

EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK, ÚJDONSÁGOK

WONCA News Vol.:30 No 3, 12 (2004)

A Brisbane kezdeményezés: nemzetközi oktatási rendszer kiépítése az alapellátási kutatás fejlesztéséért.

Nyolc vezető, fejlett kutatási rendszert működtető ország (USA, Hollandia, Észak-Írország, Németország, Nagy-Britannia, Skócia, Kanada, Ausztrália) kutatóinak összefoglaló értékelése, útmutatása

WONCA News Vol.: 30, No.3 (2004) 12

2002-ben Brisbane (Ausztrália) volt a házigazdája annak a tanácskozásnak, mely az alapellátási kutatás fejlesztését és az oktatás koordinációját tárgyalta. Miután a cél egyezik a WONCA kezdeményezéseivel, a világszervezet támogatását is élvezték a továbbfolytatást illetően.

Nemzetközi adatok alapján bizonyossá vált, hogy nagy a különbség az országok költségvetésében kutatásra fordított összegek között. Pedig adatokkal bizonyítható, hogy a népesség egészségi állapotát csak megalapozott, alapellátási kutatás eredményeinek okos felhasználásával tudjuk befolyásolni.

Hogy ebben előre léphessünk, erőteljes alapellátási kutatás-fejlesztés program megvalósítására van szükség. Ennek része kell, legyen:

- A legújabb klinikai eredmények alapellátási felhasználása,
- A mindennapi klinikai feladatok kérdéseire alapellátási szintű válasz megalkotása,
- Más szakmai területek eredményeinek hatékony felhasználása az alapellátásban,
- Együttműködési készség más egészségügyi szakemberekkel és az eü. politika irányítóival.

Az alapellátási kutatás-vállalkozás ma még a fejlődés kezdő állapotában leledzik. Erős, jól képzett vezető, kutató gárda még kevés helyen áll rendelkezésre. Bár PhD fokozat megszerzése és oktatók képzése már sok helyt megoldott, kívánatos lenne, hogy már a hallgatók közül a legjobbakat csábítsunk a szakma kutató gárdájába, olyanokat, akiktől várható, hogy nemcsak érdeklődnek a szakma iránt, de megvan bennük a képesség, később vezetőként működni az oktatás-kutatás vonalán. Ehhez nemzetközi együttműködési készség, s természetesen nyelvtudás is igényelt. Ugyanígy fontos a tudományos munka iránt tanúsított pozitív beállítottság, együttműködési készség más szakmák kutatóival, értékelési képesség az ismert eredmények felhasználására, módszerek alkalmazására, a tudományos munka végzéséhez szükséges eredményes stratégia kidolgozására. Mindezek szükségesek is ahhoz,

hogy eredményes módszerek kidolgozása legyen lehetséges a kutatás-fejlesztés modern elvárásainak teljesítésére. Az eddig elért eredmények nemzetközi szinten történő terjesztése, egymás eredményeinek megismerése, lehetővé tesz olyan nemzetközi együttműködést, (nemcsak a szakmán belül, hanem pl. az ipari fejlesztések vonalán is) mely a szakma fejlődésének motorja lehet.

Remélhető, hogy az oktatási módszerek fejlődése (távoktatás, számítógépes adatközlés stb.) a fejlődő országok számára is megteremti a lehetőséget a legmodernebb módszerek bevezetésére, ha sikerül ott is olyan vezető, kutató gárdát nevelni, akik ennek a fejlődésnek a letéteményesei lesznek.

A továbblépés lehetőségeit segítő meg kell teremteni, hogy az oktatásban résztvevő, kiemelt szakemberek, egymás tapasztalatait közvetlenül elsajátíthassák, pl. az oktató intézmények, praxisok meglátogatása, tanulmányozása útján. Tovább lépve ezek a programok alkalmasak lehetnek a PhD. fokozat elnyeréséhez, vagy az újonnan bevezetendő a házi (család) orvoslás „mestere” (Master of Primary Care) cím megszerzéséhez nyújtandó segítséghez.

Szükségesnek látszik ún. vezetőképző tréningek tartása is, mely a fenti címek megszerzése után a folyamatos, tudományos képzés aktivitásának fenntartását szolgálja. Ezenkívül állandóan szükséges az oktatási rendszer „karbantartása”, amit a már képzett szakemberek és a továbblépésre hajlandó, a jövőben kutatást végző háziorvosok között kell megteremteni az utánpótlás biztosítására.

A megtervezett és folyamatosan „művelt” kutatási területek meghatározhatók már most, ilyen lehet, pl. az időskor egészségügyi igényei, a HIV-fertőzés és az alapellátási teendők. Érdemes lenne „gondolat-tartályt” létesíteni, ahová mindenki, akinek ötlete van, az új kutatási lehetőségeket „raktározhatná”, amelyeket mindenki tetszése szerint használhatna, s így ebből is bizonyosan komoly fejlődési lehetőségek születnének.

Természetesen mindezek megteremtéséhez anyagi alapok is szükségesek, ezt – sajnos – a mindenütt meglévő anyagi korlátok alaposan beszűkítik, de remélhető, hogy a terv fontosságát az egészségügy vezetésén kívül a politika is felismeri, mert megvalósítását csak így remélhetjük.

Dr. Hidas István

Prof.dr.med.Bernd Krönig – Der Allgemeinarzt 9/2004 (529)

A vérnyomás betegség kezelése az utóbbi 25 évben alapvetően megváltozott. Amíg a 70-es években a 140-160 Hgmm szisztolés, a 90-95 Hgmm diasztolés vérnyomásértékek „határérték” hipertóniának minősültek, ma már a normális felső határnak 140/90 Hgmm-t, a normális vérnyomásnak a 135/85 Hgmm-t és optimális értéknek a 120/80 Hgmm-t tartjuk. És ezek az értékek, a kortól függetlenül minden egészséges emberre vonatkoznak.

A kezelésre vonatkozóan pedig nemcsak a mért értékek, hanem a következmények, az ún. „rizikóstratifikáció” fontos. Magyarul: milyen következményei lehetnek a kezelés elmulasztásának.

A kezelésben mindig az első lépés legyen a testsúly ellenőrzése és/ill. az elvárható, legjobb közelítése az ideálisnak tartott testsúlynak. A tapasztalatok szerint 10 kg súlycsökkentés 20/10 Hgmm vérnyomás csökkenést okoz. Ezt a fizikai igénybevétel, mozgás és a csökkent kalória bevitel együttes alkalmazásával érhetjük el. Nagyon sokat segíthet a 24 órás monitorozás után, rendszeresen végzett otthoni vérnyomás ellenőrzés. Kezelés során tapasztalt mellékhatások a modern

gyógyszerek (szelektív béta-gátlók, ACE-gátlók, a sartane készítmények (Cozaar, Hyzaar), a tartós hatású Ca-antagonisták, dihidropiridinek) alkalmazásával majdnem teljesen megszüntethetők lettek. Újabban bebizonyosodott, hogy a tiazid-típusú vizelethajtók kis adagja (12,5–25 mg/die) a szövődmények megelőzésében is fontos szerepet játszik. Ugyanez vonatkozik e szer kombinációira az ACE gátlókkal, béta-gátlókkal és sartane- készítményekkel.

Ha kísérő betegsége is van a vérnyomás miatt kezelést igénylő betegünknek, a következőket érdemes figyelembe vennünk: fenyegető szívelégtelenség mindig vizelethajtót igényel, szóbajön ACE-gátló, esetleg sartane készítménnyel kombinálva, koszorúér betegség esetén szelektív béta-gátló, agyi keringészavar, esetleg fenyegető agyvérzés tartós hatású Ca-antagonistát indokol.

A fentieket azért tartja a szerző indokoltnak ismételni, mert Németországban a hatásosan kezelt vérnyomás betegek aránya alig éri el 20–25%-ot, de az amerikai statisztikákban sem talált 35%-ot meghaladó értéket.

Dr. Hidas István

COMPLIANCE HIÁNYA, KEZELÉSI HIBA, „ELNÉZETT” ALAPBETEGSÉG? MI A TEENDŐ A NEHEZEN KEZELHETŐ VÉRNYOMÁSBETEG ESETÉN?

Stephan Fritz – Der Allgemeinarzt 9/2004. 550-554

A bevezetőben taglalt kérdés: mindent (?) megkíséreltünk, s mégsem sikerült 155/100 Hgmm alá vinni a gondozott vérnyomás betegünk vérnyomás értékeit. Mire gondoljunk? Valódi terápia rezisztencia, vese artéria szűkület, hiperaldoszteronizmus, pajzsmirigy túltengés, vagy aorta isthmus stenosis a mért magas értékek oka?

A kérdés felvetését az is indokolja, hogy Németországban – a fokozott felvilágosító kampány ellenére – még ma is ugyanolyan magas a nem, vagy rosszul kezelt vérnyomás betegek aránya, mint a 80-as években. *(Vajon nálunk, mi lehet az arány? Ref.)*

A közölt adatok alapján az USA-ban a kezelt vérnyomás betegek mindössze 27%-ának optimális a kezeléssel elért vérnyomás értéke. Valószínűleg ugyanez érvényes Európában, sőt hazánkban is.

Terápia rezisztenciáról beszélhetünk, ha 10 hetes, kombinált, diuretikumot is magában foglaló kezelési protokoll mellett sem sikerül 140/90 Hgmm alatti értéken állandósítani a vérnyomást. A legpontosabb kezelési protokoll mellett is kb. 10% a kívánt értéket nem elérő betegek száma. Ha a beteg és/vagy orvos hibáját sikerül kiküszöbölni, ez az érték felére csökkenthető.

A „pszueadorezisztencia” (= „fehér köpeny hipertónia”) a rendszeres otthoni ellenőrzéssel jól elkülöníthető, s külön figyelmet érdemel a mandzsetta szélességének

szerepe túlsúlyos vérnyomás betegek esetében. Ugyanilyen jelentőségű egyéb, a vérnyomást befolyásoló tényezők szerepe, (súlytöbblet, dohányzás, mozgásszegény életmód, alkoholfogyasztás, só bevitel stb.) melyet gyakran elfelejtünk figyelembe venni.

A cukorbetegség (hyperinsulinizmus=insulin rezisztencia) okozta Na visszaszívás emelkedése a vese tubulusokban ugyanígy oka lehet a vélt kezelési sikertelenségnek, ez csak a szénhidrát anyagcsere rendezése után befolyásolható. Az alvási apnoe tünetcsoport ugyancsak gyakori kórként tartható számon, ezt is kizárhatjuk részletes anamnézissel, esetleg speciális vizsgálati lehetőség (I. Ádám Ágnes kutatásai) alkalmazásával. Figyelmet kell szentelnünk az egyéb szedett gyógyszerek (ovuláció gátló, NSA, mellékvesekéreg hormon készítmények, antidepresszánsok stb.) okozta hatáscsökkentésnek. De még maguk a vérnyomáscsökkentők is okozhatnak ilyen mellékhatást, hiszen a béta-gátlók vazokonstriktiót, a vízhajtók másodlagosan hiperaldoszteronizmust az értágítók reflex tachykardiát és folyadék visszatartást stb. okozhatnak.

Az eredményes kezelés mindig személyre szabottan, lépcsőről-lépcsőre történő gyógyszer bevezetéssel érhető el, erre is figyelmet kell fordítanunk, ha a kezelést eredményesen akarjuk folytatni.

Dr. Hidas István