

Húsz évvel az első eset leírása után megállapítást nyert, hogy az AIDS a legpusztítóbb emberi betegség amit valaha is észleltünk. A felfedezést követően eddig 60 milliónál több eset került nyilvántartásba, és az egész világ statisztikai adatait áttekintve a negyedik leggyakoribb halálok.

Kelet-Európa és különösen az orosz birodalom, a leggyorsabb betegség terjedést produkáló régió. 2001-ben 250 000 új fertőzést regisztráltak e területen, s ezzel a növekedéssel a fertőzött egyének száma e területen meghaladja az 1 milliót. E megbetegedések több, mint fele Oroszország területén került megállapításra.

Ukrajnában a lakosság 1%-a HIV pozitív, s az esetek háromnegyed része iv. kábítószer élvezők közül kerül ki. A szexuális úton terjedő HIV fertőzések száma nő Északkelet-Európában (1999-ben 12 HIV pozitív beteget ismertek, ma 1112 a nyilvántartásban szereplő esetek száma). Ugyanez a tendencia figyelhető meg Közép-Ázsia köztársaságaiban (Kazahsztán, Kirgiz Köztársaság, Tadzsisztán és Üzbegisztán).

Hasonlóan emelkedő esetszámot írtak le a délkelet-európai régióban, de a növekedés és összes esetszám jóval kisebb, mint a fent említett területeken.

A tények ismerete új megelőzési stratégia kidolgozását tette szükségessé, az ENSZ közgyűlés egy speciálisan e kérdéssel foglalkozó koordinációs bizottságot hozott létre a további teendők jobb hatékonyságának biztosítására. Az érintett országokban (Bulgária, Románia, az Orosz Föderáció és Ukrajna) a megelőzés és a gyógykezelés állami feladataihoz a pénzügyi háttér biztosítását ígértek. Konkrétan Ukrajnában már meg is született az állam, a privát szektor és a nem állami szervezetek együttműködésének jó példája.

Közép-Európa jelenleg bizakodva tekinthet a jövőbe, mivel úgy tűnik ellenőrizhetővé vált a betegség terjedése, Lengyelországban az injekciós kábítószer élvezők között óriási erőfeszítések árán csökkent az új megbetegedések száma, Csehország, Szlovénia és Magyarország pedig még mindig az alacsony betegség előfordulási rátájú országok közé sorolható.

Ázsia és a Csendes-óceán vidéke jelenleg 7,1 millió ismert HIV fertőzöttet tart nyilván, és 2001-ben 435 000 AIDS miatt elhunyt került nyilvántartásba.

Kína a közepesen fertőzött országok közé sorolható, 600 000 HIV fertőzött ismert (2000. évi adat), de 2001 első félévében számuk 67%-kal nőtt. Sajnos a véradók ellenőrzésének hiányossága is hozzájárult egyes tartományok AIDS-járványának „kitöréséhez”.

India adatai hasonlóak a másik ázsiai óriáshoz, jelenleg közel 4 millió HIV fertőzött ismert, egyes tartományokban a szülészeti klinikák nőbetegei között 2%-os prevalenciát is elér a felismert fertőzöttek száma. Indonézia, a világ negyedik legnépesebb országa, élő példa a rohamosan növekvő fertőzésre. Különösen az injekciós kábítószer élvezők fertőzöttsége magas, egyes tartományokban eléri a 40%-ot.

Afrika Szaharától délre elterülő régiója a legfertőzöttebb. 2001-ben 3,5 millió új fertőzést regisztráltak, ezzel az ismert HIV fertőzöttek száma meghaladja a 28 milliót. Ezek mindegyike – kezelés nélkül – biztosan halálra ítélt, sajnos az eredményes kezelés személyi, tárgyi és **anyag**i feltételei nem adóttak. Ez nagymértékben befolyásolja a prognózist minden érintett területen. A gazdagabb országok (Nigéria) teremtettek AIDS-segélyező alapot, de ez egyelőre a terjedést nem befolyásolja igazán. 2000-ben a fertőzöttek aránya már meghaladta az 5%-ot az egész lakosságra vonatkoztatva.

A keleti partvidék egyes országaiban a megkezdett prevenció és terápiás beavatkozások értékelhető csökkenést produkáltak, így pl. Uganda volt az első afrikai ország, ahol az előzőekben a terhes nők között már 1992-ben észlelt 29,5%-os HIV pozitívitás ez évre 11,25%-ra csökkent.

Összesítve: a veszély óriási, teendő még nagyon sok van, elsősorban az egészségügyi felvilágosítás terén. Ma még a gazdaságilag legfejlettebb országok (pl. az USA) sem képesek megoldani a betegség terjedésének megakadályozását. Mindenesetre egy dolog bizonyos: az eddigi tapasztalatok alapján megállapítható, hogy következetes, megtervezett, ellenőrzött intézkedések, folyamatos egészségügyi felvilágosítás segítségével nemcsak megállítható a járvány, de talán a kór terjedése vissza is szorítható.

Dr. Hidas István



M. Franke és T. Kreutzig – Der Allgemeinarzt 9/2003 (744-745)

A prosztata-specifikus antigén (PSA), melynek szenzitivitása 70%, specificitása 80%, ma a legjobb és leginkább szerv-specifikus tumor-marker. Ez a vizsgálat, természetesen a rektális digitális (RDV) vizsgálatlal együtt, a legjobb és legegyszerűbb módszer a prosztata-rák korai felismerésére. Sajnos a biztosítók nem ezen a véleményen vannak – *idehaza ugyanez a helyzet, Ref.* – aminek az a következménye, hogy a korai kórismézési lehetőség fent jelzett módszere, szűrővizsgálatként *Németországban sem* finanszírozott. Ennek ellenére, hála Istennek, nő az időben felfedezett és kezelésbe vett rosszindulatú prosztata betegség száma, a statisztikai adatok alapján bizonyosnak tartható, hogy mintegy 1986 óta, mióta a vizsgálat hozzáférhető, megháromszorozódott az időben kórismézett prosztata-rák miatt kezelésbe vett betegek száma.

A vizsgálatot feldolgozó kórházi osztályon 61, egyébként egészségesnek tartott férfi-betegnél végezték el a PSA-szűrést és 47 esetben találtak 4–10 ng/ml PSA értéket normális tapintási lelet mellett. Ebből azt a következtetést vonták le, hogy 45 év fölött, panaszmentes, normális RDV lelet ellenére, érdemes szűrővizsgálatként

végezni a szűrést. Természetesen az emelkedett PSA érték nem jelent egyértelműen rákos daganatot, hiszen adenoma, prosztata masszázis, prosztata gyulladás, kerékpározás, ejakuláció is okozhat ilyen emelkedést.

A kórisme biztos megállapíthatósága érdekében sok más vizsgálati módszert is bevezettek, pl. a prosztata szöveti „sűrűség” mérését, a PSA-arány mérését (= szabad PSA/össz PSA) és nem utolsósorban az életkor figyelembe vételét. A normális PSA érték ugyanis durván 1 ng/ml-rel növekszik tíz évenként. Ha növekedés sokkal gyorsabb, gyanú feltételezhető rosszindulatú dűlmirigy betegség fennállására. Ha az évenkénti „növekedés” 0,75 ng/l-nél gyorsabb, mindenképpen rosszindulatú folyamat indulására, fennállására kell gondolnunk.

A „biztos kórisme” megállapítása csak biopszia segítségével lehetséges, a transzrektális ultrahang vizsgálat segítségével lokalizált elváltozás, „sextáns”-onként vett mintájából kell a kórismét megerősíteni, vagy kizárni.

A pontosan végzett biopszia és szövettani vizsgálat 90%-nál nagyobb biztonsággal igazolhatja a kórismét, ami a hatékony kezelés legfontosabb feltétele.

Dr. Hidas István

NÁTRIUM-CSATORNA BLOKKOLÓ – ELSŐ
VÁLASZTANDÓ SZER KRÓNIKUSSÁ VÁLÓ
FÁJDALOM CSILLAPÍTÁSÁRA

Marcus Hobbe – Der Allgemeinarzt 9/2003
(757)

A tolperison – a Mydeton hatóanyagát – Magyarországon a Richter Gedeon cég kutatói fejlesztették ki még az 50-es években.

A vegyületet jelenleg világszerte több mint 30 országban használják, mindenütt eredményesen, elsősorban mozgásszervi panaszok, fájdalom csökkentésére.

A hatásmechanizmus a nátriumcsatorna-blokkádon alapul, a nociceptív rendszer idegrostjainak nátrium beáramlását gátolja a szer, s ezen keresztül a perifériáról a központi idegrendszerbe irányuló fájdalomérzést csökkenti. Így a majd minden mozgásszervi betegség kísérő jelenségeként ismert izomgörcsöt hatékonyan csökkenti, erre direkt hatást is gyakorol, a mono- és poliszinaptikus reflexeken keresztül.

A szer fő indikációs területe a fájdalmas mozgásszervi betegségek. A hatékonyságát és a ragyogó mellékhatás profilt, számtalan klinikai vizsgálat igazolta. A szer, a vizsgálatot végző osztályon, 1995-ben alkalmazták először, s rögtön igazolták 137 betegen végzett vizsgálat alapján a mozgásszervi panaszok jelentős csökkenését

a szer adagolása során. Tetrazepam-mal végzett összehasonlító vizsgálat egyértelműen igazolta, hogy tolperison nemcsak hatékonyabb, hanem kevesebb mellékhatást is okoz.

Az izomlazító szerek leggyakoribb mellékhatása az aluszékonyság és a reflex „lassulás” sem volt bizonyítható a vizsgálatok alapján. Ez fontos azért is, mert így a gépjárművezetés sem ellenjavallt a kezelés során.

A szerző hivatkozik magyar vizsgálatra is, melyben agyi történések után kialakult izom-spazmus oldására is kiváló eredménnyel alkalmazták. Ebben a vizsgálatban a szert baclofen-nel hasonlították össze, s egyértelműen jobb eredményt értek el a tolperison-nal. A klinikai vizsgálat során 120 hemiparetikus, spasztikus izomzattal bíró betegen alkalmazták a szert s 4 heti kezelés után az izomspazmus a kezelt betegeken jelentősen csökkent. A mozgáskoordináció, s a mindennapi aktivitás is jelentősen javult a kezelt betegeken. Ugyanezt tapasztalták szklerózis multiplex következtében kialakult hemiparézis kezelése során is.

(A CIKKET CSAK AZÉRT TARTOTTAM REFERÁLANDÓNAK, MIVEL A GYÓGYSZERT HAZÁNKBAN FEJLESZTETTÉK KI, S A NÉMETORSZÁGBAN VÉGZETT VIZSGÁLAT IGAZOLTA A HAZAI JÓ EREDMÉNYEKET IS Ref.)

Dr. Hidas István