

■ A BITOSÍTÓ FIATAL ORVOSOKNAK A BRANDENBURG TARTOMÁNY VIDÉKI PRAXISAIBA TÖRTÉNŐ LETELEPEDÉSKOR 50 000 € PRÉMIUMOT AD

a www.kvbb.de hírportálról

Brandenburg tartományban a távolabbi vidéki praxisok ellátását javítandó a biztosító minden letelepedő házi orvos részére 50 000 € támogatást ad. Remélik, hogy ezzel valamit javíthatnak az eddig rosszabbul ellátott területek egészségügyi alapellátásán. Ez évben ezt mindenütt a kasszák biztosítják, 2010–2011 évben a költséget megosztják a területi önkormányzatokkal

Az eddigiekben is prémiummal jutalmazták azokat, akik vállalták az ellátatlan területen történő letelepedést, most azonban – az eddigi kísérletek sikertelensége miatt – a fizetendő összeget jelentősen megemelték.

A hozzájárulás az ellátatlan területeken a fent jelzett összeg, de ha másutt indít egy orvos alapellátási praxist, annak is 40 000 €-val segítik az indulását.

Ha egy működő praxis mellett egy ún. „fiók-praxist” – kapcsolt község, vagy külterület stb. ellátására – is vállal a letelepedett házi orvos, akkor plusz 15 000 € hozzájárulással számolhat.

Az intézkedés az eddig „elmaradott” területnek minősíthető tartományok és/ill. települések jobb egészségügyi alapellátását szolgálja.

Dr. Hidas István

■ A BIZTOSÍTOTTAK KRÍZISE. EGY HATÁRIDŐ NÉLKÜLI MEGÁLLAPODÁS MEGMENT(HET)I A JÁRULÉKOKAT

Johannes Fiala, Peter, A. Schramm - Der Allgemeinarzt 2: 30(2009)

(Jóllehet a cikk nem szakmai kérdéseket feszeget, de a finanszírozás és egyáltalán a pénzügyi helyzet változásai, új szabályai, bennünket – vállalkozó házi orvosokat – is érintenek. Ezért tartottam indokoltnak referálni. Ref.)

Az a káosz, ami ma Európa-szerte uralkodik a banki szféra minden szintjén, nemcsak a bankokba vetett bizalmat ingatta meg. Ma egyre többen kérdezik, mi lesz (lett?) a biztosítási-, a nyugdíj-járulékokkal? Lesz-e nekünk, vagy még akár gyermekeinknek megélhetést biztosító bevételük, később nyugdíjuk?

Napjainkban egyre többen hangot adnak – úgy tűnik nemcsak idebaza Ref. – annak a megalapozott gyanúnak, hogy láthatólag mindenütt csökkentik a nyugdíjba beszámítható jövedelmeket, s ezzel összefüggően a nyugdíjakat is.

Egy 50 éves törvény (Németországban) lehetővé teszi a munkavállaló nyugdíjbiztosítási viszonyának felmondását, ha a teljesítését bizonytalanak ítéli. Kétségtelen, sokszor

pénzügyi spekulációt is föltételezhetünk az ilyen változtatások hátterében, de ajánlatos figyelemmel kísérni mind a banki, mind a biztosítási szférát, mert komoly meglepetések érhetik a becsületesen gondolkodó laikust.

A mai törvények Németországban lehetővé teszik, hogy abban az esetben, ha a pénzügyi viszonyok megítélése alapján károsodni látszik a biztosított, bármikor felmondhatja a biztosítási jogviszonyt, vagy a kapcsolatot a bank-szférával. Természetesen abban az esetben, ha a szerződésben erről nem ellenkező módon állapodott meg. A jelen törvények alapján az addig befizetett összeg teljes egészét visszakövetelheti, sőt a szerződések többsége az értékállóságot is garantálja.

A jogi szakértők – akik a cikk szerzői – azt is hangsúlyozzák, hogy minden ilyen esetben ajánlott szakértő véleményét és segítségét kérni, mivel a szerződések tele vannak buktatókkal, amik általában meghaladják a (többségében, e területen laikusnak számító) szerződők felkészültségét.

Dr. Hidas István

■ A CUKORBETEG-LÁB NEDVET ÉS ZSÍRNEMŰ VÉDŐANYAGOT IGÉNYEL

Stefanie Lindl - Der Allgemeinarzt (MONITOR) 14 23 (2007)

A cukorbetegek 80%-a szenved száraz, sérülékeny alsó-végtag bőrelváltozások miatt. Az elváltozás sokkal több, mint egyszerű kozmetikai probléma. A száraz és rugalmatlan felhám ugyanis megteremti a bőrsérülés lehetőségét. A következmény: nehezen gyógyuló alsóvégtag fekélyek, ami sokszor – minden kezelés ellenére – amputációval végződhet.

Az ilyen szövődmény jelentkezése a diabetikus „podo-pathia”, a polyneuropathia speciális, cukorbetegekre jellemző jelentkezési formája. A kórok egyértelműen az egyensúly- vesztett szénhidrát-anyagcsere.

Az első tünetek: nem, vagy alig manifesztálódó hő- és fájdalom-érzésvizelés, melyet teljes érzés-zavar követ (szenzoros neuropátia). Ezt követi a koordináció zavara, mely túlzott és/vagy zavart terhelést okoz a lábfejen. Ennek következménye különböző helyeken jelentkező bőrke-ményedések, véraláfutások. Majd a motoros neuropátia tüneteként jelentkező verejték és faggyúmirigy „alulműködés” jelei (az autonóm neuropátia legfontosabb tünetei), ami miatt a száraz, merev felhám sérülésnek sokkal inkább kitett.

Mindig fontos vizsgálandó terület a sarok körüli bőrszakasz, aminek mindkét – mediális és laterális – szélén hámláshoz hasonló, pikkelyes bőrelváltozások figyelhetők meg. Ha alaposan megvizsgáljuk minden cukorbeteg lábát, hamar fölfedezhetjük a nyomási pontokat – más a színe és még szárazabb a bőr – s akkor e terület védelme segíthet a baj gyors tovaterjedésének megakadályozásában.

Az alkalmazott bőrvédő kenőcs hidrofil, és nagy zsírtar-

talmú, esetleg A vitamint is tartalmazó legyen, amit – esetleg hozzáférhetőség hiányában – magisztrális készítményként – magunk is összeállíthatjuk a gyógyszerárunkban
Dr. Hidas István

(A közel két éve megjelent cikk – újra lapozva a régi számokat, került a szemem elé – fontos a mindennapi gondozás, szövődmény megelőzés szempontjából is, ezért ma is aktuálisnak ítélem Ref.)

■ A CUKORBETEGSÉG KEZELÉSE AZ AKTUÁLIS ÁLLAPOTNAK MEGFELELŐ MÓDON TÖRTÉNIK, NE CSUPÁN VÉRCUKOR KOZMETIKÁZÁS FOLYJÉK!

Kristian Rett - Der Allgemeinarzt 2:42-44 (2009)

A cukorbetegség korszerű kezelését a patofiziológiai történések kell, irányítsák. Mindig a páciens érdeke fontos, ne veszélyeztessük betegünket, ne legyen bonyolult a kezelés és ne kockáztassuk a kísérőbetegségek rosszabbodását sem.

A cukorbeteg ma már mindenütt népbetegségnek számít, ami az életkilátásokat, az életminőséget és a teljesítőképességet is negatívan befolyásolja. Németországban jellemző változás – ami szerte Európában is észrevehető – a cukorbeteg számának gyors növekedése. Ez magával hozta a kezelés-gondozás nehézségeit. Hiszen a folyamatos fejlődés ellenére ma a kezelés-gondozás nem eredményorientált, nem előírás szerint történik és a rizikó-stratifikáció sem tökéletes.

Az mindenesetre biztos, hogy a korai kórisme megállapítás és a szénhidrát-anyagcsere, valamint a szív-érrendszeri szövődmények folyamatos „karbantartása” javított az életminőségen és az életkilátások is javultak. De nem általánosan elfogadott tény az évek óta megismert valóság, hogy a cukorbetegek potenciális érbetegek.

Ahol ezt felismerték és elfogadták, valamint a kezelési-gondozási stratégiájukba is beépítették (l. a STENO-2 vizsgálat eredményeit a www.allgemeinarzt-online.de/downloads/portálon), ott jelentősen csökkent a komorbiditás okozta szövődmények és a halálozás mértéke. A normális-közeli vércukor érték elérése a 2-es típusú cukorbetegség kezelésében csak az első lépés, mivel a vérnyomás és lipid-értékek normalizálása a további lefolyás szempontjából ugyanilyen fontosnak minősíthető. Ezzel érhető el a fenyegető mikro- és makrovaszkuláris szövődmények megelőzése.

A perorális antidiabetikumok alkalmazásának szempontjai:

- legyen kompatibilis az érvényes multimodális 2-es típusú diabétesz koncepcióval,
- az aktuális stádiumnak megfelelő patofiziológias állapotnak megfelelő módon folyjék,

- érjük el a kezelés célját, a betegség lefolyásának optimalizálását,
- a cost/benefit figyelembevételével tervezzük a kezelést-gondozást
- az „evidence-based” koncepció legyen a vezérlőelv.

A figyelembe veendő szempontok: az inzulin-rezisztencia, a β -sejt működési zavara, a hepatikus glukóz-produkció szerepe a szénhidrát anyagcsere zavarában.

Miután a betegség dinamikus „fejlődése” során különböző stádiumok figyelhetők meg, s ennek megfelelően különböző kezelési stratégiák igénye lép fel, a gondozás-kezelés ennek megfelelően történhet csak eredményesen. Ha a vezető tünet a posztprandiális emelkedett vércukor-érték, akkor mindig acarbóz, glinid, egy inkretin funkciót élénkítő szer, vagy glitazon alkalmazandó. A metformin az étkezés után jelentkező vércukor-emelkedésre gyakorolt minimális hatása miatt nem ajánlják. Az ADOPT-tanulmány bizonyította, hogy a cukorbetegség korai stádiumában a szulfonilureák gyorsan „felmondják a szolgálatot” ezért önmagában ne alkalmazzuk.

A második szakasz – a reggeli vércukor „kiugrás” – stádiumában a szulfonilureák a legalkalmasabb kezelési módot jelentik, végül a harmadik szakaszban, amire a folyamatosan magas vércukor-szint jellemző, metformin az alkalmazandó szer, s ez kiegészíthető inkretin-hatást fokozó szerrel. Megjegyzendő, hogy az acarbóz, a metformin, a glitazon és minden inkretin hatást fokozó szer β -sejt védő hatású.

Ref.: fontosnak ítélem a cikk részletes ismertetését, mivel a népbetegségnek tekintett cukorbetegség kezelése nap, mint nap változik, fejlődik (?), s ezzel nekünk, háziorvosoknak is jó lépést tartanunk.

Dr. Hidas István

■ A „LÁBSPECIALISTÁK” JELENTŐSÉGE NŐ A CUKORBETEG GONDOZÁSBAN

Jochen Schlabing - Diabetes Forum 1/2: 60-64 (2009)

Ha a gondozott cukorbeteg „hangyamászás” érzésről panaszkodik, azonnal lássa a beteget olyan szakember, aki láb-panaszokban járatos. Igaz, ez a panasz a diabéteszes polineuropátia első tünete is lehet, de nagyon sokszor más, fontos elváltozást is jelezhet.

A Kirchheimben folyt diabétesz konferencia során a „podologus” (lábspecialista) szerepe, többek között ezért is került előkelő helyre, mivel a cukorbeteg „lábtünetei” speciális elbírálást igényelnek. A kezelés fontossága már az első pillanatban el kell, dőljön, mert későn elkezdett terápia nemcsak a beteg szenvedését, de a költségeket is emeli.

A referátum szerzője cukorbeteg-gondozó praxisában hetenként 40–50 „heveny lábszindróma” miatt jelentkező

cukorbeteggel találkozók. Éppen ezért dolgozik a praxisában kettő, a sebkezelésben és bőrvédelemben járatos asszisztens is. A beszámoló meghökkentette a hallgatóságot is, ebből ugyanis kiderült, hogy Németországban évente 4000 körüli az alsóvégtag amputációk száma. Ezek 70%-a cukorbetegéknél történik. Ez a szám Európában a legrosszabb, jelentette ki a szerző.

A legfontosabb, vegyük észre, ha a cukorbeteg lábán a bőr száraz. Ez az autonóm és szomatikus idegrendszer érintettségét jelenti (polyneuropathia diabetica), ami minden harmadik cukorbetegét érint. A csökkent glükóz-tolerancia miatt kezelésbe vett betegek között is 13%-ban találunk ilyen panasszal bírót.

Mi a teendő ilyenkor? Mint minden cukorbetegség-szövődmény esetében a szénhidrát anyagcsere rendezése a legfőbb szempont. Ha emelkedett a vérnyomás és szérum lipid-szint, ezt is fontos „rendbe hoznunk”. A nikotin és alkohol absztinencia is jelentőséggel bír, s a fájdalomcsillapítás pedig, a szubjektív panaszok csökkentése végett fontos, jóllehet ez még veszélyes is lehet, hiszen nem érzi az esetleges sérülés okozta fájdalmat. Ez pedig a „cukorbeteg-láb” további romlását okozhatja.

További teendő a bőrvédő kenőcsök használata, hogy „puhábban” tartsa a nyomásnak kitett területeket. A túlzott nyomási igénybevételt jó cipővel, beépített betéttel, speciális erre a célra kialakított formájú „gyógycipővel” akadályozhatjuk meg, még mielőtt a bőrelváltozások jelentkeznek. Az együttműködés az alapellátás, a diabetológusok, a bőrgyógyászok és az ortopédcipőket készítő szakemberek között, a legjobb módszer a diabéteszes láb tünetcsoport kialakulásának megelőzésére és kezelésére.

Dr. Hidas István

■ A TAPASZTALATI MEDICINA ÚJJÁSZÜLETÉSE. TEÁK BŐRGYULLADÁSBAN

Georg Gallenkemper - Der Allgemeinmedizin 2: 51-51 (2009)

A fekete-teával történő borogatás, lemosás évszázadok óta alkalmazott kezelési mód, különböző lobos bőrfolyamatok, fekélyek, visszeres panaszok gyógyításában. Újabban, krónikus ekcéma kezelésében alkalmazva is meglepően gyors és eredményes javulást értek el. A cikk szerzője hosszabb megfigyelés és tapasztalat alapján ajánlja varikózus ekcéma, kontakt dermatitis, akár irritatív, akár allergiás eredetű bőrelváltozás kezelésére. Ugyanígy bevált hematoma, bármilyen bőrfertőzés, műtétek után jelentkező varrat okozta bőrirritáció, sőt paronychia kezelésére is.

Összesen 25 betegnél alkalmazta az eljárást, lemosás, borogatás, párákötés formájában, s minden esetben azt figyelte meg, hogy a lobos tünetek sokkal gyorsabban szűntek meg, s az induló fekélyes folyamat hámosodni kezdett, a bőr regenerációja meggyorsult.

A magyarázatot a tea kémiai összetételében lévő 3–4%-nyi

alkaloida jelenlétével és azok fertőtlenítő és oxigénellátást javító hatásával magyarázza. Ezek az alkaloidák a koffein, bizonyos flavonoidok, epesavakhoz hasonló vegyületek, számos éterolaj származék. A gyógyító hatás kialakulásához a fizikai hatások – hűtő, gyulladásgátló, vérbőséget csökkentő komponense – mellett kémiai komponens is hozzájárul. Ezek a bizonyos flavonoidok, adstringens, antimikrobiális – baktericid, fungicid – hatású kémiai vegyületek még kiegészítik a fenti, fizikai hatásokat, s így együttesen meggyorsítják a gyógyulást.

Dr. Hidas István

■ A SZAKMAI IRÁNYELVEK SZERINT VÉGZETT KEZELÉS KIFIZETŐDŐ?

Angela Monecke - Diabetes Forum 1/2:18-24 (2009)

Az egészségügyi-gazdaságtan fontos kérdése: mikor gazdaságos egy krónikus, folyamatos kezelés-gondozást igénylő betegség kezelése. Ismeretes, hogy a cukorbetegség kezelése már alapesetben sem olcsó „multság”, de szövődmények, vagy ún. másodlagos betegség jelentkezése esetén a költségek ugrásszerűen megnőnek. A megállapítás, mely a cukorbeteg gondozásával foglalkozó „Kirchheim Fórum”-on hangzott el, leszögezi: „A szakmai irányelveknek megfelelő és célirányos kezelési stratégia hosszú távon kifizetődik”

Az mindenesetre fontos, hogy minden esetben eredményorientált kezelés folyjék. Ebben a beteg-oktatás és a folyamatos – a beteg által végzett – vércukor ellenőrzés is fontos szerepet játszik.

A másodlagos megelőző tevékenység, ami a szív-érrendszeri, a szemészeti, a vese és perifériás érrendszer szövődményeinek megelőzését jelenti, már sokkal komolyabb anyagi vonzatot jelent. Ezeknek a megelőző intézkedéseknek az eredményes volta euro-milliókat jelent(het) országos méretekre vetítve.

Cukorbeteg gondozó I. és II. típusú cukorbeteg kezelését, szövődményeit és a fölmerülő költségeket elemezve kiderült, hogy az összesen 6534 gondozott cukorbeteg (80%-uk II. típusú, a többi I. típusú) egyenként 2352 € és/ill. 3257 € költséget jelentett évente. Ha az ellenőrzéshez szükséges vércukor vizsgálati teszt-csíkok költséget is hozzászámolták az összeg 612, ill. 1131 €-val nőtt. Mindez abban az esetben igaz, ha a gondozott cukorbeteg szövődménymentesen „ússzák meg” a vizsgált periódust. Ha a betegek szövődményeik miatt további szakorvosi és/ill. kórházi kezelésre is szorultak, a költségek átlagosan kétszeresére nőttek.

Ha az ismert előfordulási gyakoriságot vesszük figyelembe ez Németországban 2,7 millió 2-es típusú cukorbeteg jelent. Ennek megfelelően a szövődmények megelőzésével, vagy időben történt kórismézésével 24 millió €-t takaríthatna meg az egészségügyi szolgálat évente. A diabetológus szakember véleménye szerint a prevenció

stratégia elérendő célja: a gondozott cukorbeteg lehetőség szerint „egészségesen” haljon meg, minden megelőzhető szövődmény megelőzésével.

A kutatásban résztvevő orvos-csoport egy tagja az oktatást, a megfelelő compliance kialakítását az „adherence” jelzővel kiegészítve tartja megvalósítandónak, amivel a gondozott és orvosa között kialakított kapcsolat „hűség”-ét jelzi. Ez a pontos gyógyszerelést, a rendszeres ellenőrzést és szükséges kontrollvizsgálatok időben történő elvégzését is jelenti. Ennek – az elvégzett költségelemzések értékelése alapján – komoly költségkímélő hatása is van, így a befektetések bőven megtérülnek.

A továbbiakban ismertetésre került egy finn megfigyelés, mely alátámasztotta az együttműködés és a megelőzés hatékonyságának párhuzamát. 522 túlsúlyos, IGT miatt gondozásba vett beteget követtek, akiket étkezési és életmód változtatásos tanácsokkal láttak el. (Pontos diétás előírások és rendszeres fizikai terhelés volt a megelőzés programjában). A csoport rizikó csökkenése elérte az 58%-ot.

Az egészség-gazdaságossági vizsgálat végcélja tkp. az volt, milyen anyagi befektetéssel, milyen anyagi nyereség érhető el. S ebben nem a gyógyszer-ár csökkentése, hanem a kezelés indukálta kiadáscsökkenés játszotta a főszerepet. S ez járható út, ebből mind a beteg, mind az orvostársadalom, sőt még az egész ország gazdasága is csak nyerhet.

Dr. Hidas István

■ AZ ALAPELLÁTÁS ÉS CSALÁDORVOSLÁS, MA FONTOSABB, MINT VALAHA

Marc L. Rivo a WONCA-News kiadója – WONCA-News 34:5 (2008)

A WONCA számára az 1978-as Alma-Ata deklaráció, „egészséget mindenkinek az alapellátás javításán keresztül” fontos kiinduló pontot jelentett. Ez a deklaráció tkp. meghatározta az irányt, a módot, mi legyen a reformok iránya. A legfontosabb feltétel az emberközelség deklarálása. Ezt követte a folyamatos párbeszéd indítványozása az Egészségügyi Világszervezet és a családorvosokat összefogó egyesület között.

Ez a párbeszéd, kapcsolat, az 1994-ben kiadott WHO-WONCA nyilatkozattal vált konstruktívabbá, szorosabbá. Ez kifejezte az óhajt, hogy az ellátási rendszer és az orvosképzés sokkal nagyobb felelősséggel rendelkezzen az ellátandók igényeinek kielégítésére. Magyarul megteremtette a család ellátását biztosító orvos, a családorvos fogalmát, jóllehet ez – ha nem is néven nevezett formában – mindenütt Európában, sőt a tengerentúl is működött.

A deklaráció legfontosabb állásfoglalása „az ellátás találkozzék az ellátandók igényével” azonban komoly változtatásokat igényel mind az ellátó rendszer, mind a képzés-továbbképzés rendszerben. A legfontosabb, a családorvos szerepének súlya növekszik ebben a rendszerben, ami

magával hozza mind a képzés, mind a továbbképzés rendszerének a megváltoztatását. A családorvos – hogy az igényeknek megfeleljen – központi szerepet kell játszék a minőség, a költséghatékonyság és az egyenlő lehetőség biztosításában. Ehhez az is elengedhetetlen, hogy a családorvos, aki az egyén ellátásában a legnagyobb felelősséggel rendelkező szakember, a társadalom igényeit is képes legyen legmagasabb szinten kielégíteni. 1995-ben az egészségügyi világszervezet közgyűlése tárgyalta a témát. S „Az orvosképzés szerepe az egészséget mindenkinek elmélete és gyakorlata megvalósításában” témakörben adott ki határozatot. Ebben megerősítette előző megállapításait, a képzési, továbbképzési rendszer és a tudományos társaságok szerepére vonatkozóan, melyek olyan állásfoglalást közöltek, ami az eddig végzett munka értékelését is tartalmazta. Kiegészítésképpen megerősítette, hogy a reformoknak tartalmazniuk kell a fejlődés lehetőségeit, ami a minőségfejlesztés, költséghatékonyság és egyenlőség biztosítását jelentse leginkább.

A 2008-ban publikált World Health Report (beszámoló a világ egészségügyi helyzetéről) már a WONCA elnök (Chris van Weel) megállapításait tartalmazza, amiben a tagszervezetek szerepét is hangsúlyozza. A feladat: megerősíteni a szakma közéleti, egészségpolitikai szerepét és a fentiekben vázoltak szerint nagyobb súlyt fektetni a képzés, továbbképzés és ellátás minőségére, naprakész, modern ellátást biztosítva a ránk bízott népesség minden tagja számára.

Dr. Hidas István

■ AZ ALVÁSHIÁNY MEGEMELKEDETT VESZÉLY A VÉRNYOMÁSBETEGNEK

Archives of International Medicine 168:2225-2231 (2008)

A fent jelzett folyóiratban megjelent közlemény egyértelmű bizonyítékot közöl a tényről, miszerint azok a vérnyomásbetegek, akiknek alvása zavart, vagy rövid, veszélynek kitettek. Éppen ezért külön felhívja a figyelmet, minden vérnyomásbetegtől meg kell kérdeznünk, hogy és mennyit alszik.

A túl kevés alvás ugyanis megnöveli a rizikót mind heveny szívinfarktus, mind agyi katasztrófa irányába. Az éveken keresztül végzett megfigyelés eredményét értékelve megállapítható volt, hogy az alváshiány akár 68%-kal emeli a kardiovaszkuláris esemény beköszöntésének valószínűségét. Következésképpen azt vonták le, hogy a gondozott hipertóniások esetében az anamnesztikus adatok közé mindig kerüljön be az alvás hossza és minősége.

Az epidemiológiai tanulmányok bizonyították, hogy az alváshiány, mint kísérőjelenség, többségében együtt jár a megnövekedett testsúllyal, gyakran a 2-es típusú cukorbetegséggel, és az ún. alvás-apnoe tünet együttesével, s mint következmény (?) emelkedett vérnyomással is. Mindez

együttesen megnöveli a kardiovaszkuláris veszélyeztetettséget.

Dr. Hidas István

■ DIABETES MELLITUS: A FÉLELEM HÁTRÁLTATJA A KEZELÉST

www.diabetes.zentrum.de

A cukorbetegség 20–40%-a félelem-érzéssel él. Ez a tény befolyásolja a betegek kezelésének eredményességét. A legnagyobb a hipoglikémiás rosszulléttől, valamint a szövődmények előfordulásától való félelem. Ennek a következménye, hogy a beteg „nem meri” a normálist közelítő vércukor érték körüli érték stabilizálását. Ehhez társul, hogy állandóan hord magával szőlőcukrot és a legkisebb gyanú esetén alkalmazza.

Hasonló óvatossági rendszabályként a fizikai terheléstől tartózkodik, nem vesz részt hosszabb sétán, kerékpártúráról nem is szólva.

A másik véglet, amikor – éppen a megismert szövődmények elkerülése végett – a normál vércukorérték közelében próbálja tartani a szénhidrát anyagcseréjét, ami viszont a sokkal nagyobb rizikót, a hipoglikémiás rosszullét veszélyét rejti magában.

Dr. Hidas István

■ AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN REJLŐ ANYAGI TARTALÉK LÉTE NAGY TÉVEDÉS

www.baek.de portálon megjelent vizsgálat eredménye

Az új szociális piacgazdaság kutatási eredményeként megjelent vélemény: az egészségügyi ellátás finanszírozása rengeteg potenciális takarékosági lehetőséggel bír Németországban. Amint megjelent ez a közlemény, hatalmas felzúdulást váltott ki az ellátásban érdekelt orvosok között. Ugyanis a tényként közölt adatok – hogy 5,6 és 9,8 milliárd € közötti összeg takarítható meg, ha gondosabban választják meg a vizsgálatok és kezelés módját – spekulatívak. Hoppe professzor – a Duisburg-Essen tartomány orvosi kamarájának elnöke – véleménye szerint, aki ma az egészségügyben további megszorítások útján elérhető megtakarítást vizionál, olyan, mintha az első hóesés alkalmával bizonyítottan vélné, nem is lesz klímaváltozás, felmelegedés, hiszen hóesés van.

Azok az egészségügyi-gazdálkodásban tevékenykedő „szakemberek”, akik ezt a kutatást végezték és e megállapítást közölték, valahol „nem Európában élnek”. Hiszen mindenki tudja, hogy az összeomlástól csupán az menti meg az ellátást, hogy mind az alapellátásban, mind a járó- és fekvőbeteg ellátásban dolgozó szakemberek önfeláldozó munkája – pillanatnyilag minden anyagi plusz ráfordítás nélkül – menti meg a csódtól az ellátást.

Kétségtelen, nagy különbségek vannak az egyes tartományok egészségügyi költségei között, de ez a különbség nem pazarlás és ennek ellentettjeként takarékoság eredménye, hanem az érintett terület morbiditási struktúrájának következménye. A vizsgálat óriási hibája éppen az, hogy ezeket a regionális különbségeket hatékonysági tartalékként értékelték. Ezért a végkövetkeztetéseiket a kamara hivatalos véleménye egy „törzs-asztal” mellett született laikus gondolkodás eredményének minősíti.

Dr. Hidas István

■ HÁZIORVOSI TEENDŐK AGYI KATASZTRÓFÁT SZENVEDETT BETEGNÉL

Apoplexia után minden másképpen zajlik.

Diethard Sturm - Der Allgemeinarzt 2:34-39 (2009)

A háziiorvosi ellátásban a kórházi rehabilitációs szakasz után a következő fontos teendők várnak a háziorvosra.

- 1) másodlagos prevenció feladatok (melyek egy újabb agyi katasztrófa megelőzését szolgálják)
- 2) a rehabilitációs folyamat folytatása, a harmadlagos prevenció teendők beiktatásával. Ezek az egészség fenntartását és a működőképesség egyensúlyát, javítását szolgálják.

A szekunder prevenció az agyi katasztrófa (vérzés, rögsödés) ismétlődésének veszélyét hivatott elhárítani. Ezek előidézőit – a cukorbetegség, vérnyomásbetegség, dohányzás és hiperlipidémia – kell, amennyire kezeléssel befolyásolhatók „kézben tartani”. A gyógyszeres megelőző stratégia legfontosabb lépcsője a trombocita-aggregáció gátlás (ASS és/vagy dipyridamol, esetleg clopidogrel – *bazánkban Aspirin és Asasantin, ill. Plavix Ref.* -) a szakirodalom apoplexia esetén mindig ASS-t javasol, napi 100 mg-os adagban. A további kezelési stratégiát az életkor függvényében meghatározható ítélt- és mozgásképesség is befolyásolja.

Mi történik leggyakrabban egy ilyen agyi katasztrófa után? A kérdés helyesebben az, mi nem történik? Hiszen az agyi értörténekek után általában olyan következményekkel számolhatunk, amelyek a további életminőség komoly meghatározói lesznek. Az esetek ötöde 3–4 év múlva komoly szellemi lelassulást szenved, enyhe demencia, majd mind egyiküknél megállapítható. S miután az agyi érkatasztrófa komoly trauma, enyhe depresszió is jelentkezik majdnem minden esetben. Ehhez persze hozzájárul a gyakori mozgáskorlátozottság is, ami mobilitás csökkenését és kiszolgáltatottságot von maga után.

Az ilyen betegnek a további életvezetéshez kell szakmai és lelki támaszt biztosítanunk, hogy a jelentkező fájdalmat, a mindennapi élethez szükséges életfunkciókat (étkezés, ivás, széklet-, vizelettartás és ürítés, mozgáskoordináció, kommunikáció stb.) „helyére igazítsuk”, segítsük.

A mobilitás helyreállítása és/vagy javítása speciális segítséget igényel, melyhez fizioterápiás, ergoterápiás szakem-

bert is igényelhet az ellátási protokoll, mert az izomtónus megváltozása (kontraktúra kialakulásának megakadályozása, oldása, mozgáskoordináció helyreállítása stb.) csak „szaksegítséggel” oldható meg. A legnagyobb problémát – általában – a rászorultság jelenti. Egyedül nem képes a sérült, az eddig megszokott élettempót folytatni, a mindennapi teendők megoldása csak segítséggel képzelhető el, s ez olyan lelki terhet jelent, ami az egyébként is sérült pszichét tovább terheli.

A segítő szolgálat megszervezése és működtetése – laikus és képzett szaksegítő szolgálat – az egészségügyi ellátásra háruló szakfeladatokon kívül eső teendőket jó hatásokkal képes ellátni, ezért ez sokat jelent(het) mind az alapellátásban dolgozók, mind a betegek számára.

Dr. Hidas István

■ HIV FERTŐZÉS GYANÚJA, A FERTŐZÉS RIZIKÓJA, KORAI TÜNETEK

Hartwig Klinker - Der Allgemeinarzt 16: 50-53 (2008)

A HIV-fertőzés mindig krónikus lefolyású és kezelés nélkül 8-10 éven belül immungyengeség, AIDS betegség alakul ki majd minden fertőzött esetében.

Németországban 2007 végén kb. 59 000 HIV fertőzött, mintegy 49 000 férfi s kb. 10 000 nő élt. Az új fertőzöttek száma – minden felvilágosító kampány és megelőző intézkedések ellenére – pedig folyamatosan növekszik. 2007-ben elérte a 3000 főt. A leggyakoribb fertőzési forrás, férfiaknál a homoszexuális kapcsolat (72%), ezt követi a heteroszexuális eredet (20%) és a kábítószer intravénás alkalmazása (7%).

Az AIDS-betegség gyakorisága – az aktív antiretrovirális kezelésnek köszönhetően – csökkent, 2007-ben „mindössze” 1100 új esetet írtak le. Mindenesetre egyértelművé tehető, hogy minden belgyógyászati, általános orvosi rendelést vezető szakorvosnak tisztában kellene lennie a HIV fertőzés differenciál diagnosztikai kérdéseivel. Ezt azért is hangsúlyozza a cikk szerzője, mert erre nagyon gyakran csupán az első opportunista fertőzés során gondolt a kezelést végző orvos, ezért későn kerül rá sor.

Mikor gondoljunk HIV fertőzésre? Ha tisztában vagyunk a rizikó tényezőkkel, elsősorban akkor, amikor ezek fennállása igazolható (homoszexuális beállítottság, gyakran váltott heteroszexuális partner, szexturizmus résztvevője, heroin- kokainfüggőség, magas fertőzöttségű területről érkező migráns stb.) mindig gondoljunk a fertőzöttség lehetőségére. A szűrés csak az érintett beleegyezésével történhet, erre ügyeljünk. Azt is jó figyelembe vennünk, hogy a gyanús kontaktus után 3-4 héttel van csupán esély a fertőzöttség bizonyítására.

Ismernünk kell a HIV fertőzést kísérő betegség-képeket. A fertőzést követően évekig tünet és panaszmentes lehet a fertőzött, s ekkor már mind a vérben, mind a hüvely-

váladékban, vagy spermában masszív vírustömeg mutatható ki. Kezdetben a T-limfociták száma növekszik (jól működő immunrendszer esetén), majd az aktuális immunállapot függvényében először enyhe, majd egyre gyakoribb és súlyosabb opportunista fertőzések jelennek meg.

HIV fertőzésre utalhat a nehezen múló molluscum contagiosum, vagy a soor oris, a visszatérő herpes zoster, ismétlődő, nehezen befolyásolható lázas állapotok, fagyás, ismétlődő tüdőgyulladás, és/vagy bélhurut, hepatitis B/C, Kaposi szarkóma stb. Feltűnő neutro- és limfopenia, vérszegénység és trombocitopenia állhat fenn.

Az újonnan kórismézett tbc-s betegnél mindig kérdezzünk rá, nem fordult-e meg HIV-fertőzött területen. Ugyanez vonatkozik az esetleg kórismézett pneumocystis-carinii pneumoniára és/vagy toxoplazmózisra. Ritkábban, de HIV fertőzésre jellemzően, előfordulhat még tartós lázas állapot, hasmenés, éjszakai izzadás, általános gyengeség, megmagyarázhatatlan fogyás és pl. multifokális leukoencephalopathia is, mely ugyan ritkán kerül kórismezésre, de ha igen, elsősorban HIV fertőzésre gyanús az eset.

Dr. Hidas István

■ MODERN CUKORBETEG DIAGNOSZTIKA A MINDENNAPI GYAKORLATBAN

Sophia Böhm - Diabetes-Forum 1/2: 56-58 (2009)

Az elhízás és a cukorbetegség olyan páros, mely gyakran fordul elő együtt. A kezelés mikéntje és a labor-paraméterek szerepe a szövödmények – elsősorban az érrendszeriek – megelőzésében, volt a 3. Német Diabetes Diagnosztikai Kongresszus témája.

Fontos, hogy megértsük, hogy is jönnek létre a kardio-metabolikus szövödmények. S erről a hogyanról, minden kezelt-gondozott cukorbeteg részletesen világosítsuk is fel. Előtte mindenképpen állapítsuk meg az egyén saját rizikó-státuszát, ami az eredményes továbblépés föltétele. A következő lépés: derítsük ki, mennyire egészségtelen az életmód, amit a betegünk eddig folytatott. Az életmód által befolyásolható elváltozások a legjobb eredményt biztosító lehetőséget teremtik meg. Ezt néhány eddig végzett vizsgálat és „nevelési tanácsadás” eredményei bizonyították. A „nevelt csoport” testsúlya átlag 9%-kal csökkent, ezzel szemben a kontroll-csoporté csupán 0,7%-kal. A mérhető „fitness” 21%-kal, a HbA^{1C} érték 7,3%-ról 6,6%-ra, valamint a szérumkoleszterin értékek, a mikroalbuminuria előfordulási gyakorisága és a vérnyomás érték is jelentős mértékben javult ebben a csoportban.

A fogyókúrát az ún. „lépés-próbával” vezették be, naponta 10 000 lépést tegyen meg minden cukorbeteg. Ha ezeket már megelőző intézkedésként a veszélyeztetett népességben alkalmazzuk, (pl. pozitív családi anamnézis, vagy ismert IGT – impaired glucose tolerance – esetében), sikerülhet megelőznünk a betegség manifesztációját.

Általános volt a kongresszus véleménye, a betegek több-

sége nem rendelkezik megfelelő információval a kórkép természetéről, a diétának a kezelésben játszott szerepéről, sőt a szövődmények, kísérőbetegségek előfordulásáról, megelőzési lehetőségükről sem. Ezért a folyamatos ellenőrzés-kezelés mellett a folyamatos képzést, a cukorbeteg klubok szerepét is sokan hangsúlyozták. Ha a beteg saját maga tapasztalja a szigorú diéta és a mozgás jótékony hatását, könnyebben hajlandó a megváltozott életmódot sajátjának elfogadni és nem tehernek érezni. Ehhez mindig sokat tehet a rendszeres labor ellenőrzés, amely azonnal „jelez” a beteg felé, jó úton járok. Az elhízott cukorbeteg kezelésében sokan javasolják a GLP-analógokat (glucagon-like-peptid), melyek nem növelik, szerencsés esetben még csökkentik is a testsúlyt. Éppen ez okból nagyon fontos, hogy az inzulinkezelés mellett a diéta ne csak szénhidrát, de kalória szegény is legyen, mert minden 2-es típusú cukorbeteg esetében elkezdett inzulinkezelés nagy veszélye a testsúlynövekedés is. A bajt tetézi, hogy a sérült β -sejtek inzulin helyett egy idő után nagyobb mennyiségű ún. proinzulint dobnak a keringésbe, aminek vércukor csökkentő hatása csupán 10%-a a valódi inzulinnak, de a súlynövekedést ugyanúgy fokozzák.

A kezelésnek legfontosabb tényezője, hogy óvakodjunk a polipragmáziától. A legfontosabb szempont, hogy a betegség előrehaladásának megfelelő gyógyszerformát és mennyiséget „vessük be”. Ezzel legalább a mindig veszélyt jelentő mellékhatások valószínűségét is a minimumra csökkenthetjük.

Dr. Hidas István

■ ÖNGYILKOSSÁG MEGELŐZÉSE A HÁZIORVOSI PRAXISBAN

Hans Michael Mühlenfeld - Der Allgemeinarzt
16:44-46 (2008)

Fontos: mindig gondoljunk rá és aktívan álljunk hozzá a megelőzéshez. Nincs annál megrázóbb élménye a háziorvosnak, mint egy kezelt-gondozott beteg elvesztése öngyilkosság miatt. Ilyen esetben mindig felvetődik a kérdés, vajon rosszul értékeltem a beteg panaszait, nem lehetett volna mégis valami módon megelőzni?

A kérdés azért is nagyon fontos, mert pl. Németországban öngyilkosság miatt kétszer annyi ember veszti életét, mint közlekedési baleset miatt. Éppen ezért a megelőzés összetársadalmi feladatnak minősíthető. S ebben a megelőzési stratégiában a családorvos központi szerepet kell, játszszék. Hogyan ismerhetjük föl a veszélyeztetettséget? Gyanú esetén mindig föltehetjük a kérdést a betegnek, „Fárasztja már az élet? Elege van már mindenből?” S önmagában ez a kérdésföltevés csökkentheti a betegségtudatot és ennek következményeit. Mi az, amit ne tegyünk? Soha ne bagatellizáljuk a problémát „Nem olyan rossz a helyzet. Volt már ennél súlyosabb betegem is” stb., ne hangozzék el a beteggel történő találkozásokor. Sajnos gyakori, hogy

szakember (pszichoterapeuta) segítségével, többségében, a betegek nem fogadják el. Tőlünk várják a segítséget, ami a felelősség megosztás lehetőségét is csökkenti.

Mégis mikor tarthatjuk veszélyesnek a helyzetet? Minden depressziós beteget veszélyeztetettnek kell tekintenünk, mivel az összes öngyilkossági kísérlet 65-95 (!)%-át depressziós állapotban követik el. Minden pszichiátriai kórkép (skizofréria, mániás-depresszió), félelmi állapotok, személyiségzavarok, alvászavarok (!!!), alkohol- és drogfüggőség, egy sor pszichoszociális tényező közvetlen, kiváltó kórokként kezelendő.

A megelőző intézkedések közé sorolható a közvetlen elérhetőség felajánlása (pl.: a mobil-telefonszám megadása), vagy a krízis-intervenció közvetlen elérhetőségének biztosítása. Az is fontos megelőzési stratégia, ha a közvetlen hozzátartozókat bevonjuk a megelőzési munkába, ha elmondjuk, mire figyeljenek, mik a veszélyeztetettséget fokozó jelek, tünetek. Ha mindezek mellett úgy ítéljük meg, a veszélyeztetettség nem csökkent, jobb, ha krízis-intervenció osztályra utaljuk betegünket.

Az is fontos, hogy minden erővel törekedjünk a depressziós epizódok pontos ellenőrzésére, kezelésére, s ebben ajánlatos – még komoly tapasztalatokkal rendelkező családorvos számára is – speciálisan, ezzel a kérdéssel foglalkozó szakember segítségét igénybe venni.

Dr. Hidas István

■ CSAK MANIPULÁCIÓ-MENTES SZOFTVER HASZNÁLHATÓ A RENDELŐKBEN

Stefanie Lindl-Fischer - Der Allgemeinarzt 2:26
(2009)

2008. július 1. óta csak olyan szoftver használható dokumentáció és recept-írás céljából minden orvosi rendelőkben, amelyet a Kasszaorvosok Szövetsége engedélyezett. Természetesen ez a rendelkezés megelőző intézkedést jelent mindenféle reklámtevékenység ellen, amelyet a gyógyszergyárak folytatnak. Ugyanis gyakran történt olyan „felajánlás”, ami az új számítógép-programok telepítését kísérte. Az érintett gyógyszer-gyártó (forgalmazó) ugyanis vállalta a program telepítését. Ezzel módja volt olyan programajánlat elkészítésére, ami „megkönnyíti” a különböző kórismékhez javasolt terápiás protokollok megjelenítését. Ez persze általában az érintett gyár (forgalmazó) termékeire szorítkozott.

Az eljárás ellen beérkezett kifogás bíróságon végezte, s a határozat alapján ma már csak manipuláció és reklámmentes szoftverek forgalmazhatók, s a kórisme mellett a kezelésre javasolt gyógyszer-csoport neve tüntethető fel. Olyan megoldás, miszerint egy meghatározott gyógyszer nevét tüntessék fel, nemcsak tilos, hanem büntetést maga után vonó kihágásnak minősül.

Dr. Hidas István