

A HÁZIORVOSI SZAKMA GYÖNYÖRŰ HIVATÁS

Prof. Dr. med. Frank. H. Mader
Der Allgemeinarzt 1/2005 (1)

Jóllehet még fülünkbe csengenek az újévi jókívánások, máris egy sor, szakmánkat kellemetlenül érintő rendelkezést kell ismét tudomásul vennünk. *(Úgy tűnik Németországban ugyanaz a helyzet, mint idehaza. Ref.)*

Vajon milyen meglepetések várnak a háziorvosokra Németországban, teszi föl a kérdést az újság főszerkesztője *(és kishazánkban Ref.?)*.

Április 1-től bevezetik a minőségbiztosítási ellenőrzési rendszert. Milyen áprilisi tréfára számíthat még az ember – kérdezi a szerző. A megszorítások következménye ismét a munkaerő elbocsátás, az asszisztensek létszámának csökkentése lesz, ami a mi – háziorvosok – munkánkat fogja nehezíteni.

Mi lesz a biztosítási társaságok következő „Betegség-Menedzsmen” programja, amit nekünk szó nélkül le kell majd nyelnünk. Hogyan fogjuk a kötelezően előírt továbbképzési pontokat megszerezni? S tulajdonképpen mit akarnak ismét a nyakunkba varrni ezzel a legújabb „Minőség-menedzselés” programmal?

A legszörnyűbb pedig most következik, mert kitálaták, hogy a praxis ellátását csak „kettős szakképesítés”

(Belgyógyász-háziorvos) birtokában lehet majd folytatni *(csak nehogy ezt is átvegyük hazánkban Ref)*. S ami a legszörnyűbb, ha abbahagyom kinek tudom eladni praxisomat, lesz egyáltalán még – ilyen feltételek mellett – fiatal orvos, aki vállalkozik ennek a gyönyörű hivatásnak a művelésére?

Van azért olyan pont, amiben folyóiratunk – a Der Allgemeinarzt – segítséget nyújt, s ez a továbbképzés. Hiszen a folyóirat negyedszázada rendszeresen közöl tényeket, háttér információkat, előremutató szakkérdéseket, csak bennünket érintő továbbképző szakkikketeket, esettanulmányokat, melyek a folyamatos továbbképzést szolgálják. A továbbképző jellegű esetbemutatók a mindennapjaink tapasztalatai alapján kerülnek bemutatásra. Ezeket állandó szerzőink, a szakma „nagyjai”, gyógyszergyárok, kutatók biztosítják, vélhetően mindig magas színvonalon.

Ezekkel a gondolatokkal búcsúzik a főszerkesztő, s bízik benne, hogy mindezen buktatók, nehézségek ellenére, sokan fogják ezt a sok örömet, megelégedettséget okozó hivatást választani.

(Újévi jókívánás helyett megpróbáltam a német háziorvosi lap „újévi csalódásait” összefoglalni. Úgy gondolom nálunk is nagyon hasonlóak a problémák, s a valódi megoldás itt is várat magára Ref.)

Dr. Hidas István

C REAKTIVE PROTEINE-GYULLADÁSJELZŐ MARKER A CARDIOVASCULÁRIS BETEGSÉGEKRE

P.M. Ridker – Medscape Cardiology-Interjú

Az internetes folyóirat hosszú interjút közöl arról a már bizonyított tényről, hogy a magas CRP (illetve hsCRP, azaz a high sensitivity CRP) megbízható előrejelzője a bekövetkező kardiovaszkuláris eseménynek. Tehát a mérésének igen nagy szerepe van az elsődleges prevencióban. Ahogy az LDL koleszterin szintjét mérjük, ugyanolyan fontos a CRP mérése is. A magas CRP, mint ismert gyulladást jelző faktor, azt jelzi, hogy a szervezetben a trombózis is egy gyulladással járó folyamat végeredménye. Tehát ahogy a koleszterin szintet változtatni szeretnénk, ugyanúgy szükséges a CRP szint csökkentése is. (A szerző megjegyzi, hogy nem minden magas koleszterin szintű beteg kap kardiovaszkuláris betegséget, de az ismert rizikós betegek mindegyikének magas a CRP szintje!!)

Egy sztatin származékkal történt vizsgálatnál azt tapasztalták, hogy azok voltak a jobb prognózisú esetek, ahol a CRP szint is erősen csökkent. Akut koszorúér eseménynél az agresszív sztatin terápia ott hozott jobb

eredményt, ahol nem csak az LDL koleszterin, de a CRP szint is lecsökkent 2 mg/l alá.

Tehát a pacienseknek nem csak a koleszterin, de a CRP szintjét is folyamatosan monitorozni kell.

A „REVERSAL” vizsgálat eredményei arról szólnak, hogy a CRP szintnek a másodlagos prevencióban is nagy jelentősége van. Itt az bizonyosodott be 18 hónap alatt, hogy azoknak volt jobb a prognózisuk, akiknek mind az LDL, mind a CRP szintjük leesett.

Előre nem prognosztizálható, hogy melyik sztatin éri el mindkét hatást. Az első lépés mindig az adott sztatin dózisának a felemelése, és ha ez nem csökkenti mindkét rizikófaktort, akkor sztatint kell cserélni.

Természetesen a gyógyszerek mellett soha nem szabad elfeledkezni a diétáról, életmódról, mozgásról és a nikotin abbahagyásáról.

A szerző jelenleg új vizsgálatokba kezdett, amely az ARB vérnyomáscsökkentők CRP szintre gyakorolt hatásával foglalkozik. Vajon ez a gyógyszer is csökkenteni tudja-e a CRP szintet?

Tehát le kell szögezni, hogy a magas CRP szint egy igen fontos rizikófaktor, amellyel ugyanúgy kell foglalkozni, mint az eddig ismertekkel.

A metabolikus szindrómában is hasonló szerepe van!

Dr. Faragó Erika

ANTIBIOTIKUM KEZELÉS GYERMEKKORI FERTŐZŐ BETEGSÉGEKBEN

**Andreas Rauschenbach – Der Allgemeinarzt
2/2005 (36-41)**

Olyan „vékonyan”, amennyire lehet, de olyan „szélesen” amennyire szükséges, szól az antibiotikus kezelés mottója, mely különösen gyermekkorban fontos szempont írja a szerző bevezetőben. Ha komolyan vesszük e „megszorítást”, bizonyosan eredményes és kevés mellékhatást provokáló lesz kezelésünk.

Miután a gyermekkorban gyakoribb a súlyosabb felső légutak és fül fertőzéses megbetegedése, elsősorban ezekkel a kórképekkel foglalkozik a szerző. A légutak aktuális állapota már minimális hurut esetén is oda vezethet, hogy a légúti ellenállás olyan fokú, ami fenyegető tüneteket okoz kisgyermekkorban, mivel a légutak beszűkülése sokkal inkább akadályozza a légzést, mint felnőtteknél. A másik fontos tényező, hogy a gyerekek sokkal többet tartózkodnak olyan csoportban, ahol fertőző ágenst hordozó és fogékony személyek nagyobb számban fordulnak elő, mint a felnőtt társadalomban.

A középfülgyulladás az anatómiai viszonyok miatt is könnyebben fordul elő gyermekeknél, mint felnőtt korban. A kórokozó leggyakrabban Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae és Moraxella catarrhalis. Az antibiotikus kezeléssel ellentétes vélemények láttak napvilágot, mert a spontán gyógyulást 60-80%-osra becsülik. A szakirodalom éppen ezért megkísérelt egy sémát adni, mely szerint 2 éves kor alatt, egyértelműen kialakult otitis képe, más betegség miatt is kezelt gyermek, egyúttal fennálló influenza gyanúja és 24-48 óráan belül nem javuló tünetek esetén

indokolt az antibiotikus kezelés elkezdése. A leginkább hatékonyak bizonyult az amoxicillin, ha erre nincs javulás 48-72 órán belül, cephalosporin, vagy amoxicillin mellé béta laktamaze gátló, esetleg makrolid antibiotikum választandó.

Cotrimoxasol és tetraciklin származékok gyermekkorban lehetőleg ne kerüljenek alkalmazásra.

A sinusitisek előfordulása 7-12 éves kortól várható, mert addigra a légutak üregek kialakulnak, de ezek spontán gyógyulása – pusztán tüneti kezelés mellett – 80%-ban várható. Ha mégis súlyosabb esettel találkozunk, különösen 2-5 éves korban, antibiotikus kezelés elkezdése javasolt. Ugyanígy kísérő betegségek, vagy immunszupprimált beteg esetén, vagy ha egyéb veszélyeztető alaptergység is kezelésre szorul.

A mandulagyulladás, ha típusos, vagy bizonyítottan bakteriális fertőzés következménye, akkor a követendő kezelési mód még ma is a penicillin, 100.000 NE Tskg-onként, naponta háromszor, maximum 2/3 millió NE, legalább 10 napon keresztül. Hasonló eredmény várható az amoxicillin/klavulánsav, cefuroxim, vagy erythromycin kezeléstől egy hét alatt.

A tüdőgyulladás kezelését korfüggő módon javasolják, csecsemőkorban amoxicillin/klavulánsav, vagy cefuroxim, kisgyermekkorban 5 éves korig ugyanezt, de iskolás kortól claritromycin, vagy erythromycin kezelést javasolnak, minden esetben az első láztalan napot követően még 3-5 napig.

(Tudom, a mindennapi gyakorlat során majd mindenki ismeri a javasolt terápiás protokolt, de „repetitio est mater studiorum” ezért nem tartom fölöslegesnek ennek az összefoglalónak az ismertetését)

Dr. Hidas István

A MOZGÁST, SPORTOT KEDVELŐKNEK (IS) TANÁCSOT KELL ADNUNK

Manfred T.Heller – Der Allgemeinarzt 2/2005 (3)

„Csak semmi sport” mondta Churchill, aki szivarozott, délutánonként jó minőségű, „koros” whisky-t fogyasztott, jókat evett és éppen csak annyit mozgott, amennyi elkerülhetetlen volt. Ezzel az életmóddal kielégítő egészségi állapotban élte meg 90. születésnapját, s állandóan hangsúlyozta orvosainak, hogy sporttevékenység helyett szabadidejét sokkal hasznosabb dolgokra fordította. Utalt irodalmi és festői hobby-jaira.

Ha a kérdésre „Ön is Churchill meggyőződésével ért egyet?” igen a válasz, figyelembe veendő, vajon genetikai háttere hasonlít-e az angol miniszterelnökéhez.

Ismert, hogy a tenisz, a golf, vagy egyéb fitness klubok tagjai között sok az orvos, de az is bizonyos, hogy a Churchill-gyakorlat hívei is sokan vannak szakmánk művelői között.

Ez a megállapítás nem tekintendő mozgás, vagy sport reklámnak, de mindenképpen kívánatos, hogy ismerjük betegeink szabadidő tevékenység szokásait, már csak azért is, mert esetleg ezzel összefüggő panaszok, sérülések eredetét ne fedje homály.

Fontos, hogy ezekről a kérdésekről (is) tudatosan beszéljünk betegeinkkel történő találkozásaink alkalmával. A sérülések, ezek megelőzésének lehetőségeiről, a bemelegítés, a fokozatosság fontosságáról külön kiemelten szóljunk. Beszélünk kell a sporttevékenység választásáról is. Mi az, ami betegünk alkatának, korának, nemének, foglalkozásának leginkább megfelel. Talán ha erre, ilyen tanácsadás folytatására minden gyakorló orvos tudatosan készül, nemcsak közelebb kerül betegéhez, annak környezetéhez, családjához, de a tudatosan mozgó, sportoló praxis tagjainak egészségét is jobban szolgálja. És akkor Churchill-vel szemben végül nyugodtan kijelenthetjük a kérdésre. Sportolni? Azt igen, de ésszerűen.

Dr. Hidas István

Németországban az Alzheimer típusú demencia miatt kezelésre szoruló betegek száma eléri az 1 milliót. S a szám folyamatosan növekszik. Hogy a kezelés időben kezdődjék, a háziorvos kórisme megállapító készségét javítani kell. A vaszkuláris demencia talán még ennél is gyakoribb betegség, s ezek a betegek elsősorban bennünket háziorvosokat keresnek fel panaszokkal.

A legfontosabb tudni: 65 éves kor fölött minden ötödik embert fenyeget a lassan (de biztosan) kialakuló és romló demencia. Ezt szakorvosi (pszichiáter) szinten ellátni lehetetlen feladat. Ha pedig ún. gerontopszichiatriai ellátás lehetőségét tervezzük megvalósítani, akkor bizonyosan „belefulladunk” a probléma megoldás „kísérleti tengerébe”.

A valódi Alzheimer kórt a lassú kezdet és folyamatos progresszió jellemzi. A vaszkuláris demenciát a hirtelen kezdet és a lépcsőzetesen rosszabbodó állapot jellemzi. Vannak „egészen jó” szakaszok, amikor a tünetek, a panaszok alig észrevehetőek, de rövid időn belül hirtelen rosszabbodás is észlelhető.

Az Alzheimer kórra a fokozatosan romló gondolkodás zavar a legjellemzőbb, elsősorban a térben és időben történő orientáltság romlik észrevehetően. Természetesen a betegtől hiába kérdezzük „romlott a gondolkodása, emlékezőképessége?”, mert ezt a ténytet elsősorban a hozzátartozók veszik észre és mondják el a kezelőorvosnak. Jellemző erre a betegségre a túlterheltség érzés, a csalódottság, a kezdeményezőképeség csökkenése. Ezek célzott, tudatos, a gondolkodás

zavarát igazoló kérdésekkel korán kideríthetők, ezért erre bizonyos teszt-kérdések alkalmazásával eredményes választ kaphatunk.

Ha a kórismét bizonyosnak tekintjük, a célzott, legeredményesebbnek tartott kezelést mielőbb el kell kezdenünk. Ugyanis a „terápiás ablak” nagyon szűk, ezért a mielőbb elkezdett kezelés lehet csak eredményes a tekintetben, hogy legalább a progressziót lassítsuk.

A patofiziológia megismerésének eredményeképpen tudjuk, hogy eredményes kezelés az acetilkolinészteráza bénítóktól várható, amivel a fennálló kolinerg deficitet tudjuk befolyásolni. A galantamin (Reminyl a gyógyszerkészítmény neve) nemcsak az enzimgátlás következtében megnövekedett acetilkolin koncentráció, hanem a receptorok acetilkolin érzékenységének emelésével is javítja a működést.

Mivel a mellékhatás profil is figyelmet érdemel (hányinger, rossz közérzet sokszor előfordul), a kezelést, óvatosan emelve az adagokat, fokozatosan kell bevezetni.

Hangsúlyozza a szerző, hogy nem korral összefüggő, romló agyműködésről van szó ez esetben, hanem, betegségről, ezért a korai kórisme és kezelés minden esetben fontos, mivel eredményes progresszió lassítás csak ebben esetben remélhető.

(A tapasztalatokat a Bad-Orb fürdőhelyen rendezett éves, háziorvosi, továbbképző rendezvény „Gerontopszichiatriai szemináriumán elhangzott előadások, bemutatók összefoglalásával szűrte le a szerző.)

Dr. Hidas István

VÉRYOMÁS ELLENŐRZÉS ÉS AZ AGYI ÉRKATASZTRÓFA VESZÉLYE. EGY PROSPEKTÍV NAGY CSOPORTRA ALAPOZOTT TANULMÁNY

Cairu Li és mtsai – Stroke 2005. 1161/01
E-mail: cairu.li@smi.mas.lu.se

A vérnyomás megfelelő ellenőrzése az agyi érkatasztrófák megelőzésének sarokköve. A közlemény a vérnyomás ellenőrzés minősége alapján kísérli meg az agyi érkatasztrófák valószínűségét megjósolni. A vizsgálat nemcsak a kezelés minőségét, hanem a beteg életkörülményeit is figyelembe vette az eredmények értékelésében.

Összesen 27 936 Malmö-ben élő 45 és 73 év közötti korú beteg (10 953 férfi és 16 983 nő) követése történt 6 éven keresztül. A kezelés indikációját a 140/90 Hgmm-vérnyomás értékhatár jelentette.

A szűrés 16 648 egyénnél igazolt kezelést igénylő vérnyomás emelkedést és közülük mindössze 23%-ukat kezelték. A kezelt hipertóniások 88%-a az ellenőrzés során „alul kezeltnek” bizonyult, mert ismételt ellenőrzött vérnyomás értékük 140/90 Hgmm-nél magasabb volt.

49,5%-uk vérnyomása még a 160/100 Hgmm-t is meghaladta. A követés során 137 agyi katasztrófa („stroke”) fordult elő a kezelt hipertóniások között. Az agyi katasztrófa nyers incidenciája 289/100 000 volt a kezelt-ellenőrzött vérnyomás betegek között, és 705/100 000 a kezelt, de a 140/90 Hgmm-es fölötti értékkel induló betegek között.

Következtetésképpen azt vonták le, hogy az összes agyi katasztrófa kb. 45%-a a rosszul kezelt („nem megfelelően kontrollált”) betegek esetében várható. Az agyi katasztrófák veszélye jelentősen nőtt a kor előre haladtával, a dohányzás mértékével, a diasztolés érték nagyságával és a cukorbetegség fennállásával.

Érdekes megfigyelés volt, hogy a nem kezelt, összesen 12 819 vérnyomás beteg között a megfigyelés idején az agyi katasztrófa előfordulási gyakorisága 363/100 000 volt.

Összefoglalva megállapították, hogy a „rosszul kezelt” (uncontrolled) vérnyomás betegek adják az összes agyér katasztrófa (stroke) esetek 90%-át. Ebből következőn a megfelelő kezelés, ellenőrzés az agyér katasztrófák jelentős többségét megelőzheti.

Dr. Hidas István