

## ■ A DOHÁNYZÁSRÓL TÖRTÉNŐ LESZOKÁS

Wolfgang Grebe – Der Allgemeinarzt 17:32-34 (2008)

Sajnos alig ismert olyan orvosi beavatkozási módszer, amit hatékonyabbnak, vagy sikeresebbnek tarthatnánk, mint a dohányzásról történő leszoktatás módját. Egyértelmű, hogy ezt a pozitív megítélést annak köszönhetjük, hogy egy sor krónikus betegségkép és természetesen költségek megelőzhető, ha időben leszokunk. A leszok(tat)ás feltétele a valódi motiváció megteremtése, amit soha ne elméletileg, hanem egyéni módon valósítsunk meg.

A módszer, mely a szerző esetében, általában 6-12 hetes kurzust jelent, három kulcskérdéssel indul, a páciensnek van-e valódi motivációja, pontosan meghatározott napja, amikor abbahagyja a dohányzást és kemény elhatározása, mely a hosszú távú absztinenciát biztosítja, és a visszaesést megakadályozza.

Az első lépés mindig a leszokni vágyók identifikálása. A leszoktató programra jelentkezővel egy kérdőív kitöltése következik, amiből kiderül élvezi-e a dohányzást, csak társaság kedvéért gyújt rá, feszültségoldónak használja, stb. Ennek alapján homogén csoportokat képeznek, ami nemcsak a résztvevőknek, de a kurzust vezető orvosnak is könnyebbé válik.

Az első foglalkozás alkalmával a dohányzási szokás analízisére kerül sor, ebből a függőség foka is megállapítható (ébredés után mennyi idővel gyújt rá, ha beteg is dohányzik-e, mennyit szív naponta, eddigi leszokási kísérletek tanulsága stb.) A második alkalom már motivációs kísérlet a leszokási elhatározás megerősítésére. Tovább élés lehetősége, egészség megőrzése, hölgyeknél a tervezett terhesség károsítása, majd az első cigaretta-mentes nap meghatározása, ennek ismertetése a családtagokkal, barátokkal. A harmadik foglalkozás az egészség-megőrzés lehetőségeit taglalja, a nehezen alkalmazkodók részére egyéb terápiás segítséget is ajánl a kúra-vezető (akupunktúra, hipnózis, autogén tréning stb.) esetleg – igény esetén – gyógyszeres beavatkozást is. Ez ebben az esetben általában antidepresszáns (bupropion, nortryptilin), vagy nikotinpótló (vareniclin = Champix) kezelést jelent. Ez a gyógyszeres beavatkozás általában megduplázza a sikeres leszokási kísérletek eredményességét.

A negyedik foglalkozás általában a motiváció megerősítését szolgálja, a közérzet javulása hangsúlyozandó, a rossz szájíz, a köhögés csökkenése stb. kerüljön megbeszélésre. Az ötödik foglalkozás témája az elvonási tünetek megbeszélésére szorítkozzék, a visszaesési „kísérletek” értékelése, és ezek elkerülésének lehetősége kerüljön megbeszélésre. Ezekben a megbeszélésekben jelent elsősorban nagy segítséget egy homogén csoport, mert mindenkinek hasonló problémái jelentkeznek, és különböző képen kísérlék meg a megoldást megtalálni.

A befejező foglalkozás a visszaesők újra kezdetét, a kitar-

tóak megerősítését kell, szolgálja, s a tapasztalatok alapján egy-egy utógondozó foglalkozás is „jót tesz”, az eredményesség javul, ha a kurzus vezetője erre is szán időt, energiát.

Dr. Hidas István

*Ref.: A témát nagyon fontosnak ítélem, ezért referáltam ilyen részletesen. Ma hazánkban évente 40-50 Mrd szál cigaretta fogy el, s egyre fiatalabb korban szoknak rá. A szenvedély okozta betegségek és halálozás is egyre nő, mindent meg kell kísérelnünk, hogy változzék a megítélés, mind a dohányzók, mind az egészségügy képviselői között. Talán ez a referátum is egy lépés ebben a küzdelemben.*

## ■ A DPP-4 GÁTLÓ SZABÁLYOZZA A GLUKAGON-SZINTET

Az Európai Diabetes Társaság (EASD) és a Novartis, Rómában rendezett szimpóziumán elhangzott előadás összefoglalója. A Der Allgemeinarzt 17:62 (2008) számában megjelent beszámoló alapján.

Hogy a glukagon elválasztás megnövekedése fontos szerepet játszik a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásában és fenntartásában, régen ismert tény. Sajnos az eddig bevezetett terápiás módszerek semmit nem tudtak tenni ez ellen. A legújabb kísérletek, melyeket a vildagliptin-nel végeztek, sikeresnek bizonyult a glukagon termelés befolyásolásában.

Amióta az inkretint fölfedezték, megteremtődött a lehetőség, hogy a hasnyálmirigy  $\alpha$ -sejt működését befolyásoljuk. Hogy ez a befolyásolás milyen fokon valósítható meg a nemrég előállított DPP (dipeptidyl-peptidáz)-4 gátló segítségével, a szimpóziumon ismertetett kettős vak kísérlettel volt igazolható. Harminc, 2-es típusú cukorbeteg vizsgáltak, akik heteken keresztül napi 100 mg vildagliptin kezelést kaptak, a kontroll csoport tagjai plácébót. 28 nap kezelés után ellenőrizték, standardizált teszt-étkezés segítségével, az inzulin-érzékenységet és a glukagon vérszintet. Megállapítást nyert, hogy a kezelt csoport tagjai 41%-kal kisebb mennyiségű glukagont szabadítottak föl, mint a plácébó-csoport tagjai. A hipoglikémiás szakasz során a kontrollcsoport glukagon szintje 38%-kal magasabb volt. Az is hozzátartozott a megfigyelés során kapott adatokhoz, hogy sem az adrenalin, sem a noradrenalin, sem a kortizol vérszint nem különbözött a kontroll csoport adataitól, ami azt jelenti, hogy a leírt változások nem stressz-függő különbséget jelentenek.

Ha a magas glukagon-szint gátolt, jobban beállítható a szénhidrát anyagcsere egyensúlya. Ezt a vildagliptin klinikai kipróbálása is igazolta, mivel metformin mellé adagolva a HbA<sup>1c</sup> érték 1,1%-kal alacsonyabb szinten stabilizálódott. Megemlítenéd, hogy a glukagon a hepatikus glukóz termelést is befolyásolja, ezért komoly hatása van az egész szénhidrát anyagcserére.

Az új szer jól tolerálható, nincs melléhatása, nem befolyásolja a testsúly alakulását, így a kórisme megállapítása után gond nélkül elkezdhető az adagolása. Németországban már van a metforminnal kombinált készítmény, s ezt a diéta sikertelensége esetén elsőnek alkalmazandó szerként tartják nyilván.

Dr. Hidas István

## ■ A GLP-1 ANALOG CSÖKKENTI A VÉRCUKOR-SZINTET, A TESTSÚLYT ÉS A VÉRYOMÁST, 2-ES TÍPUSÚ CUKORBÁJBAN

Ellen Jahn – az Európai Diabetes Társaság ez évi Rómában tartott Szimpóziumán elhangzott előadása. A *Der Allgemeinarzt* 18: 55(2008) számában közölt beszámoló alapján

A humán glukagon-like-peptid-1 (GLP-1), amely alig különbözik az emberi incretin hormontól, hatástartama sokkal hosszabb, mint az eredeti bélhormoné. Az így létrehozott kémiai anyag, a liraglutin, az eredeti 2 perc helyett 24 óráig, elnyújtott hatással rendelkezik. A szer 4000 kettes típusú cukorbeteg kezelése során meglepő kezelési eredményt igazolt. Metforminnal, glimepirirddel és roziglitazonnal kombinálva eredményesen csökkentette a HbA<sup>1c</sup> értéket. Az első csoportban 533, 2-es típusú cukorbeteg kezelését kezdték, akik roziglitazont, és metformint kaptak s az eddigi kezelési stratégia alapján, ezt egészítették ki liraglutiddal. A betegcsoport átlagéletkora 55 év volt, testsúlyuk meghaladta a 95 kg-ot és az induló HbA<sup>1c</sup> értékük 8,5% volt.

A kezelés során 1,2 és/ill. 1,8 mg liraglutid-ot kaptak 26 héten keresztül, a HbA<sup>1c</sup> érték 1,5%-kal csökkent, a testsúlyuk pedig átlag 2 kg-mal lett kevesebb. A kezelték több mint fele 7%-alatti értéket ért el, hipoglikémiás tünetek egyáltalán nem voltak megfigyelhetők. Az egyetlen mellékhatás enyhe passzázs zavar volt, de a kezelés során ez meg is szűnt.

További haszon a placebo csoporttal összehasonlítva a 6-7 Hgmm vérnyomás-csökkenés, ami a kardiovaszkuláris rizikó további javulását jelentette. Összefoglalva a liraglutid kezelés a 2-es típusú cukorbeteg esetében a szénhidrát anyagcsere és a kardiovaszkuláris rizikóstatusz pozitív befolyásolását okozza, ezért rendszeres alkalmazása a jövőben minden ilyen beteg esetében ajánlott.

Dr. Hidas István

## ■ A MEDITERRÁN DIÉTA ÉS VEGYES MAGVAK FOGYASZTÁSA CSÖKKENTI A METABOLIKUS SZINDRÓMA ELŐFORDULÁSÁT

M. O, Riordan *Medscape Int. Med. News* 12. 12. 08.

Egy új vizsgálat (PREDIMED), amelyet Jordi Lolas-Salvado (Spanyolország, Rovira egyetem) irányított azt a következ-

tetést vonta le, hogy a kardiovaszkuláris rizikót jelentő metabolikus szindróma javulása elérhető a mediterrán diéta mellé adott, napi 3 g mag fogyasztásával. Az eredmények jobbak, mint amikor plusz heti 1 l olívaolajat vagy zsírszegény diétát javasoltak a diétához.

9000, 55–80 éves magas rizikójú résztvevő vizsgálata után 61,4%-uk felelt meg a metabolikus szindróma kritériumának. A csoportot 3 felé választották diéta, vagy magok, vagy olívaolaj és plusz zsírszegény diéta ajánlásával. A végeredmény a magokat fogyasztóknál 13,7%-os, az olajat fogyasztóknál 6,7% és a zsírszegényen étkezőknél 2,0%-os javulás volt tapasztalható, amely a metabolikus szindróma tüneteinek enyhülését jelentette.

A kardiovaszkuláris állapot változásának végső eredményei 2010-ben várhatók.

Megjegyzendő, hogy sem csökkent kalória bevitel, sem a fokozott fizikai tréning javaslata nem hangzott el.

Természetesen az idősebb lakosság adatai nem vonatkoztathatók a teljes lakosságra.

Dr. Faragó Erika

## ■ A VILÁG EGÉSZSÉGÜGYI HELYZETE. A WONCA VILÁGSZERVEZET JÖVŐJE

Chris van Weel a WONCA elnöke - *WONCA-News* 34(6) 2-3 (2008)

Az Egészségügyi Világszervezet 2008 évi jelentése az alapellátás helyzetéről külön figyelmet szentelt a háziiorvosi ellátás szélesedő feladatainak. Ez a jelentés külön jelentőséget nyert azzal, hogy éppen 30 évvel ezelőtt, 1978-ban jelent meg az alma-atai deklaráció az alapellátás feladatairól. Külön figyelmet érdemel, hogy 30 év után az alapellátás elmélete visszatért a „medico-politikai” vonalhoz, melyről egy *Lancet*-ben megjelent cikk alapján ebben a médiumban is jelent meg kritikai észrevétel. (L.: *WONCA-News* októberi számában). Azok a megállapítások, melyeket a deklaráció 30 évvel ezelőtt tartalmazott, miszerint az alapellátás legfontosabb feladata az egészség megőrzés és/ill. a betegség megelőzés, ma is élő, igaz irányvonalnak tekinthetők. Mégis arra kell fókuszálnunk, hogyan vált ez a csodálatos és megvalósítandó elhatározás csupán retorikává. A WHO iránymutatásai cinikus reakciót váltottak ki mindössze, s a megvalósulás még várat magára.

Tulajdonképpen az elmúlt év sokban különbözik 1978-tól, hiszen sok országban igazán komoly lépések történtek az alapellátás fejlesztése ügyében. Nemcsak az oktatás, a professzionális orvos-szervezetek és egészében az egészségpolitika szolgálta ezt a megújulást, hanem az eddig passzívnek bizonyult nemzetek is aktivizálódtak. Hiszen az 1978-ban a WONCA-ban aktív résztvevőként nyilvántartott 30 nemzet mára 109-re növekedett. De talán ennél is fontosabb, hogy mindenütt elsődleges szempontként deklarálják a „közösség-orientált” ellátási mód elterjesztését. Ezt egyre több együttműködő országban nemcsak elmé-

letileg, hanem a mindennapi gyakorlatban is megvalósították és sikerrel alkalmazzák a mindennapi ellátás során.

Ez ma már messze nem csupán jól hangzó elmélet propagandája, hanem a mindennapi ellátás gyakorlata, mind a képzés, mind az ellátás vonalán. A holisztikus megoldás keresése ma már minden vonalon föllelhető, s a gazdaságosság, mint egyik fő mozgatórugó fontos szerepet nyert a szakma minden szektorában. S az alapellátás fejlesztése, fejlődése egy eddig nem reklámozott eredménnyel is járt, hiszen ezzel az elharapózott „szubspecializálódás” ellen indult harc. Prioritást biztosítva a „low-tech” (kevesebb, drága műszer-igényű) kórisme megállapításnak és kezelésnek, valamint a „magas színvonalon dolgozó” kiváló szakemberre alapozott ellátási módnak.

A WHO 2008-ban megjelent értékelése az alapellátásról, hangsúlyozza, hogy ez az ellátási mód az alapja az egészségmegőrzésnek és az eredményes egészség-helyreállításnak. Ez a törekvés megerősíti az alapellátás szerepét, mellyel a leghatékonyabb ellátási módot (ami még ma is a leggazdaságosabb és legjobban hozzáférhető) kíséreljük meg széles körben elterjeszteni. Ez mind az ellátást megszervező, egészségügyi irányítás, mind a kivitelezést intéző orvos, egészségügyi szak személyzet, sőt az ellátást igénybevevő népesség számára a legjobb megoldás lesz.

A kivitelezés minden vonatkozásban az alapellátásban dolgozókon múlik, a világszervezet (WONCA) csak a szervezeti háttér biztosítását adja hozzá, s megkísérli a nemzetközi tapasztalatokat széles körben megismertetni mindazokkal, akik az ellátási mód alkalmazásával a kitűzött cél elérését segítik. A cél: minden ellátandó rendelkezék saját család (házi) orvossal, bárhol a világon szorul ellátásra. S ehhez a tervezett együttműködés a WONCA és az oktatást végző egyetemi tanszékek között biztosan komoly segítség lesz, különösen, ha megvalósul az egységes, magas színvonalú képzés, mind a graduális, mind a posztgraduális szinten.

Az a jelentés, mely 2008 évről készült, jó lehetőség arra, hogy mit tehet a világszervezet ennek a magasabb színvonalú ellátásnak a világszerte történő megvalósítása érdekében. A WONCA megválasztott elnöke – Prof. Rich Roberts – egy sor, ragyogó ötlettel már megkezdte a megvalósítható újításokat megismertetni velünk. Ezeket jó lenne, ha minden érintett nemcsak támogatná, hanem saját, az előrelépést segítő ötleteivel kiegészítve, közzétenné, s együtt sokat lendíthetnénk az alapellátás színvonalának javítására tett törekvések megvalósítása érdekében.

Jó lenne, ha ebben a munkában a világszervezet elképzeléseit támogatni óhajtó szakemberek minél több ötlettel, már bevezetett újítások ismertetésével, tapasztalatokkal segítenék ezt a megújulást, hogy valóban legyen sikeres a tervezett – már 1978-ban megindított – program. Különösen annak fényében, hogy a szervezet 1972-ben, meg-

alakulásakor, ezeket a célokat már lefektette, s a megvalósítás lehetőségét az alma-atai konferencián 1978-ban újra megerősítette.

Dr. Hidas István

## ■ AZ ALAPELLÁTÁS ÉS A CSALÁDORVOSLÁS. MA SZOROSABB A KACSOLAT, MINT BÄRMIKOR EDDIG.

Marc L. Rivo – WONCA News 34(6) 5(2008 dec.)

A világszervezet (WONCA) és tagszervezetei számára a történelmi, 1978-ban elfogadott Alma-Ata-i deklaráció kiinduló pont. Az „egészséget mindenkinek” méghozzá az „alapellátás magas színvonalú működtetésével” jelszóval kezdett kampány elindított egy reformfolyamatot. Ennek célja az ellátandók igényeinek pontos felmérése és azoknak a lehetőségekhez képest maximális ellátása.

Az elfogadott deklaráció olyan folyamatot indított meg, aminek eredménye a WONCA és a WHO szorosabb együttműködését eredményezte, melynek 30 éves története, ha nem is sikertörténet, de sokat lendített az alapellátás fejlődésén. Az együttműködés eredményei közé sorolható az a – ma már – történelmi WHO-WONCA jelentés, melynek címe: „Készítsünk nagyobb felelősséggel, az ellátandók igényének megfelelő ellátási rendszert és ennek megfelelő képzési rendszert”. A jelentés a családorvos fontos szerepét hangsúlyozza az ellátó rendszer működtetésében, melyben az ellátandók igényének maximális kielégítése a fő szempont.

Ennek a szempontnak nemcsak az ellátó rendszerben, hanem a képzés, szakképzés és folyamatos továbbképzés rendszerében is érvényesülnie kell. Természetesen teljesítve mind a minőség, mind a költséghatékony ellátási mód és a mindenkire kiterjedő ellátási lehetőség feltételeit. Ugyanezt célozta az 1994-ben megjelent WHO-WONCA állásfoglalás, melyet 1995-ben határozatban megerősítettek: „Az orvospképzés szerepe és gyakorlata az egészséget mindenkinek programban” címmel.

Az állásfoglalás nyomás kialakított program minden vonatkozásban az alapellátásra óhajt támaszkodni, jobb minőségű ellátást biztosítva minden rászorulóknak, amihez szükséges változtatásokat (a képzésben, az ellátás műszerezettségében, minőségében, elérhetőségében, szervezettségében stb.) minden állam teremtsen meg mihamarabb.

Az ellátás – mint azt már előzőekben többször hangsúlyozták – a családorvosi rendszerre alapozott. Ezért ide kell az erőket összpontosítani, itt kell azokat a feltételeket megteremteni, ami a magasabb színvonalú ellátást lehetővé teszi, magyarul „alapellátásra központosított rendszert kell teremteni”.

A 2008 évi Világjelentés az egészségügy helyzetéről ugyanezt a megállapítást hangsúlyozza, hasonló állásfoglalás látott napvilágot a Lancet két cikkében is. A szerző fogadó

kész minden javaslatra, ami a megvalósítást segítheti, ezért kéri, hogy bármilyen ötletet, tervet, vagy – ha van – tapasztalatot küldjenek el címére. Közvetlen elérhetőség a macrivo@aol.com címen.

Dr. Hidas István

## ■ AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSA. A RENDSZERT ÖSSZEOMLÁS FENYEGETI

Raimund Schmid - Der Allgemeinarzt 18: 58 (2008).

Most aztán vége mindennek, jelentették ki a szakemberek, amikor megjelent a hír: az egészségügyi hozzájárulást 2009 és 2010-ben 15,5%-ra emelik. A betegbiztosító pénztárak ezt is kevésnek találták, mert 15,8%-ot szerettek volna bevezetni, az eddigi 14,2% helyett. Ez az összeg a szakértők szerint egy alacsony színvonalú „mentő akcióra”, mint alapellátásra elegendő csupán.

Ulla Schmidt a szövetségi egészségügyi miniszter szerint a „csúcs-technológia” működőképes, az egészségügyi ellátás fejlődése megállíthatatlan s a megemelt hozzájárulás igazságos, mivel mindenki ugyanannyit kell, fizessen. Ugyanis az eddigiekben olyan rendszer működött, melyben előfordult 5%-os különbség is a befizetők között. Ez a kijelentés politikai hozamát tekintve hasznos, hiszen a jövő évi egészségügyi büdzsé 10 Mrd Euro többlettel rendelkezik a 2008 évi kerethez viszonyítva. Sőt 2009-ben a pénztárak adósságmentesen indulnak és 3 Mrd Euro tartalékkal is rendelkeznek.

A helyzet csupán azért nem biztató, mivel ez a tartalék, már az első negyedévben elfogyhat, ha a megemelkedett gyógyszerköltségeket (6,6%-os áremelkedést jósolnak), az energia árak változását és a demográfiai okokból megnövekedett ápolási költségeket is figyelembe vesszük. Az orvostechnikai fejlődés, a drágább műszerek, az amortizáció meggyorsulása mind, egyenként is óriási többletkiadást jelent, ha mindezt figyelembe vesszük, 2015-re a 20%-os egészségügyi hozzájárulás sem elképzelhetetlen, ha nem akarjuk a rendszer összeomlását *(írja a szerző)*.

A modernizációt akadályozza a költségspirál gyors emelkedése. Nagyon fontos kérdések merülnek föl, hogyan lehetne a rendszert gazdaságosabbá tenni, mi lehetne a megoldás a költségemelkedés megszüntetésére. Az elhangzott javaslatok mind a racionalizálást tartják első lépésként a megoldás lehetőségének. A másik megoldás egy olyan biztosítási rendszer kiépítése, mely csupán az alapellátást tenné lehetővé minden biztosított számára, ennek kimerülése esetén továbblépés csak a külön biztosítással rendelkezők részére lenne megoldott. Mindenestre a költség csökkentése nélkül elképzelhetetlen a rendszer továbbműködése. A mostani lépések arra szolgálnak, hogy stabilizálják a jelen helyzetet, a továbbiak azonban már egyéb megoldást kell keresniük a rendszer működtetésére.

Ezt a megoldást mielőbb meg kell találniuk, mivel a rendszer valóban az összeomlás szélén áll.

*Ref.: Megnyugodhatunk, hiszen a sokkal jobb anyagi körülmények között élő Németország ugyanazokkal a problémákkal küzd, mint mi, csak – úgy tűnik – ők keresik a megoldás lehetőségét. Jó lenne kishazánkban is ilyen irányú törekvéseket észlelni.*

Dr. Hidas István

## ■ AZ EURACT (European Academy of Teachers of General Practitioners) ez évi konferenciája Bledben 2008. szept. 16-20.-ig

Nena Kopcavar - WONCA News 34:7-8 (2008  
október)

A téma: Az öngyógyszerelés, veszélyes kísérletek, avagy az öngondozás egy fontos része.

5 napon keresztül az európai oktató háziorvosok képviselői (50 szakember) valóban egy nagy család képviselőiként tanácskoztak. Együtt kísérelték meg „kivesézni” a téma kínálta kérdéseket, betegeket látogattak meg családjuk körében, együtt táncoltak (főleg dél-amerikai táncokat pl. rumbát), sokat tanultak egymástól, megszerkesztettek különböző oktatási módszereket. Természetesen a szabad idejükben együtt kávéztak, körbefutották a tavat, összegyűjtötték a környék legjobb borait, a helyi specialitásokat, daloltak, előadásokat szerkesztettek csoportokban. Természetesen befejezéséig megrendezték a hagyományos Szlovénia „világválogatott” vízilabda mérkőzést. Azonban a bledi találkozó ennél többet jelentett, tanult egymástól a jelenlévő lelkes szakember gárda. A foglalkozásokon kiscsoportos témamegoldás, plenáris ülések, szerepjátás, egyes nemzetek eddig elért eredményeiről beszámoló voltak és különböző már használt, vagy csak tervezett tanulási technikák tárgyalása szerepelt.

A résztvevő notabilitások – Jaime Correia de Sousa, Manfred Maier, Yomah Yaphe, Justine Allen és a házigazda, Igor Svab – megfogalmazták a célt: legyen minden egyetemen a szakmát képviselő, oktató, kutató munkát irányító tanszék, melyeknek feladatául szabható, hogy megfelelő színvonalon oktassák maguk a háziorvosok az önkontroll, az öngyógyítás „tudományát”

Az oktatás ki kell, terjedjen a mindennapi teendők megismerésére, az ismeretek terjesztésére, az öngyógyszerelés szabályozására. Fontos a minőség és a hozzáférhető gyógyszerek folyamatos számontartása, ellenőrzése, hogy a páciensek együttműködése az ellátó team minden tagjával megfelelő színvonalon működjen. A komplementer medicina helyét országonként meg kell kísérlni, meghatározni, erről több előadó is hangsúlyozottan szólt.

A csoportfoglalkozások négy helyen folytak. Minden munkacsoport megkísérelt eredményes munkamódszert kidolgozni, mely mind az alapképzés, mind a folyamatos

továbbképzés vonalán megfelelő színvonal elérését teszi lehetővé, javítva a mai helyzet – nem túlságosan megnyugtató – módszereit.

A bledi rendezvényt hasznosnak, eredményesnek tekinthetjük. Mitől volt ez a találkozás jobb, mint az eddigiek? Kezdjük a csodálatos környezettel, folytassuk az elkötelezett résztvevőkkel, a felkészült előadókon keresztül a jól megválasztott tematikák okán kialakult elfogadó és megoldást kereső hangulatig, ez mind a szakma nyereségét jelenti.

A következő 18. EURACT Workshop 2009 rendezvény iránt érdeklődők a szerző e-mail címén (nenagucek@gmail.com) kaphatnak részletes felvilágosítást, mind a részvétel lehetőségéről, mind a jelentkezés feltételeiről

Dr. Hidas István

## ■ AZ ORVOSKÉP A NYILVÁNOSSÁG ELŐTT. MEGOSZTOTT VÉLEMÉNYEK

Hans Glatzl - Der Allgemeinarzt 18:65 (2008)

Az orvoskép a társadalomban változó megítélésű. A változás a „mindenható hőstől” az „arctalan” egészségi menedzserig minden formát bemutat. Míg a kezelőorvos a kezelt páciense szemében nagy elismerésnek örvend(het), az egészségügy ellátó csoportjai az egészségügyi bürokráciának köszönhetően gyakran nagyon alacsony presztízsiűek.

Mégis egy jó hír: a németek – nemrég végzett véleménykutatás alapján – az orvosi pályán dolgozókat nagyra értékelik. A megkérdezett 78%-a messze a politikusok, vagy más akár főiskolai végzettségű vezető szakemberek fölé helyezik e szakma képviselőit. A megkérdezettek mindössze 6%-a volt jobb véleménnyel a politikusokról, mint az orvosokról. A témával foglalkozó szakemberek véleménye az volt, az orvosi hivatást még ma is egy bizonyos „aura” veszi körül, jóllehet az utóbbi időben észrevehető a dilemma: empátia, vagy bevétel-javulás. A dilemma megoldása azért is nehéz, mert a megkérdezettek többsége azt szeretné, ha az orvos többet foglalkozna vele, de azért a várószobában ne kelljen sokat várnia.

A megkérdezettek 77%-a elismeri, hogy az orvosi munka nagy felelősséggel jár, komoly szakértelmet és empátiát igénylő foglalkozás. Ezt – sajnos – az elvándorlás is mutatja, ma már mind kevesebben vállalják. Az orvosok átlagéletkora meghaladja az 50 évet, s ez a tény előrevetíti a közeljövő ellátási nehézségeit is. Ezt a nehézséget tovább rontja a betegek többségének elvárása: a háziorvos a nap 24 órájában álljon rendelkezésére bármilyen egészségi probléma fennállása esetén.

Ez az elvárás vezetett oda, hogy a kevésbé frekventált területeken egyre nyomasztóbb lesz az orvoshiány. A próbálkozások, melyek a fölösleges orvosi bürokrácia csökkentésére irányulnak, vonzóbbá téve ezzel a vidéki

praxisok ellátását, eddig sikertelennek bizonyultak. Tíz évvel ezelőtt a megkérdezettek 50%-a gondolta úgy, hogy az orvosnak elegendő ideje jut az ön- és továbbképzésre, ma ezt már a megkérdezettek csupán harmada gondolja így. Érdekes, hogy a válaszadók kétharmada hozzátette, hogy kivéve az én háziorvosomat. *(Mindenesetre ez egyúttal komoly elégtétel minden német háziorvosnak. Nálunk vajon hogy végződne egy ilyen véleménykutatás? Ref.)*

A megbízhatóság romlását minden megkérdezett az újonnan bevezetett reformok okozta káosz és kiismerhetetlen rendeletek, szabályozás, bürokrácia terhére írja. *(Ezzel azt hiszem hasonló képen járnánk kishazánkban is Ref.)*

Dr. Hidas István

## ■ COCHRANE AZ EVIDENCIÁKRA ALAPOZOTT ORVOSLÁS ATYJA

Stefan Lummer - Der Allgemeinarzt 20: 70-71 (2008)

Archibald Cochrane, aki 1909-ben Skóciában született, 1988-ban, amikor elhunyt, olyan elméletet hagyott ránk, ami forradalmasította az orvoslást. A tisztán tudományos alapokra helyezett megállapításai, melyek mind a statisztika, mind a randomizált klinikai vizsgálatok értékelésére kidolgozott módszereket érintették, olyan feltételeket hangsúlyoztak, amelyeket azután mindenütt elfogadtak ezeknek a vizsgálatoknak az értékelésére. Ez az „evidence based medicine” (EBM) az evidenciákon alapuló orvoslás. A mai családorvosi vizsgálatok Németországban már csak ilyen értékelési rendszerrel dolgoznak. Ez – természetesen – megteremt az összehasonlítási lehetőséget két vizsgálat között, mert mindenütt így dolgoznak. M. Kochen – jelenleg a DEGAM elnöke – már évekkel ezelőtt hangsúlyozta a módszer fontosságát a tudományos munkák értékének megállapításában. Ugyanígy nyilatkozott M. Konitzer a múlt évi Bad-Orb fürdőhelyen tartott továbbképzési konferencián: „Az evidenciákon alapuló orvoslás az egyetlen helyes válasz bizonytalan esetben, az általános orvos működése során”.

Egy érdekes eseményt idéz, mely egy vendégprofesszor előadása során történt. Új módszer csodálatos eredményeinek az értékelése után a hallgatóságból elhangzott kérdés: a kontroll csoport eredményei milyenek voltak? Nem volt kontroll csoport, nem akartam veszélybe sodorni senkit. Az új módszerrel kezelték veszélyeztetettsége nem volt túl nagy? kérdezte a hallgató. Nos, erre az evidenciára alapozott módszer adhatott volna választ.

Cochrane a II. Világháborúban – német hadifogolyként – 15.000 hadifogolytárs megbetegedéseit volt kénytelen kórismézni és gyógyítani. Megfigyelte, hogy azok a fogolytársai, akik élelmiszert tartalmazó csomagokat kaptak (jugoszláv, orosz, angol foglyok voltak egybezárva, s csak

a britek kaptak csomagot) jobb eséllyel gyógyultak, mint akik nem részesültek kiegészítő étkezésben, a napi bevitt kalória mennyiség nem haladta meg a 600 kal.-t. A lágerban kitört tbc-járvány is elsősorban azokat érintette, akik alultápláltak voltak.

A pontosan dokumentált adatok alapján levont következtetés az volt, „amit ma egészségügyi ellátás címen folytatunk, abban alig valaminek találhatjuk meg a tudományos alapját”. A levont következtetés pedig az volt, „Csak tudományosan igazolt eljárást alkalmazzunk mind a kórisme megállapításban, mind a kezelésben” Sőt már 1935-ben kijelentette, hogy „All effective treatments must be free”, azaz a hatékony kezelési módok szabadon alkalmazhatók kell legyenek. Az is az ő szájából hangozott el: „Az orvoslás tkp. szociális tudomány, s a politika sem egyéb, mint orvostudomány nagyban”.

*(Ref.: bár nem szorosan szakmánk kérdése, de időszerű és az egész orvoslásra alkalmazható megállapítások, ezért indokoltnak éreztem ilyen részletességgel ismertetni ezt a cikket)*

Dr. Hidas István

## ■ IDŐSKORBAN GYAKRAN FÉLREISMERT KORKÉP A LARVÁLT DEPRESSZIÓ

Peter Landendörfer – Der Allgemeinarzt 18:11-16 (2008)

Az idős ember „panaszáradatát” minden orvos jól ismeri. Sajnos, gyakran, ezt korral összefüggő objektív tünetekkel magyarázzák, s a tény, hogy koros betegek közel 40%-ban időskori depresszió okozta panaszokat hangoztatnak, elkerüli a figyelmünket.

A háziorvosi praxisban megforduló pácienseink 12–25%-a depressziós. Ezt már J.N Braun, a szakma legismertebb nyugat-európai képviselője évtizedekkel ezelőtt több tanulmányában hangsúlyozta.

Jóllehet a korkép régen ismert, mégis ritkán – az előforduló esetek kb. harmadában – kerül kórismézésre és megfelelő kezelésbe. A betegség okozta panaszok affektív, szomatikus, pszichomotoros és kognitív természetűek. Természetesen egy sor, az életkor függvényeként előforduló betegség – cerebrovaszkuláris, koszorúér-betegség, cukorbetegség, rosszindulatú folyamatok, hipotireózis stb. – kísérelő tüneteként is észleljük a depresszió megjelenését. Azokról a veszélyeztető tényezőkről nem is szólva, amelyek rontják ezeket a tüneteket. Ezek közül lényeges a nők gyakoribb érintettsége, a szociális izoláció, a partner halála, betegsége, kezeléssel alig befolyásolható fájdalmak, alvászavar, funkcionális akadályoztatás, a mozgáskoordináció zavart volta stb.

A szomatikus tünetek megítélése azért is nehéz, mert a meglévő betegségek okozta tünetek nem mindig különböztethetők meg a depresszió tüneteitől. Pl. minden bizonytalan fájdalom-szindróma lehet egyetlen tünete a

larvált depresszióknak. A személyiségváltozás is gyakori jelenség, ok nélküli félelem, üldöztetés érzése is első tünete lehet az időskori depresszióknak. A kognitív zavarok ugyanígy jelentkezhetnek önállóan, elsőként, vagy kísérelő tünetként.

A kórisme megállapítását segíthetik a megjelenéskor észlelt jellegzetes mimikaszegény arckifejezés a negatív beállítottság minden orvosi beavatkozással szemben, de fontos, hogy a kórisme megállapítását egy kialakult rendszer alapján folytassuk. Mindig a legfontosabb a részletes anamnézis, mely a gyakorlott háziorvos részére minden tekintetben óriási előny. Hiszen többségében régen ismeri betegeit, s a változás észlelése nem jelent túlságosan nagy feladatot. A további – szakorvosi – vizsgálatok, labor, műszeres, képalkotó beavatkozások elsősorban az organikus kórképek kizárását szolgálják. A depresszió-kérdőív nagy segítséget jelent a továbblépés elősegítése terén, ezt érdemes mindig „kézben tartani”.

A kezelés szempontjai külön figyelmet érdemelnek, mivel a korral összefüggő megváltozott reakció készség, a felszívódás esetleges zavara, az egyéb panaszok miatt szedett gyógyszerek stb. mind külön figyelmet érdemelnek. Külön hangsúlyozandó az orvos személyiségének szerepe. Az évek során kialakult bizalom, szoros orvos-beteg kapcsolat az alapja a sikeres kezelésnek. E nélkül nehéz lenne bármit is elérni, mivel már a kórisme: depresszió, pszichés probléma stb. ellenállást válthat ki a kezeléssel szemben. A kezelés fő irányítója a „Start slow and go slow” legyen, akkor – talán – nem ér meglepetés bennünket. Mert a legnagyobb problémát az jelentheti, ha hirtelen – egyébként hatásosnak ismert terápiás dózissal – indulunk, s a mellékhatások, melyek gyakran jelentkezhetnek, mind a beteget, mind bennünket, elbizonytalaníthatnak.

Dr. Hidas István

## ■ INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁS. JOBB VÉDELEM INTRADERMÁLIS OLTÁS ESETÉN

Vera Seifert beszámolója a Vilamoura-ban (Portugália) tartott Sanofi-Pasteur konferenciáról, „Intradermális védőoltás: új lehetőség a szezonális influenza járvány megelőzésében”  
Megjelent a Der Allgemeinarzt 18:56 (2008) számában

A 65 éven felüli betegek különösen veszélyeztetetteknek tarthatók influenza fertőzés és szövődményei tekintetében. Sajnos ezt a korcsoportot még védőoltással sem lehet biztonsággal megvédeni a betegség szövődményekkel nehezített formáitól. Ez annak is tulajdonítható, hogy ez a korcsoport immunválaszát tekintve „nem teljes értékű” már.

A probléma megoldásában az új alkalmazási mód az intradermális oltás – úgy tűnik – megoldást jelent. Az

intradermális alkalmazás előnyeiről a lyoni orvosegyetem mikrobiológiai tanszék professzora számolt be, s a jó eredményt azzal magyarázta, hogy az alkalmazás helyén sokkal nagyobb számban fordulnak elő az immunválasz szempontjából fontosnak ítéltető sejtek. Az alkalmazás területe a felkar delta-izmot fedő bőrterület, amely a tápláltságtól függetlenül majd minden egyénnél ugyanolyan vastag, jó a vérellátása, sőt nyirokerekben is gazdag. Ez az oldható antigének szállítása szempontjából fontos, s így lehetővé válik azok eljuttatása a nyirokszervekhez.

A folyamat ezúton „kopirozza” egy fertőzés következtében kialakuló immunreakciót. Nagyon sok esetben az intradermális úton indukált immunfolyamat hatékonyabb, mint bármely más, eddig alkalmazott módon végzett immunizálás. Kísérletesen bizonyított, hogy pl. a veszettség elleni immunizáció intradermálisan sokkal gyorsabban és kisebb adagú oltóanyaggal is olyan immunválaszt produkált, mint a sokkal nagyobb dóziszú intramuszkuláris oltóanyag.

Ugyancsak klinikai megfigyelés, hogy dialízisben részesülő vesebetegek hepatitis-B ellen végzett védőoltása kisebb adaggal, intradermálisan alkalmazva jobb védelmet jelentett, mint az eddig alkalmazott izomba adott védőoltás.

Jelenleg kipróbálás alatt áll egy intradermális alkalmazású influenza elleni oltóanyag (a tervezett gyári forgalmazási név: Intanza), melyet idősebb betegek esetében fognak alkalmazni, s valószínűleg a jövő évben forgalomba is kerül.

Dr. Hidas István

## ■ JÉNÁBAN ÚJ ÁLTALÁNOS ORVOSI TANSZÉK LÉTESÜLT. MAGASSZÍNVONALÚ KUTATÁSI LEHETŐSÉG, VAGY HASZON MINDENNAPOKBAN

Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen – Der Allgemeinarzt 18:60-61 (2008)

Bevezetőben leszögezi a frissen kinevezett professzor, hogy Thüringiában pillanatnyilag több, mint 100 üres általános orvosi praxis van. Ezért céljuk, hogy minél több orvostanhallgatót nyerjenek meg a háziiorvosi szakma számára. Az érdeklődés már a kezdetek kezdetén is nagy volt, s egyre nő azoknak az orvosoknak a száma, akik komolyan érdeklődnek a szakma iránt.

Jelenleg Thüringiában 130 továbbképzésre képesített általános orvos van, ezek mind a szakképzés, mind a továbbképzés vonalán aktívak lesznek. Az egyetemi tanszék célja, hogy együttműködve a továbbképzésben eddig is működő intézményekkel, minél szélesebb alapon álló lehetőséget teremtsenek a képzés, szakképzés és folyamatos továbbképzés háttérintézményeinek.

Miután az általános orvosi szakképesítés megszerzése Németországban még nem régen van meg, a skandináv és az angolszász tapasztalatokat felhasználva

kísérünk meg saját képzési rendszert kialakítani. A szakma akadémiai szintű elismertsége Németországban még csak indulóban van, de az első lépések biztatóak. Ma már sokkal korábban és sokkal nagyobb óraszámokban oktathatjuk a szakmát, mint évekkel ezelőtt. Az oktatás magas színvonalon folyik és megfelelően tartható a tudományos, intézményi háttér is. Kiképeztünk „szerepjátzó” pácienseket, akiken a hallgatók az anamnézis felvételt gyakorolhatják, ezen keresztül a kórtörténet mellett, a kórisme megállapítás és beteg-kommunikáció is „kézben-tartható” és gyakorolható.

Fontosnak ítélik, hogy a házi orvos minden betegéről rendelkezzen annyi információval, ami az eredményes kezelést, gondozást lehetővé teszi, ezért a szakorvosi konzultáció és a folyamatos továbbképzés lehetőségét megkísérlik mindenütt biztosítani.

Ezt szolgálja pl. a depresszió felismerését is lehetővé tevő interneten közzé tett és folyamatosan megújított kérdőív is (sajnos csak német nyelven).

([www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung/depression/depression.htm](http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung/depression/depression.htm))

Dr. Hidas István

*Ref.: Véleményem szerint az új tanszékekkel érdemes lenne a kapcsolatot fölvenni, nemcsak a tapasztalat szerzés, de a tapasztalat átadás vonalán is.*

## ■ NEM CSÖKKEN A VÉRNYOMÁS, MI ÁLLHAT A SIKERTELENSÉG MÖGÖTT?

Bernd König – Der Allgemeinarzt 20: 40-41 (2008)

Ha nem sikerül vérnyomás csökkenést elérnünk, elsősorban a compliance hiányát kell feltételeznünk. A kérdés azért fontos, mert a leggyakoribb rizikótényező még ma is az emelkedett vérnyomás. A megnövekedett kórisme megállapítási és egyre javuló terápiás lehetőségek ellenére a férfiak csupán 8-10%-a a nők 26-29%-a képes – elsősorban a rossz compliance miatt – vérnyomását egyensúlyban tartani. Ez azt jelenti, hogy a kezelés eredményessége – azaz a kívánt 140/90 Hgmm elérése – a kezelték 80%-ánál sikertelen.

Mit nevezünk sikertelen kezelésnek? Ha a vérnyomás-beteg a megváltoztatott életstílus és három, különböző hatású gyógyszer – ezek egyike diuretikum legyen – pontos szedése mellett sem éri el a kívánt normotenziót.

A sikertelenség oka elsősorban a „non-compliance”, utána az életstílus megváltoztatásának hiánya, rendszeres nagy mennyiségű alkohol fogyasztás, egyes vérnyomást emelő gyógyszerek (szteroidok, NSAID stb.) szedése, az alvási apnoe nem kórismézett formája, másodlagos hipertónia, volumen-túlterhelés (nem megfelelő diuretikum szedése, veseelégtelenség, nagyobb mennyiségű konyhasó fogyasztása, hiperaldoszteronizmus stb.) lehet.

A többféle gyógyszerfeleség – nem fontossági sorrendben

- a vízhajtó, a béta-gátló, a Ca-antagonisták, az ACE-gátlók és az AT<sup>1</sup>-receptorantagonisták közül három, eredménytelen alkalmazása esetén beszélünk terápia-rezisztens vérnyomás betegségről. Külön figyelmet érdemel a β-gátlók és a verapamil-típusú Ca-antagonisták együttes adása, mivel mindkettő lassítja a frekvenciát, s előfordul emiatt jelentkező túlzott bradycardia. Ugyancsak elővigyázatosnak kell lennünk a ramipril és telmisartan együttes adásával, mivel ez a kombináció nem javítja a vérnyomás-csökkentő hatást. A hármas kombináció eredménytelensége esetén a Doxazosin szóba jöhet negyedik kiegészítőként, amivel férfiak esetében a prosztata megnagyobbodás kezelését is eredményessé tehetjük. Ugyancsak megkísérelhetők az aldosteron-antagonisták, a centrális szimpatolitikumok és az értágítók.

Dr. Hidas István

## ■ TÚDÓBETEGSÉG VÉGSTÁDIUMBAN. MI CSÖKKENTI A LÉGSZOMJAT?

Ortrud Karg – Der Allgemeinarzt 18: 40-42 (2008)

A légszomj, tkp. szubjektív érzés, adatokkal nem tudjuk meghatározni. A hatékony kezelés eddigi eredményeit sem sikerült vizsgálati adatokkal alátámasztani. S szemben a fájdalomcsillapításban elért eredményekkel, a légszomj kiküszöbölésében nem sok eredményt értünk el.

A gyógyszeres kezelésben a leghatékonyabb még ma is bármely opioid készítmény, amit általában a rosszindulatú daganat okozta légszomj kezelésében használunk eredményesen. A sokkal gyakoribb COPD fulladó betegeinél nem ilyen egyszerű a helyzet. Az összehasonlítás alapja a dózis, ami fulladás esetén sokkal kisebb kell, legyen, mint a fájdalomcsillapításban megszokott adag. Morfinból pl. 2,5-5 mg dózis általában már jól csökkenti a fulladást. Ha csepp formájában kerül alkalmazásra a szer, 4-6 óránként ismételtető a hatásos dózis, amit nagyon ritkán - opioid-toleráns beteg esetén - kell 50%-kal emelni. Ha a hatásos adagot sikerült pontosan megállapítani, áttérhetünk a tartós hatású készítményre. Ha pontos volt a beállítás, légzésdepresszióra nem kell számítanunk.

A bronchodilatátorok alkalmazása elsősorban légúti obstrukció esetén jön szóba, ugyanez vonatkozik a szteroid terápiaira is. Hogy az anxiolitikumok, antidepresszánsok és/vagy neuroleptikumok milyen hatással vannak a légszomjra, objektív adatokkal nem alátámasztott, de ilyen kezelést a szakemberek nem is ajánlanak e tünet enyhítésére. Azt azonban nem lehet kizárni, hogy a légszomjat kísérő szorongás oldása jót tehet a beteg közérzetének javítása céljából.

Az oxigén-terápia, különösen a hosszantartó oxigénkezelés (amikor napi 16 órán át látjuk el, kiegészítő kezelésként,

oxigénnel a fulladó beteget) akkor jön szóba, ha bizonyítottan hipoxémiás állapotban van betegünk ( $paO_2 < 55$  Hgmm). Ezt általában COPD miatt kezelt, gondozott betegünkönél élhetjük meg. Ha oxigénkezelést vezetünk be, a szubjektív panaszok gyorsan csökkennek, s előfordul, hogy csak időnként szorul erre a beteg. Ezt különösen bizonyos fizikai terhelés esetén érdemes alkalmazni, s a bevezetését és időnkénti alkalmazását rábízhatjuk a betegre is. Érdekes megfigyelés, hogy az időnként alkalmazott oxigénterápia jó hatású akkor is, ha nem igazolható valódi hipoxigenizáció.

Az egyéb terápiás beavatkozások - akupunktúra, zeneterápia, progresszív izomrelaxáció, járógyakorlatok, mellkasfal vibráció, elektromos stimuláció, légzésgyakorlatok, pszichoterápia - mind eredményesek lehetnek kiegészítő kezelésként.

Dr. Hidas István

## ■ SZÍVIZOMINFARKTUS UTÁN AZ ELSŐ HÓNAPBAN A HIRTELEN SZÍVHALÁL VALÓSZÍNŰSÉGE NAGYON MAGAS

Szerkesztőségi közlemény – JAMA 300:2022-2029 (2008)

Amerikai felmérés alapján a hirtelen szívhalál valószínűsége a heveny szívizominfarktus után egy hónapig igen magas. Külön hangsúlyt érdemel, hogy ennek valószínűsége akkor a legmagasabb, ha a heveny esemény után tartósan szívelégtelenség tünetei is fennállnak.

Természetesen az infarktus után gyakran jelentkező kamrai szívritmus-zavarok ezt tovább ronthatják. Illetve, ilyen tünetek, panaszok esetén szívelégtelenség nélkül is fokozódik a hirtelen halál valószínűsége. A statisztikák szerint minden negyedik infarktus után bekövetkező haláleset ennek a tünetcsoportnak tulajdonítható.

Az infarktust követő első 30 napban az érintettek 1,2%-a hunyt el, ez négyszerese az azonos korcsoport (átlag 67 éves korúak) várható halálozási arányának. Egy hónap után a hirtelen halál valószínűsége csökken és az elkövetkező 1 évben nem halnak meg többen, mint az első 30 napban. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy egy hónap után megszűnik a veszélyeztetettség, mivel a következmények - krónikus szívelégtelenség nagy számban alakul ki - változatosnak.

A végkövetkeztetésként leszűrt eredmény: ha a pumpa-funkció károsodott, mindig gondolnunk kell a hirtelen halál veszélyére. Ezért különös gondot kell fordítanunk ennek a kórformának a megelőzésére és eredményes kezelésére.

Dr. Hidas István