

AZ ALAPELLÁTÁS AKTUÁLIS KÉRDÉSEI (2007. ŐSZ) „A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAM PRIORITÁSAI AZ ALAPELLÁTÁSBAN”

AZ ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET 3 SZAKMAI KONFERENCIÁJA

Siófok (október 9.)

Miskolc (október 18.)

Tatabánya (november 13.)

(A SZTE ÁOK-n 07100081 számon akkreditált továbbképzés [orvosoknak 12, szakdolgozóknak 8 kreditpont])

Dr. Balogh Sándor PhD, az OALI főigazgatója előadásának *Az alapellátás szerepe a megváltozott egészségügyi struktúrán belül, a népegészségügyi sajátosságok figyelembe vételével; a háziorvoslás működését befolyásoló változások összefoglalója* címet adta. Az előadás első részében az első helyszínen a III. Magyar Kardiovaszkuláris Preventív Terápiás Konszenzus Konferencia ajánlását tekintette át a CV betegségek megelőzéséről és preventív kezeléséről. A jelenleg elfogadott szisztémában megjelölte azokat az elemeket, amelyekkel kapcsolatban a módosítás esélye merült föl. Ilyen a kockázatbesorolást illetően például a nagy kockázatú kategóriában fordul elő, az elhízásban a célértékek meghatározásakor, a lipidanyagcsere célértékek, ill. elérésük tekintetében, hasonlóan a hipertonia vonatkozásában, továbbá a diabetes mellitusban a HbA1c-re vonatkozóan. Fölvázolta a cardioprotectiv gyógyszeres kezelésben jelentkező újdonságokat. Miskolcon és Tatabányán a III. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia „Ajánlás a koszorúér eredetű, agyi károsodást okozó, és a perifériás érbetegségek becslésére és kezelésére” című dokumentumot elemezte. Szó volt a nagy kockázatú kategória kockázati besorolásáról, a célértékekről, elérésük optimális lehetőségeiről elhízás esetében, lipidanyagcsere vonatkozóan, hipertóniában, diabetes mellitusban, továbbá a cardio-, a cerebroprotectiv, preventív gyógyszeres kezelés elemeiről is.

Az előadás második részében Dr. Balogh Sándor vizsgálta a háziorvosi betegforgalmat, az utalási rendszert, ezek változásait a településszerkezet függvényében, a jelen számait a múlttal összehasonlítva. Megállapította, hogy 1990 óta növekedett a háziorvosi betegforgalom: az 1990-es évben kb. 42,7 millió volt, 2005-ben a 60 millióhoz közelített (58,9 millió) (2000-ben 53,2 millió, 2004-ben 57,3 volt). 2006. második felének, ill. 2007. első hónapjainak összevetéséből kiderült: sem a felnőtt, sem a vegyes, sem a gyermek háziorvosi praxisok tekintetében érdemben nem változott az egy nap alatt, egy orvos által ellátott esetek száma. 2000-től 2004-ig városi és vidéki környezetben a szakrendelésekre irányított páciensek számát nézve (a betegforgalom szalékában) növekedés tapasztalható: városban 14,6%-

ról 16,3%-ra, vidéken 8,5-ről 10,3%-ra (azaz a növekedés aránya hasonló, s egészében nem sok: 1,7–1,8%, valamint a városi háziorvosok valamelyest gyakrabban élnek a szakrendelésre irányítás lehetőségével, bizonyára a könnyebb elérhetőség okán is). A kórházba utalás hasonló aránypárjai még ekkora különbséget sem mutatnak: városban 0,6%-ról, vidéken 0,7%-ról nőtt 1–1%-kal 4 év alatt. A hazai fekvőbeteg ellátásban a háziorvosok által utaltak aránya példaként 2004-ben mindössze 14,9% volt (ez nem volt számottevő eltérés az előző évhez képest, igaz ugyan, hogy 15 évvel korábbihoz képest az abszolút szám és az arány is nőtt). Dr. Balogh Sándor az OALI cardiovascularis prevenciók tevékenységét idézve bemutatta a 2005–2006-os kistérségi fölmérések bizonyos adatait. E programban 10 olyan kistérség vett részt, amely jól reprezentálja „a magyar vidéket”: a kistérségek egyes településein nem élnek 15 ezernél többen, leggyakoribb az ezer és ötezer fő közti lakosságszámú település. Nincs olyan kistérség, ahol 40%-nál kisebb arányban tapasztaltak nagy cardiovascularis rizikót a pácienseknél (viszont volt olyan kistérség, ahol ez a fenyegetettség 65%-os). Mindezek kapcsán utalt arra, hogy az egyre bővülő adattár birtokában lehetővé válik egységes módszertan kialakítása, a hazai kockázatbecslés pontosítása, szükség szerint a megfelelő struktúra kialakítása, a meglévő átalakítása, s nem utolsósorban a cardiovascularis morbiditás és mortalitás csökkentése. Leírta azt a társadalmi környezetet, amelyben a prevenció folyamata hatékonyan érvényesülhet. Az orvos, a nővér, a védőnök alkotta praxis belső környezetként övezi a páciens; középső környezet a szakellátás hálózata; s a külső környezet alkotói például a gyógyszertárak, az önkormányzatok, a pedagógiai intézmények, az egyházi és civil szervezetek stb. Ebben a milióban van jogosultsága az ún. kistérségi egészségközpontoknak, amelyeknek fölvázolta a lehetséges szerkezetét, egymásra épülő elemeit. Itt jól illeszkedik egymáshoz a csoportpraxis-szerűen kialakított alapellátás (ide csatolhatók: a nappali ellátás, beleértve például az iskolaorvosi, az üzemegészségügyi, a sportorvosi ellátást; a védőnői hálózat működtetése; az ügyelet; a betegszállítás; bizonyos szociális ellátási formák), s a járóbeteg-szakrendelés, valamint a fekvőbe-

teg-ellátási formák közül mindazok, amelyek tkp. közvetlen orvosi felügyelet nélkül funkcionálnak (pl. mátrix kezelő, ápolási otthon). A kistérségekben az alapellátási központok az első ellátási szintet jelentenék: hozzávetőleg tizenötezer páciens látnának el, országosan 400–600 ilyen egységet kellene szervezni. A kistérségek egészségközpontjai képeznék a második ellátási szintet; a településszerkezettől függően 1–3 kistérségre jutna egy ilyen, országosan 150–200-at kellene létrehozni. Ezekben szerveződnek tehát az alapellátás, a járóbeteg-szakrendelés (minimálisan a négy alapszakmával, de lehetőség szerint minél több területtel), ez az egészségfejlesztési központ, s az információs, kommunikációs rendszer kiépítésével, telemedicinális elemekkel egészülhet ki ez az ellátási egység, ellátási szint, amely természetesen kapcsolatot teremt például a szociális ellátórendszerrel, a sürgősségi betegellátást végző egységekkel. További egészségügyi ellátási szintet képeznének a fekvőbetegeket (is) ellátó központok, valamint a megyei, ill. fővárosi kórházak, s a régiók „vezető” kórházai.

A harmadik témakör az ún. praxis program 2007 és 2010 közötti elképzeléseit, terveit érintette. Az első fázis ennek az évnek a végéig teljesítendő feladatait vette számba. Ide az adminisztráció racionalizálásával (az informatika fejlesztése mellett a jelentési elemek egyszerűsítése és egységesítése), a strukturális átalakítással (a tartósan betöltetlen körzetek, és a háziorvosi ellátás humán erőforrás problémájának megoldása, a kistérségi koncepcióból kiindulva), a szakmai tevékenységgel (pl. az alapellátás körébe tartozó szakterületek áttekintése, szakmai kompetenciák összeállítása, protokollok, kiegészítő biztosítási kérdések stb.), a működtetési jog változásaival (vállalkozás is vásárolhat működtetési jogot), az alapellátásban térítési díj fejében történő ellátásokkal kapcsolatos teendők tartoznak. Ezek mindegyike jogszabály módosításával jár, esetenként új jogszabály alkotásával is. A második fázis 2008–2009-re esik. Ezen időszakon belül bizonyos elemek 2008. első félévében realizálódnának (pl. az adminisztráció ésszerűsítésének második lépcsője, a struktúra átalakítás finanszírozási modelljének kipróbálása, a praxis finanszírozás technikáinak bővítése). Ez év második félévében az alapellátás kistérségi szintű szervezésének kiterjesztése válnék aktuálissá, valamint a működtetési jog változtatása (praxis jog, praxis alap). Ezekre épülhet 2009. első félévében egyebek mellett a jelentési rendszer on-line informatikai felületének megteremtése, a kistérségi ellátás korrekciója, a praxis minőség alapú finanszírozásának bevezetése.

Dr. Füredi Gyula, az OALI főigazgató-helyettese *Halottvizsgálati problémák a háziorvosi gyakorlatban* címmel tartott előadást két helyszínen. (A konferencia orvos résztvevői megkapták a KSH 2006-os kiadványát: Kézikönyv a Halottvizsgálati bizonyítvány kitöltéséhez.) A halálkezelési statisztikára több okból jelentkezik igény (pl.

a vezető halálokok számának, arányának kiderítése, regionális, kistérségekre vonatkozó különbségeik, közegészségügyi trendek megfigyelése, egészségügyi kockázatok fölmérése, az egészségügyi kutatás, ellátás, infrastruktúra, emberi erőforrás, szűrőprogramok tervezése stb.). A bizonyítvány kitöltőjének felelőssége, hogy megbízhatóak legyenek a beleírt adatok. Az ÁNTSZ rögzíti és feldolgozza az adatokat (kor szerinti gyakoriság, elvesztett életévek, elkerülhető halálozás, a bejelentési fegyelem /fertőző betegségek, mérgezések, fejlődési rendellenességek/, a halálkezelési diagnózisok minősége szempontjából). Ezekre alapozódik a KSH statisztikai tevékenysége. Statisztikusok a halálokokat megfelelő szöveggel rögzítik, európai standard szerinti szoftverrel (BNO kódszótárral) automatizált kódszám meghatározást végeznek, majd a WHO szabályrendszerére épülő, nemzetközileg elfogadott döntési táblák alapján kiválasztják a halál alap okát. Ezekből készülnek a statisztikai táblák (pl. Demográfiai évkönyv, Magyar statisztikai évkönyv, Magyar statisztikai zsebkönyv). Eredendően fontos a halálozás helyének a föltüntetése (otthon, járművön, közterületen; mentőautóban; egészségügyi intézetben), s ezzel összefüggően a halottvizsgálatot végző megnevezése (a halál helye szerint illetékes házi, vagy ügyeletes orvos; mentőorvos, a halál helyéhez közeli, patológiával rendelkező kórház; kezelőorvos stb.). Meghatározták, hogy mely rovatot mikor, s kinek kell kitöltenie (pl. mindig be kell írni, s ez a halottvizsgálatot végző feladata – az általános információkat; más a helyzet, ha kórbonctani vizsgálatról is szó van). A bizonyítványt kitöltők felelőssége az adatvédelmi jogszabályok betartása mellett a 6 példányos irat előírt továbbítása is (anyakönyv-vezető, temető, ÁNTSZ, megőrzés). A halálokokot illetően elkülönítendő: természetes életfolyamatok következménye-e, vagy nem (baleset, öngyilkosság, emberölés), esetleg nem határozható meg. (Pl. baleset általában nem lehet természetes eredetű, kivétel epilepszia, csontszerkezeti rendellenességek miatti esés, ill. nyelési képességeket befolyásoló betegségek miatt előfordulhat asphyxia.) Járműbalesetnél a jármű fajtáján, a helyszínen kívül érdemleges: történt-e ütközés, az elhalt a járműben volt-e, vagy sem, ha igen, vezető, vagy utas volt. Figyelni kell következetességre a halálhoz vezető betegségek/események sorozatát (alapbetegség, szövődmények, közvetlen halálok) és ezek időbeliségét párba állító kérdések megválaszolásakor. A halált okozó alapbetegség megjelölése elsődleges, pl. alsó végtag érzékszerve (ez eltérhet az ápolást igénylő alapbetegségtől), ez után jönnek az olyan szövődmények, amelyek a közvetlen halálhoz vezetnek, pl. combviszér rögzösödés, majd a közvetlen halálok, pl. tüdőembólia. A WHO a halálkezelési sorozatok elfogadásához kiköti, hogy csak olyan betegség/állapot kerülhet a szövődmény, ill. a közvetlen halálok rovatba, amely az alapbetegség következtében lép föl. Külön rovat kérdez rá a halálhoz ugyan hozzájáruló, de az alapbetegséggel közvetlen

összefüggésbe nem hozható betegségekre, amelyek fontosságuk szerint sorolandók föl. Általános szabályokként tartják számon az olvasható írást, az orvosi rövidítések, zárójel elhagyását, lehetőség szerint a magyar kifejezések használatát. Utóbbiakat illetően a legspecifikusabb diagnózis közlendő, ám a BNO kódok mellőzésével (ezt majd a KSH szoftvere társítja). Fontosak a jelzők és körülmények (pl. heveny, idült; veleszületett, szerzett; reumás v. sem; alkoholos v. sem; inzulin-függő cukorbetegség v. sem; rosszindulatú daganat v. sem). A daganatok esetében megjegyzendő: jóindulatú, rosszindulatú, vagy ismeretlen természetű, ismeretes-e az elsődleges (kiindulási) helye, vagy sem, áttétel van-e (legyen egyértelmű, honnan hová tevődik át), mi a morfológiai típusa. A kórbonctani vizsgálatra külön szabályok vonatkoznak (mikor szükséges, ki rendelheti el, ki mellőzheti, ki végzi, mik az adminisztratív kötelemények). Ezeket az 1997. évi CLIV. törvény (az egészségügyről) is érinti.

Tatabányán **Dr. Józsa István** tartotta meg a Halottvizsgálati problémák a háziorvosi gyakorlatban című előadást. Ebben – hasonlóan a másik két helyszínen elhangzott előadáshoz – részletesen szó esett a halalozási adatok pontos regisztrálásának a céljáról, az 1997. évi CLIV. törvény (az egészségügyről) vonatkozó jogszabályairól, a halottvizsgálatról, a kórbonctani vizsgálatról, a dokumentációról, külön példákkal elemezve az egyes rovatok kitöltésében rejlő nehézségekről. Dr. Józsa István fölmerítette azt is, hogy az anyakönyvi hivatal miféle észrevételeket tett az adott témában. Az általuk megemlített kifogások a következők voltak: gyakran pontatlanok, rosszul olvashatók, hiányosak az adatok, főként az elhalt édesanyjának a neve, az elhalalozás helye hiányzik, dátumok, valamint a hagyatéki ügyintézéshez az elhalt, és a hozzátartozójának lakóhelye. A KSH is jelzett jellemző hibákat, hiányosságokat. Ezek között egyaránt előfordulnak tartalmiak (pl. az ok-okozati összefüggés hiánya az alapbetegség és a következményei, a szövődmények, a közvetlen halálok között; a tumor természete nincs fölüntetve), ill. formaiak (pl. amennyiben a halottvizsgálati eljárás során a vizsgálati eredmények később várhatóak, kitöltendő az Értesítés a halottvizsgálati bizonyítvány módosításáról c. nyomtatvány; a használatban lévő többféle nyomtatványnak nem mindegyike megfelelő [legfőbb hibájuk, hogy BNO kódokkákat kínálnak kitöltésre]). Végül az előadó idézte a 218/1999. (XII. 28.) kormányrendelet 31. §-át, amely az egyes szabálysértésekre, s ebben az értelemben a tárgyalt bejelentési, adatszolgáltatási, és nyilvántartási kötelezettségekre vonatkozik. Az előadáshoz két fölkerített hozzászóló tett kiegészítéseket. Dr. Fogel Lajos a téma igazságügyi, rendészeti aspektusait emelte ki, különös tekintettel a rendkívüli halál, a hatósági eljárás, a hatósági boncolás specifikumaira, valamint a közterületen, nyilvános helyen elhunyt személy holttestének elszállítására vonatkozó el-

járási rendet tekintette át, s az orvosi titoktartást érintő, ill. kegyeleti kérdéseket vett számba. – Dr. Szűcs Iván patológus egyrészt fogalmakat tisztázott, definiálta az alapbetegség, a közvetlen halálok, a halál módja, a szövődmények, a kísérőbetegségek fogalmait, majd példákon keresztül ismertette azokat a szabályokat, amelyeket az alapbetegség kiválasztásakor, megnevezésekor a betegsorsorozat összevetése során alkalmazni kell. (Pl. a régebben főnnálló sorozat első tagja, vagy a rövidebb idő alatt halállal végződő sorozat első tagja az alapbetegség; a keringési rendszer betegségei megelőzik a légzőszervekét stb.)

Kerekasztal-beszélgetés, majd fórum is zajlott Dr. Balogh Sándor és Dr. Füredi Gyula részvételével. Címe: Napi problémák és megoldások a háziorvosi gyakorlatban. Dr. Füredi Gyula a közelmúlt egészségügyi rendelkezései közül a gyógyszerrendelésre vonatkozóan azt emelte ki, hogy a gyógyszerkassza kiáramlása számottevően csökkent. A közgyógyellátásról szólva főszabályként hangsúlyozta, hogy a betegeknek törvény által megszabott módon ún. kerete van, s amíg ez nem merül ki, a beteg e szerint kapja a gyógyszereit. Ugyanez a törvény a keret változásainak a lehetőségét is szabályozza. Ez a mérvadó joghely; az ennek ellentmondó értesítések (pl. a MEP-től származó) nem érvényesek. Fölhívta a figyelmet, hogy a nem támogatott (az OEP által tkp. be nem fogadott) gyógyszerek körére természetesen nem vonatkozik a közgyógyellátás; s a nem támogatott, illetve a 0 forinttal támogatott kategóriákat is elkülönítette. A vizitdíjjal kapcsolatban a jogszabályok egyértelműségére utalt: nem a betegségek alanyaira vonatkoznak a mentességek, hanem a megjelölt betegségek adott ellátására; mindössze 2 „kivételel” van ez alól, a 18 évnél fiatalabbak (bizonyos esetekben), illetve azok, akik igazoltan már legalább 30-szoros véradók. Például a rosszindulatú betegségben szenvedők esetében is csak az erre a betegségre irányuló oki és tüneti kezelés vizitdíj mentes; egyebek mellett a kontroll, a kivizsgálás, a nem szövődmenyként megjelenő egyéb betegség ellátása: nem. A társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatás igénybevételének a feltétele a vizitdíj befizetése (az ún. e-alapba folyik), ezért az orvosnak mérlegelési joga nincs, a szabályok szerint kell eljárnia. (Későbbi vizsgálatkor, ellenőrzéskor pótolnia kellhet – kamattal – az elmulasztott befizetést.) Előfordul, hogy valakit annak ellenére el kell látni, hogy nem hajlandó vizitdíjat fizetni, noha kellene, ilyenkor az ellátás nem a „tb” által támogatott formában történik, tehát számára pl. csak teljes áron írható föl gyógyszer. A beteg otthonában való háziorvosi tevékenységet illetően arra hívta föl a figyelmet, hogy amennyiben az indokolt, akkor 300 Ft a tétele (vagy mentes a páciens a díjfizetés alól). Ám tekintettel arra, hogy a „tb” indokolatlanul nem finanszíroz ellátást, ez ilyenkor külön szolgáltatásnak minősül (akár 6000 Ft ellentételezéssel). – A segédeszkö-

zokról is esett szó. A rájuk vonatkozó rendeletek sűrűn változnak, pl. a segédeszköz listák nem is közlönyben, hanem az OEP honlapján jelennek meg, ezért (is) nélkülözhetetlen a háziorvosoknak az internet használata, az általa való tájékozódás. Végül arra figyelmeztetett a segédeszközök fölírása kapcsán, hogy ezekre nem érvényes a gyógyszerfölírási szabályoknál engedélyezett 3 hónapra való ellátás. – Dr. Balogh Sándor a háziorvosi kompetenciákról beszélve kitért arra is, hogy a doktorok által elvégzendő, s rendre el is végzett, ám nem a szigorúan vett háziorvosi ellátáshoz sorolható munkákat definiálni kell, s nevesíteni kell a költségeik viselőit is (példaként az önkéntes egészségbiztosítási pénztár által kért igazolás kitöltését hozta föl). Külön gondolatsorban foglalkozott a foglalkozás-egészségügy egyes anomáliáival, s a lehetséges megoldásokkal. Az egészségbiztosítás aktuális kérdéseire rátérve terveket, elképzelhető változásokat ismertetett. Kifejezésre juttatta, hogy a háziorvosi jelentésnek egységes rendszerben, ugyancsak egységes és célszerű tartalommal kell megjelenie. Nemzetközi kitekintésül a szlovák és a német egészségügyi alapellátás jelen helyzetét, s bennük a biztosítók szerepéről is szólt. – A fórumon fölmerültek egyéb, speciális kérdések, megállapítások, fölvetések, többek között a vizitdíjről, a háziorvosok nyugdíjazásáról – különös tekintettel arra, hogy a háziorvosi társadalom fogyóban van, előregedik, s kevés az utánpótlás. A vizitdíj 1992 óta a második legnagyobb arányú bevétel növekedést eredményezte (kb 20–25%) és elmaradása esetén nem várható a központi keretből történő visszapótlása. A hozzászólók, s az előadók közt téma volt a nem kötelező védőoltások (nem az e-alapból fizetendő szolgáltatások körébe tartozik, pl. influenza elleni oltás) beadásának tkp. nem egyértelmű, illetve hiányos jogi háttere.

Dr. Papp Renáta, az OALI osztályvezetője *Új lehetőség a dohányzás leszoktatásában* című előadása a dohányzásról, a róla való leszokásról, leszoktatásról, s ezek kapcsán egy új szerről (vareniklin, Champix) szólt. Magyarországon a lakosság 33%-a dohányzik (a nők 26%-a, a férfiak 41%-a, a nők körében terjed, a férfiak esetében valamelyest mérséklődik az arány). Hazánkban minden ötödik haláleset közvetlenül a dohányzásból fakad. A dohányzás miatti többlethalalozás 64%-a a 35–69 éves korosztályban fordul elő. E csoportban 21 évvel rövidíti meg az életet. Korcsoporttól függetlenül pedig kb. tíz évvel élnek kevesebbet a dohányosok, s az életük minősége is rosszabb, mint nem dohányzó kortársaiké. A dohányzásnak tulajdonítható halálokok közül kiemelkednek az ischaemiás és egyéb szívbetegségek, a tüdődaganatok, a hipertonia és az agyérbetegségek, az ajak, a szájüreg, a garat, a nyelőcső és a gége daganatai, s a légzőrendszer idült obstruktív betegségei. A dohányzás független kockázati tényező; a dohányzás elhagyása csökkenti a kockázat mértékét. Tapasztalat szerint minden második doh-

nyos megpróbálkozik a leszokással. A leszokás általában egy folyamat: elsőként megfogam a leszokás gondolata, majd kételyeken át megszületik az elhatározás, az illető megkísérli a leszokást; ez hozhat teljes sikert, ám járhat kudarccal is, azaz visszaeséssel, visszazokással. A dohányzásról való leszokás elősegítése az orvosi kompetencia körébe tartozik. (Kevésbé hiteles és hatékony az az orvos, aki maga is dohányzik.) Az ún. 5T modell (tudakozódás, tanácsadás, tisztázás, támogatás, tevékeny ellenőrzés) értelmében az orvosnak tudnia kell, hogy a páciense dohányzik-e; differenciálni kell: panaszmentes, egészséges emberrel van-e dolga, nagy rizikójú panaszmentessel, vagy olyannal, akinek panaszai vannak, ugyanis az érveit, a stratégiáját ezekre való tekintettel kell megválasztania, amikor a dohányzás abbahagyására kapacitálja őket. A leszokási hajlandóság fölélesztése, ezután támogatni kell a leszokási próbálkozást, majd a beteg követésére is figyelmet kell fordítani. A dohányzásról főként azért nehéz leszokni, mert a szervezetbe bejutott nikotin a központi idegrendszerben megfelelő hatásokat vált ki: a ventralis tegmentalis area $\alpha 4\beta 2$ (nikotin-acetilcolin) receptoraihoz kötődik, aminek következtében a nucleus accumbens területén dopamin, endorfin stb. fölszabadulását váltja ki. Ez jutalomérzést, boldogságérzést idéz elő, élénkül a figyelem, az éberség, javulnak a kognitív funkciók, könnyebb a tanulás, jobb a memória, oldódik a stressz. A dohányosoknál az $\alpha 4\beta 2$ receptorok száma gyarapodik, működésük fokozódik, konformációjuk változik. A vareniklin nevű szer (illetve a vareniklint hatóanyagként tartalmazó Champix nevű gyógyszer, amely nem tartalmaz nikotint, s amit dohányzásról való leszokás elősegítésére fejlesztettek ki) kettős (parciális agonista és antagonist) aktivitással bír. Egyrészt az $\alpha 4\beta 2$ receptorokhoz kötve meggátolja a nikotin kötődését (tkp. a dohányos a cigarettát elszívva nem érzi mindazt a „jót”, amit korábban, így nincs „megerősítés” a dohányzásnak), másrészt pedig vált ugyan ki dopamin felszabadulást (ezzel enyhítve a cigaretta elhagyása miatti megvonási tüneteket), viszont ez a hatás 35–60%-a a nikotinénak. In vitro vizsgálatok szerint a vareniklin nagy affinitással és szelektivitással köt az $\alpha 4\beta 2$ receptorokhoz. A gyógyszer célszerű alkalmazása a következő: 1-2 héttel a dohányzás tervezett abbahagyása előtt kell megkezdeni a kúrát; három napig naponta egyszer 0,5 mg-ot kell bevenni, majd további négy napig 0,5–0,5 mg-ot (naponta kétszer), s ez után a kezelés végéig naponta egyszer 1 mg-ot. Általában 12 hétig tart a kezelés, a dohányzást abbahagyóknál megfontolandó még egy 12 hetes gyógyszeres periódus folytatásként (napi kétszer 1 mg Champix), illetve a visszaesésre hajlamosaknál a fokozatos dóziscsökkentés. Meta-analízisek bizonyossága szerint a dohányzásról való leszok(tat)ást leginkább elősegítő szer a vareniklin, a legjobb esélyhányadost produkálja (eddig). Eredményessége fokozható a folyamatot kísérő pszichés támogatással.

Dr. Daróczi János *Táplálék kiegészítők szerepe az időskori makuladegeneráció kezelésében* címmel tartott előadást. Abból indult ki, hogy a makuladegenerációra mindmáig úgy tekintenek – mind a szakma, mind a laikusok –, hogy következtében a látás megőrzésére nincs mód, a kérdés legfőképpen az, hogy a használható látás mekkora hányada, mennyi idő alatt vesz el. A látás és a használható látás nem egy fogalmak; a használható látás elvesztése nem jelent vakságot (a periférikus látásból marad). Sajnos, a makuladegeneráció egyre fiatalabb korban lép föl, a 70 fölöttiek harmadánál jelentkezik, az idősödő populációkban mind több a beteg. Földünkön 161 millió esetet tartanak nyilván (az USA-ban 10 milliót), ám ebbe a 3. világ földerítetlen esetei nem tartoznak bele. 25 év múlva megháromszorozódik a betegek száma. A makuladegeneráció elősegítő tényezői közt számon tartják a nemet (nőkön gyakoribb), az életkort, a hypermetropiát, a fény bizonyos hatásait (UV, kék fény, ill. oxidatív stressz), a dohányzást, a hypertóniát, a (környezet)szennyezést, a rossz ételmezei-étkezési szokásokat, néhány gyógyszer hatását (Tamoxifen, Cyclosporin-A, Amitriptylin, Imipramine). Genetikai tényező(k) is állhat(nak) a háttérben: pl. a makuláris pigment sűrűség (MPOD) genetikailag kódolt, ennek csekély volta hajlamosító tényező. Eredendően két klinikai formában jelentkezik a betegség. Az ARM (age related maculopathy) szenilis elváltozás, általában benignus, nem föltétlen vezet makuladegenerációhoz. Az AMD (age related macular) bizonyított kórforma. 90%-ban fordul elő a „száraz”, 10%-ban a „nedves” formája. Az utóbbi vezet vaksághoz 90%-ban. Sajnos, a jóindulatúnak mondható, atrophias „száraz” változat, amely lassú látásromlással jár, s akár 15 évig is elfogadható marad a látás, átalakulhat a veszélyes „nedves” formává, ezért (is) rendszeresen követni kell a páciens. A „nedves” formában 2–3 hónap alatt a használható látás elvesztéséhez, vaksághoz vezethet a kóros érburjánzás. Ugyanis a papilla centrális negyedét kitevő foveának, az éleslátás helyének az elváltozása okozza a makuladegenerációt. Más vonatkozásban a choriodea, a pigmentréteg, a fotoreceptor sejtek területén következik be az érburjánzás, a sorvadás, a pusztulás. Kezdetben a pigmentsejtek és a bazális membrán között lipoprotein halmozódik föl (fehérjék, zsírok degenerációs termékei), ezek kis sárga foltokként jelennek meg (drusenek). Ezek mintegy elemelik a pigmentréteget; ekkor a folyamat ugyan elkezdődött, de ilyenkor még nincs látásromlás. Következő lépésként kóros, szakadásra hajlamos erek burjánzanak e területre, a retina rétegeiben kóros vérzések alakulnak ki, a pigmentréteg tovább távolodik, a fotoreceptorok pusztulnak. E centrális károsodás következménye a látáskiesés (a perifériás látás megmarad). (Az alapellátásban is alkalmazható rutinszerű vizsgálóeszköz, amely a betegség követésére, progressziójának megítélésére egyaránt alkalmas az ún. Amsler-rács.) A makuladegeneráció ellen már korábban is alkalmaztak bizonyos

anyagokat (pl. A és E vitamint), azonban nyilvánvalóvá vált, hogy több anyag megfelelő arányú együttes adagolása kívánatos, a szinergista hatásuk hozhat eredményt. Az ún. Ocuvite lutein több komponenst tartalmaz: luteint, zeaxanthint, C és E vitamint, cinket és szelént. A lutein és a zeaxanthin esetében számolni lehet a fotoprotektív szereppel (optikai szűrőként a 446 nm-es kék fényt szűrik), ennek következtében a szabad gyökök képződését is gátolják, valamint antioxidáns sajátosságuk révén közvetlenül is csökkentik a szabad gyököket. A C-vitamin egyike a legerőteljesebb redukáló, szabad gyök ellenes ágensnek, az E vitaminnal pedig szinergistaként a peroxid gyököket gátolja. Az E vitamin ugyancsak erős antioxidáns, gátolja az oxidatív stresszt, semlegesíti a szabad gyököket, egyszersmind stimulálja a szabad gyököket gátló enzimeket, mindezek mellett a fotoreceptorok membránjában strukturális szereppel is bír. A cinkről is elmondható, hogy strukturális, és antioxidáns funkciója van, továbbá enzimek működésében, metabolikus folyamatokban fontos tényező. Újabban az ómega-3 elnevezéssel illetett telítetlen zsírsavak (DHA, EPA) felé fordult a figyelem: ismertté vált a strukturális, a funkcionális (anti-angiogenezis), a neuroprotektív és az antioxidáns szerepük, amelyek révén a nedves makuladegenerációra jótékony hatásúak. (Rajtuk kívül csak fizikai eljárások, többféle lézeres kezelések jöhetnek szóba.) Ennek alapján az Ocuvite reti-nat nevű készítményben a szinergista hatás erősítése érdekében ómega-3 zsírsavak is találhatóak a többi komponens mellett. A makulában kiemelkedő szereppel bíró 3 karotinoid (a lutein, a zeaxanthin, a meso-zeaxanthin) nem szintetizálódik a szervezetben, exogén eredetűek, tehát a táplálékkal kell őket bevinni. Közülük a zeaxanthinnak a legkifejezettebb az AMD-ellenes hatása. (Azoknál a pácienseknél, akiknél genetikai okokból eleve kevesebb van ezekből az anyagokból, különösen fontos a folyamatos bevitel.) A Pola Study bizonyította, hogy a plasma lutein-zeaxanthin szintje fordítottan arányos az AMD-vel. (Azt is tapasztalták, hogy a zeaxanthin szint a cataracta nuclearis előfordulásával ugyancsak fordítottan arányos, más cataracta típusal nem, s ez a típus fenyeget diabetes mellitusban is.) A LUNA (Lutein Nutrition effects measured by Autofluorescence) Studyban autofluoreszcenciával vizsgálták a macula működését, követték, miként változik a pigmentek szintje a maculában lutein és zeaxanthin bevitel hatására. Ocuvite lutein detektált adagolásakor a szérumban a lutein és a zeaxanthin szintje egyértelműen emelkedett. Viszont a macula pigment-sűrűsége (MPOD, macular pigment optical density értékek) mindössze 75%-ban nőtt(ek) szignifikánsan. A páciensek – a jelen tudás szerint el nem különíthető – negyede non-responder a kezelésre. A pigment-sűrűség növekedése a respondereken belül azoknál volt a legnagyobb, akiknél kezdetben a legkisebb értékeket mértek. Az Ocuvite preserision a korábbi szerekhez hasonló, ám nagyobb dózisokat tartalmazó készítmény.

A jövőre vonatkozóan több eldöntendő kérdés is fölmerül. Például: kiken, mikor kell elkezdni a kezelést? Idősek számára rutinszerűen, prevenció gyanánt? (Mellékhatás ugyanis nem ismeretes.) Melyik szer a legalkalmassabb adott esetben? Meddig kell szedni? Hónapokig, évekig, fenntartó módon? A cataracta és az AMD terápiája együttesen, s egymásra hatásukban is mérlegelendő, hiszen pl. a szemlencse eltávolítása több okból is (UV szűrés csökkenése, stressz okán szabad gyökök intenzívebb hatása, gyulladásos tényezők fölerősödése stb.) kedvezőtlen az AMD-re vonatkozóan. A jelenben is zajló, vonatkozó tanulmányok központjában is ezek a problémák állnak.

Dr. Szentkirályi Béla *Az omega-3 zsírsavak a házi- orvosi gyakorlatban* című előadásában először a zsírsavak ismérveit tekintette át. Páros számú szénatomot tartalmazó karbonsavak (az esetsavból szintetizálódnak), legalább 8 szénatomból álló alifás lánc építi fel őket. Az alfa végükön található a karboxil (funkciós)csoport, a molekula ellentétes vége az omega vég. Vízben igen rosszul oldódó vegyületek, a glicerinnel a triglicerideket képzik (zsírok, olajok). Telítettek, ha nem tartalmaznak kettős kötést (ezek lefutása egyenes), telítetlenek, ha legalább egy kettős kötés van bennük. A kettős kötés(ek) konfigurációjából adódik a cisz és transz izoméria. Az előbbieken a H atomok a kettős kötés azonos térfelén vannak, a lánc görbül, a transz zsírsavak nem görbülnek, s a természetben ritkán fordulnak elő, főleg mesterségesen állítják elő (pl. margarin). Ha a zsírsav omega végétől számítva a telítetlenséget okozó (első) -kötés a 3. szénatomon van, omega-3 zsírsavakról van szó (a szervezetünkben fontos közülük a 18 C atomos alfa-linolén sav, a 20 C atomos eikopentaén sav, a 22 C atomos dokozaheptaén sav). Az omega-6 savakban az imént jelzett -kötés a 6. szénatomon van, az omega-9 savakban a 9. szénatomon, az előbbiekhöz tartozik pl. a 18 C atomos linol sav, a 20 C atomos arachidon sav, az utóbbiak képviselője pl. az olajsav, az eruka sav. Az ún. esszenciális zsírsavakat a szervezet nem tudja előállítani (kettős kötések nem tud létesíteni a 3.; ill. a 6. szénatomon), viszont a táplálkozásban nélkülözhetetlenek (F vitaminnak is hívják őket). A sejtfalba beépült foszfolipidekből (zsírsavak és foszforsav észterei) stimulus, illetve trauma hatására a citoplazmában -3 és -6 zsírsavak szabadulnak föl, utóbbiakból -3, és -6 alapú eicosanoidok képződnek, ezek kompetitív, gyorsan, percek alatt bomló, a sejten belül, legfőleg a szomszéd sejten ható, sztereospecifikus autocrin hormonok, tkp. a 20 C atomos esszenciális zsírsavak oxidált formái. Az -3 zsírsavakból alfa-linolén sav, eicosapentaén savon át – a sejten belüli cyclooxygenáz, lipooxygenáz közreműködésével – az ún. jó (3 kettős kötésű) prostanoidok keletkeznek, a -6 zsírsavakból – hasonló segédlettel – linol sav, arachidon sav vonalon a „rossz” prostanoidok (2 kettős kötésű). A prostanoidok közé tartoznak a prostaglandinok (vascu-

laris adhesios molekulák, az érfalak endothel constric-tiojában, az uterus constric-tiojában, a macrophagok migrációjában, a lymphocita proliferációjában van szerepük), a prostacyclin (véralvadás), a thromboxan (vére- lemezkék összecsapzódása), a leukotriének (broncho- constric-tio, vascularis permeabilitas, chemotaxis). A „jó” (tehát -3 alapú) prostanoidok antiatheroscleroti- cus, antiinflammatoricus hatással bírnak, gátolják a thrombocyták működését, csökkentik a plazma visco- sitását (ellentétesen a „rossz”, -6 típusú prostanoidok- kal). Az omega-3 zsírsavak az eicosanoid anyagcsere befolyásolásán keresztül tehát csökkentik a triglycerid szintet, a vér viscositását, gátolják a vérrögképződést, kiváltják a véregek endothel sejteinek relaxatioját, anti- arhythmias, vérnyomást csökkentő, a C-reaktív protein szintjének csökkentésén alapuló antioxidáns hatásuk van, a gyulladásos folyamatok ágenseit redukálják, a re- tinában strukturális szerepük van, a Na-csatornák gát- lásával membránstabilizáló, a Ca-csatornák blokkolása révén ingerületvezetést szabályzó hatásuk is van. Klini- kai jelentőséggel bírnak a cardialis halálozás prevenció- jában, a bármely okból bekövetkező hirtelen halál rizi- kójának csökkentésében, a cardialis arrhythmias, a hyperlipidaemia, a hypertonia, a rheumatoid arthritis, a vascularis encephalopathia, a stroke, az atherosclero- sis, a macula degeneratio, a depresszió, a bipoláris be- tegség, a magatartás és a koncentrációs készségek za- varai, az Alzheimer-kór, a lupus, a psoriasis ellátásában, az angioplasztikai beavatkozások utáni retrostenosis prevenciójában, a szervátültetést követő cyclosporin to- xicitás csökkentésében. A szemészeti betegellátást ille- tően strukturális és protektív szerepet egyaránt tulaj- donítanak nekik (utóbbinak részeként csökkenti a lipofuscin akkumulációt; ez a mitokondriumok műkö- dését gátló öregedési pigment, amely a telítetlen zsi- rsavak oxidációjakor keletkezik). A Magyar Szemészeti Szakmai Kollégium az időskori maculadegeneráció ese- tén preventív céllal javasolja: egészséges szemfenék vagy kevés, apró druzsen esetén, általánosan javasolja közepesen súlyos esetekben, valamint előrehaladott formák alkalmával. 1 g -3 zsírsav beviteléhez kb. 500 g tenyésztett harcsa, vagy 400 g tőkehal, vagy 100 g ton- hal, vagy 50–100 g lazac, vagy 70 g szardinia, vagy 50 g hering, makréla fogyasztandó el. A halolaj, a lenmag olaj, a repce olaj, a dió olaj omega-3 zsírsavakban, a ku- korica, a mogyoró, a szezám, a napraforgó olaj omega- 6 zsírsavakban gazdag. Az egészségünk érdekében igen fontos a szervezetbe a jelen gyakorlat szerint be- vitt zsírsavak arányának megfordítása: jelenleg -6-ból kb. tízszer annyit veszünk magunkhoz, mint -3-ból, az arányon úgy kellene változtatni, hogy az ne legyen több 1:3-nál. A halolaj kapszuláknak több típusa ismeretes: csukamáj olaj, standard halolaj (hering, lazac), omega- 3 zsírsavak koncentrátuma. Valamennyi biztonságos táplálék kiegészítő. Mellékhatásként egyeseknél kelle- metlen utóíz, puffadás, bőfőgés léphet föl, kölcsönha- tás azonban nem ismeretes. Az adagolásuk a célnak

megfelelően történik (pl. prevencióban napi 1 g, triglicerid csökkentéshez napi 1–3 g). Hatékonyak a hirtelen szívhalál kockázatának, a szérum triglicerid szintjének csökkentésében, a vérnyomás mérsékelt csökkentésében, a duzzadt, fájdalmas ízületek merevségének oldásában, s a makuladegeneráció elleni föllépésben.

Dr. Tóth Attila *Az Aquatus rendszer szerepe a normál hüvelyflóra egyensúlyának megtartásában* címmel a normális hüvelyflóráról, s ennek a fenntartását szolgáló egyszerű, biztonságos és hatékony eszköz, és hatóanyagok (az Aquatus rendszer) használatáról hatásairól tartott előadást. A hüvelyben található váladékban (a hüvelybemenetbe nyíló mirigyek váladékai, a méhszájban lévő nyák egy része, és leváló sejtek) mikroorganizmusok teremtik meg élettani esetben a kedvező mikrobiológiai egyensúlyt, a normális hüvelyflórát. A mikroorganizmusok közül igen fontos a Lactobacillus. Ez a baktérium glikogénből tejsavat termelve H_2O_2 -t szabadít föl, 3,9–4,2 között tartja a hüvely kémhatását, amely pH tartomány nem kedvez a kórokozók elszaporodásának. A hüvely gyulladása a női szervezet leggyakoribb betegsége, életük során többször is érheti a nőt aktív (kórokozó mikroorganizmus), illetve passzív fertőzés, ilyenkor gyengül az immunitás, pusztulnak a Lactobacillusok, fölbomlik a hüvelyflóra egyensúlya, kóros folyás lép föl. A hüvely gyulladása népbetegségnek is tekinthető, főként a hüvely és a hüvelybemenet környékén jelentkezik, gyakran egyidejű hólyaghuruttal jár, krónikus esetben méhnyak gyulladása is kialakulhat, felszálló fertőzéssel pedig kismencedei gyulladások is fölléphetnek. A gyulladás tünetei: duzzadt, vöröses hüvelyhám, bőséges váladékozás, égő, viszkető, fájdalom, folyás. Ha a folyást gomba okozza, a váladék sárgás-fehéres, sűrű, tapadós, szemcsés, túrós; a Trichomonas fertőzés édeskés szagú, zöldes, habos váladékot okoz; a Chlamidia fertőzéskor a hám törékeny, vérzékeny, híg, fehér, jellegtelen a folyás. A Garnerella vaginalis, anaerob kórokozók híg, szürkés, gennyes jellegű, odorózus folyást váltanak ki, lúgpróbával penetráns halsszag érezhető (biogén aminok). A hüvely gyulladását illetően bizonyos hajlamosító tényezőkkel számolni lehet: antibiotikum, szteroid gyulladásgátlók, az immunrendszert gyengítő gyógyszerek szedése, cukorbetegség, az immunrendszer betegségei, erősen klórozott (uszodai) víz, a partner fertőzöttsége, a nem megfelelő higiénia. A betegség kezelésére kombinált helyi és szisztémás lehetőségek vannak, intravaginális kúpok, krémek, cél a Lactobacillus flóra helyreállítása. Az ún. Aquatus rendszer amellett, hogy az enyhe gyulladással

esetek kezelésére is alkalmas (gyógynövény koncentrátumai révén visszaállítja a tejsavas flórát), a gyógyszeres terápia kiegészítője lehet, valamint jó esélyt ad a megelőzésre, mint a női intimhigiénia legkorszerűbb eszköze. A magyar szabadalom hazai kutatás, fejlesztés eredménye. A tervezéskor meghatározott igényekkel léptek föl (pl. az optimális mennyiségű hatóanyagokat pontosan adagolja térben és időben, megfelelő nyomásviszonyok mellett; egyszerűen, biztonságosan lehessen kezelni, rövid ideig tartson az általa végzett procedura, ergonómikus, esztétikai szempontoknak is megfeleljen, ki legyen zárva a visszafertőzés esélye). A készülék áll a vezetékes ivóvíz hálózathoz (célszerűen a zuhany csövéhez) csatlakoztatható egységből, amelynek a tisztítófej része helyezendő föl irrigáló eszközként a hüvelybe, s a kapszulából, amely a hatóanyagokat tartalmazza. A használat kezdetén a csatlakoztatás után a készülék tiszta vízzel átöblítendő, majd el kell helyezni benne a kapszulát, s a tisztítófej részt a hüvelybe kell vezetni. A (28–34 °C-os) víz megengedésekor a kapszula első részéből só oldódik ki, s kb. 1,5 liter 0,9%-os oldat keletkezik, amely szabályozott erősséggel kiáramolva lemosza a hüvelyfalat. Amint elfogy a só, egy dugattyú elzárja a víz korábbi útját, ezért a víz nyomása ezután a kapszula hátsó részében lévő hatóanyagot juttatja egyenesen a hüvely belső falára ugyancsak egy dugattyú révén (az utóbbi néhány másodpercig tart, a sóoldatos öblítéssel együtt kb. 1 perccig tart a folyamat). A hatóanyag filmszerű megtapadását hordozóanyagok segítik. A használatot a készülék ismételt öblítése, szét szerelése és tisztítása követi. A különböző kapszulák különböző anyagokat tartalmaznak, egyikük a tejsavas gél (acidum lacticum), amely tkp. közeget teremt a Lactobacillusoknak, ezek meggátolják a baktériumok, gombák, paraziták szaporodását a hüvelyben. A cickafarknak (achillea millefolium, ill. fehér virágú achillea fajok) helyi gyulladáscsökkentő, sebgyógyító, hámosító, antiszeptikus, ellenálló képességet javító hatása van, a kakukkfű (Thymus sp.) timol tartalma gátolja a baktériumok, a vírusok, a gombák fejlődését, karvakol tartalma pedig baktériumölő, fertőtlenítő, és serkenti az immunrendszer működését. A körömvirág (Calendula officinalis) egyebek mellett gyulladásgátló, sebgyógyító, vérzéscsillapító. A zsályának (Salvia officinalis) már a latin neve is a gyógyításra utal, tisztít, gyulladást csökkent, fertőtleníti stb. A levendula (Lavandula angustifolia) fájdalmat csillapít, vérnyomást csökkent, nyugtat, fertőtleníti. Az Aquatus tehát enyhe gyulladással járó tünetek kezelésére, prevencióra (pl. uszodahasználat után), valamint a mindennapi komfortérzet kialakítására egyaránt alkalmas.

*Kellemes Karácsonyi Ünnepeket
és Boldog Új Évet kívánunk*



OALI