

A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBAJ KEZELÉSE. MI JELLEMZI AZ IDŐSKORI ELLÁTÁST?

P. Gaede – N. Engl. J. Med. 2008. 358:580-591

Jóllehet az időskori cukorbetegek száma növekszik, egyértelmű terápiás irányvonalak kialakítására még nem történt kísérlet sem. Az időskor három korcsoportja – a 65–75, a 75–85 évesek és a 85 éven felüliek – külön-külön igényel terápiás irányvonal meghatározást. Ez nemcsak a kórisme megállapítást, hanem a kezelés-gondozás minden mozzanatát érinti, hiszen ez a korosztály polimorbiditása okán is külön elbírálást igényel.

A kórisme megállapítás vonatkozásában leszögezhető, hogy a szénhidrát anyagcsere megítélése szempontjából fontos tudnunk, hogy az éhomi vércukor érték döntő. Normál értéknek tekinthető a 100 mg/dl (=5,5 mmol/l), a 100–125 mg/ml (=5,5–6,7 mmol/l) közötti érték károsodott szénhidrát anyagcserére utal és a 120 mg/ml (=6,7 mmol/l) egyértelműen cukorbetegsége utal. A kezelés első lépése a testi és lelki kondíció és a kísérő betegségek felmérése. A terápiás cél a HbA^{1C} érték 7–8% közötti intervallumának stabil elérése. A kezelés – ha a diétával nem sikerül eredményt elérni – első lépése a metformin. Ezt csak a tápláltság, a kísérő szív-érrendszeri betegségek milyensége és a vese-funkció állapota változtathatják meg. A szulfanilurea terápia elkezdését ez utóbbi (a vese-funkció – a kreatinin-clearance értéke) határozhatja meg. A rendszertelen étkezés – sajnos – a hipoglikémia veszélyét fokozza, ez esetben a glinid készítmények részesítendőek előnybe, ezeket az étkezéssel egy időben alkalmazva kisebb a szövődmény jelentkezésének veszélye.

A következő lépés – ha a diéta és a perorális terápia eredménytelen – az

inzulin. Ilyenkor mérlegelés tárgyát kell, képezze: képes-e a beteg önállóan felszívni, beadni az inzulint. Milyen segítséget igényel ehhez, s milyen gyakorisággal. Az intenzifikált és a konvencionális inzulin terápia választása is függ az önálló döntésképeség, a fizikai aktivitás mértékétől, az étkezési szokásoktól és a gondozó személy elérhetőségétől.

A „fiatal” időskorú (65–75 év közötti) cukorbeteg egyéb rizikótényezői is befolyásolják a kezelés mikéntjét (ACE-gátló, ASS, egyéb vérnyomás csökkentők, lipidszint csökkentő stb. gyógyszerek szedése), mivel ezek a szövődmények megelőzése szempontjából tekintve is fontos tényezők.

A müncheni cukorbeteg-gondozó 13 éves forgalmának értékelése során megállapítható volt, hogy az ilyen módszer szerint gondozott cukorbeteg halálozási veszélyeztetettsége több mint 20%-kal csökkent az intenzív gondozási rendszer bevezetés óta.

Dr. Hidas István

AZ ATÓPIÁS DERMATITISZ KEZELÉSE. A BŐRVÉDELEMTŐL AZ IMMUNSZUPPRESSZIÓIG

Sabine Dölle, Margita Worm – Der Allgemeinarzt 5/2008 (6-8)

Az atópiás dermatitisz kezelés – köszönhetően a multikauzális patomechanizmusnak – nagy kihívás minden gyakorló orvos számára. Az alapot minden esetben a bőr „újra zsírozása” képezi. A gyulladásgátló szerepet pedig a szteroid tartalmú krémek jelentik. Ha ez nem bizonyul elegendőnek, szisztémás kezelési módok következnek.

A kórkép egy idült, lobos bőrbetegség, mely megkeresíti az érintett életét. Felnőttek között 2–3%-os előfordulási gyakoriságot írnak le. Az érintettek 85%-ában 5 éves koruk előtt kezdődik, de többsé-

gében a kor előrehaladtával csökkennek, vagy akár meg is szűnnek a panaszok.

Megjelenését tekintve csecsemőkorban a koponya és arc, felnőtt korban a könyök és térd a leggyakoribb előfordulási hely. Heveny formájában ekcéma, vörös, vizenyős bőrelváltozás a jellemző forma, mely idültté válva hámló, pikkelyes, száraz bőrelváltozásra vált.

A kórisme megállapítása a jellegzetes anamnesztikus adatok (pozitív családi anamnézis, krónikus, visszatérő panaszok, típusos elhelyezkedés és a kínzó viszketés) alapján könnyű. A kezelés eredményessége céljából persze a trigger-faktorok (étel és/vagy inhalációs allergének bizonyítása stb.) ismerete fontos.

A bázisterápia minden esetben a bőr szárazsága elleni küzdelem és/ill. „újra-zsírozása” formájában képzelhető csupán el. Fontos tudnunk, hogy tünetmentes (tünet-szegény) állapotban is számolnunk kell az érintett bőrszakasz „patofiziológiailag megváltozott reakciójával”, ezért a kezelés és kozmetikai szempontok ehhez kell alkalmazkodjanak. Ne legyenek az alkalmazott szerekben illatosító- és konzerváló anyagok, mert ezek a megváltozott reakcióképességű bőrön kontakt dermatitist provokálnak.

Azt is érdemes megjegyeznünk, hogy a heveny, nedvedző ekcémát krémekkel (ezek víztartalma nagyobb), a korpázó, pikkelyes elváltozást kenőccsel (kisebb víztartalmúak) kell kezelnünk. Azokon a testrészeken, ahol az ún. szteroid-atrófia megjelenésére számíthatunk (pl. az arcon) lehetőleg olyan szert alkalmazzunk, ami ilyen nem okoz. Németországban forgalomba van topikus calcineurin-gátló készítmény (Pimecrolimus, Tacrolimus), mely ezt elkerülhetővé teszi. Figyelmeztető azonban a tény, hogy ezek alkalmazása során előfordult bőrdaganat keletkezése.

A nehezen reagáló, krónikus bőrelváltozás kezelésére a szisztémás

beavatkozás is szóba jön, ilyen esetben ciklosporin, és/vagy azathioprin kerül alkalmazásra, sikerrel. Ezt csak szoros bőrgyógyászati és belgyógyászati szakkontroll (vérkép, máj- és vesefunkciós vizsgálatok) mellett szabad elkezdni. Az eddig alkalmazott foto-terápiának is van létjogosultsága (UV-kezelés) és a sok helyen eredményesen alkalmazott balneo-terápia is jó hatású lehet.

Dr. Hidas István

AZ EURÓPAI KARDIOLÓGIAI ÉS DIABETOLÓGIAI TÁRSASÁGOK TERÁPIÁS IRÁNYVONALAI

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

A 2-es típusú cukorbetegségről régen kiderült, hogy vaszkuláris kórkép. A betegség érintettjeinek kétharmada szív-érrendszeri szövődmények miatt hal meg korábban, mint nem cukorbeteg kortársai. Emellett, egyre gyakrabban derül ki, hogy ISzB miatt kezelt, gondozott betegek közül milyen sok betegnek van szénhidrát anyagcsere zavara is. A két fent említett társaság legújabb irányvonala a két betegséget – NIDDM és ISzB – nem tartja külön kórképnek.

A jelen álláspontra: minden cukorbeteg szívinfarktus veszélyének kitett rizikószemélyiség. Ez az eddig megismert veszélyeztető tényezőkkel – emelkedett vérnyomás, dyslipoproteinaemia, megbomlott endotél-funkció, lobos folyamat és plakk-ruptura hajlam – összefüggő érrendszeri szövődmények okán a kórkép kezelését a két szakma már ismert és egyeztetett irányvonalaival kell, rendezzék. A terápiás konzekvenciák ebből következnek, ami azt jelenti, hogy minden szénhidrát anyagcsere betegnél keresnünk kell a szív-érrendszeri szövődmények és fordítva a érrendszeri betegségben pedig a szénhidrát anyagcsere zavarát.

Ha koszorúér betegség gyanúja merül föl, és cukor anyagcserezavar eddig nem volt ismert, minden esetben terheléses vércukor (OGGT)

meghatározást kell végeznünk. Ez az első számú ajánlás. Ezt kiegészítendő az életkor, a BMI, a csípő/derék arány és a fizikai aktivitás pontosítása is segítséget jelent a további teendők meghatározásában.

A további vizsgálatok (a dyslipoproteinaemia, a vérnyomás-betegség, a dohányzás, a terhelő családi anamnézis, esetleg a mikroalbuminuria) minden szénhidrát anyagcserezavar esetében iránymutatóak lehetnek a veszélyeztetettség fokának elbírálásában.

A vizsgálatok sorába minden ilyen esetben a szív-echo is szerepeljen, mivel ezzel a balkamra hipertrófia, vagy balpitvar tágulat azonnal megállapítható. Egyszerű, de nagyon informatív vizsgálati módszer a boka-kar index, ha ez 0,9-nél kisebb, alapos a gyanú, hogy koszorúér betegségre hajlamos betegről van szó.

Minden ilyen esetben olyan kombinált kezelési módszer bevezetése szükséges – szénhidrát-anyagcsere rendezése, a lipidszint kontrollja, a fizikai aktivitás javítása, a vérnyomás csökkentése az optimális szintre – amely a szövődmények megelőzésében fontos. A két legfontosabb és a háziorvosi ellátásban is rendszeresen ellenőrizhető érték a vérnyomás – kívánatos elérendő érték a 130/80 Hgmm – és a HbA^{1C} – kívánatos elérendő értéke a 6,5%. Természetesen a dyslipidaemia kezeléséről – sztatín terápia a választandó megoldás – sem szabad megfeledkeznünk. Ha mindez megtörtént, alapellátási szinten megfelelően gondozott betegről szólhatunk.

Dr. Hidas István

A BŐRRÁK MEGELŐZÉSE

Stefan Lummer – Der Allgemeinarzt 10:6-8 (2008)

A bőrrák előfordulási gyakorisága gyorsan növekszik. Németországban a tüdőrák (férfiak körében) és a mellrák (nők körében) után a 3. leggyakrabban előforduló rosszszin-

dulatú daganat. Évente 100.000 újonnan kórosított bőrrákot vesznek nyilvántartásba és kezelésbe. A pontos statisztikai adatok elemzése során arra a következtetésre jutottak a szakemberek, hogy az új esetek egyre nagyobb száma az ultraibolya sugarak rákkeltő hatásával függ össze. A megelőzés leghatékonyabb módja: „óvakodja a túlzott napsugárzástól”. A „bőr nem felejt” ebből következően a napsugárzásnak leginkább kitett bőrtünetek – homlok, arc – a leggyakoribb helyei a bőrrák megjelenésének. A napsugárzás direkt és indirekt módon károsítja a bőrt, s ha ezt – tünetek jelentkezése esetén – nem kezeljük, megjelenik a heveny erythema, az égési sérülés, a bőr korai öregedése és végül a bőrrák. Az UV-B (B-típusú ultraibolya sugárzás) mutagén, karcinogén hatása azzal függ össze, hogy a DNS „elnyeli” azt, s ennek következménye egy „sérülés”, mely a normális anyagcsere folyamatok változását provokálja. Ha az UV-B sugárzás hosszú ideig áll fenn, romlik a DNS ún. helyreállító képessége. Ezért fontos a fényvédő krémek szerepe, melyek az UV-A ill. az UV-B sugarak káros hatásától védik meg a bőrt. A károsító hatás az örökölt pigmentfajta és mennyiség függvénye is, ezért vannak egyének, akik az átlagnál sokkal hajlamosabbak bőrrák keletkezésére. Igazolt, hogy pl. a melanoma keletkezése bizonyos bőrtípus esetén gyakori, melyet persze ronthat a gyermek és ifjúkor túlzott napozása, vagy egyéb „barnító kúrák” túlzott alkalmazása. Ezek egyéb bőrelváltozások (rosacea, lupus erythematodes, sőt herpes simplex) progresszióját is előidézhetik.

Rizikócsoporthoz tartoznak az immun-suppresszív kezelést kapott betegek csoportja, vagy akik fotoszenzibilizáló (fototoxikus) gyógyszereket (pl.: tetraciklinek) szednek. Azt is érdemes megjegyeznünk, hogy a csecsemő és gyermekkorban a bőr sokkal érzékenyebb, ezért óvjuk őket az UV-B sugaraktól, ebben a korban ugyanis a bőr védekező mechanizmusai még nem

alakultak ki. A déli napfénytől mindenképpen óvjuk őket, inkább öltöztessünk, mint vetkőztessünk ebben a korban a nyári napokon.

A német irodalomban a 3H (Hut=kalap, Hemd=ing és Hose=nadrág) igen nagy hangsúlyt kap a megelőzés fontosságát hangsúlyozva. A viselt ruha anyaga és színe is fontos, ma már UV-B szűrő kémiai anyagok állnak rendelkezésre, melyekkel a ruházat impregnálása is megoldható. Napfényvédő krémek és kenőcsök is forgalomba kerülnek, fontosak a faktorszámok, de jó tudnunk, hogy 2x használt 16-os faktorú krém nem egyenlő 1x használt 32-es faktorú krém védőhatásával.

A fürdőzők figyelmét fel kell hívunk, hogy az UV-B sugárzás a vízfelszín alá mintegy 50 cm-re „behatol”, ezért az úszkálás nem jelent védelmet.

Külön felhívja a figyelmet a szerző a festékes anyajegy szín, alak, nagyság és felszín változásaira, mely korai jelzője lehet az esetleges rosszindulatú elfajulásnak. Ha ilyet észlelünk, azonnal küldjük kompetens szakemberhez (onkológus, dermatológus).

Dr. Hidas István

COPD – TARTÓSHATÁSÚ HÖRGTÁGÍTÓK, MINT ELSŐKÉNT VÁLASZTANDÓ KEZELÉSI MÓD

Kai-Micael Beeh – Der Allgemeinarzt 5:25 (2008)

Hogy pontosan milyen hatású az inhalatív kortikoszteroid terápia az abnormális gyulladáshoz vezető COPD esetében, még nem sikerült pontosan meghatározni. Mindenestre egy biztos, csökkenti a tüneteket, minimalizálja a visszaesés valószínűségét. Ez utóbbi megfigyelhető a tartós-hatású hörgőtágítók (pl.: a tiotropium) használata esetében is. Tény, hogy asztmánál az inhalatív szteroidok gyors, tartós hatást érnek el, ugyanez COPD esetében nem minden esetben valószínűsíthető meg. A tartós-hatású hörg-

tágítók – mint pl. a tiotropium (pl. a Spiriva) – vagy bármely β -agonista ugyanúgy csökkenti a tüneteket, sőt a recidíva hajlamot is. Ez a hatás annak ellenére jelentkezik, hogy direkt lóbgátló hatásuk ezeknek a szereknek nincsen. A jelenlegi irányvonalak szerint súlyos COPD esetében az inhalatív szteroid terápia az elsőként választandó szer, melyet szükség esetén egészítünk ki hörgőtágítóval.

Mire ügyeljünk a szteroid terápia esetében? A legfontosabb a száj-higiéne – a helyi mellékhatások megelőzése végett – idősebb betegeknek az általános mellékhatások (szénhidrát anyagcserezavar, osteoporózis, katarakta) – is figyelembe veendő.

Összefoglalva a COPD kezelése a következőképpen történik: első lépés a hörgőtágítás, mely nemcsak a szubjektív tüneteket, de a lefolyást és a recidíva hajlamot is befolyásolja. A súlyos esetekben emellett majd mindig szükség van inhalatív szteroid terápiára is, de ezt csak a hörgőtágítók elégtelensége esetében kezdjük.

Háziorvosi vonatkozásban az első lépés a pontos kórisme, ami csak a légzésfunkciós vizsgálatok elvégzésével biztosítható. Ha a kórisme COPD, első lépés mindig a tartós hatású hörgőtágító legyen, s csak sikertelenség esetén következzen a szteroid inhaláció. S csak abban az esetben, ha semmilyen ellenjavallat nem deríthető ki.

Dr. Hidas István

KÉT HAMBURGER, EGY ADAG SÜLTKRUMPLI ÉS A METABOLIKUS SYNDROMA RENDEL

M. O. Riordan Medscape Medical News 2008.01.28

Egy új vizsgálat eredményei újfent igazolták azt a régen gyanított ténytet, hogy a „nyugati diéta”, amely húsban gazdag, finomított gabonát, zsírban sült ételeket tartalmaz, elősegíti a metabolikus szindróma megjelenését. A tej fogyasztás vi-

szont némi védelmet jelent a kardiovaszkuláris rizikóval szemben. „Igen sok prospektív vizsgálat szól már a metabolikus sy és diéta kapcsolatáról, de ezen új eredmények szélesebbre nyitották a spektrumot” – mondja Syn Steffen. Senki nem eszik csak egyféle ételt, Egészségen véve a nyugati stílusú étkezést, amelyet a vörös hússal és feldolgozott zsírban sült ételekkel, örölt gabonával valamint az alacsony gyümölcs és főzelék, hal bevitellel jellemezhetünk kifejezetten előrehozza a metabolikus sy megjelenését!

A legbűnösebbek a zsírban sült ételek...

Fentiekkel együtt a metabolikus sy, mint tünetegyüttes pontos oka még nem ismert.

Az ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) tanulmány 9514 résztvevő kérdőíves felmérése alapján (az étkezési szokásokat „nyugati” illetve „szerény” étkezésre osztva) 9 éven át megfigyelt esetek 40%-ban lépett fel metabolikus szindróma, amelyet részletesen értékelve egyértelműen kiderült, hogy a nyugatias étkezést folytatóknál 18%-al több beteg lett, mint az egészségesebben étkezőknél.

A részletes analízis kimutatta, hogy főleg a hús, zsírban sült ételek és a diétás szóda (!) voltak felelősek.

A tejes étel viszont védő hatást fejtett ki.

A napi kétszeri hús evés 25%-kal több betegséget produkált, mint a heti kétszeri!

Dr. Faragó Erika

A CSONTRITKULÁS KÓRISMÉJE ÉS KEZELÉSE. HOGYAN ELŐZHETŐ MEG A LEGGYAKORIBB SZÖVŐDMÉNYE A CSONTTÖRÉS?

Christopher Niedhart – Der Allgemeinarzt 9:24-29 (2008)

A csontritkulás világszerte a leggyakrabban előforduló betegségek közé tartozik. Arról nem is szólva, hogy a megnövekedett mortalitás egyik leggyakoribb oka időskorban. Ennek

ellenére kevés történik a megelőzés és kezelés területén. Németországban a kezelést igénylő csontritkulásban szenvedő nők csupán 20%-a kap valamilyen kezelést a szövődmények megelőzése végett.

A kórkép egy szisztémás csontrendszer betegség, melyet a csontozat egészének szilárdság-csökkenése jellemez. Ezt a csontsűrűség változásával mérhetjük, s következménye a gyakoribb csonttörés. Az EVSz meghatározása szerint csontritkulásról szólunk, ha a T-score <2,5-nél, ez esetben a szövődmények (csonttörés) megelőzése végett kezelésre van szükség. Az előfordulási gyakoriság posztmenopauzális nőbetegek esetében, 55 éves korban kb. 7%, 80 éves korban közel 20%. Az évente bekövetkező emelkedés durván 1%-os, férfiaknál 0,6%. A kóros csontvesztés, ha az ösztrogén elvonás korábban bekövetkezik akár a 10%-ot is elérheti évente.

A veszélyeztető tényezők az életkor, a női nem, az előzményben előfordult többszörös csonttörések (különösen, ha ez banális balesetek kapcsán fordul elő!), pozitív családi anamnézis, mozgás-szegénység, alultápláltság és a dohányzás(!!!). Ez az utolsó tényező szorosan összefügg a naponta elszívott cigaretták számával, amit statisztikai adatok is többszörösen igazoltak.

Ha minimális trauma következtében észlelünk csonttörést, mindig gondoljunk csontritkulásra, mert az ilyen esetben elkezdett kezelés a folyamat gyors romlását akadályozhatja meg, ami a további csonttörések megelőzésének egyetlen lehetősége. A veszélyeztetettség meghatározására több „próbát” dolgoztak ki, ezek a koordinációs képesség, és a gyors reakcióképesség meghatározásával jelzik a sérülések veszélyét. Ilyen esetben különös figyelmet kell szentelnünk a megelőzésre, mind a kórkép kezelése, mind a mozgás-gyakorlatok folytatása területén.

A csontritkulás gyanúja (2–3 közötti T-score érték) a kezelés megkezdésének abszolút indikációját jelenti, a bifoszfónatok (Alendronat), a szelektív ösztrogénreceptor moduláto-

rok (Raloxifen), a Stronciumrelat és a parathormon készítmények mind szóba jönnek, hatásukra lassul a csontsűrűség csökkenése és javul a csontok stabilitása.

Szólni kell a másodlagos csontritkulás kialakulásáról, melyhez bizonyos betegségek (pajzsmirigy működészavara, idült lobos folyamatok, cukorbetegség, veseelégtelenség, alultápláltság, alkoholizmus,) gyógyszerek (kortison, nyugtatók, antidepresszívumok, protonpompagátlók, pajzsmirigy működést befolyásoló szerek) is hozzájárulnak. Ilyen esetben is a szövődmények megelőzését szolgálja a fent jelzett gyógyszer készítményekkel folytatott kezelés – természetesen folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett – amivel a szövődmények megelőzése és a gyógykezelési költségek csökkentése is megvalósulhat.

Dr. Hidas István

**A „GENDER”-MEDICINA
TEKINTSÜNK EL A FÉRFI
PROTOTÍPUSTÓL. (NEMHEZ
KÖTÖTT FARMAKOLÓGIA – A
HÖLGYEK „KÜLÖN BEJÁRATÚ”
GYÓGYSZERELÉST
IGÉNYELNEK?)**

*Stefan Lummer – a
Naturheilpraxis 2008. áprilisi
számában megjelent beszámoló
alapján.*

Az eddigi tapasztalatok alapján a hölgyek autoimmun kórképekben gyakrabban betegszenek meg, mint a férfiak, akik viszont sokkal gyakrabban halnak meg gyomorrákban. Ezzel szemben férfiak nem rendelkeznek kardioprotektív ösztrogénekkal, ami a menopauza idején már hölgyeknél is hiányzik. Az orvostudomány új ága a „nem-specifikus” orvoslás (Gender-medicina) ezt a nemek közti különbséget szeretné mind a kórisme megállapítás, mind a kezelés vonatkozásában figyelembe venni, az eredményesség javítás céljából.

Az orvosi beavatkozások, kezelési módok nem egyformán hatékonyak mindkét nemben. Ez tapasztalati

tény. Az is tényként kezelendő, hogy gyógyszer kísérleti alanyként a nő mindig „bizonytalansági tényező” már önmagában is. Azok a fiziológiás különbségek (a gyomor-bél felszívódási, motilitási viszonyai, a metabolizáció, a kiválasztás stb.), amik a gyógyszerhatást befolyásolják nagyon nagyok. Ezt különösen a thalidomid (Contergan) kísérlet szomorú tapasztalatai óta még komolyabban veszik a kutatók. Azóta egyértelművé vált, hogy az ideális kísérleti alany a 70–80 kg közötti súlyú, fehér bőrű, fiatal férfi. Az is régi megfigyelés, hogy a 20 és 40 év közötti korban a nők esetében sokkal több mellékhatás figyelhető meg, mint férfiaknál. Az is hozzájárul a különbségek feltűnéséhez, hogy a nők íratják fel (és szedik!!!) a forgalmazott gyógyszerek [-]át. Ez a szám az Egyesült Államokban még nagyobb, 80%.(!)

A hatáskülönbség azzal is összefügg, hogy a nők testsúlyának nagyobb hányada zsír, emiatt a zsírban oldódó készítmények felhasználása is egészen más, mint férfiak esetében (túl-adagolás veszélye!!!) Azután pl. az ASS „félidejű”-sége kétszer hosszabb nők esetében, mint férfiaknál. Ez összefügghet azzal is, hogy a gyomor-bél motilitásuk sokkal lassúbb. Hasonló felszívódás-lassulás következik be egy sor gyógyszer esetében, ha fogamzásgátlót szed a nő. Érdekes megfigyelés, hogy a stroke és az AMI – mint típusos férfi betegség – a hölgyeknél néha egészen atípusosan jelentkeznek. Éppen ezért sokkal veszélyesebb lehet, s a halálos vég is gyakoribb – különösen menopauza után – nők esetében. Az USA-ban leírt, hogy sokkal ritkábban kerül sor bypass műtétre nőknél, sőt ASS-t, ACE-gátlót, béta-blokkolót, sőt sztatint is ritkábban rendelnek nőknek, mint férfiaknak. Még egy különbség fordul elő a két nem között, és pedig ha a nő háziorvos kezeli pl. a cukorbeteg, ritkábban borul fel a szénhidrát anyagcsere. Ezt Köln és Bonn orvosegyetem orvosai között végzett felmérés alapján állítja a szerző. Az ok: a nő-háziorvos több időt szán a

gondozandó betegeire, a diétát pontosabban írja le és az ellenőrzést is komolyabban veszi.

Ref: a beszámoló egy olyan tényezőre hívja föl a figyelmet, amit – általában – nem tartunk fontosnak. Pedig! Ez is arra bizonyíték, hogy szakmánk nemcsak tudomány, hanem egy kicsit művészet, amit megtanulni nagyon nehéz. De ha valaki ilyen beállítottsággal műveli, sokkal több eredményt érhet el, mint ha „csak” mindent tud.

Dr. Hidas István

A WONCA-EUROPE RÉGIÓ EZ ÉVI RENDEZVÉNYEI, RÖVID ÖSSZEFOGLALÓ

Wonca-News 34(3)8-10/2008

Igor Svab beszámolója alapján a következő fontosabb események említhetők:

Februárban Isztambulban az Európai Égió Szervező bizottsága ülésezett, ezen az utolsó „símítások” történtek a szeptemberi európai regionális konferencia programján. Bécsben az Európai Radiológus társaság ülésén vett részt egy küldöttség, s megkísérelték összefoglalni azokat a közös feladatokat, melyek a jobb betegellátást szolgálják, s amelyekben a két szakma – az alapellátás és a radiológia – további együttműködése kívánatos lenne. Márciusban, Ljubljanában rendezett Európai Fórumon Igor Svab a kelet-közép-európai alapellátás problémáival foglalkozott, különös tekintettel az újonnan létesített alapellátási központok működésére. A fórumon, a szakembereken kívül politikusok is részt vettek, ez reményt adott a lehetőségek jobb tervezésére és a későbbi hatékonyabb együttműködés alapjainak megteremtésére.

Áprilisban, Lisszabonban az Európai Regionális szervezet vezetőségi ülésén – a Portugál Háziorvosi Társaság rendezésében – a WONCA és az UEMO (az alapellátásban dolgozó orvosok európai szervezete) együttműködési lehetőségei és a közeljövőben megvalósítandó tervek

szerepeltek a megbeszélésen. Több vélemény hangzott el, vajon az UEMO megfelelően képviseli-e az alapellátás minden problémáját, vagy változtatnunk kell-e, akár a képviselő, akár a képviselőlet mikéntje vonatkozásában. A konklúzió az volt, „van remény a javulásra”, csak a munkamódszeren kell javítani.

Dublinban ugyanebben a hónapban a szakma oktatása volt téma, a végző megállapítás minden résztvevő egyetértésével az volt, hogy a „one-to-one” egy oktató, egy oktatótt módszer a leghatékonyabb, ezt kell előnyben részesíteni minden országban. Nem sokkal ezután volt Portóban a portugál orvostársaság rendezésében hasonló témában egy továbbképző jellegű rendezvény. Ezen a továbbképzések tematikája, módszerei és várható eredményei szerepeltek a műsorban, a támogató gyógyszergyárak viselkedése volt a legfőbb tanulság, mivel nem óhajtottak marketing tevékenységet folytatni, ami szokatlanul pozitív hozzáállást jelentett részükről.

Végül Szlovéniában májusban rendezett konferenciáról – Európa egészsége határok nélkül – csak annyit, az orvosi hivatás és az alapellátás kapcsolata meghatározza az ellátás lehetőségeit, eredményeit és a hatékonyságát. Ez volt I. Svab bevezető előadásának fő mondanivalója. S ezt mi, magyar háziorvosok is elfogadhatjuk.

(A szept. 4–7. között rendezendő Európai Konferenciára még elfogadnak jelentkezőt: a www.WoncaEurope2008.com címen. Ref.)

Dr. Hidas István

ALVÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ LÉGZÉSI ZAVAROK. MIT TEHET A HÁZIORVOS?

Stefanie Lindl-Fischer összefoglalója a practica-Szemináriumon elhangzottak alapján. Der Allgemeinarzt 7: 12-13 (2008)

A horkolás és a légzési-apnoe egyre gyakoribb téma a médiumokban és

a mindennapi háziorvosi gyakorlatban is. A referálók – irodalmi adatokra hivatkozva – 20–50%-os előfordulási gyakoriságot feltételeznek. A témával részletesen foglalkozó szakemberek hangsúlyozzák, hogy addig, amíg a tünet az érintettnek panaszt nem okoz – nappali fáradékonyság, elalvásza-var, feledékenység, fejfájás, vizelési inger, látászavar, potencia-problémák – kezelést nem igényel.

Ha egyáltalán fölmerül a gyanú, alvási-apnoe fennállására, a részletes kórtörténet segítségével kíséreljük meg kizárni a pajzsmirigy betegség, COPD, GERD, polineuropátia, vagy pszichiátriai kórkép fennállását. Természetesen fül-orr-gégész kell, kizárja ilyen kórok (orropolip, orrsövényferdülés, idült mandulagyulladás, makroglossia stb.) fennállását is. Ha mindez negatív eredménnyel záródik, következhet az alvás-labor, ami esetleg elvezet a nappali panaszok kórokának kiderítéséhez.

A legvesélyeztetettebb betegcsoport a 40 év feletti férfiaké, különösen, ha elhízottak. Ha cukorbetegsége is van a panaszosnak, a veszélyeztetettség foka megsokszorozódik. Alvás-labor vizsgálat során nem ritka a 30 mp–3 perc (!) légzéskimaradás sem.

Az eleve veszélyeztetett csoport további rizikója az oxigén-hiányos állapot, amit a hosszú légzéskimaradás provokál. Ennél a csoportnál az agyi katasztrófa veszélye kb. 2–3-szorosa, a hasonló korú alvászavar nélküli csoporttal összehasonlítva. A megoldás egy olyan szerkezet, mely az orrjáratokban a légutak nyomásvizonyait úgy állítja be, hogy az oxigén ellátottság folyamatosan optimális marad. A szükséges nyomásvizonyokat, pontos mérés alapján az alvászavar tudja meghatározni, s ha sikeres a beavatkozás, rövid időn belül az ébredés után ezek a páciensek fittnek, frissnek érzik magukat. A vérnyomás értékek (mind a szisztolés, mind a diasztolés) legalább 10 Hgmm-rel csökkenté-ken stabilizálódtak. Fontos az érintettek szoros együttműködése,

különösen a testsúlytöbblet csökkentésével érhetünk el sokkal jobb eredményt, így ennek szoros ellenőrzése és a beteg motiválása fontos, ez elsősorban a családorvos feladata kell, legyen.

Dr. Hidas István

ALVÁSZAVAROK. ISMERJÜK FEL, RENDEZZÜK, KEZELJÜK! A MINDENNAPI KÖZÉRZET HATÁROZZA MEG A KEZELÉS MIKÉNTJÉT

Stefanie Lindl-Fischer – Der Allgemeinarzt 7:6-10 (2008)

Az elalvási és/ill. átváltsi rendellenesség nem ritka és egyáltalán nem bagatellizálható dolog. Németországban minden ötödik – többségében nő – alvászavarral küszködik, s egyharmaduk kezelésre is szorul. Ha ez a tünet négy héten keresztül, legalább hetenként háromszor előfordul és a napi közérzetre is rossz hatással van, kezelést igényel. A hosszú ideig fennálló panasz balesetveszélyt jelent, s a depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakoriságát nyolcszorosára emeli. (!)

Az organikus háttért nélkülöző tünetet primer, a külső tényezők (zaj, fény effektusok, hőség stb.) provokálta alvászavart másodlagos alvászavarként tartjuk számon. A betegségek közül majd minden neuro-pszichiátriai kórkép (demencia, Parkinson-kór, epilepszia, krónikus fájdalom tünetegyüttes stb.) okozhat alvászavart.

A háziiorvosi gyakorlatban néhány ritkább formát is tapasztalhatunk: a heveny alvászavar (alkalmazkodás hiánya – stressz-szituációban, hirtelen környezetváltozás esetén stb.), a pszichopatológiás alvászavar, mely egy „ördögi kör” következménye, mikor is az egyszer tapasztalt elalvás, átválts zavar félelmet generál, aminek következménye a fent jelzett tünet. S végül a „paradox alvászavar”, amikor az alvás-ébredés megítélése okoz problémát.

A kórisme tisztázása a mi feladatunk. Ehhez az organikus ok kizárása, vagy

megerősítése elengedhetetlen. A részletes kórtörténet ebben nagy segítség: mióta, milyen gyakran fordul elő? A nappali közérzet, az életmód (dohányzás, alkoholfogyasztás, kávé), utolsó étkezés időpontja, módja, milyen sokáig marad fekvé ébredés után, napközben „pihen-e”, a családtagok megfigyelése – horkolás, légzés-kimaradás – fizikai, pszichés terhelés, félelmek, más kezelés pl. fájdalom miatt, gyógyszereszedés stb.).

Ha gyógyszeres beavatkozás mellett döntünk, első lépésként mindig gyors hatású, rövid hatástartamú gyógyszerrel indítsunk. Azt tudunk – és tudomásul vennünk kell(!) – a kórisal az alvási igény csökken. Normálisnak tekinthető, ha egy éjszaka 6-8x, pillanatokra éberebbek leszünk, ezt – általában – nem is fogjuk fel. Ha viszont hosszabb ébredési szakaszt szenvedünk el, az a nappali aktivitás romlását okozza. Az alvászavar megszüntetését mindig előzze meg a pontos kóris felderítése. A következő lépés az „alvás-higiéne” alapszabályainak megtartása: mindig ugyanabban az időben térjünk nyugovóra, az alvóhely nyugodt körülményei – elsötétített, csendes, kényelmes fekhely – fontosak, hosszabb elalvászavar esetén váltsunk helységet, esetleg mozogjunk. A lefekvés előtt végzett relaxációs gyakorlat, vagy bármilyen nyugodt elfoglaltság, segít az alvászavar megszüntetésében.

A gyógyszeres beavatkozás első lépése mindig a pontos ok-felderítéssel kezdődjék: mióta zavart az elalvás, s az milyen típusú. Heveny zavar esetén a leghatékonyabb kezelési mód az anxiolitikum csoport (benzodiazepam) bármely, rövid hatástartamú készítménye. Ha „kevert” – elalvás és átválts egyaránt zavart – az alvászavar, akkor elhúzódó hatástartamú készítményt alkalmazzunk. A hozzászokás elkerülése végett a szedatív hatású antidepresszánsok is szóba jönnek (amitriptilin, trimipramin) esetleg közepes erősségű neuroleptikummal is megkísérélhetjük a panasz megszüntetését.

Fontos, hogy legyen egy kezelési tervünk, melyhez – a biztos sikertelenség bizonyításáig – ragaszkodjunk. Ugyanez vonatkozik az ún. másodlagos alvászavarra, ahol a kóris – viszketés, fájdalom, légszomj stb. – megszüntetése után lehet csak eredményes minden kísérletünk.

Leírt alvászavart provokáló az ún. „nyugtalan-láb” („restless-legs-syndrome” RLS) tünetegyüttes, melynek igazolására érdemes bármely benzodiazepam készítményt kipróbálni, mert az elalvás és átválts zavarát – többségében – jól befolyásolja. A kóris megállapítása részletes kórtörténet kikérdezésével majdnem biztos, ezért erre kell a hangsúlyt helyezni. Ha ennek a kórisformának az elsődleges típusa igazolható, az első választandó szer egy L-Dopa készítmény lehet, mely teljes tünetmentességet hozhat. Ennek a tünetegyüttesnek a gyógyításában a rendszeres edzés (l. kerékpározás), a helyi masszáz, hűtés mind jó hatású lehet.

Dr. Hidas István

AZ ALAPELLÁTÁSBAN LÉVŐ ORVOSHIÁNY VESZÉLYEZTETI A NEMZET EGÉSZSÉGÉT. NÖVEKSZIK A KÜLFÖLDÖN KÉPZETT ORVOSOK SZÁMA

*Kim Krisberg
Medscape Internal Medicine
2008.06.04*

Több szövetségi államban egyre zsugorodik az alapellátásban dolgozó orvosok száma, amelynek oka a csökkenő finanszírozásban rejlik, egy megfelelő pénzügyi program növelné a létszámot.

A kormány vizsgálata szerint, amelyet ez év februárban közöltek, az amerikai orvostanhallgatók száma, akik az alapellátási oktatási programban vettek részt, 1996-ban 23 800-ról 2006-ra 22 100-ra esett vissza. Sok tényező között a legfontosabbnak az „orvosi piacon” elfoglalt alacsony státusz a felelős, azaz a szakorvosok túlértékelték.

A jelentés szerint pedig az elsőd-

leges ellátáshoz való hozzáférés javuló általános egészséget és kevesebb költséget jelent! A. Bruce Steinwald már krízishelyzetről beszél a hiányzó orvos létszám miatt.

„A paradoxon arról szól, hogy az USA egészségügyi költsége a legnagyobb (per capita) a fejlett országok között, mégis olyan sorokban, mint életkilátás, csecsemő- halálozás, megelőzhető halálok, és biztosítottak száma a legalacsonyabbak között vagyunk.” (*mintha magunkat hallanám... Ref.*)

A vizsgáló bizottság megfontolásra ajánlja az egészségügyi programokat az általános orvoslás és fogorvoslás vonatkozásában. Sokféle módon támogatandó a hallgatók képzése, tréningje, beleértve az ösztöndíjat, juttatásokat, és kritikusnak tartja a nem megfelelően ellátott és hátrányos területek orvoshiányának javítását !...

Az alapellátás „esszenciális alap a jól teljesítő egészségügyi rendszerhez”, gyakran a betegkapu a további ellátáshoz, és a betegvezetés koordinátora. (K. Grambach véleménye, Általános Orvosi Centrum, San Francisco.)

A törvény támogató javaslata ellenére, mint annyi más közegészségügyi problémánál, a költségvetés sorozatos támadások tárgya. A Bush féle 2009-es költségvetés is (2008. február) kb. 1 billióval csökkenti az oktatási és tréning programokra adható pénzt.

Az általános orvosi ellátás fontosságát pedig minden politikus elismeri. Tudott, hogy legnagyobb szerepe a prevencióban van. A probléma megoldása a szak és általános orvosok közötti szakadék áthidalása. A képzés igen sokba kerül, és a pénzt a szakorvosok hozzák... Ennek változnia kell, mondja King. A fee-for-service mindig megmarad, de a fizetőknek valahogy az általános orvost is jutalmazni kellene, miután rengeteg időt töltenek el a betegek menedzselésével, a profilaxissal, a krónikus betegek gondozásával (Dr. King idejének 40%-át teszi ki a megelőzési tevékenység). A szakorvosok a beteg embereket

látják el, az általános orvosok az egészség fenntartására helyezik a fő hangsúlyt.

„A prevenció irányába kell fordulnunk. Olyan területeken, ahol jobb az alapellátás, az egészségi állapot is jobb és a kiadások is kisebbek.” Mostanában az orvoshiányos helyekre külföldről hívnak el orvosokat (rekrutálók vannak!), nő a számuk – ennek etikus és praktikus volta időnként megkérdőjeleződik, és le akarják állítani. A Lancet egy cikke szerint az a tevékenység, hogy afrikai orvosokat csábítanak Amerikába, bűncselekmény az ottani lakossággal szemben, ahol még nehezebb a helyzet.

Emellett ezek az orvosok nem tájékozottak az amerikai közösségek ellátási igényeit illetően (tréningek hiánya, kulturális különbségek, rasszok stb.) Sokszor a jól képzett asszisztens vagy nővér is jól ismeri az ellátási teendőket...

Az államnak fel kell ismernie, hogy igen is kifizetődő az alapellátás erősítése, a káderek képzése, ezáltal a köz egészségének javítása.

Dr. Faragó Erika

(*A cikket azért tartottam érdemesnek a közlésre, mert kísértetiesen összezseng a mi problémáinkkal Ref.)*

FARMAKOKINETIKUS INTERAKCIÓK. ÉTKEZÉS ÉS GYÓGYSZEREK.

Mechanizmusok és klinikai lényeg

Markus Zieglmeier – Der Allgeminarzt 9:36-40 (2008)

Az ajánlás, miszerint a gyógyszert az étkezés előtt, vagy után vegyük be, többségében helyes, és a hatékonyságot befolyásoló tényező. Ennek ellenére nagy figyelmet érdemel, mert vannak gyógyszerek melyeknek felszívódását, hatását, esetleges mellékhatások kialakulását nagymértékben alakíthatja mind az időpont, mind az elfogyasztott ételmiszer minősége.

A biológiai hatékonyság javítását, vagy csökkentését is okozhatja mind

a felszívódás, mind pedig a metabolikus folyamatok révén.

A gyógyszer útja a szervezetben két fázisra bontható. A farmakológiai szakasz az alkalmazás, a szétesés és az oldódás, a farmakokinetikus szakasz a felszívódással indul, a metabolizációval folytatódik, és a kiválasztással fejeződik be.

A gyomorban történik a gyógyszer elbontása és a hatóanyag oldása, de a felszívódásban e szerv már kevesebb szerepet játszik. Egyrészt a mérsékelt felszívódási terület (0,2 m²), a nyákkal borított felület és a kedvezőtlen pH érték befolyásolja kedvezőtlenül a folyamatot. A vékonybél működése, a bélbolyhok jelentette sokkal nagyobb felszívódási felület miatt (100–200 m²), csupán a gyomor-ürülés sebességétől függ. Ebben a funkcióban a kapszula formátum jelenthet akadályt, mivel a pylorus a 2 mm-nél nagyobb darabot (a saválló kapszulák és drazsék ilyenek) csak a teljes kiürülés után „engedi át” a nyombélbe, ahol a hatóanyag „felszabadulása”, majd felszívódása történik. Ezért történik az újonnan kibocsátott gyógyszereknél a „pellet”-formátum alkalmazása, melyek legnagyobb átmérője 1,5 mm. Vannak ajánlások, mely szerint a sav-álló gyógyszer-draxsék étkezés előtt 1 órával történő bevétele ajánlott, hogy a hatás (pl. fejfájás csillapítására alkalmazott gyógyszer esetén) ne órák múlva alakuljon ki. A rendszeresen szedett gyógyszerek esetén olyan szer alkalmazása javasolt, melynek csúcshatása nem azonnal, hanem fokozatosan alakul ki, ennek megfelelően a hatékonyság időtartama is elnyúlt („retard-effektus”). Ennek persze feltétele, hogy a tele gyomor is csupán lassítsa a hatás kialakulását, ne pedig túl hosszan elnyújtsa.

A hatás kialakulását és/ill. tartamát, nemcsak az étel minősége, mennyisége, hanem a párhuzamosan szedett egyéb gyógyszerekkel kialakuló interakció is befolyásolja. Érdekes megállapítás az antikoaguláns (warfarin) kezelés vonatkozásában, hogy az eddig hangoztatott K-vitaminújs

táplálkozás (zöldség-gyümölcs gazdag étrend) a hatékonyságot nem befolyásolja annyira, hogy annak terápiás következménye lenne. A sztatinok közül a szimvasztatin, lovasztatin, és atorvasztatin lebontás-gátlása okozhat emelkedett szérumszintet, ennek következtében leírtak rhabdomyolysist. A fluvasztatin és a pravasztatin ilyen mellékhatása nem ismert. A metformin és szulfonil-urea készítmények egyéni hatékonyság-változása ismert, ezért ezt figyelembe véve történjék a beállítás.

Az immunszuppresszív szerek nefrotoxicitása ismert, fokozott ellenőrzés mellett alkalmazzuk. A pszichofarmakonok emelkedett vérszint mellett mozgáskoordinációs problémát okoznak, erre külön figyelmet érdemes szentelni. Némely antiarritmiás szer a QT idő megnyúlását okozza, következménye kamrafibrilláció is lehet. Az antikonvulzívumok sok mellékhatást okozhatnak, lassú lebontásuk önmagában okozhat görcskészség fokozódást.

Végül az antibiotikumok étkezés előtt, közben vagy után történő bevétele állandó vitát vált ki. A penicillinnek az egy időben történő étkezés hatására 50%-kal csökken felszívódása. Ugyanakkor az amoxicillin – lipofil tulajdonsága miatt is – ilyen tulajdonsággal nem rendelkezik. A kinolonok és teraciklinek a magnéziummal, a káliummal és vassal, sőt az alumínium tartalmú savcsökkentőkkel is nehezen felszívódó komplexet képeznek. Együttadásuk rontja a hatásfokukat. A mindennapi gyakorlatban a tej és tejtermékek, sőt az ételízesítők és más kiegészítő adalékok (vitamin és ásványianyag készítmények) szintén okozhatnak hasonló interakciót. Ezért a gyógyszeradagolásnál, és/ill. azok hatásának értékelésénél ezeket a már ismert problémákat mindig vegyük figyelembe. Az antibiotikum kezelésnél esetleg a kevésbé érzékeny készítményeket (Pl.: ofloxacin, levofloxacin, doxycyclin, minocyclin) használjuk elsősorban a kinolon ill. a tetracyclin csoportból. Persze vannak készítmények, me-

lyek az étkezés közben, vagy közvetlen utána történt bevétel esetén sokkal jobban szívódnak föl (elsősorban egyes cephalosporin készítmények), ezeket így érdemes alkalmazni, s erre a betegek figyelmét is érdemes felhívni.

(Ref.: A cikk mindennapjaink problémaköréből vett mintát mutat be. Úgy gondoltam, érdemes részletesen ismertetni, mert ilyen jellegű információk ritkán jutnak el hozzánk, háziorvosokhoz, pedig ismertük mind a terápia sikere, mind a mellékhatások megelőzése végett, értékes információ.)

Dr. Hidas István

HOGY SEGÍTHET A CSALÁDORVOS AZ UTOLSÓ NAPOKBAN? A PALLIATÍV MEDICINA IS FONTOS A BETEGELLÁTÁS VONATKOZÁSÁBAN.

T. Lichte, H-M. Mühlenfeld, M. Bernd - Der Allgemeinmedizin 9:16-21 (2008)

A haldokló beteg ellátása, gondozása elsősorban – mint minden beteg közeli teendő – a háziorvos feladata. Ebben a teendőben nemcsak a testi panaszok – légszomj, szájszárazság, köhögés, fájdalomcsillapítás – ellátásáért felel, hanem az érintettnek és hozzátartozóinak lelki támogatása is rá hárul. A WHO meghatározása szerint A palliatív medicina módszer, mellyel a gyógyíthatatlan betegek és környezetük életminőségét javítjuk. Csökkentjük mind a testi, mind a lelki terhet, mely ezeket a betegeket átlagon felül terheli.

A háziorvosi szolgálat – mint legilletékesebb e kérdésben – tapasztalata alapján kimondható, hogy ezeket a betegeket – lehetőleg – a beteg kívánsága szerinti környezetben, a saját, megszokott otthonában lássuk el, oly módon, amely a legkisebb terhelést jelenti az érintettnek. A legfontosabb a beteg számára a biztonság, ami a segítség 24 órás elérhetőségét jelenti leginkább. Sajnos előfordul, hogy olyan spe-

ciális ellátást igénylő tünetcsoport alakul ki, melyet csupán egy ún. „palliatív-állomáson” lehet megvalósítani, ilyen esetben – természetesen – a rászorulókat ilyen osztályra kell beutalunk.

A kezelés és a palliatív teendők elkezdése határeset, a háziorvos döntésétől függ, mikor hagyjuk abba a – sokszor megterhelő – gyógykezelést és szorítkozunk a tünetek csökkentésére és az életminőség romlásának megakadályozására. Ugyanígy a vállalható feladatok is egyénileg változnak az orvos–beteg kapcsolattól, a felszereltségtől, a lehetőségektől és a beteg igényeitől függően.

A halált megelőző ápolási–kezelési igény is változó, lehet egyszerűen a „meghalni hagyni” az életben tartó infúzió, vagy lélegeztető készülék „kikapcsolása”, vagy egy intenzív fájdalomcsillapító (kábitó) szer adagolása mellett, ami az eltávozást nem gyorsítja, de könnyebbé teszi. Fontos háziorvosi feladat a tünetek észlelése és hatékony befolyásolása. Kezdve a gyakori hányingertől, a székrekedéstől, szájszárazságtól, kiszáradástól, félelemtől, légszomjtól, köhögéstől, verejtékezéstől, hosszantartó étvágytalanságtól keresztül a végstádium kialakulásáig. Ez idő alatt gyakori az éhenhalástól, szomjan halástól való félelem, ennek „kezelése” még leginkább a figyelem elterelése, más probléma „fontossá tétele” révén érhető el. A folyadékpótlás parenterális módját csak abba az esetben ajánlják a szerzők, ha annak nemcsak az élet – szenvedésekkel rontott – meghosszabbítását remélhetjük, hanem valódi életminőség változás várható tőle.

Fontos, hogy a fájdalom eredete mindig megtalálható és ezen keresztül befolyásolható legyen, a kábitószer rendeléstől nem szabad félnünk, ha a gyógyíthatatlan beteg fájdalma csak e módon csillapítható, bármely alkalmazási mód szóba jön. Azt is jó számításba vennünk, hogy a fájdalomcsillapítás hatásfoka egy sor „koanalgetikum”-mal (anti-depresszívumok, antikonvulzívumok, miotonolitikumok, kortiko-

szteroidok, spazmolitikumok, bifoszfónátok) javítható. Ezt azért is fontosnak tartják, mert a klasszikus fájdalomcsillapítók nem kívánt mellékhatásai (szedatív hatás, hallucináció, izzadákonyság, viszketés, vizelettartási rendellenesség, izomrángások, szájszárazság kiváltása) elkerülhetők.

A „halálba kísérés” a családorvos speciális, alig pótolható feladata, a folyamatos tünetorientált tájékoztatás, a panaszt okozó tünetek gyógyszeres, pszichoterápiás befolyásolása nagyon fontos. Soha ne hangozzék el „semmit nem tudok már megkísérelni”, ezzel az utolsó mentőövet is elveszítheti a haldokló. A folyamatos kommunikációban a szociális ellátás szakemberei is segíthetnek, s ezt már csak a hozzátartozók – a pontos felvilágosításon alapuló – tájékozottsága egészítheti ki. A hospice szolgálat megalapítója Cicely Saunders fejezte ki egy mondatban az utolsó napok feladatát: „Az utolsó napoknak biztosítsunk több életet, de ne az életnek több napot!” Az eltávozás legyen emberhez méltó, ne egy zuhanás a semmibe. A mai élet kultúrát befejezése emberhez méltó legyen, s ehhez a méltó befejezéshez az egész életet végigkísérő családorvos képes sokat hozzáadni, de egy-egy elhibázott intézkedéssel, vagy akár mondattal mindent elvenni is.

Ref.: A cikket nagyon fontosnak ítélttem már első olvasásra. S minél többet foglalkoztam vele, annál fontosabbnak találtam. Ez a téma

valahogy mindig kimaradt az alapszintű oktatásunkból, pedig mindannyian sokszor találkozunk a „halálba kísérés” problémájával és néha a megoldás nem is olyan egyszerű. A leírtak, talán, valamennyit segítenek ebben.

Dr. Hidas István

**ORVOS ÉS BETEG
KAPCSOLATA. HOGYAN
„TUDÓSÍTSAM” A ROSSZ HÍRT?**

*Alfred Haug - Der
Allgemeinarzt 12:18-19 (2007)*

A mindennapi orvosi gyakorlatban az egyik legrosszabb teendő, ha rossz hírt – rákbetegség, vagy más súlyos kórkép diagnózisát, prognózisát – kell közölnünk betegünkkel. Nemrég még gyakran előfordult, hogy a beteg elől elhallgattuk, a hozzátartozók közül is csak azoknak mondtuk el rosszindulatú, vagy súlyos kórkép diagnózisát, akik ezt képesek voltak helyén kezelni. Ma megváltozott a helyzet, csak akkor marad el a felvilágosítás, ha a beteg kifejezetten hangot ad ilyen óhajának. Ezt a tényt azonban, az óhaj megfelelő dokumentálása után írásba rögzítsük!

Ha ilyen feladat vár ránk, fontos figyelembe vennünk, hogy az érintett számára a tervezhető, okvetlenül megoldandó feladatok időben, térben, eszközben milyen igényt jelentenek. A jövő a beteg számára „behatárolt”, a tervezhető feladatok fontossági sorrendje gyakran

nehezen meghatározható, a követhető életstílus, a betegség gyógyítási lehetőségei, a terápiás stratégia mind pontosítandók.

Az érintett beteg többségében meghatározza milyen mélységben, kivel, milyen kérdéseket akar tisztázni, s ehhez mi orvosok okvetlenül ragaszkodjunk.

A tisztázandó kérdések: mennyit tud a páciensünk betegségéről? Van-e hasonló betegségről környezetében tapasztalata? Honnan, mennyi ismeretet szerezhettek a betegségről az érintett? Mennyire képes földolgozni az új adatokat, s mi orvosok mennyire vagyunk képesek a lényeg tisztázni, a várható lefolyást, a jelentkező szövődményeket elmagyarázni? Nagyon fontos, hogy minden kérdésre, a beteg szellemi színvonalán, de konkrét választ adjunk, sokkal jobb, ha tőlünk kap megfelelő információt, s nem egy ellenőrizhetetlen forrásból.

Fontos, hogy a beteg érezze, számunkra is fontos a pontos felderítés, és a lehetőségek tisztázása. Ezért mindenképpen ajánljuk fel, bármi kérdés merül föl, rendelkezésre állunk a probléma megbeszélésére a kérdés tisztázására. Ez minden esetben megnyugtató a beteg számára és segíti a feldolgozást, a tünetek befolyásolását, vagy akár a gyógyulást is. Az ilyen jellegű hozzáállás javítja az orvos–beteg kapcsolatot, segíti a betegút megismerését, követését és – sok esetben – a kezelés sikerét is.

Dr. Hidas István

A melatonin szerepe az alvás-ébrenlét szabályozásában

A tobozmirigy (corpus pineale) élettani szerepe a XX. század derekáig meglehetősen ismeretlen volt. 1958-ban vált ismertté, hogy a tobozmirigy melatonint választ ki (Lerner 1958.) mely triptofán-5 hydroxitriptofán-serotonin lépcsőn keresztül képződik.

Az egyedfejlődés során a tobozmirigy a közvetlen fényérzékenységgel rendelkező szervből alakult át hormontermelő miriggyé. Emlősökben és embereknél is a melatonin termelés jellegzetes napszaki ritmust mutat, melyet a szem felől érkező fényimpulzusok szabályoznak. A fényperiódus sötét szakában (éjszaka) a melatonin vérszintje emelkedik, míg közvetlen fényhatásra (nappal) csökken. A melatonin ezen napszaki ritmusának a környezeti fényviszonyokkal való összehangolását a az agyban az agyalapi mirigy felett elhelyezkedő „mag” (suprachiasmaticus nucleus=SCN) irányítja. Ez a „mag” alapvető az alvás-ébrenlét, a táplálékfelvétel és az aktivitás szinkronizációjában tehát egy biológiai „órának” tekinthető, melynek hormonális transzmittere a melatonin, ami jelzi a szervezet számára a világosság és sötétség napszaki és évszakkal összefüggő változásait.

Egyes életkorokban más és más a melatonin kiválasztás:

Az újszülötteknek még nincs kialakult napszaki ritmusa (melyben a melatonin mintegy karmester szerepet játszik) és az újszülöttekre jellemző tartós alvási szakaszok a viszonylag állandó melatonin-szinttel függenek össze. A születés után kb. 3. élethónaptól kezdődően figyelhető meg az éjszakai melatonin szint emelkedése, majd stabilizálódása, aztán a pubertás körül van egy csökkenési periódus a nemi érésel és intenzív hormontermeléssel fordított arányban. Az életkor előrehaladtával különösen 50 év felett és főleg nőknél, fokozatosan ismét lecsökken a belső melatonin szekréció. Ezzel is magyarázható – többek között – az idősök elalvási, alvási problémája.

Melatonin termelődés és éjszakai műszak:

Az álmoság érzése és az éjszakai órákban jelentkező testhőmérséklet csökkenés valamint fáradtságérzés, aktivitás csökkenés mind kapcsolatba hozható a melatonin-nal.

A vérben a melatonin szintje este 10 után kezd normál körülmények között emelkedni, majd éjjel 2 és 4 óra között a legmagasabb, aztán az éjszaka további részében fokozatosan csökken. Az állandó megvilágítás, vagy a tartós éjszakai fényhatás kioltja a szervezet melatonin termelését ezért gyakori jelenség az éjszakai műszakban dolgozók fokozatosan kialakuló alvászavara, melyet melatonin gyógyszer adásával orvosolni lehet.

Mi okozza az utazáskor jelentkező „jet-lag” szindrómát?

A „jet-lag” szindróma a több időzónát átrepülő egyének számára ismert jelenség, ami azzal jár, hogy az új időzónában felborul a szokásos alvás-ébrenlét ritmus, alvászavar alakul ki és a szervezet megszokott normál napi bio-ritmusában is kellemetlen változások következhetnek be. A jelenség háttérében a megzavart melatonin termelés áll, amelyet könnyen és eredményesen lehet orvosolni melatonin külső bevitelével.

A melatoninnak ezen túlmenően is többféle hatást tulajdonítanak, legérdekesebb ezek közül az öregedés lassító, az immunrendszert erősítő, a kedélyállapotot befolyásoló tulajdonsága.

Ezen állítások bizonyítása azonban további kutatásokat és vizsgálatokat igényel.

Dr. Sándor Edit
orvos igazgató
Pharma Nord Kft.