

**A CUKORBAJ
EPIDEMIOLOGIÁJA ÉS
VÁRHATÓ KÖLTSÉGEI
NÉMETORSZÁGBAN**

*A Kirchheim Verlag-Mainz
összefoglalója – Wirkstoff
Bibliothek 8. füzet (2006) 1-4 oldal.*

A cukorbeteg ma mindenütt népbetegségnek tekinthető. Az egész világon mintegy 3% az előfordulási gyakorisága (=170 millió cukorbeteg) és számuk folyamatosan nő. Ha a tendencia nem változik 2030-ra 195 millióval több cukorbeteg szorul diétára, kezelésre. A növekedés a városi lakosság szám emelkedésével és a várható élettartam hosszabbodásával tovább romolhat. Németországban jelenleg a betegség előfordulási gyakorisága 7%, ami kb. 6 millió cukorbeteg jelent az országban, ezek 90%-a 2-es típusú, 10%-uk 1-es és/ill. gesztációs, vagy egyéb speciális típusú cukorbeteg.

2003-ban Indiában 35 millió, Kínában 24 millió, az USA-ban 16 millió, Oroszországban 10 millió cukorbeteg ismertek, kezeltek.

Egy Augsburgban végzett szűrővizsgálat kiderítette, hogy az 55–74 év közötti korosztály népességében az eddig nem ismert cukorbeteg előfordulási aránya 8,4%. A szűrővizsgálattal ennek a korosztálynak a cukorbeteg előfordulási aránya megduplázódott. Sajnos a baj gyakran, még ma is, csak a szövődmények jelentkezése és/ill., azok kórházi kezelése során derül ki, ha már stroke, AMI, végtag-érszűkület, látásromlás miatt kivizsgálásra került sor.

A magas színvonalú orvosi ellátás ellenére Németországban **minden órában** egy friss, dialízisre szoruló diabéteszes nefropátia kerül kóris-mézésre, **90 percenként (!)** vakul meg egy ember cukorbetegség miatt, **20 percenként alakul ki egy AMI és 12 percenként kap**

stroke-ot egy cukorbeteg. A morbiditási és mortalitási ráta cukorbeteg esetében szignifikánsan magasabb, mint nem cukorbetegek között.

Vizsgálták az USA-ban a halálozási statisztikákat, s kiderült, hogy mind a rák, mind a szív-érrendszeri betegségek miatt bekövetkezett halálozások száma csökkent, csak a cukorbeteg és a COPD okozta halálozás nőtt.

A költségekről: a 2-es típusú cukorbeteg miatt kezelésre szorulóknak a költsége 1998-ban Németországban meghaladta a 9,8 Mrd Eurót. Ennek felét kórházi kezelés emésztette föl. Kiderült az is, ha makro- vagy mikrovaszkuláris szövődmény miatt is kezelésre szorul valaki, költségei azonnal kétszeresére emelkednek.

A kölni egyetem 350 000 lakosból kiválasztott 27 000 cukorbeteg, 90%-uk 2-es típusú volt, s vizsgálta költségeiket. 1 év alatt a nem cukorbeteg átlagos, éves kezelési költsége 2755 Euró volt, a cukorbetegé 5262 Euró. Ehhez nem számolták hozzá a betegállomány, az ápolási és a korai nyugdíjazásból eredő plusz kiadásokat. Ezzel a kiadások további emelkedését tudták regisztrálni, ez 10 281 Euró volt, szemben a cukorbetegségben nem szenvedő lakosság átlagos 6446 Euró kiadásával.

Miután Németországban évente 0,5%-kal nő az újonnan felismert cukorbeteg szám és az emberek átlag életkora is növekszik, ez az egészségügyi költségvonzat óriási módon emelkedik, s a jelenlegi, az egészségügyben elhasznált pénznek többszörösét is követelheti, rövid időn belül.

Nem tudom hasonló számítások történn-e hazánkban De bizonyos vagyok benne, hogy a növekedés – ha nem is ilyen tempóban – nálunk is bekövetkezik. A jelenlegi megszorítások előrevetítik a kezelés ellehetlenülését nemcsak a szakellátás

és kórház vonalán, de az alapellátásban is. Ezt pedig az eddig egészségesnek gondolt lakosság sínyli majd meg, ami a gazdaság csődjét is jelentheti már rövid időn belül. Ref.)

Dr. Hidas István

A PSORIASIS HELYI KEZELÉSE

*Christoph Abels, Matthias Fischer –
Der Allgemeinarzt 1/2007 (6-10)*

A psoriasis, vagy pikkelysömör, egy gyakran előforduló, krónikus bőrbetegség. A kezelése komoly kihívást jelent minden gyakorló orvosnak. Miután oki terápia nem ismert, tüneti kezelésre vagyunk kényszerítve, hogy legalább a kínzó tüneteket csökkentjük. Szerencsére a betegek többségének csak kis területű bőrfolyamata van, így a helyi kezelésnek nagy a jelentősége.

Fontos ismertetnünk a beteggel, hogy egy életfogytig tartó betegségről van szó, s a kezeléssel a terjedést korlátozni tudjuk, bár tünetmentességet – általában – nem érünk el. Fontos, hogy a provokáló tényezőket folyamatosan kerülje, s az ún. „bázisterápiát” folyamatosan alkalmazza, ne csak az érintett területeken, mert a látszólag ép bőrterületek is betegek.

A bőrt folyamatosan „után-zsírozni” szükséges, mert a bőrszárazság a legfontosabb kísérőjelenség, tartós, forró fürdő, vagy zuhanyozás kerülendő, s szappan helyett is glicerin-alapú mosakodó szert használjon. Jó hatásúak a zsír-emulziók, az olajos fürdők, mely után a durva törülközést is kerülniük kell, de a betegek közel harmada már csupán ezzel a beavatkozással, tünetszegény, panaszmentes állapotba hozható.

A betegséget gyógyító szerek, csak a pikkelyek eltávolítása után hatnak, ezért első helyen a szalicilsav (2–3, maximálisa 5%-os oldatban) alkalmazása jön szóba, a tal-

pon és tenyéren, szükség esetén 20%-os töménységben is alkalmazható. Csecsemő és gyermekkorban ezt a kezelést ne vezessük be.

A húgysav szintén keratolitikus hatású, sőt a hám fellazítása útján az antipszoriaticus kezelést eredményesebbé teszi, sőt a bőr „átszellőzését” is segíti. A dithranol a DNS-szintézisre gyakorolt hatásával csökkenti a bőr lobos tüneteit, ezt a krónikus, a nehezen befolyásolható bőrfolyamat esetén javasolják. Az alkalmazást 0,005%-os oldattal kezdjük, s a koncentrációt 2–3%-osra emelhetjük. Az ún. „short-contact-therapy” során, rövid ideig tartó, ugyanilyen koncentrációjú anthralin oldattal kísérhetjük meg a lobos tünetek csökkentését.

A D3 vitamin analógok helyi alkalmazása egy a receptorokon keresztül kifejtett hatással a keratinociták sejtosztódását és proliferációját befolyásolják, ezért hatásos. Kortikoszteroiddal történő kombináció ma – talán – a leghatékonyabb kezelési eljárás.

A retinoidok vizes gélként alkalmazva szintén jó hatásúak, de fiatal korban (18 éves kor alatt) nem javasolt, s maximálisan a testfelület 10%-ának érintettsége esetén használható. A már fent említett szteroid kezelés – melyet közel 50 éve használunk a betegség gyógyításában – hatékony gyógykezelési mód, de mindig meggondoltan, visszafogottan és a várható mellékhatások figyelembevételével folytassuk.

Új kezelési mód a calcineurin-gátlók alkalmazása, mely elsősorban a vékony hámrétegű területek kezelésére alkalmazható jó eredménnyel. Ha a psoriasist kísérő betegség (pl.: arthropathia psoriatica) is komplikálja, szisztémás kezelési módok, (methotrexát, ciklosporin, fumársav, szisztémás retinoidok) és/vagy ún. „biológiai módok” (Infliximab, Efalizumab,) alkalmazására is sor kerülhet.

Mindenesetre első nekifutásként mindig a helyi kezelést részesítsük előnyben, mivel a szisztémás kezelés, a mai gyakorlat szerint, csak szakintézetben folytatható.

Dr. Hidas István

A WONCA-EUROPE 2006. KONGRESSZUS FIRENZÉBEN

(A WONCA-News 32/2006 számában megjelent beszámoló alapján)

A rendezvény 2006. augusztus 24–27. között zajlott és 3414 családorvos és hozzátartozó vett részt rajta Európából és a világ 64 országából. Ez volt a szervezet eddigi legsikeresebb európai konferenciája. Az előadások tömött padosorok előtt zajlottak, az aktivitás is dicsérendő volt, s a rendezők optimális feltételeket biztosítottak mind az előadóknak, mind a hallgatóságnak. A témaválasztás: „A medicina reneszánsza, építsünk hidat a biológia és humán szféra között” nagyon népszerűnek bizonyult, összesen 1292 előadás, poszter került a hallgatóság elé. Ez a WONCA történetének egyik legnagyobb számú prezentációját jelenti. Az előadások befejeztével a résztvevők olyan benyomással távozhattak, mely igazolta a szakma presztízsét, helyét az orvosi szakmák között. A rangsor igazolta a korábbi állításokat, hogy a családorvosi szakma nemcsak lépést tart a fejlődéssel, hanem olyan dinamikusan fejlődő ága a medicinának, mely új elképzeléseket vezet be a szakmába, és jelentős haladást gerjeszt mind az egészségügyi rendszerek fejlődésében, mind a betegellátás minőségének javításában.

Az összefoglalók elbírálásában 156 európai és néhány afrikai szakértő működött közre. Minden dolgozat összefoglalóját 2–2 szakember kapta meg bírálat elkészítése céljából, így elérhető volt, hogy a munkák megfelelő színvonalon képviseljék a szakmát. Ha mindkét bíráló pozitívan nyilatkozott, akkor bekerült a programba, ha egy negatív véleményt adott, visszaküldték a szerzőnek korrekció végett.

A témák: kutatás, oktatás, biológia- és humán vonatkozások, minőség, rizikó és biztonság, hogyan gondozunk a mai világban? A választott témák a világszervezet kutatási

irányvonalait reprezentálták, s kísérletet jelentettek a további fejlődés irányának meghatározására. Minden egyes nap más-más párbeszéd folytatására is lehetőséget biztosított, így egy-egy munkacsoport képviselőinek (a kutatás, az oktatás a biológia és humán vonatkozások, stb.) a bemutatkozásra és külön egy alkalommal a családorvoslás olasz iskolájának, eddigi módszereinek, eredményeinek és terveinek ismertetésére.

A minőséggel foglalkozó ülészak a probléma-orientált és a cél-orientált ellátási mód különbségeit taglalta E vonatkozásban azt hangsúlyozták, hogy a családorvos kényszerül integrálni a személy és a közösség szempontjait is, ha a minőség-biztosítást teljes mértékben meg akarja valósítani. E tekintetben nehéz feladat vár rá, mert el kell döntenie, mely szempontokra fókuszáljon, ha eredményes akar lenni. Hangsúlyozták az alapellátás és a szakellátás együttműködésének fontosságát, külön kiemelték a gyógyszergyárak reklámtevékenységének szerepét a kezelés milyenségének megválasztásban.

A prevenció szerepét az EUOPREV vezette ülészakon hangsúlyozták leghatékonyabban, kiemelve a „mediterrán diéta” szerepét is a szív-érrendszeri betegségek megelőzésében.

A záró ünnepséget megelőző összefoglalókon az egyes témavezetők ismertetője alapján kísérelték meg levonni a következtetéseket, s leszögezték, hogy a WONCA-Europe célja az alapellátás, konkrétan a családorvoslás fejlődésének előmozdítása. Ehhez elengedhetetlenek tartják, hogy ennek az ellátási formának ne legyenek finansziális, vagy bármilyen más akadályozói, mert csak így képzelhető el eredményes családorvosi munka. Ennek a munkának éppen az az értéke, hogy állandó, közvetlen kapcsolata van az ellátandókkal és képes eldönteni a további kivizsgálás, kezelés leghatékonyabb és leggazdaságosabb módját. Ehhez minden segítséget és az anyagiakat is biztosíta-

nunk kell, ha eredményeket óhaj-
tunk látni.

Dr. Hidas István

Ref.: azt hiszem nem tévedek, ha teljes egyetértésemet fejezem ki a fenti megállapítással, s bízom benne, hogy nemcsak az érdekeltek, de a rendelet alkotók is ugyanígy látják.

AZ OSTEOPOROSIS KEZELÉSE. A JELENLEGI GYAKORLAT NEM NAPRAKÉSZ

*Anna Bänder – Der
Allgemeinarzt 18/2006 (46)*

Sok nemzetközi értékelő tanulmány jelenik meg a kérdésről, s ezekből kiderül, hogy csak a rászorulók kb. 10%-a kap megfelelő kezelést. Ez a helyzet Németországban még rosszabb, ami a betegek szempontjából nagyon szomorú következményekkel jár. Nő a csonttrikulással összefüggő szövődmény, csonttörés és az azzal együtt járó ápolási igény a csökkent mozgásképesség és rokantság miatt.

A szakemberek évek óta kísérleteznek a rendelkezéseket „gyártó” irányítókat arról meggyőzni, hogy a „drága” kezelések nagy megtakarítást eredményezhetnek, hiszen egy sor hosszadalmas kezelést, kórházi beavatkozást előzhetnek meg, sokkal olcsóbban.

A Fosamax Nemzetközi Követéses vizsgálat egyértelműen bizonyította, hogy az alendronát terápia jelentősen csökkenti a csonttömeg veszteséget, ami a törések valószínűségét – bizonyítottan – jó irányba befolyásolja. Ennek alapján több nyugat-európai szakember botránynak nevezte az eredményesen kezelt betegek arányát.

A kezelés hatékonysága az új kombinációval (alendronát+kolekalciferol = Fosavance) tovább nőtt, mivel a D3 vitamin hiánya, a felkínált Ca felszívódását is rontja, sőt izomgyengeség miatt az elesés veszélyét is fokozza.

A felismerés ahhoz vezetett, hogy az egészségügyi irányítás és a gyógyszergyártók megállapodása alapján

a Fosavance (70 mg alendronsav+2800 E D3 vitamin) árát a generikumok árszintjére csökkentették, remélve, hogy ezzel az eredményesen kezelt aránya növekszik, s a szövődmények aránya pedig csökkenni fog. (Németországban! De mi lesz kis hazánkban? Ref.)

Dr. Hidas István

EGY ÚJ HORMONTESZT – LEHETŐSÉG A VÍRUS ÉS BAKTERIÁLIS FERTŐZÉS ELKÜLÖNÍTÉSÉRE

*a www.gezielt-ist-sicher.de
fiókból*

Az antibiotikumok 75%-át felső légúti fertőzés miatt rendeljük, gyakran fölöslegesen. Ugyanis ezek a betegségek nagyrészt vírusfertőzés következményei.

A procalcitonin (PCT) hormon meghatározása lehetővé teszi ezeknek a fölösleges antibiotikum rendeléseknek elkerülését. Ugyanis a vizsgálat, mely a baktériumok PCT termelést provokáló tulajdonságán alapul, biztos elkülönítési lehetőség a kétféle fertőzés esetében.

A vírusfertőzés következtében ez az anyag 10x-, 100x-orosára nő, viszont bakteriális fertőzésben 1000-100 000x-es a növekedés. A bázeli egyetemen tanulmányozták a tesztet, s segítségével az előzőekben rendelt antibiotikum mennyiség felére csökkent, ugyanakkor a hűléses hurutok lefolyása, időtartama, szövődményei nem nőttek.

243 beteget vizsgáltak, ha a PCT-szint 0,1 g/l-nél kisebb volt, a bakteriális fertőzés kizárható volt, de még 0,25 g/l érték esetén sem javasoltak antibiotikum kezelést. Ha azonban ez az érték elérte a 0,5 g/l-t, akkor biztosan bakteriális fertőzésről volt szó, ilyenkor célzott antibiotikum kezelést javasoltak.

Az alkalmazott meghatározás időtartama 19 perc, s ennyi idő múltán biztosan megerősíthető, és/vagy kizárható volt bakteriális fertőzés fennállása.

Sajnos a biztosítók – egyelőre – még Svájcban sem annyira fölkészültek,

hogy vállalják a vizsgálat költségeit – ez jelenleg 10 Euro !! – így azt az alkalmazó gyakorló orvos állja.

Dr. Hidas István

HOGYAN SZERELJÜK LE AZ IDŐT RABLÓ BETEGEINKET?

*F, Meyer, B. Riedl, G.
Bawidamann, W. Blank – négy
házi orvos „módszere”. Der
Allgemeinarzt – 1/2007 (20-21)*

Az első nyilatkozó, ezeket a betegeket már a komputerben vörös színnel jelöli. Ez a módszer lehetővé teszi, hogy – pl. előjegyzés esetén – olyan időpontot jelöljön meg az előjegyzést végző asszisztens, amikor – nagy valószínűséggel – jut idő végighallgatni a mindig terjedelmes panaszárdatot. Miután a kolléga a pszichoterápiában is jártos, bevezetőben azonnal megjelöli, mennyi ideje van a betegre, mennyi idő múlva érkezik a következő előjegyzett beteg, sőt azt is megjegyzi, bármi kerül is terítékre, akkor el kell válniuk, s egy más időpontban folytathatják a „megbeszélést”.

Más megoldást jelent, ha a panaszokból valami további vizsgálat szüksége deríthető ki, ennek azonnali elvégzésére beutaló kerül kiadásra (EKG, labor stb.) amivel máris „átmegy aktívba”. A házi beteglátogatás, vagy telefon „megbeszélés” időpont rögzítése szintén bevált módszer.

A második nyilatkozó – többségében időpontra berendelt betegekkel – ezt használja föl a túl hosszú nyúló konzultáció befejezésére, többnyire sikerrel. A nővér beszél, itt a következő, előjegyzett beteg. Az „időpuffer” elméletileg működőképes lehetne, de hossza kiszámíthatatlan. Kérdezni is veszélyes ilyen betegtől, mert a válaszok néha kitöltik a teljes rendelési időt. Az elvégzendő vizsgálatok indikációját hangsúlyozva (műszeres, Doppler, terheléses EKG, labor stb.) néha eredményes lehet a próbálkozás.

A harmadik nyilatkozó, ismert „bőbeszédű” páciens megjelenése esetén mindig beoszt egy-egy sürgős

injekciót, kötécserét, védőoltást, stb., addig a várószobában „jól elvan” a beteg. Ha ezután sort kerít egy hosszabb „beszélgetésre” akkor más megoldás nem lévén, javasolni kell a „megszakítás” elérésére egy-egy sürgős vizsgálatot, ami nélkül biztos kórisme megállapítás nem lehetséges. Ez a „mozgásba hozás” általában beválik. De ha nem, a jól „betanított” személyzet végső esetben sürgős hívást, vagy a váróban „rosszul lévő” beteget konferál be, ami azután a hosszúra nyúló konzultációt megoldja.

A negyedik nyilatkozó a tünetek felsorolására 1–2 percet elegendőnek tart. Ha ezt a beteg „túllépi”, valami módon megszakítja a „panaszadatot”, néha a következő módon: „Bocsánat, ez egyszerre túl sok, próbáljuk meg összefoglalni!” Ez általában beválik, s talán sikerül a lényegre térni. Befejezésként ez is bevált mondat: „Úgy tűnik, még sok minden nyomja a lelkét, legközelebb erről is beszéljen – milyen időpont felel meg önnek leginkább?”
Ref.: Összefoglalva, a riportot a szakma jellegzetes problémáinak gyűjteményeként értékeltem. Ezért igyekeztem lényegre törően mind a négy kolléga „módszerét” ismertetni. Hiszen hasonló problémáink idehaza is vannak bőséggel, s – úgy gondolom – csak növekedni fognak, a „vizit-díj” bevezetése ellenére.

Dr. Hidas István

INZULIN – MIRE VAN SZÜKSÉGÜK VALÓSÁGBAN A CUKORBETEGEKNEK?

*Monika Lechleitner
összefoglalója, a Kirchheim –
Diabetész-Fórum előadásai
alapján. Diabetes-Forum – No.
1-2/2007 (6-8)*

Bizonyított, hogy a humán-inzulinok soha nem biztosítanak fizio-
lógiás-hoz közeli anyagcsere viszonyokat. A bevétel a „periférián” történik (szubkután injekció formájában), a felszívódás lassú, a hatástartam túl hosszú és a maximumot csak rövid ideig biztosítja.

Az analóg-inzulinok, melyeket mintegy 10 éve használunk, valamivel „fizio-
lógiásabb” hatásmechanizmus szerint működnek. A gyors és rövid hatástartamú analógokkal (lispro-, aspart-, glulisin-inzulin) a posztprandiális vércukor emelkedés jól kivédhető, s miután a hatástartam rövid, „közti étkezések” elkerülhetők. Külön említésre került, hogy ezek a készítmények a máj glukoneogenezisét is eredményesen gátolják. A bazális inzulin mellé alkalmazott analógokkal jobb HbA1c értékek érhetők el, ami a szénhidrát anyagcsere jobb egyensúlyát igazolja.

27 tanulmány metaanalízise bizonyította, hogy sokkal ritkábban fordult elő hipoglikémiás szövődmény, ha ezt a kombinációt alkalmazták. A rövid hatástartamú analógot használó cukorbeteg véleménye egyértelmű volt: a humán-inzulinok alkalmazásánál sokkal rugalmasabb, az igénybevételhez, jobban alkalmazkodó anyagcserét tudtak biztosítani ezzel a kezelési móddal.

A hosszú hatástartamú inzulin-analógok szintén előnyösebb tulajdonsággal bírnak, mint a humán-inzulin féleségek, másik előny, hogy víziszta oldat, melyet – szemben a NPH inzulinnál megismert szuszpendált formával – felrázás nélkül használhatunk. A másik előny, hogy gyakorlatilag nincsen hatásmaximum, tehát az egyik időponttól, a következőig egyenletes hatóanyag-szintet találunk plazmában.

A „megindult” retinopathia diabetica folyamatos javulása is leírt hatás, amit a HbA1C- szint stabil, a normálhoz közeli értéke magyaráz.

Terhes cukorbeteg kezelés sem volt veszélyesebb, nem nőtt a fejlődési rendellenességek száma és az étkezések után történt injekció beadás a vércukorszint esés, és/ill. a hipoglikémia veszélyét is minimálisra csökkentette.

Végül és nem utolsósorban a cost/benefit ráta is e kezelés során bizonyult a legelőnyösebbnek, így az inzulin-analógok alkalmazását javasolják minél szélesebb körben

Dr. Hidas István

KEZELÉSRE NEM REAGÁLÓ ASZTMA BETEG. MI ÁLLHAT MÖGÖTTE?

Vera Seifert (Irodalmi áttekintés) – Der Allgemeinarzt 16: (12-14) 2006.

Tkp. mit nevezünk terápia-rezisztens asztma betegségnek? A meghatározás nem is olyan egyszerű. Minden kísérletnek lehet valami igazsága, hiszen a leggyakoribb, hogy a beteg egy megkezdett kezelési módra nem reagál megfelelőképpen. Ennek oka lehet a nem megfelelő compliance, az eleve hatástalan gyógyszer kombináció, a kórisme helytelen megállapítása és/vagy a kísérőbetegségek föl nem ismerése.

Gyakran figyelhetünk meg minden gyógyszer kombinációnak „ellenálló” beteget, ezeknél is számításba kell vennünk a fenn felsorolt lehetőségek mindegyikét. Számításba kell vennünk az ismétlődő „asztmaroham” okozta sikertelenség látszatát és a szubjektív és objektív tünet, úgymint a fulladásérzés és peak-flow méterrel igazolt csökkent légcsere, fennállását is.

Az első lépés mindig a kórisme felülvizsgálata legyen. Ez különösen akkor fontos, ha a beteg már több, különböző terápiás próbálkozásnak „ellenállt”. Gyakori azonban, hogy a valódi allergiás asztma egy idő után krónikus-obstruktív bronchitisre „vált”, vagy nem-allergiás ún. „intrinsic” asztmává alakul. Soha ne feledkezzünk meg a GERD okozta fulladásos rohamokról, mert ezek a tünetek más gyógyszerrel befolyásolhatóak. Ismert a szteroid-refrakter asztma-beteg, aki relatíve kisszámú szteroid-receptorral rendelkezik, emiatt extrém mennyiségű szteroidra reagál csak.

A második lépés: vizsgáljuk felül az eddigi kezelési módot. Gyakran derül ki, hogy sokkal súlyosabbnak ítéltük meg az asztmás beteg állapotát és nem megfelelő terápiás lépéseket kezdtünk. Gyakori hiba: túl későn nyúlunk a szteroidhoz,

vagy nem megfelelően alkalmazzuk (nem tanítottuk meg a belégzési technikát!). Előfordul, hogy csupán béta-agonistára állítjuk be, ami nem bizonyul elegendőnek.

A harmadik lépés: felülvizsgálandó a beteggel történt eddigi kommunikáció, a beteg compliance-a, és nem utolsó sorban a kísérőbetegségek fennállása. Ugyanis bármely kísérő betegség, vagy párhuzamosan folyó kezelés ronthatja a fulladás miatt alkalmazott kezelés hatékonyságát. Ha pedig a fulladásos roham provokátora a GERD, csak protonpumpa-gátlótól remélhetjük a tünetek javulását.

A betegség megítélésében fontos egyéb allergiás (atopiás dermatitis stb.) jelenlévők felfedése, esetleg a hónapok óta fennálló köhögés utalhat az intrinsic-asztma kialakulására. Fontos tudnunk, minél tovább lesz kiderítetlen és kezelés nélkül egy asztma-jellegű fulladás-köhögés, annál nagyobb károsodás éri az egész tüdőszövetet, s annál több szövődémmel számolhatunk még adekvát kezelés bevezetés során is. Ismeretes, hogy az asztma-betegség kórisméjét követő budesonid kezelés során 5 év alatt gyakorlatilag nem változnak a légzésfunkciós értékek, tehát a normális életvitel lehetősége nem romlik.

A megfigyelések alapján a terápia-refrakter asztma-betegség kialakulásának veszélye nőknél, a betegség eltitkolása, családi problémák fennállása, munkahelyi stressz, passzív dohányzás, pszichoszociális problémák, fiatal életkor, ismételt kórházi kezelés asztma miatt és béta-2-agonista túlzott alkalmazása esetén sokkal nagyobb. Ezek tehát kerülendők, vagy fennállásuk esetén kiküszöbölendők, hogy a kezelés sikeres legyen.

Fontos tudnunk, minél hosszabb ideig áll fenn a betegség, és/ill., minél hosszabb ideig van adekvát terápia nélkül a beteg, annál nagyobb a valószínűsége egy terápia-refrakter asztma kórforma kialakulásának. Az ilyen esetekben megkísérelhető kezelési mód a metotrexat, az arany, a penicillamin,

azathioprin, cyclophosphamid esetleg colchicin kezelés is, sőt intravénás immunglobulin adagolással is kísérleteznek, eddig csak igen ritkán észlelt komoly eredménnyel.

Dr. Hidas István

MI SZEREPELJEN A GYÓGYSZERDOBOZON? A BETEGEK SOKSZOR NEM ÉRTIK A MELLÉKELT HASZNÁLATI UTASÍTÁS ÉS MELLÉKHATÁS LEÍRÁST

Beate Klein – Der Allgemeinarzt 6/2006 (26)

A felmérések – melyeket a gyógyszer forgalmazók végeztek – arra utalnak, hogy a receptre kiváltott gyógyszert szedők, mintegy fele olvass el a használati utasítást. Sokuknak érthetetlenek az olvasottak, s ez ellen a gyógyszerforgalmazók nem sokat tesznek. Jóllehet a törvény előírja, milyen információkat kell mellékelni minden gyógyszerhez.

A használati utasítás melléklendő 1978 óta, s az is pontosan szabályozott, mit kell tartalmaznia minden ilyen mellékletnek. A gyógyszer neve, az indikációs terület, az ellenjavallatok, veszélyek, az adagolás, az alkalmazás javasolt időtartama, módja, a lehetséges mellékhatások, a kémiai összetétel, a forgalmazási forma (tabletta, csepp, draszté stb.) az előállító (importáló) cég neve és a tájékoztató utolsó átdolgozásának, ellenőrzésének dátuma.

A használati utasítás német nyelven, laikus számára is érthető módon kerüljön a mellékletbe, hogy emiatt ne legyen az alkalmazó olyan helyzetben, hogy félretájékoztottnak érezze magát.

Ennek ellenére a 2005-ben végzett felmérés alapján kiderült, hogy a megkérdezettek közel fele túlságosan hosszúnak, 20%-uk teljesen érthetetlennek, 17%-uk a betűk nagyságát túl kicsinek ítélték, így olvashatatlanak minősítette a melléklet szöveget. A kérdezettek többsége egyszerűbb, érthetőbb, idegen és szakszavak nélkül megírt szöveget tartana elfogadhatónak.

Sajnos az e célból létrehozott intézmény által kidolgozott mellékletek sem bizonyultak jobb minőségűnek. Emiatt javasolják, hogy olyan megoldás születne, ami mind az előállítók, mind a forgalmazók, a gyógyszeres rendelő és fogyasztó réteg igényét jobban kielégíti, megteremtve ezzel a jobb tájékoztatás lehetőségét.

(Ref: Azt hiszem mindannyiunkat érintő problémáról szól a közlemény. Sajnos gyakran találkozunk beteggel, aki a mellékhatások olvas-tán rémülten rohan vissza a rendelő orvoshoz, félve az ott felsorolt ren-geteg káros mellékhatás lehetőségétől, ami egyáltalán nem laikus felhasználónak szól.)

Dr. Hidas István

MIKOR AJÁNLOTT KÉT TROMBOCITA AGGREGÁCIÓ GÁTLÓ SZER?

Bruce Soloway – Medscape Medscape Internal Medicine Dec 28 2006

Az aspirin a kardiovaszkuláris rizikóban szenvedő betegeknek erősen csökkenti a szövődémmel megjelenését. Milyen esetekben érdemes egy második szert hozzáadni, különös tekintettel a vérzés veszélyre?

A clopidogrel és aspirin kombinációt az utóbbi években az instabil angina, AMI és coronária stent beültetésnél javasolják. A CHARISMA vizsgálat több, mint 15000 betegen végzett megfigyelésénél az derült ki, hogy a kis dózisú aspirint plusz 75 mg clopidogrelt szedők, 6,8%-a kapott trombózt, míg a csak aspirint szedők 7,9%-a, amely nem szignifikáns különbség.

Azoknak a betegeknek az állapota, akik kardiovaszkuláris betegségben, rizikóállapotban szenvedtek, de tünetmentesek voltak, a kimenetel egyáltalán nem különbözött a csak aspirint szedőkéitől.

A vérzéses szövődémmel hasonló arányban jelentkeztek.

Az agyi katasztrófában szenvedett betegek az aspirin mellé dipiridamol kaptak. Az ESPRIT vizsgálat

kimutatta, hogy a 3,5 éves megfigyelés során szignifikánsan kevesebb beteg halt meg vagy szenvedett AMI-t. 18%-os rizikócsökkenés volt kimutatható a kettős kombináció alkalmazása során.

Tehát a clopidogrel-aszpirin együttadás hasznos az akut koszorúér esemény vagy PTCA után, de egyéb rizikójú betegeknél fölösleges. A stroke után adott dipiridamol plusz aszpirin hosszú távon hasznos lehet.

Dr. Faragó Erika

NŐGYÓGYÁSZATI PROBLÉMÁK A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN

*Peter GRündahl – Der
Allgemeinarzt
1/2007 (24-30)*

A statisztikai adatok szerint a házi-orvosi rendelőkben a panaszok 8%-a függ össze nőgyógyászati problémával. Elsősorban a fogamzásgátlás, a változás korával összefüggő panaszok, nőgyógyászati betegségek, daganatok korai fülismerése és az ilyen kórformák kórházi kezelését, műtétét követő utókezelése, ami nap, mint nap előfordulhat rendelőkben.

A fogamzásgátlás területén a biztonság, a mellékhatások, a kivitelezhetőség kérdései a leggyakoribbak. A hormonális fogamzásgátlás bevezetése nagy odafigyelést igényel. Mindig kiderítendő mellrák családi előfordulása, a szülők kardiovaszkuláris betegségei, az érintett visszérbetegsége, a testsúlya, magassága, vérnyomása, az esetleges pajzsmirigy betegsége, fontos a vizelet lelete és a rózsahimlő elleni védettsége.

A fogamzásgátlók ösztrogén és gesztagén komponens tartalmaznak. Szedésük esetén félévente nőgyógyászati, bimanuális vizsgálat ajánlott, évente pedig citológia és emlő vizsgálat is szükséges.

Az ismert, kezelést igénylő betegségek közül kiemelendő az IDDM, ilyen esetben rendszeres glukóztolerancia vizsgálatot és vérzsír ellenőrzést kell végeznünk. Ha ezek

nem ellenjavallják a kezelést, tíz évig rendelhető a gyógyszer alacsony hormontartalmú változata. Hepatitis után szintén az alacsony hormontartalmú készítmények jönnek csak szóba, s a májfunkciós próbák rendszeres ellenőrzése is javallott. Visszesség mellett számíthatunk panaszok, sőt trombózis kialakulására is, ezért óvatosság ajánlott és rendszeres, fokozott ellenőrzés szükséges. Epilepszia ellenes szerek az ösztrogének gyorsabb bomlását okozzák, ezért hatástalan lehet a kezelés. Ugyanez figyelhető meg krónikus colitis és Crohn betegség esetében, mely betegségek a bélrendszer érintettsége folytán felszívódási zavarral járnak. Mellékhatásként előfordul hasmenés is, ami szintén hatáscsökkenést provokál. Szülés után – az első vérzésig, vagy a szoptatás tartama idején – nem ajánlott a gyógyszeres fogamzásgátlás. Ha nincsen konkrét ellenjavallat, az orális fogamzásgátlás 45–50 éves korig alkalmazható, de 30 éves kor fölött – különösen dohányzó nő esetében – az érrendszeri betegségek és az emlőrák előfordulásának veszélye nő.

A premenopauza és a változó kor egésze tele van szubjektív panaszokat okozó változásokkal. A elfogadott álláspont, hogy ne legyen automatikus a hormonpótlás indikációja pusztán az életmód „kényelmesebbé, panaszmentessé” tétele. A változás korának leggyakoribb tünetei, betegségei: a pszicholabilitás, a bőr és nyálkahártya atrófiája, érlemeszesedés, csontritkulás, ezeket gyakran bizonyos növényi kivonatokkal csökkenthetjük, ezt mindig érdemes megkísérelni. (*Hazánkban is van ilyen készítmény a Remifemin Ref.*) Sajnos az előrement kezelésektől függetlenül minden ötödik nő hajlamos a csontritkulásra és a következményes csonttörések fenyegetik ezeket. A bifoszfonátok, a Ca és D3 vitamin, valamint a rendszeres fizikai terhelés, mozgás csökkentik ennek kialakulását.

A hüvely nyálkahártya atrófiája okozta viszketést, égő érzést jól

csökkenti bármilyen ösztrogén tartalmú krém, ezzel a vulva lobját, rák kialakulásnak a veszélyét is csökkenthetjük.

A szexuális élet kérdései is gyakran kerülnek terítékre a házi-orvosi rendelőkben. Fontos tanács – ha kérdezik! – 16 éves kor előtt semmiképpen ne kezdjen rendszeres nemi kapcsolatot egyetlen fiatal sem, különösen ne védekezés nélkül. Németországban évente 20 000-nél több terhesség megszakítás történik 14–18 éves lányoknál. A szülést követő nemi élet folytatásáról egyértelmű a vélemény: 4–6 hét megtartóztatás okvetlenül szükséges, ugyanezt javasolják nőgyógyászati műtétek után. A idős kor nem ellenjavallja a szexuális élet folytatását, de a nemi szervek atrófiája, a nyálkahártya „szárazsága” és a libidó csökkenése ennek gátat szabhat. Ennek megbeszélése is sokat segíthet, ezért ettől soha ne zárkózzunk el.

A nőgyógyászati daganatok rendszeres szűréssel „kézben tarthatók” ezért a szűrővizsgálatokat erőltetnünk, folyamatosan ellenőriznünk, sőt számon kérnünk kell.

Dr. Hidas István

SZÍV ÉS ÉRVÉDELEM. MIT ÉR A NEM GYÓGYSZERES „KEZELÉS”?

*Peter W. Gündling – Der
Allgemeinarzt
2/2007 (6-9)*

Minden felvilágosító kampány, modern diagnosztikai eljárások és kezelési módok ellenére a szív-érrendszeri betegségek vezetnek a „fejlett” ipari országok halálozási statisztikáit. Ma már mindenütt elfogadott, hogy ez a helyzet megváltoztatható, s ehhez a változáshoz költséghatékony módszerekkel gyógyszer nélkül is hozzájárulhatunk.

A mai helyzetre jellemző, hogy AMI és stroke miatt többen halnak meg, mint rákban és AIDS miatt együttvéve. A típusos kardiális rizikó beteg 170 cm magas, 95 kg súlyú, háskörfogata nagyobb, mint 100 cm, a

vérnyomása 165/100, az éhomi vércukor értéke 7,0 mmol/l, az összkoleszterin értéke 6,0 mmol vagy több és a HDL-koleszterin értéke is alacsonyabb az átlagnál. Ez a beteg eszik-iszik, keveset mozog és dohányzik is. Sajnos ezeknek a veszélyeztetett betegeknek a compliance-a is igen alacsony szintű. Mit tehetünk gyógyszer nélkül? Miután a genetikai prediszpozíció mellett a mozgás-szegény életmód, a testsúlytöbblet és a dohányzás a legfontosabb veszélyeztető tényező, itt kell elindulnunk. Ma az ún. mediterrán diétát (zöldség, gyümölcs, teljes őrlésű gabonából készült ételek és hal) tartja a szakma a legmegfelelőbbnek, hogy ne csak a testtömegindex csökkenjen az ideális (BMI kevesebb, mint 23) szintre, hanem egyéb rizikó tényezőket is csökkentünk ezzel a módszerrel. Ismert, hogy 26–30-as BMI 10–20-szoros, 30 fölötti érték 40–60-szoros veszélyt jelent cukorbeteg kialakulására. Ugyanez vonatkozik az emelkedett vérnyomásra is, hisz ismert, hogy 10 kg fogyás 15–20 Hgmm-rel javítja a vérnyomásértékeket is. Konkrét javaslatok is szerepelnek a diéta kivitelezésére: nagyobb mennyiségű fehérje és minimálisra csökkentett szénhidrát bevitel önmagában is eredményes lehet. A fizikai terhelés növelése, akár 2000–2500 kcal többlet energia felhasználást eredményezhet, ami már önmagában 60%-kal csökkentheti a szív-érrendszeri rizikó nagyságát. Ezt heti két alkalommal végzett 30-40 perces edzés önmagában biztosíthatja, a terhelés intenzitása olyan kell legyen, hogy a kornak megfelelő maximális pulzus frekvencia 80%-át elérje (220-mínusz az életkor, azaz 60 éves korban 160/min). Erre a legalkalmasabbnak a Finnországban bevezetett „Nordic Walking” séta, a legjobb, ez mindkét kézbe fogott bottal történő intenzív gyakorlatot jelent, amivel az izmok 85%-át megmozgatjuk. Nagyon jó hatású a feszültség és stressz oldására az autogén tréning, mely 10 perc alatt

annyi energiát éleszt újra, mint két óra alvás.

Természetesen a dohányzás elhagyása feltétele a sikeres „nem gyógyszeres” terápiának, ezért ennek érdekében mindent meg kell tennünk. *(Ez egyébként 2007 év fő prevenciósi tevékenysége lesz nemcsak a háziorvosi, hanem a kardiológus és pulmonológus szakma képviselőinek. Ref.)*

A vitaminok, ásványi anyagok és nyomelemek (magnézium, kálium, omega-3-zsírsavak, folsav, B6, B12 vitamin) szerepe is fontos ezért ezekre külön figyelmet kell fordítanunk, ha megfelelő megelőző intézkedéseket óhajtunk alkalmazni a szív-érrendszeri betegségek további terjedésének megakadályozása végett, különösen a rizikó tényezők esetében.

Dr. Hidas István

TERÁPIÁS JAVASLATOK STABIL KOSZORÚÉR BETEGSÉGBEN

A stabil angina pectorisban szenvedők alapgyógyszer igénye: trombotocita-aggregáció-gátló, sztatin, béta-gátló és ACE-gátló. A betegség tkp. a szív koszorúérrendszerének érlelmeszedése miatt jön létre és jelentkezésekor – általában – terhelésre súlyosbodik, pihenéskor teljesen megszűnhet. A kezelés célja a panaszok megelőzése és a terhelhetőség fokozása. A másik cél a mortalitás veszélyének csökkentése, a heveny infarktus és szívelégtelenség megelőzése.

A legfontosabb az életmód: a dohányzás elhagyása, ami az életkilátásokat 50%-kal javítja. Diétás étkezés bevezetése (mediterrán diéta), rendszeres testedzés, ami a teljesítőképességet növeli.

A veszélyeztető tényezők – a zsír- és a szénhidrát anyagcsere, a testsúly és vérnyomás zavarainak – kiküszöbölése, különös tekintettel a LDL-koleszterin szintre. Ennek optimális értéke 130 mg/dl (3,37 mmol/l)-nál kevesebb. Ha más veszélyeztető tényező is van, igyekeznünk kell ezt

az értéket 100mg/dl (3,0 mmol/l) alá csökkenteni. Ha sztattinnal egyedül ez nem sikerül ezetimib-bel kombináljuk a kezelést. Ha a trigliceridszint is magas és a védő (HDL) koleszterinszint nem éri el a kívánt értéket, nikotinsavval egészítsük ki a kezelést. A vérnyomás értéke – ha más rizikótényező is van – 130/90 Hgmm-nél ne legyen magasabb.

A stabil angina pectoris alapterápiája: 75-150 mg ASA, vagy 75 mg clopidogrel, sztatin, az LDL-koleszterin célértékének eléréséig, béta-gátló, ACE-gátló, szükség esetén rövid hatástartamú nitrát és végül tartós hatású nitrát-készítmény, vagy Ca-antagonista szer, ha az anginiform panaszok nem csökkentek a fenti kezelésre.

Fontos megjegyeznünk, hogy az angina megelőzésében a béta-gátlók fontos szerepet játszanak, bizonyítottan az élettartam és a panaszmentes szakasz hosszabbodik ennek a szernek a hatására. A nitrátokat, jó hatásuk ellenére csak a tünetek csökkentésére használjuk. Ugyanis tartós használatuk gyakran tolerancia kialakulásához vezetnek. A 12 órás szünet tkp. ennek megelőzésére szolgál. A szalicilsav kezelés 20–25%-kal csökkenti a halálzási arányt trombotocita-aggregációja révén.

A revaszkularizációt szolgáló beavatkozások (by-pass, ballonkatéter, stb.) csak akkor alkalmazandók, ha sokkal jobb prognózist biztosítanak, vagy gyógyszerrel nem érünk el megfelelő eredményt. Ha főág, vagy három-ág betegség, esetleg kimutatott 2 ág betegség áll fenn egy főág érintettségével, akkor műtét mellett döntsünk. Egy-ér betegség esetén a ballon-tágítás a legelfogadottabb és leginkább sikerrel kecsegtető eljárás.

Természetesen a végső döntés egy sor kísérő tényezőtől (a tünetek súlyossága, a koronarogramm, a kísérő betegségek, a balkamra funkciója, a műtéti veszély foka, sőt a beteg kívánsága is) függ, ezek mind egyéni elbírálást igényelnek.

Dr. Hidas István

AZ ALAPELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ KITÜNTETETTJEINK
MÁRCIUS 15-E
– NEMZETI ÜNNEPÜNK – ALKALMÁBÓL

A Magyar Köztársaság Arany Érdemkereszt (polgári tagozat) állami kitüntetésben részesült

Dr. Csáki Lilla gyermek háziorvos (Bp., II. kerület)

A Magyar Köztársaság Bronz Érdemkereszt (polgári tagozat) állami kitüntetésben részesült

Dr. Kovács László ny. körzeti főorvos (Kőrösladány)

Dr. Molnár Lajos egészségügyi miniszter Batthyány-Strattmann László díjban részesítette

Dr. Katona Róza vállalkozó háziorvost (Jászkisér)

Dr. Muskát József vállalkozó háziorvos (Somogyapáti)

Sándor Józsefné körzeti ápolónő
(Bp. XII., Hegyvidék Önkormányzat Felnőtt Háziorvosi Rendelő)

Pro Sanitate elismerésben részesült

Czerok Andrásné védőnő (Hévízgyörk)

Kiss Lászlóné körzeti ápolónő
(Debrecen, Hygienia-Panacea 2000 Eü. Szolg. Bt.)

Németh Zoltánné kerületi vezető védőnő
(Bp., XII. Hegyvidék Önkormányzat Védőnői Szolgálat)

Pál Gyuláné védőnő (Pécs, Városi Egyesített Eü. Int.)

A kitüntetetteknek gratulálunk, további sok sikert, jó egészséget kívánunk!

NYILATKOZAT

Alulírott, TAJ száma:
kijelentem, hogy a kezelőorvosom tájékoztatott az azonos hatóanyag tartalmú és
gyógyszerformájú készítmények térítési díjai közötti különbségekről és a külön
jogszabály szerinti helyettesíthetőség lehetőségeiről, a legolcsóbb készítményről.

A tájékoztatást megértettem és kijelentem, hogy a beállított, eddig szedett
gyógyszereimhez

- ragaszkodom
 nem ragaszkodom,

az alkalmazott terápia átállítását

- kérem
 nem kérem.

A drágább gyógyszer többletköltségeinek kifizetését vállalom.

Gyógyszerek:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dátum

Kezelőorvos aláírása

A beteg sajátkezű aláírása

Pecsét helye

VALÓDI SEGÍTSÉG A VIZITDÍJ OKOZTA PROBLÉMÁKRA A VOLKSBANKKAL!

Kedves Doktornő, Doktor úr, Kollégák!

Engedjék meg, hogy az alábbiakban röviden bemutassam a vizitdíj okozta nehézségek — jelenleg talán legmegfelelőbb — „orvoslását”!

Számtalan ajánlat ismert a vizitdíjjal kapcsolatos feladatok megoldására, de végre egy ésszerű áru, praktikus termék is elérhető, amely a Volksbank közreműködésével nem jelent közvetlen kiadást sem!

A Pannon Tikett Multifunkcionális Mobil Terminál illeszkedik minden fizetési módhoz, nem igényel internet kapcsolatot vagy telefonvonalat, elemről is működik, sőt a beteg lakására is kivihető. A terminál elsősorban a házi orvosok és szakorvosok számára előnyös, de a kórházak is számára is kínál előnyöket az alternatív megoldásokhoz képest.

- Minden orvos — beteg találkozásról nyilvántartást vezet és ezt havonta dokumentálja a praxis (intézet) számára (ahogyan ezt a kormányrendelet is kötelezően előírja).
- A TAJ szám beírásakor ellenőrzi annak érvényességét, lekérdezi az OEP adatbázist.
- Figyeli a napi egyszeri szakorvosi vizitdíj megfizetésének megtörténtét (azokon a helyeken, ahol a PTMT telepítésre kerül, teljes körű a nyilvántartás).
- Figyeli a 20 alkalom feletti kórházi napidíj megfizetésének megtörténtét (azokon a helyeken, ahol a PTMT telepítésre kerül, teljes körű a nyilvántartás).
- Kezeli a készpénzfizetést, erről számlát nyomtat.
- Ha a beteg önkéntes egészségpénztár tagja és kártyával szeretne fizetni, kiszolgálja az egészségpénztári igényeket, elfogadja az egészségpénztári kártyát és gondoskodik a tag számlájának megterhelésével a vizitdíj átutalásáról az orvos számára.
- Ha a beteg „normál” nemzetközi logo-s (VISA, EUROCARD, MASTERCARD) kártyával szeretne fizetni, elfogadja a bankkártyát, kapcsolódik a bankközi GIRO-hoz, és gondoskodik a kártya megterhelésével a vizitdíj átutalásáról az orvos számára.
- Elfogadja a kibocsátott vizitbérletet, figyeli annak aktuális fedezetét, és a bérlet megterhelésével gondoskodik a vizitdíjnak az orvos számára történő átutalásáról. A Pannon Tikett ugyanakkor megszervezi a praxis számára a praxis által kibocsátott vizitbérlet teljes körű nyilvántartását és elszámolását.
- Elfogadja fizetőeszközként a különböző bonokat, vizitdíj automata által kiadott jegyeket.
- A készülék ára: 198 ezer Ft bruttó. Havi fenntartási díj: 6600 Ft bruttó.
- A terminál kiszállításával egy időben a Volksbank munkatársa a helyszínen 200 ezer Ft értékű Kölcsönkártyát biztosít a vételár kiegyenlítésére, amit a befolyt vizitdíjből legfeljebb másfél éves időtartam alatt törleszthet az orvos anélkül, hogy egyéb kiadása, vagy feladata keletkezne.

Üdvözlettel:

Dr. Szabados Péter

Főorvos, Orvos desk vezető

Telefon: (+36 1) 328 6640

Magyarországi Volksbank Zrt.