

## A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉG MENEDZSELÉSE. KÍSÉRELJÜK MEG A VESZÉLYEZTET TÉNYEZŐKET KORÁN FELFEDEZNI!

Raimund Schmid – Der Allgemeinarzt  
20/2006 (58)

Manapság egy praxisban minden tizedik páciens cukorbetegség miatt szorul kezelésre, gondozásra. Ez a szám a következő 10 évben legalább 2x-esére emelkedik.

A betegség menedzselése négy fontos tényezőkön múlik: ezek a vércukor önellenőrzés, az evidencián alapuló kórisme megállapítás és kezelés, a folyamatos oktatás-képzés és a rizikó stratifikáció.

Az első tényező haszna: a rendszeres vércukor önellenőrzéssel a halálos szövődeményeket 51%-ka, az egyéb szövődemények megjelenését 32%-ka tudták csökkenteni.

A modern kezelési stratégia egyik fontos elem: túlsúlyos cukorbeteg kezelését metforminnal kell folytatni. Ez ma csak 55%-ba valósul meg.

Az oktatás, mint következő lépcső, a kezelés eredményességét nagyban javítja, tehát kifizetődő fáradság. Ennek eredménye az első évben 1,4%-os HbA1C csökkenés.

A rizikó analízist komolyan kell venni, s ehhez ma Németországban egy a ROCHE-gyár kidolgozta kérdőív ad nagy segítséget (bővebb info, a [www.accu-check.de/melibase](http://www.accu-check.de/melibase) vonalon nyerhető. A bevitt adatokat automatikusan értékeli a rendszer és két nap múlva leolvasható a pontos rizikó-státusz a követendő terápiás ajánlással együtt. A hírpotál előfizetéses egy-egy kiértékelés 55 Euró, de van éves előfizetési lehetőség is, évente 4 rizikó-kiértékelés „mindössze” 100 Euró-ból megvalósítható.

A Német Háziorvosi Egyesület pozitívan értékelte a módszert.

*(De itthoni elterjedésével egyelőre nem kell számolnunk, Ref.)*

Kétségtelen a módszer a beteg önértékelését és felelősségvállalását javítja, ami az eredményes gondozás alapfeltétele.

**Dr. Hidas István**

---

## MILYEN LESZ A GYÓGYSZERPALETTA 2056-BAN?

---

Ian-Olaf Gebbers – Der Allgemeinarzt 18:66-67  
(2006)

(Az Ars Medici 15/2006 számából, a szerző engedélyével átvéve)

Ma azt figyelhetjük meg, hogy az orvostudomány hatalmas tempóban fejlődik.

Természetesen nem jósolható meg, milyen lesz a diagnosztika és terápia 50 év múlva. De a kutatások arra utalnak, hogy az egészségügyi ellátás alapja a genomika lesz. Gén tesztek, a gén-szekvencia megha-

tározása, ennek alapján bizonyos betegségekre való hajlam már korán megállapítható lesz. Bizonyosan megváltozik a gyógykezelés módja, a kezelés helyett a megelőzés élvez majd prioritást.

Már ma ismert, hogy mely gének, milyen proteinekhez kötődnek. Ennek a tudásnak a továbbfejlesztése lehetővé teszi az adatbankokban tárolt gének felhasználását bizonyos megbetegedett szervek pótlására. Az összejtérápia bizonyos idegrendszeri betegségek gyógyítását (Parkinson-kór, Alzheimer-kór) is lehetővé tehetik.

A sebészetben a nano-technológia és a robot-technika majd minden nyitott műtéti beavatkozást pótolni tud, az injekciók helyett a kapszulázott gyógyszereket a károsodott területre juttathatjuk komputerrel, a ma még invazív módszerrel folytatott ballon-angioplasztika helyett is.

A speciális, genetikus háttér ismeretében a rákos daganatok kezelése is egyénre szabottan, az ismert daganatsejt növekedési üteme, áttétképzési hajlama alapján célzottan történhet.

A biztosítási rendszer átalakításával, minden beteg számára hozzáférhetővé tehető az aktuálisan elérhető legjobb kezelési stratégiát folytató intézetek névsora és ezek – megfelelő biztosítási háttér esetén – bárhol a világon igénybe vehetők lesznek. Ezt a gyakorlatot a minden biztosított tulajdonában lévő elektronikus betegkártya adatai könnyítik meg, ez nemcsak az eddigi kórformák, kezelések és eredmények tárháza lesz, hanem az aktuális biztosító felkínált lehetőségei is szerepelnek rajta. Azaz, nem vehet igénybe olyan kezelést, amit a megkötött biztosítás nem finanszíroz.

Sajnos a klímaváltozás okozta új fertőzési források okozta problémák biztosan nehezítik az ellátást, számolnunk kell új terápia-rezisztens kórokozók megjelenésével, gyógyszerrel történő visszaélésekkel, bioterrorizmussal. Az elérhető életkor növekedése a krónikus betegségek megduplázódását okozhatja, a jövő oktatási rendszerét a számítógépes bemutatások jellemzik, ami a mechanikus szemlélet terjedését okozhatja, hiszen már ma is sok helyen számítógépen bemutatott esetek képezik a vizsga anyagát, a régi, bevált fizikális vizsgálat, mint a betegvizsgálat alapja, lassan kimegy a divatból, 50 év múlva talán már meg is szűnik. Az utolsó 50 év fejlődését tekintve megjósolható, hogy 2056-ban a mai vizsgálati módszereket már nem is említik majd, s ha a fent felsorolt változások egy része nem is valósul meg, óriási változások várhatók

Az orvos-etikai vonatkozások erősödése biztosra vehető, hiszen azok a változások, melyeknek jeleit már ma észleljük, megkövetelik, hogy csak etikus szakembereket tartsunk meg az ellátásban, mert a visszaélés lehetősége növekszik. Az új technológiák, műtéti technikák, a génmanipuláció lehetősége, már ma is sok kérdőjelet rajzol az ellátás térképére. Ezek közé sorolhatjuk az egyéni szabadság kérdését is. Ha minden esetben a prevenciót tartjuk elsődleges szempontnak, akkor a kővér embert, mint a társadalom antiszociális tagját tartjuk nyilván, vagy a dohányost nem úgy kezeljük, mint a nem

dohányzót? És mi történjék azokkal a pácienseinkkel, akik ezt az „új típusú orvoslást” nem tudják, nem akarják elfogadni? Lehet, hogy az orvoslás csak olyan humánus, jól képzett és igen jó compliance-szal rendelkező orvosokkal működhet majd, amiről jelenleg nincsen elképzelésünk sem.

**Dr. Hidas István**

*(Ref. megjegyzése: kétségtelen sok igazság van az olvasott cikkben, de minden ország, sőt minden szakma, ki kell, termelje majd azt a típusú orvost, aki – persze megfelelő anyagi megbecsülés mellett – erre, a más típusú ellátásra, tudásban, emberségben, együttműködő képességben stb. alkalmas lesz.)*

## FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS SZÉKREKEDÉS NÉLKÜL

**Claudia Bruhn – Der Allgemeinarzt 18:62 (2006)**

Az opioidok nélkülözhetetlenek az erős fájdalom csillapítására. Hátrányuk, hogy leggyakoribb mellékhatásuk a székrekedés, majd mindegyik készítmény alkalmazásának velejárója. Az újabb kutatások eredményeképpen kiderült, hogy az opioid és az opioid-antagonista fix kombinációja ezzel a mellékhatással nem rendelkezik, megtartva az erős fájdalomcsillapító hatást.

Ennek azért is van nagy jelentősége, mert a fájdalomcsillapító kezelés mellé alkalmazott laxatívumok is járhatnak mellékhatásokkal, melyek kiküszöbölése nem mindig sikeres.

Az opioidok ugyanis a bélmozgatót is befolyásoló receptorokhoz kötődnek, amivel csökkentik azoknak aktivitását, ezzel – a lelassult bélmozgás következményeként – székrekedést idéznek elő. A fix-kombináció, mely oxycodont és naloxont tartalmaz a fájdalomcsillapító hatás megtartása mellett a bél receptorokhoz kötődő opioidot „kiszorítva” onnan, nem okoz székrekedést. Miután a haátást kifejtette, a naloxon a májban elbomolva hatástalan metabolitként ürül ki. A megfigyelés szerint a fájdalomcsillapító hatás változatlanul megtartott a kombináció alkalmazásával is, ezért a továbbiakban csak kombinált készítményt alkalmaztak kitűnő eredménnyel, és mellékhatás nélkül.

A fix kombináció 10 mg oxycodon mellett, 5 mg naloxont, vagy 20 mg oxycodon mellett 10 mg naloxont tartalmazott, s a készítménnyel a kábító-fájdalomcsillapító igényt 80%-ban tudták kielégíteni

**Dr. Hidas István**

## GYAKORI, DE GYAKRAN ELNÉZETT SZÖVŐDMÉNY A STROKE UTÁN JELENTKEZŐ DEPRESSZIÓ

**Roger Schmidt – Der Allgemeinarzt 18:10-12 (2006)**

Az agyi katasztrófák után jelentkező depresszív tünet-

csoport gyakori szövődmény. Az, hogy nem elég gyakran vesszük észre, amiatt következik be, mert egy sor egyéb tünet és teendő elvonja a kezelő orvos figyelmét erről a tünetcsoportról, s gyakran az érintett is „ügyesen” titkolja. A nagy statisztikák szerint az esetek harmadában számolhatunk ezzel a tünettől, de az eddigi vizsgálatok 20-tól 70(!)%-os gyakoriságot írtak le.

Kétségtelen, hogy a tünetek kialakulásában fontos az agykárosodás területi elhelyezkedése. A megjelenésben a heveny major depressziótól az alkalmazkodási zavaron keresztül a tartós depresszióig minden formát megtalálhatunk. Az a tény, hogy a depresszív tünetcsoport önmagában is kóroka lehet agyi történésnek, már az első tünetek jelentkezése esetén pszichiáter bevonását indokolja. A depresszív viselkedésforma a compliance romlását, az elérhető funkcionális javulás csökkenését és az életminőség romlását is okozhatja.

A kezelésben nagy nehézséget jelent, hogy gyakran föl sem merül a kórisme, sem a betegben, sem a kezelő orvosban. Ennek oka többnyire a kialakult, jól észlelhető neurológiai tünetcsoport, ami a pszichés háttérrel többnyire elvonja a figyelmet, jóllehet ennek a kimenetel és a terápia eredményessége szempontjából igen nagy a jelentősége.

Fontos tudnunk, hogy a félelem megváltoztathatja a klinikai képet, a beteg nem akar gyengének látszani, mindent megtesz, hogy elesettségét palástolja, mivel a pszichés érintettséget úgy éli meg, hogy az a már meglévő organikus neurológiai képet tovább rontja, ezért azt lehetőleg eltitkolja, másképpen „mutatja be”. A „legyőzött” depresszió tünetegyüttes, azután – a testi tünetegyüttes romlásának következtében – újra és újra előkerül, s mindig súlyosabb formában mutatkozik. Ezért, a legkisebb gyanú gyógyszeres és/vagy pszichoterápiás beavatkozást kell, indikáljon, mivel így a tünetek romlását elkerülhetjük. Ennek megelőzésére a már sok helyütt alkalmazott fiziko- és ergoterápia igen hatékony módszer, ezért ennek megkezdése minél korábban megkísérelendő.

A gyógyszeres beavatkozás eredményességét nehéz megítélni, mivel a spontán javulás és a tünetek különböző fokú megjelenése, ennek objektív megítélését nehezíti. A mai álláspont minden esetben a farmako-, a pszicho és szomato-terápiás módszerek együttes alkalmazását ajánlja. A gyógyszerek közül első helyen az SSRI (szerotonin antagonisták, mint a fluoxetin a citalopram, a paroxetin stb.) állnak, melyek a megváltozott emocionalitást és az impulzus kontrollt javítják. A noradrenalin-újrafelvételt gátló készítmények (Imipramin, trimipramin, amitriptilin stb.) a következők, melyeket triciklikus antidepresszánsok, vagy szerotonerg készítmények követhetnek.

A pszichoterápia soha ne hiányozzék a sorból, mert önállóan is sokat javíthat a beteg állapotán, de az antidepresszánsokat kiegészítve, kitűnő, végleges eredményeket érhetünk el a kórkép javulásában, mind fizikai, mind pszichés vonatkozásban.