

# A MAGYAR ÁLTALÁNOS ORVOSOK TUDOMÁNYOS EGYESÜLETE XI. VÁNDORGYŰLÉS ELŐADÁSAINAK ÖSSZEFOGLALÓI

## Menedzsment tevékenység a háziiorvosi praxisban

*Dr. Ambrus I., –dr. László I. –dr. Nagyvári P. –dr. Hajnal F.*  
Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Napjaink tapasztalatai igazolják azt a tényt, miszerint minél több dologhoz ért egy ember, annál többet ér. A praxisban tevékenykedő háziiorvosok ma menedzsment tevékenységet végeznek: kezelik, követik és gondozzák betegeiket, emellett gazdálkodnak a pénzzel, emberi erőforrással; hitelt igényelnek, eszközöket szereznek be, és nem utolsósorban szakmai ismereteiket gyarapítják továbbképzések keretében.

Jelen tanulmányunk célja annak megismerése: miszerint, hogyan sikerül ezt a széleskörű tevékenységet kollégáinknak elvégezniük, mi az, ami segítséget, lehetőséget jelentene e tevékenységük kapcsán.

Ennek érdekében anonim kérdőív felmérést végeztünk háziiorvosok körében. A tanulmány során a 240 kérdőívből 63% volt értékelhető. Vizsgálataink az alábbi problémakörökre terjedtek ki: mekkora és hol helyezkedik el a körzete, praxis vásárlása esetén milyen nehézségekről számolnak be, van-e egyáltalán fizetőképesség kereslet; milyen az alapellátás területén dolgozók életkor szerinti megoszlása; milyen a magasabb szintű betegellátással a kapcsolat, okoz-e gondot munkájában a jelen finanszírozási rendszer.

Eredményeink alapján elmondhatjuk, a gyógyító-megelőző klasszikus háziiorvosi munka mellett szükség van jól felkészült, napjaink újkeletű kihívásaira válaszoló „menedzser” szemléletű háziiorvosokra, a praxisok gördülékenyebb működését biztosító politikai, gazdasági környezetre, a megfelelő minőségű szakmai kapcsolatok kiépítésére.

Felmérésünk tapasztalatait továbbfejlesztve igyekszünk minél szélesebb körben feltérképezni a kollégák nehézségeit, igényeit és a problémák felszínre hozásával segítséget nyújtani.

Adataink alapján tanulmányunkban igyekszünk utat mutatni az Európai Unió kihívások várható nehézségei felé, emellett az „Egészség évtizedének Johan Béla nemzeti programja” megfelelő fejezeteiben megfogalmazott elvárásokat és igényeket próbáltuk alkotó módon adap-

tálni a hazai alapellátás jelen viszonyainak jobb megismerése és jellemzése alapján.

## Alvási apnoe szindróma előszűrése ABPM segítségével

*Dr. Ádám Ágnes\* –dr. Hellebrandt Enikő\* –dr. Monos Réka\* –dr. Rózsa Anita\* –dr. Benczur Barbara\* –dr. Szakács Zoltán\*\**

\*Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék, \*Drádám Bt, \*\*Budai Honvéd Kórház Alvás Labor

A hypertóniás betegek egyharmada obstruktív alvási apnoe szindrómában (OSAS) szenved, ezért az alapellátásban ezen rizikócsoporthoz tartozók szűrésével nagyrésztük felfedezhető. Az OSAS kapcsán az éjszakai fiziológiás vérnyomásesés elmarad, azaz a diurnális index nondipper hypertóniára utal. Előadásunkban egy olyan modellkísérletről számolunk be, melyet tudomásunk szerint elsőként végeztünk. Arra a kérdésre kerestünk választ, hogy az ABPM alkalmas módszer-e az OSAS előszűrésére.

Kutatásunkat egy budapesti praxis 440 magas vérnyomással gondozott betegén végeztük 2002. november közepe óta ABPM-04 segítségével. Az előadás a vizsgálat metodikájáról, és eddigi eredményeiről számol be.

Arra kerestünk választ, hogy:

1. Egy validált kérdőív mennyiben igazolja az alvási apnoe jelenlétét? Összehasonlítjuk a kérdőív eredményét az ABPM adataival.
2. Egyéb rizikófaktorok (nyakkörfogat index, BMI, lipidek) mennyiben utalnak alvási apnoera?
3. Az ABPM alkalmas-e az alvási apnoe előszűrésére?

Az alváslaboratóriumok zsúfolt volta mindenképpen előszűrést tesz szükségessé. Amennyiben bizonyítást nyer, hogy a vérnyomás monitorozása alkalmas az alvási apnoe szindrómás betegek előszűrésére, úgy ezzel az egyszerű eljárással kiválaszthatjuk praxisunkból azokat, akiket az alváscentrumok tovább vizsgálhatnak.

*Dr. Ágh László*

A szerző áttekinti az általános orvostan, mint önálló disciplina tudományos fejlődésének irányait, a németországi egyetemeken. Általános Orvostan Oktatók Társaságának tagjaként, tájékoztatást nyújt szakmánk graduális és posztgraduális oktatásának helyzetéről. Uniós csatlakozásunk küszöbén, hazánkban is hasznosítható következtetéseket von le, érinti a lehetséges együttműködés, kutatás területeit.

### **Gyakorló háziorvosok általános ismeretei a kábítószer problémáról**

*Dr. Barabás Katalin–dr. Mester L.\*–dr. Hajnal F.\*  
SZTE ÁOK Magatartástudományi és \*Családorvosi Int.*

A terjedő kábítószer fogyasztás mellett, hogy égető társadalmi és szociális gond, egyidejűleg komoly egészségügyi problémát is jelent. Magyarországon nem tekint vissza hosszú múltra a jelenség, a gyakorló háziorvosok nagy része így hallgatóként vagy kezdő szakemberként nem tudott ismereteket, tapasztalatot és gyakorlatot szereznii a kábítószer betegségről, betegekről és ezek kezeléséről, megoldási lehetőségeiről.

Jelen vizsgálatunk során arra kerestünk választ, hogy milyen alapvető ismeretei vannak a mindennapos gyakorlatban sok éve, évtizede működő háziorvosoknak a drogkérdésről.

Más témájú továbbképzésre összegyűlt 78 gyakorló háziorvos töltötte ki a problémakörre vonatkozó kérdéseket tartalmazó anonim felmérő adatlapokat. Az előadásban részletezendő eredmények alapján az alábbi következtetésekre jutottunk:

- A gyakorló háziorvosok – a probléma nagyságrendjét is érintő – epidemiológiai ismeretei hiányosak.
- Hasonlóan hiányosak ismereteik az egyes szer-fajták hatástanáról, a visszaélés mértékének megítéléséről és a mediko-legális teendők köréről.
- Változóak ismereteik a kábítószer fogyasztással kapcsolatos sürgősségi kórképek megítéléséről és a teendőkről.
- Viszonylag jól ismerik ugyanakkor a vénás drogozás egészségügyi veszélyeit, a szövődmények megelőzésének lehetséges eszközrendszerét.
- Nem csatlakozott ehhez a hazai kábítószer-beteg ellátói szervezetek és velük a kapcsolattartás formáinak ismerete.
- Jobban ismerték a hiányállapotok pathogeneízisét, klinikai képeit és megoldásuk lehetőségeit – sürgősségi ellátásban is.
- Leghiányosabbak az ismeretek és a készség az egyéni és családi pszichoterápia végzésére.

A vizsgálat részben az *ETT 029/2001.* kutatási téma támogatásával valósult meg.

### **Az alpellátás feladatai és lehetőségei az emlőrák szűrésben**

*Dr. Bán Ildikó–dr. Szalai Gábor\*–dr. Kálmán Endre\*\*–dr. Debreczeni László\*\*\**

PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, \*Radiológiai Klinika, \*\*Patológiai Intézet, \*\*\*Baranya Megyei ÁNTSZ, Pécs

*Bevezetés:* Magyarországon az emlőrák a nők dagana-tos morbiditásának és mortalitásának vezető oka. Igen magas az élettartamra vetített kockázata az átlagpopulációban is. Legkevesebb minden tizenkettedik nő érintett.

*Módszer:* Az egyetlen hatékony szekunder prevenció-s módszer a szervezett meghívásos mammográfiás emlő-rákszűrés, amely 2002 januárja óta működik Magyar-országban. Kormánydöntés alapján, az Egészségügyi Mi-nisztériumon keresztül az Országos Tisztii Főorvosi Hivatal által kiírt pályázaton nyertes komplex mammográfiás központok (KMK) és mammográfiás szűrő központok (MSZA) végzik. Minden szűrőmódszer alapvető megha-tározója a megjelenési arány, a nők egészségnevelése, a lakosság egészség kultúrájának fejlesztése. Ez az eü. alpellátás feladata.

*Eredmények:* Baranya megyében a szürendő 45 és 65 év közötti nők száma 58 000 fő. 2002. december 31-ig 33 833 nő került behívásra. Ebből 14 486 fő jelent meg (megjelenési arány: 42,8%, ellentétben a kívánatos 70–80%-os aránnyal). A vizsgált reprezentatív adataink szerint a PTE ÁOK Radiológiai Klinika Komplex Mam-mográfiás Központ, mely egyben a Pécs Megye Jogú VÁROS EEI Röntgen Osztály Mammográfiás Szűrőállomás által kiemelt esetek kidolgozását is végzi, a megjelent nők száma 9438 fő (megjelenési arány 41,85%). Ha számba vesszük azokat a nőket is, akik koruk, panaszuk vagy egyéb ok miatt háziorvosi beutalóval jelentkeztek mam-mográfiás vizsgálaton, a megjelenési arány eléri a 85%-ot is. 83 esetben került kiszűrésre és ellátásra rosszindulatú emlőrákos megbetegedés.

*Megbeszélés:* A lakosság megjelenési arányszáma nem azonos a valós szűrési állapottal. Választ keresünk arra, hogy hogyan lehet növelni a megjelenési arányt, és mi ebben a családorvos szerepe és feladata.

### **Összehasonlító egészség-szociológiai vizsgálat Csongrád és Bács-Kiskun megyében**

*Belec Borbála\*–dr. Balogh Sándor\*\*–dr. Hajnal Ferenc\*\*\*–dr. Nagymajtényi László\**

\*Szegedi TE ÁOK Népegészségtani Intézet, \*\*Országos Alpellátási Intézet, Budapest, \*\*\*SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő

2002-ben végzett, Csongrád és Bács-Kiskun megyére kiterjedő szociológiai felmérés célja az egészségi állapot, szociális helyzet és az életmód összefüggéseinek feltárása. A 3300 fős reprezentatív mintát az adott gyermek- és háziorvosi praxishoz tartozó egyének köréből random

módon állítottuk össze. Az adatgyűjtés kérdőíves módszerrel történt, amelyben a lekérdezést a háziorvosok asszisztensei végezték.

A vizsgálat legfontosabb témakörei:

- szociodemográfiai, szociokulturális és szocioökonómiai adatok,
- egészségi állapotra vonatkozó kérdések (szubjektív értékelés, megállapított és kezelt betegségek),
- orvoshoz fordulás feltételei, gyakorlata, az orvos utasításainak betartása, a betegséggel való megküzdés formái, öngyógyítás,
- funkcionális csökkenése (munkakiesést okozó betegnapok száma),
- gyógyszerfogyasztási szokások
- életmód és egészségmagatartás,
- szűréseken való részvétel.

Az előadásban Csongrád és Bács-Kiskun megye lakosságának egészségi állapotot meghatározó, illetve azzal összefüggő társadalmi feltételei kerülnek ismertetésre.

## **A háziorvosi ügyelet (Ellentmondások, kétségek, jogszabályi háttér)**

*Dr. Benkő Gábor*

DEOEC Családorvosi Tanszék, Borsodnádasd, I. sz. Háziorvosi Praxis

A háziorvosi feladatok munkaidőn kívüli ellátására ügyeleti szolgálatot vagy készenlétet kell szervezni, illetve azt a külön jogszabály szerinti központi ügyelet útján kell ellátni, rendelkezik a 4/2000. EüM rendelet 9. §. (1) bekezdése.

A kórházon kívüli sürgősségi ellátásban résztvevő háziorvosi ügyeletnek, illetve készenlétnak meg kell felelnie a központi ügyeletre meghatározott szakmai minimumfeltételeknek a gépműszerpark, valamint az egyéb eszközök tekintetében, mondja ki a 21/1998. NM rendelet 8. §-nak (2) bekezdése.

Milyen ügyelet a készenlét? A készenlét egyenlő-e az ügyelettel. Hogyan működik ez a hétköznapokban? Vannak-eellentmondások, ha vannak hogyan oldhatók meg? A sürgős ellátásra szorulóknak milyen biztonságot nyújt a mai ügyeleti rendszer? Szakmailag indokolatlan, nem sürgős esetek ellátása ügyeleti feladatként? Mennyire vagyunk ebben egységesek? Hogyan függ össze az ügyelet forgalma a terület ellátásnak minőségi mutatóival? Törődik-e valaki az ellátók személyi biztonságával? Mi a jövő?

Néhány alapvető, izgalmas kérdés, amelyre a szerző keresi a választ, felvázolva az ügyeleti rendszer múltját, jelenét, jövőjét. Egyben kutatja azokat a lehetőségeket, amelyek hosszú távon szakmailag biztonságos sürgősségi ellátást nyújtanak a rászorulóknak.

## **Önvérnyomásmérés, mint a hypertoniás betegek gondozásának hasznos módszere**

*Dr. Bíró Ferenc*

PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

*Előzmények:* Pécsvárad város I. sz. orvos körzetében 1985 óta folyik a hypertoniás betegek gondozásában az önvérnyomásmérés alkalmazása.

*Módszer:* A beteget rövid felkészítés után megtanítjuk az önvérnyomásmérésre, annak dokumentálására, az önelősegély alkalmazására. Az edukáció során elsajátítják a szükséges hypertoniás szövődmények megelőzésére szolgáló módszereit. A módszer a hypertoniás gondozottak nagy többségénél alkalmazható. Jelentősen javítja a compliance-t.

*Eredmények:* 18 év feldolgozott eset kapcsán a vaszkuláris katasztrófák száma jelentősen csökkent.

*Következtetés:* A hypertoniás betegek esetében fontos módszer az önvérnyomásmérés megtanítása, amely javítja a gondozás hatékonyságát.

## **Az acut cardialis történések ellátásának minőségértékelése I.**

A betegtájékoztató hatékonyságának elemzése

*Böröcsök Éva–dr. László István–dr. Nagyvári Péter–prof. dr. Hajnal Ferenc*

SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

Felmérésünkben az ischaemias szívbetegségekben szenvedők problémáinak vizsgálatát tűztük ki célul. Munkánk során arra igyekeztünk választ keresni, hogy milyen módon tudjuk objektív paraméterek alkalmazása segítségével nyomon követni és kontrollálni az acut coronaria syndroma kórképben szenvedő beteg ellátását a betegség praehospitalis szakaszában, elsősorban a háziorvosi ellátásra fókuszálva elemzésünket. Munkánkban rávilágítottunk arra is, hogy a szívbetegségek kezdeti stádiumában az adekvát felismerés és azonnali kezelés ellenére az alapellátás szintjén végzett beavatkozások zöme és az orvosok lelkiismeretes munkája sem képes a kor elvárásainak megfelelően végleges és definitív ellátást nyújtani e kórkép esetében.

131 anonim beteginterjú és háziorvosi adatlap került feldolgozásra, amelynek segítségével megpróbáltunk választ adni a felmerült kérdésekre.

Eredményeink azt mutatták, hogy a legtöbb esetben a betegek nem kellőképpen tájékozottak, „elbagatelezik” tüneteiket, későn – csak napok vagy hetek múltán – fordulnak orvoshoz, vagy kerülnek fekvőbeteg intézménybe, és a megfelelő és szakszerű ellátás ellenére

elveszítjük őket az acut myocardialis infarktus és szövőd-  
ményei következtében.

Témánk bonyolultsága, összetettsége és a népegész-  
ségügy egészére való kihatása feltételezi az általunk  
kutatott terület összefüggéseinek további vizsgálatát,  
jobb megismerését, valamint eredményeink széles körű  
ismertetését.

### **Időskori hyperthyreosis diagnosztikai nehézségei**

*Dr. Dóka Gy.–dr. Ladányi Á.–dr. Szöllősy Gy.*  
Péterfy Kórház, E-Belgyógyászat, Budapest

Az időskori hyperthyreosis ezerarcú betegség. Jól  
gyógyítható, de kezelés nélkül súlyos szövőd-  
ménye (elsősorban cardiovascularis) miatt rossz prognózisú.

Saját 5 éves beteganyagunkban (1997–2001) a közel  
5800 betegfelvétélből 43 betegnél diagnosztizáltuk, 19-  
nél manifeszt, 24 betegnél subklinikus formában. Az  
átlagéletkor 80 év volt (60–96 év). Nemenkénti meg-  
oszlás I' rész nő, I' rész férfi jellemezte. A vezető tüneteket  
a fogyás (50%) és a cardiovascularis tünetek (30%)  
jelentették. 1–2 esetben zavartság, ill. apátia állt az előtér-  
ben. A tünetek gyakorisági sorrendjében az irodalommal  
egyezően a fogyás, az étvágytalanság, az arrhythmia  
absoluta és a cardialis decompensatio követte egymást.  
Terápiaként thyreostatikus és radiojódkezelést alkalmaz-  
tunk. Ez utóbbit első lépésben a jó általános állapotú  
betegeknél választottuk, ha gyorsabb kompenzációra volt  
szükség a gyógyszeres kezelést indítottuk. Végül egy  
elhanyagolt, súlyos hyperthyreosisban szenvedő 77 éves  
nőbetegünk esetét ismertetjük, akinél a vezetőtünet az  
apátia volt.

### **A metabolikus szindróma holisztikus terápia- vezetésének jelentősége és nehézségei**

*Dr. Erdei István–dr. Csollák István–dr. Ilyés István*  
DEOEC Családorvosi Tanszék, Debrecen, Háziorvosi  
Praxis

Szerzők egy 1420 fős lélekszámú praxis 94 (36 férfi;  
58 nő) metabolikus szindrómában szenvedő betegének  
adatait dolgozták fel és elemezték.

Vizsgálták a hypertonia kockázati szintjének megosz-  
lását; a hypertoniás szövőd-  
mények és a hypertonia athe-  
roscleroticus eredetű társbetegségeinek az előfordulási  
gyakoriságát. Elemezték a kapcsolatot ezen tényezők,  
valamint a szénhidrát-anyagcserezavarok típusa (mani-  
feszt diabetes mellitus: 52 fő, IGT: 21 fő, IFG: 21 fő),  
továbbá a lipoprotein-anyagcserezavarok típusa (csak  
hypertriglyceridaemia: 13 fő, csak HDL-C szintcsökkenés:  
5 fő, izolált hypercholesterinaemia: 18 fő, kevert hyper-  
lipoproteinaemia: 58 fő) között.

Eredményeik alapján fogalmazzák meg álláspontjukat

a diabetes mellitus betegség kifejlődésének holisztikus  
terápia-vezetéssel történő befolyásolásáról.

### **Beteg-e a beteg, ha OOSZI elé megy?**

*Dr. File János*  
Háziorvosi Praxis, Kék

A szerző több éves munkája során tapasztalja, hogy  
a rokkantostási kérelmek beadása után, a „leletgyűjtés  
idején” az emberek sok időt töltenek a kivizsgálások miatt  
a fekvő-, és a járóbeteg szakellátásban. Ez sokszor feles-  
leges időtöltés a „beteg” részéről, és sok időt vesz el az  
egészségügyi szolgáltatótól is.

Két eset kapcsán szeretné bizonyítani a vizsgálatokra  
fordított költségeket, a vizsgálatok OEP által támogatott  
összeget, az orvos(ok) munkaidejét és a „beteg” idejét.

Az 1. eset: 45 éves nő. Előzményében kiegyensúlyo-  
zott élet, kiváló család, jó munkae-  
rő, táppénzen soha nem  
volt. Családot alapít, két gyermeket szül és felnevel. Több  
éves próbálkozás a munkahely keresésében, eredmény-  
telenül. Vizsgálatokba kezdünk. 6 hónap és 20 nap alatt  
16 alkalommal szakrendelésen vizsgálják, 2 alkalommal  
kórházi kezelés, 3 alkalommal MR vizsgálat, 2 alkalommal  
labor és kétszer 10–10 alkalommal fizioterápiás kezelés.

2. eset: 55 éves nő. 2002 novemberében derékfájás  
miatt keresi fel a rendelőt, táppénzes állományba kerül.  
Eddig 5 alkalommal szakrendelésen volt, egy alkalommal  
kórházi kezelés. 10 alkalommal fizioterápia, utazási utal-  
vánnyal, táppénzes állományban van 6 hónapja.

*Következtetés:* Ha lehetőség lenne résznyugdíjba el-  
menni, az első eset egyáltalán nem terhelte volna az  
egészségügyi szolgáltatókat. Második esetben is már régen  
otthon élvezné a kisebb nyugdíját. A résznyugdíj az  
elképzelésem szerint. Pl. bedolgozott 15 év után kapná az  
igénylő a jelenlegi 50% mkcs. járadékát (18 000 Ft). 20,  
25, 30 stb. bedolgozott évek után arányosan többet ettől,  
vagy arányosan kevesebbet ahhoz viszonyítva, mintha 62  
évesen ment volna nyugdíjba.

### **Reflexiók egy kistelepülés (Konyár) „alkoholérintettségéről” (az 1992–2002 évek közti halálozások tükrében)**

*Dr. Fülepi László*  
Háziorvosi Rendelő – Konyár

2000-ben, a világ összhálalozása 8,9%-ért volt felelős  
az alkohol, a drog és a dohányzás. Ezé-  
ben 1,8 millió  
ember halt meg az alkohol miatt.

A szerző az 1992–2002. évek közötti, tízéves időszakban  
vizsgálódott a Konyáron (Hajdú-Bihar megye) regisztrált  
halálozások között. Elemezte a tízéves időszakban az elhaltak  
„alkoholérintettségét”, mely a halállal közvetve vagy közvet-  
lenül összefüggésbe hozható. (Annak jogán is, hogy 32 éve  
folyamatosan praktizál a településen!)

Egyértelműen bebizonyosodott az, hogy a vizsgált időszakban, a Konyáron elhaltak közel 33%-a alkohol-érintett. Az is beigazolódott, hogy ezen csoporton belül a megélt életkor jelentősen kevesebb a nem alkohol-érintett elhaltakhoz viszonyítva.

Az utóbbi öt évben nőtt azon elhaltak száma, akiknek ismert volt az alkoholérintettség (az 1992–1996. közti időben az elhaltak 31%-a, míg az 1997–2002. évek között már 36%).

A szerző nem kíván társadalompolitikai és gazdaságpolitikai kérdésekkel foglalkozni, de a konklúzióban ezek nem kerülhetők meg egy bihari, határ menti elszegényedő falu háziiorvosi prevenciós tevékenység, az alkoholérintettség elleni küzdelem okán sem.

### **A kábítószerrel kapcsolatos háziiorvosi ismeretek és attitűd összehasonlító vizsgálata szomszédos megyékben működő szakemberek körében**

*Dr. Hajnal Ferenc–dr. Barabás Katalin\*–dr. Mester Lajos*

SZTE ÁOK Családorvosi és Magatartástudományi\* Intézet

A kábítószeres visszaélések elterjedtsége viszonylag jelentős regionális változásokat mutat. Csongrád megyében pl. kiemelkedően sok, Bács-Kiskun és Békés megyében jóval kevesebb a kábítószeres betegek száma.

Jelen vizsgálatunk során arra kerestünk választ, hogy a kábítószeres helyzet, az azzal kapcsolatos gyógyító-megelőző tevékenység milyen háziiorvosi felkészültség alapján folyik régióinkban, ill., hogy a három megyében működő háziiorvosok ismeretei, gyakorlatának különbözősége tükrözi-e a feltűnő epidemiológiai eltérést?

Más témájú továbbképzésre összegyűlt 37 Csongrád ill. 41 Bács-Kiskun és Békés megyei gyakorló háziiorvos töltötte ki a problémakörre vonatkozó kérdéseket tartalmazó anonim felmérő adatlapokat. Az előadásban részletezendő eredmények alapján az alábbi következtetésekre jutottunk:

- Mindhárom megyében hiányosak, ill. változóak ismereteik az egyes szerfajták hatástanáról, a visszaélés mértékének megítéléséről és a medikolegális teendők köréről.
- A Csongrád megyeiek jobban ismerték a kábítószeresítés általános, családi és szociális kockázati tényezőit.
- A Bács- és Békés megyeieknek egyharmada ismer fel és kétharmada tudná helyesen ellátni a heroin túladagolást.
- A Bács-Kiskun és Békés megyei kábítószer-betegek alacsonyabb számát tükrözik az ott működő háziiorvosok e területen sajátos ismeretei.
- A Bács-Kiskun és Békés megyei háziiorvosok kábítószeres betegellátó tevékenysége, ill. gyakorlata v.s. összefügg azzal, hogy kevesebb beteggel találkoznak, ill. foglalkoznak.

- Nem valószínű, hogy az alapellátó szolgálat megelőző tevékenységének szerepe lenne a Bács-Kiskun és Békés megyei kábítószer-betegek alacsonyabb számában.

A vizsgálat részben az *ETT 029/2001.* kutatási téma támogatásával valósult meg.

### **Háziiorvosok véleménye a gyógyszerfelírási szokások monitorozásáról**

*Dr. Hintalan Ádám*  
OALI

Az OEP hónapokon keresztül zajló informáló kampánya után megküldött minden háziiorvosnak egy olyan kimutatást, amelyen szerepel, hogy az adott hónapban a különböző gyógyszercsoportokban milyen mértékű TB-támogatást használtak fel. Információt kaptak azokról a betegekről is, akik az átlagnál több receptet írtak.

*Cél:* Gyors közvéleménykutatás a háziiorvosok között, milyenek értékelik a kimutatást, szerintük meg fogja-e hozni az OEP által elképzelt eredményeket?

*Módszer:* Véletlenszerűen kiválasztott háziiorvosokat kérdeztünk meg országsszerte telefoninterjú formájában. A 12 kérdés között többnyire eldöntendő kérdések szerepeltek, de a véleményeknek, tanácsoknak is helyt adtunk.

*Eredmények:* A háziiorvosok elfoglaltságuk ellenére is készséggel válaszoltak, szinte mindenki megkapta az OEP kimutatást. A nagy többség folyamatosan azon van, hogy minél ésszerűbben gyógyszereljen, sok gondot okoz azonban a közgyógyigazolvánnyal rendelkezők gyógyszerfelírása. Sokan fontosnak tartanak a betegek oktatását, felvilágosítását, aktívabb közreműködésüket.

*Összegzés:* A megkérdezett háziiorvosok bár hasznosnak tartják, hogy szembesülhettek teljesítményük költségvonzataival, úgy vélik a magas gyógyszerköltségek hátterében az egészségügyön kívül számos más tényező áll, melyekkel ugyanilyen fontos lenne foglalkozni.

### **„A ritka betegségek ritkák...” – dermatomyositis a háziiorvos gyakorlatában**

*Dr. Hintalan Kornél*

A következő eset ismertetése szakmánk, szakterületünk jelentőségét szeretné kiemelni.

A 40 éves férfi beteg története heveny (1–2 nap alatt kialakuló) alsó és felső végtagi gyengeséggel, lázzal, izomfájdalommal indult, amelynek komolyságát, riadalmat keltő mértékét jól szemlélteti az ideggyógyászati konzíliumot követő sürgősséggel elvégzett vizsgálat arzenál bevetése: teljes központi idegrendszeri MRI rendelése, lumbál punkció, izombiopszia, szerológiai vizsgálatok történnek a kórházban.

Anamnézise differenciál diagnosztikai szempontból fontos. A hónapokkal azelőtt elindított, majd hetekkel

korábban elhagyott statin-kezelés lehet-e felelős a most kialakuló panaszokért? Ez rhabdomyolysis? A közelmúltban Budapest külterületén bokros-bozótos környezetben végzett munka felveti rovarok által terjesztett betegség lehetőségét is. Lyme-kór? Meningo-encephalitis? Fizikai igénybevétel mellett alakulhatott-e ki hevenyen gerinc-sérv ruptúra? Netalán Guillen-Barré szindrómával állunk szemben?

Amikor a beteg elhagyja a kórházat, diagnózisa még kérdéses.

Betegsége rejtélyes.

Az „általános” orvos olykor átfogó, részinformációkat szintetizáló képességével, komoly segítsége, hiánypótló szakértője lehet a specialisták által végzett munkának.

## Elhízás és kardiovaszkuláris veszélyeztetettség

*Prof. dr. Ilyés István–dr. Jancsó Zoltán–dr. Simay Attila–dr. Újhelyi István*

DEOEC Családorvosi Tanszék

**Célkitűzés:** A munka célja az elhízás hatásának vizsgálata felnőttek kardiovaszkuláris kockázatára, továbbá az elhízás és a kockázat megítélésére felhasznált rizikótényezők kapcsolatának tanulmányozása.

**A vizsgáltak köre és az alkalmazott módszerek:** A vizsgálat 48 háziorvosi praxis 1320 felnőtt páciensére terjedt ki, akik kardiovaszkuláris rizikótényezők vagy betegség miatt gondozás alatt nem álltak. A vizsgálat során a testtömegindex kiszámítására, a vérnyomás mérésére, az összkoleszterin és az éhomi vércukorszint meghatározására, emelkedett éhomi vércukorszint észlelése esetén az orális glukóz tolerancia teszt elvégzésére és a dohányzási szokások rögzítésére került sor. A kardiovaszkuláris kockázat becslése a Joint European Coronary Risk Chart alkalmazásával történt.

**Eredmények:** A kardiovaszkuláris kockázat a magas testtömegindex-szel rendelkezők csoportjában kedvezőtlenebb volt, mint a normális testtömegindex-szel jellemzett csoportban. A magas és a kifejezetten magas kockázattal rendelkező páciensek aránya az első csoportban 19%, a másodikban 8,5% volt. A veszélyeztetettség mértékét jelző fokozatok megoszlása a két csoportban szignifikáns mértékben különbözött ( $p < 0,0001$ ). A következő rizikótényezők gyakoriságában is szignifikáns különbség volt észlelhető a két csoport között: emelkedett összkoleszterin szint (66,8% vs. 41,6%), emelkedett éhomi vércukor (19,5% vs. 6,4%), csökkent glukóztolerancia (5,8% vs. 1,1%), 2-es típusú diabetes mellitus (1,7% vs. 0,6%), emelkedett szisztolés vérnyomás (54,3% vs. 23,8%). A két csoportba tartozók dohányzási szokásai nem különböztek.

**Konklúzió:** Az elhízás a vizsgált populációban egyértelműen növelte a kardiovaszkuláris kockázatot, ami az összkoleszterin szint emelkedésén, a szénhidrátanyagcsere eltéréseinek kialakulásán és a szisztolés vérnyomás emelkedésén keresztül jut érvényre. Az elhízás megelőzése és optimális kezelése mindezek miatt a kardiovasz-

kuláris betegségek prevenciójának fontos feladata az alapellátásban.

## A vérnyomás és a kardiovaszkuláris rizikószintet meghatározó egyéb faktorok kapcsolatának vizsgálata felnőtt populációban

*Dr. Jancsó Zoltán–prof. dr. Ilyés István*

DEOEC Családorvosi Tanszék

A hypertonia önálló kardiovaszkuláris rizikófaktor. A hypertoniás páciensek körében gyakori az egyéb kardiovaszkuláris rizikófaktorok előfordulása, emiatt magas a teljes kardiovaszkuláris kockázatuk. Vizsgálatunkban a vérnyomás és a kardiovaszkuláris rizikószintet meghatározó más faktorok kapcsolatát kívántuk elemezni.

A vizsgálat a DEOEC Családorvosi Tanszékének 45 mentorpraxisában zajlott, 1320 magát kardiovaszkuláris szempontból egészségesnek tudó, 18–65 év közötti páciens bevonásával. A vizsgálat során többek között a vérnyomás, a BMI, a szénhidrát- és a lipidanyagcsere egyes paraméterei, az anamnéziséből pedig a táplálkozási, a testmozgási és dohányzási szokásokra vonatkozó adatok kerültek meghatározásra.

Az esetek 34%-ában haladta meg a tenzió a 139 Hgmm-es szisztolés és/vagy a 89 Hgmm-es diasztolés értéket. Szignifikáns különbség mutatkozott az emelkedett tenzióval bírók arányában a férfiak és a nők között (40,18% vs. 30,81%). Egyértelmű volt a magas vérnyomás és az emelkedett BMI közötti összefüggés. A 6 mmol/l feletti éhomi vércukorértékkel rendelkezők esetében szignifikánsan magasabb volt az emelkedett vérnyomással bírók aránya, mint a normál ÉVC-vel rendelkezők körében (61,38% vs. 30,99%). Az emelkedett összkoleszterin-érték is gyakrabban párosult emelkedett tenzióval (45,76% vs. 23,76%). Eredményeink szerint mind az egészséges táplálkozás, mind pedig az egészséges életmód protektív szereppel bírt az emelkedett vérnyomás-értékkel szemben. Ugyanakkor nem találtunk összefüggést a dohányzási szokások és a vérnyomás értékek alakulása között.

Vizsgálati eredményeink alapján a metabolikus szindróma, illetve az obesitasfüggő hypertonia koncepciójának keretében magyarázható a hypertonia, valamint az elhízás, a szénhidrát- és lipoprotein-anyagcsere kóros megváltozása közötti kapcsolat.

## A környezet és hatásai a serdülőkori rizikómeghatározási formákra

*Dr. Józsa Lajos*

Hajdúböszörmény, oktató házi gyermekorvosi praxis

Helyi és országos felmérések megerősítik azt, hogy nő a serdülők drogfogyasztása és egyre nagyobb pszichoszociális problémákat okoz.

Ne csak az illegális drogokra gondoljunk, hanem vegyük észre, hogy a vizsgált korosztály a legális drogok közé tartozó alkohol és cigaretta rendszeres használója. A legveszélyeztetettebb korosztálynak – a ránk bízott – serdülők számítanak, mert az illegális és legális drogok első kipróbálása is ebben a korban jellemző leginkább.

Mikor kezdjük el a célzott prevenciót? A szerző felhasználva a városban készült drogismereti és droghasználati felmérés adatait felhívja a figyelmet arra, hogy a hatékony drog-prevenció alapja a korai felvilágosító munkán és az érintettek (családok, iskolák, szociális és egészségügyi szervezetek) széles körű együttműködésén alapszik.

### **Mikro-epidemiológiai esetek (Cluster-stories)**

*Dr. Kékesi Olga* belgyógyász

Szent Teréz Szakorvosi Magánrendelő

MÁOTE Daganat Epidemiológiai Munkacsoport

Szerző felhívja a figyelmet a daganatos betegségek megelőzésének fontosságára és lehetőségeire. A megelőzés alapja a megbetegedések gyakoriságának ismerete az adott területen, mely földrész nagyságtól a család vagy bármely kis közösségig terjedhet.

Leírja a módszereket, melyek használhatók a mikro-epidemiológiai vizsgálatok végzéséhez. Ismerteti a daganatok kialakulásában szereplő kockázati tényezőket. Hangsúlyozza az életmódbeli, munkahelyi és lakókörnyezeti kockázati tényezők megismerésének fontosságát, melyek megszüntetése, illetve csökkentése az adott beteg(ek) gyógyulását elősegíthetik a terápiás beavatkozások mellett.

Címszavakban ismerteti azokat a közleményeket, melyeknek első vagy társszerzője vagy konzulense volt, ill. azokat, amelyeket hazai vonatkozásban érdekesnek tart.

### **Alvásdianosztikai szűrőállomás működése házi orvosi körzetben**

*Dr. Kocsis Károly–dr. Szakács Zoltán\**

MEDICINA BT., Szolnok, \*Budai Honvédkórház Alvásdiagnostikai Laboratórium, Budapest

A házi orvosoknak kiemelt szerepe van a helyi ellátó rendszerben.

A kardiovaszkuláris és a cerebrovaszkuláris megbetegedések felderítésében előszűrést végezhet.

OSAS esetében (obstruktív alvási apnoe szindróma): ABPM, Holter, pulzixometria. Időben alvásambulanciára, a szükséges szakorvosi vizsgálatokra, alváslaboratóriumba irányíthatja a beteget.

Az alvás ébrenléti zavarok ellátásában megalapozhatja

előzetes vizsgálatokkal (hematokrit, Hb, vérnyomás, EKG, cukoranyagcsere, vesefunkciók, vashiány, májfunkciók, endokrinológiai vizsgálatok) elvégzésével, a feltételezett klinikai képet.

Az alvási apnoe diagnózis gyanúját családi és egyéni kórtörténet ismeretében, a betegről birtokában lévő legtöbb információ alapján a házi orvos megerősítheti. A házi orvos ugyanakkor nélkülözhetetlen partnere az alvás-medicina szakorvosainak az alvás-ébrenléti zavarban szenvedők gondozásában.

Anamnézis tesztlapot kitöltve, összefoglaló orvosi jelentést küld a szűrőállomás az alvásdianosztikai laboratóriumba további kivizsgálás céljából.

### **Esettanulmány, nehéz diagnózis**

*Dr. Kosztolicz Ágnes*, rezidens\*–*dr. Dorka Mária*, mentor\*\*

\*Családorvosi Tanszék, \*\*Budapest, Kordován tér

Az esettanulmány egy 44 éves férfibetegéről szól. Távoli anamnesisében komolyabb megbetegedés nem szerepel.

2002 júliusában a rendelőt a lázas beteg pharyngitis acuta tüneteivel kereste fel. Antibiotikum kezelést kezdünk, melyre a beteg lassú gyógyulást mutatott, két hét után vált tünetmentessé. Az elvégzett vérvizsgálatból kiemelkedő volt gyorsult süllyedése (80 mm/h) és igen emelkedett GGT érték (336 U/l). Ismételt kontroll vérvételnél ezen eredmények csökkentek. Másfél hónap múlva a láztalan beteg oropharyngealis candidiasis tüneteivel jelentkezett, az indított Diflucan kezelésre nagyon lassú javulás volt látható. Másfél hónap múlva a beteg a rendelőt a jobb felső végtagon megjelent, a bőr felszínéből nem kiemelkedő, szubjektív panaszt nem okozó lividvörös foltok megjelenése miatt kereste fel. Felvetődött immunszupprimált állapot, illetve Kaposi-sarcoma fennállásának lehetősége, de a bőrgyógyászati konzílium és a szövettani vizsgálat elvetette ennek lehetőségét. A beteg a HIV teszt levételébe nem egyezett bele. Egy hónap múlva ismételt lázas állapot és fájdalmas székürítés miatt jelent meg a rendelésen, fissura ani diagnózist találtak a gastroenterológián. Az immunmarkerekben jelentős eltéréseket tapasztaltunk. Ezek után a beteg beleegyezett a HIV teszt levételébe, mely pozitív lett. A beteget a László Kórház AIDS osztályára utaltuk, ahol a bőrtünetből készült szövettani vizsgálat eredménye revideálásra került, Kaposi-sarcoma, valamint AIDS diagnózist állapítottak meg.

Ez az eset jó példa a holisztikus szemlélet alkalmazására a házi orvosi gyakorlatban. Ezen kórtörténet további érdekessége a házi orvos más szakorvosokkal való kapcsolata véleménykülönbség esetén. Továbbá szeretnénk kiemelni a jó orvos–beteg kapcsolat fontosságát.

## Praxisszervezés és minőségbiztosítás Mennyiben segíti a munkát a nővérprotokoll?

*Dr. Kozma Anna–dr. Várkonyi Katalin*

A Domaszéken működő háziiorvosi praxis előjegyzési rendszerrel dolgozik 1994 óta. 2000-ben új rendelő épületbe költöztünk, ahol több rendelőhelyiség, minden rendelőben számítógépes munkahely, a váróteremben betegirányító pult áll rendelkezésre. Az épület adta lehetőségek és a felszereltség ideális.

Az alapellátásban gyakori probléma, hogy a praxis nem veszi igénybe a magasan képzett szakdolgozó munkáját a rendelési idő alatt, részben azért, mert a praxisok egy része csak egyetlen rendelőhelyiségben dolgozik, részben azért, mert nem világos, hogy mi a nővér kompetenciája az önálló munka során.

2000 novembere óta a praxisban dolgozó nővérek saját rendelőjükben önállóan végzik munkájukat. A praxis-team közösen dolgozta ki a helyi nővér-protokoll lapot, ami biztosítja, hogy

**minden esetben azonos tevékenységet végezen a nővér**

alapadatok mérése  
dokumentált  
ellenőrizhető  
rizikófelmérés, rizikóváltozás  
gondozásban részvétel  
sürgősségi betegellátás egyes lépései

**a nővér munkája követhető, ellenőrizhető legyen**

**összehasonlítható legyen**

A rendszeresen ismételt praxis megbeszéléseken meg tárgyaltuk a felmerülő kérdéseket, problémákat. Közel három éves anyag feldolgozása lehetővé teszi az általunk használt nővér-protokoll bemutatását, elemzését.

## Az alapellátásban végzett szűrési tevékenység bemutatása Csongrád megyei adatok alapján

*Kóhidi Csaba oh., Szabó Adrienn oh., Dr. László István–dr. Nagyvári Péter–dr. Hajnal Ferenc*  
Szegedi TE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő

Azokat a szűrővizsgálatokat elemeztük, melyek a krónikus nem fertőző felnőttkori betegségek háziiorvosi gondozásának is lényegi részét képezik. A szűrési munka hatékonyságát, gátló és segítő tényezőinek megismerése céljából anonim kérdőíves módszer segítségével 150 háziorvost kérdeztünk meg tevékenységének gyakorlatáról. A négy leggyakoribb felnőttkori krónikus betegség – hipertonia, ISZB, diabetes mellitus és asthma bronchiale volt – vizsgálatunk tárgya.

Csongrád megye háziiorvosainak közel 70%-át érintette mintavételünk. Felmérésünkben kitértünk az egyes kórképek műszerigényeire, a szűrés során igénybe vett konzultációs lehetőségekre, az együttműködő konzul-

lensek megoszlására, a kiszűrt betegek sorsának további nyomonkövetésére, menedzselésére.

Eredményeink rövid összefoglalása:

- A háziiorvosok 70%-a végez valamilyen gyakorisággal szűrést.
- A kiszűrt hypertoniás betegek 64%-át és a II. típusú diabeteses betegek 40%-át a háziiorvos egyedül gyógyítja, viszont
- az asthma és az ISZB esetén a háziiorvosoknak kevesebb, mint 7%-a meri vállalni, hogy egyedül lássa el betegét.
- Az észrevételek sorában feltűnik a jobb műszerezettség iránti fokozott igény.
- A szűrési munka hatékonyabbá tételében legfontosabbnak az anyagi háttér biztosítását 91%-uk javasolta.
- A háziiorvosok 45%-a nem érzi fontosnak a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos előadásokat, ismertetések (!)
- Felmérésünk eredményeit felajánljuk az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” alapellátási teendőinek megtervezéséhez.

## Atheroscleroticus renovascularis hypertonia invasiv kezelése stent-implantációval

*Dr. Ladányi Ágnes–dr. Tóth Andrea–dr. Bánsági Zoltán–dr. Szöllősy Gyula*

Péterfy Kórház Nephrologia, Intervenció Radiologia, Budapest

Renovascularis hypertonia esetén a kezelésnél a mortalitás csökkentése, a vesefunkciók javítása, a cardiovascularis komplikációk csökkentése, a vérnyomás és proteinuria normalizálása a cél. Több száz betegen végzett vizsgálatok (EMMA, DRASTIC, Scottish-Newcastle, STAR), meta-analízisek segítenek a helyes terápia megválasztásában.

Az elmúlt évben több alkalommal történt sikeres stent-behelyezés osztályunkon atherosclerosis talaján kialakult arteria renalis stenosis miatt. Két eset bemutatásán keresztül tekintjük át a nemzetközi, nagy beteganyagban végzett tanulmányokat, ajánlásokat.

A 69 éves dohányos férfibeteg újkeletű hypertonia miatt jelentkezett, mely négy antihypertensivum kombinációjával sem volt beállítható. A noninvasiv vizsgálatok renovascularis hypertoniára utaltak. Angiographia során a bal arteria renalis 90%-os szűkülete igazolódott, ahová egy ballonra applikált 5x14 mm stentet vezetünk be. A beteg csaknem egy évvel a beavatkozás után jól van, ABPM alapján normotoniás.

A 63 éves évtizedek óta hypertoniás, atheroscleroticus nőbetegünk accelerált hypertonia, romló vesefunkciós paraméterek miatt jelentkezett. Jobb oldali arteria renalis occlusio és bal oldali 90%-os szűkület igazolódott. A stenosis stenttel történő megoldását követően antihypertensivumait sikerült megfelelni, serum kreatinin is csökkent.



Invasiv megoldás választandó renovascularis hypertoniában: ha soliter vesearteria stenosis, illetve bilateralis stenosis igazolódik, ha hypertensio indukálta tüdőoedema szerepel az anamnézisben, ha a beteg várható túlélése ideje hosszabb. Tapasztalt intervenció radiológus biztosítja a beavatkozás kockázatának minimalizálását és azt, hogy a stent a legmegfelelőbb helyre kerüljön.

## Fakultáció, „ante portas”

*Dr. Margittay Erzsébet*

Bizalom-Életminőség Háziorvosi Bt., Budapest, XIII.

A jó medikusoktatás a családorvoslás europaiságának jövőbeni alapja. A MÁOTE kereteiből kialakult Családorvosi Tanszék munkatársai a közép-európai, elsősorban angol, ír, holland, belga tapasztalatokat átvéve alakította ki a 12 hetes fakultációs oktatást, melynek a szerző megalakulásától felelőse volt.

A foglalkozások a háziorvos munkáját, a rendelés légkörét, szakmánk problematikáját voltak hivatva gyakorlati módon bemutatni. Szerző a Dublini „role play” módszere alapján a WONCA szerinti ismérveket illusztrálta. Bemutatom a III–IV–V évesek számbeli változását, az évek folyamán érdeklődési körüket, a hallgatók véleményét és felvetek néhány jövőbeni problémát: Mire kíváncsiak a hallgatók? Mit hiányolnak és mit hiányol a háziorvos az ifjabb generációnál? Miért csökken a családorvoslásra jelentkezők száma, hol miért nem? Vonzó-e a pályánk, mennyire európai?

## A fizikai aktivitás összefüggése a kardiovaszkuláris rizikófaktorokkal és a kardiovaszkuláris kockázattal

*Dr. Márton Hajnalka–dr. Jancsó Zoltán–dr. Simay Attila–dr. Újhelyi István–prof. dr. Ilyés István*  
DEOEC Családorvosi Tanszék

**Célkitűzés:** A felnőtt (18–60 év életkorú) lakosság körében vizsgáltuk a fizikai aktivitás összefüggését a kardiovaszkuláris rizikófaktorokkal és a felmért paraméterek alapján becsült kardiovaszkuláris veszélyeztetettséggel.

**Módszer:** 48 háziorvosi praxis vett részt a vizsgálatban, akik kardiovaszkuláris rizikó vagy betegség miatt nem álltak gondozásban. Célzott anamnézis felvétel, fizikális vizsgálat, BMI-számítás, a szérum koleszterin, triglycerid, HDL-C és LDL-C szintjének meghatározása, az éhomi vércukor és ennek emelkedettsége esetén a 120 perces vércukor mérése történt meg, és sor került a kardiovaszkuláris veszélyeztetettség becslésére is.

**Eredmények:** A vizsgálatban résztvevők alig fele végez testmozgást. A férfiak, a fiatalabb életkorúak, a magasabb iskolai végzettségűek és a szellemi foglalkozásúak aktívabban. A fizikai aktivitás mértéke, valamint a vérnyomás alakulása, a BMI, a szérum össz-koleszterin és triglycerid

értéke között szignifikáns összefüggés volt kimutatható. A szénhidrát anyagcserezavar előfordulása nem aktív csoportjában magasabbnak bizonyult. A fizikai aktivitás és a becsült kardiovaszkuláris veszélyeztetettség közötti összefüggés nem bizonyult szignifikánsnak.

**Következtetés:** A fizikai aktivitás a kardiovaszkuláris veszélyeztetettséget csökkentő életmód fontos tényezője, minthogy több rizikófaktorot kedvezően befolyásol.

## A szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere eltérései gyermekkori elhízásban acanthosis nigricans (AN) társulása esetén

*Molnár Anna–dr. Felszeghy Enikő\*–dr. Jancsó Zoltán–dr. Oláh Anna\*–prof. dr. Ilyés István*

DEOEC Családorvosi Tanszék, \*DEOEC Gyermek-klinika

**Célkitűzés:** Az elhízásban észlelhető szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere eltérések kialakulásában az insulin-rezisztencia és a hyperinsulinaemia játszik meghatározó szerepet. Az acanthosis nigricans (AN) fennállása esetén gyakran kimutatható insulin-rezisztencia és hyperinsulinaemia, s az AN gyermekkori elhízásban is észlelhető lehet.

Jelen munka célja az insulin-rezisztenciának, valamint a szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere eltéréseinek vizsgálata volt AN-szal rendelkező elhízott gyermekekben.

**A vizsgáltak és a módszerek:** A vizsgálatba 43 elhízott gyermeket, 24 lányt és 19 fiút vontak be, akiknek életkora  $13,4 \pm 2,5$  év, testtömeg indexe (BMI)  $33,4 \pm 5,1$  kg/m<sup>2</sup> volt, s akik mindegyikénél AN is kimutatható volt. Az orális glukóztolerancia teszt (OGTT) 0. és 120. percében vett vérmintából meghatározták a glukóz és az insulin koncentrációját. Az insulin-rezisztencia kimutatására kiszámolták a HOMA-értéket. A 0. perces vérmintából összkoleszterin (T-C), triglycerid (Tg), HDL-C meghatározás is történt, és kalkulálták az LDL-C szintet is.

**Eredmények:** Emelkedett HOMA érték a vizsgáltak 76,2%-ában volt kimutatható. A 0. perces és a 120. perces insulinérték az esetek 90,5%-ában bizonyult emelkedettnek. A reaktív hyperinsulinaemia a lányok csoportjában kifejezettebb és gyakoribb volt. Emelkedett éhomi vércukorérték (IFG) egy esetben (2,3%) fordult elő, csökkent glukóztolerancia (IGT) a vizsgáltak 23,3%-ában volt kimutatható. A vizsgáltak 30%-ában emelkedett T-C szintet, 20%-ában emelkedett LDL-C szintet, 55%-ában emelkedett Tg koncentrációt, 25%-ában pedig csökkent HDL-C koncentrációt találtunk. A HDL-C szint csökkenés a lányok csoportjában kifejezettebb és gyakoribb volt. A 0. perces továbbá a 120. perces insulin értékek és a 120. perces vércukor értékek továbbá a Tg koncentrációk között szignifikáns pozitív, a Tg és a HDL-C koncentrációk között pedig szignifikáns negatív korreláció volt kimutatható.

**Következtetés:** Az elhízás és az AN együttes előfordulása esetén gyermekkorban gyakori az insulin-rezisz-

tencia, a bazális és reaktív hyperinsulinaemia és számottevő az IGT és a lipoprotein-anyagcsere eltérések gyakorisága. Az AN gyermekkori elhízásban az insulin-rezisztencia markerének tekinthető. Az elhízás és az AN együttes előfordulása esetén az életmódváltoztatást jelentő intervenció bevezetése szükséges.

## A közlekedési baleseteket befolyásoló káros tényezők

*Dr. Morva László háziorvos – dr. Bártfai Erzsébet meteorológus*

A technika fejlődésével a közlekedés motorizációja az 1960-as évektől kezdve rohamosan fejlődött, ugyanakkor tapasztalataink és megfigyeléseink szerint a közlekedésbiztonságot veszélyeztető tényezők száma is megemelkedett.

Ezek közül az alábbiakat szeretnénk kiemelni:

- a közlekedésben résztvevő gépjárművek permanens növekedése,
- a személyi sérüléssel balesetek számának megengethetetlenül magas emelkedése,
- a gépjárművezetők pszichés állapotának elégtelensége,
- az alkoholizmus egyre szélesebb körben történő elterjedése,
- az indokolatlan gyógyszerfogyasztás balesetet okozó megnyilvánulása,
- drog visszaélés,
- az időjárásváltások hatása a gépjárművezetőkre,
- az útviszonyok hiányosságából adódó veszélyek.

Előadásunkban részletesen kívánunk szólni a légkör jellemzői közül a levegő **hőmérsékletének** döntő fontosságáról.

A **fény** milyen módon befolyásolja az ideg működését, a vezetők viselkedését.

A közlekedés és az ipar szennyezése, idegen anyagok levegőbe juttatása.

Időjárás frontok, meleg- és hidegfront: eseménymentes időben anticiklon van felettünk, amely biztosítja a normális időjárást – ez a komfortérzés. A ciklon keletkezésekor légköri frontok mozognak, amelyek károsan befolyásolhatják a gépjárművezetést.

Végül elemezni kívánjuk a gépjárművezetői alkalmaság elbírálásának jelentőségét.

## Hypertoniával társult benignus prostata hyperplasia korszerű gyógyszeres terápiája

*Dr. Nagy Zoltán*

PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

*Bevezetés:* A hypertonia kezelésében a tiazid diu-

retikumok, a Béta-blokkolók, a Calcium-csatornablokkolók és az ACE-gátlókkal kombinálva, vagy monoterápiaként jelentős szerepet játszik az Alpha receptor blokkoló gyógyszerek csoportjába tartozó CARDURA XL RETARD filmtabletta. Jelentőségét fokozza, hogy kedvező vizelet kiürítést eredményező hatással is rendelkezik, azon férfi-betegeknél történő alkalmazása során, akiknél prostata-hyperplasia áll fenn.

*Módszer, eredmények:* A szerző ismerteti a retard tabletták hatását a prostata állományára. Az elért eredményeket számítógéppel végzett uroflowmetriás vizsgálatok és a betegelégedettségi (prostata tünetekkel kapcsolatos nemzetközi-kérdőív-IPPS9 visszajelzések igazolják).

*Összefoglalás:* Az elért és kiértékelt eredmények alapján javasoljuk prostata-hyperplasiával és egyúttal hypertóniával kezelt betegeknél a Cardura XL ret. tabl. alkalmazását monoterápiaként vagy más antihypertensívummal való kombinációjaként.

## Pitvarfibrilláció komplex gondozása a családorvosi gyakorlatban – esetismertetés rezidens szemmel

*Dr. Pálfalvi Tünde<sup>1</sup> – dr. Simon Judit<sup>2</sup>*

Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest

A pitvarfibrilláció az arrhythmiaik közül a leggyakrabban előforduló forma, melynek prevalenciája a népeség öregedésével emelkedik.

A 66 éves férfi kardiológiai osztályra történő felvételére ismeretlen ideje silent formában fennálló PF miatt került sor. A gyermekkora óta aktív sportoló kórelőzményében lehetséges provokáló tényező, ill. említésre méltó betegség nem szerepelt, családorvosát sportorvosi igazolás miatt kereste fel. A feltehetően több mint 48 órája fennálló PF 3 hetes antikoaguláns kezelést indikált. Béta-receptor blokkoló hatására normo-frekvenciás kamraműködéssel járó PF stabilizálódott. Rutin laborleleteiben enyhén emelkedett LDL- és összkoleszterin értékeken kívül kóros eltérés nem volt. A panaszmentes, terápiásan antikoagulált arrhythmias beteg tervezett elektromos kardioverziója kórházi felvétel mellett 100, majd 300 J DC shock leadásával történt, mely hatására sinus ritmusa visszatért, ám 3x150 mg propafenon és 5 mg bisoprolol mellett a PF rekurált. A propafenon dózisát átmenetileg maximális szintre emeltük, eközben a béta-blokkoló dózisát csökkentettük, később hatástalanság miatt amiodaron adására tértünk át. Cordarone telítést követően napi 200 mg fenntartó Cordarone dózis adásával a sinus ritmus stabilnak bizonyult, 4 hét múlva Holter vizsgálat dönt a további antikoaguláns kezelés szükségességéről.

A pitvarfibrilláló beteg vezetése hatékony együttműködést feltételez. A tartós felügyelet, gondozás elsősorban a családorvos feladata. Elengedhetetlen a lehetséges kiváltó okok további keresése, a tartós kezelés elfogadtatása, a gyógyszerek optimális terápiás szintjének biztosítása, a

rendszeres kontrollok kézben tartása, az esetlegesen fellépő mellékhatások, ill. szövődmények aktív figyelése.

## Mennyire lehet hatékony a családorvos intenzív prevenció tevékenysége?

*Dr. Peresa Magdolna*

Pro Sanita Kft., Családorvosi Ellátás, Budapest, XVII.

A szerző 1992–2003 között végzett prevenció tevékenységét a kardiovaszkuláris megbetegedések és mortalitás csökkentése szempontjából vizsgálta meg. A vizsgálatba bevásárlásra kerültek az 1992 júliusától 1998 júliusáig tartó hat év során bejelentkezettek, illetve a későbbi években bejelentkezett felnőtt páciensek, ha a bejelentkezésük óta legalább két év eltelt, kétszer volt orvos–beteg találkozás és a hozott orvosi dokumentumaik tartalmazták az elvárt paramétereket (családi anamnézis, testsúly, testmagasság, vérnyomás, BMI, derék körfogat, Marc redő, vércukor, lipid paraméterek, szedett gyógyszerek). Az eredmények azt igazolják, hogy a szekunder prevenció volt a hatékonyabb, míg az igazán fontos primér prevenciót nem tartották olyan fontosnak a veszélyeztetett páciensek. Történt ez annak ellenére, hogy a rizikóval rendelkezők egyéni és csoportos foglalkozás keretei között is rendszeresen lehetőséget kaptak megismerkedni a megelőzés módszereivel.

*Következtetés:* az igazán eredményes primér prevenciót talán a gyermekkorban elkezdett felvilágosító-egészségnevelő munkától lehet várni.

## Egy lehetséges új módszer az orális glukóz tolerancia teszt (OGTT) gazdaságos használatára

*Dr. Péntes János*

Konszenzus Plusz Kft., Csongrád

*Bevezetés:* A csökkent glukóz tolerancia (IGT) jól ismert kardiovaszkuláris rizikófaktor. Az Amerikai Diabetes Szövetség szűrésre az éhomi vércukor szint (FPG) meghatározását javasolja, és még a WHO is csak akkor ajánlja az OGTT elvégzését, ha az FPG > 6,0 mmol/l-nél. Az FPG egymagában nem megfelelő előjelzője az IGT állapotának. Szükségünk van a napi gyakorlatban használható, olcsó, egyszerű módszerre az IGT-vel rendelkező személyek kiszűrésére.

*Módszer:* Csongrádon egy populációra alapozott prospektív vizsgálatot végeztünk 2002–2003-ban. OGTT történt 663 random kiválasztott betegnél. A Berglund–Lithell predikciós modellt alkalmaztuk az inzulin rezisztencia (IR) meghatározására. A prediktív értékek, a specificitás és szenzitivitás segítségével határoztuk meg az optimális értéket, amely felett javasolt az OGTT elvégzése.

*Eredmények:* Egyedül az FPG-t (mmol/l), az IR-t, és kombinációjukat figyelembe véve a prediktív érték, a specificitás és a szenzitivitás a következőképpen alakult:

	Prediktív érték		Specificitás		Szenzitivitás	
	Diabetes	IGT	Diabetes	IGT	Diabetes	IGT
FPG < 6,0	15%	27%	0,19	0,80	0,28	0,27
FPG ≥ 6,0	66%	52%	0,81	0,19	0,72	0,41
IR ≤ 5,5	63%	67%	0,85	0,85	0,49	0,49
IR ≤ 5,5 és FPG ≤ 6,0	91%	86%	0,97	0,97	0,67	0,38

*Következtetések:* Ha az IR ≤ 5,5 – még ha az FPG < 6,0 mmol/l – a személyeknél szükséges az OGTT, mert így könnyen kiemelhető az eddig felfedezetlen (és a jelenlegi ajánlásokkal fel nem fedezhető) IGT és diabetes mellitus.

## Az obstruktív alvási apnoe szindróma szerepe a stroke kialakulásában

*Dr. Rózsa Anita–dr. Ádám Ágnes–dr. Szakács Zoltán\**

SE Családorvosi Tanszék, Budapest, \*Központi Honvédkórház Alvásdiagnosztikai és Terápiás Centrum

A legfrissebb irodalmi adatok szerint az obstruktív alvási apnoe szindróma (OSAS) a stroke önálló rizikótényezője. Az OSAS az átlagnépesség 4%-ában fordul elő, és ez a szám az életkor előrehaladtával tovább nő. Az OSAS progresszív jellegéből adódik, hogy idővel súlyos szövődmények alakulnak ki, ezek egyike a stroke. Az OSAS betegek stroke veszélyeztettsége 5–7-szeres a nem OSAS populációhoz viszonyítva, jelenléte rontja a stroke kimenetét. Az OSAS többféle patomechanizmussal vezet stroke kialakulásához. Az alvás alatt jelentkező obstruktív légzészúnet hipoxiához és hipercapniához vezet, amely szimpatikus aktivitásfokozódást és vérnyomásnövekedést, illetve koponyaűri nyomásfokozódást okoz. Az áramlás gyakori és szélsőséges változása az agyi artériák falában degeneratív változásokat hoz létre. Az agyi erek autoregulációja az OSAS hosszas fennállása alatt már nem képes kivédeni a vérnyomás ilyen fokú ingadozását. Csökken a fibrinolitikus aktivitás, és nő a trombocita aktiváció, különösen alvás alatt. A norepinephrin koncentrációja kórosan magas. A felsorolt változások szerepet játszhatnak az ischémiás stroke kialakulásában, amely leggyakrabban a hajnali, illetve a reggeli órákban következik be. Az OSAS-os betegek 40%-a és a súlyos OSAS-ban szenvedőknek 80%-a hipertóniás (HT). A HT betegeknek pedig 40%-a OSAS-ban szenved és a terápia rezisztens formában gyakoribb az OSAS. Az OSAS tehát független rizikótényezője a HT kialakulásának is. Az előzőekből következik, hogy a jövőben a stroke prevenciójában OSAS-ra is gondoljanak. Ebben kiemelkedő szerepe van a háziorvosnak, aki szűrést végezhet, pl. ABPM segítségével. Gyanú esetén továbbküldheti a beteget alvászentrumba, diagnózis felállítására és minél korábbi terápia elkezdésére. Ezek hozzájárulnak az OSAS hatékonyabb kezeléséhez és megakadályozzák a szövődmények kialakulását. Előadásom második részében két, korábban stroke-on átesett, non-dipper HT miatt vizsgált beteg esetét ismertetem, akiknél OSAS-t diagnosztizáltunk.

## A diabetes mellitus miatt alsóvégtag amputált betegek ellátása és gondozása

Róthy-Gruber Péter orvostanhallgató, Dr. Végh Mária–dr. Rozsos István\*

PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, \*Baranya Megyei Kórház, Érsebészeti Osztály, Pécs

**Bevezetés:** A diabetes mellitus lábszövődményeinek megelőzése és kezelése igen fontos feladat, melyben a családorvosoknak is kiemelt szerep jut.

**Célkitűzések:** A diabetes mellitus miatt végtag-amputáción átesett betegek kezelésének és egyéb körülményeinek vizsgálata.

**Módszer:** Kérdőíves adatgyűjtés az 1999. január 1. és 2002. január 31-e között alsóvégtag amputáción átesett betegek kórtörténetének elemzésére. A kérdőív a válaszborítékkal együtt lett postázva. A kérdések között vannak az alábbiak: Mióta ismert a cukorbetegség? Mennyi idő telt el a betegség felismerése és az első végtag-amputáció között? A végtag-amputációk száma és típusa? A diabetes kezelésének fajtája, a diabetes kezelésének körülményei.

**Eredmények:** 82 betegnél történt végtag-amputáció, közülük 10-nél kettő vagy több alkalommal. 21 beteg esetében egy végtagot, 11-nél 2 végtagot érintett a sebészi beavatkozás. A betegek többsége Adebit és/vagy Gilenal gyógyszeres kezelést kapott. Több esetben előfordult azonos hatásmechanizmusú orális antidiabetikum együttes adása. Az operált betegeknek csak 40%-a részesült rehabilitációs osztályon utókezelésben, akik átlagosan 4 hónap múlva kerültek felvételre. A betegek véleménye szerint a rehabilitációban a családorvos és a gyógytornász játszotta a legfontosabb szerepet.

**Összefoglalás:** A jelenlegi gyakorlat szerint igen komoly problémák állnak fenn a diabetes mellitusban szenvedő betegek szövődményeinek megelőzésében, kezelésében, valamint az amputált végtagú betegek rehabilitációjában. A komplex egészségügyi ellátáson belül a fentiek megoldásában a családorvosnak is fontos szerepe van.

### Háziápolás a gyakorlatban

Schiszler Ildikó oh.–dr. Végh Mária

PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

**Cél:** A házi szakápolás bemutatása, mint lehetséges alternatíva a jövő egészségügyi alapellátásában.

**Módszer:** Kérdőíves felmérés.

**Megállapítások:** A házi szakápolás mind az orvostársadalom, mind a páciensek tapasztalata alapján eredményes és hatékony ellátási formának bizonyul. Elrendelése a napi gyakorlatban nem rutinszerű, bár emelkedő tendenciát mutat. Kiváló lehetőséget nyújt az egészségügyben dolgozók munkájának összehangolására, a beteg-

központú ellátásra. Szélesebb körben történő alkalmazása jelentős költségmegtakarítást tenne lehetővé. Ismertsége kisebb mértékű, mint várnánk, a megkérdezett elrendelésére jogosult orvosok 19%-a nincs tisztában a házi szakápolás lehetőségeivel. Ismertsége a lakosság körében is alacsony.

**Konklúzió:** A házi szakápolás ismertségének növelése a médián keresztül rövid határidővel növelhető, így a házi szakápolás által nyújtott lehetőségek érvényre juthatnak a betegellátásban.

### A diabétesz diagnosztikus kritériumai: elemzés, javaslatok

Dr. Simay Attila

DEOEC Családorvosi Tanszék, Debrecen

A szerző a cukoranyagcsere-zavarok diagnosztikus kritériumaival és a diagnózis felállításához szükséges vizsgálatok elemzésével foglalkozik. Az irodalom áttekintése során rámutat a különböző módszerekkel felállított diagnózisok eltérő jelentőségére elsősorban a betegség prognózisa és progressziója szempontjából. Ugyancsak bemutatja azt, hogy az eltérő módszerekkel a vizsgáltak más és más csoportját találjuk betegnek. Az ismertetett problémák enyhítésére javaslatot tesz a cukoranyagcsere-zavarokkal kapcsolatos fogalmak részbeni újragondolása.

### A hazai népegészségügyi program táplálkozási célkitűzéseinek megvalósítása a felnőtt lakosság körében

Dr. Soós Aladár

Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat, Budapest, IX. kerület

A főváros IX. kerületében az elmúlt években táplálkozási vizsgálatokra került sor. A tápláltsági állapot felmérésén kívül a táplálékfogyasztás minőségi összetevőit is tanulmányoztuk. Vizsgáltuk a 10 éves népegészségügyi program táplálkozási célkitűzései megvalósításának lehetőségeit, különös tekintettel a lakosság táplálkozási szokásaira és az elhízás növekvő tendenciájára. A vizsgált népesség 38%-át túlsúlyosnak, 25%-át kifejezetten elhízottnak találtuk.

### A statin kezelés „veszélyei” rhabdomyolysises beteg esetének kapcsán

Dr. Sparas Ákos családorvos jelölt–dr. Rinfel József

PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

**Előzmények:** Kardiiovaszkuláris betegségek megelőzése és kezelése területén igény van a lipidcsökkentők alkal-

mazására. A lipidcsökkentők egyik legfontosabb csoportját jelentik a statinok.

**Probléma:** A statinok kedvező lipidcsökkentő hatása mellett nem lehet megfelekedni – az 1%-os gyakoriságot nem meghaladó – súlyos következménnyel végződő rhabdomyolysis veszélyéről sem. Huzamosabb ideig alkalmazott nagy dózisok kifejezetten emelik mellékhatások megjelenésének valószínűségét. Az ismertetésre kerülő eset során az alkalmazott legkisebb dózis mellett jelentkeztek a rhabdomyolysisre utaló tünetek. Mi áll a háttérben?

**Eset:** K. GY. 51 éves férfi, pár hónappal korábban felismert asthma bronchialeen kívül egyéb komolyabb belgyógyászati betegsége nem ismert. Laborvizsgálat során észlelt magas koleszterin és triglicerid szint miatt 10 mg Sortis adását kezdte háziorvosa. 50 napi statin szedést követően jelentkeztek vádli és vállövet érintő erős izomfájdalmak. Az emelkedett CK, májenzim és enyhén emelkedett kreatinin értékek miatt került a belklinikára. Kiderült, hogy a szérum lipidértékeknek hypothyreosis az oka. Van-e összefüggés a hypothyreosis és a statin okozta rhabdomyolysis között? A szakirodalom számos belgyógyászati betegséget (rizikófaktort) említ, melyek a statin kezelés során előforduló mellékhatások gyakoriságát többszörösiére növelik.

**Következtetés:** Az eset tanulsága, hogy a lipidértékek során első lépés az eltérések okának kiderítése (pl. primer-, szekunder dyslipidaemia), a fennálló rizikófaktorok megítélése, és csak ezt követi a személyre szabott gyógyszeres terápia elrendelése.

## Táplálkozási szokások és egészségi állapot összefüggéseinek vizsgálata falusi lakosság körében

*Dr. Sugár Zoltán családorvos jelölt–dr. Stéger Miklós*  
PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

**Előzmény:** A túlsúly és elhízás 1998 óta az Egészségügyi Világszervezet által önálló, krónikus betegséggé nyilvánított, súlyos egészségi kockázattal bíró probléma. Az epidemiológiai és klinikai kutatások bizonyították, hogy az elhízás a fejlett ipari országokban igen gyakori és gyakorisága még jelenleg is nő. Emellett egyértelművé tették a túlsúly és fő halálökként szereplő kórképek – a szív- és érrendszer megbetegedései, a magas vérnyomás és a felnőttkori cukorbetegség közötti direkt kapcsolatot. Az elhízásnak meghatározó szerepe van a metabolikus szindróma kiváltásában.

**Célok:** Megnézni, hogy

1. az elhízottak táplálkozási szokásai mennyire különböznek a normál testsúlyú kontrollcsoporttól,
2. az elhízás mekkora szerepet játszik az egészségi állapot alakulásában.

**Módszer:** A praxisban 112 beteget kérdeztünk ki kérdőíves módszerrel, közülük 59 volt elhízott (BMI>30,0), 63-an pedig a kontrollcsoportba tartoztak.

**Eredmény:** Az elhízás két vektor rezultánsa. Az egyik

összetevő az öröklött hajlam (itt szerepe lehet az etnikai hovatartozásnak is), a másik a szervezet környezete vagyis a külvilág hatásai. Utóbbi legerősebben a táplálkozási szokások révén gyakorol hatást a testsúly kialakulására és fenntartására. Az elhízottaknál jellemző fehérjék előtérbe helyezése a növényiekkel szemben, a többszörös nátriumbevitel, a mozgásszegény életmód. Az elhízottak körében a hipertónia és a diabetes előfordulása gyakoribb és többet szenvednek mozgásszervi, epeköves ill. depressziós tünetektől. A betegek többségénél jelen van a metabolikus szindróma, előfordulása esetén a hasi típusú elhízás tekinthető a leginkább figyelemfelhívó és karakterisztikus jelenségnek. A szindróma (abdominális elhízás, glükóz intolerancia, dyslipidaemia, hypertonia) alapjának egyre bizonyítottabban az elhízás tekinthető, így ennek kezelésével befolyásolható elsősorban. Célkitűzés a táplálékbevitel energiatartalmának csökkentése és egyidejűleg az energialeadás fokozása, mely csak hosszútávú munkával érhető el. Életmód változása nélkül nem végezhető eredményes testsúlycsökkentés.

**Következtetés:** Az elhízás betegség, és így kezelése orvosi feladat. A többlet testzsír számos betegség kialakulásának szempontjából fokozott kockázatot jelent, a vezető halálok rizikófaktorai közt első helyen áll az elhízás.

## Az alapellátásban végzett gondozási tevékenység bemutatása Csongrád megyei adatok alapján

*Szabó Adrienn oh–Kőhidi Csaba oh–dr. László István–dr. Nagyvári Péter–dr. Hajnal Ferenc*  
Szegedi TE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő

Négy gyakori krónikus betegség: hypertonia, ISZB, diabetes mellitus és az asthma bronchiale gondozási gyakorlatát vizsgáltuk 150 háziorvos körében anonim kérdőíves módszerrel segítségével.

Célul tűztük ki, hogy a gondozási munka hatékonyságát gátló és segítő tényezőket megismerjük.

Kitértünk az egyes gondozandó kórképek műszerezettségű igényeire, a gondozási folyamat során felmerülő konzultációs lehetőségekre, az igényelt speciális konzultációk megoszlására, a gondozandó betegek sorsának további nyomonkövetésére és menedzselésére. Valamennyi kórkép esetében külön-külön elemeztük az egy beteg gondozására fordított idő felhasználását a verbális, műszeres és adminisztratív tevékenység oldaláról.

Eredményeink alapján az alábbi következtetéseket vontuk le:

- A gondozási munkában a vidéki háziorvosok állnak az élen.
- A gondozott betegeket elsősorban a járóbeteg szakellátásba utalják be.
- Fekvőbeteg intézményt főleg ISZB gondozása során vesznek igénybe.
- Hypertonia esetén a legtöbb a gondozással hetente eltöltött idő.

- Az I-es típusú diabetes mellitust kéthetente, az asthmás beteget háromhetente, diabetes mellitus II-es típusát négyhetente látják (el) a legtöbben.
- Átlag 22 percet (legtöbb időt) az ISZB-s beteg, 15 percet a hipertóniás, 14 percet az asthmás, 13 perc a II. típusú diabetes mellitus gondozására fordítanak alkalmanként.
- Felmérésünk tapasztalatait ki kívánjuk terjeszteni az alapellátás szintjén végzendő egyéb gondozási tevékenységre is.

### Tireoiditis a családorvos gyakorlatában

*Dr. Szabó Emőke* családorvos jelölt–*dr. Végh Mária*  
PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

**Cél:** A tireoiditis incidenciájának vizsgálata és a betegség összefoglalása.

**Eredmény:** A gyakorlat során észleltük a tireoiditis egyre gyakoribb előfordulását. 45 év feletti nők több mint 10%-át érinti a krónikus limfociter tireoiditis. Tünetzegénysége miatt nehéz a felismerése. Ez okozza nem műtét okozta hipotireózisoknak gyakorlatilag a 100%-át. A betegek jelentős része több évig elhúzódó, labilis állapotól szenved. Gyakori a hipertireózisra jellemző kezdet, majd a beteget élete végéig elkíséri a hypotireózis.

**Összefoglaltuk** a tireoiditis tüneteit, kivizsgálását, terápiás lehetőségeit, bemutatva 1–2 betegünk kapcsán.

### Európába „Europa”-val: a perindopril morbiditás és mortalitás csökkentő hatása az Europa vizsgálat eredményei alapján

*Dr. Szauder Ipoly*

Csepeli Weiss Manfréd Kórház Kardiológiai Belgyógyászati Osztály, Budapest

Magyarországon a legújabb adatok szerint vezető halál-okként a kardiovaszkuláris betegségek szerepelnek, melyek túlnyomó része koszorúér-betegségből származik. A lényegesen kedvezőbb európai kardiovaszkuláris mortalitási mutatókat elérni, elsődleges fontosságú a gyógyszeres szekunder prevenció alkalmazása.

Az ACE-gátlók ilyen irányú vaszkuloprotektív, antiaterogénikus, antithrombotikus és neurohormonális hatásokon alapuló komplex kardioprotektív hatását a már lezárult perindoprillal folytatott PROGRESS vizsgálat eredményei alátámasztották, és ezt igazolhatja a perindopril alkalmazásával végzett EUROPA vizsgálat is.

Az EUROPA vizsgálatba 24 ország több mint 12000 beteget vontak be. A vizsgálat azt kívánja tisztázni, hogy a standard terápiához adott 8 mg perindopril csökkent-e a kardiovaszkuláris halálozást, a nem fatális myo-

cardialis infarktus és a szívmegállás utáni sikeres újjáélesztés kombinált kockázatát.

Az EUROPA vizsgálat alvizsgálataiban választ kapunk arra, hogy a perindopril milyen módon csökkentheti a mortalitást és a morbiditást koszorúér-betegségben. Ezen alvizsgálatok további információkat szolgáltatnak a perindopril hatásairól a neurohormonális aktivációra, a thrombotikus folyamatokra és az endothel funkcióra.

A családorvosi gyakorlatban eddig főként antihypertenzívumként és szívelégtelenségben alkalmazott, a standard terápiához adott perindopril új lehetőséget ad a koszorúér-betegség szekunder prevenciójában.

### A peritonealis dialízissel kezelt betegek Magyarországon

*Dr. Szöllősy Gyula*

Magyar Nephrológiai Társaság PD Albizottság

A nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan a végállapotú veseelégtelenség miatt vesepótló kezelésre szoruló betegek száma hazánkban is évről évre növekszik. A Magyar Nephrológiai Társaság, ill. annak PD Albizottsága kezdeményezésével és irányításával a hazai nephrologusok együttműködésével sikerült megvalósítanunk egy hároméves szakmai programot, melynek részeként folyamatosan számos szakmai fórumon és továbbképző programokon ismertettük a peritonealis dialízis kezelést. Kidolgoztuk a PD kezelés személyi és tárgyi minimum feltétel rendszerét.

A hazai nephrologusok, illetve a szakma felkészült arra, hogy reális célkitűzés legyen, hogy a hasi dialízissel kezelt betegek aránya elérje az európai átlagot (=18%). 2000-ben 17 helyen, 2002-ben 36 állomáson kezeltek PD-vel betegeket, akiknek száma az elmúlt három évben több, mint háromszorosára nőtt, 2002-ben a növekedés üteme megállt. Jelenleg a vesepótló kezelés alatt álló betegek 10,5% PD-s.

2002-ben PD-vel kezelt 447 beteg (ebből 20 gyermek) adataiból kiemelve az automatával (APD) kezelt betegek száma 6,3% – kevés! Legalább 20–25% elérése a cél –, alapbetegségük, mintegy 25,5%-ban diabetes mellitus, 10,7% krónikus glomerulonephritis, 12,7% krónikus pyelonephritis, 8,6% nephrosclerosis. A PD-vel kezelték 57%-a gondozásból került programba, mely jelentősen jobb, mint a HD-vel kezelt betegekénél. A betegek átlagéletkora 57 év.

A családorvosnak kulcsszerepe van a vesebetegek ellátásában a szűréstől, a diagnózistól kezdve a végstádiumú veseelégtelenség kialakulásáig. A betegek kezelése és gondozása a nephrológus és a háziorvos legszorosabb együttműködését igényli, megvalósulása esetén a veseelégtelenség progressziója lassítható, és a dialízisre jó állapotú pszichésen és szomatikusan stabil betegek kerülhetnek.

## Mentális és addictológiai betegségek kezelése: új kihívás az alapellátásban a XXI. század elején

Dr. Trompos Katalin–dr. Dormán Hajnalka–dr. Stéger Miklós

PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

**Bevezetés:** Az Egészségügyi Világszervezet előrejelzései szerint századunkban a mentális és addictológiai betegségek jelentős növekedése várható. Bár a mentális betegségek nem jelentősek a halálozások tekintetében, de a „minőségi életek” szempontjából népegészségügyi jelentőségük van. A ma is igen nagy számú mentális beteg ellátására a pszichiátriai szakellátás önmagában nem képes, emiatt keresnünk kell azokat a módszereket, melyekkel a családorvos szűrheti, kezelheti a betegeket.

**Módszerek:** Kapcsolati pszichiátria: A betegek szűrése a háziorvosi rendelőben önkitöltős tesztek segítségével történik. Ennek segítségével emeljük ki a mentális és addictológiai betegeket. Ha felmerül a mentális betegség gyanúja, további tesztek alkalmazásával pontosítjuk a diagnózist. A beteget a háziorvos kezeli, a vele rendszeresen találkozó pszichiáter segítségével. Egy pszichiáter 4 családorvossal van konzultációs kapcsolatban. Hazánkban már működik ilyen jellegű modell, alapítványi segítséggel.

Bálint csoportok: Segítik a mentális problémák felismerését, és megoldását az alapellátásban. Javítják az orvos–beteg kapcsolatot.

**Összefoglalás:** Az alapellátásban szükség van a mentális betegségekkel kapcsolatos szemléletváltozásra. A kapcsolati pszichiátria és a Bálint mozgalom elterjedése jelentős javulást hozhat ezen a területen.

## A táplálkozás összefüggése a kardiovaszkuláris rizikófaktorokkal és a kardiovaszkuláris veszélyeztetettséggel

Dr. Újhelyi István–dr. Márton Hajnalka–dr. Jancsó Zoltán–dr. Simay Attila–prof. dr. Ilyés István  
DEOEC Családorvosi Tanszék

**Célkitűzés:** Kardiovaszkuláris rizikófaktorok vagy betegség miatt nem gondozott populációban vizsgáltuk a táplálkozás hatását a kardiovaszkuláris rizikófaktorokra és a becsült kardiovaszkuláris kockázatra.

**Módszer:** A vizsgálatban négy megye 48 háziorvosi praxisának 1320, 18–60 éves páciense vett részt. Célzott anamnézis felvétel, fizikális vizsgálat, vérnyomásmérés, a szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere egyes jellemzőinek meghatározása történt és meghatároztuk a résztvevők 10 éven belüli kardiovaszkuláris kockázatát. Vizsgáltuk a táplálkozási szokások, valamint a kor, a nem, az iskolai végzettség és munkakör kardiovaszkuláris betegségek korai előfordulása, a kardiovaszkuláris rizikófaktorok, továbbá a becsült kockázat összefüggését.

**Eredmények:** A vizsgált egyének alig több mint a fele táplálkozik egészségesen. A korai kardiovaszkuláris megbetegedés előfordulása a családban nem von maga után egészségesebb táplálkozást. A nők, a magasabb iskolai végzettségűek, a szellemi foglalkozásúak egészségesebben táplálkoznak. Nem volt szignifikáns összefüggés az életkor és az egészséges táplálkozás között. Az egészséges táplálkozás kedvezően befolyásolta a BMI-t, a szisztolés vérnyomást, az összkoleszterinszintet és az LDL-koleszterinszintet. Nem találtunk szignifikáns összefüggést a táplálkozás és a HDL-koleszterinszint között. Vizsgálatunk szerint az egészségesen táplálkozó 10 éven belüli kardiovaszkuláris megbetegedésre való kockázata szignifikánsan kisebb, mint az egészségtelenül táplálkozóké.

**Következtetés:** Az életmódnak, és ezen belül a helyes táplálkozásnak döntő szerepe van a kardiovaszkuláris betegségek megelőzésében. Fontos egészségnevelési feladat a korszerű táplálkozás minél szélesebb körben történő elfogadtatása.

## Szorongás, egészségmagatartás és megküzdési stratégiák összefüggéseinek elemzése pécsi középiskolások körében

Varga Bernadett oh.–dr. Dormán Hajnalka  
PTE OEC ÁOK Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

**Előzmények:** A magyar felnőtt korosztály egészségmagatartása nem megfelelő. A krónikus betegségek nagy részét az életmód, a táplálkozás, az életforma, a krónikus stressz, a túlhajszoltság, a szorongás negatív minősítésével hozhatjuk szoros kapcsolatba.

A krónikus betegségek kialakulása szempontjából primer prevenciót akkor végezhetünk, ha a szocio-kulturális, gazdasági, politikai, szociológiai, spirituális szempontok mellett, az egyén személyisége kellőképpen rugalmas és fogékony az egészséges táplálkozási, életvezetési, stressz-kezelési stb., szokások kialakítása szempontjából. A kamaszkor kiemelkedően fontos állomása a személyiségfejlődésnek, a felnőttkori magatartásminták itt alapozódnak meg, az alakuló, „képlékeny” személyiség alkalmas arra, hogy adaptív, konstruktív, kreatív magatartásmintákat tanuljon és építsen be a magatartás-viselkedés repertoárba.

**Célunk:** azon eszközök, lehetőségek és utak kutatása, melyek révén a kamaszok megküzdési stratégiáit facilitálhatjuk. A két éve orvostanhallgatóként végzett kardiovaszkuláris prevenció munkája a kamaszok univerzális tünetére, a szorongásra irányította a figyelmet. Azt vizsgáltuk, hogy a szorongás mértéke mennyire befolyásolja a kamaszok egészségmagatartását, megküzdési stratégiáit, milyen viszony áll fenn a szorongás és a konfliktusmegoldások módozatai között.

**Módszer:** Kérdőíves módszert alkalmaztunk, (Hamilton-szorongásmérő, Egészségmagatartás mérő, Konfliktus-

tusmegoldó, illetve státuszfelmérő kérdőíveket, melyeket 2 gimnáziumban és egy szakközépiskolában közel 100–100 fő 11. osztályos diák töltött ki.

*Eredménye:* szerint a diákok nagy többsége közepes, vagy nagy mértékű szorongást mutatott. Az összefüggések egyénre szabott elemzése, az egészségmagatartással (sport, egészséges életmód, dohányzás, alkoholfogyasztás, táplálkozás, testsúly stb.), illetve a konfliktus-megoldási mintákkal való összevetése biztató lehetőséget kínál arra, hogy elméleti, illetve gyakorlati következtetéseket vonjunk le a kamaszok körében végzendő prevenciós tevékenység folytatásához.

## **Az acut cardialis történések ellátásának minőségértékelése II. A prehospitális szak, az utógondozás és a rehabilitáció**

*Varga Katalin–dr. Nagyvári Péter–dr. László István–prof. dr. Hajnal Ferenc*

Az alapellátás szempontjából fontosnak tartottuk az acut coronaria szindrómával (továbbiakban ACS) kapcsolatban a prevenciós tevékenység, a gondozás és a rehabilitáció minőségének felmérését.

A vizsgálat azokat a pácienseket érintette, akik egy adott fél éves intervallum idején a szegedi belgyógyászati klinikákon feküdtek ACS diagnózissal. Ezen betegek házi-orvosai kérésünkre két adatlapot töltöttek ki. Ezek alapján kimutatást készítettünk az infarktust megelőző évről kiemelve az ISZB-s betegek gondozáson való megjelenését. Célunk volt továbbá megállapítani, hogy adekvát volt-e az ellátás és együttműködő volt-e a beteg. A hazabocsátás utáni negyedik hónapra vonatkozó indikátorokkal az utókezelést és a rehabilitációt vizsgáltuk.

Felmérésünk alapján elmondható, hogy a házi-orvosok a magasabb rizikójú betegeket fokozottabban ellenőrizték. Ugyanakkor nem történt meg a rendelésen megjelenő páciensek rutinszerű vérnyomásmérése, a szérumkoleszterin szint ellenőrzése. A rizikótényezők tekintetében rangsort állítottunk fel. A gyógyszeres terápiáját illetően kiemelnénk a lipidcsökkentő kezelés sajátoságaiban talált eltéréseket.

Adataink alapján az orvosi és a foglalkozási rehabilitáció nem megoldott. Elsősorban ezen a területen lenne szükség a jelenleginél konkrétabb rehabilitációs program kidolgozására, és javítani kellene a szakmák együttműködését.

## **Mi így gondozzuk a hypertoniás betegeinket...**

*Dr. Várkonyi Katalin–dr. Kozma Anna*  
Domaszék Egészségközpont

Jelen előadásban a szerzők beszámolnak a praxisban folyó hypertonia gondozásáról. A praxisba jelenleg 1900 fő tartozik, a betegek mintegy 20%-a, körülbelül 380 fő

ismert, kezelt hypertoniás. Valószínűleg további 20–30 betegnek lehetnek problémái a vérnyomásával, ám ezen esetek még felderítésre várnak.

A praxisban folyó hypertonia gondozás és kezelés célja a nemzetközi előírások szerinti célvérnyomás-értékeknek megfelelő paraméterek beállítása. A betegeket rendszeresen, egyéntől és az állapottól függően havi, illetve kéthavi rendszerességgel ellenőrizzük. **A betegek ellátását a praxisban működő házi-orvosi team végzi.** A szoros gondozás a nővérek aktív közreműködésével, a praxisban kidolgozott nővérprotokoll alapján történik. Az ápolónők sikeresen részt vesznek a betegek rizikófelmérésében, illetve rizikókövetésében. Természetesen munkánk során felhasználjuk a szakorvosi konzíliumok nyújtotta lehetőségeket. A megfelelően előkészített beteg találkozik az orvossal, ezáltal effektívebbé téve a konzíliumot. Az orvos–beteg találkozás befejezéséig az **aktív hypertonia gondozás** szellemében előjegyezzük a páciens a következő vizitre, illetve ha a beteg nem jelenik meg az adott időpontkor, akkor sem esik ki a praxis látóteréből. Betegeink közül közel 50 fő végez rendszeres önvérnyomásmérést otthonában, ezzel segítve munkánkat a betegsége követésében. Rendelkezésünkre áll korszerű ABPM készülék, melynek segítségével eredményesebben szűrhetjük ki és kezelhetjük a hypertoniás eseteket. Természetesen elengedhetetlenül fontos az egyéb és társbetegségek felderítése és kezelése is. Munkánkat a praxissal együttműködésben dolgozó **önkéntes segítő klubok** segítik.

Az előadásban értékeljük, hogy milyen eredménnyel sikerült elernünk a célvérnyomás-értéket és elemezzük a sikeresség, illetve a kudarc lehetséges okait.

## **Gyakorló házi-orvosok ismeretei és szokásai a kábító fájdalomcsillapító kezelésben**

*Dr. Vörös Márta\*–dr. Mari Alberné\*–dr. László István–dr. Nagyvári Péter–dr. Hajnal Ferenc*

\*Hospice Alapítvány, Szeged; SZTE Családorvosi Intézet és Rendelő

A magyarországi magas daganatos morbiditás és mortalitás velejárója, hogy ezen betegek és családok jelentős számban keresik fel a házi-orvosi praxist, a házi-orvos igen gyakran kezeli és gondozza a terminális állapotú daganatos betegeket.

Ezen betegcsoport esetében alapvető fontosságú a megfelelő és hatékony fájdalomcsillapító kezelés szak-szerű alkalmazása és hogy a mindennapi gyakorlatban e betegekkel foglalkozó házi-orvosok megfelelő szemlélettel, alapos ismeretekkel rendelkezzenek a fájdalom csillapítása terén; amelynek alapján helyes gyakorlatot folytathatnak a daganatos betegek ellátásában.

2003 áprilisában a SZTE Családorvosi Intézete által, a házi-orvosok számára szervezett egyhetes kötelező továbbképzés alkalmával került sor az anonim felmérésre.

E témakörben kiosztott kérdőívünket 55 házi-orvos



töltötte ki. Jelen előadás 55 felmérő adatlap eredményeit taglalja.

A felmérésből kiderült, hogy a háziorvosok daganatos fájdalomcsillapítással, illetve major analgetikumok alkalmazásával kapcsolatos ismeretei gyakran hiányosak. A WHO által is előírt, megfelelő eljárási módok alkalmazását korlátozza a szigorú adminisztráció és az ezzel kapcsolatos büntetőjogi felelősségtől való félelem.

Felmérésünk eredményei meggyőztek bennünket arról, hogy e témakört szükséges napirenden tartani a háziorvosi továbbképzéseken, ill. bemutatni és átadni a naprakész és megfelelő ismereteket, segítve így a háziorvosokat szemléletük helyes alakításában.

### **Kardiovaszkuláris kockázatfelmérés**

*Dr. Balogh Sándor*

A magas kardiovaszkuláris halálozás csökkentése érdekében a háziorvosok mindennapi munkájának része kell, hogy legyen az egyén rizikóprofiljának felmérése, az eredmények szerinti kezelése és folyamatos követése.

*Célkitűzés:* Mintegy 23 000 páciens következő 10 évre vonatkozó kardiovaszkuláris kockázati szintjének felbecslése a Framingham pontrendszer alapján. További célok: a dyslipidaemia prevalenciájának feltárása a vizsgált populációban, valamint a prevenció tevékenység mindennapi gyakorlatba történő bevezetése.

*Módszer:* Szakfelügyelő főorvos csoportvezetők bevonásával munkacsoportok alakultak, amelyek tagonként 50–250 páciens vizsgáltak. A rendelésre érkező 40 és 70 év közötti betegek közül véletlenszerűen történt a kiválasztás, lehetőség szerint azonos nemi arányban. Az adatokat (kor, összkoleszterin, HDL-koleszterin, dohányzás, cukorbetegség, szisztolés vérnyomás, BMI) rizikószámításra kifejlesztett szoftver segítségével vették fel a kollégák.

*Eredmények:* A vizsgáltak 13%-ánál magasabb a vérnyomás, mint 140/90 Hgmm, 18,7%-ánál 5,2 mmol/l-nél magasabb a koleszterin, 6,3%-ánál van diabetes, 9% dohányzik és 19,5%-ánál magasabb a BMI 25-nél.

*Összefoglalás:* A rizikófelmérés segítségével mind a háziorvos, mind a beteg egy olyan számszerű adathoz jutott, amely által mérhetővé válik mind a kiindulási állapot, mind a szükséges beavatkozás eredménye.