



FÓKUSZBAN A GERIÁTRIA

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol

A téma szakértője
dr. Boga Bálint főorvos,
a Magyar Gerontológiai
és Geriátriai Társaság
elnöke



– Az időskor vezető problémái közé tartozik az egyensúlyzavar, a stabilitás gyöngülése és a következményes elesések. Megelőzhető-e ennek a kialakulása? Mely gyógyszerek idézhetik elő vagy ronthatják, illetve méréselkelhetik a fenti tüneteket? Ha betegemnek állandósult a – például vertebrobasilaris insufficiencia miatt – szédülése, a vérnyomáscsökkenítő kezelés beállításánál mennyire szigorúan kell a szakmai ajánlásokat figyelembe venni?

– A 65 év körüli személyek 30%-a panaszkodik, ha átmenetileg is, szédülésről. Elkülönítendő a szisztémás, forgó jellegű szédülés az állás- és járásbizonytalanságtól. Az utóbbi a gyakoribb, elsősorban általános keringési zavar válthatja ki (tenzióesés, exsiccosis, ritmuszavar, vitium stb.), de diffúz cerebralis arteriosclerosis is állhat a háttérben. Esetenként oka lehet anyagcserezavar (például hypoglykaemia), gyógyszerhatás (digitalis intoxicatio vagy idegrendszerre ható gyógyszerek, mint a neuroleptikumok, antidepresszánsok, antiparkinson szerek) is. Ilyenkor a kiváltó okokat kell felderíteni és kiküszöbölni, különösen fontos az ortosztatikus hypotoniát okozó antihipertenzív szerek szánálása.

A szisztémás szédülés háttérben vestibularis folyamat (időseknél ez sem ritka) vagy vertebrobasilaris insufficiencia húzódnak meg, de cervicalis spondylosis esetén is gondolni kell rá. Ilyenkor agyi keringést javító

gyógyszereket adunk (piracetam: Nootropil, vinpocetin: Cavinton, nicerolin: Sermion, pentoxifillin: Trental), bevezetesként infúziós formában. Okként előfordulhat még látászavar, sőt pszichés hatás is. A kezelést olykor tüneti szerrel is ki kell egészíteni (betahistin: Betaserc). A megelőzéshez tartozik a járás biztonságát fokozó, az elesés valószínűségét csökkentő milióátalakítás.

– Milyen módon kezelhetők a legeredményesebben az időskori bélmotilitási, székürítési panaszok?

– Az időskorúak mintegy 30-40%-a szenved krónikus székrekedéstől. Kialakulását elősegítheti a csökkent rostfelvétel, dehidráció, immobilitás, multimedikáció, dysbacteriosis, hypokalaemia, de együtt járhat idegrendszeri (például parkinsonizmus) vagy pszichiátriai betegségekkel (depresszió, dementia) is. A megoldás első lépése: rostban gazdag ételek, illetve kifejezetten rostpótló táplálékkiegészítők – mint a müzli – és megfelelő folyadékmenyiség fogyasztása, rendszeres mozgás, a háttérbetegségek kezelése, a gyógyszerelés időszakonkénti felülvizsgálata. A hashajtó gyógyszerek közül csak esetleg használhatók a stimuláns, secretagog laxatívumok. Ilyenek a sennaszármazékok (Tisasen A+B, Bolus laxans), valamint a bisacodyl (Stadalax), nátrium-picoszulfát (Guttalax). Hosszabb alkalmazásuk úgynevezett katartikus colitist okozhat. A sós has-

ajtók közül a karlsbadi só ajánlható (Mira víz). Rendszeres használatra az ozmotikus hashajtók közé tartozó Laevolac lactulos szirup, Duphalac javasolható; ide tartozik még a szilvalekvár (pulpa prunorum) és a Tamarine is. Ugyancsak kedvezőek és általában mellékhatás nélküliek az ozmotikusan duzzadó anyagokat tartalmazó növényi származékok, mint a Plan- tago-fajták magőrleményei (psyllium: Colon cleanse készítmény; Husk).

– Gyakori panasz az alvászavar. Mely altatószerek okozzák a legkevesebb mellékhatást? Változik-e az idős ember cirkadián ritmusa? Alvászavar-e, és indokolt-e altató felírása olyan személynek, aki arról panaszkodik, hogy naponta csak négy-öt órát alszik?

– Alvászavar a 65 év feletti egyének körülbelül 50%-ánál jelentkezik. Az altatószer felírása előtt tisztázni kell vagy ki kell zárni a belszervi betegségeket, illetve külső zavaró tényezők esetleges szerepét. Lényeges azt tudatosítani, hogy a napi tevékenység teremti meg az alvásigényt. Az elalvás zavaránál először nyugtató, szorongás esetén anxiolyticum adását kell megkísérlni (meprobamat: Andaxin, alprazolam: Xanax, Frontin), ezt követően jönnek szóba a rövid hatású altatószerek: midazolam (Dormicum), zopiclon (Imovan), brotizolam (Lendormin), illetve a közepes hatástartamú szerek (például a zolpidem: Stilnox, cinolazepam: Gerodorm, terma-



zepam: Signopam). A hosszú hatású szerek azzal a veszéllyel járhatnak, hogy hatásuk másnap délelőtt is észlelhető (Eunoctin). Szem előtt kell tartani, hogy időseknél hosszabb a gyógyszerek eliminációja, a csökkent cerebrális kapacitás miatt hamarabb alakul ki tompaság, zavartság. Emiatt kerülendő a barbiturátok, az anti-hisztaminok. Ha depresszió áll a háttérben, az antidepresszáns kezelés elősegítheti az alvást (például amitriptylin: Teperin, clomipramin: Anafranil).

– Az idős emberek kevesebbet esznek, általában folyadékfogyasztásuk is mérsékeltebb, megváltozik a gyógyszerek felszívódása és metabolizmusa is. Milyen irányelvek segíthetik a háziorvost idős, gyakran multimorbid betegeknek gyógyszeres kezelése kapcsán?

– A felszívódás lényegében nem változik, mert a vékonybél felső szakaszán passzív diffúzióval megy végbe. A farmakokinetika további pontjain viszont van változás: csökken a máj preszisztémás átalakító hatása, így nő a biohasznosulási arány, csökken a szervezet víztere, zsírtere nő, csökken a vese ürítőképessége. Ezért jó a vese és máj által egyaránt kiválasztott szerek alkalmazása. Mindezek alapján előfordulhat, hogy az ajánlott gyógyszeradag mellett is túladagolás jelei mutatkoznak. A fentiek figyelembevételével az alábbi irányelvek fogalmazhatók meg:

1. Lehetőleg kis dózissal kezdjük a kezelést, esetleg az ajánlott adag $\frac{2}{3}$ - $\frac{3}{4}$ -ével, és fokozatosan emeljük, ezt különösen fekvő betegnél kell szigorúan szem előtt tartani.

2. A lehető legkevesebbre kell csökkenteni a gyógyszerek számát.

3. A kezdésnél és utána is rendszeresen ellenőrizni kell a máj- és vese-funkciós értékeket, valamint az adott szernek speciálisan változható paramétereit.

4. Ha kell és lehet, vérszintet kell nézni.

5. Az interakciók szempontjából időszakonként revideálni kell a gyógyszerelést.

6. Fontos a mellékhatások és a komorbiditás összevetése.

7. Lehetőség szerint a legkevesebb

mellékhatást okozó szert kell választani.

8. Lehetőleg naponta egyszer alkalmazandó gyógyszert adjunk, bár ez az esetleges kumuláció miatt kevésbé kezelhető rugalmasan.

– Fokozottan veszélyeztetettek-e az idős emberek fertőző betegségekre? Súlyosabb lefolyásúak-e a fertőzések esetükben? Indokolt-e minden évben az ingyenes influenza elleni védőoltás ajánlása a 60 év felettieknek és a krónikus betegeknek? Milyen esetben javasoljuk a BCG-oltást vagy a varicella, a hepatitis, a pneumococcus pneumonia elleni védőoltást?

– Az egészséges, 70 év alatti idősök átlagos életkörülmények és életvitel mellett nem tekinthetők fokozottan veszélyeztetetteknek infektológiai szempontból, bár immunológiai reakcióképességük már csökkenőben van (főleg a celluláris immunitás). Hetven év felett és krónikus betegségek fennállása esetén azonban nő a kockázat. A fertőző betegségek súlyosabb lefolyásúak és gyakrabban fordulnak elő. Influenza elleni oltás évente ajánlható 65 év felett, különösen a krónikus betegségben szenvedőnek (Fluval AB), azonban mivel az immunválasz már csökkent mértékű, az új törzsek utólagos megjelenése mérsékli az értékét. BCG-oltást adni – bármely korosztályt tekintjük – akkor sincs értelme, ha születése idején az adott személy még nem részesült benne. Ha az idős, gyenge állapotú egyén környezetében fertőző tbc-s beteget fedeznek fel, kemoprofilaxis javallt (INH). Varicella-oltásnak nincs indikációja idős személy számára.

Hepatitis ellen (A-, B-vírus, például Havrix, Engerix B) a következő esetekben kell oltani: endémiás területre utazáskor; antigénpozitív partnerrel folytatott szexuális élet esetén [ez esetben ingyen rendelkezésre áll az oltóanyag (B)]; krónikus májbetegségben (cirrhosis, krónikus hepatitis), mivel egy kialakuló akut hepatitis májelégtelenséghez vezetne (A); ha a környezetében endémia alakul ki (A). Pneumococcus elleni oltás (Pneumovax 23) multimorbid idős betegeknek indikált, akiknél a Pneumococcus okozta pneumonia gyakran fatális kimenetelű.

– Ritkán beszélünk az idős emberek szexualitás iránti igényéről. Az erektilis diszfunkcióról gyakran esik szó, de mi a helyzet az idősödő nők szexuális problémáival (libidocsökkenés, dyspareunia, lubricatio deficiens)?

– Valóban, az idős nők szexuális életével, problémáival kevésbé foglalkozik a szakma. Az életkor előrehaladtával a külső nemi szervek atrofizálódnak, az idegceptorok kevésbé érzékenyek. Mindez csökkenti a szexuális együttlét örömszerző funkcióját. Első lépésként sima síkosító kenőcsök, gélek használata javasolt (például a Sába), de adekvátabb – a lokális ösztrogénhatás miatt – az Ovestin kenőcs. A libido csökkenése nőknél is nagyrészt az endogén tesztoszteronszinttől függ, amely az ösztrogénszinttel együtt szintén csökken az életkorral. Egyszerű androgénpótlás nem javasolt, esetleg Livial (tibolon) adagolása jön szóba, amely ösztrogén, gesztagén és androgén hatást egyaránt kifejt. Az Estroderm tapasz csupán ösztrogént tartalmaz, de csak 70 év alatt – részletes és rendszeres nőgyógyászati vizsgálat és követés mellett – adható. Szisztémás adagolás esetén figyelembe kell venni, hogy minimálisan, de nő a hajlam carcinoma kialakulására. Egyesek a Viagra alkalmazását nők számára is javasolják, mivel náluk is kifejezett nemi szervi vérbőséget okoz, azonban cardiovascularis hatása miatt meggondolandó. Természetesen a pszichikai és párkapcsolati tényezők feltárása legalább annyira fontos a probléma megoldásához, mint az élettani változások ismerete.

– A diabetes prevalenciája folyamatosan növekszik az idős népesség körében, döntően a 2-es típusú cukorbetegségé. Törvényszerű-e ennek a folyamatnak a bekövetkezése? Idős cukorbeteg esetében hogyan változnak a „normális értékek”? Milyen anyagcsere-állapotra, milyen HgbA_{1c}-értékre kell törekednünk?

– Bár az életkor önmagában nem kiváltója a betegségnek, de a bekövetkező élettani változások elősegítik kialakulását: csökken az inzulinválasztás, fokozódik az inzulinrezisztencia, a szénhidrátátlórlás csökkenése követ-



keztében a zsírtmentes testtömeg megkevesbedik, fizikai inaktivitás lesz jellemző. Ezek következtében 10 évenként az éhomi vércukorszint 0,1 mmol/l-rel, a postprandialis érték 0,3 mmol/l-rel emelkedik. Mindemellett a diabetes WHO-kritériumai (1999) nem tartalmazznak kortól függő variációkat, 7 mmol/l feletti éhomi vércukorérték mellett diabetesről beszélünk. A cukorbetegség kialakulását a fenti predisponáló tényezők mellett a táplálkozás teszi teljessé. Időseknél is az átlagos cukorbetegéknél megkívánt paramétereket kell célként kitűzni, de ha ennek elérése nehezített és nincsenek progresszív tünetek, megengedhető bizonyos kompromisszum. Az éhomi vércukor lehetőleg 5 és 7,2 mmol/l között mozogjon; az alsó érték alá ne kerüljön, mert időskorban a legnagyobb veszély a marandó cerebrális laesió kockázatával járó hypoglykaemia. Ezt kell szem előtt tartani a gyógyszer megválasztásánál is, azaz a hypoglykaemia kisebb veszélyével járó orális antidiabetikumok – metformin, gliclazid, glimepirid – választandók. Az inzulinok közül az NPH, a glargin felel meg legjobban a követelményeknek. Más oldalról viszont 80 év felett a kompromisszum olyan mértékű lehet, hogy jó közérzet mellett akár 8-9 mmol/l éhomi érték is elfogadható gyógyszerelés nélkül is. A HbA_{1c} szintjénél a megkövetelt 7% helyett egyes idős betegek esetében a 8% is elfogadható.

– Egyre több idős ember szed folyamatosan vagy „on-demand” nem szteroid gyulladásgátlókat, ami jelentős részüknél indokolt is. Fokozott-e a folyamatos acetilszalicilsav- vagy más thrombocytaaggregáció-gátló terápiában részesülőknél a gyógyszerek együttadásakor a mellékhatások kialakulásának veszélye? Melyek az e korban leginkább alkalmazható gastroprotectív gyógyszerek?

– Reumatológiai kezelés és thrombocytaaggregáció-gátlás együttes alkalmazása esetén ulcusos anamnézis mellett kerülendő a nem szteroid gyulladáscsökkentő (NSAID) és az acetilszalicilat szedése. Ez utóbbi helyett clopidogrel (Plavix) adása javasolt, protonpumpagátlóval kiegészítve.

Az arthrosis kezelése során az aláb-

bi sorrendet ajánlatos megtartani (főleg időseknél): először fizioterápiával próbálkozunk, majd a gyógyszerek közül a paracetamol adását kezdjük; ha nem elegendő, áttérünk NSAID-ra, elsősorban a COX-2-bénítő szerekre (Movalis, Celebrex), illetve nem szelektív gyulladásgátlók is alkalmazhatók gyomornyálkahártya-védelem (protonpumpagátlók) mellett. Ha a fájdalom nem csökken, a WHO-ajánlásnak megfelelően a tramadol (Contramal), a dihidrokodein következik, majd végül a major analgetikumok (morfin és származékai, így a fentanyl: Durogesic tapasz, Fentanyl Hexal; Oxycontin).

– Gyakori probléma – különösen nők esetében – a vizeletincontinentia. Egyik megoldás a betétek használata, másik a hólyag működését szabályzó gyógyszerek adása. Ajánlatos-e a fentiek minden esetben?

– A 65 év feletti nők 15–30%-a szenved vizelet-visszatartási zavartól. A háttérben elsősorban organikus okot – például húgyúti gyulladást – kell keresni és ellátni, illetve kizárni.

A vizelet-visszatartási zavar három fő típusát különböztetjük meg: stresszincontinentia, azaz terhelésre fellépő zárómechanizmus-elégtelenség; késztetéses incontinentia, amikor fokozott, illetve túlérzékeny detrusortevékenységgel állunk szemben; és túlfolyásos incontinentia, amikor a passzív hólyagtúltelődést akaratlan vizeletürítés követi. Az érintett személyt urológushoz kell küldeni, elsősorban urodinámiai vizsgálat elvégzése céljából.

Idős nőknél – az idegrendszeri gátlás gyengülése következtében – a késztetéses forma a leggyakoribb, ezt követi a stressz és késztetéses forma együttes fennállása. Az utóbbi két típus esetén jön szóba a spasmolyticus hatású oxybutinin (Ditropan, Uroxal), illetve a solifenacin (Vesicare) adása. Kevert forma esetén a kezelés után visszamaradt tünetek mutatják meg, hogy mekkora a stresszkomponens szerepe. Nem gyógyszeres kezelés is mérsékelheti, megszüntetheti a panaszokat: ingerkontroll, hólyagtréning, intimitorna, biofeedback, ésszerű folyadékbevitel, időszakos programozott vizelés. Stresszincontinentia ese-

tén modern, jól bevált műtétek segíthetnek, például a hólyagnyakemelés vagy -szalagműtét.

Férfiaknál a túlfolyásos formával találkozunk leggyakrabban – prostatahypertrophia miatti ürülési zavar, ischuria paradoxa –, ilyenkor a prostatabetegség kezelése oldja meg a problémát (gyógyszeres: Alfetim, Proscar, Prostamol uno, Cardura XL vagy műtét). A fenti terápiák mellett is fennálló incontinentia esetén az egyre praktikusabb betétek használata ajánlható (TENA, SENI).

– Az életkorral – az erek rugalmasságának csökkenésével párhuzamosan – fiziológiásan is emelkedhet a vérnyomás. Az ajánlások kortól függetlenül állapították meg a célvérnyomásértékeket. Tapasztalatból ismerjük, hogy ha a 150-160/90 Hgmm-es, tehát hypertóniás idős ember vérnyomását „rendezzük”, sokuk széldül, fáradékony, esetleg zavart lesz. Esetükben kell-e mindenáron törekedni a magasabb vérnyomásértékek csökkentésére?

– A nagy multicentrikus, randomizált vizsgálatok egyértelműen igazolták, hogy a vérnyomás csökkentése a cardio- és cerebrovascularis események számának mintegy 30%-os mérséklődéséhez vezetett a hypertóniás idős betegek esetében is. Ez az összefüggés lineáris, azaz a csökkentés mértékével arányosan javul a prognózis. Így időseknél is első megközelítésben meg kell célozni az optimális 140/90 Hgmm alatti értéket. Ez annál is inkább szempont kell hogy legyen, mert időskorban – már 55 év felett – hypertonia fennállása esetén a többi rizikófaktor (diabetes, obesitas, dohányzás, hyperlipidaemia) már alig növeli a cardiovascularis kockázatot. Problémát jelenthet a – 60 év feletti hypertóniások 80%-ánál megfigyelhető – izolált szisztolés magas vérnyomás. A tenziócsökkentés ugyanis a normális vagy alacsonyabb diasztolés értéket is mérsékli, ez viszont ischaemiás szívbetegség esetén rontja a coronariakeringést. Normális esetben a diasztolés nyomás 70 Hgmm alá is csökkenthető kedvezőtlen mellékhatás nélkül. Másik probléma időseknél a vérnyomást szabályozó rendszerek működésének beszűkülése. Így



esetükben a baroreceptor-érzékenység csökkenése miatt könnyen alakul ki ortosztatikus hypotonia, de az agyi átáramlás autoregulációja is nehezen alkalmazkodik. Ezért a vérnyomás-csökkentést fokozatosan, lassabb ütemben kell végezni. Óvatosan adhatók, illetve adott esetben kerülendőek a gyors tenzióesést okozó alfa-1-receptor-gátlók, rövid hatású kalcium-antagonista szerek. Megfelelő folyadékfelvétellel el kell kerülni a hypovolaemiát. Ha mindezek ellenére a vérnyomás-csökkentés következtében kifejezett tenzióingadozás vagy szubjektív tünetek jelentkeznek és ez gyógyszerelváltás után is fennáll, kompromisszumot kell kötni, de ilyenkor is törekedni kell a 160 Hgmm alatti szisztolés értékre.

Nyolcvan év feletti beteg esetében még kritikusabban kezdjük el az antihipertenzív kezelést, mert a vascularis prognózis javulása mellett ismeretek adatok az összmortalitás minimális emelkedésére.

– Nyolcvanéves – intelligens, egyenes tartású, normális súlyú – nőbetegemnél a lenyelt étel egyre gyakrabban akad el a nyelöcsövében, ilyenkor hányingere támad, sokszor vissza is jön a falat. Emiatt étkezéssel egybekötött társadalmi érintkezésekre (családi, baráti összejövetelek) már nem mer vállalkozni, otthonában is állva eszik, nagyon megrágyva az egyre kisebb falatokat. Kivizsgálásakor „bugyorképződést” állapítottak meg a nyelöcsövben, amellyel állítólag nincs mit tenni. Igaz-e ez? Milyen módszer segíthetne rajta?

– A „bugyorképződés” laikus kifejezés mögött orvosi szempontból három kórtani elváltozás állhat: 1. spasztikus eredetű pseudodiverticulosis, 2. diverticulum, ez lehet traktiós (hegesedő tüdőfolyamat!) és pulzációs, 3. hernia diaphragmatica. A kérdésben szereplő asszonynál valószínűleg diverticulum áll fenn. A leglényesebb szövödmény a kiöblösödésben

megrekedt táplálék pangása, ami gyuladást, mellkasi fájdalmat, nyálkahártya-eróziót, perforációt okozhat. Első teendő megtapasztalni, hogy milyen testhelyzetben tudja esetleg kiüríteni a tasak tartalmát. Az említett beteg – úgy tűnik – megtalálta ezt. Alapos ráadás, gyakori folyadékfogyasztás táplálkozás közben és után segítheti a pangás elkerülését. Ha ez nem küszöbölhető ki, a fenti, olykor az életet is veszélyeztető következmények kockázata miatt idősebb korban is indikált a műtéti megoldás, természetesen megfelelő funkciós állapot esetén.

– Idős embereknek az egyre nagyobb számban kialakuló betegségre egyre több gyógyszert írnak elő. Vannak-e olyan gyógyszer-kombinációk, amelyek főleg esetükben károsak, esetleg hatástalanok? Van-e olyan tanulmány vagy metaanalízis, amelyben az egyes szakmai ajánlásokat idős emberekre adaptálták?

– A legtöbb, középkorúak számára javasolt gyógyszer-kombináció megfelelő feltételek esetén időseknek is adható, azonban a homeosztázis nagyobb labilitása miatt szorosabban kell ellenőrizni, a mellékhatásokat monitorozni. Így például hamarabb alakul ki hypokalaemia a hydrochlorothiazid- és kortikoszteroid-, illetve hyperkalaemia az ACE-inhibitor- és a triamterenkezelés mellett.

A nagy multicentrikus, randomizált vizsgálatoknál korábban felső korhatárt állapítottak meg, időseket nemigen válogattak be. Ha mégis, eredményeket külön nem értékelték. Az utóbbi évtizedben már több, kifejezetten idősekre vonatkozó vizsgálat ismeretes. Így például a STOP-Hypertension a béta-receptor-blokkolók és diuretikumok kedvező hatását igazolta a vascularis eseményekkel kapcsolatban a 70–84 év közötti személyeknél. A hazai szakmai irányelvek a geriátriai kollégium (például az elesésszindrómát illetően), illetve egyes társaságok összefoglaló ajánlásaiban

(például a Magyar Hypertonia Társaság által a hypertoniabetegségről kiadott irányelveinek idősekről szóló fejezetében) található meg.

– Van-e az elektív műtéti beavatkozásoknak korhatára például ortopéd műtétek, panaszt nem okozó epekövesség esetén?

– A modern geriátria alapszabálya értelmében az orvosi beavatkozásoknál nem állapítunk meg mechanikusan felső korhatárt, hanem a biológiai kor, azaz a funkcionális állapot határozza meg az elvégezhetőség feltételét. Adott esetben 90 év felett is végezhető műtét. A nem életmentő műtétknél egyértelmű a beteg véleménye is: tűri-e a panaszokat, illetve ezek konzervatív kezeléssel elérhető mértékét, vagy a jobb életminőség reményében vállalja a korral mindenképpen fokozódó kockázatot. A komorbiditás mértéke (Charlson-skála) viszonylag objektíven megadja a rizikónövekedés valószínűségét, amit az orvos műtéti ajánlásába beiktat. Ezek nagyságrendjéről tájékoztatni kell a beteget. Fontos tényező lehet a sokszor nehezen megítélhető progresszió ütemének, illetve az akut szövödmények fellépésének várható valószínűsége. Az elmondottak érvényesek a kérdésben felvetett ortopéd műtétekre.

„Néma” epekövesség esetén a kérdés összetettebb. A sebészek, illetve a tankönyvek egyik része a műtét mellett érvel idős beteg esetében is, természetesen jó belgyógyászati állapot mellett. A laparoszkópos műtét csökkenti a rizikót. A szakemberek másik része az obszerváció mellett tart ki, mivel a kor előrehaladtával elkerülhetetlenül nő a műtéti mortalitás, 75 év felett elérheti a 2–5%-ot. Egyes statisztikai adatok szerint két éven belül az ilyen betegek 1/3-ánál jelentkezik kólika, másik feldolgozás szerint 10 éven belül 25%-ban akut komplikáció lép fel. Összegezve: az egyedi döntést kell támogatni, elektív műtétre 70 év alatt kerülhet sor.



VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!

2007. FEBRUÁR: ZONOSISOK

Az állatok által emberre közvetített betegségeket nevezzük *zoonosisoknak*. Ilyen a most az egész emberiséget fenyegető madárinfluenza, vagy korábban a patkányról emberre terjedő pestis, az álomkór, a malária, a Borrelia előidézte Lyme-kór stb. Valljuk be, sokunk ismeretei hiányosak e területen. Pedig ma, az utazások széles körűvé válásával számolni kell nemcsak a környezetünk, de más földrészek élőlényei közvetítette betegségekkel is.

A kérdésekre dr. Lakos András főorvos válaszol.

Kérdéseiket maximum 10 sorban, reflexióikat egy kéziratoldal terjedelemben fogalmazzák meg! A válaszok a felkért szakemberek egyéni szakmai tapasztalatát és véleményét tükrözik.

2007. MÁRCIUS: ENDOKRINOLÓGIA

A hormonháztartás zavarai jelentős szerepet játszanak egyes anyagcsere-, idegrendszeri és mozgásszervi betegségek előidézésében. Következésképpen lehet kóros elhízás, fogyás, szexuális zavarok, mentális eltérések stb., vagyis születésünktől a halálunkig előidézhetnek betegségeket, kóros állapotokat. Mivel a hormonok a szervezet egészét „uralmuk alatt tartják”, nehéz az endokrinológiai betegségek diagnosztizálása, számos buktatóval kell számolnunk a gyógyításuk során.

A kérdésekre dr. Gláz Edit professzor asszony válaszol.

2007. ÁPRILIS: SZENVEDÉLYBETEGSÉGEK

Hazánkban az alkoholfogyasztás áll a szenvedélybetegségek élén, de emelkedik a drogfogyasztók száma, még mindig sokan a nikotin rabjai, és egyre többen válnak a játékok vagy például az internetezés rabjává. Elengedhetetlen, hogy a szenvedélybetegségek előfordulásáról, felismeréséről, gyógyításáról minél több információt kapjunk.

A kérdésekre dr. Szemelyácz János, a pécsi Integrált Drogterápiás Intézet főorvosa válaszol.

A kérdések beküldési határideje: 2007. február 15.

Kérjük, hogy leveleiket az alábbi címre küldjék:
DR. KRAMER IMRE

Postacím: Lege Artis Medicinae,
1539 Budapest, Pf. 603.
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu



HÍR

AKTUALITÁSOK A CSALÁDORVOSI GYAKORLATBAN

Kötelezően választható tanfolyam házi orvosoknak, belgyógyászoknak.

Időpont:

2007. február 17.

Helyszín:

Semmelweis Egyetem, Budapest,
Nagyvárad téri Elméleti Tömb.

A részvétel díjmentes.

Vizsgalehetőség biztosított.

Szervező:

dr. Vajer Péter, Családorvosi
Tanszék.

Telefon: (1) 355-8530.

A tanfolyamon való részvételért
20 kreditpont jár.

Tisztelt Olvasóink!

Folyóiratunkban Önök a Házi Orvosi Fórum keretében havonta találkozhatnak az olvasók által feltett kérdésekkel és a szakértők válaszaival.

A házi orvos gyakran szembesül olyan problémákkal, amelyeket különleges esetek okoznak, s ilyenkor bizony jó lenne, ha a dilemma eldöntéséhez rendelkezésre állnának a legkiválóbb szakteknétek. A házi orvosi szakvizsgának ugyanakkor nélkülözhetetlen eleme néhány érdekes eset leírása. Úgy véljük tehát, hogy hasznos volna, ha ezeket egy szakértő kommentárjával kísérve közzétennénk.

Kérjük házi orvos olvasóinkat, hogy az érdekes (vagy problémás) kórtörténeteket, az ezekből levonható tanulságokat folyóiratunk hasábjain osszák meg kollégáikkal. Körülbelül 4–5000 karakter terjedelmű írásokat, illetve maximum három képi dokumentációt várunk (természetesen a beteg identifikálására alkalmas adatok mellőzésével), az alábbi címre: dr. Kramer Imre rovatvezető, Lege Artis Medicinae szerkesztősége, H-1539 Budapest, Postafiók 603. E-mail: litmed@lam.hu, haziorvosiforum@lam.hu