

**A 2-ES TÍPUSÚ  
CUKORBETEGSÉG  
MENEZSELÉSE. KÍSÉRELJÜK  
MEG A VESZÉLYEZTETŐ  
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 tényezőn 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 szövődményeket 51%-kal, az egyéb szövődmények 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/mellibase](http://www.accu-check.de/mellibase) vonalon nyerhető. A bevitt adatokat automatikusan értékeli a rendszer és két nap múlva leolvasható a pontos rizikó-státusz a követendő terápiás ajánlással együtt. A hírportál 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 értékelt 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*

**A COLORECTALIS CARCINOMA  
SZŰRÉSÉRŐL KIADOTT ÚJ  
IRÁNYELVEK**

*L. Barclay Medscape Medical  
News 14.03.2008-03-17*

Az Amerikai Rák Társaság új irányelveket adott ki a colorectalis carcinoma (CRC) ill. polyposis korai szűrésének tárgyában. Az USA-ban a rák okozta halálozások között a CRC a második helyet foglalja el, ezért korai felismerésének igen nagy a jelentősége.

A klinikusoknak tisztában kell lenniük a lehetőségekkel, és fel kell tudni a betegeknek ajánlani a szűrési módszereket.

A veszélyeztetett kor az 50 év feletti. (az átlag populációra vonatkoztatva.) Extra figyelem kell irányuljon a veszélyeztetett páciensekre, akiknél már volt kimutatott polip, gyulladás vagy családi terheltég van.

Az alábbi ajánlások az átlag lakosság számára szólnak.

Az utóbbi időben a kémiai vizsgálatok lehetősége figyelmet érdemlően megnőtt, (rövidítések: gFBT-guajak alapú széklet vér vizsgálat, FIT-immunkémiai alapú széklet teszt, sDNA széklet DNA teszt)

A strukturális vizsgálatok a következők: flexibilis sigmoidoscopia (FSIG), colonoscopia, kettős kontrasztos bárium beöntéses vizsgálat (DCBE) és a computer tomográfia (CTC).

A szűrővizsgálatok javasolt időpontja: FSIG 5 évente

– Colonoscopia 10 évente

– DCBE 5évente

– CTC 5 évente

A kémiai vizsgálatok évente ajánlottak.

Természetesen a vizsgálatoknak van költsége, vannak előnyei és hátrá-

nyai, végül is a beteg dönti el, hogy milyen megoldást választ.

Az invazív vizsgálatok előkészítést igényelnek, colonoscopia enyhe nyugtatást is. Az FSIG kényelmetlen, és anatómiai határai vannak. Az invazív vizsgálatok rizikója a nagyon ritka perforáció, esetleg vérzés..

Pozitív székletvizsgálat után mindig colonoscopia indikált!

A kémiai teszt nem igényel előkészületeket, a beteg környezetében is elvégezhető, nem invazív és anyágilag is könnyen elérhető. Hátrányuk, hogy nem mindig alkalmasak a megelőzésre, meghatározott időnként ismételni kell. Ha a beteg nem hajlandó semmiképp sem invazív vizsgálatra, akkor a kémiai teszt sem jön szóba...

**Összefoglalás**

A vizsgálatok elsődleges célja a CRC prevenció- ha a beteg kész az invazív vizsgálatokat is elvégeztetni. A széklet vizsgálat kevésbé informatív a profilaxisban, többször ismétlendő. Székletben megjelenő vér 1 mm-s vagy nagyobb elváltozást jelez.

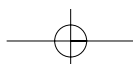
Guajak alapú vizsgálatról: három egymás utáni székletből 2 vizsgálat szükséges. NSAID, C-vitamin, vörös húsok befolyásolják az eredményt. A minták kiszáradása tévesen pozitív leletet ad. Az eredmény biztosabb laboratóriumban, mint rendelőben. Három klinikai kontroll is bizonyította, hogy a szűrés csökkentette a CRC mortalitást.

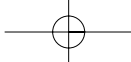
A teszt digitális rectális vizsgálat után nem javallt.

FIT tesztről: 2 vizsgálat informatív, diétás megszorítás nem szükséges. Pozitív eredmény egyenlő colonoscopiás vizsgálat szükségességével. SDNA teszt: ez is egy lehetőség, amennyiben a sejtek megváltozott DNA tartalmát mutatják. Sajnos az optimális kontroll ideje még nem ismert.

Minimum 30 g széklet szükséges hozzá, speciális jégcsomagban. Szenzitív, de nem mutat ki minden rákos daganatot.

*Dr. Faragó Erika*





## A LUSTA EMBEREK GYORSABBAN ÖREGSZENEK

*Az Ann. Intern. Med. 2008. évi 168. kötetének 154. oldalán megjelent összefoglaló alapján.*

A sokat mozgó emberek nemcsak ritkábban betegszenek meg szív-érrendszeri és/vagy cukorbetegségben, hanem lassabban is öregsznek. Brit kutatók arra utaló bizonyítékokat tudtak kimutatni, ami igazolta, hogy az aktív élet, az átlagnál intenzívebb testi igénybevétele, direkt lassítja az öregedés folyamatát.

Eddig az volt az általános vélemény, hogy a sporttevékenység mindenkéltől azért hasznos, mivel ez által bizonyos betegségek előfordulása – mint pl. a szív-érrendszeri és cukorbetegség – kevesebb, és/ill. kialakulása lassúbb.

Tanulmányukban 2400 ikerpárt vizsgáltak meg, akik közül egy sportos, aktív, a másik pedig „kényelmes” életet élt. Kiderült, hogy egy fontos komponens, mely a korosodás mértéke lehet, nem azonos mértékben változik a kétféle igénybevétele során. A telomerek hosszúsága, melyről tudott, hogy a biológiai kor jelzője, messze nem egyforma a kétféle életmód gyakorlójánál. A telomerek hosszú DNS szekvenciák, melyek a kromoszómákat védik a fúziótól és azok minőségi változását is akadályozzák. Ezek minden sejtosztódás folyamán rövidülnek. Hasonló hatást gyakorol rájuk minden gyulladási folyamat, vagy az oxidatív stressz. A megfigyelés eredményeként kiderült, hogy az aktív, sportos életet folytató vizsgáltak telomerei, ugyanolyan naptári kor esetén, átlag 200 nukleotiddal hosszabbak voltak, mint a „lustálkodók” hasonló adatai. Ez magyarázhatja a naptári és biológiai kor különbözőségét.

Ref. megjegyzése: a leírt megfigyelés merész következtetés, melyet bizonyosan még vizsgálatnak kell megerősítenie, hogy igazolt tényként fogadhatjuk el. Minden-

esetre érdekes a megfigyelés és a belőle levont következtetés is.

*Dr. Hidas István*

## A NÉMETORSZÁGI TARTOMÁNYOKAT ORVOSHIÁNY FENYEGETI

*Szerkesztőségi közlemény  
Ärzte Zeitung 2008 január 14*

A németországi orvoshiányról közöl adatokat és a közeljövő fenyegető tendenciáját vázolja a német orvosi lap. Friss adatok alapján tárgyalja a főleg a háziiorvosi ellátást fenyegető kilátásokat. Már ma is vannak területek – főleg a keleti tartományok – ahol a háziiorvosi ellátás nem megoldott, s ebből következően a jövőt nagyon pesszimistán ítéli meg. 2020-ra egész tartományok maradhatnak alapellátás nélkül, ha a jelenlegi – még működő – rendszert nem változtatják meg.

Orvoshiány és csökkentett ellátási lehetőségek már ma is sok helyen előfordulnak, s a jelenlegi feltételek mellett ez olyan gyorsan romolhat, hogy egy évtizeden belül katasztrófa fenyeget.

Az országos tisztifőorvosi hivatalnak megfelelő intézmény egy munkacsoportja az adatok alapján megjelentetett egy kiadványt, mely az „Alapellátás Németországban 2020-ban” címmel rámutat, hogy mit kell okvetlenül megváltoztatni a jelenlegi rendszerben, hogy az előrelátható nehézségeket megelőzzék. A 17 pontban összefoglalt teendők nagyon sokban hasonlítanak a hazai problémák megoldására készített tervekhez, talán az anyagi feltételek tűnnek jobbnak a miénkénél.

*Dr. Hidas István*

## A RIZIKÓ-PÁCIENSEK SZÉRUM- LIPID SZINTJÉT ERŐTELJESEN CSÖKKENTSÜK!

*Az Európai Kardiológiai Társaság (European Society of Cardiology) bécsi kongresszusán új prevenciósi irányvonalakat fogadott el.*

## A Der Allgemeinarzt 18: számában megjelent állásfoglalás.

A kongresszuson megfogalmazott állásfoglalás szerint a magas rizikó-tényezőkkel rendelkező, szív-érrendszeri betegségek, vagy cukorbetegség miatt kezelt, gondozott betegek szérum-lipid szintjére különös figyelmet kell fordítanunk.

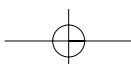
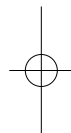
Különösen fontos az LDL-koleszterin szint ellenőrzése és a kezelés során az optimális szint elérése. Ma az az álláspont, hogy a magas rizikójú betegcsoport (a koszorúér betegek és a cukorbetegség tartoznak elsősorban ebbe a csoportba) pácienseinél kívánatos az LDL-koleszterin szint 2,6 mmol/l (100 mg/dl)-nál alacsonyabb szintre történő csökkentése. Sőt sokan a 2,1 mmol/l (80 mg/dl) érték elérését tartják optimálisnak, ha igazán eredményes prevenciót akarunk elérni. Ez utóbbi javaslat elsősorban azokra vonatkozik, akik dohányoznak, túlsúlyosak és mozgásszegény életmódot folytatnak.

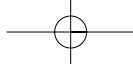
Az már régen elfogadott tény, hogy az összkoleszterin meghatározás nem nyújt elegendő támpontot a veszélyeztetettség pontosítására. Ezért minden esetben javasolt a komplett lipid-profil meghatározása, így több adat áll majd rendelkezésre annak eldöntésére, hogy milyen kezelést kezdjünk a betegnél.

A társaság hangsúlyozta, hogy a már ismert SCORE-rendszer legyen a kiindulás a rizikó státusz meghatározásában, s a kezelés mikéntjét ennek alapján pontosítsuk.

A kezelési stratégiát illesszük a rizikó státusz nagyságához, egy dolgot azonban már előzetesen hangsúlyoznak, hogy a legfontosabb az LDL-koleszterin szint csökkentése. Azt is hangsúlyozta az állásfoglalás, hogy ennek a koleszterin komponens csökkentésének alsó határa nincs (magyarul „túlcsökkenteni” nem lehet Ref.)

Sajnos az eddig ismert adatok azt bizonyítják, hogy mindezek ismerete nem hatott elég erősen a terápia





mindennapi gyakorlatában, mivel a rizikó-páciensek többsége messze van a kívánt optimális értékek elérésétől.

Hogy az optimális érték elérése minél sikeresebb legyen, javasolják az ezetimib/szimvasztatin kombinációt. Ezzel négy rizikó betegből háromnál, optimális lipid-profilot sikerült elérni. Az MSD új kombinált készítménye az INEGY (10 mg ezetimid és 10, 20, 40, valamint 80 mg szimvasztatin tartalmú tabletták formájában került forgalomba, Németországban, s valószínűleg a nem túl távoli jövőben itthon is hozzáférhető lesz Ref.) teljes mértékben kielégíti a fent leírt kívánalmakat. A kongresszus összefoglaló következtetése az volt, hogy az INEGY optimális készítménynek bizonyult s vele szignifikáns javulás érhető el a patológias lipid-profil korrekciója terén. Ez a különösen veszélyeztetett csoport kezelésében komoly fegyver a romlás és/ill. a szövödmények kialakulásának megelőzésében.

*Dr. Hidas István*

**AT-BLOKÁD OLYAN VÉRNYOMÁSBETEGEK ESETÉBEN, AKIKNEK KÍSÉRŐ BETEGSÉGE IS VAN. VAJON A SARTAN KÉSZÍTMÉNYEK HATÉKONYABBAK?**

*Claudia Viktoria Schwörer a Der Allgemeinarzt folyóirat részére készített összefoglalója az MSD 2007. novemberében, Bochumban rendezett konferencia előadásai alapján. Der Allgemeinarzt – 1/2008 (48)*

Az angiotenzin II. antagonisták szerek hatékony vérnyomás csökkentés mellett a kardiovaszkuláris mortalitást s a szövödmények kialakulását is jobban hátráltatják, mint a bétagátlók. Az első ilyen pozitív visszajelzés már 2002-ben a LIFE-program során is igazolást nyert, nagyszámú vérnyomásbeteg kezelése alapján. Sőt az is kiderült, hogy a kezelt csoportban kevesebb manifeszt cukorbeteg kórisméztek, mint bármilyen más kezelés során a

hasonló betegség miatt kezelték között. A kardiovaszkuláris és szénhidrát anyagcserére gyakorolt jó hatást a vizsgálat értékelés során azzal magyarázták, hogy a szer a zsírszövet anyagcseréjét is befolyásolja. A PPA - (peroxisome-proliferátor-aktivált)-receptor működése javul, aktivitása emelkedik. Ezt a folyamatot – egyébként – a glitazon is stimulálja, s ennek egyrészt hatása van az érrendszerre, valamint a zsírszövet anyagcseréjére, javítja a glukóz toleranciát és az inzulin aktivitását is.

A preklinikai megfigyelések arra utalnak, hogy a Losartan metabolitjai felelősek ezért a hatásért, s ez magyarázza a sartan vegyületek szénhidrát anyagcserére gyakorolt jó hatását.

Az anyagcsere folyamatok az angiotenzin II. koncentráció emelkedése folyamán a veseműködést is pozitívan befolyásolják, s ezeknek a változásoknak következtében a vese károsodások is javarészt megelőzhetők. Az adatok ezenkívül még azt is bizonyították, hogy a sartan készítmények a stroke veszélyét is csökkentik a vérnyomásváltozástól független mértékben.

*Dr. Hidas István*

**AZ EURÓPAI KARDIOLÓGIAI ÉS DIABETOLÓGIAI TÁRSASÁGOK IRÁNYVONALAI. MOST KÖZELEDNEK, AMIK ÖSSZETARTOZNAK**

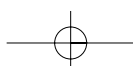
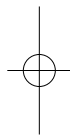
*Siegfried Eckert – Diabetes-Forum 1/2(2008) 34-39*

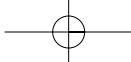
A tény, hogy a 2-es típusú cukorbetegségnek tartható nem új keletű megállapítás. Ez abból a tényből is bizonyosnak tekinthető, hogy ezt a betegcsoportot nagymértékben fenyegeti szív-érrendszeri szövödmény kialakulása. Sőt az is tény, hogy kétharmaduk ilyen szövödmény következtében huny el.

E tény ismerete vezetett ahhoz a felismeréshez, melynek alapján ma a koszorúér- és a cukor- betegséget nem tárgyalják külön. Hiszen jól is-

mert, hogy a 2-es típusú cukorbeteg egy sor rizikótényezővel sújtott, mint a vérnyomás-betegség, a dyslipidaemia, a károsodott endotel-funkció, gyulladáshoz vezető folyamatok és következményes plakk-képződés hajlam az erekben. A lefolyás és a kezelés eredményessége attól is függ, ki az első észlelő orvos, angiológus, agy diabetológus. Ugyanis, majdnem biztos, hogy mindegyik a saját terápiás protokollját részesíti előnyben. Még nem terjedt el a fel-fogás, hogy egy betegség két megjelenési formáját ismerték fel külön-külön. A felismert tény vezetett ahhoz, hogy a nemrég befejeződött „Duna-szimposium” alkalmával a két társaság (European Society of Cardiology és European association for the Study of Diabetes) közös irányvonalakat fogadott el. Ennek lényege, hogy a szív-érrendszeri és metabolikus kórképben megbetegedettek gyógyulási esélyét javítsák. Tkp. két betegcsoport érintett az irányvonalak meghatározta teendőkből, a koszorúér problémák és a szénhidrát anyagcsere zavarok miatt kezelést igénylők. Mindkét esetben kiderítendő, vagy kizárandó a gyakori kísérő betegség. Ennek gondozásba vételével a túlélési esélyük ugrásszerűen javul(hat). Ebben foglalható össze a Bécsben tartott kongresszusnak a mondandója. Éspedig: ha koszorúér betegség miatt kerül gondozásba bárki, a kardiológusnak a szokásos vizsgálatok mellett orális glukóz terhelést is kell végeznie, hogy kórismézhesse, vagy kizárhassa a kísérő anyagcserezavart. Ugyanez az eljárás, ha dyslipidaemiát, vagy a nyugalmi EKG-n ischaemiára utaló eltérést, vagy perifériás érbetegségre utaló bármilyen jelet

észlelünk. Ugyanez az eljárás, ha az anamnézisben dohányzás, vérnyomás-betegség, terhelő családi betegségtörténet, vagy a vizsgálat során mikroalbuminuria szerepel. A kivizsgálás során – különösen, ha terheléses EKG-t is csináltatunk – figyelembe kell vennünk, hogy a diabéteszes polineuropátia sokszor megakadályozza a megfelelő szív-





frekvencia elérését. Az echo-kardiográfia a balkamra megnagyob-  
bodását jelezheti, a boka-kar index  
segítségével (ha az index 0,9 alatti)  
pedig a még tünetmentes koszorúér  
betegsége utaló jelet nyerhetünk.  
Ezek segítségével csökkenthetjük a  
meglévő szív-érrendszeri szövőd-  
mény súlyosbodását, hiszen az idő-  
ben, még tünetmentesen megállapított  
baj kezelés sokkal nagyobb reménnyel  
kezelhető eredményesen, mint a már  
előrehaladott, fenyegető tünetekkel járó  
betegség.

*Dr. Hidas István*

### **BAJORORSZÁGBAN BIZTOSÍTÁSI „RENDSZERVÁLTÁS”? EDDIG A BIZTOSÍTÓK „KEGYELEMKENYERÉT” ETTÜK**

*Prof. Frank H. Mader (a  
folyóirat kiadója) Der  
Allgemeinarzt 3/2008 (3)*

Égészségben az erő! De vajon a  
hatalom is? Mindenesetre a bajor  
házi orvos társadalom (6200 orvos)  
képviselői egységesen léptek föl a  
Nürnbergben tartott „állampolgári”  
továbbképző konferencián. Eléged-  
etlenség, csalódás, kiábrándultság  
jellemzte az „előregedett”, után-  
pótlást nélkülöző, bajor házi orvos  
társadalom képviselőit. A rendez-  
vényen civil résztvevők is voltak, s  
egyikük megjegyezte „Nos, itt  
megszabadulhatnak terheiktől”.

A hozzászólók mind panasszal éltek,  
de volt bizakodó is, aki így szólt: „  
Másképpen intézzük, ha egyszer  
mienk lesz a hatalom”. A másik: „A  
biztosítók rabszolgáinak zsebében  
ökölbe szorított kezek lapulnak”,  
majd „A mai rendszer állami dikta-  
túra. Totalitárius intézkedések  
születnek”. A hozzászólásokat  
folyamatos taps, ováció, dobolás  
kísérte. A végszó szerint: „Most kell  
cselekednünk, amíg nem késő”. Az  
interneten érkezett hozzászólók  
többsége a házi orvosok részére 6-  
7000 Euró nettó bért követelt (=1,8-  
2,0 millió forint).

Sajnos a politika az egészségügyben  
sem befolyásolható és Berlinben

nem a keresztényszocialisták diri-  
gálnak. Az egészségügyi törvény  
július 1-vel történő megváltoztatása  
sem ad reményt a jobb jövőre. Pedig  
a bajorok mellett már a Baden-  
Württemberg tartomány házi orvosi  
is tiltakoznak. Itt az okos  
politizálás eredményeképpen elér-  
ték, hogy Hoppenhaler úr, a bajor  
házi orvosi szövetség elnöke, tárgya-  
lást javasolt a biztosítókkal a jobb  
megoldás elérése érdekében. A  
teljes szakítást nem tartják jó megol-  
dásnak.

A „nagy öreg” Dr. Ervin Liek, már  
1926-ban kijelentette: „inkább  
követ faragok, mint a biztosítók  
rabszolgakenyerét fogyasztom”. A  
fenyegetés nagy, mivel az egységes  
állásfoglalás mellett a bajor házi orvosi  
70%-a úgy nyilatkozott, ha a  
biztosító nem enged követeléseik-  
nek, szakítanak a rendszerrel.

*Ref.: Úgy tűnik mindenütt Európá-  
ban forrong a házi orvosi gárda. A  
biztosítók a jó üzlet reményében  
mindenütt egyformán lépnek, s ez –  
úgy tűnik – sehol nem az ellátók és  
az ellátandók javára történik.*

*Dr. Hidas István*

### **BAKTERIÁLIS TÜDŐGYULLADÁS, VAGY VÍRUSFERTŐZÉS? A BIOMARKER SEGÍTHET ELDÖNTENI**

*M. Angstwurm, J. Bogner – Der  
Allgemeinarzt 3/2008 (30-32)*

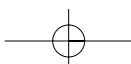
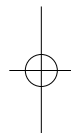
Az orvos-beteg találkozások 4%-a  
felsőlégúti tünetek miatt jön létre.  
Ezeknek 5%-a tüdőgyulladásnak  
bizonyul. Mégis az összes antibio-  
tikus kezelések részét légúti fertő-  
zések miatt kezdik. Hogy szükség  
van-e minden esetben ilyen gyógy-  
szerre, eldönthető a procalcitonin  
meghatározás segítségével.

Mindannyian tudjuk, hogy minél  
több antibiotikumot rendelünk, an-  
nál több rezisztens baktérium-  
törzset hozunk létre. A már imert  
mellékhatások száma is egyre több,  
s újként nemrég derült ki az ún.  
pseudomembránózus colitisz és az

anamnézisben előfordult antibio-  
tikum kezelés szoros kapcsolata.  
Többek között ezek miatt is fontos  
időben eldönteni, baktérium, vagy  
vírus-e a kórokozó.

Először leszögezendő, hogy a beteg  
életkora komolyan befolyásolja a  
tünetek jelentkezését és súlyossá-  
gát. Pl. 70 éves életkor fölött a  
típusosnak tartott hidegrázás, láz,  
szapora szív működés ritkán jelent-  
kezik első tünetként, ilyen betegség  
jelentkezésekor. Az egyéb tünetek,  
mint légszomj, köhögés is gyakran  
hiányoznak, sőt az elszíneződött  
köpet ürítése sem jellemző, viszont  
a köpetben kimutatható granuloci-  
ták már körjelzők lehetnek bakte-  
riális fertőzésre.

Fontos megjegyeznünk, hogy a  
tüdőgyulladások 20–30%-a atípu-  
sosnak minősíthető, mivel fizikális  
vizsgálattal alig találunk a kórképre  
utaló hallgatósági, kopogtatási jel-  
lemzőt. Ennek ellenére gyakran  
előfordul, hogy a fizikális tünetek  
alapján vagyunk kénytelenek kór-  
ismét megállapítani és antibiotikus  
kezelést elkezdeni. A biztos kórisme  
csak rtg. felvétel alapján mondható  
ki, de még így is egy sor tényező  
nehezítheti biztos diagnózis kimon-  
dását, mivel egy sor bizonytalanság  
fennállása, kísérő jelenségek nagyon  
megtévesztők lehetnek. A leírt ár-  
nyék eredete még mindig bizony-  
talan, különösen a fertőzés mily-  
ségére (baktérium, vírus, egyéb?)  
nem ad útmutatást. Ehhez ad nagy  
segítséget a procalcitonin (PCT)  
meghatározás. Valószínűleg a CRP  
szint is emelkedett ilyen esetben,  
de ezt a nem fertőző eredetű, esetleg  
másutt fennálló lobos folyamat  
jelenléte is megemeli, tehát nem  
tekinthető abszolút indikátornak. A  
PCT szint emelkedett marad tartó-  
san és a baktérium fertőzés súlyos-  
ságával párhuzamosan emelkedik,  
1000x-es, vagy akár 10.000x-es  
értékre. (Normális körülmények kö-  
zött meghatározott érték 0,01 g/l,  
ami súlyos fertőzés esetében  
8–10 g/l-re emelkedhet.). Ha nem  
végeztünk rtg. vizsgálatot, de a  
laborban 0,1 g/l PCT értéket talá-  
lunk, akármilyen súlyosnak ítéljük





kórképet, tüdőgyulladás fertőzéses úton történt kialakulása kizárható. Ha ilyen értéket mérünk bármilyen felsőszegűti hurut (asztmás hörgőhurut, COPD heveny fellángolása stb.) esetén, nyugodtan maradhatunk a tüneti terápia mellett.

*Összefoglalva:* emelkedett PCT érték, jellegzetes tünetekkel = bakteriális (típusos) pneumónia, s ugyanígy alacsony érték = atípusos pneumónia.

Sajnos az eddigi tapasztalatok alapján ennél a vizsgálatnál is óvatosnak kell lennünk, mert leírtak – igaz ritkán – hamis pozitív és/ill. negatív eredményt is. Ezért, ha a klinikai tünetek súlyos betegségre utalnak, kezdjünk antibiotikus kezelést alacsony PCT érték esetén is. A PCT-érték változása az antibiotikus terápia eredményességét, vagy eredménytelenségét is jelezheti. Ezért kóros érték emelkedése esetén a használt antibiotikumra rezisztens fertőzésre gyanakodhatunk, ilyenkor váltsunk antibiotikumot, vagy tenyésztéssel kíséreljük meghatározni a fertőző törzs antibiotikum érzékenységét.

*Dr. Hidas István*

### **CUKORBETEGSÉG SZÖVŐDMÉNYEI B VITAMIN HIÁNY MIATT**

*A Der Allgemeinarzt 3:2008 (50)-ben megjelent referátum alapján.*

A cukorbetegség következtében kialakult szövődmények kialakulásában a B vitaminhiány kulcs szerepet játszik. Egy brit közlemény (a szerző és az idézett folyóirat címe, száma nem szerepel a referátumban) a vér thiamin szintjét az egészségesek ¾-énél is kevesebbeknél találta. Az okot abban látták a szerzők, hogy az 1-es típusú cukorbeteg 24x, a 2-es típusúak 16x nagyobb renális thiamin kiválasztást produkálnak, mint az egészségesek. Párhuzamot vontak a csökkent thiamin-vérszint és a megnövekedett „oldható vaszkuláris adhéziós molekula” (sVCAM) jelenléte kö-

zött. Ez a molekula az arterioszklerózist előidéző endoteliális diszfunkció egyik legfontosabb markere.

Következésképpen azt vonták le, hogy a thiamin hiány kiegyenlítése csökkentheti a cukorbetegség okozta szövődmények megjelenésének veszélyét. Sajnos ez a veszély a B vitaminban gazdag táplálékkal egyedül nem valósulhat meg, ehelyett nagy adagban történő B-vitamin bevitelét javasolják. Ennek leghatékonyabb formája a zsírban oldódó származék, mint pl. a benfotiamin készítmény szedése. Néhány éve a szerző gondozott cukorbetegjei mind kaptak kiegészítő kezelésként ilyen készítményt, s ez a fent jelzett szövődmények megelőzésében, valamint a kialakult szövődmények kezelésében, sikeresnek bizonyult.

*Dr. Hidas István*

### **HEVENY FEJFÁJÁS. MIKOR JELENT ÉLETVESZÉLYT?**

*Tobias Brandt – Der Allgemeinarzt 1/2008 (6-8)*

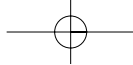
A hirtelen fellépő, kínzó, erős fejfájás esetén mindig gondoljunk életet veszélyeztető egészségkárosodásra. Ilyen lehet pl. agyi ér-katasztrófa (disszekció), vagy pl. szubarachnoideális vérzés. A jóindulatú fejfájásformáktól a részletes anamnézis segít elkülöníteni. Az olyan panasz esetén, melyet a beteg „robbanásszerűen kezdődött”, vagy „úgy érzem a nyakamnál, mintha késsel vagdosnák” kifejezéssel jellemez, mindig sürgősen képalkotó eljárással kell kezdenünk (CT!!!). Ugyanez vonatkozik, ha neurológiai kiesés tüneteit észleljük. Önmagában a fejfájás gyakori panasz háziiorvosi rendelésen. Ezért kell komolyan foglalkoznunk az elkülönítés lehetőségével. A kérdés mindig az, vajon banális, jóindulatú tünettől van dolgunk, vagy azonnal, intenzív diagnosztikai lépéseket tegyünk. Eldöntendő, az is, elsődleges, vagy másodlagos fejfájásról van szó. Az első csoportba – általában –

a „visszatérő” fejfájások tartoznak, amivel nem először fordul meg a panaszos orvosánál. Fontos a lefolyás, a lokalizáció és a fájdalom jellegzetességei (szaggató, nyomó, stb.), a tartama, az előfordulás gyakorisága és a kísérő tünetek. Mindig kérdezzük meg, mi váltotta ki (alkoholfogyasztás, gyógyszerek, „front-betörés” stb.), mit kapott eddig, mi szüntette, előzőekben milyen betegségek miatt állt kezelés alatt, volt-e balesete, fejsérülése stb. Vizsgálandó a vérnyomás, az általános állapot, arcszín (!!!), a szemek állapota, könnyezés, szemfenék, kötőhártyalob. A neurológiai státusz, pupilla aszimmetria, arc deformitás, afázia fennállása iránymutató lehet. Esetleges pszichiátriai tünetek, személyiségváltozás is segíthet a kórisme megállapításban. Ha legkisebb gyanúnk van szubarachnoideális vérzésre (hirtelen fellépő, nem szűnő, sőt esetleg fokozódó, jellegében megváltozott fájdalom, neurológiai tünetekkel, személyiség változással, mely esetleg egy koponya trauma után lép fel és még nyaki merevség is fennáll) olyan osztályra irányítsuk a beteget, ahol a pontos kórisme megállapítás és kezelés minden feltétele adott.

A „mennydörgés-szerű” fejfájás jelentkezése esetén mindig gondoljunk agyi aneurizma fennállására és annak szakadás-gyanújára. Ennek kizárása és/vagy megerősítése csak képalkotó diagnosztikus eljárás segítségével történhet.

A „jóindulatú” fejfájásformák, melyek – esetleg – szintén hirtelen lépnek fel (a Cluster-fejfájás, a hipertenzív-encefalopátia, a migrén) a részletes kórtörténet, az alapos fizikális vizsgálat és további (műszeres) vizsgálatok segítségével könnyen elkülöníthetők.

Előfordulhat makacs, a nyakra lokalizálódó, szaggató fájdalom, melyet az agyi artériás rendszer ereiből egynek a repedése okozhat. Hasonló tünetekkel jelentkezik a sinusvéna rögösödés, melyet néha CT vizsgálat sem derít ki, ilyen esetben az MR-angiográfia segít. Hasonló tünetekkel jelentkezik, bár inkább



féloldali, gyakran a homlokra lokalizálódó fejfájást és ún. Horner-szindrómát (miosis, ptosis, enophthalmus) okozhat a fej-nyak határán kialakuló artériás disszekció. Ennek lefolyása – akár hetekig is elhúzódván – komoly diagnosztikus feladatot jelenthet még jól felkészült szakorvosgárdának is.

*Dr. Hidas István*

### HOGYAN MONDHATUNK NEMET MEGGYŐZŐDÉSÜNK ALAPJÁN?

*Ute Jürgens – Der Allgemeinarzt 1:18-20(2008)*

Az orvosok és minden egészségügyi ellátásban foglalkoztatott igyekszik a panaszos minden kívánságának megfelelni. Ez valószínűleg akkor is így van, ha majdnem lehetetlent kérnek. Többségében félelemmel mondunk NEM-et.

Pedig gyakran nyereség, ha képesek vagyunk NEM-et mondani, hiszen jut másra időnk, energiánk. Gyakran a helyesen megítélt elutasítás kedvezőbb a betegnek, mintha ímmel-ámmal hozzákezdünk a probléma megoldásának. Így lehet ez olyan beteg esetében, aki a kórházi beutalást „wellness” kúrának gondolja, végre gond nélkül, orvosi felügyelet mellett pihenheti ki magát. Ilyen esetben ajánlott az esetleges előző kúrák eredményét (eredménytelenségét?) említeni, hogy nyugodtan elutasíthassuk a kérést.

Fontos, hogy ilyen esetben is mindig barátságos hangon magyarázzuk meg, milyen okból történt ez a döntés. Megértve a beteg kívánságát, megkísérelhetjük megértetni vele, mi indokolja az elutasítást, fontos, hogy mi magunk is meggyőződjünk igazunkról. Ilyen esetben könnyebb az érvelés, s az elutasítás – különösen a további vizsgálatok felajánlása révén – sem lesz bántó. Az is segíthet, ha alaposan mérlegelve a lehetőségeket pontról, pontra bizonyítjuk, hogy a kívánság itt és most, a meglévő lehetőségek mellett nem teljesíthető. S ez nem rajtunk múlik. Fontos, hogy a panaszost „hagyjuk

kibeszélni”, mivel ez önmagában „gyógyír” lehet. A „beszédese” páciens felé mindig konkrét, könnyen és röviden megválaszolható kérdést tegyünk föl, ami érdeklődésünket és a megoldás vágyát tükrözi. Mindig megértőnek, segítőkésznek kell mutatkoznunk, ez a panaszos számára önmagában is sokat jelent, s megkönnyíti az elutasító válasz földolgozását.

Megnehezítheti az elutasítást, ha a beteg indokai között ilyen kitételek szerepelnek: „Biztos, hogy ez nem jelenthet Önnek problémát”, vagy „Hiszen már olyan régen ismerjük egymást” és „Most az egyszer ne hagyjon cserben” stb.

De azért nagyon figyeljünk oda, mert ha végül is engedünk az ostromnak, magunknak készítünk – sokszor nagyon kellemetlen, sok utánjárást igénylő – feladatokat, ezért inkább maradjunk erősek, következetesek.

*Ref.: A cikket érdekesnek és a problémát – mindannyiunk által ismert és nem szeretett formája miatt – fontosnak ítéltém. Ez indokolta a referátum megírását és közlését.*

*Dr. Hidas István*

### HOGYAN OSSZUK BE A SZÉDÜLÉSFORMÁKAT? HÁZIORVOSI SZEMPONTOK

*Fritz Meyer – Der Allgemeinarzt 2:14-16 (2008).*

A szédülés – különösen idős betegek között – gyakran előforduló panasz. A háziorvos számára a legfontosabb teendő, eldönteni: vajon szervi, egyirányú a szédülés, ez általában vesztibuláris eredetre utal, vagy nem organikus eredetű, változó jellegű a panasz. Ez utóbbinak sokféle kóroka lehet. A kísérő nystagmus a kórok felderítése szempontjából, külön jelentőséggel bír. A nem organikus eredet a gyakoribb, ez okozza a háziorvosnak a legtöbb problémát, mind a kórisme megállapítás, mind a kezelés szempontjából. Az organikus – többségében vesztibuláris – eredetű szédülést, majd mindig kíséri nystag-

mus. Ez általában a normális – többségében a vonaton történő utazásnál megfigyelhető – nystagmus kópiája. A kóros nystagmus a vestibulo-okuláris reflex afferens és efferens rostjainak válasza a megromlott működésre. Ezzel kísérli meg kijavítani a központi idegrendszer a központi optikai rendszer hibáját. A kóros mozgást az érintett nem is észleli. Ebben az esetben – általában – horizontális mozgást figyelhetünk meg, itt-ott észlelhető rotátoros „beütés” kísértében.

A központi idegrendszer eredetű panaszt majd mindig kísérik neurológiai tünetek is (pl. nyelészavar). Ennek megítélése az elkerülhető súlyosabb lefolyás megelőzésében fontos lehet.

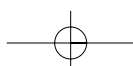
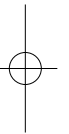
A teendőket mindig a kísérő tünetek határozzák meg, hiszen pl. kezdődő dekompenzáció az agyi keringés zavarát provokálva, előidézhet ilyen tünetet, ez indokolhatja a kórházi beutalást. Ugyanakkor, ha a pontos anamnézis és a fizikális vizsgálat alapján „benignus, paroxizmális, helyváltoztatással összefüggő” szédülést kórismézünk, elegendő a tüneti kezelés, a felvilágosítás, ami az „öngyógyítás” lehetőségét is megteremti. Egy esetismertetés igazolja is a leírtakat.

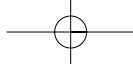
*Dr. Hidas István*

### HOGYAN OSZTÁLYOZZUK A SZÉDÜLÉST? AZ IDEGGYÓGYÁSZ TANÁCSAI

*Michael Fetter – Der Allgemeinarzt 2/2008 (10-13)*

Az utolsó években javult a szédülés diagnosztizálásának lehetősége. Az egyensúly-szerv kóros szerepe – általában – egyszerűen, a betegágy mellett elvégezhető vizsgálatokkal tisztázható. Sőt sok szédülésforma eredete már az anamnézis pontos kikérdezése során tisztázható. S ez a kezelés mikéntjét is meghatározza. Az anamnesztikus adatok közül fontosak: a szédülés jellege, időtartama, a kiváltó tényező és a kísérő tünetek. Legelőször tisztázandó vesztibuláris, vagy nem ilyen eredetű a panasz. Az





előző mindig egyirányú, lehet forgó és lineáris jellegű. A proprioceptív eredetű szédülés neuropátiákra jellemző, járásbizonytalanság kíséri, időskorban más jellegű szédüléssel együtt fordul elő.

Az időtartam segít a kórok megállapításában, a visszatérő, rövid ideig fennálló és a hosszabb időtartamú, azonos helyzetben jelentkező szédülés differenciál diagnosztikus jelentőséggel bír. Itt a banális elváltozás (otolith, ortosztikus eredet, familiáris epizodikus ataxia) és komoly, organikus kórok (labirintisztula, paroxizmális agytörzsi rohamok, vesztibuláris epilepszia) egyaránt előfordulhat. A hosszabb ideig tartó szédülések Menière tünetcsoport esetében, TIA és agyalapi migrén következtében jelentkeznek leggyakrabban. A napokig, hetekig tartó szédülés pedig neuropathia vestibularis és labirintitis fennállásakor fordul elő.

A szédülést panaszoló beteg vizsgálatakor elsősorban a központi idegrendszert érintő, rutin, ideggyógyászati vizsgálatokkal kell indulnunk. Reflex és más funkciókárosodások lehetnek iránymutatók. Nystagmus is előfordul, labirintus funkció kiesésekor az érintett oldal felé irányuló szemmozgást figyelhetünk meg. A vesztibuláris eredetű szédülést kezdetben fáradékonyság, hányinger is kísérheti. A fejtartás mindig jelzésértékű, mivel az érintett oldalt lefelé fordítja a beteg. Érdemes számon tartani, hogy a labirintus működés kiesése horizontális-rotációs nystagmust provokál az érintett oldalon. Ha ilyen tünetet nem észlelünk, gyors, oldalirányú fejmozgatással előidézhetjük a jelzés értékű szemmozgásokat.

A jóindulatú, testhelyzetváltozással összefüggő szédüléseket a háziorvosi rendelőben is kórismézhetjük, majd minden esetben. Mint már előzőekben említésre került, a részletes, célzott kórtörténet a legfontosabb differenciál-diagnosztikai tényező, s a fizikális – minden orvos által elvégezhető – vizsgálat, az esetek többségében segít a további teendők meghatározásában. Ha mégis kétely

merül föl, az esetek többségében, ideggyógyász, vagy fül-orr-gégész segítségével elegendőnek bizonyul. Műszeres vizsgálatra ritka esetben kerül sor, de ezek – általában – ambuláns módon intézhetők.

*Dr. Hidas István*

### **IDŐSKORÚAK ONKOLÓGIAI SZŰRÉSE. MIT AJÁNLHATUNK SZÁMUKRA?**

*Gerald F. Kolb – Der  
Allgemeinarzt 3:40-43 (2008)*

A „nagy hármas” az emlő, a prosztata és a vastagbélrák a leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganatok világszerte. A szűrővizsgálatok célja a korai kórisme, s ennek segítségével teljes gyógyulás, vagy legalább hosszú tünetmentes periódus elérése minden betegnél. Fontos eldöntenünk, mit nyerünk. Ha a várható élettartam nem hosszabb, mint amit egy heroikus diagnosztikus és terápiás beavatkozással nyerhetünk, meggondolandó már az első szűrővizsgálati lépés is. Természetesnek tekinthető, hogy 85 éves korban nem indikálunk szűrővizsgálatot egy beteg esetében sem. Ebben a korban az egészségesen megnyerhető plusz életevek elhanyagolhatónak tekinthetők.

A bevezetőben említett „nagy hármas” az idősebb korra leginkább jellemző daganattípusok. A mellrák előfordulási gyakorisága az életkorral párhuzamosan növekszik, de a kezelt (műtött) daganatok recidívája hasonló párhuzamossággal csökken. Ugyanis a nagy statisztikák szerint 31-40 éves korban az újra jelentkezés előfordulási gyakorisága 35% körül van, de 70 év fölött az 1%-ot is alig haladja meg. Időskorban a mammográfiás szűrővizsgálaton résztvevő betegek száma is jelentősen csökken, 70 év fölött már csupán minden negyedik nő jelentkezik szűrővizsgálatra. A szűrővizsgálati aktivitás csökkenő száma azért is szomorú tény, mert ebben a korban felfedezett rosszindulatú emlő daganat gyógyulási esélye sokkal jobb, mint fiatalabb korban. Az is fontos tény, hogy a

mammográfiás szűréssel kórismézett daganat az átlagnál is jobb gyógyulási esélyt biztosít, mivel ezzel a diagnosztikus módszerrel, sokkal korábbi stádiumban kórismézhető és így időben kezelésbe vehető a kór. További előny, a kis daganat műtete nem igényel totális ablációt, csupán rezekcióval is jó eredményt érhetünk el. Javaslatuk: minden szűrővizsgálat szervezése úgy történjék, hogy az, 60 éves korban ne fejeződjék be.

A prosztatarák szűrővizsgálata egy sor egyéb szempontot is fölvet. Korai PSA-szűrés lehetővé tesz (tehet) korai, tünet- és panaszmentes állapotban történő kórisme megállapítását. Fontos azonban, hogy ne essünk abba a hibába, ami a „watchfull waiting”, a várakozás mellett történő folyamatos megfigyelés mellett előfordulhat, éspedig az, hogy ezen a módon a disszeminált csontmetasztázisok kialakulását készítjük elő. Az azonnali radikális prosztatektómia viszont inkontinenciát és erekciós zavarokat okoz(hat). A korai, intenzív terápia, a lehetséges és szükséges beavatkozások egyensúlyát jelenti. A végleges döntést, a megfelelő felvilágosítás után, optimális esetben a beteg hozza (hozhhatja) meg. Sajnos az eredményt illetően jóslásba nem bocsátkozhatunk. Mindenesetre egy dolgot leszögezhetünk, 50 év fölött minden férfi betegnél évente RDV-t és PSA-szűrést végeztessünk.

A kolorektális rák szűrésében evidencia: a rendszeresen végzett hemokult-teszt szigmoidoszkópiával kombinálva egyértelműen befolyásolja a vastagbél rosszindulatú daganatok okozta halálozási mutatók javulását. Magyarul, sokkal nagyobb eséllyel kórismézhetjük még operábilis állapotban ezt a betegséget. Ezt a szűrővizsgálati módot 50 éves korban illik elkezdni és csak 80 éves kor felett hagyjuk abba. A műtéti megoldás tkp nem korfüggő, mert még magas életkorban is jó eredmény érhető el vele. Tényként azonban leszögezhető, hogy ennek a betegségnek az előfordulása a kor előrehaladtával párhuzamosan ritkul.

*Dr. Hidas István*

