

## A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉG KEZELÉSE. MIT SEGÍT A VÉRCUKOR ÖNELLENŐRZÉS?

**Martin S. - Diabetes 2005: 54 (Suppl. 1)**

Napjainkig a vércukorszint önellenőrzése – általában – az 1-es típusú cukorbetegség „privilégiája” volt. De bebizonyosodott, hogy ezzel a módszerrel mind a morbiditási, mind pedig a mortalitási jellemzők jól befolyásolhatók, javíthatók a 2-es típusú cukorbetegség esetében is.

192 német háziorvosi praxisban 1995–1999 között 3286 új, gondozásba vett 2-es típusú cukorbetegét vizsgáltak. 1543 beteg esetében (ez az összes beteg 47,2%-a) egy éven keresztül rendszeres önellenőrzést tudtak megvalósítani. A kezelés eredményéről érkezett visszajelzések alapján megállapították, hogy ez komoly motivációt jelentett az odafigyelésre, és a gondozási stratégia pontos megtartására.

Az eredményt a cukorbeteg kísérő betegségeinek (AMI, apoplexia, amputáció, veseelégtelenség stb.) és a halálozás előfordulási gyakoriságának változása alapján értékelték.

Az összes szövődmények száma 293 (=9,0%) az ellenőrzött csoportban 7,2%, a nem ellenőrzött csoportban 10,4%. A betegség miatt elhunytak száma 120 volt (=3,7%) a rendszeresen ellenőrzöttek között ez 2,7% volt, a nem ellenőrzött csoportban 4,6% (!). Mindez annak ellenére megfigyelhető volt, hogy az ellenőrzött csoport korátalaga sokkal fiatalabb, (és betegségük kezdete korábbra volt tehető) anyagcseréjük jóval labilisabb volt, mint a nem ellenőrzötteké.

Következtetésként megállapították, hogy a vércukor önellenőrzés gyakorlata igen eredményes módszer az anyagcsere egyensúly fenntartására és a szövődmények (beleértve a korai halálos szövődeményeket is) megelőzésére. Javasolja: az önellenőrzés minél korábban történő bevezetését a korai szövődemények és az emelkedő halálozási mutatók eredményes befolyásolása érdekében.

**Dr. Hidas István**

## A PARTNER BETEGSÉGE ÉS/VAGY HALÁLA ALAPOSAN MEGNÖVELI A MORTALITÁS VESZÉLYÉT

**Szerk. közlemény – New Engl. J. Med. 2006/354(719-730)**

Ismert és évek óta megfigyelt tény, hogy a hosszabb kapcsolat megszakadása – az egyik partner betegsége, vagy halála miatt – megnöveli az egyedül maradt társ elhalálozásának veszélyét. Ez a veszély független a túlélő nemétől. A veszély közvetlenül a halál, vagy betegség megjelenése időpontjában a legnagyobb.

1993 és 2003 között vizsgált periódus idején 518 240

idős amerikai házaspár vizsgálata során jutottak erre a következtetésre. Érdekes megállapítás, hogy veszélyeztetettség foka függött a megállapított kórisme súlyosságától. Minél jobban érintette a megbetegedett partner fizikai és/vagy mentális képességeit a betegség, annál súlyosabbak voltak a bekövetkező egészségromlás jelei az addig egészséges partnernél.

Érdekes volt a betegségek elemzésénél megfigyelt összefüggés, a demencia és a COPD hatása volt a legkifejezettebb a partner fizikai és/vagy mentális romlására, esetleg bekövetkező halálára.

Hasonló összefüggést tudtak megállapítani a romlás milyensége és foka, valamint a szociális státusz között. A hölgyek, akik rossz szociális körülmények között éltek sokkal gyorsabban követték a partnert és hunytak el meglepő gyorsan a partner halála után, mint a kiegyensúlyozott, szociális biztonságban élők.

Az okot elsősorban abban találták a vizsgálatot végző kutatók, hogy a partner elvesztése okozta, minden esetben fennálló stressz szituáció mellett, ezekben az esetekben, nagy szerepe volt az emocionális, szociális és gazdasági veszteségnek, amit a partner elvesztése jelentett.

**Dr. Hidas István**

## A SZÍV- ÉRRENDSZERI BETEGSÉG „RIZIKÓ-PÁCIENSE” FIGYELJ A HASI ZSÍRELOSZLÁSRA IS!

**Brigitte Funk – Der Allgemeinarzt 10/2006 (47)**

Az iparosodott államokban a mozgásszegény életmód és a hibás étkezés okozta testsúlytöbblet, sőt elhízás egyre terjed. A típusosan hasi elhízás, különösen emelkedett vérnyomással együtt, erősen megnövekedett szív- érrendszeri veszélyeztetettség forrása.

A WHO megítélése szerint ez a tény legalább olyan fontos, mint a halálhoz vezető fertőző betegségek. A metabolikus egyensúly felborulása nőknél a 88 cm-t, férfiaknál a 102 cm-t meghaladó haskörfogat esetében már komoly veszély. Ha ehhez még dyslipidaemia és/vagy IGT csatlakozik, a rizikó többszörösére nő. Természetesen ezek a pácienseink éveken keresztül panasz- és tünetmentesek lehetnek, de veszélyeztetettségük ismeretében a háziorvosnak folyamatosan figyelemmel kell(ene) kísérnie őket. Ha a BMI 30-nál magasabb és a haskörfogat a fent jelzett értékeket eléri, külön vizsgálnunk kell a kardiális veszélyeztető tényezőket (is), rendszeres vérnyomás ellenőrzést, a lipid státusz folyamatos követését, a mikroalbuminuriát és a végtagkeringést Dopplerrel, érdemes évente ellenőriznünk.

A legkisebb gyanú esetén is mindent meg kell tennünk, hogy ezt a típusú hasi elhízást elkerüljük, s ha már megvan, igen szigorú diéta, alkohol és kalória-mentes italfogyasztás (ásványvíz!), a fizikai igénybevétel fokozatos bevezetésével csökkentjük a testsúlyt.

Jó tudnunk, hogy az AT1 receptor blokkolók ma a

leghatékonyabb vérnyomáscsökkentők közé tartoznak, s az angiotenzin II érszűkítő funkcióját is jól csökkentik. Ezzel a metabolikus tünetegyüttes kialakulását is hátráltatják. Ezért minden ilyen esetben, elsőként választandó szerként tartjuk nyilván, s a diéta, az életmód megváltoztatása mellett a leghatékonyabb szerünk a szív-érrendszeri szövődmények megelőzésében.

**Dr. Hidas István**

## HÁZIORVOS AKARSZ LENNI? CSAK LEBESZÉLNI TUDLAK

**Klaus Eiwelait - Der Allgemeinarzt 10/2006 (25)**

17 éve, szakképzett háziorvosként működő, Münsterben praxist vezető orvos, hajdani kórházi főnökét idézi: „az általános orvoslás halva született szakma”. Mint egy nagyváros 500 háziorvosának egyike, alárendelt szereplőnek érzi magát a német egészségügyi rendszerben.

A negyedév kezdetén – (Németországban negyedévenként megújítandó a bejelentkezés háziorvosához Ref.) – tömegével jönnek a betegek szakorvoshoz, vagy kórházba történő beutalás végett. Egyszer-egyszer apróbb egészségügyi problémával, keresőképtelen betegállományba vétel végett is megkeresnek, de komolyabb felkészültséget igénylő betegség kórisméje, terápiája már nem „háziorsosi kompetencia”, betegeim véleménye szerint.

Talán az idősebb generáció még többre értékeli munkánkat, de a fiatalabbak alig fordulnak meg rendelősemen. Valószínűleg falusi praxisokban még többre értékeli a háziorvos munkáját, mivel elérhető szakorvos nincsen a közelben, így majd minden orvosi ellátást igénylő panasszal a háziorvost keresik meg.

Pedig Münsterben is a sürgős ellátás és az éjszakai ügyelet biztosítása háziorvosi feladat, mivel ilyenkor szakorvost nem lehet találni sehol.

Bizonyosan a fenti tények – és a nevetséges honoráriumok is – hozzájárulnak szakmánk elértéktelenedéséhez. Ennek következménye, hogy egyre kevesebb fiatal orvos választja ezt a szakmát élete céljául, egyre kevesebben akarnak háziorvosként működni. Jómagam minden fiatal orvost lebeszélek arról, hogy háziorvosi állást pályázzon meg, inkább tanuljon tovább, legyen bármilyen szakorvos, esetleg – ha nyelvet beszél – menjen külföldre.

Ezt a – sajnálatos – tendenciát nem változtatja meg a családorvosi tanszékek létesítése és a különböző egyetemi címek (professzor, egyetemi docens stb.) elnyerésének lehetősége, és/vagy a tudományos munka feltételeinek biztosítása sem a tanszékeken.

Talán javul majd a helyzet, hiszen „akinek halálhírért keltik, sokáig él”.

(Érdemesnek tartottam részletesen ismertetni az

olvasói levelet, mivel hazánkban is ebbe az irányba változnak a dolgok. Napról-napra nehezebbé válik a túlzott adminisztrációval is terhelt munkánk, s lassan nem lesz időnk a beteggel foglalkoznunk, ha minden előírást pontosan megtartunk. Ref.)

**Dr. Hidas István**

## AZ ATEROSZKLERÓZIS KEZELÉSE. A MESZES EREK TERHELÉSÉT CSÖKKENTENI KELL, EZZEL A BELSŐ SZERVEK VÉDELME T JAVÍJTUK

**Claudia-Viktoria Schwörer – Der Allgemeinarzt 10/2006 (58)**

Az érlemeszesedés megelőzése, kezelése egyet jelent a szív, az agy és a vesék védelmével. Első lépés a vérnyomás eredményes kezelése, amivel a szövődményeket (AMI, Stroke, veseelégtelenség stb.) tudjuk megelőzni.

A zsír és mézlerakódás legnagyobb rizikóját az emelkedett, oxidált LDL-koleszterin jelenti. A folyamat megindulásában bizonyos lobos folyamatok játszanak szerepet, amelyet az emelkedett vérnyomás, a dohányzás, a túlsúly, a 2-es típusú cukorbetegség fennállása „készít elő”. A lobos folyamatokat „előkészítő” citokinek (interleukin-1, tumor nekrozis faktor, angiotenzin II. stb.) nemcsak a vérnyomás- betegség előidézésében, és a szerv-remodelling folyamatában játszanak szerepet, hanem az ún. citokin-kaszád elindításában is fontosak.

A vérnyomás emelkedés (már 130/90 Hgmm fölötti értékek), apró sérüléseket okoznak az erek falában, melyek „néma befolyást” gyakorolnak a későbbi komolyabb elváltozások kialakulásában. A kezeléssel nemcsak a vérnyomást kell csökkentenünk, hanem az angiotenzin rendszert is jó irányban befolyásoljuk. Az angiotenzin-1 antagonistáknak van bizonyított lobbgátló hatásuk a vérnyomáscsökkentő hatásuk mellett, ezért hatékonyak a szövődmények megelőzése területén is. Európai gyógyszer vizsgálat (EUTOPIA) bizonyította az olmesartan lobbgátló hatását, adagolás során szignifikánsan csökkent a C-reaktív protein szintje minden kezelt betegnél.

Bizonyítottnak tekinthető, hogy az olmesartan monoterápia és/vagy hidroklorotiaziddal történő kombinált kezelés, nemcsak a vérnyomást csökkenti, hanem szervvédelem fokozott elérésével alkalmas a szövődmények megelőzésére is. Ezért a vizsgálat alapján bizonyítottnak tekintik, hogy egyéb vérnyomáscsökkentőkkel szemben ajánlott e szerek alkalmazása, mivel a szövődmények megelőzése e szerekkel hatékonyabb, mint bármely más eddig alkalmazott kezelési mód esetében.

**Dr. Hidas István**

## AZ ELHÍZÁS SEBÉSZI KEZELÉSE

### Irodalmi áttekintés – Der Allgemeinarzt 10/2006 (6-8)

A betegesen kövér pácienseink (ha a BMI >40 kg/m<sup>2</sup>) eredményes kezelése konzervatív módszerekkel gyakran nem valósítható meg. Ilyen esetben mindig gondolnunk kell – a beteg érdekében – a sebészi kezelés lehetőségére is.

Általános indikáció: minden esetben megkísérlendő a sebészi beavatkozás, ha a túlsúly életet veszélyeztető kísérőbetegség kialakulását okozza. Ez indokolt a fent jelzett túlsúly, vagy ennél kisebb mértékű elhízás, de szövődmények jelentkezése, és egy éves szigorúan ellenőrzött konzervatív kezelés eredménytelensége esetén minden esetben.

Ellenjavallt a műtéti beavatkozás drog-, vagy alkohol-függőség, bármilyen egyéb, a sebészi beavatkozást ellenjavalló betegség és pszichózis esetén.

Az eljárások beoszthatók a táplálék felvételének gátlása, az ún. „malabszorptív” a felszívódást gátló módszerekre. Az első a gyomor bennék térfogatának csökkentésével, a második a felszívódás helyének megkerülésével működik.

Az eljárások közül a leggyakoribb az állítható gyomorbandage, mely egy „kisebb úrtartalmú elő-gyomrot” hoz létre és ennek gyors telődése és ürülése kevesebb étel felvételt és rosszabb felszívódást okozva lassú, de tartós fogyást okoz. Ma már ilyen gyomorszűkítő eljárást laparaskóppal is végeznek, sőt a felhelyezett pánt, üreges megoldással akár levegővel, vagy folyadékkal változtatható szűkítést biztosíthat a gyomorszáj és test között.

A második, operatív beavatkozás az ún. jejunum-ileális bypass, amikor egy hosszabb bélszakaszt kiiktatnak az emésztő-traktusból.

Első időben a műtétet követően csak folyadék, majd fokozatosan pépes, később szilárd koszt is fogyasztható, de a gyomor csökkentett úrtartalma miatt csak igen kis mennyiségben és alapos rágás után.

A gyomor-bypass műtét a megkisebbített gyomor-részre varrja az ileumot és a duodenum a jejunumot megkerülve szájazik az alsóbb bélszakaszhoz. A legheroikusabb beavatkozás során a gyomrot keskeny csővé operálják és a nyombél megkerülésével a vékony-

bél szakasz végéhez csatlakoztatják megrövidítve alaposan a felszívódásban érdekelt vékonybél szakaszt. Ezzel a túlsúly 65–75%-át tudják kiküszöbölni rövid idő alatt. Egyetlen probléma: a híg széket és/vagy steatorrhoea jelentkezése a műtét után.

**Dr. Hidas István**

### A VÉRNYOMÁSBETEGSÉG KEZELÉSE. SEGÉLY A REMÉNYT VESZTETT BETEGEKNEK

#### Vera Seifert – Der Allgemeinarzt 10: 2006 (56)

A vérnyomásbetegség nem fáj, sőt a szövődményei sem okoznak panaszt, ritkán észlelhetők közvetlenül. Ezért sokszor eredménytelen a legmodernebb kezelési mód is, mert betegeink együttműködési készsége szegényes.

A statisztika: a kezelést igénylő vérnyomásbetegek 30–60%-a egy éven belül megszakítja a kezelést. 5%-uk ki sem váltja a felírt gyógyszert, s az „együttműködők” közel fele sem veszi komolyan a *pontos gyógyszer-szedési* előírást. Az együttműködés hiánya a nem megfelelő motiváltság, a felvilágosítás elmulasztása és/ill. a feledékenység rovására írható.

A **VALID**-tanulmány azt vizsgálta, vajon az együttműködő készség javítását célzó intézkedések (ismételt, alapos felvilágosítás, gyakori ellenőrzés stb.) javítja-e az eredményeket.

5645 vérnyomás-beteg kezelése valsartan és valsartan-tiazid kombinációval folyt. A vizsgáltak felénél egy „compliance-csomag”-gal kiegészítve történt a lebonnyolítás (alapos, szóban folytatott felvilágosítás, a német hipertónia liga brosúrája, egy emlékeztető a gyógyszer-szedésre, kedvezményes vérnyomásmérő vásárlásra utalvány, az élettárs bevonása a „gondozás”-ba)

A vizsgálat kezdetén és befejezésekor kérdőíves értékelést végeztek (MORISKY-score), amellyel a kezelés eredményét vizsgálták. A kérdések között a szubjektív panaszok, az ellenőrzés gyakorisága, a mért értékek és az ismételt gyógyszerrendelés időpontja szerepelt, 0–5 közötti pontértékekkel.

A compliance-javító csomag alkalmazása egyértelműen javította az eredményeket, mert a kontroll-csoporthoz viszonyítva jelentősen jobb értékek adódtak a „csomag” alkalmazásával.

**Dr. Hidas István**

## A PARODONTITIS, ÚJABB RIZIKÓ A CUKORBETEGEKNEK

**Angela Monecke – Diabetes-Forum 8:24-25  
(2006. augusztus)**

Körkérdés alapján kiderült, hogy a cukorbetegek között nagyon kevesen tudják, hogy parodontitis is lehet következménye a cukorbetegségnek. A vizsgálat során 1500 cukorbeteget kérdeztek meg, s a legtöbben (95%) tisztában voltak a cukorbeteg és a látásromlás közötti összefüggéssel. Hasonlóképpen volt fogalmuk az anyagcsere-zavar és szív-érrendszeri betegségek, vesefunkció romlás, lábszárfekély kialakulásának gyakoribb előfordulása között fennálló összefüggésről (általában a megkérdezettek 70–92%-a tudta a helyes választ). Ezzel szemben a szájüreg megbetegedését csak minden harmadik megkérdezett hozta összefüggésbe a cukorbetegséggel.

A megelőzés lehetőségéről még kevesebben tudtak,

ezért tartja lényegesnek a szerző, hogy erről minden gyakorló orvos – nemcsak a fogorvosok – minden orvos–beteg találkozó alkalmával kérdezzék, és/vagy világoztassák föl a cukorbeteget.

Fontos az alapos száj (fog) higiéné, az alapos fogmosás, lehetőleg a fogközök alapos tisztításával, melyet kiegészíthetünk a fogorvosnál történő ellenőrző vizsgálattal és fogkö-eltávolítással, ami mint megelőző tevékenység és a cukorbeteg gondozás egyik sarokköve kellene, legyen. Külön hangsúlyozandó a cukorbeteg legalább 2 havonta cserélje a fogkefét (*ez egészségesnél sem utolsó szempont a hatékony szájhigiéné elérése céljából Ref.*) és olyan fogkrémet használjon, mely a fog tisztítása mellett a száj (a nyelv) tisztításában is fontos lehet.

A hatékony szájhigiéné az egyre terjedő szájüregi fertőzések és (malignus) daganatok megelőzésében fontos szerepet játszik, ezért reklámozása minden egészségügyi dolgozó fontos feladata kell, legyen.

**Dr. Hidas István**

## A MOTESZ RENDEZÉSÉBEN 2006. NOVEMBER 24.-ÉN, PÉNTEKEN 10.00-KOR A MOTESZ SZÉKHÁZ I. EMELET 135. ELŐADÓTERMÉBEN KERÜL LEBONYOLÍTÁSRA A SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS 2006. SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK SÜRGŐSSÉGI VONATKOZÁSAI – DROG, GYÓGYSZER, ALKOHOL

címmel a következő interdiszciplináris fórum. Az egyeztető megbeszélésen (2006. május 24.-én és 2006. június 14.-én) az Egyesület képviselőjében vettem részt.

A végleges programot a 2006. szeptember 6.-án állítjuk össze. De az előzetes program megbeszélése után bizonyossá vált, hogy a tematika az alapellátást minden vonatkozásában érinti, ennek megfelelően az előadók, és/ill. kerekasztal beszélgetés résztvevői között szakmánk képviselői is szerepelnek. Az egyes témák kiváló ismerői (Dr. Jávor András, Dr. Zacher Gábor, Dr. Funk Sándor, Dr. Janecskó Mária, Dr. Pikó Károly, szakmánk képviselői közül Dr. Sirák András, Dr. Szabó János, Dr. Morva László) biztosítékot jelentenek a magas színvonalú továbbképzésre.

Javasolom: mindenki már most jelölje meg az előjegyzési naptárában ezt a napot és készüljön a továbbképző konferencián történő részvételre.

**Dr. Hidas István**

## A VILÁG „EGÉSZSÉG-NAPJA” 2006-BAN. ÜNNEP, VAGY GLOBÁLIS KRÍZIS?

**Bruce Sparks a Családorvosok  
Világszövetségének elnöke – WONCA – News  
32:No 2(2006)**

Az ez évi Világ-Egészség-Napja lehetőséget biztosított, hogy megünnepeljük azt az említésre méltó haladást, amelyet a földünk egészségügyben dolgozó szakemberei értek. Az ünnepségek, melyeket Washingtonban, a WHO szervezésében indítottak ez év áprilisában, a folytatásban leginkább az egészségügyben dolgozók munkakörülményinek, megbecsülésének és létszámának csökkenését tudta megállapítani.

A krízis ebből adódik, a WHO statisztikái azt bizonyították, hogy az egészségügyi ellátásban dolgozók létszáma a kívánt töredékére süllyedt. A gyermekkorban szükséges védőoltások, a HIV/AIDS fertőzöttek ellátása, a malária és a tbc elleni küzdelem sikertelensége egyértelműen összefügg a munkában érdekelt szakemberek létszámának, felkészültségének, gyakorlatának hiányával. Ezt a madárinfluenza okozta megnagyobboldott igény, még jobban alátámasztotta.

A jelenlegi igény alapján kb. 4 millióval (!) több szakemberre lenne szükség, hogy az ellátás zavartalan legyen. Ez az igény a felmérés alapján 57 ország elmaradott egészségügyi ellátását – közülük 36 a Szub-Saharai afrikai régió országa! – kellene, támogassa. Ebben a régióban lakik ma a világ népességének 11%-a, az ellátást igénylő betegek 24%-ával és itt van az világ egészségügyi szakembereinek mindössze 3%-a.

Ettől függetlenül, hangsúlyozza a kiadott kiáltvány, a többi állam kötelességét az egészségügyi dolgozók

nagyobb megbecsülése végett, mert a tendencia folytatódása mindenütt az ellátás nehézségeivel fenyeget. Ezért ennek megelőzésére mind helyi, mind nemzeti, mind globális változtatásokra van szükség, s ebben az állami, kormányzati tényezőknek és a szakma képviselőinek egyaránt vannak teendői.

Fontos tudnunk, hogy a fent említett területek orvoshiánya a jelenleg fejlett egészségügyi ellátással rendelkező régiókat is fenyegeti, ha a tendenciát nem sikerül megváltoztatni. Vonatkozik ez elsősorban a családorvosi ellátásra, hiszen mind Új-Zélandon, mind Kanadában nagy területek, szám szerint betegek milliói, nem találnak alapellátásra módot ma, a 21. szd-ban. Kanadában jelenleg 3000 üres háziiorvosi állás van, s további 1400 praxist nyugdíjas korú lát el, s közülük sokan heti 75 órát vannak szolgálatban.

A szegényebb országok képzett szakemberei számára a gazdagabb régiók jobb anyagi feltételei ugyan vonzóak, de az igénnyel nem tud lépést tartani a kínálat, ezért mindkét terület veszélybe kerül. Hogy mi a megoldás? Sürgősen javítandók a munkafeltételek, a képzési lehetőségek és a jövőre vonatkozó elképzelések pontosítása, hiszen a megkezdett változtatások 10–12 év múlva *(ennyi idő szükséges majd mindenütt a szakorvos képzés teljesítéséhez a tanulmányok megkezdésétől)* valósulhatnak meg és lesznek észrevehetőek az ellátásban. Félő, hogy máris elkéstünk, s ha azonnal nem lépünk, a krízis – mely ma már világszerte észlehető – tragédiába torkollik (még nálunk is).

*(Azt hiszem ehhez semmiféle kommentár nem szükséges, jó lenne, ha az egészségügyi vezetés is tudná ezt s azonnal hatékony lépéseket tenne a megoldás irányába. Ref.)*

**Dr. Hidas István**

## IDŐSKOR-COMORBIDITÁS II.

**Idős betegek korszerű keringési és neuropszichiátriai kezelése, fájdalomcsillapítása**

**Orvostovábbképző és Geriátriai Szakvizsgafelkészítő Tanfolyam**

**Zalakaros, MenDan Thermal Hotel**

**2006. október 13–14.**

**Megítélt kreditpont (Simmelweis Egyetem): 32 Részletes info:**

**<http://www.convention.hu/> (belföldi rendezvények), vagy**

**<http://www.opni.hu/oktatas/orvosi/szakorv.tovabbkepzh.htm>**