

## A KÖZÖNSÉGES, VIRUS OKOZTA NÁTHA IS SOKSZÍNŰ LEHET



Ludger Klimek – Der Allgemeinarzt 19/2004 (1 198-2002)

Mint minden más tünet-elnevezésű kórkép, a rhinitis, a pharyngitis, a sinusitis, melyet vírusok okoznak, influenza fertőzésként kerül említésre a mindennapi életben. Jóllehet ezeket a kórképeket általában nem influenza vírus okozza. A klasszikus rhinovírusok mellett corona-, adeno-, paramyxovírusok a leggyakoribb kórokozók, bár – ritkán – a klasszikus influenza vírusok is okozhatnak ilyen tünetekkel járó felső légúti hurutot.

Bár a különböző vírusok a biológiai viselkedésük, és a patogenezist illetően nagyon különbözhetnek egymástól, a cikkben röviden összefoglalásra kerül egy áttekintés, mely a legfontosabb kórokozók jellemzőit foglalja össze.

A RHINOVÍRUSOK a picornavírusok törzsébe tartoznak. Fertőzésük típusos „nyári grippe” tüneteivel jár. Ezek csak magasabb rendű emlősöket fertőznek és a felső légúti tünetek mellett gyakran okoznak gyomorbél hurutot. Leggyakoribb fertőző forrás a gyermeknépesség, jellemző a családi fertőzés halmozódása. Érdekes jelenség, hogy a picorna vírusok okozta megbetegedések nyáron, míg a rhinovírus okozta megbetegedések többségében az őszi-téli időszakban fordulnak elő. A lefolyás típusos, hűlésre jellemző.

A CORONAVÍRUSOK az állatok között elterjedt fertőzés kórokozói, species-specifikusak. Az emberen előforduló fertőzések túlnyomórészt felnőtteken okoznak megbetegedést, leggyakrabban bélhurut formájában. Van légzőszervi megbetegedést okozó törzsük, a legrövidebb lappangási és lefolyási idővel jellemezhetők. Általában a nyálkahártya felületes rétegei betegszenek meg, mélyebb réteg megbetegedése ritka. Jellemző rájuk a sokféleség, ezért ellenanyag termelés alig figyelhető meg. Az újrafertőződés és megbetegedés gyakori,

mert az ellenanyag titer, ha meg is emelkedik, gyorsan csökken (megszűnik), ami az újra fertőződés lehetőségét teremti meg. Kezelés csak a tünetek csökkentésére szorul, megelőzése Interferonnal eredményes lehet.

A PARAMYXOVÍRUSOK, RNS-vírusok, gyermekkorban okoznak súlyos légzőszervi betegségeket (laryngitis subglottica, bronchiolitis, pneumonia) a „szokványos” gyermekbetegségeken kívül (kanyaró, mumpsz).

A PARAINFLUENZA-VÍRUSOK a szokásos felső légúti tünetek mellett gyakran okoznak melléküreg gyulladásokat, felnőttek esetében a típusos „meghűlés”-nek nevezett tünetegyüttes figyelhető meg ilyen fertőzés esetén. Ha immunszupprimált beteg kap ilyen fertőzést, Ribavirin alkalmazása jön szóba, egyébként tüneti kezelést igényel csupán.

Az RS-VÍRUSOK szintén inkább gyermekeket betegít meg és súlyos légúti tünet-együttes kialakulásához vezetnek (köhögés, fulladás). Felnőttek megbetegedése általában enyhe tünetekkel jár, csak tüneti kezelést igényel. Súlyos esetben, gyermekkorban a Ribavirin aeroszol gyors javulást okoz, veszély esetén mindig megkísérelendő.

Egyéb vírusok okozta fertőzés is gyakori (influenza-C, adenovírusok különböző típusai), különösen gyermekkorban, ezek nemcsak banális felső légúti hurutot, hanem gyakran súlyosabb melléküreg gyulladást is okoznak. A betegségcsoport a nagyszámú megbetegedés és a gyakran jelentkező szövődmények, valamint ezek anyagi vonatkozásai miatt fontos. Emiatt is történnek lépések az immunprofilaxis lehetőségének kimunkálására, és legalább a leggyakoribb, a legveszélyesebb típusok elleni védekezés megvalósítása irányába.

Dr. Hidas István

### INFLUENZA VILÁGJÁRVÁNY FENYEGET A 2004–2005 FORDULÓJÁN ?

Vera Seifert – Der Allgemeinarzt 19/2004 (1214)

Az eddigi megfigyelések szerint 100 évenként 2–3 világjárvány „rohan” végig földünkön. Az előző évi „könnyűnek” nevezhető grippe-szezon után ez évben sokkal „forróbb” helyzetre számíthatunk közlik a betegséggel foglalkozó szakemberek.

Németországban az első influenzás megbetegedést Münchenben észlelték s sikerült is egy Spanyolországból „importált” vírus törzset kimutatni a Fujian-törzset.

Az eddigi előrejelzések aggodalomra adnak okot, a WHO vírus-kutató laboratórium kutatásai arra mutatnak, hogy 1968 óta soha nem álltunk ennyire közel egy világjárvány kitöréséhez. Ez a veszély akkor jelentkezik leggyakrabban, ha az első kimutatott fertőző törzs egy agresszív fajta, mint ez a Münchenben kimutatott törzs esetében ismertté vált. Ilyennel számolhatunk akkor is, ha

a madárinfluenza törzs egy „emberi törzzsel” találkozik, s együtt okoznak járványt, mivel ezúton egy új „szubtípus” vírustörzs jön létre, mely ellen védtelenek vagyunk.

Az első világháborút követően lefolyt „spanyol-nátha” 18 millió életet követelt, 1968-ban – modernebb fegyverekkel küzdve – már 800 000 áldozattal „beérte” az ázsiai influenza-járvány. Hogy a spanyol járvány miért követelt ennyi áldozatot, nem lehet tudni. Mindenesetre az azóta szerzett tapasztalatok bizonyítók az irányban, hogy mielőbb el kell kezdeni a kezelést, legalább a tünetek enyhítése irányában. Ha virocid terápiára is van lehetőségünk, mindig egy neuraminidase-enzim gátlót használjunk első szerként, ilyen a Tamiflu.

Dr. Hidas István

## MÉLTÓSÁGGAL ELMÚLNI. A HÁZIORVOS, MINT UTOLSÓ KÍSÉRET.

P. Landendörfer – Der Allgemeinarzt 19/2004. (1171)

A háziorvos egyik legértékesebb szolgálata betegeinek utolsó útját könnyebbé tenni jelenlétével, segítségével. Amennyiben a társadalom két extrém végletét, a „multimédiás” fiatalság és a fenyegető elöregedés veszélyét nem tudja megfelelően megoldani, megnehezedik a az élet elmúlásának megfelelő kezelése is.

Amennyire természetesen kezelték elődeink az elmúlás és a halál tényét, mint az élet természetes folyamatának végét, annyira tabu ma ez a téma.

A meghalás és a halál ténye ma minden vonatkozásában kellemetlen és kerülendő téma. A bizonytalanság ténye, mikor, hogyan távozom az élők sorából, tulajdonképpen magyarázza ezt az „ösfélelmet”. Ennek köszönhető, hogy társadalmunk névtelenítette és intézményesítette ezt a tényt. Ezért érdekes törekvés, hogy a halál tényét fosszuk meg a tabu tulajdonságától és kíséreljük meg a halál méltóságát visszaadni, hogy elfogalhabssa ismét az őt megillető helyét a társadalom életében.

Hogyan is állunk mi, háziorvosok, mint a modern társadalom részei, ezzel a témával? Egyáltalán van még valami szerepünk az utolsó útra felkészítésben? Amint

a szerző egy ízben látogatást tett a bonni Máltai Szeretetszolgálat által működtetett idősek otthonában, meggyőződött arról, hogy pontosan a háziorvos a legmegfelelőbb személy, aki az utolsó kísérő személy szerepére alkalmas. Ez a szerep feltételezi hogy a háziorvos tökéletesen ura a szakmájának. Ebben a „palliatív medicina” olyan szerepet játszik, ami az „emberi elmúlás” segítő kíséretét biztosítja az utolsó lélegzetig. Ehhez az is szükséges, hogy ismerjük az elmúlás minden lépését, annak pszichés problémáit, és kíséreljük meg az utolsó pillanatig, a körülményekhez képest kielégítő életminőséget biztosítani a haldoklónak, ami a hozzátartozók számára is megnyugtató tény lesz.

Számunkra, háziorvosok számára, mindenesetre tény kérdés, hogy a palliatív medicina előbb-utóbb háziorvosi tevékenység körébe kerül(het). Ehhez már ma lépéseket kell tennünk, hogy akkorra már olyan csapattal tudjunk készen állni, amelynek tagjai nemcsak technikai, de lelki és pszichés felkészültségük birtokában alkalmasak lesznek ezeknek a megnövekedett igényeknek megfelelően

**Dr. Hidas István**

## MÉDIA-HECC KAMPÁNY A VIOXX-ELŐÁLLÍTÓ GYÁR ELLEN? Interjú O. Zierenberg professzorral, az MSD orvos-igazgatójával

Der Allgemeinarzt – 18/2004 – (1158)

„Fájdalomcsillapítóval kapcsolatos botrány” címmel közölt a Bild című német lap ez év októberében egy hírt, mi szerint az országban százával halnak meg betegek a Rofecoxib (VIOXX) nevű gyulladá- és fájdalomcsökkentő gyógyszertől. A híradás a betegek nagy részét bizonytalanná tette, mert pontosan nem is tudták valóban miről is van szó.

A tények: 2600 betegnél vizsgálták a szer gyulladáscsökkentő hatását vastagbél polip kezelése során, s a két csoport (VIOXX-ot és placebót szedő betegek) között 19 hónap múlva jelentkezett jelentős különbség szív-érrendszeri betegség következtében előforduló megbetegedés tekintetében. A kezelték között 45 szívinfarktus és/ill. agytrombózis fordult elő szemben a placebó-csoport 25 esetével. Hogy ez mennyire függ össze a gyógyszer szedésével, nehéz eldönteni, hiszen a VIOXX-ot a panaszok fennállásáig, általában 1–2 hónapig szedik, szemben a vizsgálat sokkal hosszabb periódusával.

A gyógyszer-szedéssel összefüggő halálozási arányemelkedés, mind ez ideig nem volt bizonyítható egyetlen tanulmány, vizsgálat során sem. Az idézett megfigyelés óta VIOXX és naproxen szedő 4000 betegnél

vizsgálták ezeket a jellemzőket s a két csoport szív-érrendszeri megbetegedés aránya, 9 hónapos megfigyelési periódus alatt 0,5 ill. 0,4% volt, ami nem szignifikáns különbség. A szív-érrendszeri halálozási ráta e vizsgálatban mindkét csoportban 0,2% volt a megfigyelési időszakban. Az észlelt mellékhatás leírása óta elvégzett elemzések sem bizonyítottak a VIOXX csoportra nézve negatívan értékelhető eredményeket. Kétségtelen placebo kontrollált összehasonlítást nem végeztek, mivel etikátlannak tartották volna a fájdalomuk miatt kezelést igénylő betegeknek hatástalan placebót adagolni, pusztán az összehasonlítás végett.

Véleményük: a coxib-csoport ma is, minden gyomorbél fekély, vagy vérzés előzménnyel rendelkező rászorulóknak nyugodtan adható gyulladá- és fájdalom esetén. Az eddigi vélemények figyelembe vételével azonban a gyógyszert kísérő javaslatban szerepelni fog: trombotikus előzmény, vagy ismert hajlam esetén fokozott óvatosság ajánlott.

**Dr. Hidas István**

**M. Kochen – Der Allgemeinarzt 20/2004 (1235)**

Nehezen határozhatjuk meg, hogy a háziorvos tevékenységét kollégáink, akik más szakmában dolgoznak, elismerően elfogadják, vagy lenézően kezelik. Különösen nehezen értékelik – általában – az egyetemi képzésben elfoglalt helyünket. Szükség van-e egyáltalán erre, vagy „csak” kiharcolta néhány lelkes háziorvos a lehetőségét.

A DEGAM, a német háziorvosok egyesülete, egy állásfoglalást jelentetett meg, melyben a kórisme megállapítás és a kezelés általános orvosi irányvonalaira tesz javaslatot. Ennek a minőségbiztosítás és az egyenlő ellátás lehetőségének megteremtése volt a célja. Eddig négy fontos irányvonal készült el, s több van készülében, lelkes, jól felkészült szakemberek munkájának köszönhetően.

Felmerülhet a kérdés, mi a haszna ebből a gyakorló háziorvosnak? A választ a német háziorvosi szervezet novemberben megjelent állásfoglalása alapján a szerző

a következőképpen vázolja: az első irányvonal leírás a derékfájás kezelés-gondozás irányelveit írja le. Legfontosabb szempontként ebben a szerző azt tartja, hogy az irányvonalak pontos megtartása esetén minden orvos-beteg találkozás 25 Eurot jelent a kezelő háziorvos számára, minden bürokratikus teendő nélkül. Ezt minden biztosító elfogadta, s az ellenőrzés csak arra szorítkozik, hogy a minőségbiztosítás szempontjai minden ellátás esetén ugyanolyan színvonalon kerüljenek megvalósításra.

A DEGAM foglalkozáspolitikai és tudományos szakmai munkája e vonatkozásban szinergizmust biztosít, mely megkönnyíti a feltételek teljesülését.

(Német nyelvtudás birtokában minden további részlekedésről a [www.degam.de](http://www.degam.de) honlapon tájékozódhat bárki)

**Dr. Hidas István**

**HELICOBACTER-TEST OTTHONI KIVITELEZÉSSEN. VAN ÉRTELME?**

**H.Worlicke és mtsai (gasztoenterológusok, Regensburgban) – Der Allg.arzt 20/2004 (1246)**

Manapság a gyártó cég reklámja így szól: „Minek rohan azonnal orvoshoz, ha gyomorpanasza van? A Vitest Hbp gyorsteszttel eldöntheti bizonyosan, igényel-e kezelést panasza. Ha a teszt negatív, nem kell orvoshoz fordulnia”, így hangzik az újságokban közölt hirdetés.

A szakorvos véleménye: ennek az önvizsgálatnak több a veszélye, mint a haszna. A jellemző tünetek (görcsös fájdalom, emésztési zavar, puffadás, savas felbőgés) oka egy sor, kezelést igénylő betegség tünete lehet. Ennek megállapítása szakorvosi feladat. A pozitív teszt eredmény sem minden esetben indokolja az eradikációs kezelés elkezdését. Igazolt, hogy a bizonyosan fertőzött egyének esetében is csak kb. 25%-ban eredményes a kúra, hiszen a teszt az antitest vizsgálatán alapszik. Ez pedig nemcsak a meglévő fertőzésnek, hanem az elszendvedtnek is jelzője lehet.

A reklám azért is félrevezető, mert a gyomorégés nem függ össze a Helicobacter fertőzéssel, sőt idült fertőzés esetében éppen a savhiány jellemző. A negatív eredmény pedig egyéb kórismézhető és kezelést igénylő betegségről (fekély, hasnyálmirigy betegségek, epeköbetegség, sőt gyomorrák) terelheti el a figyelmet.

A szerzők véleménye szerint mind a negatív, mind a pozitív eredmény után szakorvoshoz kell irányítani beteget (persze, ha tudomást szerzünk az önvizsgálat eredményéről), a pontos kórisme megállapítás és kezelés céljából.

Magyarul a teszt nem jelent költségkímélő eljárást – mint azt a hirdetés sugallja – de még a kórisme megállapítás sem válik egyszerűbbé alkalmazásával.

**Dr. Hidas István**