

A WONCA-EUROPE REGIONÁLIS KONFERENCIÁJA 2009. SZEPT. 16–19. BASEL

A jövő évben az WONCA európai szervezete Baselben rendezi éves kongresszusát. A rendezés a az Általános Orvosok Svájci Egyesülete (SSMG-SGAM) feladata, Basel Kongresszusi Központjában. A kongresszus időpontja 2009. szeptember 16–19.

Téma: Az általános orvoslás művésze – hogyan lássuk el a rászorulókat a bizonytalan helyzetekben?

A rendező bizottság vezetője: Dr. Bruno Kissling Chair Host Organizing Committee Swiss Society of General Medicine SSMG/SGAM Elfenauweg 6. CH-3006 BERN

Tel.: 0041352 48 50

Fax.: 0041 352 28 84

Web: www.woncaeuropa2009.org

Az első előzetes információt fontosnak tartom időben közölni, akit érdekel már most számoljon az időpont ismeretében a lehetőséggel.

A jövő évi kongresszusi tervek is könnyebben tervezhetők, ne legyen probléma, ha valakinek sikerül kijutnia, mivel az őszi rendezvénydömping keresztülhúzhatja a részvételi lehetőséget.

Dr. Hidas István

VÉRCUKOKR ELLENŐRZÉS, ÚJ STANDARDOK

A www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

<<http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/>>
honlapról.

A Német Cukorbeteg Társaság átvette a nemzetközi szervezet ajánlását, mely standardizálta a HbA^{1c} meghatározást. A változtatást azért tartották fontosnak, mivel a vércukor és HbA^{1c} értékek, melyeket

különböző módszerekkel határoztak meg, nem összehasonlíthatók, azaz tudományos feldolgozásban értékelhetetlenek.

A laboratóriumok eddig az Amerikai Klinikai Kémia Szövetsége által javasolt módszerrel a HbA^{1c} értékét, mint az összhemoglobinban előforduló százalékos arányt határozták meg. Az új referencia módszer, melyet a Nemzetközi Klinikai-Kémia Szövetsége vezetett be, a nemzetközi mértékegység (mmol/mol) meghatározásával objektív adatot nyert. Az átszámítás, az eddig alkalmazott módon nyert százalékból egyszerű módon, egy képlet segítségével történik. Jelenleg folyik egy vizsgálat (A¹-Derived Average Glucose Study) mellyel azt állapítják meg, milyen átlagos vércukor értékek, milyen HbA^{1c} értékeknek felelnek meg. A vércukor értéket miligram pro deciliterben határozzák meg, s ennek ismeretében a HbA^{1c} érték kiszámítható. Ezek alapján a saját ellenőrző mérései segítségével minden cukorbeteg ellenőrizheti (majd!) vajon rendbe van-e a szénhidrát anyagcseréje.

Dr. Hidas István

KLIMAKTERIÁLIS PANASZOK. VAJON VAN-E A HORMON KEZELÉSEN KÍVÜL MÁS KEZELÉSI ALTERNATÍVA?

*Dolores Foth – Der
Allgemeinarzt 15:6-8 (2008)*

Az egyénre szabott hormonkezelés – ösztrogén és/vagy ösztrogén/gesztagen pótlás – ma a leghatékonyabb kezelési mód a klimakteriális panaszok (hőhullám, izzadás, fejfájás) enyhítésére. Aklimax-szal együtt járó hőhullám, izzadás megszüntetése hormon-kezeléssel, sok esetben elutasításra kerül, ezért kerestek más kezelési módot a panaszok csökkentésére.

A kezelést gyakran étel kiegészítővel, vagy más – recept nélkül kapható – növényi kivonatokkal kísé-

relték meg. A – főleg növényi eredetű – gyógyhatású szerek (orbáncfű, ginkgo, ginseng-gyökér) és E-vitamin is gyakran csökkentik a kínzó tüneteket. Az alapos vizsgálatok ezekben a hatásosnak talált kivonatokban gyakran kimutattak növényi eredetű ún. „phyto-ösztrogéneket” és izoflavonokat, ami a hatásukat magyarázza.

A későbbiekben enyhe klimakteriális panaszok esetén bármilyen izoflavon készítmény alkalmazása is szóba került, de az bebizonyosodott, hogy csak enyhe panaszok esetén hatásos. Az minden esetben kiderült, hogy a hatás kialakulása négy-hat hét után várható csupán, ezért csak akkor érdemes ezekkel a kezelési módokkal kísérletezni, ha hosszabb orvos-beteg kapcsolat alapján ezt a hosszú kísérleti periódust is vállalja a panaszos.

E-vitamin majd az utóbbi időben a szerotonin-reuptake-inhibitor szerekkel végzett placebo-kontrollált vizsgálat ezeknek a szereknek hatékonyságát is bizonyították.

A vazomotor jelenségek csökkentése gabapentin-nel is sikeres volt. Levonható következtetés: enyhe panaszok és a panaszos külön kérése esetén, ha a hormonkezelést teljesen elutasítja, ezek a szerek minden esetben megkísérélhetők. Olyan mellékhatás, mely az alkalmazást ellenjavallná, eddig nem került megállapításra.

Dr. Hidas István

A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉG KEZELÉSE. NE CSAK A VÉRCUKOR SZINT LEGYEN FONTOS

*Matthias Frank – Der
Allgemeinarzt 14:34-39 (2008)*

A nemzetközi diabetes-társaság normatívája alapján a jól beállított cukorbeteg éhgyomri vércukra 100 mg/dl (5,5 mmol/l) étkezés után 140 mg/dl (7,8 mmol/l) a HbA^{1c} érték kevesebb, mint 6,5%.. A kezelési

stratégia nagy változáson ment keresztül, hiszen ma már nemcsak a vércukor értéket tekintik fontosnak, hanem egyéb paramétereket is. Ezek közül a legfontosabbak a vérnyomás, a vérzsírok, a testsúly, a compliance, a családi kórtörténet stb.

Leszögezhető, hogy a legfontosabb veszélyeztető tényező a testsúlytöbblet. Ez világszerte probléma, mivel nő a túlsúlyos népesség aránya s ezzel párhuzamosan a metabolikus tünet-együttes előfordulási gyakorisága. Az INTERHEART tanulmány szerint a hasi kövérség akár 4–5-szörös veszélyt jelent szívizominfarktus vonatkozásában. Ez a veszély cukorbetegség esetén „csupán” 4,2-szeres.

A hosszú éveken át megfigyelt paraméterek alapján cukorbetegség veszélye nyilvánvaló, ha a haskörfogat meghaladja a 102 (férfiak esetében) és/ill. a 88 cm-t (nők esetében) a vérnyomás magasabb, mint 140/80 Hgmm, emelkedett vér-lipid értékek és 90 mg/dl (5 mmol/l) feletti az éhomi vércukor érték is van az eddigi vizsgálatok adatai között.

A kezelésre vonatkozó ajánlás a nemzetközi cukorbeteg társaság honlapján a következő: már 5,5 mmol/l éhomi vércukorérték esetén az inzulin rezisztencia és/ill. az inzulin elválasztás csökkent volta miatt kezelésre van szüksége minden cukorbeteg jelöltnek. A kezelést olyan szerrel kezdjük, melynél ritka a hypoglykaemiás komplikáció és hatása nem függ az étkezések számától, minőségétől. A kezelés elméleti fölkészítését fontosnak tartják, különösen az étkezések gyakorisága, minősége, a hirtelen jelentkező hypoglykaemiás rosszulletek jelei, mi a teendő ilyen esetben, ezen kívül a vércukor ellenőrzések értékelése is szerepel minden esetben a képzés során.

A szív-érrendszeri szövődmények halmozódása volt az egyik csoport jellemzője, a másik csoportban csupán a szénhidrát anyagcsere szerepelt javítandó célként. Mindkét csoportban – összehasonlítva az eddigi eredményekkel – a szövöd-

mények jelentkezése és a halálozás jelentősen kisebb volt, mint az eddig tapasztaltak. Az első csoport jelentősen nagyobb számú hyoglykaemiás rosszulletet „produkált”, mivel itt a gyors HbA^{1c} „normalizálás” volt a cél. Ezért ezt a csoportot hamar váltották át a második megfigyelt csoportra, melyben a fokozatos csökkentés volt a cél. Az eredmény, diéta, glitazon és metformin kezelés segítségével gyorsan elérhető volt. A lassú csökkenés, hat havonta 0,5%-ot jelentett. Ez mindkét vizsgált csoportban szignifikánsan alacsonyabb halálozási arányt eredményezett. A cél – 7% alatti HbA^{1c} érték elérése – mindkét esetben sikeres volt.

A nem gyógyszeres beavatkozás – a testsúly ellenőrzés, ballaszt anyagok fogyasztása, rendszeres ellenőrzés – melyet a javasolt gyógyszerek tovább javítottak, a diétával elért lipid szint csökkenés mind hozzájárultak az eredmény eléréséhez. Az egészségnevelés következő lépése a rendszeres mozgás, mellyel még testsúlycsökkenést is sikerült minden esetben elérniük. Ez a mozgókészség javítása mellett még az inzulin érzékenységet is javította. A gyógyszeres kezelés Acarbose (napi 3x50 mg) kiegészítéssel még eredményesebbnek bizonyult, emellett – szükség esetén – a rövid hatékonyságú inzulin készítmények adása is segített. A diéta, az életmód változás, a szoros ellenőrzés mind egy irányban hatottak, s remélhetőleg mindez segít az eredményes kezelés megválasztásában.

Dr. Hidas István

KÖHÖGŐ GYERMEK KÓRISMÉZÉSE. HÁROM HÉT UTÁN JÁRJ UTÁNA

*Tobiás Ankermann – Der
Allgemeinarzt 17: 6-10 (2008)*

Gyermekkorban a köhögés – általában – heveny hűlés, felső légúti hurut tünete. Ha azonban akár magas láz, elesettség, vagy stridor kíséri, esetleg hosszabb ideje áll fenn, mint három hét, részletes

vizsgálat ajánlott az ok kiderítésére. A kezelést – természetesen – a betegség jellege, súlyossága szabja meg.

Csecsemőkorban egy hónapos korig nem rendelkezik köhögési reflexszel, ez csak ezalatt/ezután fejlődik ki. A köhögés, gyermekkorban emellett leggyakoribb ok, ami orvoshoz vezet a szülőt. A köhögés időtartama szerint rövid (három hét, vagy rövidebb ideig tartó), elnyúlt (3–8 hét) és krónikus (ennél hosszabb ideig fennálló) köhögésről szólhatunk.

Kisgyermekkorban mindig gondoljuk idegentest aspirációra is, különösen akkor, ha minden előzmény nélkül köhög az addig tünet és panaszmentes gyermek. A kísérő tünetek utalhatnak az eredetre, pl. koncentrációt igénylő tevékenység során jelentkező tünet, majdnem biztosan pszichogén tünet. Ha azonban különösebb előzmény nélkül hosszú köhögő periódus derül ki, részletes vizsgálatok szükségesek, sőt speciális gyermek-pulmonológus konzíliumát is ajánljuk a kórisme tisztázására.

Mivel kezeljük? A szerző véleménye szerint minden ma használt antitusszívum („kanalas orvosság”) tkp. placebo effektivitással bír csupán. Ezért a terápia a kórok függvénye kell, legyen. Törekednünk kell minél pontosabb kórok megállapításra, hogy eredményesen kezelhesük a panaszt. Amerikában végzett kísérlet egyértelműen bizonyította, hogy egy-két kanál méz naponta ugyanolyan hatásos volt, mint a gyári, vagy magisztrális köptetők bármelyike. A – hazánkban is használt – köptetők rendelkeznek valamelyest erélyesebb nyálaztató hatással, de tudományosan bizonyítható köhögés csillapító szerepük kérdéses.

Abban az esetben, ha a köhögés mind a beteg, mind családja vonatkozásában olyan irritáló, vagy ingerlő hatású, hogy a gyógyulást is hátráltatja, természetesen köhögés csillapító szert adhatunk. Ezek leghatékonyabb formája az opiátok körébe sorolható codein (adagja

max. 0,2 mg/tskg 4–8 óránként), a dextromethorpan (2,5–7,5 mg hat óránként) és a noscapin (csak 2 éves kor fölött, 7,5–15 mg négy óránként)

De minden köhögéscsillapító csak 2 éves kor felett ajánlható nyugodt lelkiismerettel, mert a mellékhatás profil néha rosszabb eredménnyel fenyeget, mint az alapbetegség okozta köhögés elviselése.

Dr. Hidas István

A NEUROPÁTIÁS FÁJDALOM. MILYEN SZEREPE VAN A KEZELÉSBEN A PLACÉBÓ HATÁSNAK?

Ralf Baron – A neuropátiás fájdalom – A válasz meghatározása. 12. Fájdalom - Világkongresszus a Pfizer Rt. rendezésében, Glasgow-ban elhangzott előadás

A valódi neuropátiás fájdalom miatt kezelést igénylő betegek csupán 30–40%-a reagál a ma szokásos antidepresszáns és/ill. antiepileptikumokkal folytatott kezelésre igazán jól. A másik érdekes tapasztalati tény: a placébó csoport eredményessége gyakran meghaladja a gyógyszer-hatékonyságot. Ezt az eredményességet egyénenként változó mértékben figyelhetjük meg. Függ az anamnézistól, a genetikus háttértől, a kísérő betegségektől, az agy szerkezetétől és működési képességétől. Ezek, bizonyos tesztvizsgálatokkal megjósolhatók, de biztos eredmény csupán a kezelés folyamán derül ki.

Az eredményesség megítélése a minden esetben fennálló placébó-effektus miatt nehézkes, a valódi farmakodinámiás hatás ezért nehezen objektíválható.

Mindenesetre a gyógyszerhatás értékelését meg kell, előzze a betegcsoport pontos meghatározása, az előzmények és az eddigi kezelési kísérletek eredménye. Ezen kívül, fontos az eredmények és a betegek elvárása közötti összefüggés és különbség pontosítása is.

Mindezek figyelembevételével

is előfordul, hogy a betegcsoport összetétele, előzménye, eddigi kezelése alapján az eredmények értékelése nem lesz (nem lehet) pontos, de a gyógyszer alkalmazását ez a tény nem ellenjavallja.

Dr. Hidas István

AZ IMMUNREBDSZER ÉS A ROSSZINDULATÚ DAGANATOK

Szerkesztőségi közlemény, Science 321:974 (2008).

Géntekológiával „előállított” antitestek alkalmazásáról számoltak be német orvosok a rosszindulatú vérképző rendszeri betegségek kezelésében. Az első kísérleteket, non-Hodgkin limfóma miatt eddig eredménytelenül kezelt betegek kezelése során végezték. A kezelt 11 beteg közül hét esetben eredményesnek bizonyult az antitest-kezelés, mivel hosszú tünetmentes szakaszt sikerült náluk elérni. Az elmélet szerint, melyet a kezelés értékelése során bizonyítottak találtak, az antitestek a T-limfocitákat segítik a ráksejtek elleni küzdelemben, mégpedig úgy, hogy egy immunológiai szinapszist indukálnak és ezúton a ráksejtek programozott sejthalálát váltják ki. A szinapszis során a tumor sejtek és a T-limfociták között olyan kapcsolat jön léte, amelyben a T-sejtek citotoxikus proteineket közvetítenek a daganatsejtekbe, s ez apoptózist okozva elpusztítja azt. A gyógyító folyamat tkp. öngyógyítás, mert a saját immunrendszer aktiválása vezet a gyógyuláshoz.

Ezt a gyógyító folyamatot eddig München, Würzburg, Essen, Ulm és Mainz orvos- egyetemének klinikáin használták eredményesen.

Dr. Hidas István

AZ OPTIMÁLIS ASZTMA-„KARBANTARTÁS”

A Münchenben zajlott kongresszus „Asztma-szimpózium”-a megállapításai a www.asthmakontrolltest.de honlap alapján, Stefan Lummer összefoglalója

Az asztma egy idült, légzőszervi betegség, amely minden ebben megbetegedettet alaposan gátol mozgásában, azaz az életminőségét rontja. A kongresszuson elhangzottak alapján egyértelmű, hogy mód van rá, hogy az esetek többségében ezt kezeléssel megváltoztassuk.

A cél: a rohamokat előzzük meg, a tüneteket folyamatosan javítva, közel normális légzésfunkciót érjünk el. Érdekes, hogy ez a cél, ma még, nem minden orvos és asztmás beteg elsőrendű céljaként fogalmazódik meg. A vizsgálat alapján megállapítása került, hogy jelenleg az asztma-betegek mintegy 85%-át a tünetek, panaszok hátráltatják a fizikai munkában. A szimpóziumon elhangzott értékelés, mely a GOAL (Gainig Optimal Asthma Control) tanulmány eredményeire támaszkodott, egyértelműen bizonyította, hogy a betegek megfelelően megválasztott kezelési stratégiával, panaszmentesen, terhelhetően, ellenőrzés alatt tarthatók.

3421 asztma-beteg kezelését értékelték, s megállapították, hogy inhalációs szteroid (Flucitazon) és elnyújtott hatású β^2 -mimetikum (Salmeterol) együttes alkalmazása mellett a vizsgáltak fele teljesen panasz és tünetmentes volt, közel féléves megfigyelési szakasz idején. Azt is megállapították, hogy a kombinált terápia sokkal hatékonyabb, mint a szteroid-inhalációs szer egyedüli alkalmazása. Az értékelést az eddig is alkalmazott kérdőív alapján végezték, melyet mind a kezelőorvossal, mind a betegekkel kitöltettek.

Dr. Hidas István

FOGAMZÁSGÁTLÁS FIATALKORÚAK ESETÉBEN

Sabine Anthuber – Der Allgemeinarzt 15: 10-13 (2008)

Németországban gyakori a teenage-erek között a nem kívánt terhesség. Évente átlag 7500 szülést és kb. ugyanennyi terhesség megszakítást regisztrálnak a statisztikák. S legszomorúbb tény, hogy az érintettek 0,5%-a fiatalabb 15 évesnél. Az ok

a korán és felvilágosítás nélkül elkezdett nemi kapcsolat, hiszen a kérdőíves felmérés tanúsítja, hogy a 16 éves lányok kétharmada, a fiúk 60%-a már túl van az első próbálkozáson.

Szomorú tény az is, hogy a szülők egyáltalán nem, vagy meglehetősen hiányosan tájékozottak gyermekeik „felvilágosultságáról”. Az, mindenestre a kérdőívekre adott válaszokból kiderült, hogy a leányok 43%-a az édesanyák 67%-a van csupán tisztában a fogamzásgátlás pontos lehetőségeivel. Ugyancsak kérdőíves tájékozódás során tisztázódott, hogy a 14 és 19 év közötti leányok 55%-a orális fogamzásgátlót szed. Ennek a fogamzásgátlás mellett vannak pozitív „mellékhatásai”, csökken az acne-k, a seb-orrhoeás dermatitisek, sőt a policisztás petefészek elváltozások és a dysmenorrhoeák gyakorisága is.

Gyakori a félelem az elhízástól. Általános a hiedelem, hogy a fogamzásgátlók testsúly-növekedést okoznak, nos a megfigyelés azt az eredményt hozta, hogy mind a fogamzásgátlót szedők, mind a nem szedők csoportjában a megfigyelés időtartama alatt átlagosan 5 kg testsúlynövekedés volt. Azt mindenesetre leszögezi a szerző, hogy a fiatalok esetében a választandó szer alacsony hormontartamú legyen. Kétségtelen a trombózis hajlam növekszik, ezért erre külön figyelniük kell, de ennek megelőzése céljából szünetet tartani, értelmetlen, mivel csupán három hónapos szünet után érhető el az eredeti, csökkent veszélyeztetettség. A csontanyagcserére gyakorolt hatás nehezen ítélnélhető meg, mivel minden esetben a kiindulási helyzet alapján dönthető el csupán, ártott-e, vagy nem. Az egyéni különbségek az étkezés a fizikai aktivitás, az örökölt hajlam stb. legalább olyan fontosak e tekintetben, mint a gyógyszer mellékhatása.

Az eddigi tapasztalatok alapján azonban a fiatalok leányok fogamzásgátlására a leginkább ajánlható módszer az alacsony hormontartalmú tabletták, esetleg a condom. Az intrauterin pesszárium, vagy a több cik-

lusra is kidolgozott hosszú távú (háromhavonta beadandó depot-injekció) hormonkezelés, mellékhatásai miatt csak felnőtt korú, már szült nőknél alkalmazható módszer.

Dr. Hidas István

MI TÖRTÉNT A POLYPILLEL?

G. Watts - Medscape Top 10: 2008. 11. 03 (BMJ_ből)

A kardiovaszkuláris betegség megelőzésében az összes összetevőt együtt tartalmazó tabletták ideális megoldásnak tűnt, de első felvetése óta nem sok haladás történt. Miért? Amikor N. Wald a londoni Wolfson Intézet igazgatója és M. Law elkezdtek hirdetni azt a felvetésüket, hogy a sztatint, aspirint, háromféle vérnyomáscsökkentőt és folsavat tartalmazó profilaktikumot minden 55 év feletti személynek adni kellene, és ezzel a szívattakok és stroke 80%-a megelőzhető igen nagy kíváncsiság fogadta a felvetést. Az volt a vélemény, hogy semmilyen profilaxis nem ilyen hatékony, és ezzel a nyugati világ népbetegségének előfordulási gyakorisága csökkenthető.

5 év múltán azonban alig történtek vizsgálatok ennek bizonyítására, azok is csak a szekunder prevencióban. A. Rodgers Aucklandban egy MI utáni vizsgálatot folytatott, de elsősorban a compliance javítása céljából. A betegek talán egy tablettát biztosabban bevesznek, miután a betegek fele köztudottan hanyagolja a rendszeres gyógyszeresedést.

Prof. Foster megemlíti a fejlődő országokban létező anyagi akadályokat, és ezért is elsősorban szekunder prevencióra ajánlja.

Egyelőre nem ismeretes a teljes populációra vonatkozó tervezés, de dr. Wald az elképzelését nem vonta vissza. Többek felvetésére, hogy a primér prevenció elsősorban oktatás, nevelés kérdése, az a válasza, hogy ennek eredményei közeljövőben nem valósulnak meg.

Támadják a lakosság medikalizációját is a tabletták szedésén, de a válasz az, hogy a vakcináció

sem medikalizálás :a profilaxis nem jelent beteggé nyilvánítást.

Tehát jelenleg kizárólag prof Wald és munkatársai készülnek egy komplett vizsgálatot végezni. Úgy tűnik, hogy Indiában a Cipla cég készít egy generikumot, aminek a költségei alacsonyabbak. A placebo kontrollt az Egyesült Királyságban folytatják, ez persze a hatást nehezebben összehasonlíthatóvá teszi.

Eddig a polypillt nem szabadalmaztatták sem Európában, sem Amerikában. Ha ilyen kombinált szer kikerül a piacra, majd igazolhatja a felvetést, állítja dr. Wald.

Dr. Faragó Erika

HASZNÁLJUK AZ ASPIRINT A DIABÉTESZES BETEG PRIMÉR PREVENCIÓJÁBAN?

L. Nainggolan - Medscape Int. Med. 2008. 10. 24

Egy újabb vizsgálat közzétevése kapcsán vita bontakozott ki arról, hogy vajon az aspirin (plusz antioxidáns) alkalmazható-e a diabetesesek makrovasculáris szövődeményeinek megelőzésére. A POPADAD eredményei alapján a primer profilaxisra nem alkalmas a 100 mg aspirin (sem az antioxidáns), a szövődemények száma (aránya) a kontroll vizsgálat eredményeivel azonos.

Különböző szerzők annak a véleményüknek adtak hangot, hogy a szekunder profilaxisban feltétlenül ajánlott az aspirin, (tehát a már ismert kardiovaszkuláris betegség esetén). Sok, nem egyértelmű vizsgálat történt, és még mindig vannak bizonytalanok. A szakemberek leszögezik, hogy a mellékhatások is csökkentik alkalmazhatóságát.

A diabétesz kezelés irányelvei között jelenleg is szerepel az aspirin, különösen pozitív családi anamnézis vagy sok meglévő rizikófaktor esetén. Mindenképpen még további széleskörű vizsgálatok ajánlottak. Megjegyzendő, hogy nem lehet összefüggést találni a komolyabb rizikó megléte és az aspirin hatásszössége között.

Dr. Faragó Erika