

■ IDŐBEN KEZDD EL AZ INZULIN KEZELÉST MÁSODIK TABLETTA HELYETT!

Martina-Jasmin Utzt – Novo-Nordisk konferencia Grünwald 2009. január. Az Allgemeinarzt 5: 59 (2009) beszámolója alapján

A mai gyakorlat szerint a 2-es típusú cukorbeteg inzulin kezelését – általában – későn kezdik. A német cukorbeteg társaság irányvonala szerint ezt mielőbb meg kell változtatni. A mai ajánlás szerint a kórisme megállapítás után azonnal oktatás, étkezési tanácsadás, fizikai terhelés, folyamatos mozgás és bázisterápiaként metformin ajánlott. A további teendőket a HbA^{1c} érték alakulása határozza meg. Ha az ellenőrzés során, 3–6 hónap múlva is emelkedett (6,5% fölötti) értéket kapunk, megkísérelhető egy második perorális készítmény, de 7,5% fölötti érték esetén mindenképpen inzulin bevetése szükséges.

Az első lépés az esti bázis inzulin (Levemir) legyen, vagy megfelelő időpontokban a rövid hatástartamú inzulin analógok egyike (pl.: NovoRapid) az étkezési időpontokhoz és a bevitt szénhidrát mennyiséghez adaptálva.

Hogy a szív-érrendszeri szövödményeket elkerülhessük, kívánatos minél korábban az inzulinterápia bevezetése. Ez – gyakran – még a normális éhomi vércukor-értékek mellett is ajánlatos, sőt az esti bázis inzulin mellé, az étkezésekhez igazított gyors hatású inzulin javíthat a hatékonyságon.

Az eddigi tapasztalatok alapján állítható, hogy a hipoglikémiás szövödmény nagyon ritka, sőt a szénhidrát anyagcsere egyensúlya a testsúlynövekedést sem provokálja.

Dr. Hidas István

■ A CUKORBETEGSÉG ÉS A MUNKAJOG

RA.Oliver Ebert – Diabetes Forum 3:11-16 (2009)

Manapság – ebben a gazdaságilag bizonytalan időszakban – a munkahelykeresés, elhelyezkedés meglehetősen nehézkes. Az új munkahelyre történő belépéskor a cukorbeteg többségében felvetődik a kérdés, említendő-e, s ha igen milyen következményekkel jár a cukorbetegség fennállása.

Amennyiben rákérdeznek, természetese nem hallgatható el, de spontán, ha az a munkakör ellátását nem veszélyezteti, nem okvetlenül kell szóhozni. Fontos tudnunk, hogy a munkaadónak joga van tudni, minden a munka elvégzését befolyásoló körülményt, de a privát szférát érintő kérdések ebbe nem szabad, hogy bekerüljenek. Természetesen, ha bármilyen elhallgatott körülmény később a munkaképességet, vagy teljesítményt befolyásolja, az a munkavállalót sújtja.

Az olyan kérdésekre, amelyek a privát szférát érintik – terheség, gyermekvállalási tervek stb. – nem köteles a pályázó válaszolni, ill. nem kötelező az őszinte válasz. Ez

a későbbi munkaviszony szempontjából sem róható fel a munkavállaló hátrányára. Hasonlóképpen minősül a vallási hovatartozás, a politikai irányultság, vagy a szakszervezeti tagság kérdése. Az előzetesen elszenvedett betegségek is csak abban az esetben kerülhetnek szóba, ha azok a vállalt munkakör ellátását nehezítik, vagy lehetetlenné teszik.

A betegségek közül kiemelt helyen szereplő cukorbetegség is csak abban az esetben említendő, ha az, bármilyen módon, mások testi épségét veszélyeztetheti, akár a teljesítőképesség, akár a változó reakcióképesség okán. Akkor viszont elmulasztása büntetőjogi vonatkozásokat is tartalmazhat. Azt mindenesetre leszögezhetjük, hogy a jól kezelt (pontosan beállított anyagcseréjű) cukorbeteg teljesítőképessége nem rosszabb, mint egy egészségesé. Ennek ellenére a munkaadók többsége úgy minősíti a cukorbetegét, mint többlet rizikóval rendelkező, betegsége miatt gyakrabban távolmaradó, időnként kórházi kezelésre szoruló, magyarul „gondot okozó” munkavállalót.

Miután Németországban van olyan törvény, miszerint a nagyvállalatok kötelesek egy bizonyos számú hátrányos egészségi helyzetűt is alkalmazni, előfordul, hogy pusztán emiatt kerül felvételre cukorbeteg is. Ennek ellenére a cikk szerzője – jogász – mégis azt tanácsolja, hogyha nem kérdezik, a cukorbeteg ne „dicsekedjék” betegségével.

Az esetleg felmerülő hátrányos megkülönböztetés elkerülése végett elhallgatott betegség veszélye akkor lesz kézzelfogható, ha a vércukorszint esése miatt jelentkező rosszullet megoldására senkinek sincs elképzelése. Éppen ezért jobb, ha legalább a közvetlen munkatársak tisztában vannak a kórkép fennállásával és a probléma megoldási lehetőségével. Tulajdonképpen ez az a határeset, amit mindkét oldalról lehet támadni s védeni is, de igazán optimális megoldás nem létezik. Mindenesetre a jogi vonatkozások ismerete – amiért ez a cikk megírásra és referálásra került – fontos mind a munkavállaló, mind a munkaadó szempontjából.

Dr. Hidas István

■ A HÁZIORVOSI FÁJDALOM-KEZELÉS. HOZZÁÁLLÁS, INÉZKEDÉSEK ÉS GYÓGYSZERELÉS

Diethard Sturm – Der Allgemeinarzt 6: 32-37 (2009)

Amikor egy betegünk fájdalmai miatt a rendelőkbe érkezik, már mindenféle házi szerrel, éppen otthon talált gyógyszerrel – általában – megkísérelte befolyásolni panaszát. Éppen ezért elvárása, hogy gyorsan, hatékonyan befolyásoljuk panaszát.

Általánosan követendő szempontok: az oki terápia hatékonyabb, mint a tünetorientált, általános beavatkozás.

Az első „nekifutás”-ban még lehetnek olyan periódusok, amelyek nem igazán szüntetik panaszát, de a továbbiakban minden hamis irány, tévedés komoly csalódást jelent a szenvedő számára.

A követendő eljárás során mindig egyeztessünk a szenvedő pácienssel, hogy lássa, számunkra is fontos a mielőbbi eredmény.

A kezelés során minden találkozás szolgáljon lehetőséget az elért eredmény, az új panasz, az esetleges mellékhatások megbeszélésére.

Kezelést akkor is kezdjük, ha igazi, tudatos fájdalom-élménye nincsen a betegnek.

Mi is a fájdalom? A meghatározás szerint egy kellemetlen érzés-élmény, amit egy aktuális szöveti sérülés provokál, jóllehet eszméletlen állapotban ez az érzés nem jön létre, de a kezelés akkor is fontos (lehet). Ebből következik, hogy minden esetben, ha fájdalmas állapot áll fenn, vagy jön létre orvosi beavatkozás(unk) következtében, fontos, hogy ezt csillapítsuk, szüntessük.

A kezelés azért is fontos, mert a fájdalom egy sor vegetatív reakciót (stressz-szituáció, vérnyomás emelkedés, szénhidrát anyagcsere „kisiklás” stb.) provokálhat. A pszichés hatásról (alvászavar, depresszió), vagy az izomgörcs okozta fájdalom-fokozódás miatt megnövekedett gyógyszer-igény veszélyeit nem is említve.

A fájdalom keletkezése a nociceptív végkészülékek izgalma során jön létre, innen a gerincvelő hátsó szarvába, majd – miután ez izomgörcsöt is provokál – az agytörzsbe kerül az inger. Itt a „feldolgozás” során egy sor vegetatív izgalmi reakció is kialakul, ezek tudatalatti védekező (elhárító) reakciót hoznak létre, ennek befejező része az, amikor a nagyagy „tudomásul veszi” a fájdalmat, s a páciens „szenvadni kezd”. Ez a szenvedés egyénileg változó intenzitásra jön létre, mert a fájdalomtűrő képesség egyénileg nagyon változó, függ egy sor fájdalmat erősítő és/vagy gátló struktúrától. A kezelés mikéntje és eredményessége okán krónikussá is válhat a fájdalom, akkor viszont már nehezebb dolgunk van, mert ezek (pl. a poliartrózis, a PCP stb.) képezik a „crux medicorum” kategóriáját, mivel a kórok megszüntetése – általában – nem sikerül.

A hosszú időn át fennálló, befolyásolhatatlan fájdalom fennállása esetén kerülünk a „fájdalom-betegség” kórisme megállapításához, amikor a kórok már kideríthetetlen, a fájdalom a főtünet és nem mutat párhuzamot az elsődleges kórok súlyosságával. Sőt az élet középpontjába és a mindennapi kommunikáció fő sodrába jut.

Mi vezet ehhez az állapothoz? Elsősorban a hosszú ideig fennálló, rosszul (eredménytelenül) kezelt fájdalom, melyre a személyiség szerkezete is predesztinál(hat) és egy sor másodlagos (partner-problémák), vagy szociális (pl. soron kívüli nyugdíjazás) tényező is ronthat.

Milyen legyen a terápiánk stratégiája? Elsősorban a kezelést folytató (irányító) szakember hozzáállása legyen elfogadó, soha ne derüljön ki, „már megint ez a fájdalom”, még az arckifejezésünk se árulja el, mit gondolunk. Sőt az együttérzés legyen a legfontosabb kritérium a beavatkozásunk előtt, hogy az orvos-beteg kapcsolat ne sérüljön soha. Fontos, hogy krónikus fájdalom esetén az első lépés mindig pszichoterápiás irányultságú legyen. A második

lépés, el kell döntenünk, milyen kezelési lehetőséget látunk, kóroki, vagy „csupán” tünetorientált kezelésre van lehetőségünk. Miután a beteg azonnali segítséget vár és remél, fontos a beteg felvilágosítása, ami időt és hozzáértést igényel. Az is fontos, ha a tünet-befolyásolást választjuk, ne adjuk föl a reményt a kórok pontos kiderítésére. Ha a kezelés megkezdése után romlanak a panaszok, ne szégyelljük fölülvizsgálni első kórok megállapításunkat és az eddigi kezelést.

Az is fontos, hogy a fájdalmat a feltételezett kórok szerint osztályozzuk (gyulladás, kompresszió, ischaemia, sérülés, neuralgia stb.) mivel ez az ismeret meghatározhatja a kezelés módját és eredményességét. Sőt ezzel elkerülhetjük a – sokszor fölösleges – ismételt konzultációkat. Ezt a fájdalom fennállásának időtartama, jellege, lokalizációja, intenzitása alapján osztályozhatjuk, sőt a kezeléshez javaslatot is szerezhethetünk. Jó, ha a kezelésünk célját egyeztetjük a beteg céljával, könnyen lehet, hogy ez betegként különböző lehet, ezért fontos az eredményesség szempontjából.

Mire figyelünk a gyógyszeres beavatkozás esetén: opioidok esetében a függőség kialakulása is szóba jön, bár a fájdalomcsillapítás céljából adagolt opioidok mennyiségét majdnem korlátlanok ítélik. A NSAID-k gyakori mellékhatása a gyomor-bél rendszer nyálkahártya sérülései, bizonyos szerek túladagolása pszichotikus tüneteket provokálhatnak, ugyanakkor az aludozírozás a fájdalom krónikussá válását segíti elő, ezért a pontos hatásmérés minden esetben az egyik legfontosabb szempont.

(Ref: a mindennapjaink egyik legfontosabb problémáját tárgyaló cikk részletes ismertetését fontosnak ítélttem ezért hosszabb a referátum a szokásosnál.)

Dr. Hidas István

■ A HÁZIORVOSOK JÖVŐJE. FIATAL ÁLTALÁNOS ORVOSLÁS

Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. J. Gensichten
www.allgemeinmedizin.uni-jena.de

Ahogy egyre idősebb generáció dolgozik a családorvosi szakmában – mind kollégákat, mind kollégánokat tekintve – úgy csökken az orvostanhallgatók érdeklődése a szakma iránt. Ha a területünket – Turingia – tekintjük a következő tíz évben a házi orvosok 43%-a (!!!) nyugdíjas korú lesz, azaz ennyi fiatal házi orvost igényel(ne) területünkön az alapellátás.

Ha a fiatal generáció érdeklődését vizsgáljuk, az meglehetősen érdekes, mivel a házi orvoslást sokuk, mint egy heterogén, furcsa területet tartja számon. Ebben a szakmában – úgy gondolják – helye van a természetes gyógymódok, a pszichoterápia, a sport és utazási orvostan alkalmazásának is. De a valódi lényegével nincsenek tisztában. Sőt gyakori az a vélemény, hogy a szakma egy „kis-belgyógyászat”, bár találkozhatunk olyan véleménnyel is,

mely az összes szakma kivonataként, polihisztor fölkészültséget föltételez a háziiorvosi munka ellátásához. Ez pedig egy ember teljesítőképességét messze meghaladja.

A megoldás mindenképpen az lehet (lenne), ha a hallgató korán – akár az első évfolyam befejezésekor – találkozhatna a feladatok megoldására képes szakemberrel, annak mindennapi tevékenységét látva felismerné, nemcsak a megterhelést, hanem a munka eredményeit, s kaphatna pozitív „visszajelzést” a szakma szépségéről, eredményeiről.

A jénai egyetem családorvosi tanszéke bevezette a „szimulált páciensekkel” történő oktatást, így a hallgató a „képzett” bemutató pácienseken gyakorolva érthetné meg mind az anamnézis, mind a fizikális vizsgálat fontosságát, s kaphatna „indítást” a szakma mélyebb elsajátítására, s nyerhetne – később – hivatást is rá.

Képzési módszerükhöz tartozik a praxis-klinikum rotáció, mely egyrészt a beteg-út pontos megismerését és másrészt a különböző szakemberek módszereinek összehasonlítását is lehetővé teszi. Ez egyúttal indítást jelent a szakma megismerése, megszerettetése irányába. A koncepció kiteljesítése a most indított továbbképző kurzus segítségével remélhető, ebben részt vesznek hosszabb gyakorlati tapasztalattal rendelkező szakorvosok is, egy-egy szakterület részletes ismertetésével (gondozás, egy-egy fontosabbnak tartott betegcsoport teendőinek részletes megtárgyalása, gyakorlati bemutatások stb.). Ez a hosszú családorvosi gyakorlat és az elméleti fölkészültség okán meglehetősen színvonalas bemutatásokat jelent, ami még továbbképző jelleggel is bír.

A módszertől remélik, nemcsak a szakma, hanem művelői is megfiatalodnak s az utánpótlás gondjai is kisebbek lesznek.

Dr. Hidas István

Ref: a jénai egyetemen nemrég létesített családorvosi tanszék úttörő munkájára már előzőekben is fölfigyeltünk. Egy ízben már írtam munkájukról. Nos a mostani jelentkezésük újra fölbíujja a figyelmet arra, hogy tanulni azoktól is lehet, akik még nem „rég motorosok”, de komolyan veszik a szakma fejlesztését, az oktatást, a továbbképzést.

■ TUDOMÁNYOS HÁTTÉR – DEGAM IRÁNYVONALAK A PRAXISOKNAK

Prof. Dr. M. Kochen a DEGAM elnöke
www.degam.de

Manapság, amikor az általános orvoslás tekintélye nemcsak a hallgatók között, hanem a továbbképző kurzusokon is romlott, fontos ennek visszaszerzése, „rehabilitációja”. Ehhez biztosít a Deutsche Gesellschaft der Allgemeinmedizin (DEGAM), a német általános orvosok társasága, evidencia alapú, tudományos irányvonalakat. Ezeket nem-

csak megfogalmazza, de széleskörű terjesztésével a mindennapi praxisban érdekelt szakemberek számára is megfelelő ismereteket biztosít.

Ezek az irányvonalak az alapellátás minden vonatkozását felölelik és minőségében a szakorvosi tevékenységek irányvonalainak teljesen megfelelnek.

Két, külön említendő speciális vonatkozás: az irányvonalak figyelembe veszik a legújabb háziiorvosi, kutatási területek eredményeit, amit pl. a szakorvosi irányvonalak megjelenésekor nem mindig figyelhetünk meg. A másik jellegzetességük: minden irányvonalat a nyilvánosságra kerülés előtt, az erre szakosodott praxisokban megvizsgálják, „kipróbálják”, összehasonlítva a terület szakellátási irányvonalainak legújabb, elfogadott változataival. Ha ilyenkor bármilyen, javítást érdemlő kritika elhangzik – akár a szakma más területéről, akár a tesztet végző praxisteam tagjai részéről – felülvizsgálják a leírtakat. Szükség szerint kiegészítés, változtatás is történik, természetesen az éppen érvényben lévő tudományos háttér figyelembe vételével.

Azt minden szakember tudja, hogy a háziiorvosi ellátási rendszer alapvetően abban különbözik a szakorvosi rendszertől, hogy

- 1) nincs páciens „válogatás”
- 2) mások az epidemiológiai viszonyok,
- 3) más a kimenetel megítélése
- 4) speciális orvos-beteg kapcsolat jellemzi az ellátást, ezen a szinten
- 5) ennek köszönhetően más a gondolkodás- és munkamódszer is.

Az így kapott eredmény alapján egyértelmű, hogy a háziiorvoslás irányvonala egy sor – más szakma esetében szóba sem kerülő – szempont figyelembe vételével kell készüljenek.

Az a tény, miszerint a háziiorvos munkája során nem mindig tartja magát a hivatalos irányvonalakhoz, általában nem befolyásolja az ellátás színvonalát. Sőt kijelenthető, hogy az „evidence based medicine „szigorú princípiumait sem hanyagolja el. A hosszú évek tapasztalati alapján kijelenthető, hogy a „szándékosan megszegett irányvonalak” alapján végzett tevékenység is a beteg érdekeit szolgálja. Ezt azért is fontos hangsúlyoznunk, mert akadnak kollégák, akik az EBM lefektetett irányvonalait „tízparancsolat”-nak tekintik és soha nem is próbálják meg elkerülni.

Ha az általános orvoslás gyakorlása során nem sikerül mindig tudományosan reprodukálható eredményt elérni (ami más orvosi ágazatok sajátja is lehet), az még nem jelenti azt, hogy rossz úton járunk. Sőt ez a szakma saját arculatának jelzője is lehet, mivel az eredmény – ami elsősorban a páciens szempontjából értékelendő – ettől függetlenül pozitív kimenetelű lehet.

Fontos, hogy a megfelelő tudományos és hivatás-politikai háttér egyaránt támogató állásfoglalással segítse a minőségi ellátás biztosítását szakmánk vonatkozásában is.

Dr. Hidas István

■ MEGELŐZŐ MÓDSZEREK SPORTFOGLALKOZÁS SEGÍTSÉGÉVEL. HOGYAN ELŐZHETÜNK MEG SZEMÉSZETI BETEGSÉGET SPORTOLÁSSAL?

www.diabetesforum-online.de alapján

Egy részletes tanulmány eredményeit foglalja össze a közlemény. A Lawrence Berkeley National Laboratory végezte a kísérletet és közölte a megfigyelést. Bizonyítottak tekintik, hogy mindazok a felnőttek, akik naponta egy kilométert futnak 10%-kal csökkentik a macula-degeneráció és szürke hályog kialakulásának veszélyét.

A kísérlet előzetesen 41 000 aktív sportolón történt megfigyelésen alapult, akiknek hét éven keresztül történt megfigyelése történt. Ezek naponta több mint 9 km-t futottak rendszeresen, ennek eredményeként a szürke hályog előfordulása gyakoriság harmadával csökkent. Hasonlóképpen csökkent a rendszeresen sportolók között a macula-degeneráció előfordulási gyakorisága is.

Az is érdekes megfigyelés volt, hogy a kisebb távolságot futók szembetegségei nem csökkentek ilyen mértékben. A másik érdekes megfigyelés az volt, hogy – jóllehet a megfigyelt csoportok kisebb létszámúak voltak – a normál látásúakon is megfigyelhető volt, hogy fizikai terhelés javította a látásukat. A Német Sportorvosi Társaság szemészeti frakciójának szakemberei között tettek egy állásfoglalást, miszerint minden szemészeti betegségben a szokásos kezelés kiegészítéseként érdemes a betegnek a rendszeres fizikai terhelést – leginkább a hosszútávfutást – javasolni. Ez ugyanis hozzájárul ezeknek a betegségeknek a gyógyulásához, de legalábbis a progresszió lassulásához.

Ezen kívül minden véráramlás-zavar miatt kezelt betegnek ajánlható a jogging, ami a szokásos kezelés kiegészítéseként a javulást segíti.

Dr. Hidas István

■ A TERÁPIA REZISZTENS HYPERTONIA. HONNAN EREDNEK EZEK A KIUGRÓ VÉRNYOMÁSÉRTÉKEK?

Stefan Brendebach és mtsai – Praxis 97: 1357-61 (2008)

Bubendorfban, egy svájci kislemben, a háziiorvosi csapat egy 59 éves, gondozott vérnyomásbeteg gyakori vérnyomás kiugrásai kezelése során kísérte meg kideríteni, mi okozhat ilyen panaszt. A konkrét esetben, miután mind a compliance, mind a gyógyszerelés a mai követelményeknek megfelelőnek bizonyult, másodlagos hipertóniát feltételeztek. Miután az ún. szekunder hipertónia legfeljebb 10%-a a kezeltnek, megkísérelték kideríteni, mi okozhatja az egyre gyakrabban jelentkező vérnyomás kiugrásokat.

Az ún. mineralokortikoid-hipertónia kizárható volt,

nem volt izomgyengesége, sem hipokalémiája, sem autonóm aldosteron termelése. A vese (vese-artéria rendelkezés, renovaszkuláris hipertónia) érintettsége duplexszonográfia, CT, MR-angiográfia segítségével igazolható és/vagy kizárható. A hiperkorticizmust (ami rosszul kezelt 2-es típusú cukorbetegségben gyakori), Cushingoid arc és jellegzetes labor tünetek jellemzik.

Phaeochromocytoma esetében paroxizmális tachycardia, palpitáció, hirtelen verejtékezés jelentkezik, a vérben megemelkedik a szabad metanephrin szint. További kórokok is szóba jönnek, így hyperthyreosis (TSH, T3, T4 meghatározás!!!), obstruktív alvás-apnoe-tünetcsoport, exogén kórokok: gyógyszerek, nikotin, alkohol, drog.

Visszatérve a konkrét esetre a felmerült kórokok vizsgálata és/vagy kizárása vezetett a kórisméhez: a vese-artéria szignifikáns szűkülete okozta az emelkedett vérnyomás értékeket. A megoldás ballon tágítás és sztent behelyezése volt, ami minimális gyógyszeres beavatkozás mellett teljes rehabilitációt eredményezett.

Összefoglalva: szekunder hipertóniára kell gondoljunk, ha súlyos, kezeléssel nehezen befolyásolható vérnyomásértékeket mérünk mindig. Ha eddig stabil, jól kezelhető vérnyomásértékek egyszerre befolyásolatlanok válnak, ha pubertás előtt jelentkezik emelkedett vérnyomás-érték, valamint normálsúlyú, negatív családi anamnézissel rendelkező, 30 évnél fiatalabb beteg jelentkezik extrém magas, nehezen befolyásolható vérnyomással. Ilyen esetben mindig szekunder hipertóniára kell gondolnunk, s akkor a kórok mielőbb történő kiderítése lehetővé teszi a végleges gyógyulást.

Dr. Hidas István

■ ÁTLAGORVOS – EURODOKTOR? A HÁZIORVOS LASSAN VAKVÁGÁNYON?

Max Kaplan – Der Allgemeinarzt 5:2009 (61-62)

A pillanatnyilag folyó hivatáspolitikai tárgyalások első sorban az egészségügy pénzalapjaival és a honoráriumrendszer szükségessé vált megváltoztatásával foglalkoznak. Mind a szakellátásban, mind az alapellátásban foglalkoztatottak nehezményezik, hogy a jövedelmek oly mértékben csökkentek – legalábbis vásárlóértékükben – hogy már egzisztenciális problémák jelentkeznek mindkét szakmai csoportnál.

A jelenlegi finanszírozás nem képes a minőségi ellátás anyagi feltételeit biztosítani, főleg a szakorvosi vonatkozásban. A háziiorvosok finanszírozása – ha csökkent is értékében – ma még megfelelőnek mondható. De a költségek növekedése okán ma a háziiorvosokat képviselő szervezetek egyhangúan, legalább 20–30%-os javítást várnak el, ami már az életfeltételek „up to day” színvonalát tartani tudná.

Az átalány mellett szereplő teljesítményfinanszírozás még meglehetősen alacsony és a jelentés tétele igen

bonyolult. (Németországban a negyedévenként – pro quartal – történő orvos-beteg találkozások és teljesített ellátások szerint történik az elszámolás a biztosítóval). A szervezet a rendszert nemcsak bonyolultnak, hanem sok veszélyforrással bírónak ítéli.

A jelenlegi rendszer „egyszerűsítése”, mely a teljesítményrészt az ún. átalányrészbe olvasztaná, így az, egy átlagellátás terjedését jelenthetné, nem honorálná a többlet-teljesítményt. Megkérdőjelezné a ma még motivációt biztosító továbbképzési rendszer életképességét. Ki szeretne többletképesítést, több munkát ugyanazért a pénzért? Valószínűleg az lenne a következmény, hogy a jelenlegi továbbképzési és ellenőrzési rendszer, ami folyamatos, öt éves periódusonként kontrollált, így az „Eurodoc” európai szintjére süllyesztené. Ez ugyanis három-évenként kötelező továbbképzést ír csupán elő.

Az Egészségügyi Minisztérium jelenleg hajlik arra, hogy a más szakmákban már alkalmazott „alap” – egyetemi – és „mester” – akadémiai-szintű képzés és ellenőrzési rendszert vezesse be.

Mindemellett a házi orvosokat képviselő szervezet hangsúlyozza, hogy legfőbb ideje lenne, ha a házi orvosi hivatás újra elnyerne „régie fényét”. Legyen ez a szakma olyan attraktív hivatás, amely biztosítja mind a művelőinek, mind az ellátottaknak a legmagasabb ellátási lehetőséget és a finanszírozás biztosítsa a társadalmi szintnek megfelelő életnívó elérhetőségét. S ne legyen elegendő a tengerentúlon és egy-egy európai államban már bevett módszer, hogy az alapellátást egy „Advanced Nurse Practitioner” biztosítsa. Következésképpen, csak a nehezen megoldható esetek kerüljenek a szakorvosként működő házi(család)orvos „kezébe”. Sem a „skandinávizálást” sem a „hollandizálást” nem tartják megfelelő módszernek.

Dr. Hidas István

■ CUKORBETEGSÉG ÉS A SZÍV. A NAGY TERÁPIÁS KIHÍVÁS

Rüdiger Petzoldt – Diabetes-Forum 4:15-16 (2009)

A cukorbetegség = nagy rizikó. Ismert, hogy a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő férfiak veszélyeztetettsége szív-érrendszeri betegség vonatkozásában kétszeres, a nőké 4-6-szoros. Az is ismert tény, hogy a cukorbeteg háromnegyede szívizom infarktust, vagy agyi érkatasztrófa miatt hal meg, sokkal korábban, mint a kortársai. A szív-éltelenség pedig mind az 1-es, mind a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedők között lényegesen gyakoribb, mint a népesség többi részében.

A cukorbeteg emelkedett kardiovaszkuláris rizikója már közel 30 éve ismert, különösen igaz ez a 2-es típusú betegségekre, jóllehet az utóbbi években az 1-es típusúak veszélyeztetettségét is ilyennek találták. Ebből következik, hogy cukorbetegek mindkét típusa körében csupán egy minél korábban bevezetett ún. multifaktoriális prevenció

stratégia lehet eredményes ennek a veszélyeztetettségnek a csökkentésében. Ez különös jelentőséggel bír a fiatalok, 1-es típusú cukorbetegknél, mivel ezt a korosztályt eddig nem soroltuk a veszélyeztetett csoportba. Ma már ismert, hogy nem így van, mert 10 évvel ezelőtt végzett szűrővizsgálat során pl. 107 fiatalok, 1-es típusú cukorbeteg közül csak 50-nél volt bizonyítható, hogy nincsen kardiovaszkuláris érintettsége. Közülük 24 volt túlsúlyos, 37 dyslipidaemiás és 24 dohányzott.

Ma általánosan elfogadott irányelv, hogy minden cukorbetegnél ugyanolyan megelőző intézkedések szükségesek, mint az ismert szív-érrendszeri betegségben szenvedők között, ha nem akarjuk idő előtt emiatt elveszteni az ismert, gondozott fiatal betegünket. Így tudatosan törekedjünk az összes veszélyeztető tényező felderítésére, ha (még) nem találunk kezelést igénylő eltérést, a megelőzést, ha már kideríthető bármelyik, a kezelést erőltessük. Az időben elkezdett és folyamatosan ellenőrzött, hatékony kezelés a korai szövődmények megjelenését és azok rosszabbodását segít megelőzni, így a szív-érrendszeri betegség okozta korai halálozás is megelőzhető.

A Német Cukorbeteg Társaságnak a terápiás protokollban lefektetett irányvonala pontosan előírja mind a diagnosztikus, mind a terápiás teendőket. Ez – ellenőrzött folytatásuk révén – lehetővé teszi a fenyegető szövődmények megelőzését, korai kórismézését és ennek következményeként hatékony kezelését és a romlás megelőzését.

Dr. Hidas István

■ EMELKEDETT PULZUSSZÁM = MEGNÖVEKEDETT INFARKTUS-RIZIKÓ

a BMJvorb online fiókban olvasható beszámoló

A menopauza után hölgyeknél a pulzusszám fontos információt hordoz a házi orvos számára. Megfigyelték, hogy azok a középkorú nők, akiknek a pulzusszáma folyamatosan meghaladja az átlagot (62-75/min), gyakrabban szenvednek el szívizominfarktust, mint a népesség hasonló korú egyedei.

Egy amerikai vizsgálat, melyet közel 130 000 változó korú nőnél végeztek, ezt megerősítette. A korábban férfiaknál is igazolt megfigyelés ugyanez a tény, mely szerint az emelkedett szívfrekvencia megnövekedett infarktus rizikót jelent.

A washingtoni egyetem orvosgárdája a megfigyelésben részt vett nőbetegek pulzusszámát rögzítették és nyolc éven keresztül figyelték egészségi állapotukat. Ennek alapján kiderült, hogy azoknál a nőknél, akiknek a pulzusszáma folyamatosan meghaladta a 76/min. frekvenciát sokkal gyakrabban fordult elő heveny szívizominfarktus, mint az alacsonyabb szívfrekvenciával élők között. Ez az összefüggés a 64 évnél alacsonyabb korúak között sokkal inkább bizonyítottnak tűnt, mint az idősebb korosztály betegei-

nél, akik között már nem bizonyult szignifikánsnak a heveny szívizominfarktus előfordulás gyakoribbá válása.

Dr. Hidas István

■ KÖVÉRSÉG. MIT TANÁCSOLJUNK A HÁZIORVOSI RENDELŐBEN?

Barbara Bojack – Der Allgemeinarzt 4:16-17 (2009)

A Német Táplálkozástudományi Társaság adatai szerint a férfiak 65%-a, a hölgyek 55%-a a túlsúlyt jelző 25 kg/m² BMI fölötti értékkel rendelkezik. Sőt a 30kg/m² szintet is a lakosság 20%-a meghaladja. S ami még szomorúbb, a fiatalokúak között is egyre több a súlytöbblettel rendelkező, a 3 és 17 közötti fiatalok 15%-a túlsúlyos, 6%-uk kövér.

Az ok a helytelen táplálkozás és a kevés mozgás. E vonatkozásban ismét csak a háziorvosra számíthatunk, hiszen vele van – ha van – kontaktusa a lakosság többségének, s jó hozzáállással segíthetünk a probléma megértésében és megoldásában.

Az első lépés mindig az önértékelés javítása. Meggyőzni a betegünket arról, hogy a súlytöbblettel nő a veszélyeztetettsége, nő a rizikó tényezők száma, csökken az esélye a kövér betegnek, hogy megfelelő intézkedések mellett közelítően egészségesen éljen. Az első lépés: megnyerni a kövér páciensünket a probléma felismerésére, azután az együttműködésre. A megváltoztatott életstílus előnyeit vázolva, megnyerni az együttműködésre a súlytöbblettel rendelkező betegünket. A kezdet a legnehezebb, erre különböző módokat ajánl a szerző (pl.: Érdekelne, milyenek az Ön étkezési szokásai, Nem gondolt a testsúly-csökkentésre? Mennyit mozog? Sportol valamit? stb.)

Fontos, ha őszinte választ kaptunk, tudatosítani a kövér betegünkkel, mi az, ami az étkezési szokásaiban biztosan nem helyes, min változtasson. Az eddigiekben alkalmazott módszerek (gyógyszer, műtét) általában már (majdnem) későn kerülnek alkalmazásra. Éppen ezért fontos a háziorvos szerepe, mert az időben – még panaszmentes periódusban – kezdett diéta, fogyókúra, sokkal hatékonyabb és még a szövődmények megjelenése előtt kerülhet alkalmazásra. A meggyőzés és részletes felvilágosítás azért is fontos, mert – ha azzal biztatjuk a panaszai miatt már kezelést igénylő beteget, hogy a gyógyszerektől is megszabadulhat – talán a meggyőzés eredményesebb lehet.

Dr. Hidas István

■ ZSÍRANYAGCSEREZAVAROK – A LIPID-SZINT CSÖKKENTÉS LEHETŐSÉGEI ÉS HATÁRAI

Rosina Riegl, Igor Alexander Hrasch – Der Allgemeinarzt 6:10-14 (2009)

A mindennapi háziorvosi gyakorlatban gyakran szembe-sülünk azzal a ténnyel, hogy betegünknek emelkedett

szérumlipid szintje van, anélkül, hogy más, a kardiovaszkuláris rizikócsoporthoz sorolható veszélyeztető tényezővel számolhatnánk.

Ezt a Framingham-tanulmány ismeretében könnyen eldönthetjük. Sőt az azóta szerzett tapasztalatok, az értékelésben alkalmazott paraméterek (LDL-koleszterin-szint, az életkor, a pozitív családi kórtörténet, a cukorbetegség, az éhomi vércukorérték, a szisztolés vérnyomásérték, az alkalmazott vérnyomáscsökkentő gyógyszerek, a HDL-koleszterin-érték, a triglicerid-szint és a dohányzás) összehasonlítása segít az értékelésben.

Az eddigi tapasztalatok alapján bizonyított, hogy nem egy-egy paraméter jelzi a rizikó fokát, hanem az összes károsító tényező együtthatása. A Framingham-tanulmány azt is bizonyította, hogy a HDL-koleszterin szint milyen fontos a meglévő veszélyeztető tényezők semlegesítésében.

A kezelés célja manifeszt koszorúér-betegség fennállása esetén, mai ismereteink szerint, az LDL-koleszterin-szint 100 mg/dl (1,2 mmol/l) alá történő csökkentése, amivel a progresszió lassítható. Bizonyított, minél magasabb szintről indulunk a lipidszint csökkentő terápiával, annál jobb eredményt várhatunk a csökkentéssel.

A jelenleg forgalomban lévő lipid-szint csökkentő szerek (sztatinok) nemcsak az aterogén lipoproteinek vérszintjét és a már kialakult plakkok volumenét csökkentik, hanem a máj LDL-receptorainak számát is emelik. Ez elősegíti a máj LDL-megkötő képességét, ami az LDL-koleszterin szintjét 20–60%-kal csökkenti és ezzel szemben a HDL-koleszterin szintet 6–8%-kal emeli. Ráadásul a triglicerid szintjét is csökkenti közel 30%-kal. Érdekes tapasztalat, hogy a csökkentés akkor a leghatékonyabb, ha a sztatin este veszi be a rászoruló. Ugyancsak tapasztalati tény, hogy minden 2-es típusú cukorbeteg esetében sztatin kezelés indokolt, megelőzendő a szív-érrendszeri szövődmények kialakulásának rizikóját. Sőt ezeknél a betegeknek az elérendő LDL-koleszterin szint lehetőleg még alacsonyabb legyen (70 mg/dl = 1 mmol/l alatt).

Az eddigi tapasztalatok alapján a sztatinok jól tolerálható szernek bizonyultak, a félelmetesnek leírt rhabdomyolysis igen ritka (100 000 a szert huzamosan szedő közül 4 esetben írják le). A többi leírt mellékhatás (fáradékony-ság, gyomorégés, hasmenés, ízületi és izomfájdalom) szintén ritkán fordul elő. Ilyen esetben, a témában járatos orvos konzultációja kívánatos.

A fibrátok is fontos lipidszint csökkentő szerek, első-sorban a triglicerid csökkentését segítik, de LDL-szint csökkentés és HDL-szint emelés is a hatásspektrumához tartozik.

A nikotinsav hatása is bizonyított, de a flush kiváltása sokakat visszatart alkalmazásától. Ez csökkenthető, ha étkezés közben vetetjük be a gyógyszert, vagy ha retard tablettát alkalmazunk, esetleg ezt is este, lefekvés előtt vetetjük be a beteggel. Leírják, hogy a nikotinsav tablettá bevitelét megelőzően 75–200 mg ASA, vagy más NSAID szer bevétele is csökkenti a kipirulást, melegségérzést.

Dr. Hidas István

■ A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉG KEZELÉSE. Hb A^{1c} – ÚJ TANULMÁNY, ÚJ HATÁROK?

Rainer Betzholz háziorvos, diabetológus Neuss –
Der Allgemeinarzt 8:12-16 (2009)

Ha a HbA^{1c} értéket huzamos ideig csökkenteni tudjuk, csökken a cukorbetegség következtében kialakuló érrendszeri szövődmények aránya is. Ezt hosszú évek megfigyelése alapján többen bizonyították. További tanulmányok eredményeként bizonyítottnak tekintik, hogy az intenzív inzulinkezelésben részesülő 1-es típusú cukorbeteg közt is ritkább ezeknek a szövődményeknek az előfordulási gyakorisága.

A 2-es típusú cukorbetegségben szenvedők esetében is egyértelműen bizonyítottnak tekinthető, hogy a huzamos idejű HbA^{1c} értékcsökkenés 40–50%-os csökkenést eredményezett mind a makro-, mind a mikrovaszkuláris szövődmények előfordulási gyakoriságában. Azt azonban a vizsgálat (UKPDS) nem igazolta, hogy a kívánt érték elérése után további HbA^{1c} érték csökkenése a szövődmények további csökkenését eredményezi-e. Az viszont bizonyítottnak tekinthető, hogy az időben megkezdett és rendszeres ellenőrzés mellett a normálhoz közelinek tartott vércukor és HbA^{1c} érték minden cukorbetegséggel összefüggő szövődmény (21%-os csökkenés), mind az összhalálozás (32%-os csökkenés) s nem utolsósorban aAMI (27%-os csökkenés) előfordulási gyakoriságát jelentősen csökkentette.

Az összefoglalásként megállapított tény: az időben elkezdett, eredményes kezelés évek múlva is „érezhető hatású”, mivel mind a szövődmények, mind a halálozás jelentősen csökken.

Míndezek tükrében a javasolt irányvonalak: az elérendő HbA^{1c} érték **ne legyen** 6,5%, a vércukor átlagértéke 4,5–6,5 mmol/l, az LDL koleszterin érték 4 mmol/l az összkoleszterin-szint 5,2 mmol, a triglicerid-szint 1,7 mmol/l **főltt**.

Az eddig ismert vizsgálatok tükrében meglepő az ACCORD-tanulmány eredménye, ami bizonyította, hogy az intenzív terápiában részesült betegek közül (összesen 10 251 beteget követtek 10 éven át) többen haltak meg az első 3,5 évben (257 vs. 203), mint a konvencionális terápia mellett. Az ADVANCE-tanulmány is érdekes következményeket igazolt, mert ebben a csoportban (11 140 vizsgált eset) az intenzív terápia eredményeképpen a vaszkuláris szövődmények, (igaz intenzív perindopril+indapamid kezelés mellett), összesen 10%-kal ritkábbak voltak. A nephropathia is 21%-os csökkenést igazolt, viszont gyakoribb volt a hipoglikémiás roszullét, mint a konvencionális csoportban.

Következtetésképpen az volt megállapítható, hogy – a helyenként ellentmondó eredmények dacára – a HbA^{1c} tartós „kordában tartása” minden cukorbetegnél ajánlott,

de az „intenzív” terápia veszélyeit nem érdemes vállalni, mivel az eredmények nem korrelálnak a vállalt veszéllyel, amit a vércukor érték hirtelen esése jelent(het).

Dr. Hidas István

■ A MAGNÉZIUM CSÖKKENTI A CUKORBETEGSÉG SZÖVŐDMÉNYEINEK VESZÉLYÉT

A magnézium-kutatás 28. szimpóziumán, Fuldában elhangzott előadás összefoglalója
Bodo von Ehrlich és Wolfgang Vierling
www.allgemeinarzt-online.de

A 2-es típusú cukorbetegség és a metabolikus szindróma miatt kezelt betegeknek minél korábban kell magnézium-pótlást is rendelniük. Ez volt a szimpózium megállapítása, miután a fenti két szerző nagy betegcsoporton végzett megfigyeléseit tárgyalta.

A vizsgált betegcsoport – túlnyomóan testsúlytöbblettel rendelkező – tagjai esetében, akiknek többségénél inzulin rezisztencia volt megfigyelhető, magnéziumadagolás javította az inzulin-érzékenységet. Ennek megfelelően csökkent az éhgyomri vércukor-érték és a vérnyomás is.

Ugyanilyen hatást írt le kettős vak tanulmány alapján F. Mooren professzor Gie enből, aki ugyanilyen betegcsoportnak napi 3x121,5 mg magnéziumot adagolt, azoknál a betegeknél is, akiknek a vizsgálat kezdetekor normális szérumszintű magnéziumot talált. Az eredmény nem lepte meg a hozzáértő szakembereket, hiszen mindegyikük jól tudja, hogy a magnézium mintegy 300 enzim co-faktora a glukóz-transzport anyagcsere folyamatában és a glikogén-szintézisben is fontos szerepet játszik. Ezen kívül bizonyított, hogy a magnézium az inzulin-receptorok anyagcserejében és ennek folytán a működésében is fontos.

Dr. Hidas István

■ HA GYAKORIAK A FERTŐZÉSEK, IMMUNDEFECTUS LEHET A HÁTTÉRBE?

Tina Zill, Klaus Chelius – Der Allgemeinarzt 4:12-15 (2009)

A fertőző betegségek úgy hozzátartoznak a szülők hétköznapijához, mint az éjszakai ébredések, a fogzással együtt járó szenvedések és a pubertáskor krízisei. Jóllehet a fertőző betegségek kevesebb problémát okoznak, mint évtizedekkel ezelőtt, mégis a szülők és a kezelőorvos gyakran gondban van, ha előfordul.

Ha a probléma ismételt jelentkezik, felmerül a kérdés, mi lehet az oka? A kérdés: mennyi fertőzést fogadhatunk el normális gyakoriságúnak, Mikor beszélhetünk fertőzésre hajlamos gyermekről? Mi állhat a háttérben? Hogyan segíthetünk ezeknek a gyermekeknek?

Jóllehet a gyakoriság nem meghatározott, de elfogadott, hogy óvodába járó gyermek évente akár 5-10-szer is megbetegedhet banális fertőzésben. Ha figyelembe vesszük, hogy ezek egyenként akár 8-10 napos ápolást igénylő kórképet jelentenek, komoly megterhelés mind a gyermeknek, mind szüleinek.

A megítéléshez figyelembe veendő feltételek: volt-e atípusos, lassan gyógyuló kórkép a kórtörténetében? Hajlamos-e a gyermek visszaesésre? Maradványtünetek észlelhetők-e, hosszú ideig tart a teljes gyógyulás? Mindig egyfajta kép jellemzi a betegséget, vagy változik? Ha a kép monotop (mindig hasonló tünetekkel zajlik), gondolnunk kell valami hajlamosító tényezőre (pl. húgyúti fertőzés esetén valamilyen fejlődési rendellenességre). Ha polytop (változó eredetű és lefolyású) kép uralja a folyamatot, immundefekt is szóba jön. A kivizsgálás során a családi és egyéni kórtörténet, a lefolyás pontos megismerése, étkezési szokások, szabadidő eltöltése – esetleg a szülők feljegyzései alapján – pontosítandók. Kiderítésre szorul az előrement védőoltások milyensége, az oltás időpontja, az egyéb elszennvedett fertőző betegségek, allergiás tünetek fellépése, külföldi tartózkodás, dohányzó család, pszichés terheltség, lakásviszonyok, a család többi tagjának esetleges betegségei stb. Fontos az alapos fizikális vizsgálat mellett a növekedés elmaradás, súlytöbblet, soványság stb. mely alapján esetleges kísérő betegség (alapbetegség?) felderíthető. A részletes labor diagnosztikai vizsgálatok – célzott vizsgálatokkal kiegészítve – megerősíthetik (kizárhatják) az elsődleges immundeficiencia gyanúját. Hasonlóképpen ezek a vizsgálatok a másodlagos immun-gyengeségre utaló jeleket és kórtörténeti adatokat fedhetnek föl. (pl. koraszülöttség). Az immun-gyengeség lehet lokális, celluláris, humorális eredetű, ennek pontosítására a T-sejtek, a B-sejtek és/vagy antitestek meghatározása szolgálhat. Szerencsére a primér immundefektus ritka, de az érintett gyermekek komoly ellenőrzést, kezelést, megelőző intézkedéseket igényelnek. Ha a tünetek és a lefolyás immundefektusra gyanús, mindig immunológus segítségét vegyük igénybe.

Dr. Hidas István

Jóllehet ritka kórképről van szó, de egy háziiorvosi - gyermekháziiorvosi - praxisban minden előfordulhat, ezért gondoltam a cikk részletes ismertetését fontosnak. Ref.

■ MIT TERVEZNEK A FIATAL ORVOSOK? PIACORIENTÁCIÓ A SZAKMÁBAN?

Anette Rommel – Der Allgemeinarzt 4: 56 (2009)

Évek óta hangsúlyozzák, hogy az alapellátás javításának kulcsa az ellátók helyzetének javítása, a munkafeltételek megváltoztatása, jobb anyagi feltételek biztosítása és – nem utolsósorban – nagyobb megbecsülés a szakma képviselői részére. Ha azt akarjuk, hogy ne legyen „kihaló” szakma a

háziiorvosi hivatás, meg kell teremtenünk a fiatal orvosok igényeinek megfelelő anyagi, szociális, piaci és társadalmi hátteret.

A Jénai Egyetemen végzett kérdőíves felmérés eredménye meglepő volt. A 10. szemeszter hallgatóit kérdezték és 100%-uk orvosként óhajtott dolgozni, 21%-uk lenne szívesen háziiorvos, viszont 46%-uk dolgozna inkább néhány évet külföldön, főleg a nagyobb anyagi megbecsülés reményében. A felmérést végző csapat ezt az Európai Unió keretei között teljesen normális óhajnak tartja. Különösen a további kérdésekre adott válaszok ismeretében, hiszen többségük haza térne, és itthon alapítana családot.

A feldolgozásban résztvevő csapat vezetője – hölgy lévén – hangsúlyozza, hogy a szakma „elnőiesedése” Németországban is egyértelmű, s a folytatásban ez tovább erősödhet. Ehhez viszont az kell – hangsúlyozza – hogy anyaként módja legyen a gyermek elhelyezésére, óvodák, iskolák, napközi otthonok nélkül, nehéz ezt a felelőségteljes hivatást, a család mellett, ellátni.

Sokan panaszolták a munkaidő, munkabeosztás, az igénybevétel, az ügyeleti szolgálat okozta bizonytalanságot. Az esetleges „horror-scenário”-ként aposztrofált, napi 24 órás, heti hét napos szolgálatról nem is szólva. Ugyanilyen szinten kifogásolták az egyre növekvő bürokráciát, a dokumentáció, a jelentések garmadáját. Ugyanakkor azt hangsúlyozták, hogy – eddigi élményeik alapján – a szakma több örömet okoz, mint amennyit levon értékből a sok – fölöslegesnek tartott – megterhelés.

A teljes odaadás, önfeláldozás ma már nem „divatos” magatartás, s véleményük szerint nem is várható el a szakma képviselőitől. Hogy mégis vannak, akik ezt a szakmát választják, annak tudható be, hogy a gyógyítás eredménye okozta öröm, meghaladja az érte hozott áldozatot.

Ref.: Érdekes megállapítások. Nagyon tanulságos lenne hazánkban is megvizsgálni, mi motivál egyeseket a nem túl megbecsült és – ma még – komoly fizikai és lelki terhet jelentő szakma választására és vállalására.

Dr. Hidas István

■ DIFTÉRIA. ÚJ FERTŐZŐ FORRÁST FEDEZTEK FÖL

Singh és mtsai Epidemiologisches Bulletin 2:12 (2009).

A diftéria napjainkban is előfordul Európában – igaz – sporadikusan. Többségében külföldről hazatérő, ott „szerzett” fertőzés hazai megjelenéséről van szó. Az eset, amit a szerző közöl egy 56 éves nőbeteg, aki egy hete fennálló torokfájás, nyelési nehézség miatt jelentkezett Oberschlei heim Fül-Orr-Gégészeti klinikáján. A vizsgáló orvos már az első pillanatban diftériára gondolt – a vizsgálatkor pszeudomembránózus lepedéket észlelt az egész hátsó garatfalon – s ennek megfelelően 30 000 E diftéria

antitoxint adott im. A páciens elkülönítése után penicillin kezelést kezdtek. Ezt azonban az észlelt allergia miatt eritromicinre váltották. Ezt rezisztencia miatt ceftriaxonra cserélték. Két hét kezelés után panaszmentesen hazabocsátották

A garatból nyert keneten corynebaktérium ulcerans kórokozót igazoltak, a tenyésztés során a diftéria toxin termelését is sikerült igazolni.

Elbocsajtása után két nappal neuralgiform fájdalmak miatt visszakerült a klinikára a beteg, ezt és a közben észlelt AV-blokk kórokat kutatva, szintén a diftéria toxin hatásának tudták be. Tüneti terápia mellett ezek a panaszok gyorsan javultak. Már csak a kórokozó eredete volt kérdéses. A kórokozó általában háziállatokban fordul elő és – mint ez az eset is igazolta – emberre is áterjedhet, megvizsgálták a beteg környezetét, háziállataikat is és a kutya, a tehének mind egészségesnek bizonyultak, de a 19 sertés egyike baktériumhordozó volt, s sikerült is kitenyészteni a beteg tüneteit okozó azonos törzs diftéria baktériumát.

A szerző hangsúlyozza, hogy a gyanús esetek mindegyikében fontos, hogy antitoxint is adjunk, ezzel a terjedést és a szövődmények veszélyét csökkenthetjük. Ennek egyetlen akadály a szokott lenni, mégpedig a tény, hogy nagyon sok európai országban már nem is szerezhető be a diftéria antitoxin *(itt szerencsére volt Ref.)*.

Még egy dologra hívja föl a figyelmet a szerzőcsapat, éspedig a kórokozó (corynebakterium ulcerans) gyakori rezisztenciáját antibiotikumokra (jelen esetben eritromicinre), ezért azonnal tenyésztést és antibiotikum érzékenységet vizsgáljunk, s úgy kezeljük a gyanús eseteket.

Az érdekes esettanulmányt azért tartottam érdemesnek ismertetni, mivel egyre több turistaút irányul olyan területekre – Oroszország, Lettország – ahol még előfordul diftéria. A szerzők megjegyzése: antitoxint Brazília, Oroszország és Horvátország exportál. Ref.

Dr. Hidas István

■ ALKOHOLPROBLÉMÁS BETEGEINK. LEHETŐSÉG SZERINT MINÉL KORÁBBAN KÍSÉRELJÜK MEG AKTÍVAN BEFOLYÁSOLNI!

Barbara Bojack – Der Allgemeinarzt 4:43-44 (2009)

Németországban – ismereteink szerint – manapság mintegy 4,5 millió, kezelést igénylő alkoholproblémás beteg van. Orvosok között elterjedt vélemény: sokan közülük hajlandóságot mutatnak a változtatásra. De sokan közülük csak a „mélypontra” kérnek segítséget. Ebben lehet a háziornosnak szerepe, hiszen a leginkább képes időben észlelni a bajt.

A mai ismereteink szerint a rászorulóknak mindössze 5%-a nyer megfelelő kezelést. A következmény: krónikus válság, korai nyugdíjba vonulás és mintegy 15 évvel rövidebb élettartam. Ezért lenne fontos a korai intervenció. Ha a betegforgalom statisztikai adatait vizsgáljuk,

megkiderül, hogy a rászorulóknak (függőség és túlzott alkohol fogyasztás következményei) közel 70%-a intézmények kezelését veszi igénybe. Pedig a praxisok forgalmából 17%, az általános belgyógyászati osztályok beteganyagából 20% ebből a csoportból kerül ki. Sajnos a valóban rászorulóknak csupán a fele kerül időben felismerésre, következmény: a kezelésre későn, és nem adekvátan kerül sor.

Mikor gondoljunk alkoholproblémára? Figyelmeztető jel a megváltozott magatartás, a feltűnő hangulati labilitás, ismétlődő balesetek, ismételt előforduló keresőképtelenség, bizonytalan panaszok miatt visszatérő betegségkép.

A megelőző intézkedések az orvos kezdeményezésére kell történnenek, s problémás esetben ne rögtön a teljes absztinencia legyen a cél, mert ez gyakran sikertelen kísérlet. A lépések a következők legyenek: a túlélés biztosítása legyen az első. Kezeljük a következményeket és a kísérőbetegségeket. Segítsük a betegségbeavatás elérését és a változtatás motivációját. Kísérletünk meg egy-egy alkoholmentes periódus bevezetését, ezzel a pszicho-szociális szituációt is javíthatjuk, majd mérjük fel az életminőséget az alkoholos és az alkoholmentes időszakban.

A rövid intervenciók ilyenkor már bevethetők, különösen, ha sikerül egy-egy alkohollal összefüggő tünetet, kóros elváltozást bemutatnunk a betegnek. Ezzel szembeállíthatjuk, s szerencsés esetben igazolhatjuk is az összefüggést szenvedélye és a jelentkező tünetekkel. Ha sikerül az összefüggés bizonyítása, máris „nyerő” pozícióba kerülhetünk, s az első lépést meg is tettük. S ha elhatározást is sikerül „kicsikarnunk” a leszokás irányába, akkor már „csupán” ezt kell alátámasztanunk és erősíteni. Az erősítést az „öngyógyító” csoportok a terápiás központok, tanácsadó rendelések, vagy egyszerűen a felvilágosító nyomtatványok kiegészíthetik, ezért ezekről se feledkezzünk meg.

Dr. Hidas István

Ref.: úgy tűnik az alkohol-problémás beteg mindenütt Európában növeli mind a kezelést igénylő betegségek, mind az orvoshoz forduló arányát. Az egyre növekvő számú eset és szövődemény indokolja az ismételt figyelemfelhívást. Nem szabad, hogy erről a csoportról megfeledkezzünk, mert segítséget igényelnek.

További irodalmi hivatkozások a www.allgemeinarzt-online.de/downloads fiókban olvashatók

■ 2009. JÚLIUS 1-JÉTŐL A MÜNCHENI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEMEN IS VAN CSALÁDORVOSI TANSZÉK

Az első bajor Általános Orvosi Tanszék vezetőjét július 1-jétől nevezték ki. PD.Dr. med Antonius Schneider a 39 éves általános szakorvos, aki 2008-ban, Joachim Szecsenyi heidelbergi professzornál habilitált, került a müncheni

tanszéken kinevezésre. Érdekes volt a disszertáció témája (Hogyan javítható az obstruktív légzőszervi betegség diagnosztikájának és kezelésének stratégiája a háziorvosi praxis tapasztalatai alapján”) és a pályázó személye, hiszen praxisa Bajorországtól távol, Leimenben (Heidelberg mellett) működött, s most Münchenben óhajt komoly bázist teremteni az alap- és szak- valamint továbbképzés területén.

Szeretné elérni, hogy működési területén – Bajorországban – a családorvosi hivatás értéke, megbecsülése növekedjék és a jelenleginél sokkal többen válasszák ezt a hivatást. Ha célja sikerül, talán megoldódik a – ma már Németországban is hiányszakmának számító – háziorvosi állások újraértékelése. Így legalább működési területén – Bajorországban – megszűnnének az üres családorvosi állások.

Dr. Hidas István

■ STABIL ANGINA PECTORIS. VEZETŐ TŰNETEK, KÓRISME, KEZELÉS

Andreas Mügge – Der Allgemeinarzt 4:30-35(2009)

A stabil angina tkp. a koszorúér-betegség kifejezett tünetcsoportja és teendőt illetően élesen elhatárolandó az instabil anginától. A kezelés két irányú kell legyen, csökkentse az alpbetegség (koszorúér-meszesedés) romlási tendenciáját és a szubjektív panaszokat. Ehhez, a szinte naponta megjelenő új gyógyszerek, amelyek a szívizom oxigén ellátást javítják sokat segítenek.

A kardiovaszkuláris (CV) rizikótényezők (férfiak, dohányzás, szénhidrát és zsír anyagcsere zavar) önmagukban is sok panaszt magyaráznak, s ehhez még a családi hajlam (öröklés) is külön veszélyeztető tényezőt jelent. A koszorúerekben képződő meszes felrakódások évekig némák lehetnek, sőt a remodelling jelenség a tünetek megjelenését tovább késleltetheti. Ha azonban az érkeresztmetszet felére csökken, már kisebb fizikai plusz-terhelés is szorító érzést, anginát provokálhat. Ha a keresztmetszet csökkenése a 90%-ot eléri, az áramlás akadályoztatása már olyan fokú, hogy nyugalomban is előfordul mellkasi oppresszió, stabil angina. Ha a romlás folytatódik hamar kialakulhat a minden előzmény nélkül, időnként fellépő a terheléstől függetlenül jelentkező anginás fájdalom, amit instabil anginának hívunk. Ha a koszorúér elzáródás teljes, 30 perc alatt az ellátott terület szívizomrostjai elhalnak, kialakul a heveny szívizominfarktus (AMI).

Instabil angina esetében törekednünk kell a kórok mielőbbi és minél pontosabban történő felderítésére, hogy az AMI kialakulását megakadályozzuk. A tünetek a legváltozatosabb lokalizációban jelentkezhetnek, leggyakoribb a retroszternális elhelyezkedés, mely – általában – fizikai, és/vagy emocionális stresszre jelentkezik és nitroglicerinnel szűnik. Ha nem, és huzamosan panaszt okoz, AMI kialakulása gyanítható.

A kezelés megkezdése előtt tisztázandó nincs-e olyan belgyógyászati betegség is jelen, ami az eredményes keze-

lést megakadályozza (anaemia, nem ellenőrzött vérnyomás-betegség, pajzsmirigy túlműködés). A kezelés alapja a nitrát-készítmények, a β -gátlók és a tartós hatású Ca-antagonisták. Ma az elsőként választandó szer a β -gátló, ami csak COPD-ben kerülendő.

A továbbiakban a vazoprotekció a kezelés fontos lépése, amivel az alpbetegség (a koszorúér) további romlását akadályozhatjuk meg, s ez az LDL-koleszterin szint csökkentése.

Az új terápiás effektussal bíró gyógyszerek (ranolazin – glukóz-metabolizáció javítását segítő szer – ami a Ca túladagolás ellen is hat, a trimetazidin, ami a szívizom anyagcserefolyamatába avatkozik bele, a nicorandil – ami nitrát-tulajdonságú – és a Ca-csatornák működését is javítja, az ivabradin, ami a sinus-csomó Ca-csatornáit gátolja és a szívfrekvenciát is befolyásolja, a molsidomin – hazánkban Corvaton néven van forgalomban – érlazító hatású szer).

Ha mindezek hatástalanok, következik az aktív koszorúér tágítás a PTCA és/vagy a coronaria-bypass műtéti beavatkozás. Új beavatkozás a retrográd történő keringésjavító műtét, amikor a szív vénás rendszerét felhasználva javítják a szívizomrostok oxigén ellátását, hasonló céllal végeznek pl. endoszkóppal szimpatektómiát, vagy összejt beültetést, sőt újabban akár növekedési faktor bevitelét is tervezik direkt a szívizomba. Ha mindez sikertelennek bizonyul ultimum refugium a gerincvelő stimulációjával elérendő fájdalomcsökkentés, ami legalább a fájdalomérzés kikapcsolásával teremt elviselhető fizikális állapotot a koszorúér betegek esetében.

Dr. Hidas István

■ A KEVESEBB TÖBB: EGYSZERŰSÍTETT 4 LÉPCSŐS ALGORITMUS JAVÍTTJA A VÉRNYOMÁS KONTROLLT

L. Nainggalan Int. Med. News 02. 04. 09

A háziorvosok és a betegek számára is követhetőbb az egyszerűsített adagolási szisztéma, amely első lépésben kombinált kezeléstről szól.

A kombinált, alacsony dózis jelenti a kiindulást, amely diuretikum és ACE inhibitor vagy diuretikum és ARB lehet. Szükség esetén következik a dózis emelése. Későbbi fázis a plusz CA-antagonista, majd nem elsővonalbeli antihypertenzív készítmény.

A fenti, könnyen követhető előírás megkönnyíti a praxis munkáját. A 18 vizsgált praxisban a vérnyomás kontroll során jobb eredmények születtek, mint a 27 hagyományos módon dolgozó praxisban (67,76% javulás kontra 52,7%). A következtetés szerint az egyszerűsített előírás könnyebben megjegyezhető, és a betegek is szívesebben szedték a fix kombinációkat. A kanadai előírások szerint receptdíjat fizetnek a betegek, így költségeik is csökkentek-kevesebb receptre volt szükség.

Dr. Faragó Erika

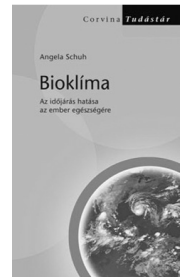
KÖNYVAJÁNLÓ Corvina Tudástár sorozatból

■ **Angela Schuh: Bioklíma**

Az időjárás hatása az ember egészségére

Az emberek több mint fele érzékenyen reagál az időjárási hatásokra. A balesetet, sérülést szenvedők és azok, akik műtéten vagy súlyos betegségen estek át, még inkább. Könyvünk az időjárás és az egészség kapcsolatát elemzi, leírja a megelőzés módjait és a terápiás módszereket, de nem feledkezik meg az időjárásnak az egészségre gyakorolt pozitív hatásairól sem.

A könyv szerzője, Angela Schuh az orvosi klimatológia szakértőjeként a müncheni Ludwig Maximilian Egyetem Egészség- és Rehabilitáció tudományi Intézetének professzora.

■ **Matthias Keidel: A migrén**

Okok, fajták, terápiák



A migrén a leggyakoribb krónikus megbetegedések egyike. A kötet szerzője, Matthias Keidel pszichiáter a Bayreuthi Kerületi Kórház Neurológiai Klinikájának főorvosa szakszerű felvilágosítást nyújt a betegség történetéről, előfordulásának gyakoriságáról, kiváltó okairól, típusairól és fázisairól, továbbá patogenezisééről, diagnosztikájáról, terápiájáról és lehetséges megelőzéséről. Külön kitér a nők és gyermekek esetében figyelembe veendő sajátos szempontokra, a függelékben pedig közread egy „migrénellenőrző listát” is.

A magyar olvasók kedvéért a kötetben közreadjuk a Magyar Fejfájás Társaság diagnosztikai fejfájásnaplóját, valamint a magyarországi fejfájás-centrumok és szakrendelések teljes listáját és elérhetőségét.

KÖNYVAJÁNLÓ Amely a SpringMed KÉRDEZZ! FELELEK!® sorozatának újabb kötete lesz

■ **Pikkelysömör és ízületi gyulladás**

Dr. Szegedi Andrea – Dr. Szekanez Zoltán

Mi a pszoriázis, magyar nevén pikkelysömör? Milyen tünetekkel jár, ezekből mi gyógyítható és mi kezelhető csupán? Örökletes, vagy inkább a környezeti tényezők játszanak szerepet a kialakulásában? Melyik korosztályt érinti a pszoriázis leginkább? Befolyással van-e a pszoriázis megjelenése a munkavállalásra? A bőrgyógyász szerző a pikkelysömör bőrtüneteit, azok kezelési módjait és azok során előforduló komplikációknál fellépő kezelési módokat szedi csokorba, míg reumatológus szerzőtársa a betegség ízületi érintettséggel, járó formáival, azok veszélyeivel és kivédési lehetőségeivel ismerteti meg az Olvasót.

A debreceni szerzőpáros mindkét tagja a saját szakterületén kiváló ismeretekkel rendelkezik, és a tapasztalataik alapján összegyűjtött csaknem 100 kérdés – melyeket a betegek által leggyakrabban feltett kérdésekből szedtek egy csokorba – nagy segítséget nyújthat a hétköznapi nehézségek legyőzésében.

■ **A kövérség és kísérő betegségei**

Rodé Magdolna

Az elhízás népbetegség, nagyon gyorsan terjedő globális járvány, előfordulása az elmúlt 20 évben két-háromszorosára nőtt. Elhízott a világon a népesség kb. 7%-a, több mint 250 millió ember. A WHO a nyugati kultúrák 10 legsúlyosabb egészségügyi problémája között tartja számon, és a globál és obesity (elhízás) szavak összekapcsolásával (globesity)nek keresztelte el. Becslései szerint a halálok 60%-áért manapság a szívbetegség, a cukorbetegség és a rák tehető felelőssé, melyek nagy részét meg lehetne előzni a megfelelő étrenddel és több mozgással. A WHO stratégiája kimondja, hogy az élelmiszeripar nem élhet vissza a gyermekek hiszékenységgel, és szeretné elérni, hogy vezessenek be szigorításokat bizonyos élelmiszerek gyermekek számára való reklámozása terén, és csökkentse a feldolgozott élelmiszerek cukor-, zsiradék- és sótartalmát.



Tisztelt Kolléganő! Tisztelt Kolléga Úr!

2010. márciusával lezárul az 52/2003. (VIII. 22.) ESZCSM jogszabály szerinti 5 éves tovább-képzési periódus. Ennek szabályai, kötelezettségei szerint minden szakképesítés megtartásához szükséges az adott szakterületen az 5 év alatt 1 alkalommal az 50 pontértékű kötelező szinten tartó tanfolyamon résztvenni. Remélve, hogy Ön ennek már eleget tett, tájékoztatom, hogy foglalkozás-örvostan szakterületen 2009. október 29–november 1. között Szegeden, és 2010. januárban 2, februárban 3 alkalommal szinten tartó tanfolyamot tartunk.

Háziorvoslás területén 2009. október 16–18., valamint 2010 januárjában ugyancsak kötelező szinten tartó tanfolyamot tartunk.

Kérem, hogy részvételi szándékát ezen tanfolyamok bármelyikére a mellékelt adatlapon jelezni szíveskedjék.

Budapest, 2009. május 20.

Prof. Dr. Hajnal Ferenc
tanszékvezető

Dr. Balogh Sándor
tanszéki munkacsoport vezető

Foglalkozás-örvostan kötelező szinten tartó tanfolyam

2009. október 29–november 1., Szeged

2010. január, hely és időpont később

2010. február, hely és időpont később

Háziorvostan kötelező szinten tartó tanfolyam

2009. október 16–18., Budapest

október 16. és 18. Hotel Oriental, október 17. Intercontinental Hotel (IfDA nemzetközi kongresszus)

2010. január, hely és időpont később



ADATLAP

Név:

Pecsétszám:

Cím:

E-mail cím:

Számlázási cím:

.....

Melyik tanfolyamra jelentkezik:

Szakma: Időpont: