

„CHEK UP” A HÁZIORVOSI RENDELÉSEN

Wolfgang Blank – Der Allgemeinarzt 10/2007 (24-25)

A szűrővizsgálat a német páciensek között nem tartozik a kedvelt orvosi beavatkozások közé. Az esetleg bevezetendő anyagi érdekeltség talán változtat a megelőző orvoslás megítélésén.

A tények: Németországban a nők kb. fele a férfiak alig 20%-a vesz részt szűrővizsgálatokon. Ezen változtatandó a biztosító társaságok a két évente esedékes vizsgálatok térítésmentessége mellett a biztosítási díj „bonusz” változtatását is bevezette, ami a következő szűrővizsgálati periódusig csökkentett díjfizetési kötelezettséget jelent.

2008 januárjától pedig, aki a rendszeres szűrővizsgálaton nem vesz részt, bizonyos krónikus betegségek jelentkezése esetén, ezek kivizsgálását, kezelését nem, vagy csökkentett mértékben finanszírozza.

A háziorvosokat ez annyiban érinti, hogy a szűrővizsgálatok során felfedezhető, gondozást, kezelést igénylő betegségeket (a kardiovaszkuláris, a vese, a cukorbetegség és ezek rizikó tényezői) időben kórismézi, kezeli, gondozza. Ez a szövődmények megelőzése és eredményes kezelése szempontjából fontos lehet, de a szűrővizsgálat időigényessége miatt ennek gazdaságos megoldása – egyelőre – nem ismert.

A szűrővizsgálat alapja egy részletes kérdőív – családi, egyéni anamnézis, káros szokások, szenvedélybetegségek, gyógyszeresedés stb. – ennek végén: „Célunk: egészségének megóvása” mondat szerepel. A vizsgálatra – megbeszélte időpontban – már kitöltött kérdőívvel jön a páciens. Itt a fizikális vizsgálat testsúly, testmagasság, BMI, vérnyomásmérés, valamint vér és vizeletvizsgálat történik. Ennek eredményeit megbeszélve, tanácsadásra, szükség esetén gyógyszerreállításra, esetleg az eddig terápia korrekciójára kerülhet sor.

Bármilyen kérdés, probléma fölmerül, a második találkozás ezek megválaszolására, tisztázására is lehetőséget biztosít. Ez a „második találkozás” lehetőséget biztosít a beteg bizalmának megnyerésére, a compliance javítására, ami gyakran a legfontosabb feltétele az eredményes gyógyítás-gondozás bevezetésének.

Ref: A kötelező szűrővizsgálatok bevezetése – hivatalosan, Eü.Min. rendelet alapján nálunk is megtörtént. A nem megfelelő beteg-compliance ezt – szankciók híján egyelőre – megnehezíti. Talán egy sor – a MOK által már több ízben kifogásolt – adminisztratív „kötelességünk” helyett a páciensek kötelességeire is súly kellene helyezni. Ez bizonyosan sokat javítana a szűrővizsgálatok hatékonyságán.

Dr. Hidas István

A KRÓNIKUS FEJFÁJÁS. ÚJ KEZELÉSI ELJÁRÁSOK

V. Seifert – Irodalmi áttekintés – Der Allgemeinarzt 10/2007 (10–11)

A krónikus fejfájás jellemzője, hogy havonta 15 napnál hosszabb ideig áll fenn, legalább három hónapon keresztül és a fejfájás naponta 4 óránál hosszabb ideig tart.

Négy formáját különböztetjük meg, a kérdéssel foglalkozó irodalom adatai szerint:

- 1) krónikus migrén,
- 2) feszültséggel járó fejfájás
- 3) féloldali görcsös fejfájás és
- 4) újonnan jelentkező, tompa fejfájás.

A másodlagos típusú – gyógyszer túladagolással provokált – fejfájást gyakorinak ítéli a referens, ezzel külön foglalkozik az összefoglalóban.

Az irodalmi adatok alapján a krónikus fejfájás leggyakoribb formája a migrén, kevesebb a feszültség provokálta típus és a másik két fajta elenyésző részt képvisel a betegségben. Az előfordulás gyakorisága női túlsúlyt mutat, az arány 46:1 (!) a hölgyek „javára”.

A migrén rohamokban jelentkeznek, az előfordulás gyakorisága az idő múlásával növekszik, egy sor vegetatív tünet kapcsolódik hozzá, s gyakori „kísérője” a már ismert depresszió. Ezért javasolt ilyen esetben mindig megkísérelni antidepresszáns kezelést is.

A feszültséggel járó fejfájás általában „nyomás-érzéssel” kezdődik, s érdekes módon a fizikai igénybevétel nem rontja. Az érintettek a depresszió, vagy pánik-betegség, sőt generalizált félelemérzet miatt is kezelésre szorult már az előzőekben. A heveny esetekben alkalmazott készítmények (szalicil, paracetamol, ibuprofen, metamizol) gyakori bevétele gyógyszer-indukált fejfájáshoz is vezethet, erre mindig gondoljunk. A megelőzésben szóba

jönnek a triciklikus antidepresszánsok, fokozatosan emelkedő adagban, sőt a MAO-inhibitorok is, és az izomlazítók (pl. Sirdalud).

A folyamatosan fennálló féloldali fejfájás, melyet vegetatív tünetek is kísérnek (pl.: orrfolyás, könnyezés, miosis stb.), jól reagálnak indometacin kezelésre, ezt 2x25 mg-mal kezdjük és szükség esetén 2x100 mg-ig emelhetjük a napi adagot, amíg fájdalommentességet nem sikerül elérni. Előfordul, hogy ún. fenntartó adagot kell hosszabb ideig alkalmaznunk, hogy tartósan „fejfájás-mentességet” érhesünk el. Számolnunk kell a gyomor-védelem szükségével is erre a legmegfelelőbbnek a PPI készítmények bizonyultak.

A frissen föllépő fejfájást – típusa lehet migrén, vagy nyomó jellegű – mely gyakran jár fény-, vagy hang-érzékenységgel is, valproinsav készítménnyel (pl.: Convulex) és/vagy triciklikus-antidepresszánsal kísérhetjük meg kezelni, s csak sikertelenség esetén kezdjük analgetikumot adagolni.

Dr. Hidas István

A TELJES ÖRLÉSŰ BALLASZTANYAGOK FOGYASZTÁSA CSÖKKENTI A CUKORBAJ KIALAKULÁSÁNAK VESZÉLYÉT

EPIC-tanulmány – Arch. Int. Med. 167:956-965. (2007)

(EPIC: Európai Prospektív Kutatás a Rákbetegség és Táplálkozás Összefüggéseiről)

A ballasztanyagok, melyek a teljes őrlésű gabonafélék fogyasztása révén kerülnek a szervezetbe, csökkentik a cukorhaj kialakulásának veszélyét. Ez a csökkenés gyümölcs és zöldség fogyasztás mellett nem figyelhető meg. Az EPIC 1992-ben indult vizsgálat, célja a táplálkozás és egyes krónikus betegségek (rosszindulatú daganatok, anyagcsere betegségek, 2-es típusú cukorbetegség) előfordulásának gyakorisága közötti összefüggést igazolni, vagy kizárni.

A vizsgálat során 10 európai országból 519 000 páciens vizsgálati eredményeit értékelték. A cukorbetegség előfordulására vonatkozó adatokat a Német Élelmezéstudományi intézet összegezte az EPIC tanulmány részére. Ez az összefoglaló az alapja a közleménynek.

Az étkezési szokások összehasonlítása során kiderült, hogy a sok, teljes őrlésű

gabonából készült ételt fogyasztók cukorbetegség veszélyeztetettsége 28%-kal kisebb, mint a kisebb mennyiséget fogyasztóké.

Érdekes megfigyelés volt, hogy a sok gyümölcsöt, zöldséget és magnéziumot fogyasztók – jöllehet az átlagnál nagyobb mennyiség volt az elfogyasztott salakanyag – cukorbetegség veszélyeztetettsége nem csökkent a fenti csoporthoz hasonló mértékben.

A megelőző hatást a kutatók a lassú posztprandiális vércukor emelkedéssel hozták összefüggésbe, ami a teljes őrlésű gabonakészítményeket fogyasztókra volt jellemző. A kutatók a megelőző hatást azzal magyarázták, hogy a lassú emelkedés és a megfigyelt vércukor emelkedés csökkent foka elkerülhetővé tette a hirtelen megnövekedő inzulin elválasztás szükségét. Ennek „következése”, hogy a hasnyálmirigy -sejtjei nem „merülnek ki”, élettani funkciójukat maradéktalanul képesek ellátni huzamos ideig.

Dr. Hidas István

AZ ALKOHOLBETEG KEZELÉSÉT A PRAXISBAN KÍSÉREljük MEG!

W. Dresch, és G. Bawidamann – Der Allgemeinarzt 10/2007 (12–18)

Németországban 1,6 millió alkoholbeteg ismert és évente 40 000 hal meg közülük a szenvedélybetegsége miatt korábban, tizenhét ezren májcirrózisban. Ez azt jelenti, hogy a kérdés minden háziorvosot érint. Nehéz meghatározni, hogy a felismert, kezelést igénylő esetek mikor kerüljenek szorosabb orvosi ellenőrzésre, kezelésre, gondozásba. Ez a kérdés már a páciensnek a praxisba történő bejelentkezésekor fölmerül, rákérdezzünk? Milyen mennyiséget tartunk károsnak, mihez viszonyítsunk? Csak akkor avatkozunk be, ha a túlzott alkoholfogyasztás jeleit észleljük? Tekintsük az alkoholbeteg gondozását szakorvosi problémának?

Az biztosan állítható, hogy a túlzott alkoholfogyasztás egészségügyi következményei miatt ezeknek a betegeknek $\frac{3}{4}$ része évente legalább egyszer fölkeresi háziorvosát. A jellegzetes panaszok (emésztési problémák, emelkedett vérnyomás értékek, kóros laboratóriumi értékek) indokolják, hogy rákérdezzünk. Érdekes, hogy a cukorbetegség tünetei azonnali lépéseket indokolnak (diagnosztikai, terápiás protokollok, a szövődmények irányába történő vizsgálatok, gondozásba vétel stb.) de ugyanez az alkoholbetegnél sokkal ritkábban merül föl.

Mikor avatkozunk be? Okvetlenül akkor,

ha föltételezésünk szerint az egészségre ártalmas mennyiség fogyasztása bizonyos. Ez nők esetében 20 g/die tiszta alkoholnak megfelelő ital (= 0,5 l sör, 2 dl fehérbor), ill. férfiaknál 40 g/die tiszta alkoholnak megfelelő italmennyiség fogyasztása.

Kétségtelen, vannak, akik hosszú évekig tünet nélkül „túrik” ezt a károsító életmódot, ennek ellenére, ha bebizonyosodik a gyanú, ajánljuk föl segítségünket a család és a későbbi szövődmények megelőzésének érdekében. Ugyanis, ha a fogyasztott mennyiség eléri nők esetében a 80, férfiak esetében a 120 grammos napi alkoholemennyiséget, már alkoholfüggőségről (BNO kód: F1010) beszélhetünk. A szerzők véleménye: minden háziorvos, a kórisme megállapításától kezdve azonnal, koncentráltan foglalkozzék az alkoholbetegségben szenvedő páciensével, ha a későbbi sokkal több problémától saját magát és betegét is meg óhajtja kímélni. Az alkoholbetegség biztos, ha az alábbi fölsorolásból három feltétel fennáll:

1) alkohol utáni vágy, 2) csökkent kontrollképesség az ivás abbahagyására, 3) azért iszik tovább, hogy az elvonási tünetei csökkenjenek, 4) fennálló elvonási tünetek, 5) az alkoholista a tolerancia határát „kutatja” 6) pszichés és testi „kényszer”, hogy alkoholt fogyasszon, 7) más érdeklődési terület beszűkül, 8) a káros hatások ellenére állandóan „utántölt”.

A megnövekedett betegség-hajlam (heveny vérzéses gyomorhurut, colorect. rák, gége, szájüregi, garat rosszindulatú daganata stb.) fontos a háziorvos számára, mert a panaszokkal rendelődjében fordul meg először az érintett. A laborvizsgálatok (MCV=átlagos vvt térfogat, γ GT=gamma glutamil transzpeptidáz enzim) megerősíthetik, a normál értékek nem zárják ki az alkoholizmus kórisméjét. Ha mindkettő emelkedett értéket mutat, az alkoholizmus kórisméje 90%-os biztonsággal kimondható.

A szűrővizsgálat kérdőív válaszaiból indulhat. Ezek alapján már fölmerülhet a gyanú, melyet a fizikális és laborvizsgálat megerősíthet. Ha megállapítottuk az alkohol-problémát, kezelünk kell a páciensünket. Az első lépés, az érintett lássa be, hogy kezelésre szorul. Ehhez – általában – meg kell nyernünk a családot is, majd meg kell győznünk az absztinencia szükségéről is, s ha mód van rá pszichoterápiás segítséget is kell nyújtanunk.

A problémás ivók motivációja is fontos. Ezek közé sorolhatók azok, akiknek a szervezeté már „megszokta” a magasabb alkoholszintet. Ezeknél majd minden esetben komoly megvonási tünetek jelentkeznek, ami megnehezíti az eredményes folytatást.

Az „önsegítők”-tól az Anonim Alkoholisták (AA) szervezetéig hosszú út vezetett. A lényeg: a még szenvedő alkoholistára a legjobb hatást gyakorló személy a gyógyult alkoholista. Ezt ki kell használni, mert saját tapasztalatai segíthetik a gondozott alkoholistát panaszainak értékelésében.

Az AA világszerte mintegy 2 milliót számláló tagjával működőképes szervezet, mely önfenntartó, rendszeres összejöveteleket tartanak, ahol a résztvevők nyíltan szólhatnak problémáikról, szegény nélkül visszaeséseikről. Ez a fórum komoly támasz a gyógyulni vágyók számára botladozásaik megítélésben és megszüntetésében. Ezekon a találkozókon mi háziorvosok fölsőlegesek vagyunk, csak a „szárazak” képesek a még betegekre hatni. A lehetséges megoldásokat, az utat a gyógyulás elérésére, azonban ismernünk kell, hogy segíteni, irányítani tudjunk.

A gyógyult alkoholista pozitív „megerősítése” viszont a mi feladatunk ugyanígy a folyamatos gondozás, a figyelemmel kísérés, a visszaesés megelőzésére tett, időben történő „közbelépés” szintén.

Dr. Hidas István

AZ ORVOS–BETEG VISZONY. MENNYIRE TARTSUNK TÁVOLSÁGOT?

M. Konitzer – Der Allgemeinarzt 7/2007 (3)

Szakmánk kétféle módon határozható meg. Mi az általános orvoslás szakorvosai vagyunk, betegeinket hosszú távon kezeljük, gondozzuk. Kapcsolatunk velük, folyamatos. Bár nem egyértelműen házi betegellátást is végző szakorvosok vagyunk, mégis más kollégáinknál, sokkal jobban ismerjük és az ellátásban (kórisme megállapítás, terápia) hasznosítjuk is az otthoni, a munkahelyi viszonyok ismeretét.

Ez az alapja az évek, évtizedek alatt kialakuló bizalomnak, mely a családorvos és betegek viszonyát leginkább jellemzi. Ez tkp. egy profi viszony, de nem barátság. A szerző példaként említ két esetet, az elsőben az érintett beteg – rosszindulatú daganat megállapításától félve – csak úgy jutott el szakorvosi vizsgálatra, hogy a családorvosa (fiatal hölgy) saját maga fuvarozta a vizsgálatokra. A másik, ezzel ellentétes megnyilvánulás említése, amikor is a „nem kedvelt” beteget majd „kidobom a rendelőből” ezzel tökéletesen ellentétes attitűdöt képviselt. Ez a két ellentétes viselkedési mód egyaránt hamis

és nem szabad, hogy alapellátásban dolgozó kolléga így álljon hozzá a beteg ellátásához.

Ha a viszonyt a kínálat-igény szélsőértékére korlátozva vizsgáljuk, hamar kiderül, hogy a mi lehetőségeink bonyolultabbak, hiszen a „kínálat” (más családorvos ellátási lehetőségei, rendelőjének folszereltése, az orvos modora stb.) gyakran jobb, mint az eddig megszokott. Az „egészségpiac” a közelséget és a távolságtartást nehezen képes olyan egyensúlyban tartani, mint ami mindkét félnek előnyére szolgál. Ez persze egyedül nem megoldás, hiszen a szóban jelzett távolságtartás, vagy szoros kapcsolat, amire már fönt utalt a szerző, nem egyetlen problémája az orvos-beteg kapcsolat alakulásának. Fontos lenne a házi(család)orvos szakmai képzésében a Bálint Mihály által bevezetett és gyakorolt módszer folyamatos és első helyen történő alkalmazása. Ezenkívül fontos a folyamatos tapasztalatcsere, ami mind a „távolságtartás”, mind a „közeli viszony” tekintetében aktuális és a saját, valamint a mások „megélt” szakmai történései által vezérelt legyen.

Dr. Hidas István

Ref. A cikket nemcsak Bálint Mihályra történt hivatkozása miatt tartottam referálndónak, de egy sor – általam fontosnak ítélt – megállapítása, minden gyakorló orvosnak megszívlelendő tanácsot jelent.

MIK VAGYUNK? HOGYAN LEHETÜNK MÉG JOBBAK, EREDMÉNYESEBBEK?

Herbert Hillebrand – Der Allgemeinarzt 7/2007 (22-23)

Vezérelvek, minőség-politika, minőség-célok, vajon ezek csak időnként alkalmazott elméleti ballasztoknak minősülnek egy minőség menedzsment tankönyvben? Nos a válasz egyértelmű: **nem**. A praxis teljesítő képességének ismerete, valamint a javítás lehetőségének kiderítése ugyanis mindenki számára fontos. Ez a tény mindenki számára – az ellátó csapat, az ellátandó beteg-népeség – előnyös, az elérhető fejlődés és/ill. a jobb minőségű ellátás elérhetősége végett is.

A „kik is vagyunk, és mit óhajtunk elérni” kérdés nehezen válaszolható meg. Hiszen egyértelmű, hogy valamiféle háziorvosi praxist működtetünk, amit bárki, bárhol, bármikor ugyanígy tudna menedzselni. Kik azok a páciensek, akik bennünket választanak, s ha igen, miért? S mi, bármikor, bármilyen időt, gondozást igénylő betegségben szenvedőt szívesen elvállalunk? Az „egészségpiac” konkurenciát

állít, versenyt követel, gyakran fölmerül a kérdés: mi az, amit elvállalhatunk, mivel képzettségünk szerint erre alkalmasak vagyunk, s mi az ami a teamnek „megéri” mert egy csapat felelős vezetőjeként ezt is számításba kell vennünk, nem gondolkodhatunk „egy személyben”.

Nyilván mindenki nem **egy** háziorvosi praxist akar vezetni, működtetni, hanem olyan munkát óhajt végezni, amit mindenki – a betegek, a kollégák, a szakmai vezetés – példaként tart számon és „fölnéz rá”.

Mi legyen a vezető gondolatunk?

Válasz: 1) mindig a beteg legyen a központ. Legyen ehhez megfelelő a fölkészültségünk, a rendelőkön folszereltsége, a munkatársaink szaktudása, emberi hozzáállása.

2) Mindig „csapatban” gondolkodjunk. Nem én egyedül oldom meg a betegeim problémáit, hanem **mi, a csapat** együtt. A jelenleg érvényes minőségi mutatók, és követelmények alapján folyják a munka mindig, s legyen folyamatos a visszajelzés mind a betegek, mind a munkatársak és a konzultáns orvos-kollégák felé. Jellemezze a munkánkat igényesség és ellenőrizük folyamatosan az ismert szempontok szerint, előre meghatározott időpontokban. Az is fontos, hogy munkánkat úgy osszuk be, hogy ne legyen túl hosszú a várakozási idő, de legyen elegendő időnk, energiánk minden beteg, minden – a legapróbb – problémájára is. Soha ne maradjon el a beteg felvilágosítása, a nevelés, mivel ezzel egy sor szövődmény megelőzése is lehetővé válik. A kitűzött célokat, azok teljesíthetőségét, elvégzését, meghatározott időnként ellenőrizzük, s ha valahol hibát észlelünk, javítsuk ki azt rövid időn belül. Ha az ellenőrzési rendszert nem ismerjük eléggé, bizonytalanok vagyunk, mindig kérjük ki szakértő véleményét, ez biztosan segít a hiányosságok kiderítésében és mielőbbi kijavításában.

Dr. Hidas István

NYILVÁNOS HELYEN LEGYEN TILOS A DOHÁNYZÁS MINDENÜTT

Bernd Krönig – Der Allgemeinarzt 10/2007 (3)

Már 2006 januárjában a Bundestag elé került a törvénytervezet, aminek a lényege: „Minden étkeztetéssel foglalkozó nyilvános hely és minden munkahely dohányzásmentes terület legyen” A magyar részben részletesen taglalták a dohányzás káros hatásait nemcsak a dohányzókra, hanem az ún. passzív dohán-

nyosokra is, akik kénytelenek dohányfüstös légtérben tartózkodni.

A törvény betervezésétől számított 12 hónapra volt szükség, hogy a sok felmentést kérő intézmény (vendéglők, sör-sátort működtető vállalkozók stb.) érveit meghallgatva, végül is nem került elfogadásra a törvény. Ha a háttér vizsgálatát folytatjuk kiderül a „Tobak-lobby” pénzügyi befolyása, mely egy TV adásban (ZDF) is főszerepet játszott.

Hogy mennyire fontosnak kellene tartanunk a kérdést, egy heidelbergi rákkutató központ adataiból egyértelműen kiderül. A vizsgálatok alapján egyértelmű, hogy a dohányfüst a legveszélyesebb és elkerülhető beltéri mérgező anyag, ami néhány ezer (!) rákkeltő anyagot tartalmaz. Passzív dohányzás okozta tüdőrák halálozás Németországban, évente 3300 nem dohányzó halálát okozza.

A Német Kardiológus Társaság véleménye szerint (részletesen olvasható a www.dgk.org fiókban) egyértelmű: a passzív dohányzás is „életveszélyes” lehet, ezért minden erőt mozgósítani kell, ennek elkerülésére. Olaszország, Piemont-tartományában a 60 éven aluliak között a dohányzás-tilalom bevezetése után 9,8%-kal csökkent a heveny miokardiális infarktusban megbetegedettek száma. A nem-dohányzók aránya 10%-kal csökkent, ami több, mint 90%-kal megnövelte a „megmentett” passzív dohányosok számát. Az USA-ban másfél év alatt, a nyilvános helyeken bevezetett dohányzás tilalom bevezetése után 27%-kal csökkent a szívizominfarktusban megbetegedettek száma. Ez Németországra vetítve évente 78 000-rel kevesebb friss infarktus esetet jelentene.

Skóciában a vendéglátó-ipari dolgozókat vizsgálták a dohányzás tilalom bevezetése előtt és után, s a hörgőhurut és tüdőgyulladás vonatkozásában 26%-os csökkenést figyeltek meg. Ennek alapján további viták nélkül úgy kellene döntenie a német államnak is, hogy nyilvános helyen ne lehessen dohányozni.

(Ref.: hazai vonatkozásban ugyanilyen csökkenést várhatnánk, nem kellene megkísérelnünk?)

Dr. Hidas István

VALLÁS ÉS EGÉSZSÉG. A HÍVŐK – ÁLTALÁBAN – EGÉSZSÉGESEBBEK

Stefan Lummer – Der Allgemeinarzt 7/2007 (60-61)

Az élet tele buktatókkal, melyek betegségeket okozhatnak: a stressz, hivatásbeli és privátéleti nehézségek, táplálkozási

**F
O
L
Y
Ó
I
R
A
T

É
S

K
Ö
N
Y
V
R
E
F
E
R
Á
T
U
M**

hibák, dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás stb. Ha a kezelőorvos olyan „üzeneteket” közöl betegével, amik figyelmeztetők, vagy akár életet veszélyeztetők, több megoldás kínálkozik. A tapasztalatok szerint, ha ilyen esetben az érintett imádkozni kezd, sokat tehet egészségéért.

Az utóbbi időben megnőtt azoknak a megfigyeléseknek a száma, melyek bizonyítják, hogy a hit befolyásolja az egészségi állapotot, a betegség alakulását, sőt a gyógyulást is. Az Amerikai Egyesült Államokban sok tudományos megfigyelés foglalkozik a témával, s mivel a lakosság 95%-a Isten-hívő, 66%-uk valamilyen vallási közösség tagja és 44%-uk gyakorolja is vallását, ennek nagy jelentőséget tulajdonítanak. Ez Németországban (s talán Európa-szerte ugyanígy Ref) teljesen másképpen alakul, mert pl. a keleti országokban a nem hívők aránya 54%. Az amerikai megfigyelések alapján állítják az ezzel foglalkozó szakemberek, hogy a hívők között kevesebb a szív-érrendszeri, a magas vérnyomásbetegségben szenvedő és a neurózis miatt kezelést igénylők száma. Ez a népréteg sokkal optimistább, kevesebb lelki problémával küszködik, társaságkedvelő, barátkozó, sokkal ritkábban alkoholizál, a drogfogyasztás pedig nagyon ritkán fordul elő körükben. Az extrém vallási meggyőződések azonban néha veszélyesek lehetnek az egészségre, mert vannak szekták, amelyeknek tagjai elutasítanak bizonyos gyógyító beavatkozásokat, akkor is, ha ezzel egészségüket, vagy akár életüket veszélyeztetik. A szakorvosok szerint a vallásos meggyőződés, sok új terápiás lehetőség bevezetését is jelentheti, hiszen akinél a belső nyugalom hiányzik sokkal hajlamosabb egy sor megbetegedésre. A stressz-hormonok (adrenalin, kortizol) csökkentik az elhárító rendszer aktivitását, rontják az immunrendszer működését és az érrendszer állapotát. A belső nyugalom minden egészség-érték javulását hozza magával. Sőt a régi megállapítás, miszerint az imádság a legősibb gyógyító mód, igazolható a nagyszámú megfigyelés alapján, melyről az Amerikai Kardiológiai Társaság számolt be a múlt évben. A megfigyelések alapján egy sor szakorvos reméli, hogy a hit, az imádság akár megteremtheti a gyógyítás új perspektíváit is.

A szerző fontosnak ítéli, hogy a háziorvosok ismerjék a hit, az imádság pozitív

szerepét a gyógyító szolgáltatás folyamatában, s ezt a ma ismert modern eljárások mellett igyekezzenek kihasználni. Fontos, hogy a hívő embernek megteremtsük a lehetőséget – igény esetén – a lelki segítség igénybevételére, mivel ezzel jól kiégészíthető a kémiai, a fizikai (gyógyszer, radioterápia) és a biológiai kezelési módok arzenálja. Ezzel kiegészítve a már ismert és alkalmazott terápiás módokat, a panaszos szubjektív – és gyakran objektív – tüneteit is eredményesen befolyásolhatjuk. Soha ne zárkózzunk el ezektől a lehetőségektől, csak nyerhetünk vele.

Dr. Hidas István

**VÉRCUKOR-VIZSGÁLAT.
FOLYAMATOS ÖNELLENŐRZÉS.**

*Thomas Haak – Diabetes Forum
2007/7-8 (10-14)*

A vércukor szint „önellenőrző” módszere – bár az anyagi vonzata miatt egyre inkább gondolkodásra készíti az alkalmazókat – széles körben alkalmazásra kerül Németországban is. Ma Németországban az egészségügy költségeinek 10%-át a cukorbetegség kezelése, gondozása emészteli fel. A költségek rohamos növekedését az önellenőrzésre használt készülékek, és tesztcsíkok ára jelentősen befolyásolja. Ezért fontos, hogy szakember határozza meg, milyen gyakran, mely időpontokban kerüljön sor a vércukorszint ellenőrzésére. Gyakran számolnak be vizsgálok arról a szomorú tényről, hogy a meghatározott vércukorértékek nem befolyásolják sem a cukorbeteg viselkedését, sem diétáját, sem pedig a kezelését, magyarul főlegesen végezték azt. A vizsgálatok célja az kell, legyen, hogyan folytassa a gondozott a továbbiakban a kezelését, változtasson-e életmódján.

A vércukor ellenőrzés célja: a kezelés változtatásának szüksége, biztonsági szempontok (hypo- és ill. hyperglykaemia időben történő felfedezése és megfelelő kezelése) az életmód helyességének elbírálása.

Az ellenőrzés mikéntje a gondozás fázisától is függ, a „beállítás” idején más célt szolgál, mint a kezelés folyamatának ellenőrzése idején. A kezelés folyamán ritkábban van szükség ellenőrzésre, különösen stabil állapot esetén. Ettől függetlenül minden cukorbeteg folyamatosan képezni kell, mit kezdjen a mért értékekkel,

hogyan változtasson étkezési szokásain, esetleg gyógyszerein, ha az értékek változása egy bizonyos határértéket meghalad. Fontos, hogy a gépkocsivezetés képessége és a vércukorérték változása közötti összefüggést is rendszeresen tudatosítsuk betegeinknél, mert ennek akár felelősség-biztosítási szempontjai is lehetnek. Nagyobb terhelés előtt és idején történő rendszeres ellenőrzés szükségére is fel kell hívnunk betegeink figyelmét. Az így megszerzett ismereteknek baleset megelőzés szempontjából is nagy a jelentősége ezért tudatosan készülünk fel ilyen irányú tevékenység folytatására.

**GYAKORI HIBÁK A VÉRCUKOR
MEGHATÁROZÁS SORÁN**

*Gerhard W. Schmeisl – Der
Allgemeinarzt 6/2007 (34-37)*

Hatékony vércukor önellenőrzés a legfontosabb feltétele az eredményes cukorbeteg gondozásnak. A vérvétel és a mérőkészülék használata egyaránt sok hibalehetőséget rejt magában, ezt minden cukorbetegnek ismernie kell. Érdekes megfigyelés, hogy az ujjbegy szúrása sok esetben komolyabb panaszt okoz, mint az inzulin adása. Javasolják, hogy ne az ujjbegy közepét szúrják, hanem inkább az oldalát, mert ott kevesebb az érzőideg végződés. Csökkenti a panaszt, ha a sokkal kevesebb vérmennyiséget igénylő készüléket használják, melyhez csupán 0,3 l vérmennyiség szükséges.

Azt is megfigyelték, hogy a különböző helyekről nyert vérből meghatározott vércukor-értékek különböznek egymástól. Így az is előfordulhat, hogy az esetleg bekövetkező hipoglikémiát későn vesszük észre. Fontos megállapítás: ne használjunk fertőtlenítő szert, megmosott, megszáritott kézből nyert vér használható a vizsgálathoz. Az étkezés, a fizikai terhelés, a nem megfelelő módon és helyről nyert vér vércukor-értékei valódi tájékoztatást nem adnak, aminek fatális következményei lehetnek nem megfelelő terápia választása esetén.

Ref: a fent felsorolt hibalehetőségek többsége minden gyakorló orvos előtt ismert. Ennek ellenére indokoltnak tartottam a fontosabb megállapítások ismétlését, mivel „repetitio est mater studiorum”

Dr. Hidas István

ÚJ FIX KOMBINÁCIÓS ANTIDIABETIKUM

2007 júniusától kapható a GlaxoSmithKline új kombinált antidiabetikuma, az Avaglim. Az Avaglim **rozigitazon és glimepirid** (szulfanilurea) által alkotott fix kombinációs készítmény. A rozigitazon és a glimepirid különböző támadáspontokon fejtik ki hatásukat, így jól kiegészítik egymást: míg a glimepirid a béta-sejtek inzulinszekrúcióját fokozza, addig a rozigitazon az így **megtermelt inzulín iránti érzékenységet fokozza a célszervekben.**

A két szer additív módon (hatásuk összeadódik) jelentősen javítja a vércukorkontrollt. A rozigitazon emellett „életben tartja” a béta-sejteket, amelyek funkcióképessége feltételét képezi a szulfanilurea-hatás kialakulásának, ezáltal tartósabb glikémiás kontrollt biztosít.

Az ajánlások szerint **inzulinrezisztens, túlsúlyos 2-es típusú diabéteszes** beteg számára az első választandó szer a metformin, de ha a beteg nem tudja szedni a metformint intolerancia vagy ellenjavallat* miatt, úgy a monoterápiában indított szulfanilurea elégtelensége esetén új választási lehetőség az AVAGLIM. Az új készítmény olyan 2-es típusú diabétesz mellitusban szenvedő betegek kezelésére javasolt, akiknek az optimálisan adagolt szulfanilurea monoterápia nem biztosít megfelelő vércukorszint beállítást, valamint akik nem kaphatnak metformint ellenjavallat vagy intolerancia miatt.

Adagolás

A) Aki már glimepirid monoterápián van

Aki már glimepirid monoterápián van: Olyan betegek, akiknek a glimepirid monoterápia (rendszerint 4 mg) nem biztosít megfelelő vércukorszint beállítást. Az egyidejű alkalmazást (glimepirid és rozigitazon külön tablettában) kell mérlegelni, mielőtt a beteget átállítják AVAGLIM-re. Ahol az klinikailag helyes, mérlegelhető a közvetlen átállítás glimepirid monoterápiáról AVAGLIM-re. A kezdő adag 4 mg/nap rozigitazon és 4 mg/nap glimepirid (egy AVAGLIM 4 mg/4 mg tableta formájában).

B) Aki glimepiridtől eltérő szulfanilurea monoterápián van

Aki glimepiridtől eltérő szulfanilurea monoterápián van: Olyan betegek, akiknél nem érhető el a vércukorszint beállítása egyéb, monoterápiában adott szulfanilureával, a maximális dózis legalább felét alkalmazva. 4 mg rozigitazont kell adni, a már szedett szulfanilurea adagja mellett. Ha ennél az adagolásnál már stabil a vércukorszint beállítása, elindítható az AVAGLIM, naponta egyszer 4 mg rozigitazon/4 mg glimepirid kezdő adaggal.

Szulfanilureák fél-maximális és szubmaximális napi dózisa:

	félmax	szubmax
hagyományos glibenclamid	10 mg	15 mg
mikronizált glibenclamid	7 mg	10,5 mg
hagyományos gliclazid	120 mg	180 mg
gliclazid MR	60 mg	90 mg
glipizid	10 mg	15 mg
gliquidon	60 mg	90 mg
glimepirid szubmaximális		4 mg

Dózisemelés

A roziglitazon összetevő dózisa 8 hét után szükség esetén emelhető. Az ajánlott maximális napi adag 8 mg roziglitazon/4 mg glimepirid (naponta egyszer egy AVAGLIM 8 mg/4 mg tablettá formájában adva).

Minden beteg AVAGLIM terápiáját egyénre szabottan kell meghatározni.

Az AVAGLIM-kezelés megkezdése előtt a beteg megfelelő klinikai vizsgálatával kell megállapítani a hypoglykaemia kialakulásának a kockázatát. Ha hypoglykémias tünetek jelentkeznek, a beteget vissza kell állítani az egyidejű külön gyógyszeresedésre, és a glimepirid dózisát megfelelően módosítani kell.

A betegnél a folyadékretencióra utaló mellékhatások kialakulási kockázatának megfelelő klinikai értékelése után a roziglitazon összetevő adagjának napi 8 mg-ra történő emelésekor óvatosan kell eljárni. Ha egy adag kimaradt, nem szabad a következő adagot megemelni. Az AVAGLIM-et naponta egyszer kell szedni, röviddel étkezés (általában a napi első főétkezés) előtt vagy közben.

Alkalmazás előtt kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási előírást!

AVAGLIM ár, felírási lehetőség

Felírásra jogosult a belgyógyász szakorvos, a diabetológiai szakrendelés szakorvosa vagy a háziorvos.

Az Avaglim térítési díja Eü.Tér.Köt. 50%-os támogatással:			
	Bruttó fogyasztói ár	Támogatás mértéke	Beteg térítési díja
Avaglim 4 mg / 4 mg filmtabletta (28x)	7 844 Ft	3922 Ft	3922 Ft
Avaglim 8 mg / 4 mg filmtabletta (28x)	13 059 Ft	6530 Ft	6529 Ft

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 35 ATC csoportban vizsgálja az orvosok gyógyszerfelírási szokását, amely során az átlagtól felfelé eltérés esetén az orvosnak visszafizetési kötelezettsége keletkezik. A szabályozás alapját a 17/2007. kormányrendelet a minőségi és hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről szolgáltatja, melynek mellékletében megtalálhatóak az érintett ATC csoportok. Az Avandia család (Avandia, Avandamet, Avaglim) készítményei **nem** tartoznak a rendeletben megnevezett ATC csoportok közé, felírásuk miatt az **orvosoknak nem keletkezik** semmilyen **visszatérítési kötelezettségük**.

*Leggyakoribb ellenjavallatok: beszűkült vesefunkció (szérum kreatinin >135 µmol/l férfiaknál ill. >110 µmol/l nőknél), májelégtelenség vagy szívelégtelenség okozta szöveti hipoxia miatt.