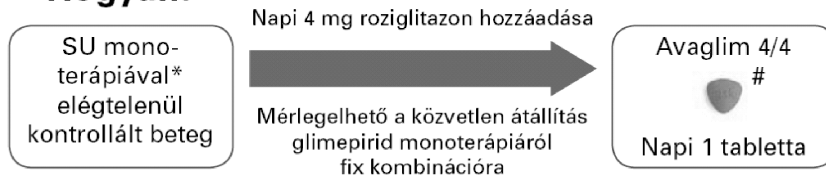
### Mikor?

- Amikor a szulfanilurea\* monoterápia már nem biztosít megfelelő vércukor kontrollt.

### Miért?

- A béta-sejtek inzulintermelésének fokozása mellett célszerű roziglitazon adásával javítani a megtermelt inzulin felhasználását.

### Hogyan?



**Szükség esetén 8 hét elteltével az Avaglim 8/4 tablettára  
(8 mg roziglitazon + 4 mg glimepirid) lehet váltani**

\* optimális dózisban # Nem a valódi tablettá méret

SU = szulfanilurea

## MÚLT ÉS JELEN

### egy sikeres cég története

Amikor 1986-ban egy családi vállalkozás keretei között létrejött a **77 Elektronika Kft.** senki nem gondolta volna, hogy milyen nagy utat fog megtenni a szó szoros értelmében a nulláról induló cég, mely mára családias hangulatú, ám jól szervezett és szigorú struktúra szerint működő nagyvállalattá nőtte ki magát, mely kizárólag saját erőből lépett egyre előrébb.

A folyamatos növekedés záloga a cég filozófiája, mely innovációra, fejlesztésre épít. Egy magyar tulajdonban lévő cégnek először a hazai piacon kell helytállni, majd ezt követheti a nemzetközi megmérettetés, de sem határon belül, sem azon kívül nem lehet hosszú távon sikert aratni folyamatos fejlődés és folyamatos fejlesztés nélkül. Ez a tendencia tudatos, hiszen jelenleg a 250 fős dolgozói létszám 20%-a kifejezetten a fejlesztés területén tevékenykedik.

A **77 Elektronika Kft.** elektronikai termékek fejlesztésére alakult, de a felhalmozott tapasztalat lehetővé tette, a saját termékek sorozatgyártását is. Ma a cég tevékenysége magában foglalja orvos-elektronikai és telekommunikációs termékek tervezését, mechanikai hardver és szoftverfejlesztését, miközben jelentős gyártási kapacitással is rendelkezik. A partnerek magas minőségi elvárásainak köszönhetően a cég 1996-ban elsőként vezette be az ISO 9001-es minőségbiztosítási rendszert.

A megalapozott és kellően átgondolt munka segíti a céget, hogy évről évre sikereket érjen el a hazai és külföldi piacokon egyaránt.

A legelső sikeres termék a D Cont vércukormérő család volt. Napjainkban az ötvenedik családtag gyártása zajlik. A legújabb Magyarországon már kapható az Optimum, mely lehetővé teszi az alternatív vérvételt, 1,5 mikroliter vérből 5–10 másodperc alatt. A beszélő változata a vakok, és gyengén látók vércukormérését könnyíti meg.

2004-ben az egész világon újdonság volt a **77 Elektronika** által fejlesztett és gyártott vércukormérő, mely kilenc nyelven szólhat a felhasználóhoz.

A cég sikeréhez sokan hozzájárultak. Elsősorban a magyar diabetológusok, az orvos társadalom, akik lelkesen támogatták, és bizalmat adtak egy magyar terméknek. A Magyar Diabetesz Társaság véleménye szerint a környező országokénál sokkal jobb a magyarországi diabetológiai ellátás, a hazai vércukormérők széleskörű elterjedése miatt. Kiemelkedő fontosságú, hogy a siker a cég dolgozóinak, példamutató munkájának az eredménye, akik elkötelezett hozzáértő munkájukkal maradandó értéket alkottak és teremtenek ma is.

Bízunk benne, hogy a jól megszervezett munka, a példaértékű fejlesztés, a mindig megújulni képes gyártás szép jövőt jelent ennek a sikeres magyar vállalatnak.