

A CSALÁDORVOS KUTATÓK ORSZÁGOS SZERVEZETE (CSAKOSZ) VI. KONGRESSZUSÁN (Hajdúszoboszló, 2007. február 23–24.) elhangzott előadások összefoglalói

A HÁZIORVOSLÁS AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

A bizonyítékokon alapuló orvoslás jelentősége az alapellátásban

Prof. dr. Kalabay László, dr. Eőry Ajándék
SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

A bizonyítékokon alapuló orvoslás (Evidence-Based Medicine, EBM) olyan probléma-megoldó eljárás, mely az egészségügyi szakemberek döntéseit segíti, mind orvosi mind politikai vonalon. A háziorvos mindennapi munkájában a klinikai diagnosztikus, terápiás és prevenció-s tevékenységét javítja, 1. a releváns és megválaszolható kérdések megfogalmazásával, 2. meggyőző tudományos bizonyítékok módszeres keresésével, 3. a valószínűségnek és kockázatnak a klinikai döntéshozatalban történő megfelelő alkalmazásával. Az EBM mindennapi alkalmazását korlátozhatja a bizonyíték elégtelensége, emberi tényezők, szervezési tényezők és külső tényezők.

A ma már egyre szélesebb körben kialakított és megkövetelt klinikai irányelvek az EBM eredményein alapulnak. A diagnosztikus, terápiás és prevenció-s irányelvek legnagyobb előnye a bizonyítottan hatásos módszerek elterjesztése azokkal szemben, melyek hatásossága nem bizonyított. Követésüket számos esetben jogszabály írja elő, és betartásuk az orvos érdeke. A guideline alkalmazása azonban káros is lehet, ha rosszul tervezett vizsgálaton alapszik, hasonlóképpen, ha az azt kidolgozó bizottság véleménye olykor szubjektív. A jó irányelv is csak akkor alkalmazható a gyakorlatban, ha összhangban van a beteg és a társadalom igényeivel, anyagi lehetőségeivel, a holisztikus betegszemlélettel.

Nem közömbös tehát, hogy mikor és hogyan használjuk a diagnosztikus, terápiás és prevenció-s irányelveket. Hasonlóképpen fontos a Magyarországon és külföldön elfogadott irányelvek lelőhelyeinek ismerete.

Paradigmaváltás az alapellátásban?

Dr. Bíró Ferenc

PTE OEKK, ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Bevezetés. A most folyó egészségügyi átalakítás részeként az alapellátást érintő reformintézkedések nagyban

befolyásolják a háziorvosi team munkamódszerét és ennek következtében az orvos-beteg kapcsolatot is. Megbeszélés. Falusi és kisvárosi praxisokban az alapellátás sokkal személyesebb orvos-beteg kapcsolaton és sok helyi ismereten alapszik. Ezek a hatások kevésbé használhatók fel majd a gyógyításban, ha az egy beteg ellátására fordítható idő a megnövekedett adminisztráció miatt lecsökken. Várható hatás még a beteg compliance-ának csökkenése. A gondozási munka hatékonyságának átmeneti csökkenése és – a legfőbb gondozási csoportokban – a kardio- és cerebrovaszkuláris katasztrófák arányának növekedése. Az új helyzetnek megfelelően a szakmai kollégiumnak ismételtlen át kell majd tekintenie a szakmai irányelveket.

Összegzés. Az eddig elfogadott holisztikus szemléletű gyógyításhoz képest az orvos-beteg találkozások mechanikusabbá válása, az adminisztratív jelentések, kódolások számának növekedése, a vizitdíj, a racionális gyógyszerelés, szakmai evidenciák megváltoztatják és átalakítják a gyógyítás egész folyamatát. Végső hatásuk azonban kimutatható anyagi hátrányt is jelent majd az egészségügy összköltségeinek tekintetében.

Korlátozó tényezők a racionális farmakoterápia alkalmazásában

Prof. dr. Nagy Lajos

PTE OEKK, ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Előzmények. Az egészségügyben elindított alapvető változások kapcsán növekvő szerep hárul az alapellátásra, amelynek egyik eleme a definitív betegellátás arányának növelése. Az orvos-beteg találkozások gyakori célja a diagnózis megállapítása és a célszerű terápia meghatározása és végrehajtása. Sajnálatos, hogy a családorvos munkáját szabályozni hivatott diagnosztikai és kezelési irányelvek érvényesülésének útjában korlátozó tényezők állnak.

Cél. Az előadás elemzi a racionális gyógyszeres terápia követelményeit és ezek elérésének lehetőségeit. Ilyenek: a pontos diagnózis, a korszerű összetételű P (perszonális) gyógyszerlista, a fontosabb kölcsönhatások és mellékhatások ismerete, a hosszantartó gyógyszeres

kezelés törvényszerűségeinek figyelembe vétele (pl.: tolerancia, megvonási tünetek), az ún. „aktív betegek”, ill. a terápiát elfogadó betegek arányának növelése, az időskorú betegek speciális körülményeinek és a gyógyszerelváltás szakmai szempontjainak figyelembe vétele, valamint a fontosabb farmakokinetikai adatok alkalmazása.

Következtetés. A családorvos, a családorvosi tanszékek és a családorvoslás szakmai szervezetei is sokat tehetnek a szakmai protokollokban megfogalmazott terápiás irányelvek érvényesítése érdekében.

A RIGHT-projekt: Komplex informatikai rendszer az alapellátás munkájának segítésére

Dr. Jancsó Zoltán, dr. Kovács Eszter, dr. Simay

Attila, prof. dr. Ilyés István

DEOEC NK Családorvosi Tanszék, Debrecen

A Debreceni Egyetem Családorvosi Tanszéke egy nemzetközi konzorcium tagjaként részt vesz egy, az Európai Unió VI. Keretprogramja keretében meghirdetett projekt megvalósításában.

A projekt célkitűzése az alapellátásban alkalmazható korszerű infrastruktúra kialakítása: az Internet alapú informatikai rendszer szükségleteinek meghatározása, összetevőinek megszervezése, a rendszer kidolgozása,

majd működésének tesztelése, gyakorlati kipróbálása és elterjesztése a gyakorlatban.

A felhasználói igények felmérése bizonyította, hogy feltétlenül szükséges a háziorvosi tevékenység szempontjából legfontosabb szakmai irányelvek integrálása a kialakítandó rendszerbe. A felhasználó partnerek a hipertóniával, a diabétesz mellitusszal, a dislipidémiákkal, a depressziókkal és a COPD-vel kapcsolatos szakmai irányelvek beépítése mellett döntöttek.

A technikai partnerek meghatározták a rendszer informatikai tartalmát. A döntéstámogató rendszer (DDS) szakmai alapját és tartalmát a rendszerbe integrált szakmai irányelvek képezik. A szakmai együttműködést biztosító rendszer (CCVS) beépítésének célja az alapellátás közvetlen kapcsolatainak gyors biztosítása az egészségügyi ellátó rendszer szereplőivel. A tudásrendező és tároló rendszer (KM) az ellátó számítógépéhez csatlakozó modul, ami az Internet kapcsolat révén széles körű szakmai információk helyben történő gyors elérését biztosítja. A felhasználói profiler (UP) az ellátó számára szükséges információk, tudásanyag gyűjtését, tárolását, szükség szerinti előhívását teszi lehetővé.

A következő időszak legfontosabb feladatai a rendszer tesztelésének előkészítése, annak elvégzése, a rendszer megismertetése az alapellátásban dolgozó szakemberekkel és a gyakorlati alkalmazás elősegítése.

AZ ORVOS–BETEG KAPCSOLAT AZ ALAPELLÁTÁSBAN. A GONDOZÁS KÉRDÉSEI

Orvosi döntések – erkölcsi dilemmák

Dr. Blasszauer Béla

PTE OEKK, ÁOK, Családorvostani Intézet és III. sz.

Belgyógyászati Klinika, Pécs

Sajnos nincs semmilyen adat arra vonatkozóan, hogy általában az orvoslásban, s különösen a családorvoslásban, milyen mértékben okoznak erkölcsi dilemmát az orvosi döntések. Arról is csak sejtések vannak, hogy az Egyesült Államokban, – ahol szinte mindenről végeznek felmérést – milyen etikai problémák nehezítik a családorvosok munkáját. A sejtések az orvosi díjjal, a kommunikációval, a kompetenciával és a felvilágosítás mértékével kapcsolatosak. Nem kétséges, hogy ezek is összefüggésben vannak az orvosi döntésekkel, de nem kimondottan az alkalmazott terápiák meghatározásával. Természetesen számos etikai kérdésben nincs egyedüli helyes döntés. Persze sok esetben tudható, hogy egy adott döntés teljesen helytelen, vagyis erkölcstelen (Pl. fájdalomcsillapító nélkül végezni fájdalmas beavatkozást). Ha nem is sűrűn, de előfordul, hogy orvosok, asszisztensek, nővérek döntenek oly módon, hogy döntésük komoly etikai dilemmát jelent a betegnek, a

családtagoknak és az ismerősöknek. Ez annak is be tudható, hogy az utóbbi 50 évben az orvoslás gyökeresen megváltozott. A paternalista orvos-beteg viszony radikálisan átalakult. A beteg autonómiája, önrendelkezési joga került a kapcsolat középpontjába. A világon mindenhol ismerik, ismertetik a betegjogokat, amelyeket időnként nem könnyű összeegyeztetni az orvosi felelősséggel és integritással. Hogy ily módon nehezebbé vált-e az orvosi döntés, azt nehéz egyértelmű igennel, vagy nemmel megválaszolni.

Ahhoz, hogy a beteg is dönthessen, vagyis autonómiájával élni tudjon, tájékoztatni kell. Felelőssége, mind az orvosnak, mind a betegnek, csak a tények birtokában, választási lehetőség esetén van. Ma már nem kétséges, hogy az egyik legalapvetőbb erkölcsi elv, hogy a végső döntés joga a kompetens betegé. S ha ezt maradéktalanul figyelembe is vesszük, akkor is bőven marad számos olyan erkölcsi dilemma, amely az orvosi döntéssel szorosan összefügg. Néhány példa: túlkezelés, illetve alulkezelés az élet végén; a kezelés elhagyása, ill. el sem kezdése; mi is valójában a hasztalan kezelés? Ki számára hasztalan? Több beleszólást akar a beteg vagy a hozzátartozó; vagy semmilyen döntésben sem kíván részt venni.

A beteg érdeke a legfőbb törvény. Kinek a szempontjából? Mi a teendő, ha a beteg belátási képessége (kompetenciája) hiányzik? Létezhet-e helyettes döntéshozó vagy írásban rögzített akaratnyilvánítás? Kell-e vizsgálni a beteg feltételezett akaratát vagy a feltételezett érdekét? Érdemes-e már előre kezelési tervet készíteni? Kit is kell újraéleszteni? Hogyan lehet a jogszabályokat és az erkölcsi normákat követni és betartani, például akkor, ha azok ellentmondanak az orvos lelkiismeretének? A kérdések szinte végtelenek.

Mit várnak a betegek a családorvostól?

Dr. Rurik Imre

XX. Kerületi Háziiorvosi Központ, Budapest, SE ÁOK
Családorvosi Tanszék, Budapest

A betegek elvárása háziiorvosuk irányába nagyon különböző. Függetlenül a beteg személyiségétől, kulturális színvonalától, gazdasági helyzetétől, a betegség jellegétől, kórfolyásától, az orvossal kialakított személyes kapcsolat jellegétől és a környezet hatásaitól.

A betegek elvárásainak való megfelelés a háziiorvos számára fontos kihívás, amelynek nem minden esetben tudunk megfelelni.

A betegek elvárásait befolyásoló tényezőket, ezek kölcsönhatását, az orvos készségeinek kialakítási módját, az egyéni fejlődés lehetőségeit taglalja az előadás strukturált formában.

A külföldi vizsgálatok tapasztalatainak ismertetése, a kielégíthető igények felsorolása után ismerteti a beteg bevonásának fontosságát, az orvos és a beteg által közösen kialakítandó cselekvési programba. Elemzi a felkínálható döntési lehetőségek megismertetésének és a szükséges információk átadásának fontosságát.

Az általános ajánlásokon túlmenően érinti a hazai változások előrelátható hatásait.

A beteg, mint az egészségügy aktív résztvevője

Dr. Símek Ágnes

Oktató Családorvosi Praxis, Badacsonytördemic

Az orvostudomány eredményeire támaszkodva erőfeszítéseket teszünk, hogy minél több egészséges életévet, teljesebb rehabilitációt és jobb életminőséget biztosítsunk betegeinknek. Sokoldalú szervezéssel különböző szakemberekből álló csapatok alakulnak egy-egy betegség komplex kezelésére, rehabilitációjára. Csak épp a beteg marad ki a csapatmunkából. A jogszabályok megkövetelik a beteg szakszerű tájékoztatását, beleegyezését az elvégzendő beavatkozásokba, de nem tartják szükségszerűnek a beteg bevonását a döntés-előkészítésbe, a gyógyítási folyamat egészébe.

Pedig a beteg valós együttműködése az óvodában, általános iskolában kezdődik, az alapvető higiénés ismeretek, az egészségtan elsajátításával. A betegoktatásnak folyamatosnak kell lennie. A médiának, helyi közösségeknek, egészségügyi szakembereknek össze kell han-

golniuk munkájukat, hogy a betegek folyamatosan tájékozódjanak a betegségek tüneteiről, megelőzésükről, az orvoshoz fordulás indokairól, a panaszok elsődleges ellátásáról, a házi ápolás lehetőségeiről.

A feladatra alkalmasak a betegklubok, a helyi lakóközösségek, a háziiorvosi praxis valamennyi dolgozója. Külön hangsúlyt érdemel a betegek és szakemberek közös oktatása, nevelése, melyet Badacsonytördemecen néhány év óta sikeresen valósítunk meg. Csak a saját testével, egészségével tisztában lévő betegről várhatjuk el a teljes együttműködést az egészségügyi ellátókkal, a felelősség, és sok tekintetben a munka megosztását is. Esetünkben nagyobb a lehetőség a szűrő-megelőző tevékenység, a megfelelő gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelés igénybevételére, a polipragmázia elkerülésére, a sikeres rehabilitációra.

Mindehhez sokat kell változnia az orvostársadalomnak is: a beteg- és nem betegségek központú medikusképzéstől, a hallgatók szakmai alkalmasságának felmérésétől kezdve a gyakorlatorientált szakmai továbbképzések megvalósításáig. A patriarchális-diktatórikus orvosi rendeltetést váltsa fel a konzultáció, a beteg és orvosa közös helyzetelemzése, értékelése. Ugyanakkor a betegnek mégiscsak szüksége van a képzett szakember irányítására, támogatására. Az orvos maradjon meg, mint gyógyszer, csak a keserű pirula helyett élvezhető keverék legyen.

A megújuló, a beteg felelősségét is igénylő ellátási rendszert sokban tudná támogatni a biztosítási rendszer bonus-malus átalakítása, amire sok sikeres külföldi példát láthatunk.

A családorvosok egészségi állapotának, egészségmagatartásának és alvási szokásainak vizsgálata

Dr. Torzsa Péter¹, prof. dr. Knopp Mária², prof. dr. Kalabay László¹, dr. Novák Márta²

SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest¹, SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest²

Célkitűzések. A mindennapi gyógyító munka során gyakran előfordul, hogy saját egészségi állapotunkkal nem törődünk, a túlhajszolt életmód, stressz miatt alvászavar alakulhat ki. Vizsgálatunk célkitűzése a háziiorvosok egészségi állapotának, alvási szokásainak felmérése volt.

Módszerek. 150 családorvos töltötte ki az orvosok egészségi állapotára, életmódjára, pszichés állapotára, alvási szokásaira irányuló kérdőívet. A kérdőívben szereplő kérdések egy része megegyezett a Hungarostudy 2002 kérdéseivel.

Eredmények. A vizsgálatban résztvevő orvosok átlagéletkora $55,6 \pm 10,6$ év, 80 nő és 70 férfi. Az orvosok közel 1/3-ának nincs családorvosa. Az orvosok 36,6%-a túlsúlyos, 15,3%-uk kórosan elhízott. Hipertónia 17,8%-ban, emelkedett koleszterinérték 64%, magasabb vércukorérték 10%-ban fordult elő. A család-

orvosok 40%-a hetente több alkalommal fogyaszt alkoholt, 50%-uk égetett szeszt is rendszeresen fogyaszt. A rövidített Beck depressziós kérdőív enyhe depressziót 18,6%-ban, közepes depressziót 4,7%-ban, súlyos depressziót 6%-ban mutatott ki, utóbbi gyakrabban fordult elő a férfiaknál. Hétköznap a nők 35,7%-a, a férfiak 45,3 %-a alszik kevesebb, mint 7 órát, hétvégén ez az arány 12,1% és 20,7%. Egy hónapon belül legalább három alkalommal alvással kapcsolatos probléma a nők 45,3%-nál, a férfiak 69,2%-nál jelentkezett. Az orvosok 4%-a (1 nő és 5 férfi) horkol hangosan, légzészűnetekkel, mely alvási apnoe jelenlétére utalhat. A nők 19,7%-nak vannak elalvási problémái, túl korai ébredést 38,2%-uk panaszkodott, ez az arány a férfiaknál 32,8% és 54,4%. Felébredés után a nők 65,8%-a, a férfiak 56,2%-a kimerültnak, fáradtnak érzi magát, mely nagymértékben befolyásolja nappali (testi és szellemi) teljesítményüket. Az alvási problémák és a depressziós tünetek között szignifikáns korrelációt találtunk minden életkorban ($r = 0.40$, $p < 0.001$).

Következtetés. Vizsgálatunk arra utal, hogy a családorvosok kevés figyelmet fordítanak egészségük megőrzésére, egészségmagatartásukban számos olyan rizikófaktor szerepel, melyeket gyakran a mindennapi stressz feloldásához használnak. Az időben történő kiszűrés és a stressz-kezelő programok (rendszeres testmozgás, „életkészség” program, autogén tréning, Bálint csoport, pszichoterápia) bevezetése, folytatása indokolt lenne a családorvosoknál. További kutatásainkkal ezekre a problémákra szeretnénk felhívni a figyelmet.

A burnout megelőzésének és kezelésének lehetőségei családorvosok körében

Dr. Dormán Hajnalka, prof. dr. Nagy Lajos

PTE OEKK, ÁOK, Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Előzmények. Az egészségügyi dolgozók érzelmi és egzisztenciális helyzete napjainkban kiélezetté vált. A krónikus stressz, a túlterheltség, a munkakörülmények romlása, a fokozott elvárások, az adminisztratív feladatok megsokszorozódása, új kihívásokat jelentenek a családorvosok számára.

Módszer. Mélyinterjú, valamint kérdőíves módszerrel közel 100 családorvost vontunk be a vizsgálatba, arra keresve a választ, hogy melyek azok az eszközök, amelyekkel kezelhetők a burnout tünetei. Az egészségügyi reform következtében kialakult helyzet új kihívást jelenthet a családorvosok számára, főként abban a vonatkozásban, hogy mik a megelőzés eszközei az aktuális helyzetben.

Eredmények. Eredményeink azt mutatják, hogy a burnout szempontjából fokozottan veszélyeztetett családorvosi réteg burnout mutatói az elmúlt három évben sokat romlottak.

Az eredmények ösztönzést jelenthetnek a további

kutatás számára új alternatívákat keresve a megelőzés érdekében.

Idős családtag gondozásának problémái és hatása a gondozó testi és lelki egészségére

Dr. Heim Szilvia, dr. Végh Mária, dr. Dormán Hajnalka, prof. dr. Nagy Lajos

PTE OEKK, ÁOK, Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Problémafelvetés. Komoly probléma, hogy azokban a családokban, ahol felvállalják a hozzátartozó ápolását, megterhelést jelent ennek gyakorlati megvalósítása. Az idős beteg gondozása annyira igénybe veszi lelkileg – sokszor testileg is – a gondozó személyt, hogy maga is rövid időn belül gyógyításra szoruló páciens lesz. A probléma hátterében a nagymértékű lelki megterhelés áll. Ez a teher gyakran először pszichés, majd törvényszerűen szomatikus tünetekben fog megnyilvánulni.

Cél. Megismerni, hogy Magyarországon melyek a legfőbb problémák, amivel egy ilyen család szemben találja magát. Milyen mértékben lépnek fel lelki terhelésre utaló depresszív tünetek a gondozó személynél. Milyen körülmények fokozzák a lelki terhelés és a depresszió mértékét? Melyek azok a tényezők, amelyek segíthetnek megküzdni ezzel a a többlet terheléssel (családi illetve külső segítség, anyagi körülmények, vallásosság stb.)? Milyen segítségi lehetőségei vannak a házi orvosi team-nek és a szociális szférának?

Módszer. 20 praxisban vizsgáltuk kérdőív és a Zung-féle depresszió skála kitöltésével idős hozzátartozót ápoló családtagok testi és lelki állapotát és az ezeket meghatározó körülményeket (praxisonként 10 kérdőív).

Eredmények. A kérdőívek 38%-ában normál pszichés státuszra utaló eredményeket kaptunk, de ezekben az esetekben is magas a szorongásra utaló testi tünetek előfordulásának aránya. A válaszadók 2/3 részénél találtunk különböző súlyosságú depressziós tünetegyüttest: 32%-ban enyhe, 22%-ban közepes és 7%-ban súlyos fokban. Részletesen kitérünk a depressziós tüneteket befolyásoló körülmények és összefüggések elemzésére.

- Konklúzió. 1. Az idős családtag ápolását felvállaló gondozók között nagyobb arányban fordulnak elő depressziós szimptomák, mint az átlag népességben.
2. A nem depressziós hozzátartozók között is nagy arányban jelentkeznek szorongásra utaló testi és lelki panaszok.
3. A válaszadók szerint a társadalom felelőssége nagy a gondozás feltételeinek biztosítása tekintetében. Ahol hiányzik a családi segítségnyújtás lehetősége, szinte megoldhatatlan problémákkal találja szembe magát a gondozó.
4. Leszögezhető, hogy a házi orvos és a team felkészültsége, humánus, segítő hozzáállása, a betegoktatás felvállalása pozitív hatással bír ebben a nehéz élet-helyzetben.

A primaer hyperparathyreosis jelentősége napi gyakorlatban

Dr. Csupor Emőke¹, prof. dr. Szűcs János², prof. dr. Horváth Csaba²

Budavári Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, I. Belgyógyászati Klinika, Budapest²

Bevezetés. A vér kalcium koncentráció szűk határok közti szabályozásában a mellékpajzsmirigy által termelt parathormon (PTH) kulcsszerepet játszik. A PTH regulált (szekunder) vagy autonóm (primer, tercier) túltermelése hyperparathyreosist okoz. Munkánk során a primer hyperparathyreosissal (pHPT) foglalkoztunk.

Célkitűzés. A pHPT felismerésének hazai helyzetét kívántuk megismerni, valamint pHPT-ban a PTH-nak a csont ásványanyag tartalmára, a csont minőségére és a törékenységre gyakorolt hatását mennyiben befolyásolják az életkor, a nemi különbség, a betegség különféle klinikai manifesztációi. Vizsgáltuk, hogy a kövesség fokozott vagy normális parathormon termeléssel járó formáiban hogyan alakul a csont ásványanyag tartalom, a csont minőség, a törékenység és milyen tényezők befolyásolják azt.

Betegek és módszerek. 136 pHPT beteget (97 posztmenopauzális: 66,43±8,6 év, 23 fertilis korban lévő nőt: 39,44±12,3 év, és 16 férfit: 65,3±9,72 év) vizsgáltunk. Közülük 68 hypercalcaemiás, hypercalciuriás, recidív, kalcium-oxalát veseköves volt, (átlagéletkor: 55,13±1,7 év, 10 férfi és 58 nő). Ehhez a betegcsoporthoz kor és nem szerint hozzárendeltünk 68 normocalcaemiás, hypercalciuriás, recidív, kalcium-oxalát veseköves szekunder hyperparathyreosisos (renális hypercalciuria) beteget. A kórelőzményből felmértük a csonttörések előfordulását. Az ásványi csonttömeg mérése a törzsi csontokon kétfotonos, a végtagcsontokon egyfotonos abszorpciometriával, a sarokcsonton és a kéz proximális ujjpercein kvantitatív ultrahangos csontméréssel, történt, továbbá meghatároztuk a kalciumháztartás néhány laboratóriumi jellemzőjét is. A recidív, kalcium-oxalát vesekövesség oki tényezői szerint csoportosítottuk a betegeket. A betegcsoportokon belül összehasonlítottuk a törést szenvedett és nem szenvedett betegek vizsgálati eredményeit. A statisztikai számításokat az SPS 10.0 (Chicago, IL) számítógépes statisztikai program segítségével végeztük.

Eredmények. Hazánkban a pHPT korai felismerése elégtelen. A PTH csonthatását befolyásolja az életkor, a nem, a pHPT klinikai manifesztációja, extrém nagy PTH koncentráció. A veseköves betegeknek a csont ásványanyag tartalma pHPT-ban alacsonyabb volt, mint a pHPT-ben nem szenvedő betegek esetében, de a törések száma azonos volt.

Következtetés. A pHPT tünetmentes formájának felismerése Magyarországon messze elmarad az európai, vagy amerikai átlagtól. A kalcium-oxalát veseköves betegek csont-törésének rizikófaktorát befolyásolja a vesekövességet létrehozó betegség eredete is.

Krónikus vesebetegek gondozása a családorvos szemével

Katona Gábor *oh.*, Tárnoki Ádám Domokos *oh.*, Tárnoki Dávid László *oh.*

SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

Háttér. Krónikus vesebetegek klinikai tüneteinek értékelése, a terápia kiválasztása, a beteg nyomon követése a családorvos és a nefrológus szakorvos összehangolt munkáját igényli. Célkitűzés, betegek, módszer: Kérdőív felmérést végeztünk, 45 beteget (átlagéletkor: 68,1 év) követtünk a családorvostól a szakorvosig. A leggyakoribb tüneteket, a prognózist befolyásoló tényezőket, a lehetséges szövődményeket, a diétára vonatkozó ismereteiket elemeztük, kiemelve, hogy elég információt kapnak-e a diétáról a családorvostól.

Eredmények. A páciensek 85%-nál hipertóniát, míg 51%-nál hiperlipidémiát mértünk. Leggyakoribb panaszai: fáradékonyság; bőrvizketés; ödéma; alvászavarok. Szövődményként szívritmuszavar, karzsibbadás, gyengeség, verejtékezés jelentkezett. A többség (88,8%) diétázik, előnybe részesítve a fehérjeszegény (47,8%) és a sószegény (26,08%) diétát. A páciensek negyede érezte úgy, hogy pontosan követte a diétára vonatkozó utasításokat, a többség számára azonban ez nehezen betartható. A diétával a betegek panaszai csökkentek, így közérzetük is szignifikánsan javult (61,1%).

Konklúzió. A családorvos a tünetek felismerésével, a prognózist befolyásoló faktorok kezelésével és a diétára vonatkozó tanácsokkal járulhat hozzá a vesebetegek életminőségének javításához.

KARDIOVASZKULÁRIS ÉS EGYÉB RIZIKÓÁLLAPOTOK

A kardiovaszkuláris rizikó háziiorvosi szűrésének lehetőségei a II. Magyar Terápiás Konszenzus ajánlásainak tükrében

Dr. Rinfel József

PTE OEKK, ÁOK, Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Előzmények. Hazánkban jelenleg a szív- és érrendszeri halálozás 2–3x magasabb a fejlettebb EU országokhoz viszonyítva. Nemzetközi példák igazolják, hogy a megváltoztatható rizikó tényezők hatékony befolyásolásával a halálozás jelentősen csökkenthető. A prevenció kulcskérdése a rizikó állapotok korai felismerése, amihez a II. Magyar Terápiás Konszenzus ajánlásai szolgálnak vezérfonalul. A globális kardiovaszkuláris rizikó meghatározás konzekvens alkalmazását számos tényező hátráltatja annak ellenére, hogy a szükséges vizsgálatok többsége háziiorvosi kompetencia körében elvégezhető.

Módszer. Egy módszertani vizsgálat keretében teszteltük a kockázati tényezők szűrésének lehetőségeit. A hatékony – napi rutin mellett is elvégezhető – technikák alkalmazásakor, kiemelten foglalkoztunk a nagy kockázatú kategóriát jelző újabb járulékos tényezőkkel, mint a boka/kar index, GFR, mikroalbuminuria, preklinikus ateroszklerózis. A vizsgálatok körében arteriográfus technikát alkalmazva próbáltunk adatokat nyerni a módszer alkalmazhatóságára.

Eredmények. A módszer kivitelezhetőnek bizonyult, alkalmazásával a nagy kockázatú személyek azonosíthatóak, számos esetben az így nyert adatok súlyosabb kockázati kategóriát eredményeznek a táblázat alapján meghatározott helyzettől.

A stroke utáni állapotban lévő betegek ellátása. Az evidenciák és a mindennapi gyakorlat között mutatkozó diszkrepancia.

Dr. Tamás Ferenc, Dr. Csákány Béla, prof. Dr. Kalabay László

SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

A világ fejlett országaiban a stroke a mortalitási és morbiditási statisztikák előkelő helyén áll; gazdasági terhe is az egyik legnagyobb az összes betegség között. Magyarországon a stroke a harmadik leggyakoribb halálók, a tartós rokkantság leggyakoribb előidézője. A szélütés olyan kihívás az egészségügy számára, ami csak biztos alapokon nyugvó szakmai összefogással, a szakorvosok együttműködésével kezelhető. Ahhoz, hogy pontosan meg tudjuk állapítani, hogy milyen területen kell erősíteniünk a magasabb színvonalú ellátás érdekében, mindig tisztában kell lennünk a jelenlegi helyzettel. Módszerek. Előadásunkban a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékének több korábbi epidemiológiai

vizsgálata alapján, valamint egy friss, 200 fős, stroke-on átesett betegcsoport kezelésének vizsgálata alapján kívánunk rámutatni a stroke betegek ellátásában, gyógyszeres kezelésében bekövetkező változásokra ill. az ajánlások és a mindennapi gyakorlat között mutatkozó ellentétekre.

Eredmények. A két epidemiológiai vizsgálat között eltelt három év alatt a stroke- betegek ellátása során lényegesen nagyobb szerepet kaptak az ACE-gátlók és valamennyi gyógyszercsoportban látványosan korszerűsödött a terápia, nőtt a kombinációs ráta (2,08-ról 2,46-ra), hatékonyabb lett az antihipertenzív kezelés. Szignifikáns mértékben nőtt a trombocita-aggregáció gátlásban részesülők aránya (73,1% v. 78,1%) és csaknem kétszeres lett a lipid státuszra ható szereket szedők aránya (23,0% v. 42,4%) Az is megállapítható, hogy még messze nem érjük el a másodlagos megelőzés szempontjából fontos, kívánatos mértéket. Ennek ellenére, a kedvező irányú változásokkal párhuzamosan csökkent a stroke utáni fekvőbetegek száma (6,1% v. 3,7%) és nőtt a munkaképesek aránya (7,4% v. 8,0%). Következtetés. Az országos epidemiológiai vizsgálatok után kíváncsiak voltunk, mi a helyzet az intézeti ellátásban részesülő stroke betegek terápiájával. Egy véletlenszerűen kiválasztott magyarországi stroke-osztály egy éves betegforgalmának, 200 beteg zárójelentésének retrospektív áttekintésének tükrében elmondhatjuk, sok még a tennivaló, hogy a széles körben ismert evidenciák a mindennapi gyakorlat során is megvalósuljanak.

A magas vérnyomás gyógyszeres kezelésének feltérképezése a háziiorvosi gyakorlatban Szabolcs-Szatmár-Bereg és Zala Megyében

Dr. Kovács Eszter¹, dr. Széles György², dr. Kardos László², Dr. Vokó Zoltán², prof. dr. Ilyés István¹, prof. dr. Ádány Róza²

DEOEC NK Családorvosi Tanszék, Debrecen¹, DEOEC NK Megelőző Orvostani Intézet Biostatistikai és Epidemiológiai Tanszék, Debrecen²

Célkitűzés. A hipertónia ellátás gyakorlatának, az alkalmazott terápiás protolloknak a feltérképezése a háziiorvosi praxisokban.

Módszer. A DE OEC Népegészségügyi Kar Megelőző Orvostani Intézete és az ÁNTSZ együttműködése keretében 1998-ban elindult Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program (HMAP) szolgáltatta a hátteret a vizsgálat elvégzéséhez.

A vizsgált népeiséget 35 háziiorvosi praxishoz tartozó, 55–64 éves, hipertóniában szenvedő lakosok képezték. A vizsgálat során standardizált körülmények között vérnyomásmérés történt, illetve a háziiorvos adatlapon jelentette a terápiával és a gondozással kapcsolatos adatokat.

Az elemzés során külön kezeltük a cukorbetegségben is szenvedő hipertóniás betegeket. Vizsgáltuk a vérnyomás célértékek elérését, az egyes gyógyszerhatástani csoportok és hatóanyagok alkalmazási gyakoriságát, a leggyakrabban alkalmazott kezelési módokat, illetve különböző társbetegségek fennállása esetén alkalmazott terápiákat, valamint egybevetettük az eredményeket a szakmai irányelvekkel.

Eredmények. A cukorbetegségben nem szenvedő 2792 hipertóniás beteg 37%-ának a vérnyomása volt kisebb, mint 140/90 Hgmm, míg a cukorbetegségben szenvedő 694 beteg kevesebb, mint 3%-a érte el a 130/80 Hgmm-es célértéket. A cukorbetegségben nem szenvedő, gyógyszeres kezelésben részesülő 2427 fő 73%-a részesült ACE-gátló, 46%-a béta-gátló, 40%-a kalcium-antagonista, 26%-a vízhajtó kezelésben. 192 szívelégtelenségben szenvedő beteg közül 18% nem részesült ACE-gátló vagy ARB kezelésben, illetve 43% nem kapott béta-blokkolót. 138 perifériás érbetegségben szenvedő beteg közül 46%, míg 88 asztmában szenvedő beteg közül 34% részesült béta-gátló kezelésben. **Következtetések.** Eredményeink lehetőséget teremtenek arra, hogy ezt az oktatásban hasznosítva, a háziorvosok hipertónia gyógyszeres kezelési gyakorlatát céltzottan javíthassuk.

A hipertóniás betegek együttműködésének javítása beteg-educációs módszerrel

Dr. Ezer Kinga, dr. Rinfel József, prof. dr. Nagy Lajos
PTE OEKK, ÁOK, Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Bevezetés. A 2001-es „EMMA” vizsgálat eredményei alapján a 35 év feletti magyar népesség 39%-a hipertóniás. A 2005-ben 300 gondozott hipertóniás betegen elvégzett „COMPLIANCE” vizsgálatunk adatai alapján csak 23%-uk éri el a 140/90 Hgmm alatti célértéket. Ezen alacsony hatékonyság hátterében a betegek nem megfelelő együttműködési készsége (non-compliance) 50%-ban felelőssé tehető.

Cél. A hipertóniás betegek együttműködésének javítása a betegek tájékozottságát növelő módszerek, magatartásformáló eljárások, komplex beavatkozások segítségével családorvos rezidensek irányításával.

Módszerek. A prospektív vizsgálatban 200 gondozott hipertóniás beteg 50%-a hipertóniáról szóló speciális oktatáson vesz részt kiscsoportok formájában, a másik 50% a standard terápiában részesül (kontroll).

Eredmények. Az eredmények bemutatása az előadás keretén belül történik.

Következtetések: Integrált kezelési csomag segítségével (mely magában foglalja a betegek rendszeres oktatását, a kezelésbe történő aktív bevonásukat, szorosabb rendelői kontrollvizsgálatukat és az otthoni vérnyomásmérést) javítható a betegek együttműködése, a terápiahűség, ami a vérnyomáscsökkentés hatékonyságának fokozódásában is megmutatkozik.

Modern és biztonságos statinkezelés. Rosuvastatin a háziorvosi praxisban.

Dr. Tassaly János

II. sz. Háziorvosi Szolgálat, Tát

A sztatinek az aterogen diszlipidémia kezelésének leg-hatékonyabb gyógyszerei azáltal, hogy mérséklék a plazma lipid szintjét, ami az ateroszklerózis folyamatának lassulását és/vagy regresszióját eredményezi. Klinikai szempontból a kardiovaszkuláris események gyakoriságát és az ebből eredő mortalitást eredményesen csökkentik. A jelenleg rendelkezésre álló vizsgálati evidenciák szerint, a dóziszfüggő lipid szint csökkentésében megnyilvánuló hatékonyság, biztonság és gyógyszer kölcsönhatások szólnak az újabb sztatín, a rozuvasztatin választása mellett.

Jelen tanulmány célja: a rozuvasztatin lipid moduláló hatékonyságának megítélése és a kezelés biztonságosságának értékelése volt. A szerző 27 beteg adatait elemezte, huszonnégy hetes kezelést követően.

Eredmények: az összevont lipidparaméterek célértékeit elérők aránya 55,44% volt. A különböző alap-lipid paraméterek célértékeit elérők aránya 51,8%-62,95% értéktartományban mozgott. Az összkoleszterin változás átlaga a kezelés végére 31,4%-al csökkent, az LDL-koleszterin csökkenésének mértéke 48,3%, a triglicerid 23,8%-kal csökkent. A HDL-koleszterin plazma koncentráció emelkedés aránya 7,80% volt. A terápia során a kezeléssel összefüggésbe hozható nem kívánt mellékhatást nem regisztráltunk.

Következtetés: a vizsgálat eredményei, a rozuvasztatin szokásos dóziszú kezelésével elérhető erőteljes anti-lipidaemiás hatást és a terápia biztonságát igazolták.

Az obstruktív alvási apnoe szindróma (OSAS) és a non-dipper hypertonia kapcsolata – szűrési modell az alapellátásban

Dr. Ádám Ágnes, dr. Dömösi Réka

SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

Az obstruktív alvási apnoe szindróma (OSAS) gyakori éjszakai légzészavar, becslések szerint a populáció legalább 5%-át érinti. Jellemzője, hogy egy alvási ciklus alatt akár 200 alkalommal is ismétlődhet, egy apnoe több mint 10 másodpercig is tarthat, a kialakuló hipoxia szimpatikus aktivitásnövekedést eredményez, ami bonyolult reflexes úton vérnyomás emelkedést is okoz. Az OSAS-t ma már önálló kardiovaszkuláris rizikófaktornak és társbetegségnek tekintik, kimutatták összefüggését a hipertóniával és a metabolikus szindrómával.

Vizsgálatunk abból indult ki, hogy az ambuláns vérnyomás monitorozás (ABPM) alkalmas a non-dipper hipertónia kimutatására és non-dipper hipertónia esetén alvási apnoera is gondolni kell. Vizsgáltni kívántuk, hogy az ambuláns vérnyomás monitorozás (ABPM) alkalmas-e az alvási apnoe kimutatására, szűrésére? Jelenleg az alváslaboratóriumok zsúfoltsága előszűrést tesz szük-

ségessé, s felmerült, hogy az alapellátásban ABPM-mel kiválaszthatók-e azok az esetek, akiknek a további vizsgálata szükséges.

Előadásunk az általunk kidolgozott szűrési modell módszeréről és eredményeiről számol be. A praxis hipertóniás betegeit 2002 novembere óta szűrjük ABPM segítségével. Négy év alatt összesen 603 vizsgálatot végeztünk 456 betegen. Ez idáig 93 alvási apnoes beteget találtunk, akiknél az OSAS diagnózisát a polyszomnográfiai vizsgálat is igazolta.

A vizsgálatból levont következtetéseink:

Az elhízás és az OSAS összefüggésére utal, hogy az OSAS betegeknek csupán 14%-a rendelkezik normál BMI-vel.

A hakkörfogat mindkét nemben jelentősen meghaladja a normál érték felső határát, az abdominális elhízás különösen nők esetében figyelmeztet az OSAS lehetőségére.

Az OSAS esetén a férfiak 93%-ában emelkedett a nyakkörfogat, a vastag nyak férfiak esetében az OSAS egyik rizikótényezőjének tekinthető.

A hipertóniások közül az OSAS-os betegek laborvizsgálatokkal nem azonosíthatók, a laborparaméterek a metabolikus szindrómával való kapcsolatot alátámasztják.

Non-dipper hipertónia esetén OSAS-ra feltétlen gondolni kell!

Az OSAS szűréséhez az ABPM nélkülözhetetlen eszköz.

Az OSAS előfordulási gyakorisága, saját vizsgálataink eredményei szerint, lényegesen magasabb az eddigi becsült értékeknél.

Az alvási apnoe magas prevalenciája nehezen beállítható hipertóniás betegek körében családorvosi praxisokban

Dr. Zoller Dezső rezidens^{1, 2}, dr. Sharon A. Chung², dr. Novák Márta^{1, 2}, dr. Terrence Fargher², dr. Colin M Shapiro²

SE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Budapest¹,
Sleep and Alertness Clinic, Toronto Western Hospital,
University Health Network, Toronto, ON. Kanada²

Háttér. Az alvási apnoe szindróma (OSAS) előfordulása 2–4% az átlaglakosság körében. Ez az arány jóval magasabb magas vérnyomású betegek között. Eddig összesen 2 kardiológiai ambulancián végzett felmérés szerint igen magas (60 és 86%) az OSAS előfordulása terápia rezisztens hipertóniások körében.

Cél: Az OSAS gyakoriságának felmérése nehezen beállítható hipertóniások körében családorvosi praxisokban.

Módszer. Tíz kanadai családorvosi praxis nehezen beállítható hipertóniás betegeinek (3-as gyógyszer kombináció mellett a rendelői vérnyomás 140/90 Hgmm feletti) éjszakai alvász vizsgálata polyszomnografiával és 24 órás ambuláns vérnyomás monitorozása. A demográfiai adatok, BMI, nyakkörfogat szintén rögzítésre kerültek.

Eredmények. A vizsgálatban 38 beteg vett részt (61 % nő) a 67 kiválasztottból. Az átlagéletkor férfiakban és nőkben: 68 és 69 év, átlagos BMI: 31,8 kg/m² ffi, 33,8 kg/m² nő, nyakkörfogat: 42 cm ffi, 36,9 cm nő, 24 órás átlagos vérnyomás: 141/78 Hgmm ffi és 143/71 Hgmm nő. Huszonnégy betegnél (63%) diagnosztizáltunk OSAS-t (13/15 férfi és 11/23 nő). Az OSAS prevalenciája és súlyossága szignifikánsan magasabb volt férfiakban, mint nőkben. Az OSAS-ban szenvedő betegek 24 órás vérnyomásátlagos magasabb volt, mint az OSAS-ban nem szenvedőknek (144/77 vs. 138/68 Hgmm, p<0,05). Az OSAS és nem OSAS betegek között nincs szignifikáns különbség, kor (69,4 vs. 68,2 év), BMI (33,4 vs. 32,7 kg/m²) és nyakkörfogat (39,0 vs. 38,7 cm) tekintetében. Következtetés. Az OSAS prevalenciája magas a nehezen beállítható hipertóniások között családorvosi praxisokban. Az OSAS gyakorisága és súlyossága magasabb férfiakban. A vizsgálat felhívhatja a figyelmet a nehezen beállítható hipertóniás betegek OSAS szűrésére, de ehhez nagyobb létszámú kontrollcsoportos vizsgálatra van még szükség.

Mit tehet a családorvos az alvászavarral küzdő betegével?

Dr. Antalics Gábor

Hegyi dr. Kft, Budapest, SE ÁOK Családorvosi
Tanszék, Budapest

A családorvos beteggondozási tevékenysége nem korlátozódhat a hagyományosan gondozott betegcsoportokra. A hipertóniás, szív- és érrendszeri, a daganatos vagy cukorbetegség mellett egyéb, tartósan fennálló tüneteket és betegségeket is orvosolni kell az alapellátás szintjén. Ilyen kórképnek tekinthetők az organikus vagy a nem-organikus alvászavar is.

Megdöböntő lehet már a betegség epidemiológiai megközelítése, hiszen felmérések szerint minden második betegünkben lehet ritkán jelentkező, míg minden ötödik férfi és minden negyedik nő páciensünk krónikus alvászavarban szenvedhet.

Alapvető kérdés, mit ismerünk ebből egy magyar családorvosi praxisban?

További fontos kérdések, mit tehetünk a diagnózis pontosításában, mit ajánlhatunk a beteg számára, esetlegesen milyen gyógyszert rendelünk?

A válaszokhoz meg kell ismernünk az egészséges alvászavar dinamikáját, az alvászavarhoz vezető okokat, számba kell vennünk az esetleges organikus háttér lehetőségeket, ismereteket kell, szerezzünk a társszakmák kivizsgálási és terápiás ajánlásairól.

Lényeges a nem gyógyszeres és a biztonságosnak vélelmezett gyógyszeres kezelés ismerete. Általánosság kell tenni a nem-benzodiazepin típusú altatók előtérbe helyezését, melyek mindinkább közelítik az optimális altatószerek ismérveit. Fontos, hogy ezek a szerek nem befolyásolják a fiziológiás alvászavarok struktúráját, nem károsítják a memória, a pszichomotorium működését,

nem alakul ki tolerancia, illetve dependencia velük szemben.

A szerző saját praxisának féléves gyógyszerfelírási szokásait is bemutatja, ahol kiviláglik, hogy csak fokozott odafigyeléssel, betegoktatással érhető el a modern ajánlások teljesíthetősége. Az előadás konklúziója, hogy kerüljük az automatizmusokat az alvászavarok kivizsgálásában és kezelésében, törekedjünk pontos diagnózisra, szükség esetén vegyük igénybe az alvásspecialisták segítségét.

Gyógyszer mellékhatások és interakciók heveny gastro-duodenális vérzések kialakulásában

Dr. Várnai Réka Ph.D. hallgató, Dr. Végh Mária, prof. dr. Nagy Lajos

PTE OEKK, ÁOK, Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Bevezetés. A gyógyszerrendelési szokások megváltozása, a vény nélkül kapható gyógyszerek gyakori alkalmazása és egyre könnyebb hozzájutása miatt a megelőzésre használható korszerű gyógyszerek ellenére sem csökkent számottevően a felső gasztrointesztinális (GI) vérzések gyakorisága.

Célkitűzés. Heveny felső GI vérzéssel belgyógyászati ügyeletre kerülő betegek ismereteinek felmérése a betegségükre és a vérzéshez vezető okokra vonatkozólag. A gyógyszer-mellékhatások és káros gyógyszer-interakciók előfordulásának és a párhuzamosan végzett gasztroprotektív kezelések meglétének és hatékonyságának vizsgálata.

Módszer. Egyéni interjúk készítése a PTE Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika sürgősségi ambulanciájára fekély, illetve gasztroduodenális erózió miatti felső GI vérzéssel bekerülő betegek körében. Másrészt PCR-RFLP módszerrel tisztázni a protonpumpa-inhibitorok metabolizmusában szerepet játszó citokróim P450 enzimszopport genetikai polimorfizmusát; továbbá a vér szalicilat- és NSAID-szintjeit valamint a vesefunkciós paramétereket a gyógyszer-mellékhatás patogenezisének megismerése végett. A betegek tervezet száma: 50 fő.

Eredmények. Az eddig eltelt 2 hónap alatt 15 beteg (8 férfi és 7 nő) került be a programba, átlagéletkoruk 65,4 év. Közülük korábban 4 főnél fordult elő felső GI vérzés, de kezelőorvosa egyiküknek sem hívta fel figyelmét arra, hogy bizonyos gyógyszerek és állapotok növelhetik a felső GI vérzés kialakulásának kockázatát. Gyógyszer mellékhatás lehetősége a 15 beteg közül 8 főnél merül fel: 4 főnél aszpirin, 1 főnél celecoxib, 2 főnél acenocumarol, 1 főnél calcium-nadorparin, 1 főnél pentoxifylline kapcsán. Vénynélküli, gasztrotoxikus készítményeket orvosa engedélye nélkül 3 fő vásárolt: aszpirint 1 fő, nifluminsavat 1 fő, diclofenacot 1 fő. Mindössze egy beteg tudott arról, hogy felső GI vérzés szempontjából a fokozott rizikójú csoportba tartozik.

Következtetések. Előzetes adataink arra utalnak, hogy életveszélyes GI vérzés megelőzése vonatkozásában a betegek tájékoztatásával, a családorvosok ismereteinek bővítésével, racionális profilaxis alkalmazásával, a gasztrotoxikus gyógyszer-mellékhatások és káros kölcsönhatások többsége megelőzhető.

ONKOLÓGIA A HÁZIORVOS GYAKORLATÁBAN. KÉPZÉS – SZAKKÉPZÉS – TOVÁBBKÉPZÉS

Komplex tumor prevenciósi program

Dr. Barabás Katalin¹, dr. Radnai Andrea rezidens², prof. dr. Hajnal Ferenc²

SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika, Magatartástudományi Csoport, Szeged¹, STE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő²

Az Egészség Évtizede Népegészségügyi Program célkitűzésével összhangban egy tumor-prevenciósi program kialakítására vállalkozunk. A több lépcsős program bemutatása előadásunk témája. Első lépésként a gyermek-, a fiatal felnőtt és a falusi populáció daganatos betegségekkel kapcsolatos beállítódását mérjük fel, saját fejlesztésű kérdőívvel.

Orvostanhallgatók és családorvosok részére olyan oktatási „csomagot” állítunk össze, amely képessé teszi a hallgatókat iskolai daganat-megelőzési program kivitelezésére, a családorvosokat közösségük egészségfejlesztési programjának megvalósítására, továbbá a daganatos

betegek fájdalomcsillapítási módszertanának elsajátítására.

A várható eredményeink között elsőként a célpopuláció szemléletének megváltoztatása, egészségtudatosabb magatartása állhat, amelynek következménye reményeink szerint az epidemiológiai adatokban is tükröződni fog.

A krónikus stressz szerepe a daganatos megbetegedések kialakulásában. Megküzdési stratégiák

Szamos Zsuzsanna oh., dr. Dormán Hajnalka
PTE OEKK, ÁOK, Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Problémafelvetés: hazánkban a halálloki statisztikákban a szív- és keringési rendszer megbetegedései mögött a daganatos betegségek a második helyen állnak, Magyarország világviszonylatban is „előkelő” helyet foglal

el e téren. A daganatok kialakulásában ma már több tényező hatása bizonyított, pl. egyes vírusok, fizikai, kémiai ágensek, dohányzás, az életmód.

A XX. század utolsó néhány évtizedének kutatásai azt bizonyítják, hogy – többek között – az ember személyiségjegyei, a krónikusan fennálló stressz és súlyos depresszió, a korai személyiségfejlődési-zavarok, a tárgyvesztés szerepet játszanak a daganatok kialakulásában.

Cél. Előadásunkban azt a célt tűztük ki, hogy megismerjük a daganatban szenvedő emberek életében azokat a stressz-helyzeteket okozó tényezőket, amelyek nagy valószínűséggel szerepet játszhattak a betegség kialakulásában. Vizsgáljuk azt is, hogy a betegek milyen stratégiákat alkalmaznak a betegséggel való megküzdésben.

Módszer. Mélyinterjú módszerét alkalmaztuk, ezek alapján kérdőívet állítottunk össze, melyet közel 100 fős beteganyagon vizsgálunk.

Eredmények. A mélyinterjúk alapján a tárgyvesztés, a kora gyermekkori traumák, személyiségfejlődési-zavarok, illetve a krónikus stressz elégtelen kezelése bizonyulnak a legmeghatározóbb faktornak. A finomabb eltéréseket kérdőíves módszerrel vizsgáljuk, mellyel arra a kérdésre is választ keresünk, hogy vannak-e a daganatos betegség gyógyulásának lélektani alternatívái a megküzdés folyamatában.

Következtetés: vizsgálataink alapján a pszichés tényezők szerepe meghatározó lehet a rák kialakulásában és lefolyásában. Az egyén személyiségjegyei, a gyógyító folyamatban való aktív részvétele, autonómiája, illetve társas támogatás jelentősen befolyásolják a megküzdési stratégiákat és a túlélést.

Hospice: „új” lehetőség a terminális állapotú betegek ellátásában

Dr. Csikós Ágnes¹, Lukács Miklós²

PTE OEKK, ÁOK, Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs¹, PTE OEKK, ÁOK, Pszichiátriai Klinika, Pécs²

Előzmény. A haldokló betegek ellátása komplex, multidiszciplináris feladat. Komoly szakmai és emberi kihívás az egészségügyben dolgozók számára. A hospice mozgalom Magyarországon a kilencvenes évek elején indult, de nem tudott széles körben ismertté válni, elterjedni, elsősorban a finanszírozás hiánya miatt. Több mint egy évtizednek kellett eltelnie ahhoz, hogy megszülessenek a hospice ellátás minimum feltételei. Ez alapvető feltétele volt annak, hogy egy kétéves modell program keretében 2004. októberétől a hospice ellátás társadalombiztosítás által finanszírozottá váljon.

Hipotézis. A III. sz. Belgyógyászati Klinikával való együttműködésünk kapcsán azt tapasztaltuk, hogy sokszor előfordul haldokló betegek akut belgyógyászati felvétele. Ezeket a betegeket gyakran meghalni hozzák be a hozzátartozók.

Cél: A bekerülés okainak feltárása, számuk csökkentése. A haldokló, súlyos állapotú betegek otthoni gondozásának fejlesztése, a hospice ellátás szélesebb körű elterjesztése. Az orvosok megismerjék a hospice lényegét, mint szemléletet és szakterületet, hogy betegeiknek a megfelelő időben ajánlják ezt az ellátási formát.

Módszer: A 2005/2006-os évben a III. sz. Belgyógyászati Klinikára „C” kóddal felvett betegek retrospektív adatalemzése.

Eredmények. A felvételre került és intézetben elhunyt betegek közel 50%-a a felvételt követő 24 órán belül meghalt. 4 napon belül a betegek $\frac{3}{4}$ -e hunyt el. A hospice-ba került betegek száma mindössze 3% volt.

Következtetés: Hipotézisünket igazolják eredményeink. A hospice széleskörű elterjedése lehetővé tenné, hogy minél több terminális állapotú beteg időben bekerüljön ebbe az ellátásba. A hospice-ba való kerülés csökkenthetné az akut belgyógyászati felvételek számát, a haldokló és családja kiszolgáltatottság érzését, hozzájárulhat a beteg életminőségének és emberi méltóságának halálig való megőrzéséhez.

Az orvosi kommunikáció oktatásának öt éve Pécsen

Dr. Végh Mária, dr. Bán Ildikó, dr. Csikós Ágnes
PTE OEKK, ÁOK, Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Bevezetés. Az „orvosi kommunikáció” kötelező tantárgy 5 éves oktatásának tapasztalatairól számolunk be.

Megbeszélés. Az első öt évben több mint 1100 magyar, valamint 400 angol nyelven oktatott hallgatót ismertettünk meg a kommunikáció alapjaival. A kitűzött célokat sikerült megvalósítani. 6 elméleti előadáson a gyakorlatban jártas, lelkes oktató kollégáink ismertetik az alapszabályokat. A gyakorlati órákon szituációs játékok, multimédia alkalmazása teszi érdekessé, emberközelivé az orvoslást. A hallgatók a nyári 1 hetes gyakorlaton saját „bőrükön” érzik az orvos–beteg, orvos–orvos kommunikáció szépségeit. Az oktatás minőségét folyamatosan ellenőrizzük (feed-back, interjúkészítés). Az oktatásban résztvevő tanszéki munkatársaknak és mentorainknak biztosítjuk a továbbképzését (Harkány, Banus-tanya, Heves).

Összegzés. Mind a hallgatók, mind az oktatók jól érzik magukat a tárgy oktatása folyamán. A hallgatói visszajelzések egyértelműen hasznosnak ítélik meg a tananyagot és a találkozást a családorvosi team munkájával.

Oktatásfejlesztés a házi orvosi szakképzésben

Dr. Radnai Andrea rezidens¹, dr. Barabás Katalin², prof. dr. Hanal Ferenc¹

SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged¹, SZTE ÁOK Pszichiátriai Klinika, Magatartástudományi Csoport, Szeged²

A bolognai folyamatnak megfelelően a graduális orvosképzés átalakítás előtt áll. Ez az átalakítás magával vonja a szakorvosképzés reformját is. A házi orvos szakképzés

újrarendelésakor a graduális képzéssel való harmonizáláson túl az új kurrikulumban nagyobb hangsúlyt kell, kapjanak a házi orvoslásra specifikus kompetenciák: az átfogó megközelítés, a közösségi orientáció és a holisztikus megközelítés. E kompetenciáknak megfelelő speciális tudás és készségek elsajátíttatása megkívánja a magatartásorvoslás, a pszichológia, az epidemiológia és az egészségfejlesztés intenzívebb integrálását a kurrikulumba.

A fenti diszciplínák tanítása az oktatási módszerek spektrumának szélesítését – esetmegbeszélés, probléma alapú oktatás, saját élményű tanulás –, és új értékelési módszerek bevezetését – formatív értékelés, összevont strukturált klinikai vizsga – teszi indokolttá.

Előadásunkban oktatásfejlesztési munkánkat mutatjuk be.

Költség/haszonelemzés az egészségügyben – az alapellátási szabadegyetem másfél évtizedes eredményei alapján

Prof. dr. Schmidt Péter^{1, 2}, dr. Bán Barbara rezidens³, dr. Juhász Julianna²

Egészséges Nemzedékért Alapítvány, Győr¹, Gyermek és Felnőtt Házi orvosi Szolgálat, Győr², SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest³

Szerzők az elmúlt évtized adatait áttekintve költség/haszon elemzést végeztek az Alapellátási Szabadegyetem szakmai tudományos továbbképzési rendszere alapján. A hazai egészségügyi alapellátás reformja 1992. július 1-jével kezdődött, ennek segítésére az 1991/92. oktatási évtől Alapellátási Szabadegyetemet szerveztünk Győrött. Szemeszterenként 5, így évenként 10 alkalommal tartunk szakmai tudományos továbbképzéseket, főként a megyeszékhelyen, de kihelyezett képzés alkalmával a társ megyék városában is. Az első években főként a diagnosztika és terápia kérdéseit tárgyaltuk, majd az egészségügyi alapellátás speciális kérdései keretében az egészségügyi jogi-etikai, informatikai, szociológiai, gazdasági és közgazdasági kérésekről tájékoztattuk a hallgatóságot, rangos hazai és határon túli előadókkal.

Jelenleg a XVII. Évfolyam 135. rendezvényét készítik elő a szervezők, a felnőtt és gyermek házi orvosokon kívül ÁNTSZ szakemberek, foglalkozás-egészségügyi szakorvosok és nagyszámú rezidens vesz részt a továbbképzéseken. Valamennyi rendezvény akkreditált – általában 20 pont kredit-értékű – továbbképzés, amelyen mind a részvétel, mind a tesztvizsga díjtalan.

Egy fővárosi továbbképzés költségeivel összehasonlítva (utazási költség, szállásköltség, részvételi költség, egyéb járulékos költségek) résztvevőnként és alkalmanként mintegy 20 000 Ft megtakarítás mutatható ki, ami szerint – ha az eddigi 134 rendezvényen alkalmanként 120 fővel számolunk – az Alapellátási Szabadegyetem

révén a kollégák összesen 338 millió Ft-ot takarítottak meg.

A szervezők a fenti továbbképzési rendszert megújított formában 2007. januártól már négy megye házi orvosi számára működtetik, s ez évtől kezdve az akkreditáció a belgyógyász szakorvosokra is érvényes.

Néhány gyakori betegség diagnosztikus valószínűségének vizsgálata házi orvosok körében

Dr. Szélvári Ágnes, dr. Tamás Ferenc, dr. Vörös Krisztián, dr. Vájer Péter, dr. Kertész Aranka, prof. dr. Kalabay László

SE ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

Előzmények. Kívánatos lenne, hogy az alapellátásban dolgozó orvosok mindegyike közel azonosnak ítélje meg egyes gyakori betegségek lehetőségét ugyanazon beteg esetében. Egy svájci felmérés szerint adott kórelőzmény és fizikális eltérés esetén az orvosok igen eltérően ítélik meg egyes, gyakori betegségek valószínűségét. Vizsgálatunkban a házi orvosi és/vagy belgyógyászati szakvizsga megléte, illetve az életkor függvényében hasonlítottuk össze az orvosok diagnosztikus vélekedését, ugyanazon klinikai esetben.

Vizsgált személyek és módszer: 348 házi orvosi és/vagy belgyógyász szakképesítéssel rendelkező orvos és 103 szakvizsgával nem rendelkező orvos töltötte ki ugyanazt a kérdőívet. A kérdőívben megadottak leginkább tüdőembóliát (PE), heveny szívizom-infarktust (AMI), krónikus obstruktív légúti betegséget (COPD), óriássejtes arteritist (AT), influenzát (IF), pangásos szívelégtelenséget (CON) és Crohn betegséget (CD) sugalltak.

Eredmények. Az egyes betegségek diagnosztikus valószínűsége a mindkét csoportban igen nagy variabilitást mutatott. Az orvosok életkora és az egyes betegségek valószínűsége nem korrelált egymással, de az 50 év alatti kollégák szignifikánsan magasabbnak ítélték a COPD valószínűségét, mint az idősebbek. Húsz év praxisban eltöltött idő után a COPD diagnosztikus valószínűsége is kisebb volt, mint rövidebb gyakorlati idő esetén, a különbség 30 év után is mérhető volt. Ugyanakkor az AMI valószínűségét lényegesen nagyobbak ítélték azok a kollégák, akik 30 éve voltak praxisban, mint a kisebb gyakorlattal rendelkezők. Harmincöt év praxisban töltött idő után a különbség még kifejezettebbé vált.

Következtetések. A orvosok értékei a svájci vizsgálat eredményeihez hasonló nagy szórást mutatnak. A COPD valószínűségének alacsonyabb megítélésének okaként szóba jön, hogy sokan nincsenek tisztában ezzel a rövidítéssel. A szívinfarktus gyakoribb megítélésében az idősebb kollégák körében a nagyobb tapasztalattal magyarázható. A teszt felhasználható a graduális és posztgraduális képzés eredményességének mérésében.

GYERMEKKORI ELHÍZÁS. PREVENCIÓ A GYERMEKKORBAN

A primer prevenció, mint a gyermekorvoslás eszköze. A gyermekkori elhízás következményei és megelőzése

Csáki Éva oh., dr. *Benczenleitner Éva*

PTE OEKK, ÁOK, Családorvostani Intézet és III. sz.

Belgyógyászati Klinika, Pécs

Előzmények. A gyermekkori elhízás a XX. század közepe előtt szinte ismeretlen jelenség volt. Az elmúlt 50 évben azonban a gyakorisága megnőtt, és ma is növekvő tendenciát mutat. A szakemberek globális „járványról” beszélnek. A gyermekkori elhízást nagymértékben befolyásolják a környezeti körülmények, étkezési szokások és az inaktív életmód. A test zsírtartalmának az életnapiánál nagyobb mértékű növekedése következtében a szervezet „megterheltsége” miatt különböző tünetek alakulnak ki, melyek súlyosbodhatnak, de sokkal nagyobb veszélyt jelentenek a késői szövődmények. A legjobb kezelés az elhízás megelőzése, mely egyszerűnek hangzik, mégis az egyik legnehezebb feladatok közé tartozik mind a gyermekorvosnak, mind a gyermeknek és a családnak.

Cél és módszer. Vizsgálataink során célul tűztük ki, hogy egy városi iskolában az elhízottság mértékének meghatározására felmérést végzünk az 1, 3 és 8. osztályos tanulók között. Ennek során mértük a testmagasság, testsúly, vérnyomás, derék- és csípő körfogat értékeit. Kiszámítottuk a gyerekek BMI értékét, a relatív testtömeget és a derék/csípő hányadost.

Eredmény. Megállapítottuk, hogy napjainkban jelentősen megnőtt a túlsúlyos gyerekek száma, amely a korábbi adatokhoz képest növekvő tendenciát mutat. Következtetés Legfőbb feladatunk az elhízás kialakulásának megelőzése, megfelelő diétával és aktív életmóddal.

A szülői attitűdök szerepe a gyermekkori elhízás kialakulásában

*Papp Gabriella*¹, dr. *Lengyel Dénes*¹, dr. *Józsa Lajos*², dr. *Gönczy Ferenc*³, prof. dr. *Degrell István*¹

DEOEC ÁOK Pszichiátria Tanszék, Debrecen¹, Oktató Házi Gyermekorvosi Praxis, Hajdúböszörmény², Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Csecsemő- és Gyermekosztály, Debrecen³

Az elhízott gyerekek szülei között a túlsúly 73%-ban fordul elő, ezért meg kívántuk vizsgálni, hogy a családi minta hogyan befolyásolja a gyermekkori elhízást. Vizsgálataink során 102 túlsúlyos gyerek és családja életmódját térképeztük fel. Az életmóddal kapcsolatos

szokások feltárásához egy kérdőívet állítottunk össze, melyet a szülők töltöttek ki. Szignifikáns kapcsolat volt a gyermekkori elhízás és a szülői elhízottság között. Az elfogyasztott táplálék összetétele nem befolyásolja a jelenséget. Értékelhető eltéréseket találtunk az anyatejes táplálás időtartamában, s feltártuk ennek hosszú távú pszichés hatásait mind a túlsúlyos gyermekek, mind az anyák viselkedése, attitűdje szempontjából. A szülők egybehangzóan támogatnák gyermekeik fizikai aktivitásának további fokozódását, de csak kis százalékuk vállalt ebben tevékeny részt. Ellentmondásokat tártunk fel a szülők tudatos és tudattalan viselkedése között mind a táplálkozás, mind a rendszeres mozgás tekintetében, ami magyarázatul szolgálhat az életmód változtatási kísérletek kudarcaira.

Gyermekkori aterogén predispozíció – eltérő adipokinszint és paraoxonáz aktivitás gyermekkori elhízásban

Koncsos Péter oh.¹, dr. *Józsa Lajos*², dr. *Seres Ildikó*¹, prof. dr. *Ilyés István*³, dr. *Gönczy Ferenc*⁴, dr. *Juhász Éva*⁵, *Varga Éva*¹, prof. dr. *Paragh György*¹

DEOEC ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen¹, Oktató Házi Gyermekorvosi Praxis, Hajdúböszörmény², DEOEC NK Családorvosi Tanszék, Debrecen³, Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet Csecsemő- és Gyermekosztály, Debrecen⁴, DEOEC ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika, Debrecen⁵

Bevezetés. A gyermekkori elhízás egyre nagyobb problémát jelent Magyarországon, növekvő tendenciája népegészségügyi problémává vált napjainkban. A gyermekkorban kifejlődő kóros anyagcsere-állapot predisponáló faktort jelent a későbbi, felnőttkori kardiovaszkuláris morbiditás szempontjából. Jelen munka két adipokin, a leptin és az adiponektin, valamint a paraoxonáz enzim (PON1), mint ateroszklerózist befolyásoló tényezők kapcsolatát vizsgálta gyermekkori elhízásban. Betegek és módszerek. A vizsgálatban elhízott (OB) és normál (K) testsúlyú, 8–14 év közötti gyerekek vettek részt. Az elhízott gyerekek esetében vizsgáltuk az életmódváltozás hatását az elhízásuk mértékére, szénhidrát- és lipid-anyagcseréjükre vonatkozóan. Eredmények. Az elhízott gyerekek csoportjában a kontrollcsoportéhoz képest szignifikánsan nagyobb leptinszintet (OB: 39,81±23,54 ng/ml vs. K: 9,00±7,90 ng/ml; p<0,0001), szignifikánsan alacsonyabb adiponektinszintet (OB: 9,03±5,41 mg/ml vs. K: 12,40±5,98 g/ml; p<0,05) és PON1 arilészteráz aktivitást (OB: 96,25±21,45 U/l vs. K: 108,65±24,78 U/l; p<0,05) mértünk. Az elhi-

zott csoportban szignifikáns negatív korrelációt találtunk a szérum-leptinszint és a PON1 arilészteráz aktivitás között ($r=-0,629$; $p=0,0004$), a testzsír-százalék és a PON1 arilészteráz aktivitása között ($r=-0,4815$; $p=0,043$), valamint pozitív korrelációt a testzsír-százalék és a szérum leptin-szint között ($r=0,4918$; $p=0,0382$). A kéthetes fokozott fizikai aktivitás és diéta hatására az elhízott gyermekeknél szignifikánsan csökkent az összkoleszterin- ($4,40\pm 0,74$ mmol/l vs. $3,43\pm 0,78$ mmol/l), LDL-C ($2,71\pm 0,73$ mmol/l vs. $1,90\pm 0,66$ mmol/l), triglicerid- ($1,33\pm 0,38$ mmol/l vs. $0,62\pm 0,16$ mmol/l) és glükózsztint ($4,81\pm 0,35$ mmol/l vs. $3,89\pm 0,33$ mmol/l), valamint szignifikánsan növekedett a HDL-C szint ($1,11\pm 0,25$ mmol/l vs. $1,25\pm 0,23$ mmol/l).

Következtetés: eredményeink azt sugallják, hogy a gyermekkori elhízásban észlelt kóros anyagcsere-állapot kedvező feltételt teremthet a korai ateroszklerózis kialakulásához. Ezen anyagcsere-állapotok megítélésében elhízott betegeknél a hagyományos rizikófaktorokon kívül a megváltozott leptin, adiponektin-szint és paraoxonáz aktivitás is hasznos jelző lehet. A jelentős életmódváltozás a pozitív irányba elmozduló metabolikus paraméterek tükrében a testmozgás jelentőségére hívja fel a figyelmet.

Inzulinrezisztencia, aterogén diszlipidémia és további aterogén faktorok egyszerű és acanthosis nigricans-szal (AN) társult gyermekkori elhízásban

Dr. Várady Zita rezidens¹, dr. Felszeghy Enikő², dr. Seres Ildikó¹, prof. dr. Paragh György¹, prof. dr. Ilyés István³

DEOEC ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen¹, DEOEC ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika, Debrecen², DEOEC NK Családorvosi Tanszék, Debrecen³

Az elhízás az ateroszklerózis rizikó tényezője, az ateroszklerózis folyamata már a gyermekkorban kezdődik. A vizsgálat célja az inzulinrezisztencia, a diszlipidémia és a HDL-C funkcióját befolyásoló aterogén faktorok vizsgálata volt gyermekkori egyszerű elhízásban (SO) és acanthosis nigricans-szal társult elhízásban (OAN).

A vizsgálatba összesen 37 elhízott gyermeket, 17 lányt és 20 fiút, vontunk be, közülük 19 esetében egyszerű, 18 esetében AN-szal társult elhízás állt fenn. Életkoruk $14,2\pm 1,8$ év, BMI értékük $35,9\pm 6,1$ kg/m² volt. Az éhomi vércukor (ÉVC) és inzulin (Ins) szint mérése és a homeostasis model assessment (HOMA) index kiszámítása mellett sor került az össz-koleszterin (T-C), HDL-C és a triglicerid (Tg) szint mérésére, az LDL-C kalkulálására, továbbá az apoprotein AI (Ap-AI), apoprotein B100 (Ap-B100) és a lipoprotein (a) /Lp(a)/ koncentrációjának mérésére. Meghatároztuk a paraoxonáz (PON1), az arilészteráz (ARYL), a lecitin-koleszterin-acyltransferáz (LCAT) és a koleszterin-észter-transfer protein (CETP) aktivitást, valamint az intracelluláris

adhéziós molekula-1 (ICAM-1) és a vaszkuláris adhéziós molekula (VCAM) szérum szintjét.

Az ÉVC minden esetben normális volt, a 37 esetből hiperinzulinémia 27, inzulinrezisztencia 31 esetben volt észlelhető. Emelkedett T-C és LDL-C 5-5, emelkedett Tg szint 6, csökkent HDL-C 9 esetben volt kimutatható. Az Ap-AI koncentráció 13, Ap-B100 5, Lp(a) pedig 11 esetben bizonyult kórosnak. A kóros Ins, Tg és HDL-C értékek gyakorisága az OAN csoportban magasabb volt, mint a SO csoportban. A szénhidrát és a lipoprotein anyagcsere paraméterei kóros értékeinek gyakoriságában viszont a nemek, az AN jelenléte és a HDL-C szintek alakulása szerint eltérés nem volt észlelhető. A PON1, ARYL, LCAT és a CETP aktivitásban, továbbá az ICAM-1 és a VCAM szintben sem volt különbség nemek és az AN jelenléte szerint, azonban a csökkent HDL-C szinttel rendelkező gyermekek esetében az ICAM-1 szint magasabb volt, mint normális HDL-C szint esetén. A PON1 aktivitás és az ICAM-1 szintek között szignifikáns negatív korreláció volt észlelhető.

Az eredmények azt mutatják, hogy az inzulinrezisztencia és az aterogén diszlipidémia gyakoribb az OAN csoportban, mint a SO csoportban, és amellett szólnak, hogy az PON-1 aktivitással összefüggő ICAM-1 szint befolyással van a HDL-C funkció alakulására.

Szemléletváltás az iskolai testnevelésben.

Az elhízott gyermekek fizikai aktivitása

Dr. Újhelyi János

Oktató Házi Gyermekorvosi Praxis, Nyíregyháza

A gyermek- és ifjúkorúak egészségi állapotában, az utóbbi időszakban kedvezőtlen változások tapasztalhatók, emiatt a nemzeti egészségvédelmi program részeként szükségessé vált az oktatási intézményekben folytatott testnevelés gyakorlatának változtatása.

A tanulók számára megfelelő testnevelési programok biztosításának alapfeltételei: a gyógy-testnevelés ellátó kapacitásának növelése, a testnevelési órák preventív szemléletének erősítése és a testnevelési kategóriákba sorolásban az érdekeltek együttműködésének megvalósítása.

A megvalósítás során a következő szempontok érvényre juttatására szükséges törekedni:

A gyógyítás és a testnevelés egymást segítő tényező legyen a gyermek egészsége érdekében.

Az oktatási intézményekben biztosítani szükséges, hogy minden gyermek a számára megfelelő testnevelési formában vegyen részt.

A gyermekek mozgásfejlődésének sajátosságai miatt a teljes felmentés csak minimális időtartamra korlátozódjék. Az egészségi állapota miatt korlátozott teljesítményre képes gyermek esetében is gondoskodnunk kell arról, hogy a testnevelés és fakultatív sportolás eredményeként a lehetőségeihez viszonyított fejlődése folyamatos legyen.

Célszerű megváltoztatni az eddig alkalmazott testnevelés kategóriákat.

A gyógy-testnevelés csak az iskolaorvos és a gyógy-testnevelő szoros team- munkájával lehet eredményes, a gyakorlatok egyénre szabott meghatározása együttes feladatuk.

Az iskolaorvosok és a gyógy-testnevelő tájékozottságát rendszeres továbbképzéssel célszerű biztosítani.

Ha egy-egy mozgásforma adott gyermekre hátrányos, a kerülendő mozgás vagy mozgások megjelölése mellett a javasolt gyakorlatok körét is meg kell adni.

Az iskola-egészségügy alapvető feladata, hogy a fiatalok egészséges életmódjának kialakításában kulcsszerepet játszó testkultúra fejlesztése mindennapi igénnyé és egész életre kiható programmá váljon.

A fiatalokat meg kell tanítani:

- az alapvető sportéletteni ismeretekre;
- a szabadidős sportolás gyakorlásának alapelveire;
- a sportsérülések, ártalmak elkerülhetőségére;
- az egészséges táplálkozás, folyadékellátás, ásványi anyag, vitamin és vas ellátás fontosságára;
- az alul- és túledzés fogalmaira és tüneteire;
- a teljesítményt fokozó szerek veszélyeire.

Az egészségügyi és oktatási szakembereknek túlsúlyos gyermekek számára érdemi segítséget kell nyújtaniuk a megfelelő fizikai aktivitás biztosításában, edzési programok kialakításában. A mindennapos testi nevelés programján belül célszerű számukra külön csoportot képezni, és annak keretében következetes mozgás és életmód programot folytatni. Ennek elméleti és gyakorlati alapjai jól ismertek, megvalósítása következetességet és erőfeszítést igényel.

Mit ér egy három éves dohányzás elleni prevenció kampány nagyvárosi 10–18 éves tanulók körében

Dr. Szövetes Margit¹, dr. Márton Hajnalka², dr. Pásti Gabriella³, dr. Fejes Márta⁴, prof. dr. Ilyés István²

Oktató Házi Gyermekorvosi Praxis, Debrecen¹, DEOEC NK Családorvosi Tanszék, Debrecen², ÁNTSZ Hajdú-Bihar Megyei Intézete, Debrecen³, Városi Egészségügyi Szolgálat, Debrecen⁴

A szerzők 2003-ban felmérést végeztek a debreceni Tócsás kerti lakótelep 10–18 éves tanulóinak dohányzási szokásairól és az azt befolyásoló tényezőkről. A felmérést a vizsgált iskolákban egy 3 éves intenzív dohányzás-ellenes prevenció kampány követte a tanulók, pedagógusok és a szülők körében. Jelen munkájukban a prevenció kampány hatását mutatják be.

Módszer. A lakótelep három általános iskolájának felső tagozatos és a gimnázium minden tanulója kérdőívet töltött ki a kampány előtt és a kampány végén, anonim módon és önkéntesen. Az adatokat az Epiinfo 3.3.2. statisztikai programmal elemeztük.

Eredmények. A kampány előtt 1498, utána 1147 tanu-

lótól kaptunk adatokat. A szűréskor és a kampány után a nemek arányában és korosztályok megoszlásában nem volt lényeges különbség. A kampány végén a dohányzást kipróbálók arányát 26,9%-nak (a szűréskor 31% volt), az alkalmi dohányzókét 8,1%-nak (a szűréskor 15% volt), a rendszeres dohányzók arányát 6,4%-nak (a szűréskor 9% volt), a nemdohányzók arányát 58,6%-nak (a szűréskor 45% volt) találtuk. Bár a dohányzók aránya kisebb volt a kampány végén, a dohányzó lányok aránya minden dohányzási kategóriában meghaladta a fiúkéét, míg a kampány előtt a fiúk dohányoztak nagyobb arányban. Az első rágyújtás idejében nem találtunk lényeges különbséget, a gyerekek zöme (90%) 10-15 éves kor között gyújtott rá először. A dohányzást motiváló tényezőkben nem találtunk változást. A dohányzást befolyásoló mintákban komoly változást észleltünk, a kampány végén a barátok rossz példáját a gyerekek 25,5%-a jelölte meg, szemben a kampány előtti 31,1%-kal, a családban történő dohányzást 48,1%, szemben a kampány előtti 28,6%-kal. A média szerepét, mint a dohányzási mintát szolgáltatót, változatlanul jelentősnek ítélték a tanulók (kampány előtt 17,3%, utána 17,7%). A szülők hozzáállásában jelentős változást találtunk, míg az első felmérésnél a szülők 36,6%-a tiltotta gyermekének a dohányzást, a kampány végén a tiltók aránya 64,8%-nak bizonyult. A nemdohányzók között lényegesen nőtt azok aránya, akik az egészségük védelme érdekében nem dohányoznak (kampány előtt 55,8%, kampány végén 66,7%). A dohányzás ártalmairól a kampány előtt 25, utána 10 tanuló nem hallott senkitől. A tanulók tájékozottsága a dohányzás egészségre káros hatásairól, a dohányzással összefüggésbe hozható betegségekről teljesebb volt a kampány végén történt felméréskor, mint a kampány előtt.

Következtetések. A dohányzás visszaszorításának leghatásosabb módja a rászakás, a nikotinfüggőség megelőzése. A rászakás 10–15 éves kor körül kezdődik, ezért a prevenció tevékenységet erre a korosztályra kell koncentrálni. Az intenzív felvilágosításnak, az egészséges életmódra való nevelésnek hosszabb távon eredményei lehetnek a dohányzásra való rászakás megelőzésében.

Légúti allergiás megbetegedések gyakoriságának változása praepubertas és pubertáskorú fiatalok körében területünkön

Dr. Józsa Lajos¹, dr. Papp Erzsébet², dr. Borhy Márta³
Oktató Házi Gyermekorvosi Praxis, Hajdúböszörmény¹, Házi Gyermekorvosi Rendelő, Hajdúböszörmény², Kardio-pulmonológiai Szakrendelő, Hajdúböszörmény³

Az allergiás megbetegedések száma az utóbbi évtizedben rohamos növekedést mutat. A fejlett ipari országokban a leggyakoribb krónikus megbetegedések közé tartozik, a lakosság mintegy 15–30%-át érinti. Fokozot-

tan veszélyeztetettnek tekintendők a gyermekkorúak és a fiatal felnőttek.

Az allergiás megbetegedések közül a kritikus praepubertás és pubertáskorban halmozottan jelennek meg a légúti allergiás megbetegedések. Ezért szerzők városuk – alföldi, 35 000 lakosú, közepes nagyságú város – közel két-kétezer hatodik osztályos és középiskolás tanulóját vizsgálták légúti allergia irányába.

A kérdőíves szűrővizsgálat után a meghatározott szempontok alapján kiválasztott tanulóknál Prick-teszt és légzésfunkciós (Piston) vizsgálatok történtek légúti allergiás megbetegedések irányába.

A vizsgálatokat 5 év elteltével az előzővel azonos korcsoportokban, hasonló számú tanuló esetében, változatlan vizsgálati módszerekkel ismételték meg.

A vizsgálat célja az volt, hogy megbízható adatokat nyerjenek az allergiás megbetegedések gyakoriságáról és a gyakoriság változásáról a vizsgált korcsoportokban területükön.

Az előadásban a vizsgálatok eredményéről adnak tájékoztatást a szerzők, kiemelve, hogy a korrekt vizsgálatok elvégzéséhez a szakmailag és technikailag jól felszerelt pulmonológiai háttér nélkülözhetetlen.

A légúti allergia előretörésének fékezésében a szűrés, a megelőzés, a korai gondozás, illetve az időben elkezdett gyógykezelés fontosságára hívják fel a figyelmet

Az enuresis nocturna terápiás lehetőségeinek vizsgálata

Bazsó Dóra *oh., dr. Kabács Ágnes*

PTE OEKK, ÁOK, Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Problémafelvetés. Az enuresis nocturna az asthma bronchiale után a második leggyakoribb gyermekbetegség. Sajnos csupán az esetek 46%-ában fordulnak

orvoshoz. A gondozásba vétel után gyakori probléma, hogy a kivizsgálás és egy adag gyógyszer beszedése után a gyermek a kontroll vizsgálaton nem jelenik meg. Kezelésnél gyakran elkövetett hiba, hogy a kivizsgálás nélkül csak tüneti terápiát alkalmaznak.

Cél. Tanulmányunk célja a körzetben előforduló diagnosztizált és nem diagnosztizált enuresises esetek megismerése volt. A már felderített betegeknél elemeztük a kivizsgálás menetét és az alkalmazott kezelést, valamint a felállított prognózist. Az újonnan felfedezett eseteknél vizsgáltuk a szülő véleményét, az orvoshoz fordulások számát és az esetek prognózisát.

Módszer. Retrospektív tanulmányban elemeztük a már diagnosztizált betegek kivizsgálásának menetét, az alkalmazott kezelést. Kérdőíveket küldtünk ki a prognózis felmérésére. Ezek mellett kérdőíveket töltöttünk ki a körzetben (50 kérdőív összesen), hogy felmérjük hány esetben fordult elő enuresis, mit tettek a szülők és mi a véleményük az enuresisről.

Eredmények. 5 enuresis nocturnában szenvedő gyermek esetének tanulmányozása során 4 esetben pszichés ok miatt Melipramin terápiában részesültek a betegek, 2 esetben csökkent hólyagkapacitás miatt Ditropant kaptak. Mindegyik esetben javulás volt észlelhető. 2 beteg jelenleg tünetmentes.

Konklúzió. Fontos az oki terápia alkalmazása, továbbá a komplex kezelés, amely magában foglalja a szülő tájékoztatását és bevonását, a racionális életmódot és farmakoterápiát, a rendszeres kontroll vizsgálatokat.

VIZITDÍJ KÉSZPÉNZFIZETÉS SZABÁLYA

31. § (1) A bankjegyek és érmék kibocsátását, címletét és külső kiállítását, valamint bevonását az MNB elnöke rendeletben hirdeti ki. Az MNB elnökének rendeletében megjelölt határral a bevont bankjegyek és érmék elveszítik törvényes fizetőeszköz jellegüket.

(2) Az MNB által kibocsátott bankjegyeket és érméket azok bevonásáig magyar törvényes pénznemben teljesítendő fizetésnél mindenki köteles névértékben elfogadni.

(3) Az MNB a forgalomból általa bevont, törvényes fizetőeszköznek már nem minősülő bankjegyeket a bevonás hatánapjától számított 20 évig, az érméket a bevonás hatánapjától számított 5 évig névértéken magyar törvényes fizetőeszközzé átváltja.

(4) Az MNB által kibocsátott pénzermékből a készpénzfizetési forgalomban – címletenként – legfeljebb ötven darabot kell elfogadni. Ez a korlátozás nem vonatkozik a hitelintézetek, az adóhivatalok és a posta pénztáaira, amelyek a pénzerméket korlátlan mennyiségben kötelesek fizetésül elfogadni.

(5) A hamis, meghamisított, megcsonkított (átlyukasztott) pénzerméket nem szabad, a súlyukban jelentősen megfogyott vagy nehezen felismerhető pénzerméket nem kell fizetésül elfogadni. A rendeltetésszerű használat következtében súlyukban jelentősen megfogyott vagy nehezen felismerhető pénzerméket a hitelintézetek vagy adóhivatalok és a posta pénztárai fizetésül vagy átváltásra elfogadják és azokat az MNB-nél beváltják.

(6) A hamis vagy meghamisított bankjegyeket nem szabad, a hiányos (csonka) bankjegyeket nem kell fizetésül elfogadni. A hiányos (csonka) bankjegyet az MNB ellenértéket akkor térít, ha a bankjegynek felénél nagyobb részét benyújtják. A hitelintézetek és a posta pénztárai a hiányos (csonka) bankjegyet az MNB-nél történő becserélésre átveszik. A sérült bankjegyek becserélését az MNB költségmentesen végzi. A csonka vagy sérült érmékért az MNB ellenértéket nem térít, kivéve ha azoknak nemesfém tartalma van.

(7) Megsemmisült bankjegy vagy érme ellenértékét az MNB nem téríti meg. Bankjegy vagy érme tekintetében megsemmisítési eljárás nem indítható.

31/A. § (1) Az MNB ellátja a magyar és a külföldi törvényes fizetőeszközök hamisítás elleni védelmével kapcsolatban a hatáskörébe tartozó technikai és egyéb feladatokat, így különösen a készpénzszakértői, oktatási, adatszolgáltatási és tájékoztatási feladatokat.

(2) A feltehetően hamis vagy meghamisított magyar és külföldi fizetőeszközöket szakértői vizsgálat céljából az MNB részére meg kell küldeni.

(3) A hamis magyar és külföldi fizetőeszközöket ellenérték nélkül át kell adni az MNB-nek.

(4) A hitelintézetek, a pénzváltók és a pénzfeldolgozók, valamint a postai pénzforgalmi közvetítő és postai pénzügyi tevékenységet, valamint készpénz-átutalási szolgáltatást végző szervezetek kötelesek az általuk forgalmazott, illetve feldolgozott magyar és külföldi fizetőeszközök valódiságát megvizsgálni és a fellelt feltehetően hamis vagy meghamisított fizetőeszközöket az MNB-nek haladéktalanul megküldeni, illetőleg átadni.

32. § Az MNB a bankjegy- és érme-előállítás költségeit ráfordításai között számolja el.

33. § Az MNB, a hitelintézetek és a posta pénztárai pénzermét – címletenként legfeljebb 100 darabot – más címletű pénzermére, illetőleg bankjegyre, bankjegyet pedig más címletű – címletenként legfeljebb 100 darabot – bankjegyre, illetőleg pénzermére díj-, jutalék- és költségmentesen átváltják.

34. § (1) Forgalomban lévő törvényes fizetőeszközről, valamint az euróról utánzatot készíteni vagy készíttetni bármely célra (színházi előadásra, televízió- vagy filmfelvételnél való felhasználásra, oktatásra stb.) csak az MNB engedélyével, illetőleg az MNB elnökének rendeletében meghatározottak szerint szabad.

(2) Az utánzatok előállítása, nyilvántartása, őrzése, megsemmisítése tekintetében az MNB elnökének rendeletében meghatározottak szerint kell eljárni.