

**A DEPRESSZIÓ ÉS AZ
ALKOHOLFÜGGŐSÉG.
HOZHATNAK-E JAVULÁST AZ
ANTIDEPRESSZÁNSOK?**

*Anja Schmeil és Ulrich W.Preuss
– Der Allgemeinarzt 18 (2007)
6-10.*

Mind az alkoholfüggőség, mind a depresszió a leggyakoribb pszichiátriai problémák közé sorolhatók. Korábban tartotta magát az a vélemény, alkoholfüggőnek ne adjunk antidepresszáns szert. Ezzel szemben az utolsó 10 évben, mind a triciklikus, mind a SSRI készítményekkel jó eredményt értek el az alkoholbetegség kezelésében. Németországban a lakosság 5–7%-át tartják függőnek, ezek mintegy fele – másfél millió ember – alkoholfüggő. A kezelésben négy szakaszt határoznak meg:

1. Kapcsolatfelvétel,
2. Motiválás,
3. Méregtelenítés,
4. Leszoktatás.

A kórisme biztos megállapítását egy sor kísérőbetegség teheti bonyolulttá. Bizonyított ugyanis, hogy az alkoholfüggő betegek 30–60(!)%-a pszichiátriai betegsége miatt is kezelést igényel(ne). Érdekes megállapítás, férfiak esetében ez az együttes előfordulás „csupán” 20–40%. A legfontosabb, hogy időben történjen a felismerés és kezelés, mivel leggyakrabban depresszív tünetegyüttes miatt szorulnak kezelésre az alkoholfüggők, s a tüneteket majd mindig „színezi” szorongás is, ami „öngyógyítás”-ként újra alkoholfogyasztást von maga után. A két egészségprobléma – sajnos – egymást erősíti, egymásnak „kór-oka” is lehet, de előfordul „véletlen egybeesés” is. Az antidepresszáns kezelés bevezetése az alkohol absztinencia elérése után is fennálló tünetek esetén abszolút indokolt. Ha a depressziót

alkoholfüggőség idézi elő – természetesen – egészen más a követendő kezelési stratégia. Annál is inkább, mivel az alkoholfüggőség következtében gyakran létrejött munkahelyi (állás elvesztés) és családi (válás) konfliktusok következménye a depresszió. Amennyiben ez a helyzet, önmagában az absztinencia elérése is megfelelő hatással lesz a depresszióra, mivel az alkohol provokálta idegrendszeri transzmisszió károsodása megszűnik. Ez gyorsan javítja a közérzetet s ezúton a depresszió is javul.

A két kórforma együttesen hatványozza a szuicid készletést, sőt irpdalmi adatok alapján ismert, hogy a depresszió önmagában legalább 70%-ban oka az öngyilkossági kísérletnek. S az is ismert, hogy ennek aránya alkoholfüggőség hatására még hatványozódik. A depresszió miatt kezelést igénylő alkoholbeteg esetében ajánlás: mindig SSRI az első választandó szer, bár a depresszió tünetei a triciklikus antidepresszánsok hatására is javulnak. Sajnos a két kórforma együttes előfordulása még egy sor más tünetet is provokál. Ezek a betegek étvágy és alvászavarban, valamint indítékszegénységben is szenvednek, nem szólva a gyakran jelentkező önvádolásokról. Ezek – általában – csak hosszabb absztinencia után javulnak ill. szűnnek meg. Sok szerző leírja, hogy a SSRI készítmények primer alkoholfüggőségben – depressziós tünetek nélkül is – jól befolyásolják, sőt hosszabb alkalmazás során, szüntetik a tüneteket. Sőt a visszaesések arányát is csökkentik.

Összefoglalva: a depressziós tünetcsoport jelenléte az alkoholfüggő betegek esetében mindig indokolja antidepressziós terápia alkalmazását, mivel nemcsak a tüneteket javítja, hanem az absztinencia elérését, sőt fenntartását is segíti.

Dr. Hidas István

**A DIABÉTESZES LÁB
GONDOZÁSA. FEJLŐDÉS
VÁRHATÓ**

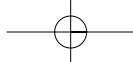
*M. Lederle – Diabetes-Forum
2007. december – „LÁB”
különkiadás.*

Már 2001-ben megjelent a szakembergárda által megfogalmazott kiadvány „A cukorbajjal összefüggő lábpanaszok”. A szerzők hangsúlyozzák, hogy az elhanyagolt lábpanaszok előfordulása annak tudható be, hogy sem az orvosok, sem az ápolószemélyzet nem, sokat meg, hogy cukorbeteg gondozott lábát alaposan megvizsgálja. Kiemeli a szerző, hogy ritka az a háziorvosi rendelő, ahol megvizsgálják a cukorbeteg lábát, Arról nem is szólva, hogy sok orvos nincsen is tisztában, mit kellene vizsgálnia ilyen esetben, hogy időben fölismerjék a fenyegető tüneteket.

Néhány fontos – kiküszöbölhető – hiányosság: fontos lenne tudnunk, milyen cipőt javasoljunk a cukorbetegnek. Az ortopédcipők minősége sok hiányossággal rendelkezik. A biztosítók többsége nem finanszírozza a speciális, cukorbetegnek részére történő cipőrendelést. Nincsen egységes „lábápoló” képzés, sehol Németországban. Ilyen jellegű kezelés-ápolás sehol nem finanszírozott a biztosítók által. Ennek megfelelően hiányzik a lépcsőzetes kezelési lehetőség az ún. „lábambulanciák” létesítésével.

A kifogásokat eljuttatva az egészségügyi kormányzat felé, „valami megmozdult”, mert bevezettek egy „betegség-menedzsment a 2-es típusú cukorbeteg gondozásában” programot, amitől remélik, valamit javul az eddig „szomorú” helyzet.

Múlt év decemberében jelent meg a „Nemzeti Gondozási Program a 2-es típusú cukorbeteg lábkomplikációinak megelőzésére” címmel



egy mindenre kiterjedő előírás, melynek ellenőrzése valamit javított az aktivitáson, s ettől remélik, hogy az érintettek bevonhatók lesznek, ami a helyzet javulását vonhatja maga után. Remélhető, hogy a megindult program kiszélesítése eredményekben is megmutatkozik, s kevesebb lábkomplikációval találkozunk az ellátás során mind 1-es, mind 2-es típusú cukorbetegek között.

(A közleményt fontosnak tartottam lefordítani, mivel a helyzet idehaza sem rózsásabb, s a cukorbeteg-gondozás minden igyekezet ellenére idáig még nem ért el. Ref)

Dr. Hidas István

A LÁZAS GYERMEK. TEENDŐ: VÁRAKOZÁS, KEZELÉS VAGY BEUTALÁS?

*Georg Leopold – Derb
Allgemeinarzt 18:38-43 (2007)*

A gyermek esetében kialakult lázas állapot a leggyakoribb indoka a háziorvossal történő konzultációnak. Az alapos anamnézis és fizikális vizsgálat alapján legalább a rizikó értékelés megtörténhet, ennek az a jelentősége, hogy eldönthető, mennyire sürgős a beavatkozás igénye.

Láznak a 38 °C hőmérsékletnél magasabb értéket nevezünk, mindig végbélen keresztül történt méréssel. A szájüregi hőmérséklet 0,3–0,6 fokkal alacsonyabb, ezt mindig figyelembe kell vennünk. Azt is jó tudnunk, hogy fokozott fizikai aktivitás, vagy magas nappali hőmérséklet is lehet az esti hőemelkedés oka. Az első vizsgálatok alapján egyértelműen meg kell állapítanunk, mennyire sürgős a teendőnk, hogy az elkerülhető veszélyek ne jelentkezzenek.

Egyértelmű, hogy a leggyakoribb ok a banális vírusfertőzés, bár egész fiatal csecsemők esetében a „fogzás” is okozhat hőemelkedést, ez azonban ritkán haladja meg a 38,4°C-ot. A tankönyvi adatok ugyan azt hangsúlyozzák, hogy a valódi bakteriális szepszis mindig

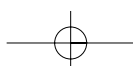
40°C fölötti hőmérséklettel jár, 3 hónaposnál fiatalabb csecsemő esetében ennél alacsonyabb hőmérséklet esetében is leírtak szepszist. Minden veszélyeztető tényező – három hónagnál fiatalabb életkor, rossz általános állapot, leukocitózis, vagy leukopénia, emelkedett CRP – szepszis gyanút kelthet, amíg az ellenkezője nem bizonyított.

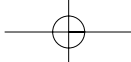
A pontos kórtörténet a láz lefutása, emelkedett volta, a mérés módja és minden egyéb tünet fontos lehet a differenciálásban. Külön figyeljünk az alábbi tényezőkre: három hónagnál fiatalabb életkor, 40,5°C-nál magasabb mért hő, a lázmérés módja, egyéb tünetek (fájdalom, nyaki merevség, görcs az előzményben, kiütések, megnehezített nyelés, komolyan betegnek látszó gyermek stb.) A vizsgálat alkalmával külön figyeljünk a kiszáradás tüneteire, az orrszárnnyak mozgására belégzéskor, az arckifejezésre. A vizsgálatot mindig a megszokott rendben végezzük, semmi ne maradjon ki (bőr, mellkas, has, központi idegrendszer, fül-orr-gége) Mindig állapítsuk meg a „rekapillarizáció” sebességét, mivel ebből következtethetünk a betegség súlyosságára is. Mindezeket pontosan jegyezzük fel, s ha ezek alapján közepes, vagy súlyos veszélyeztetettséget feltételezünk, azonnal kórházba utalást foganatosítsunk. Ha otthoni kezelés mellett döntünk, meg kell találnunk a kór kiinduló góciát, mely a kezelés irányát is meghatározza. Ha módunk van laborvizsgálatra, elsősorban vizelet, vérkép, CRP meghatározás már irányt mutathat. Szepszis gyanúja esetén baktériumtenyésztés szükséges – vérből – a kezelés pontos és vélhetően eredményes folytatásához, ezért ilyen eset mindig intézetbe való. Egyáltalán, ha a veszélyeztetést olyan fokúnak ítéljük, amit nyugodt szívvel nem vállalhatunk, minden esetben kórházi kezelést indikáljunk.

Az újonnan fellépő lázas kórforma – többségében – valamilyen fertőzés következménye, mégis megemlítenő, hogy vannak kórállapotok,

melyek lázzal kezdődnek, mégsem fertőzés a kórok. Csak egynehány felsorolva: Kawasaki-kór (mucocután-nyirokcsomó szindróma), Still-szindróma (a RA egy variációja, melyet magas láz jellemez), reumás láz, Schönlein-Henoch purpura, SLE, stb.

A kezelés: tudomásul kell vennünk, hogy a szülők többsége a láztól megijed („még magasabb is lehet”, „lázgörcsöt kap”) ezért mindent megkísérel, hogy azt szüntesse. Fontos, hogy tudjuk, a levertség, kedvetlenség, étvágytalanság, fej-és ízületfájdalom önmagában a láztól is lehet, de az alapbetegség ezt bizonyosan magyarázza. Fontos a folyadékpótlás, a lázcsillapító szerek (paracetamol, ibuprofen, metamizol) és a fizikai hűtés, Amivel akár 1°C-os lázcsökkentést is elérhetünk. A különleges klinikai helyzetek: lázgörcs, tkp. ritka, a lázas esetek mindösszesen 4%-ában fordul elő. A jellegzetes lázgörcs tónusos-klónusos görcs, melyet – általában – mély álomba „zuhanás” követ, s többnyire – eddig – egészséges gyermekek lép fel 6 hónapos kortól 5 éves korig, 24 órán belül csak egy ízben. Sajnos, többnyire nem ehhez szokott ügyeletes orvosok látják el ezeket, az eseteket (*Németországban, Ref.*) ezért infúzió bekötéstől kezdve, intubációig mindenféle orvosi beavatkozással találkozhat a gyermek kezelőorvosa. Sajnos az első lázgörcs „hajlamosít” későbbi hasonló történésekre, ezek a gyerekek harmada ismételtén kaphat lázgörcsöt, a harmadik ismétlődés veszélye 15%, míg a normál népességben ennek valószínűsége 2–4%. A mandulagyulladás: 90%-ban vírus fertőzés következménye, kísérheti nátha és köhögés is. Megkülönböztethető a herpangina, melyet a jellegzetes hólyagcsákról felismerhetünk, egyes vírus-fertőzések a szájnyálkahártyán fekélyeket okoznak, s a mandulagyulladásoknak mindössze 10%-a bizonyul bakteriális fertőzésnek. Ezek közül kiemelendő a β-hemolizáló streptococcus törzs okozta tüsszős mandulagyulladás, ami a fertőzést követő szö-





vődmények (scarlatina, glomerulonephritis, carditis rheumatica, abscessus tonsillae) megelőzését szolgáló kezelési stratégia (legalább öt napos megfelelő dózisú penicillin, vagy makrolid szer adása) nyomán, ma már „kézben tartott” kórforma.

Dr. Hidas István

A RIZIKÓ-PÁCIENSEK SZÉRUM-LIPID SZINTJÉT ERŐTÉLJESEN CSÖKKENTSIK!

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 cukor baj 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-profil 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 patológiás lipid-profil korrekciója terén. Ez a különösen veszélyeztetett csoport kezelésében komoly fegyver a romlás és/ill. a szövődmények kialakulásának megelőzésében.

Dr. Hidas István

AZ ALAPELLÁTÁS ÉVE

Chris van Weel a WONCA elnöke – WONCA-News 33(6) 2007

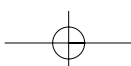
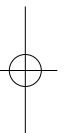
30 évvel ezelőtt, Alma-Atában deklarálta a WHO az alapellátás fontosságát. A bejelentés hangsúlyozta,

hogy a Föld minden népének biztosítani kell az egészségügyi alapellátást, aláhúzva a helyi közösségek ellátásának fontosságát. A kiáltvány tkp. a családorvoslás művelőit szólította meg, a fenti igény kielégítésére. Az azóta eltelt 30 év azonban nem szüntette meg az ellátás színvonalában eddig észlelt egyenlőtlenségeket. Sőt a különbségek nőttek azzal a szomorú ténnyel, hogy hatalmas tömegeknek nem biztosított még az egészséges ivóvíz sem.

A közelmúltban több szakemberrel együtt áttekintették a deklarációban foglaltakat és leszögezték, hogy a hangoztatott jelszó „egészséget mindenkinek ...-ig” megvalósulása még várat magára *(a kipontozott helyre ugyanis valamikor konkrét dátumot írtak, ez azóta már nem messze nem teljesíthető Ref.)*

A megvalósulás meg nem történte sok okra vezethető vissza, s messze nem az egyéni egészségmegőrzés szempontjai a legfontosabbnak nevezhető „kórokok”. Az ún. szociális meghatározók magukba foglalják azokat a történéseket, amelyek az államok közötti konfliktusok, az alkalmatlan politikai vezetők irányítási hibái, egyes marginális csoportok egészségi és egyéb igényeinek megvalósíthatatlansága miatt ide vezettek.

Az elképzelés az interszektoriális gondolkodás mellett egyértelműen arra utal, hogy a megvalósítás lehetősége csak az alapellátás közreműködésével, fejlesztése és megfelelő finanszírozása mellett teremthető meg. Alma-Ata deklarációjából hiányzott a megvalósítás lehetőségét megteremtő út vázolása. Ennek ellenére kijelenthetjük, hogy az egyenlő lehetőségek megteremtésére ez volt az utolsó kísérlet. A globális politikai teendők ezután dominánsan a szabadpiaci gondolkodás befolyása alá kerültek, ami az egészségügy, az egészségpolitika, a szociális problémák megoldását háttérbe szorították. A közegészségügy a „hátsó vonalba” került és elszakadt az egyéni egészség szolgálatától. Az „egészséget minden-



kinek” jelszó sok nemzeti egészségügyi programban az egyén megfelelő alapellátásának biztosítását jelentette és jelenti ma is. Az Alma-Ata deklaráció revitalizációja lenne fontos mielőbb, ezt érvényesíteni kellene a medikusoktatásban, sőt a majdan magasabb színvonalon működő alapellátás minden vonalán. A világszervezet vállalja a híd szerepét az egyéni és közösségi ellátás között, megteremtve a lehetőséget mindkét vonal fejlődésére és magasabb színvonal elérésére.

2008 évet a WHO ismét az ALAP-ELLÁTÁS ÉVÉ-nek deklarálja, ezzel jelképesen támogatja a kitűzött cél elérését. A világ népei tekintsenek mind a 30 évvel ezelőtti kiáltványra – megfelelő kritikával – hogy ezúton eljussunk a tervezett célhoz, s teremtődjék meg legalább a feltétel, a kívánt cél elérésére.

Dr. Hidas István

AZ IDŐSKOR KÉPE MEGVÁLTOZOTT

Wolfgang Wittgens (gerontopszichiáter) Der Allgemeinarzt 6: 3 (2007)

Az utolsó 30 évben nagyot változott az idős kor tradicionális képe. Az öregkor kifejezés ma már negatív asszociációkat hordoz, s a társadalom, különböző fogalmakat társít a kifejezéshez. Sokan csupán saját tapasztalataik alapján fogalmaznak meg elképzeléseket az öregkorról, melyet gyakran a demencia, az ápolás szüksége, az incontinenca fogalma határoz meg. Hála Istennek ez a tendencia változni látszik a mai fiatalok körében. Sokan úgy vélik az élet 66 éves korban kezdődik. (Ref.: *mert Németországban 65 éves kor a nyugdíj korhatár.*)

Sokan ma már az idős korúakat az „50 elmúlt”, vagy a „legszebb életkorban lévő” címmel tüntetik ki. A médiumok még messze nem fordítanak – sajnos – elegendő, a számarányuknak figyelmet ennek a korosztálynak. Pedig a 60 és 80 év közötti korcsoport nemcsak tapasztalatai alapján, hanem talán amiatt is (*miután nincsenek megelőzési gondjai a Lajtán túli országokban Ref.*), hogy több időt és energiát képes fordítani speciális kutatási területek pontos feldolgozására. Ennek a korosztálynak az ápolási igénye a létszám 8–10%-át is eléri és 80 éves kor felett ez az arány rohamosan nő. Sajnos ezzel párhuzamosan nő a demencia gyakorisága is.

Összegezve: jóllehet a társadalmunk hozzáállása az öregkor problémáihoz nem pozitív, meg kell kísérelnünk ezen mielőbb változtatnunk. Talán a Nyugaton bevezetett új szó a WOOPIES (= wellness of older people) lehet majdan alkalmas az idősök jellemzésére.

Dr. Hidas István

AZ ORVOS MINT PÁCIENS. EGY SZOKATLAN NÉZŐPONT

Prof. Dr. med. habil Helmuth Pillau – Der Allgemeinarzt 18:3(2007)

A hivatásomból következően sok dolgot kellett különbözőképpen megítélnem. Gyermekként, ifjúként egy sor betegséget szenvedő páciensként éltem meg, ugyanezeket a betegségeket – néha más elnevezéssel – orvosként persze egész másképpen ítélt meg. Előző minőségemben – mint szenvedő fél – passzívan, ma kényszerítve, aktívan, cselekedve élem meg ugyanazt a helyzetet.

Miután a közelmúltban – nyugdíjba menvén – teljesen megváltozott körülményeim miatt, passzív résztvevője lettem az ellátásnak, másképpen ítélem meg a helyzetet.

Orvosként rendeltem, receptet írtam, viselkedés módot, diétát javasoltam, ma páciensként „hátrazorozva” a rendelkezéseket nekem kell betartanom. Jelen helyzetemben a compliance kétélű fegyver lett, az ellátók teszik a dolgukat, ahogy orvosként magam is tettem volna, de ezt páciensként egész másképpen ítélem meg.

Mindenesetre az orvosi ellátás „túlzott védelmi jellegét” (*overprotection*) tapasztalom velem szemben. Vajon valóban ennyi vizsgálatra van szüksége a fiatal kezelőorvosomnak a kórisme megállapításához? Azt én, az „öreg” már az anamnézis elmondásakor megfogalmaztam volna.

Kétségtelen a kor megváltoztatja a hozzáállást is a betegség tüneteire. Aktív orvosként az orvos betegeimet „kellemetlenkedő, okoskodó” lényeknek tartottam. Vajon most én is az vagyok a kezelőorvosomnak? Mindig törekedtem arra, hogy megismerjem a kezelt kolléga véleményét, most az enyémre senki nem kíváncsi? Ezt még Bálint-csoportban is megkísértem „kibontani”. Most a kezelőorvosom helyébe képzelem magam. Mit gondol ő rólam? A tanácsért hozzáforduló páciensről? Bizony gyakran előfordul, hogy szakorvosi konzultációra utal. Ez ismét csalódás, hiszen ott nem kollégaként, hanem betegként ugyanúgy kivárom a soromat, s az előfordul, hogy „kollegiális üdvözléssel” búcsúzik el tőlem a vizsgáló szakorvos, de a többi eljárás ugyanolyan, mint a mindennapi betegnél. A vizsgálat során egyetlen személyes jellegű megszólítás, közlés sem „szerepel a műsoron”, csak szorosan vett orvosi okfejtés, esetleg alig észrevehető empátia.

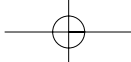
(Ref. megjegyzése: *bizonyára sokan vagyunk – magamat is beleértve – akik az aktív orvosi tevékenység befejeztével érzik hasonlóképpen magukat, ha szakorvosi ellátásra szorulnak. Nehezen elkerülhető érzés, de sokan túléltek, mi sem halunk bele.*)

Dr. Hidas István

DASH DIÉTA CSÖKKENTI A KOSZORÚÉRBETEGSÉG ÉS STROKE RIZIKÓJÁT

S. Jeffrey Medscape Internal Medicine (Medscape Medical News) 30.11.2007-12-04

Egy újonnan megjelent tanulmány a DASH diéta rizikó csökkentő hatá-



sáról számol be. 24 éven át tartó megfigyelés eredményét közlik. (DASH= Dietary Approaches to Stop Hypertension) Teresa Fung és munkatársai a koszorúérbetegség rizikójának 24%-os és a stroke-nál 18%-os csökkenést tapasztaltak azoknál a nőknél, akik hosszú távon megtartották a sok gyümölcsöt, zöldséget, főzeléket, magokat és rostokat tartalmazó étrendet. Emellett alacsony zsírtartalmú ételeket, kevés vörös húst, édességet és sót fogyasztottak.

Az analízis elsődleges célja kezdetben az étkezési szokások megtartásának vizsgálata volt, és ezenközben derült fény a fenti megállapítások meglétére.

A diéta tudottan csökkenti a vérnyomást, de a fenti megállapítások újak. 88517 nő kérdőíves felmérése történt. 22 év alatt öt ízben válaszoltak egy étkezési kérdőívre. Nyolcféle ételtípust soroltak fel, ezek fogyasztásáról kellett nyilatkozni. (l. fent) Az induló résztvevők 34–59 éves, egészséges nők voltak. Az idők során 1867 nem fatális infarktus, 583 haláleset és 1977 stroke történt.

Az eredmények analizálása során arra a megállapításra jutottak, hogy a megfelelő diéta hosszú távon védelmet nyújt, ez csoport a legkisebb rizikójú volt. A hipertóniásoknál a hatás még jobb volt, mint a normotenzíveknél.

A jelenleg folyó OMNIHEART diéta hatásvizsgálata folyik. Ebben az esetben az étrendben csökkentik a fehérjét és telítetlen zsírokat és azt szénhidrátokban gazdag ételekkel pótolják.

Dr. Faragó Erika

A PROSZTATARÁK: KINEK HASZNOS A MŰTÉTI MEGOLDÁS?

Szerkesztőségi közlemény, irodalmi összefoglalás – Archives of Internal Medicine 2007 167(1944-1950)

A radikális prosztata eltávolítás a lokalizált prosztata rák esetében a

legjobb túlélési lehetőséget biztosít(hat)ja. Ez a jelen folyóirat tanulmánya alapján is biztosan állítható. Az előnyei – szemben a radioterápiával – azonban csupán 10 év után értékelhetők, s elsősorban a fiatalabb betegek esetében jön szóba.

A genfi rákregiszter adatai szerint a svájci orvosok megalapozottnak tekintik a műtéti megoldást. Ennek alapján a 10 éves túlélést 83%-osnak találták a radikális prosztata eltávolítás után, míg a radioterápia csak 75%-ban bizonyult ilyen sikeresnek. Ez a szám alig valamivel jobb, mint a „watchful waiting” (*folyamatos ellenőrzés mellett várakozni Ref.*) metódus 72%-os túlélési aránya. Ennek ellenére, mivel a radikális prosztatektómia, különösen idős korban, sok szövődémmel járó nagy műtét, az a vélemény alakult ki, hogy a várakozás, idős betegek esetében elfogadható módszer. Az indok: az idős generáció esetleg a metasztatizálás idejét – más okok miatt – már úgy sem éli meg. Így a túlélési idő valószínűsége alig befolyásolható ezzel a heroikus beavatkozással.

Dr. Hidas István

HA A BEVÁSÁRLÁS SZENVEDÉLYBETEGSÉGÉ VÁLIK

Astrid Müller, Martina de Zwaan – Der Allgemeinarzt 18/2007 12-13.

Vásárló szenvedélyről akkor beszélhetünk, ha fölösleges dolgokat, vagy szükségeseket fölösleges mennyiségben összevásárol valaki. A mindennapi gyakorlat, hogy ezeket a megvásárolt holmikat sem mire nem használják.

Az ellenőrizhetetlen, kórosnak minősíthető bevásárlási láz évekig tartó gyakran titokba űzött, kényszer cselekvés, mely kínzó készletet gyakorol a szenvedőre.

A kórisme megállapítást segíti, ha a következő tulajdonságokat figyeljük meg az érintettnél:

1) mértéktelen vásárlási készlet, melyet az érintett nemcsak nem vesz észre, de nem is hajlandó beismerni.

2) Gyakran olyan dolgokat vásárol, melynek semmi haszna, s nem is tudja megindokolni, mi célból vásárolta.

3) A vásárlási készlet szenvedést okoz, mindaddig, míg nem sikerül megvalósítani.

4) Ez a vásárlási készlet nem csupán mániás (hipomániás) szakaszokban zajlik.

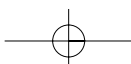
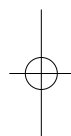
Hogyan indul ez a készlet? Gyakran negatív beállítottság, félelem, depressziós hangulat, partnerkapcsolat zavarai indítják el, s ez általában impulzív személyiséget feltételez. Az angol irodalomban ezt a típusú cselekvéskészletet az „acting without thinking” („gondolkodás nélküli cselekvés”) kifejezéssel jellemzik. Az állapotra az önkontroll elvesztése is jellemző, s gyakran fordul elő depresszió és/vagy pánikbetegség miatt kezelésben részesülő gondozottnál. A kezelésre még nincsen elfogadott mód, de az antidepresszívumok (SSRI) és/vagy ópiát-antagonisták (pl.: a *Naltrexon* nevű szer Ref.) jó hatásáról többen is beszámoltak. Ezt utánvizsgálatok nem mindig erősítették meg. Pszichoterápiát is megkíséreltek sokan, változó eredménnyel. A kórforma a 21.sz. betegsége, kialakulását a rendezett családi környezet, a jó munkahelyi légkör akadályozza leginkább, ezért erre minden esetben törekedni kell(ene).

Dr. Hidas István

RÁKSZŰRÉS FÉRFAIKNÁL. A PSA VIZSGÁLAT KÉTÉLŰ FEGYVER

Maria Bürst (urológus és általános orvos Deggendorfban- Der Allgemeinarzt 20:31-32 (2007)

A rákszűrés férfiaknál kétélű fegyver, egyrészt, mivel a prosztatarák



korai kórisméje javítja a gyógyítási esélyeket. Másrészt el kell kerülnünk a fölösleges kezelést bizonytalan diagnózis esetében.

Ideális az lenne, ha 75 éves kor alatt fedeznék föl a prosztatata rákot olyan stádiumban, amikor még csak a szervet érinti és a szerv tokjára nem terjedt rá. Sajnos a kórisme megállapítás csupán 50%-ban történik ilyen stádiumban. Ennek oka gyakran a félelem a diagnózistól és a kellemetlen vizsgálati procedúrától. A szakirodalom 50 éven felüli férfiaknál minden évben indokoltnak tartja a szűrést, különösen abban az esetben, ha ún. „rizikó páciens”-ről van szó. Ezek: az idős korú, az intakt tesztoszteron produkcióval bíró, genetikai terheltségű (családi anamnézisben prosztatata rák), túl zsíros táplálkozást folytató férfi betegek.

Kiegészítésként a PSA (prosztataspécifikus-antigén) meghatározás is szóba jön, de le kell szögezni, hogy ez a vizsgálat nem „rák-specifikus”. Ma az az álláspont, hogy emelkedett PSA érték esetén elsősorban NSAID és antibiotikum kezelést (általában fluorokinolon készítményt) kezdünk, s a kezelés befejezte után négy héttel, ismétljük meg a PSA-vizsgálatot. Ennek jelzőértéke van, ha 1ng alatti értéket kapunk, nyugodtak lehetünk, ha az érték 4–10 ng közötti, a megbetegedés valószínűsége 25%. Ha 10ng-nál magasabb érték az eredmény, a rák valószínűsége 50%. Ilyen esetben a következő lépés a biopszia, mely transzrektális szonográfia vezérelt módon történik. Csak ez a mód fogadható el, s a kórisme megállapítás lépései se legyenek mások, mint a fent leírtak.

Sajnos a negatív szövettani lelet sem biztosan jelent egészséges szervet, ezért emelkedett PSA-szint esetében a vizsgálatot meg kell ismételni, esetleg a tűbiopszia több helyről történjék ugyanúgy ultrahang vezérelt módon transzrektálisan. Csak így lehet reményünk időben elkezdett kezeléssel gyógyulást

elérni az egyre gyakrabban kóris-mézett daganat esetében.

Dr. Hidas István

FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGY, MUNKABIZTONSÁG. A HÁZIORVOSI PRAXISOKBAN IS SZÜKSÉGES ÜZEMORVOS

Uwe Ricken és Andreas Wittmann – Der Allgemeinarzt 18:16-17 (2007)

Nemcsak a technológiát és a praxismenedzmentet kell időnként ellenőrizni, hanem a praxisban dolgozókat is folyamatos egészségkontroll segítségével kell „karbantartani”. Ezen nemcsak a korhoz kötött szűrővizsgálatokat értik a szerzők. A praxis üzemorvosa a munkakörülményeket, az egyéni igénybevételt, az ezzel összefüggő megelőző intézkedéseket is folyamatosan kell, ellenőrizze, hogy az észlelt hibákat feltárva, biztosítsa az ott dolgozók optimális munkafeltételeit.

A munka törvénykönyve Németországban is a munkaadó (*jelen esetben a praxis tulajdonos, a háziorvos Ref.*) kötelességévé teszi a munkavédelmi szabályok ellenőrzését és szigorú betartását. Az előírások szerint minden tíznél több foglalkoztatott dolgozó esetén kötelező vagy üzemorvost, vagy munkavédelmi szakembert alkalmazni. Miután a háziorvosi praxisok ennél kevesebb alkalmazottal működnek, nem kell saját üzemorvost alkalmazniuk, de szerződéses vizsnyont létesítve, gondoskodni kell minden praxist működtetőnek az alkalmassági vizsgálatokról és a munkahely ellenőrzéséről is.

A háziorvos, még munkába állítás előtt meg kell, győződjék a munkatársai egészségi állapotáról és arról, mennyire veszélyezteteti a munkavállalót az a beosztása, amivel megbízta. Minden megelőző intézkedést el kell végeznie, ebben nyújthat segítséget – erre kiképzett szakemberként – az üzemorvos. A

legfontosabb tennivalók: a baleset megelőzési oktatás, a bevezetett intézkedések hatékonyságának vizsgálata, különös tekintettel a speciális körülményekre. Hogyan járjon el az asszisztencia, ha pl. használt tűvel sérti meg a kezét, megkapta-e a hepatitis B elleni védőoltást, mi a teendő a posztexpozíciós profilaxis terén, hogy valószínűsíthető meg a leghatékonyabb praxis-higiéné, az elsősegélynyújtás képesség oktatása, fenntartásának ellenőrzése, hulladék elhelyezés és megsemmisítés módjának ellenőrzése stb. Ezek többsége – különösen, ha probléma merül föl – telefonon is megkonzultálható.

A törvény szerint a munkafeltételek ötvenként kötelezően ellenőrzendő, külön figyelmet szentelnek az esetleg fölmerült apró hibák javítási lehetőségére és annak megtörtéte. A munkatársak munkaegetszségi alkalmasságát háromévenként köteles az üzemorvos ellenőrizni és azt hozzáférhető helyen nyilvántartani. A szűrővizsgálat a munkahely változtatásakor megismétlendő, ugyanezek a szabályok vonatkoznak a praxisban dolgozó gyakornokokra, takarító személyzetre, sőt a segítő házastársra is, különösen, ha bejelentett és fizetést kapó házastársról van szó. Ezeket a vizsgálatokat csak üzemorvosi képesítéssel rendelkező orvos végezheti, ezt a biztosító külön ellenőrzi.

További ellenőrzést igényel a fertőzés veszély, vonatkozik ez a már említett hepatitis profilaxisra és esetenként más fertőző betegségek előfordulása esetén azok megelőzésére. A törvényben előírt alkalmassági vizsgálat térítése alkalmanként és személyenként 25,65 és 58,99 € közötti összeg.

(Érdekesnek ítélem ezt a közleményt, mivel egy kis bepillantást enged a német viszonyokra, különös tekintettel a foglalkozás-egészségügyi ellátás mikéntjére és egy-egy szabályzási módra Ref.)

Dr. Hidas István