

MHT PROGRAMJAI

Az antihipertenzív kezelés hatását befolyásoló tényezők eredményességének vizsgálata (CONADPER-HU)

KISS István, KERKOVITS Lóránt, ALFÖLDI Sándor, BALOGH Sándor, BARNA István, JÁRAI Zoltán, PAKSY András, SIMONYI Gábor, SZEGEDI János, KÉKES Ede

2017 májusában lezárult az MHT két éves vizsgálata, amelyet az Egis Gyógyszergyár Zrt. támogatott. A vizsgálatban a célvérnyomás-elérés arányának növelését figyeltük a magyarországi hypertóniás betegekben a beteg-együttműködés támogatásának segítségével. A célvérnyomás elérése mellett elsősorban a gyógyszer-adherenciát és -perzisztenciát vizsgáltuk (CONADPER-HU tanulmány; ETT-TUKEB 45063-1/2015/EKU).

A beteg-együttműködés jelentősége a terápia hasznosulásában kiemelkedő és számos formában tudományosan bizonyított tény. Az együttműködés nem megfelelése számos terápiás kudarchoz, a rezisztensnek tartott hypertonia arányának növekedéséhez vezethet. A különböző okokból létrejövő együttműködési hiány jelentős mértékben az orvosi és gyógyszereszi kommunikáció fejlesztésével, valamint a betegeknek szóló kulcsüzenetek megfogalmazásával jelentősen javítható. A megfontolt gyógyszerelváltás is erősítheti az orvos-beteg kapcsolatot az orvos, asszisztens, gyógyszerész személyiségének meghatározó jellege mellett. Magyarországon a gyógyszereszedésben nem adherens betegek aránya az egyik legnagyobb (70%) Európában. A hypertóniás betegek teljes terápiás perzisztenciája pedig öt hónapra vonatkoztatva 50%, azaz alig kevesebb mint fél év alatt a betegek fele már nem szedi az előírt gyógyszert. A jelenleg ismert együttműködést javító és a terápiás eredményességet növelő programok közül az otthoni vérnyommérés és a beteggel történő kommunikáció emelhető ki a hatékonyság szempontjából. A Magyar Hypertonia Társaság korábbi ez irányú tevékenységének folytatásaként 2015-ben újabb vizsgálatot tervezett és indított az új, telemedicinális lehetőségek és a kommunikáció növelésének felhasználásával.

A vizsgálat célkitűzése a beteg-együttműködés segítségével a célvérnyomás-elérés növelése és a rezisztensnek minősülő hypertóniás betegek számának csökkenése volt. Feltételeztük, hogy a fokozott törődés és az eszközös támogatás segíti a beteg-együttműködés (konkordancia) növelését és a nagyobb arányú célvérnyomás elérését. Ugyancsak feltételeztük, hogy a fokozott gondoskodás és a szükséges gyógyszeres változtatás csökkenti a vérnyomás-variabilitást, illetve a rezisztensnek minősülő hypertóniás betegek arányát. Az előkészítő tevékenységet követően a vizsgálat egy beavatkozással

nem járó egy éves multicentrikus prospektív megfigyeléses vizsgálat volt, amelyben 20 000 beteg bevonását terveztük. 10 000 beteg az addigi házi orvosi ellátási/gondozási gyakorlat szerint került gondozásra. A betegek másik fele intenzív eszközökkel és kommunikációval segített gondozási programban vett részt. Végül eredményben a két csoport adatait hasonlítottuk össze a betegmegoszláshoz illesztett és kiválasztott 1000 házi orvos munkájával. Minden házi orvos kolléga 20 beteget (csoportonként 10-10 beteg) kellett beválasszon a vizsgálatban három hónap alatt. Az aktív csoportba kerülő beteg „okostelefonnal” rendelkező és azt használó kellett legyen, akikhez a megjelenés és a beleegyezés sorrendjében illesztettünk okostelefont nem használó betegeket. Mindkét csoportban a 3., 6., 9. és 12. hónapban történt orvosi vizit. A Prevensys Zrt. klinikai vizsgálatokat és prevenciós programokat támogató webalapú szoftvere segítségével (Medigen program) végeztük a vizsgálóorvosok, a vizsgált betegek és az alkalmazott módszerek regisztrálását és alkalmazását. A betegek számára az okostelefonon elérhetővé vált az általuk szedett gyógyszerek leírása és adagolása. Rögzítésre kerülhetett a gyógyszereszedés emlékeztetője, illetve a megvásárolt/kiváltott gyógyszerek adott időszakra vonatkozó adagja. A beválasztottak számára bemutatásra került a kontrollvizsgálati eredmény és a vérnyommérések adatai. Az okostelefon-rendszer a feladatok határidejére is emlékeztette a betegeket (gyógyszervásárlás, kontrollvizsgálat, gyógyszerbevétel, vérnyommérés). Ugyancsak az okostelefon-rendszeren keresztül az aktív csoportba tartozó betegek oktatási anyagokat kaptak, illetve a vonalkódolvasó programrész segítségével a gyógyszer kiváltásának tényét saját maguknak és a gondozó házi orvos számára is igazolni tudták. A határidő leteltével a rendszer a gyógyszerfeliratás/kiváltás szükségességére figyelmeztető jelzést küldött. A gondozó

orvos által feldolgozásra és minősítésre került a vizsgálat időtartama során a havonta beküldött vérnyomásméplő az aktív csoportból, illetve a négy kontrollidőszakban elvégzett mérésekről a nem aktív csoportból. A beteg-együttműködést és a terápiás hatékonyságot a vérnyomásméplő vezetésével és feldolgozásával, az arról szóló információ visszaküldésével kívántuk növelni.

Előzetes eredmények

Az aktív csoportba 7988, a passzív csoportba 7283 beteg került beválasztásra. Az aktív csoportban a betegek átlagéletkora $50 \pm 11,5$ év, a passzív csoportban $57,5 \pm 10,9$ év volt. A szignifikánsan nagyobb életkor oka a nem aktív csoportban feltételezhetően a beválasztási kritériumokból adódott (képes, tudja használni és van okostelefonja). Ebből is adódott, hogy a vércukorszint, a szisztolés vérnyomás és nőlnél a BMI-érték nagyobb volt a nem aktív csoportban. Hasonlóképpen különbözött a kiindulási vérnyomásérték is, a nem aktív csoportban szignifikánsan nagyobb volt a szisztolés érték (aktív csoport 136 ± 13 Hgmm, nem aktív csoport $139 \pm 11,9$

1. táblázat.

Aktív/nem aktív csoport	Vérnyomás (Hgmm)	Célvérnyomás-elérés aránya(%)
0. hónap	136/83-139/83	53-47
3. hónap	133/80-134/80	66-62
6. hónap	131/79-133/79	73-67
9. hónap	131/79-133/80	72-65
12. hónap	131/80-132/79	74-69

Hgmm) és a szívfrekvencia. A célvérnyomás-elérés kiindulási aránya szignifikánsan nagymértékű volt az aktív csoportban (aktív csoport 53%, nem aktív csoport 47%).

A perzisztencia aránya szignifikánsan kisebb volt a nem aktív csoportban. A vérnyomásérték szignifikánsan kisebb, a célvérnyomás-elérés aránya szignifikánsan nagyobb volt az aktív csoportban, a rendelt kontrollvizsgálatok alapján (0., 3., 6., 9., 12. hónapban) (1. táblázat).

FELHASZNÁLT IRODALOM

Hypertonia és Nephrologia 2015;19(Supp 1.2):1-24.