



# FÓKUSZBAN A LÁZAS BETEGSÉGEK, ANTIBIOTIKUMOK

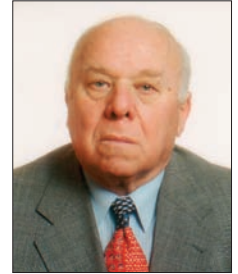
Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol

A téma

szakértője:

dr. Szalka András

főorvos



– Az antibiotikum-kezelés leggyakoribb indikációi a lázzal kísért felső légúti infekciók. A gyakorlatban ezek döntő többségét vírusok okozzák. Kell-e és ha igen, mikor kell antibiotikumot alkalmazni, illetve van-e szerepük az antibiotikumoknak a vírusos kórképek gyógyításában?

– Előjáróban le kell szögezni, hogy a világon szinte mindenütt a lázzal járó felső légúti infekciókban írnak fel leggyakrabban antibiotikumokat, és ez vezetett számos országban ahhoz, hogy például a *Streptococcus pyogenes* törzsek makrolid iránti rezisztenciája kifejezetten növekedett (Japán, Finnország, Olaszország). Mivel ezeket a fertőzéseket – ha nem követi őket akut otitis media, akut bakteriális rhinosinusitis, angina streptococcica – biztosan csak vírusok okozzák, tehát felesleges az antibiotikum adása, sőt, kifejezetten káros a rezisztencia romlása miatt. Ha vigyázni akarunk a jelenleg használt antibiotikumainkra, pont ezen a téren szükséges a megfelelő indikáció figyelembevétele. Azt is le kell szögezni, hogy profilaktikus célból, a bakteriális fertőzések megelőzésére a virális szakaszban nem érdemes antibiotikumot adni.

– Érdemes-e szezonális megbetegedések esetén a kórokozó kimutatására irányuló vizsgálatokat végezni, vagy egyszerűen válasszuk az empi-

rikus terápiát? Mi a következő lépés, ha az empirikusan alkalmazott antibiotikum nem hatásos, antibiotikum-váltás vagy a kórokozó kitenyésztése? Mikor küldjük a beteget szakrendelésre?

– A legtöbb esetben a háziorvosnak a kórelőzmény alapos kikérdezése és a fizikális vizsgálat alapján kell döntenie Magyarországon az antimikrobás kezelés szükségességéről, akár télen, akár nyáron. Ha biztosan meg lehet állapítani az infekció góciát, a döntés relatíve egyszerű. Végig kell gondolni, hogy a bizonyított vagy a nagy valószínűséggel feltételezett kórképet mely mikroorganizmusok okozzák leggyakrabban, és ennek megfelelően kell antibiotikumot választani. Ehhez azonban ismerni kell az országos vagy a megyei rezisztenciaadatokat is. Tehát a háziorvosi gyakorlatban szinte mindig az empirikus terápia az első lépés. Jó volna például angina streptococcica esetén torokváladék-tenyésztést végezni, vagy bakteriális tüdőgyulladásban a köpetet Gram-festéssel megnézni, de sajnos ez egyelőre hazánkban igen nehezen keresztülvihető. Ha az empirikus kezelés hatástalan, újból végig kell gondolni a korábbi elképzelést, és fel kell vetni a kórkép nem bakteriális eredetének lehetőségét is. Ha a beteg állapota romlik, akkor kell szakrendelésre küldeni, illetve mérlegelni kell a kórházi kezelés szükségességét.

– Melyek azok a szempontok, amelyek alapján szóba jön az antibiotikum-váltás a háziorvosi gyakorlatban?

– Rendkívül fontos annak leszögezése, hogy önmagában az elhúzódó lázas állapot nem indikációja az antibiotikum-változtatásnak. Általában ma is igaz az a tétel: ha jól választottunk, legkésőbb 72 óra múlva a beteg állapota lényegesen javul, láztalan lesz. Ha ismerjük az infekció helyét, és az empirikus kezelés után 72 órával nem következik be a javulás, két lehetőség jön szóba. Először az, hogy a választott szer nem hatásos a kórokozó ellen (például atípusos pneumóniában a penicillinek vagy cefalosporinok hatástalanok), vagy ha végeztettünk ugyan mikrobiológiai vizsgálatot, de a kitenyésztett baktériumnak más az antibiotikum-érzékenysége (például katétert viselő beteg húgyúti fertőzése kapcsán multirezisztens *Pseudomonas aeruginosa* a kórokozó), mint amit az empirikus kezelés során alkalmaztunk.

– Vannak többféle antibiotikumra is allergiás betegek. Melyek azok az antibiotikum-, illetve más gyógyszer-csoportok, amelyek alkalmazása esetén keresztreakcióval kell számolni?

– A leggyakrabban a penicillinallergia okoz gondot. A penicillinek és a cefalosporinok között 3–9%-ban van keresztallergia. A gyakorlatban ez azt

Köszönjük olvasóinknak az antibiotikus kezeléssel kapcsolatos kérdéseiket.



jelenti, hogy akiben a penicillin súlyos allergiás szövődményt okozott, például anaphylaxiás sokkot, annak tilos cefalosporint adni. Egyéb esetekben is rendkívül óvatosnak kell lenni. Azt is érdemes megfogadni, hogy a penicillinallergiáról beszámoló betegnél lehetőleg ne végezzünk intracutan penicillinallergia-próbát. (Nagyon ritkán, de leírtak anaphylaxiás sokkot ilyen beavatkozást követően is!) Amennyiben a beteg korábban többféle antibiotikumra is allergiás reakcióval reagált, érdemes infektológus szakvéleményét kikérni.

**– Az elmúlt években sokat hallottunk MRSA- (methicillinrezisztens Staphylococcus aureus-) fertőzésekről. Kell-e erre gondolni a háziorvosi gyakorlatban? Melyek a tudomány legújabb eredményei ezzel a kérdéssel kapcsolatban?**

– Évtizedeken keresztül azt hittük, hogy az MRSA csak kórházi gond (nosocomialis fertőzés). Döntően ma is az, de a helyzet napjainkban sokkal bonyolultabb. Azzal, hogy a betegek az elmúlt tíz évben Magyarországon is egyre rövidebb időt töltenek a kórházakban, megteremtődött a kórházi törzsek hazavitelének lehetősége, veszélye. Például műtét után, a kórházi eredetű MRSA okozta sebfertőzés otthon manifesztálódhat. Ebben az esetben elengedhetetlen a bakteriológiai tenyésztés. Néhány éve világszerte megjelentek olyan MRSA-k, amelyek súlyos bőr- és légyszív-fertőzéseket, valamint nekrotizáló tüdőgyulladásokat okoznak. Ezek sok tulajdonságban eltérnek a nosocomialis fertőzéseket okozó MRSA-tól (más gént és virulenciafaktort tartalmaznak, számos nem béta-laktám antibiotikumra érzékenyek). Ezeket az MRSA-kat CA-MRSA-nak (community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*) hívják.

**– A bőr- és légyszív-fertőzésekben gyakran használunk lokális antibiotikumokat, egyéb infekciókban inkább a szisztémás kezelést választjuk. Van-e létjogosultsága a lokális antibiotikum-kezelésnek például a felső légúti vagy az emésztőtraktus felső szakaszát érintő fertőzések gyógyításában?**

– Az említett infekciókban lokális antibiotikus terápiának nincs helye. Infektológus szemszögéből a mupirocin orrkenőcsnek és -krémnek van létjogosultsága a különböző MRSA-körképek esetleges befolyásolásában.

**– Az infekciók döntő részében, a tapasztalat alapján, elegendő az orális antibiotikum-kezelés. Mikor kell a parenteralis kezelést választani, és lehet-e a háziorvosi praxis keretein belül végezni, vagy csak kórházban ajánlott?**

– Több parenteralisan adható penicillin- és két cefalosporinkészítmény áll a háziorvos rendelkezésére. A penicillin adására *Streptococcus pyogenes*-fertőzésben lehet szükség, a cefalosporinok más megítélés alá esnek. A második generációs cefuroximot (Zinacef) naponta többször kell beadni, a harmadik generációs ceftriaxont (Rocephin) ezzel szemben csak egyszer, amivel 24 órán keresztül hatásos koncentrációt biztosítunk a vérben és a legtöbb szervben. A gond az, hogy a járóbeteg-ellátásban csak az intramuscularisan adható ceftriaxonkészítmény van törzskönyveztve. Tehát adható a háziorvosi praxisban parenteralis készítmény. A ceftriaxon fontosabb indikációi: közepesen súlyos bakteriális pneumonia, akut cholecystitis, nem komplikált akut pyelonephritis, induló meningococcus-szeptiszis, Lyme-borreliosis, terhesekek húgyúti infekciója.

**– Gyakran alkalmazunk műtétek után, hosszan tartó, decubitussal járó fekvés miatt egyidejűleg antikoaguláns és antibiotikus kezelést. Kell-e kölcsönhatással számolni, s ha igen, milyennel? Mennyi ideig adhatók, és milyen mellékhatásokra kell figyelemmel lenni?**

– Csak igen ritkán kell interakciókra gondolni. Heparinkészítmények adása esetén nem kell kölcsönhatásra számítani, ha antibiotikumokat alkalmazunk az alapellátásban. A warfarin és az erythromycin, clarithromycin, ciprofloxacin együtt adása esetén esetleg szóba jöhet interakció.

**– Máj-, illetve veseelégtelenségben általában szükséges a gyógyszeres**

**terápia módosítása. Mely antibiotikumokat adhatjuk változtatlan, esetleg csökkentett dózisban, melyek adását kell kerülni?**

– Az alábbi antibiotikumok elsősorban a májon át választódnak ki (a háziorvosi gyakorlatban előfordulókat dőlt betűvel jelöltük): cefoperazon, chloramphenicol, clindamycin, doxycyclin, erythromycin és egyéb makrolidok, metronidazol, nafcillin, rifampin, sulfametoxazol, moxifloxacin.

Elsősorban a vesén át kiválasztódó antibiotikumok: aminoglikozidok, aztreonam, cefalosporinok (kivéve a cefoperazon), imipenem/cilastatin, meropenem, fluorokinolonok (kivéve a moxifloxacin), penicillinek, trimethoprim, tetracyclinek, vancomycin.

Az előrehaladott máj- és vesebetegségekben dózisredukcióra lehet szükség a járóbeteg-ellátásban is, a csökkentés mértékét, illetve a kontraindikációt egyénileg kell meghatározni, figyelembe véve a magyarul megjelent antibiotikum-kézikönyvek utasítását.

**– A háziorvos egyik gyakori dilemmája a terhesség alatti gyógyszeres kezelés. Milyen szempontokat kell figyelembe venni egy esetleges antibiotikum-kezelés beállításánál, ha egy grávida lázzal járó, felső légúti fertőzéssel fordul háziorvosához? Melyek az alkalmazható antibiotikumok?**

– Igazi, erős evidenciákra alapozott bizonyítékok alig találhatók. Az antibiotikumok alkalmazhatósága a klinikai tapasztalatokon és az állatkísérletek adatainak emberre adaptálásán alapul. Az amerikai FDA (Food and Drug Administration) ezen az alapon A, B, C, D és X csoportokat különít el.

Olyan, A csoportba sorolható antibiotikum, amelyről adekvát és jól kontrollált, az első trimeszterben végzett vizsgálatokkal nem tudtak kimutatni a későbbiekben sem magzatkárosító hatást, véleményük szerint nincs.

A B csoportban (állatkísérletekben nem volt károsító hatásuk, de az A csoportban meghatározott kritériumoknak megfelelő emberi vizsgálatokat nem végeztek) található a legtöbb, terhességben fellépő infekció kezelé-



sére ajánlott antibiotikum. Ezek közül a magyarországi háziorvosok számára is elérhető az amoxicillin, az ampicillin, a ceftriaxon, a cefuroxim, a cefalexin, a clindamycin, az azithromycin, az erythromycin, a nitrofurantoin és a szulfonamidok. Tehát általánosságban kimondható, hogy a béta-laktámok és a legtöbb makrolid biztonsággal adható terhességben.

Bizonytalan, hogy a metronidazol adható-e? Az FDA szerint igen, a magyarországi állásfoglalás szerint nem javasolt. Egyértelműen nem adhatók a fluorokinolonok és a tetracyclinek. A szulfonamidok adása sem javasolt a terhesség utolsó harmadában. A terhések lázzal járó bakteriális felső légúti fertőzései kezelhetők béta-laktámokkal, vagy a rezisztenciaviszonyokat figyelembe véve makroliddal.

**– Hol, milyen állapotokban kell antibiotikus prevenciót alkalmazni? Például ascitessel járó májcirrhosis esetén mikor és milyen antibiotikum adása jöhet szóba a bakteriális peritonitis kivédése céljából?**

– Az antibiotikum-profilaxis legfontosabb területei a háziorvosi gyakorlatban: reumás láz, endocarditis, meningococcus meningitis kontaktjai, pertussismegelőzés a kontaktközpontban, visszatérő, nem komplikált húgyúti fertőzés prevenciója 15–50 éves nőkben, terhések húgyúti fertőzéseinek megelőzése, spontán bakteriális peritonitis (SBP) prevenciója, malária, utazók hasmenése. A spontán bakteriális peritonitis megelőzésének két legfontosabb pillére az ascites megszüntetése, illetve norfloxacin adása heteken, hónapokon át.

**– A szepszis az infekció legsúlyosabb formája. Mikor, milyen betegségek esetén, milyen infekciónál és milyen tünetek jelentkezésekor számoljunk szepszis kialakulásának veszélyével?**

– Ha a háziorvosban felmerül a fertőző betegség gyanúja, vagy azt egyértelműen bizonyítani tudja, a következő gondolatnak az kell lennie, állhat-e a kórkép mögött induló szepszis. Mivel ebben a betegségben ma is még minden negyedik, ötödik beteg meghal, életmentő a korai diagnózis.

Nincs abszolút biztos panasz, tünet vagy jel, amely egyértelműen erre a betegségre utalna. Ami a legfontosabb, hogy a szepszisek 15–20%-ában nincs láz, vagy csak subfebrilitás tapasztalható. Ha egy szepszis láztalan állapottal indul, akkor a prognózis kifejezetten rossz. Láz és hidegrázás, tachypnoe, tachycardia, ismeretlen eredetű zavartság, a vérnyomás esése, a vizelet mennyiségének csökkenése, icterus kialakulása, izomfájdalmak, hasmenés és hányás, haematemesis és melaena lehetnek azok a korai tünetek és panaszok, amelyek a háziorvosban felkelthetik a szepszis gyanúját. Ezek közül a tünetek közül lehet, hogy egy betegnél csak néhány található meg, de minden megmagyarázhatatlan panasz és tünet esetén felmerülhet az induló szepszis gyanúja.

**– Az infekciók kezelésének kritikus területe a szerzett immunhiányos tünetegyüttes (AIDS). Milyen szempontok szerint kell a HIV-pozitív betegek infekcióit kezelni?**

– Jelenleg Magyarországon egy kijelölt központ látja el a HIV-pozitív és AIDS-es betegeket; ez a centrum a Szent László Kórházban van. Az ilyen betegekben kialakuló infekciók kivizsgálása speciális felkészültséget igényel, és az alkalmazható gyógyszerek jelentős részét csak infektológus adhatja. Az itt működő ambulancia és osztály feladata a terápia beállítása.

**– Az egész emberiséget fenyegeti egy új, globális influenzajárvány veszélye. Milyen stratégiai lehetőségekkel számolhatunk ilyen esetben az antimikrobás, az antivirális gyógyszerek területén?**

– Az influenzavírusok felületén található neuraminidáznak (felületi antigén és glikohidroláz enzim) vitális szerepe van a vírusreplikációban. Ez az enzim szükséges ahhoz, hogy az új vírus leváljon a már megfertőzött sejtekről. Ezt követően a neuraminidáz megakadályozza a kikerülő vírusok aggregációját, valamint elősegíti azok áthatolását a nyálkahártyákat borító és a szervezet védelmét jelentő mucuson. Az elmúlt években tisztázódott, hogy a neuraminidáz-enzim-bénítók (oseltamivir, zanamivir) nemcsak az

embert megbetegítő influenzavírusokban meglévő, hanem a természetben megismert valamennyi neuraminidáz működését gátolják. Jelenleg hazánkban csak az oseltamivir törzskönyveztetett. Ez a készítmény alkalmas a kialakult influenza kezelésére (36 órán belül kell a terápiát elkezdeni!) és profilaxisra is.

**– Hosszan tartó antibiotikum-kezelések során károsodhat a normális bélflóra. Ez hogyan védhető ki? Kezelhető-e ez az eltérés probiotikumokkal?**

– Az elmúlt évek során, pontosan a bélflóra károsítása miatt, nagyon beszűkült az az indikációs kör, ami miatt hosszú távon kell a beteget antimikrobás kezelésben részesíteni. A legnagyobb gondot az jelenti, hogy az elhúzódó kezelés elsősorban az anaerob flórát károsítja, csökken az úgynevezett kolonizációs rezisztencia, és ez lehetővé teszi kívülről bekerülő baktériumok megtapadását a bél nyálkahártyáján. Pont ez a folyamat vezet a *Clostridium difficile* megtelepedéséhez és az általa okozott hasmenés felépítéséhez. A megelőzés rendkívül nehéz. A probiotikumokkal végzett vizsgálatok biztatóak.

**– A szulfonamidok, mint az egyik legrégebbi bakteriosztatikus gyógyszer-csoport, mára háttérbe szorultak. Milyen betegségben alkalmazzuk őket elsőként választandó szerként, mikor kombinációban?**

– Ma már szulfonamid-készítményt önmagában nem alkalmazunk. Kombinációban főleg a trimetoprim és sulfamethoxazol használjuk, de az indikációs terület az utóbbi 10–15 évben nagymértékben beszűkült. Empirikusan alkalmazzák például a nőknél jelentkező nem komplikált, akut, alsó húgyúti fertőzésben, rekuráló cystitisek hosszú távú kezelésére és profilaxisra, utazók hasmenése esetén. Más – a háziorvosi gyakorlatban előforduló – infekciók kezelésében csak előzetes mikrobiológiai vizsgálatok és a rezisztencia tisztázása után szabad célzott kezelésként használni.

**– Fiatal nőknél gyakran fordul elő nem komplikált húgyúti fertőzés. Ke-**



**zeljük-e antibiotikummal, ha igen, melyikkel, milyen dózisban alkalmazva, mennyi ideig adva? Az antibiotikum-kezelés drága: gazdasági szempontokat is figyelembe véve lehet-e ajánlást tenni a kezelés optimális tartamára vonatkozólag?**

– Fiatal nőknél a nem komplikált húgyúti fertőzésnek két formája ismeretes, a felső és az alsó húgyúti infekció. A felső húgyúti infekció, más néven akut pyelonephritis, 7–14 napos kezelést igényel. Az empirikus választás a fluorokinolon, ha a beteg nem hány, orális formában (2×500 mg ciprofloxacín vagy 2×200 mg ofloxacin vagy 1×500 mg levofloxacin). Amennyiben alsó húgyúti fertőzés (akut cystitis) a diagnózis, a háromnapos per os kezelés a jelenleg elfogadott optimális terápia. Az empirikus kezelés történhet trimethoprim és sulfamethoxazollal (2×2 tablettá), norfloxacinnal (2×400 mg) vagy a korábban említett fluorokinolonokkal (esetleg kisebb dózisokkal). A vizelet bakteriológiai vizsgálatát nem komplikált alsó húgyúti fertőzés esetén nem szükséges elvégezni, mert a legtöbb infekciót az *E. coli* okozza és az antimikrobás érzékenység nagy valószínűséggel előre meghatározható (ez körülbelül 40%-os költségsökkenést jelent).

**– A rossz szociális körülmények között élő, drog- vagy alkoholfogyasztó beteg súlyos infekciójának kezelésénél számítani kell-e arra, hogy az egyidejű drog- vagy alkoholabúzus módosítja a kezelés hatását?**

– Ez két szempontból jelent nehézséget. Az esetleges májkárosodás mértéke befolyásolhatja a májon keresztül kiválasztódó antibiotikumok optimális dózisát. A másik megfontolást igénylő szempont az, hogy ezekben a betegekben az infekciókat lényegesen rezisztensebb mikrobák is okozhatják, mint az egyébként egészségesekben fellépő fertőzéseket (például penicillinrezisztens *Streptococcus pneumoniae*, több antituberkulotikummal szemben is rezisztens *Mycobacterium tuberculosis*).

**– Az antibiotikumokkal szembeni rezisztencia növekedéséhez gyakori és**

**sokszor felesleges adásuk is hozzájárul. Hogyan segíthet a családorvos ebben a kérdésben?**

– Az első és legfontosabb gondolat, hogy nem a lázat kell antibiotikummal kezelni, hanem az infekciót. Minden erővel törekedni kell arra is, hogy csak a biztosan bakteriális fertőzések esetén alkalmazzunk antibiotikus terápiát. Az antibiotikummal nem lehet megelőzni azt, hogy virális infekció után esetleg ne alakuljon ki bakteriális, másodlagos kórkép. Például az influenza után fellépő szekunder bakteriális pneumonia nem előzhető meg antibiotikum adásával, de az influenza elleni vakcináció (esetleg pneumococcus-oltás is!) hatásos prevenció lehet. Törekedni kell arra is, hogy minél rövidebb ideig, de optimális dózissal kezeljük a beteget.

**– Lehet olvasni a jelenleg rendelkezésre álló minden antibiotikummal szemben rezisztens Staphylococcus törzsek kialakulásáról. Az ezek által okozott fertőzéseket a pestisjárványokhoz hasonlítják. Mi a szakma véleménye erről a kérdéstről?**

– Kétségtelen, hogy az MRSA-törzsek egyre gyakrabban izolálhatók kórházi körülmények között. Ez Magyarországra is érvényes. Ezt a tendenciát jó infekciókontrollal és antibiotikum-politikával befolyásolni lehet. Minden kórházban létre kell hozni az úgynevezett MRSA-protokollt, illetve meg kell szervezni annak betartását. Az MRSA-járványok a kórházakban nemcsak a betegek életét veszélyeztetik, hanem hatalmas többletköltségeket is jelentenek. Ma még a vancomycinrezisztens törzsek irodalmi ritkaságnak tekintendők. Talán biztató, hogy léteznek már olyan antibiotikumok, amelyek alkalmasak a vancomycinrezisztens *Staphylococcus aureus*-izolátumok okozta fertőzések kivédésére is.

**– Érdemes-e a háziorvosi gyakorlatban az antibiotikumok kombinációit alkalmazni a hatásspektrum szélesítése, a hatás fokozódása végett? Ha igen, melyek ezek?**

– Abban az esetben, ha a háziorvos nem tudja eldönteni, hogy a tüdőgyulladás típusos, avagy atípusos

pneumonia, a béta-laktám antibiotikumot (például cefuroxim-axetil vagy amoxicillin és clavulansav) lehet kombinálni valamelyik makrolidkészítménnyel. Ebben az esetben mindegy, hogy melyik makrolidet írja fel az orvos. Szóba jöhet még kombináció adása az alábbi esetekben: aspirációs pneumonia esetén, ahol aerob és anaerob baktériumokkal kell számolni; mélybe terjedő lágyrész-fertőzések-nél, ahol szintén polimikrobiális folyamat feltételezhető; osteomyelitis esetében (például ciprofloxacín és clindamycin), discitisnél (például ciprofloxacín és rifampin).

**– Melyek azok az antibiotikumok, amelyek együtt adásakor, toxikus hatás kialakulásával kell számolnunk?**

– Ez aránylag ritkán fordulhat elő, mert a háziorvosi praxisban a legtöbb fertőzés egy antibiotikummal gyógyítható. Ugyanakkor, ha két, májon át kiválasztódó szert kombinálunk (például *Staphylococcus aureus* okozta osteomyelitisben vagy discitisben), akár májbetegről van szó, akár nem, várható a májkárosodás, esetleg icterus kialakulása is. Ilyen kombináció például a clindamycin és a rifampin.

**– Melyek a gyakorlatban leggyakrabban előforduló interakciók antibiotikumok és más gyógyszerek között?**

– Klasszikus példaként szokták megemlíteni a ciprofloxacín és a teofillin közötti interakciót. Ugyanakkor az ofloxacin és a teofillin között nincs ilyen kapcsolat. Az erythromycinnek is számos gyógyszerrel lehet interakciója (teofillin, warfarin, carbamazepin, cyclosporin, triazolam, alfentanil, bromocriptin, cisaprid, digoxin). Ezzel szemben az újabb makrolidek, például a clarithromycin vagy az azithromycin esetében ezek az interakciók már nem fordulnak elő, vagy csak igen ritkán jelentkeznek. Ismerjük a trimethoprim és sulfamethoxazol kombinációja és a warfarin, valamint egyes orális antidiabetikumok közti kölcsönhatást. Ismeretes a tetracyclinek interakciója antikonvulzív gyógyszerekkel, mint például a carbamazepin, a phenytoin, valamint a warfarinnal és az orális fogamzásgátlókkal.



# VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!

## MÁRCIUS: A GYOMORSAVTERMELÉS ZAVARAI, KEZELÉSÜK

Az emésztőtraktus felső szakaszának betegségeiben meghatározó szerepe van a savtermelésnek. A régmúltban csak a savtútermelés közömbösítésére alkalmas gyógyszerek léteztek, ma már, a patofiziológiai folyamatok megismerése következtében, a gyógyszerek széles köre áll rendelkezésünkre nemcsak a fekélybetegség, hanem számos, a savtermelés zavara által kiváltott betegség kezelésére.

*A kérdésekre dr. Lonovics János és dr. Simon László professzorok válaszolnak.*

## ÁPRILIS: STROKE

A stroke előfordulási gyakorisága világszerte emelkedő tendenciát mutat, növelve ezzel a társadalom terheit is. Magyarországon évente ötvenezer új beteggel, húszezer halálesettel kell számolnunk, az 55 évnél fiatalabb, stroke-os betegek halálózása hatszorosa az európai átlagnak! Ezért ismernünk kell a megelőzés, a kezelés, a rehabilitáció legújabb eredményeit.

*A kérdésekre dr. Nagy Zoltán, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet professzora válaszol.*

## MÁJUS: PSZICHIÁTRIA: BIPOLARIS BETEGSÉGEK, DEPRESSZIÓ

A háziiorvosi gyakorlat egyik gyakori problémája a pszichiátriai kórképek felismerése, akut pszichózisok esetén az elsősegélynyújtás, az ellátás, valamint a krónikus pszichiátriai betegek gondozása. Háziiorvosi Fórumunk e számában főleg a depresszióval és a bipoláris betegségekkel kapcsolatos kérdésekre válaszolunk.

*A kérdések beküldési határideje: március 6.*

*A kérdésekre dr. Ribmer Zoltán, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet professzora válaszol.*

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

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

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