

## A DOHÁNYOSOKNÁL A VESEMŰKÖDÉS IS KÁROSODIK



**N. Foley és mtsai – Am.J. Med. Sci. 2005:303 (111-119)**

A dohányzás tüdőre és a szív-érrendszerre gyakorolt káros hatása mindenki előtt jól ismert. A vese, dohányzással összefüggő érintettségéről eddig nem szólt a fáma. Az utóbbi időben végzett tanulmányok azonban kétségtelenül bizonyító erejűek: a dohányzás a veseműködést is rontja. A megfigyelések során egyértelműen bebizonyosodott, hogy a dohányzó betegek veseműködése és/ill. a vese teljesítőképessége egyértelműen romlik. Megfigyelték, hogy a dohányosoknál a korrallal, sokkal gyorsabban csökken a vese teljesítőképessége, párhuzamosan a szív-érrendszeri veszélyeztetettség növekedésével. A vizsgálat során bizonyították, hogy filtrációs ráta a szokásos – korrallal együtt járó – havi  $0,102 \pm 0,008$  ml/min-ről  $0,231 \pm 0,023$  ml/min-ra romlik. Ez az érték gyorsan romlik a már előzőekben vese funkció károsodás miatt kezelésre szoruló betegek esetében, akiknek a vizelet albumin/kreatinin hányadosuk  $22$  mg/g-nál magasabb volt. Bizonyítottak tekinthető, minél károsodottabb a vese működés, annál inkább romlik tovább a veseműködése, ha dohányzik a beteg. Többben hangsúlyozták – ettől a vizsgálattól függetlenül – hogy a cukorbeteg különösen érintettek e tekintetben, magyarul cukorbetegség miatt kezelésre, gondozásra szoruló beteg számára a dohányzás tabu legyen.

**Dr. Hidas István**

### AZ ÁLTALÁNOS ORVOSLÁSNAK NINCSEN ALTERNATÍVÁJA. TEKINTSÜNK A MÚLTBA ÉS VESSÜNK EGY PILLANTÁST A JÖVŐBE!

**Prof. Dr. F. H. Mader – a folyóirat kiadója – Der Allgemeinarzt 6 / 2006 (3)**

1980-ban írta le a kiadó ezt a kijelentést: „Az általános orvoslásnak nincsen alternatívája”, s a mondat nyomtatásban is megjelent a folyóirat első születésnapján.

Ma – 26 évvel e mondat megjelenése után – kapott a szerző egy felszólítást, melyben egy tiltakozó nagygyűlésre hívták, melyet a bajor házi orvosi egyesület rendezett a „szakma megmentése” érdekében. Az összejövetel – talán célzatosan – a „Mezítlábasok vendéglőjé”-ben került megrendezésre.

Félő, hogy ha a jelenlegi tendencia folytatódik, egy – szerintünk – fontos ellátó szakma lassan, de biztosan „elhal”.

Mi az oka az ellenérzésnek, az elutasításnak, a szakma elnéptelenedésének, akkor, amikor a házi orvos a legtűrlemesebb, a végtelenségig a beteg érdekéért harcoló orvosfajta? Bizonyosan sokan emlékeznek a kezdetekre, amikor még bárki beléphetett

Az ellátásnak erre a szeletére. S láthatjuk a változást, amikor már csak 5 év felkészítés, szakorvosi vizsga, majd folyamatos, ellenőrzött, továbbképzés teremti meg a lehetőséget a továbbdolgozásra. Így készítik fel a mai ellátó team vezetőjét a házi orvoslás szakorvosát a gyógyító, megelőző rehabilitációs tevékenységre, hogy a megkövetelt minőségi feltételeknek mindenben megfeleljen, s a betegek magas színvonalú ellátást kapjanak már az alapellátásban.

Igaz W. Churchill megállapítása: „Minél régebbre emlékezünk vissza, annál messzebbre tekinthetünk a jövőbe”. De fontos az is, hogy megtaláljuk az aktuális pillanatot, amikor át kell adnunk a stafétabotot, s ez most következett be, amikor Vera Seifert – eddigi főszerkesztő helyettes – végzi a felelősségteljes szakmai munkát, 2006. április 1.-től, ő a főszerkesztő.

Ígérem, semmi olyan változást nem észlel majd a kedves érintett szakember gárda, ami akár a tartalom, akár a forma, akár a színvonal jelentős változását érintené. Ugyanúgy az olvasót fogja a lap kiszolgálni – lehetőleg nap, mint nap, növekvő számban – mivel véleményünk: az általános orvoslásnak nincsen alternatívája.

*(A búcsúzó főszerkesztő, kiadó 26 éven át vezette, adta ki a lapot, az előfizető, olvasó gárda hatalmasra növekedett, s állandó verseny ezt a lapot nem érintette, mivel a szakmai színvonal ez idő alatt semmit nem romlott, s a házi orvosi gárda ezt nagyra értékelte)*

**Dr. Hidas István**

### METABOLIKUS SZINDRÓMA. EGY ÉRTÉKTELEN ORVOSI KÓRISME?

**Vera Seifert – Der Allgemeinarzt 6/2006 (55)**

Az Amerikai Diabetes Társaság és a Cukorbeteg Kutatás Európai Egyesületének állásfoglalása alapján a metabolikus szindróma klinikai relevanciája kritikusa értékelendő. Igazán egyértelmű meghatározás még nem született, mely a kórkép pontos kritériumainak megfelelően. A legutóbbi állásfoglalás szerint az alábbi feltételek közül, legalább háromnak a megléte szükséges a tünetegyüttes megállapíthatóságához.

- 1) Nőknél  $88$  cm, férfiaknál  $102$  cm-es haskörfogat.
- 2) A szérum trigliceridszint magasabb, vagy  $= 150$  mg/dl ( $3,9$  mmol/l)
- 3) A vérnyomás magasabb, vagy  $= 130$  Hgmm szisztolés és/vagy  $85$  Hgmm diasztolés értéknél
- 4) A HDL koleszterinszint férfiaknál  $40$  mg/dl ( $1$  mmol/l), vagy nőknél  $50$  mg/dl ( $1,2$  mmol/l).nél nem magasabb.

5) A vércukor 100 mg/dl (5,5 mmol/l)-nél magasabb. Az EVSz meghatározása szerint: cukorbeteg, IGT, vagy inzulirezisztencia mellett a következő feltételek megléte alapján mondható ki a tünetegyüttes fennállása. A derék/csípő arány ffiaknál: 0,9, nőknél: 0,85. A Sertiglicerid szint magasabb 150 mg/dl (3,9 mmol/l)-nél, a vérnyomás 140/90 Hgmm-nél. A vizelet albumin ürítés napi 20 mikrogramm/min.-nél több, vagy az albumin/kreatinin hányados magasabb, mint 30 mg/g.

A szakemberek egyetértenek abban, hogy a fent leírt meghatározás feltételei nem egészen egyértelműek. Hiányolják a dohányzás szerepének feltüntetését, valamint a LDL koleszterin érték feltüntetését. Ezek a kardiovaszkuláris veszélyeztető tényezők a megbetegedés és a korai halálozás szempontjából fontosak. Sokan az inzulin-rezisztencia szerepét a tünetegyüttes kialakulása szempontjából túlértékeltnek gondolják. Véleményük szerint nem ettől nő a haskőrfogat, hanem az elhízás ilyen foka vezet inzulin-rezisztenciához. A konkrét esetek pl. amelyekre a szerző hivatkozik, a „megkívánt” három tünet közül „csak” kettővel rendelkeztek, mégis szívizominfarktust kaptak. A metabolikus tünetegyüttesrel összefüggő szív-érrendszeri veszélyeztetettség foka nem nagyobb, mint az, az egyes rizikó tényezők összességéből adódik.

Következtetésként azt vonják le, hogy a metabolikus szindróma, mint kórisme értéke nem tisztázott, ezért azt javasolják, hogy a szív-érrendszeri veszélyeztetetést a tényezőket egyenként értékeljük. Ezek kezelése egyenként is fontos, hogy megelőzzük a fenyegető szív-érrendszeri eseményt, ne pedig azon törjük magunkat, hogy a tünetegyüttes kórisméjét az eddig elfogadott feltételek alapján igazoljuk.

**Dr. Hidas István**

### MADÁR-INFLUENZA PÁNIK. MEKKORA A VESZÉLY?

**Reinhard Kurth (a Robert Koch Intézet igazgatója) – Der Allgemeinarzt 17/2005 (50-53).**

Emberi fertőzés csak azokon a területeken fordult eddig elő, ahol az állatok megbetegedése gyakori, s a kontaktus ember és fertőzött állat között szoros. Németországban behurcolt fertőzés igen elvétve fordult csak elő, főleg vándormadarakon, ilyen esetben a megelőzés a fokozott elővigyázatossággal megoldottnak tekinthető.

Az Ázsiába utazókat is csak akkor fenyegeti fertőzés, ha piacokon gyakran közeli érintkezésbe kerülnek fertőzött állattal. Emberi fertőzés csak azokban az országokban fordult eddig elő, ahol a fertőzött állattal szorosabb kontaktus volt felderíthető.

Védőoltás csak a szokásos influenza elleni oltóanyaggal jön szóba, de azt mindenkinek a tudomására kell

hozni, hogy ez a H5N1 vírus ellen nem véd. Azonban a védőoltásban részesült egyén esetében tünetek jelentkezése esetén, hamarabb gondolunk majd „madárinfluenza” fertőzésre, hiszen az emberi kórokozó ellen védett.

Az esetleg jelentkező világméretű járvány (pandémia) kitörése esetén, az érintett lakosság 30%-ának megbetegedésére számíthatunk. A kezelésre szóba jöhető antivirális készítmények a legveszélyeztetettebb népességcsoport részére – a Robert Koch Intézet szervezésében Németországban – rendelkezésre állnak. Pandémiát eddig mindig az influenza A vírus okozott. A vírus ellenes gyógyszerek közül eddig alkalmazott Amantadin és Rimantadin készítmények ma már gyorsan hatástalanok lesznek, ezért az új – feltételezés alapján hatékonyabb – neuraminidase-gátlókban bíznak a szakemberek, melyek minden A vírustörzs ellen – eddig – hatékonynak bizonyultak.

Németországban a Zamivir és Oseltamivir néven forgalomban lévő készítmények hozzáférhetők, mindkettő gyógyításra és megelőzésre is alkalmazható. Minden szövetségi államban ezeket a készítményeket ajánlják, ha terjedő járványban kezelésre, megelőzésre szolgáló gyógyszerre lesz szükség. Megjegyzésben szerepel még, hogy Németországban majd mindenki oltatni óhajtja magát madárinfluenza ellen, holott bizonyítottan hatásos oltóanyag még nem áll rendelkezésre.

**Dr. Hidas István**

### HA A GEBERIKUMOK VONZÓVÁ VÁLNAK A BETEGSZÁMÁRA, EZZEL EGY KICSIT SEGÍTHETÜNK A BIZTOSÍTÓKNAK (IS)

**Wolfgang Blank – Der Allgemeinarzt 14/2005 (66-67)**

A gyógyszerkassza állandóan panaszok, a politikusok pedig buzdítanak bennünket („a közeljövő változtatásai jobbító szándékról tanúskodnak”). Ezután már csak arra kell figyelni, amit az ellenőrző hivatalok felénk üzennek: ha lehetséges gazdaságos és hatékony generikumokat rendeljen minden házi orvos. *(Ez persze nem hazánkra jellemző, ez a német viszonyokat jellemzi Ref.)*

A beteget az egész reform rendszerből a saját pénztárcáját érintő változások érdeklik. *(Németországban is folyamatosan reformintézkedések születnek, eddig nem sok eredménnyel. Ref.)* Ezért is fontos rávilágítani, hogy gyógyszerváltás nemcsak a kasszát *(OEP Ref.)* érdekli, hanem őt magát is érinti anyagilag. Ha pl. 10, Norvascot szedő beteg részére egy ugyanolyan hatóanyagot tartalmazó generikumot rendelünk, egy év alatt közel 2000 Euro megtakarítást érhetünk el, s a beteg is megtakarít 10 Euro-t (= közel 3000 Ft!). Egy csapásra tehát két leget ütünk.

Németországban bevezették, az orvos hatóanyagot rendel (l.: a hazai kórházi zárójelentéseket, Ref.) és a gyógyszerész köteles három, azonos hatóanyag tartalmú készítményt ajánlani, hangsúlyozva az egyenértékűséget. Az ismertetés alapján a beteg választ. Az új szoftver-rendszerek a hatóanyag alapján már az orvosnak is ajánlanak új, azonos hatóanyag tartalmú készítményeket, s ennek alapján már a rendelőben megállapodhat az orvos betegével a rendelendő gyógyszerrel, s a rendelésre már eszerint kerülhet sor.

A szerző járható útnak tartja ezt az újítást, és meggyőződése, hogy egy praxis egész évi gyógyszerforgalma durván 1%-kal lesz kevesebb. Ez az 1% országos méretekben hatalmas megtakarítást, talán „megváltást” jelenthet a már „haldokló” német egészségügyi büdzsének.

**Dr. Hidas István**

## KISAJÁTÍTOTTA-E A GYÓGYSZERIPAR A METABOLIKUS SZINDRÓMÁT?

**S.M: Grundy – Medscape(J. of the Amer.Coll. of Cardiology) 2006.03.21**

A metabolikus szindróma önálló betegségként történt deklarálása óta a gyógyszergyárak egy új gyógyszerterápiás célt fedeztek fel. A több rizikó egyetlen gyógyszerrel történő kezelése jó és érdekes elgondolás. Ez természetesen nem zárja ki azt a szakmai véleményt, amely szerint elsősorban életstílus váltás szükséges.

Az egyetlen gyógyszer megteremtése nagy kihívás. Az ipar azt remélte, hogy a metabolikus szindróma egyetlen kritériummal kifejezhető lesz, és így egyetlen gyógyszer is elég. Ez nem valósult meg, több okból sem.

Jelenleg a gyógyszernek a következő feladatokat kell teljesíteni: zsírcsökkentés, vérnyomás javulása, hipoglikemizálás, antitrombotikus és testsúlycsökkentő hatások. Az ezeket kezelő orvosnak követnie kell a legújabb irányelveket. E pillanatban fejlesztés alatt áll egy a kövérséget és inzulinrezisztenciát csökkentő szer. Ígéretes a fentiek megjelenésének késleltetésére.

A teljes kórkép kezelésére és a rizikó csökkentésére fejlesztett szerek a paroxisome proliferator aktivált receptor (PPAR) alfa agonisták (fibrátok!), a PPAR gamma agonisták: thiazolidonedionok és a duális PPAR agonisták.

A sibutramine és orlistát már bejegyzett testsúly csökkentők, de csak enyhe hatásuk van. Egy új ígéretes szer egy szelektív cannaboid receptor (CB1) antagonistá rimonabant néven. (Az endocannaboidok a hypothalamus és limbikus területet aktiválják fokozva az étvágyat.) Rimonabant az aktivációt gátolja, és kb. 5–10%-os testsúly csökkenést eredményez, és az egyéb rizikófaktorokat is csökkenti.

A fibrátokkal történt klinikai vizsgálatok ezt mutatják,

hogy az antilipémiás hatás mellett önállóan is csökkentek a kardiovaszkuláris rizikót jelentő gyulladásos faktorok

AT2D csökkentve az inzulin rezisztenciát mérsékelten javította a többi rizikófaktort is.

Egy új klinikai kipróbálás piglitazonnal, komoly kardiovaszkuláris rizikócsökkenést mutatott.

A duális PPAR antagonisták is ígéretesek.

Mindezek ellenére a gyógyszerek még nagy utat kell, hogy megtegyenek ahhoz, hogy a mindennapi rutin részei legyenek.

**Dr. Faragó Erika**

## A PITVARFIBRILLÁCIÓ, NÉPBETEGSÉG? IDŐBEN KEZDJÜK EL A VÉRALVADÁSGÁTLÓ KEZELÉST

A pitvarfibrilláció népbetegségnek tartható, hiszen minden háziorvos több ilyen kórméiben szenvedő beteget gondoz. Jelenleg Európában 3 milliónál több, ilyen betegség miatt kezelt, gondozott betegről tudunk. Németországban az előfordulás gyakorisága 1% körüli, s a növekedési tendencia alapján megjósolható, hogy 5 év múlva számuk meghaladja a 2 milliót.

Az alapbetegségek (ISzB, magasvérnyomás betegség, cukorbetegség), a növekvő alkohol fogyasztás és az idős népesség számának növekedése járul hozzá a folyamatos betegszám emelkedésnek. Kimutatott, hogy 80 éven felül már minden harmadik ember számolhat pitvarfibrilláció megjelenésével. Újabban a szívsebészeti beavatkozások számának emelkedése is oka lehet a kórisme gyakoribbá válásának, hiszen minden második szívműtéten átesett betegnél jelentkezhet a tünet, és a kardioverzió nem minden esetben lesz sikeres ezeknél a betegeknek. A kórkép jelentkezésekor általános gyengeség, fáradékonyság lehet az első tünet, mely krónikusá váló esetekben megszűnhet.

A kórforma legfontosabb szövődménye a megnövekedett trombo-embólia veszélye. Ezt a veszélyt növeli a női nem, a 75 év fölötti életkor, szívelégtelenség fennállása, 160 Hgmm-nél magasabb szisztolés vérnyomás és a bal kamra ejekciós frakciójának 25% alá csökkenése. A cukorbetegség az összes veszélyeztető tényező szerepét megsokszorozza.

A megfelelő megelőző ténykedés az orális anti-coaguláció Syncumar (Németországban Marcumar) tablettá szedésével megoldható. Az irodalmi adatok szerint az USA-ban a kezelésre szorulóknak 60%-a nem szed gyógyszert és a kezelték 12%-ának van csupán kívánt INR értéke. Európában (European Society of Cardiology adata) a pitvarfibrilláció miatt kezelésre szorulóknak csupán 67%-a szed Marcumart, az ok: félelem a vérzéses szövődménytől.

A szerző szerint pitvarfibrilláció esetén a következő terápiás protokoll szerint kell a kezelést folytatni.: 60 évnél fiatalabb korban, amennyiben kísérő betegsége nincs a betegnek 325 mg aspirint adjunk, vagy csak

rendszeresen ellenőrizzük a beteget. Ha 60 évnél idősebb, vagy az előző korcsoportba tartozó, de kísérő betegsége is van: 325 mg aspirint javasolt. Minden 75 évnél idősebb nőbeteg, Marcumart kapjon javasolt INR érték 2,0-nél magasabb. Minden beteg, akinek a pitvarfirilláció mellett cukorbeteg és/vagy ISzB-e van kapjon Marcumar kezelést (INR: 2,0–3,0 között legyen) esetleg 80–160 mg aspirin kiegészítéssel. Szívelégtelenségben, magasvérnyomás betegségben, thyreotoxicosisban, reumás eredetű szívhiba esetén, mitrális szűkületben, műbillentyű beültetés után és/vagy trombo-embóliás anamnézissel bíró firilláló beteg Marcumar kezelésben részesüljön INR 2,5–3,5 közötti értékű legyen, ez jelent biztosítékot a trombo-embóliás szövődmény megelőzésére.

**Dr. Hidas István**

### A BELGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGBEN SZENVEDŐK IS VESZÉLYEZTETETTEK LEHETNEK TROMBÓZISRA

**M. Lins – Hausarzt-Praxis Melléklet 1/2005 (4-5)**

Az 1856-ban megállapított Virchow-trias ma is igaz. Rögsödés veszélye fennáll, ha az 1) érfal, 2) a vér összetétele, 3) a vérkeringés úgy változik meg, hogy növekszik a hajlam vérrög képződésre. Ezt mind a sérülés miatt fekvésre kényszerült, a nagyobb műtéten átesett, vagy bármilyen belgyógyászati betegség miatt hosszabb kórházi kezelésre (fekvésre) kárhozott beteg esetén igaz.

A trombózis veszélye növekszik a kor előrehaladtával, hiszen a kezelés miatt nyilvántartott betegek közül 1000 betegből 3 mélyvénás trombózt kaphat, még fiatal korban is. S ez a veszély idősebb korban tízszeresére is nőhet. A kezdeti tünetek meglehetősen nehezen kórismézhetők, a nagy statisztikák alapján csupán minden második eset kerül korán megállapításra. Az alapos klinikai vizsgálat duplex-szonográfiával kiegészítve, már 98%-os valószínűséget biztosít a korai kórisme megállapításban. A rizikó meghatározásban fontos szempontokat a német phlebológiai társaság a következőkben foglalta össze:

- 1) alapvetően veszélyeztetettnek minősül:
  - a visszeres, elhízott, 60 éven felüli, kiszáradt, poliglobuliás beteg, ha bármilyen belgyógyászati betegség miatt kezelésre szorul.
- 2) fokozza a veszélyeztetettséget:
  - az immobilizáció lázas betegség esetén, vénát izgató infúziós kezelés, 75 éven felüli életkor, nefrózis, vagy hormonális fogamzásgátló szedése.
- 3) a veszély igen magasra nő, ha apoplexia miatt hemiplégia, vagy hemiparézis, ha szívelégtelenség, COPD miatt kialakult légzési elégtelenség, vagy szepszis áll fenn. A veszély tovább fokozódik akkor, ha a kórelőzményben előfordult trombózis,

rosszindulatú daganat miatt kezelés, vagy a családi kórtörténetben bármilyen trombo-embóliás betegség.

Ilyen esetben mindig mérlegelendő az alacsony molekula súlyú heparin készítmény alkalmazása, akkor is, ha ez (látszólag) aránytalanul megnöveli a kezelés költségeit, mivel a már kialakult szövődmény kezelése sokkal költségesebb lenne, az életveszély megjelenéséről nem is szólva.

**Összefoglalva:** a megnövekedett átlagéletkorral a népesség kezelést-gondozást igénylő alapbetegségeinek a száma is több lesz. Ezzel párhuzamosan növekszik minden heveny belgyógyászati betegség trombo-embóliás szövődményének veszélye. Ezért a fent felsorolt esetekben mindig mérlegelnünk kell az érintett egyéni veszélyeztetettségét és ennek alapján dönteni a trombózis-profilaxis bevezetéséről

**Dr. Hidas István**

### AZ ALULÉRTÉKELT VESZÉLY TROMBOEMBÓLIA BELGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEKBE

**Rupert M. Bauersachs – Hausarzt-Praxis  
Továbbképző Melléklet 1/2005 (1-2)**

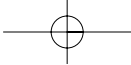
A boncolási statisztikák adatai szerint a halálos tüdőembóliák aránya belgyógyászati betegség miatt kezelték között is nagyon magas, az összes eset 75%-át is elérheti. A trombózis-profilaxis a sebészeti beavatkozásokon átesett betegek esetében ma már természetes. Ugyanez messze nem történik meg belgyógyászati betegség miatt kezeltéken. Sokszor még a veszélyeztetettség foka sem kerül megállapításra.

A perifériás visszér rögsödés gyakorisága a hosszabb kezelést igénylő belgyógyászati betegségeknél nem elhanyagolható. Ezek 20–30%-a nem kerül felderítésre, s ennek következtében kezelésre sem, következménye gyakran halálos tüdőembólia.

A nem kórismézett, következményesen nem kezelt esetek aránya több, mint 15 000 belgyógyászati beteg követése alapján 19%-nak bizonyult. Az esetek száma az életkorral exponenciálisan növekszik. Az Amerikai Egyesült Államokban végzett megfigyelések alapján egyértelműen megállapítható volt, hogy szívelégtelenség, heveny légzési elégtelenség, heveny fertőző betegség, vagy bélfertőzés miatt kezelt betegek esetében a szokásos szövődmények mellé a trombo-embóliás szövődmények emelkedett számát is hozzá kellett számolni.

A megelőzőként alkalmazott alacsony molekulasúlyú heparin készítmények alkalmazásával a komplikációk arányát harmadára sikerült csökkenteni.

A német statisztikai hivatal adatai szerint belgyógyászati betegség miatt kórházban kezelték között 7000-nél több tüdőembólia miatt bekövetkezett halál- esetet regisztráltak az elmúlt évben. A szakértői vélemények



alapján ezt a számot ötször nagyobbak tarthatjuk, s a kórismézett 130 000 körüli mélyvénás rögösödések száma is legalább 5x nagyobb a nyilvántartottnál. Hangsúlyozzák, hogy szemben a ma követett gyakorlattal, amikor kb. a rászorulókat fele (!) részesül csak trombózisprofilaxisban, általánossá kell tennünk, hogy minden veszélyeztetett beteg, aki belgyógyászati betegsége miatt igényel kezelést, részesüljön kismolekula súlyú heparin kezelésben minden esetben.

**Dr. Hidas István**

### **TOVÁBBRA IS A HÁZIORVOSI RENDSZER MARAD AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS ALAPJA NÉMETORSZÁGBAN?**

**A politikának mellettünk kell döntenie  
mindenképpen**

**Eberhard Mehl – Der Hausarzt 16 (2005) 15**

Megtörténtek a választások, egyik pártnak sem sikerült olyan többséget szereznie, ami kormány alakítást tett volna lehetővé. Bizonyos, hogy jó idő telik még el, míg tisztázódnak a viszonyok, ki, mit akar, mit tud megvalósítani. Egy azonban bizonyos, hogy a megindult reformok messze nem elégitik ki a várakozásokat Németország egészségügyi ellátásában.

Számunkra háziorvosok számára, azonban nem kell hogy ez a tény nyugtalanságot okozzon, hiszen már jókor minden igényünket, elképzelésünket mindkét oldallal megbeszéltük. Leszögeztük, továbbra is az a véleményünk, hogy csak a jól szervezett háziorvosi rendszer képes egy polgárbarát, humánus, megfizethető és magas színvonalú ellátást biztosítani Németország lakosságának

A feladat egyértelmű: a háziorvosi ellátás utánpótlását céltzontan kell biztosítani, ha eredményt akarunk elérni, s erről a politika minden szereplőjét meg kell győzni. Ehhez az első lépés: a háziorvos egzisztenciáját messzemenően támogatni és biztosítani kell, különös figyelemmel a nyugati és keleti országrészek között – jelenleg – fennálló különbségre. Különös tekintettel a tényre, ami a keleti országrészek szomorú orvos ellátottságát illeti.

Véleményünk szerint a háziorvosok – beleértve a háziorvosként dolgozó belgyógyászokat – Németországban világszínvonalú ellátást nyújtanak betegeiknek. Ennek az ellátási színvonalnak a megőrzése – egy öregedő társadalomban – csak erős alapokon nyugvó és az igényekkel lépést tartó háziorvosi ellátás biztosításával képzelhető el. Ez úgyben a politika és a politikások felelőssége egyértelmű. Biztosan állítható, hogy magas színvonalú háziorvosi ellátás nélkül – amihez az utánpótlás nevelése és megbeccsülése is hozzátartozik – mind az ellátás színvonala, mind annak finanszírozása tartóhatatlan lesz.

*(Azt hiszem, választások és annak eredményétől függetlenül mindezeket szóról-szóra hazánk viszonyaira is igaznak és mindenképpen megkívlelendőnek tarthatjuk Ref.)*

**Dr. Hidas István**

### **A JÁRÓBETEGKÉNT SZERZETT TÜDŐGYULLADÁS GYAKORI, ÉS – SAJNOS – AZ EMIATT BEKÖVETKEZŐ HALÁL SEM RITKA**

**Klaus Harzbecker – Der Hausarzt 16/2005  
(51-55)**

A járóbetegként elszervedett tüdőgyulladást (Community Acquired Pneumonie CAP) általában a lakóhelyi, vagy munkahelyi környezetben szerzett fertőzésként kell számon tartanunk. A gyakori előfordulása miatt (Németországban évente kb. 950 000 ilyen beteget észlelnek) óriási anyagi jelentősége is van. Az esetek kb. 20%-át kórházban kezelik, ezek 2%-a intenzív terápiás osztályra kerül a betegség súlyossága miatt. Az ösztimortalitás eléri a 6%-ot, az otthon kezelték között a 2%-ot. A legrosszabb a legionella fertőzés prognózisa, s az intenzív osztályon kezelték között akár 20%-os is lehet a halálozás. Különösen a más betegségek miatt is kezelésre szoruló idősebb generáció veszélyeztetett.

A leggyakoribb fertőző kórokozó a Streptococcus pneumoniae, s említést érdemel, hogy az összes ismert és gyakori megbetegedést kiváltó kórokozók antibiotikum érzékenysége folyamatosan romlik. A leggyakrabban kimutatott kórokozók a haemophilus influenzae, a mykoplasma pneumoniae, chlamydomyphila pneumoniae, moraxella catarrhalis, staphylococcus aureus, legionella pneumophila, enterobakteriaceae, és a vírusok.

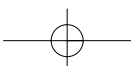
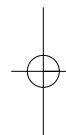
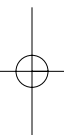
Az időskor és néhány fizikális vizsgálattal is jól észlelhető tünet fennállása esetén (tachypnoe 30/min.-nál magasabb légzésszám, hypotonia, tachykardia, lelassult pszichomotorium) indokolt a kórházba utalás.

A választandó készítmények elsősorban az aminopenicillin származékok, a cephalosporinok, a fluorokinolonok, makrolidok, esetleg a tetraciklinek közül a doxycyclin.

Természetesen adjuváns terápiaként az ágynyugalom, a trombózis profilaxis, a folyadékháztartás ellenőrzése, a kísérő betegségek pontos „karbantartása” köhögés és lázcsillapítók adása, sőt szükség esetén O2 belégzés is szóba jön.

A veszélyeztetett korosztály és betegcsoport influenza ellenes és pneumococcus fertőzést megelőző védőoltásban részesítendő. A szerző hangsúlyozza, hogy a 60 éven felüliek ebbe a csoportba sorolandók, így influenza A és B ellen évente, pneumococcus fertőzés ellen 6 évente védőoltásba kell részesíteni.

**Dr. Hidas István**



## II. ÉRTEŚÍTÉS

# A MAGYAR ÁLTALÁNOS ORVOSOK TUDOMÁNYOS EGYESÜLETE 2006. NOVEMBER 10–12. KÖZÖTT, EGERBEN A HOTEL EGER&PARK-BAN RENDEZI MEG SORONKÖVETKEZŐ XIV. ORSZÁGOS VÁNDORGYŰLÉSÉT

### A VÁNDORGYŰLÉS TÉMÁI:

#### 1. OKTATÁS-TUDOMÁNY (felkért résztvevőkkel)

Jelen és jövőkép az Egyetemeink Családorvosi Tanszékein és az OALI-ban folyó háziiorvosi szakképzésről, továbbképzésről és a tudományos kutatásról.

Ezt a témát – melyet „Kerekasztal” beszélgetés módszerével kívánunk kifejtetni – az Egyetemek prominens képviselői tartják és moderálják, de várjuk mindenkinek a véleményét, tapasztalatát, javaslatát ott helyben aktív hozzászólásával. Célunk: hogy mindenki átfoqó képet kapjon a tanszékeken zajló tevékenységről, és a felvetődött problémák összegzése után közös megállapodás megfogalmazására kerülhessen sor.

#### 2. PRAXIS TEVÉKENYSÉG (felkért résztvevőkkel)

Új szempontok a hipertónia gondozása és korszerű kezelése lehetőségeiről.

Ebben a témában is az interaktív „Kerekasztal” beszélgetés módszerét szeretnénk alkalmazni, amelyben még inkább számítunk a háziorvosok több éves személyes tapasztalataira: a vérnyomásmérés módszerével és a hipertónia gondozás szakmai kivitelezhetőségével kapcsolatban.

Az elmondottaknak fő célja, hogy a témában olyan közös megállapodások szülessenek, amelyek a ma alapellátási team-jében az adott témában a minőségbiztosítást is a megvalósítás szintjén szolgálják.

#### 3. SPECIÁLIS ÉRDEKLŐDÉSI KÖR

Mi foglalkoztat bennünket tudományos igényességgel a hétköznapi rutin munkáján kívül?

Ebben a nagyon szabad témakörben várjuk előadásaikat a már jól ismert hagyományos szempontok betartásával (határidők figyelembe vétele, összefoglalók beküldése, előadók és társszerzők teljes neve, titulusa, előadók és társszerzők munkahelyének pontos neve).

Az előadások a téma nagyságától függően max. 10 percre tervezhetők. A jelentkezést csak pontos, 4–5 mondatos absztrakttal tudjuk elfogadni. Kérjük a feltételek pontos betartását, mert a határidő után, valamint összefoglaló nélkül érkező előadásokat nem tudjuk programba iktatni.

**Az előadás összefoglalók visszaküldési határideje: július 25.**

**CÍM: MÁOTE Titkárság (1135 Budapest, Szabolcs u. 33–35. E-mail: verocs@oali.hu)**

**JELEZZE A MELLÉKELT JELENTKEZÉSI LAPON RÉSZVÉTELI SZÁNDÉKÁT.**