



FÓKUSZBAN A STEATOHEPATITIS

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol

A téma szakértője:

*dr. Tornai István,
a Debreceni Egyetem Orvos-
és Egészségtudományi Centrum
II. Belgyógyászati Klinikájának
docense*



– Az alkoholos májbetegség kialakulásánál ismert a nemek közti különbség: a nők inkább érzékenyek az alkohol toxikus hatására. Talán a steatosis kialakulása kapcsán is erről lehet szó, hiszen nőbetegek esetében gyakrabban fedezhető fel zsírmáj, mint a férfiakban. Mi ennek a magyarázata? Változott-e a szemlélet az alkohol úgynevezett tolerálható küszöbdózisának megítélésével kapcsolatban? Létezik-e egyáltalán „küszöbdózis”, ha a betegnek igazolhatóan steatosis hepatis (is) van?

– A zsírmáj kialakulásában számos tényező játszhat szerepet. Ezek közül a két legfontosabb az alkohol, illetve az elhízás. Az alkohol valóban kisebb dózisban képes nőkben hasonló károsodást előidézni, mint férfiakban. Ennek több oka van, elsősorban a kisebb testsúly, de az alkoholdehidrogenáz aktivitásának is szerepet tulajdonítanak. Ebből adódik, hogy a férfiaknál körülbelül 80 g/nap, a nőknél körülbelül 60 g/nap alkohol rendszeres fogyasztása esetén várható súlyos májbetegség kialakulása. Ez a dózis már a cirrhosis kifejlődéséhez is elegendő, az alkoholos zsírmájhoz ennél kisebb adagok is elégségesek. Az elhízásból adódó úgynevezett nem alkoholos zsírmáj talán gyakoribb a nőkben, mivel közöttük több a túlsúlyos. Az alkohol tolerálható küszöbdózisa napi 10–20 g körül van, amely kedvező hatású, ha megfelelő minőségű alkoholt fogyasztunk. Ha már egyéb okból krónikus májbetegség áll fenn, akár-

csak zsírmáj, a szokásosnál kevesebb is káros lehet.

– A steatohepatitist általában nem sorolják a progrediáló, súlyos krónikus hepatológiai kórképek közé. Hogyan foglalható össze röviden a nem alkoholos steatohepatitis (NASH) megítélésének modern szemlélete? Metabolikus szindróma részének vagy önálló klinikai entitásnak tekinthető-e?

– A nem alkoholos steatohepatitis az esetek körülbelül 5%-ában alakul át májzsugorrá. Ma is használjuk az úgynevezett cryptogen cirrhosis fogalmát, amikor nem tudunk megfelelő etiológiai tényezőt kimutatni. Ezek egy része lehet NASH következménye. Egyértelműen megállapították, hogy a NASH hátterében az inzulinrezisztencia áll, amelyhez jelentős lipidanyagcsere-zavar társul, s ez vezet a máj elzsírosodásához. Hogy az esetek egy részében mi okozza a gyulladásos sejtes infiltrációt és a fibrosis megindulását, a steatohepatitis, majd a cirrhosis kialakulását, az még nem tisztázott. A kórkép egyértelműen a metabolikus szindróma részének tekinthető.

– Kialakulhat-e krónikus, progrediáló steatosis hepatis foglalkozási ártalomként, vagy ilyen esetben felmerül az esetleges toxikus expozíciók kívül más faktorok szerepe is? Vannak-e olyan munkakörök, amelyeknél a steatosis hepatis megléte kizáró tényező?

– Természetesen vannak olyan szerek az iparban, mezőgazdaságban, amelyek májkárosodást okoznak. Ezek elsősorban a szerves oldószerek, a növényvédő és permetezőszerek, műtrágyák, a műanyagipar köztes és végtermékei. Nem szabad azonban azt sem elfelejteni, hogy a toxikus anyagok hatása additív, és egy beteg esetében a fentiek mellett akár alkohol, akár gyógyszer is szerepet játszhat. Külön-külön talán egyik sem okozna eltérést, együttesen azonban súlyos májkárosodás lehet a végeredmény. Emiatt nagyon óvatosan kell az esetleges munkaköri korlátozást mérlegelni. Reverzibilisnek gondolható zsírmáj esetén a magam részről nem szoktam ilyenre javaslatot tenni, inkább az egyéb károsító tényezők, elsősorban az alkohol kerülésére hívom fel a beteg figyelmét.

– Van-e iatrogén eredetű steatohepatitis? Betegeink egyre többfajta gyógyszert szednek tartósan. Milyen típusú gyógyszerek szedése fokozhatja a steatosis kialakulásának rizikóját?

– Számos gyógyszer idézhet elő májkárosodást, s ezeknek különböző megjelenési formái vannak. Kialakulhat cholestasis, akut, illetve krónikus hepatitis, zsírmáj vagy granulomás elváltozás a gyógyszereszedés következtében. A leggyakrabban zsírmájot okozó szerek: a tetracyclin, az epilepszia kezelésében használt valproát, az amiodaron, a methotrexat, L-aszpara-



gináz, illetve az AIDS kezelésében használt zidovudin.

– A zsírmáj kialakulásában a szteroidok fogyasztásának is szerepe van. Rendelkeznek-e hasonló tulajdonsággal a nem szteroid gyulladásgátlók? Hogyan befolyásolja az egyre bővülő antidiabetikus gyógyszerállomány a zsírmáj kialakulását, a már kialakult betegség lefolyását?

– A szteroidok elsősorban az elhízás fokozásával okozhatnak zsírmájat. Az anabolikus szteroidok pedig cholestaticus májenzimszint-emelkedéssel járnak. A nem szteroid típusú gyulladáscsökkentőknek is lehet májkárosító hatása. Ezek elsősorban hepatitisszerű képet okoznak. A diabetes és a NASH közötti kapcsolatra utal, hogy mindkettő gyakran társul elhízással és közös patogenetikai eltérés az inzulinrezisztencia. A vércukorszint- és lipidszintcsökkentő gyógyszereknek lehet kedvező a hatása, de ne feledkezzünk meg a statinok májkárosító hatásáról!

– Krónikus vírushepatitisek esetében is gyakran észlelhető steatosis. Befolyásolja-e a kétféle terápia a kétféle betegség prognózisát, illetve az antivirális kezelés a máj zsírtartalmát? Fokozza-e a NASH társulása a hepatitisvírusok karcinogén hatását? Milyen krónikus májbetegségeket tekinthetünk praecancerosus állapotnak? Hogyan történjen az ilyen betegek gondozása, kontrollálása?

– Elsősorban a krónikus C-vírus-hepatitis vonatkozásában van jelentősége a steatosisnak. Az elhízás, a fokozott testtömegindex rontja az antivirális kezelés hatását. A NASH társulása mérsékelten fokozhatja a hepatitisvírusok karcinogén hatását. Különböző mértékben, de minden cirrhosishoz vezető krónikus májbetegség praecancerosus állapotnak tekinthető. Természetesen az alkoholos és a vírusos eredetű cirrhosisok jelentik a legnagyobb veszélyt. Ezekben a betegcsoportokban hathavonta kell hasi ultrahangvizsgálatot és szérumszulfoprotein- (AFP) meghatározást végezni. Bármilyen gyanú esetén a máj CT-vizsgálata, illetve célzott májbiopszia szükséges.

– Gondolhatunk-e nem alkoholos steatohepatitisre kóros laboratóriumi értékek és hasi ultrahanglelet esetén, vagy szükséges az invazív vizsgálat, azaz a májbiopszia is? Milyen eltérések szükségesek a NASH-szindróma diagnózisának felállításához? Előfordulhat-e NASH nem kóros májleletek mellett?

– A nem alkoholos zsírmáj diagnózisához elegendők a kóros májfunkciós értékek, azaz az emelkedett SGOT, GPT, a típusos ultrahanglelet és a súlyfelesleg megléte, illetve az egyéb okok kizárása. A nem alkoholos steatohepatitis, azaz a NASH ennek a kórképnek súlyosabb változata, amelynek jellegzetes szövettani ismérvei vannak, elsősorban a gyulladással járó sejtek jelenléte és enyhe fokú, kezdődő fibrosis. A májbiopsziára azonban a legtöbb beteg esetében nincs szükség. NASH-szindrómára utal, ha az elhízáshoz 2-es típusú cukorbetegség, hypertonia, magas szérumhúgyszint vagy inzulinrezisztencia társul. NASH fennállása esetén legtöbbször emelkedettek a májfunkciós enzimek, de az esetek körülbelül 20-30%-ában ezek lehetnek normálisak is.

– Hol és hogyan valósuljon meg a NASH-szindrómás betegek kezelése és gondozása? Milyen gyakran indokolt a kontroll laboratóriumi és hasi ultrahangvizsgálat, mikor kell a beteget hepatológiai szakrendelésre irányítani? Milyen esetekben ajánlott a hasi CT- vagy MR-vizsgálat elvégzése?

– Az alkoholos májbetegség és az elhízásból eredő nem alkoholos zsírmáj előfordulása hazánkban egyaránt milliós nagyságrendű, és ezek a betegek elsősorban a háziorvosnál fordulnak meg. A nem alkoholos zsírmájban szenvedők körülbelül 10%-ában alakul ki NASH. Amennyiben a családorvos diagnosztikus gondokkal találja magát szembe, mert nem áll rendelkezésre minden szükséges laboratóriumi vizsgálat (például vírusszeroológia), úgy hepatológiai szakrendelésen kérhet segítséget. Jó, ha ezek a betegek a felismerés időszakában legalább egyszer megjelennek a specialistánál véleményezésre. Ezt követően azonban a betegek döntő többsége

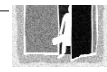
házi orvosi gondozásban maradhat. A természetes lefolyást figyelembe véve elegendő évi egy-két alkalommal laboratóriumi és ultrahangvizsgálatot végezni. Hasi CT vagy MRI csak akkor indokolt, ha az ultrahangvizsgálat során a májban fokális laesio gyanúja merül fel.

– Mivel érhetünk el eredményt a nem alkoholos steatohepatitis kezelésében a diétás tanácsokon kívül? Melyeket preferáljuk a gyógyszeres terápiás lehetőségek – silymarin, metadoxil, ursodeoxycholsav, esetleg lipidcsökkentő statinok – közül? Vannak-e megbízható eredmények az inzulinreceptorok érzékenységét fokozó gyógyszerek alkalmazásáról NASH-szindrómában?

– Alkoholos eredet mellett értelem-szerű az alkoholtartalom, gyógyszeresen pedig a metadoxil és a silymarin ajánlott. Az ára miatt azonban az alkoholos májbetegeket nem mindig tudják ezeket a készítményeket megvenni. Az elhízáshoz társuló zsírmájban pedig a kalóriabevitel csökkentése és a több mozgás lenne a kezelés alapja, de ez a populáció legalább annyira ragaszkodik az étrendjéhez, mint az alkoholisták az alkoholhoz. Így egyik kórképben sem számíthatunk komoly sikerélményre. Mivel NASH-re elsősorban a magas szérumtrigliceridszint a jellemző, ezért, ha lipidcsökkentőt adunk, akkor a fibrátokat kell előnyben részesíteni. Vannak adatok az inzulinreceptorok érzékenységét fokozó szerekkel is, de adásuk még nem általánosan elfogadott, és itthon az árak miatt is nehezebben elérhetők. Az ursodeoxycholsav (Ursofalk) kedvező hatásáról egyelőre még csak az irodalomban olvashatunk, idehaza a szert még erre nem törzskönyvezték.

– Az alkoholos eredetű, illetve a nem alkoholos zsírmáj gondozása során milyen diétás utasításokat adjunk betegeinknek? Az alkoholfogyasztás előidézte alultápláltság, illetve steatohepatitis esetén milyen terápiás szerepe van az olyan táplálékkiegészítőknek, mint például az Ensure-készítmények a Nutridrink, Nutricomp?

– Nagyon nehéz az alkoholistát a teljes absztinenciára rábeszélni, hiszen



ennek elsősorban társadalmi, szociális háttere van. Az okokat elsősorban a munkahelyi vagy családi körülményekben kell keresni. Nehéz csak a csökkentést tanácsolni, hiszen a beteg máj toleranciája már lényegesen kisebb, mint az egészségesé. A beteg nem érezheti a megengedő magatartást. Kétségtelen, hogy így persze nagyon nehéz helyzetben van az orvos. Segíthet az absztinenciairányú motivációban, ha a beteg már megtapasztalt valamilyen súlyosabb szövödményt, gyomor- vagy varixvérzést, ascites-punctiót. Az elhízott betegnek pedig lassú fogyást szoktam tanácsolni, havi egy-két kilogrammos ütemben. Amíg ez el nem kezdődik, addig a diétán szorítani kell, mert, ha a beteg nem fogy, a diéta nincs megfelelően betartva. Természetesen a több mozgás is tanácsos, de ezek a betegek már sokszor nehezen mozognak. Amennyiben kialakult a májcirrhosis, ismert módon sorvadnak az izmok és egyéb szövetek, kialakul az alultápláltság. A megfelelő nutríció viszont alapvető a prognózis javításához, mindenképpen ajánlott az említett táplálékkiegészítők használata napi 2-3×200 ml dózisban.

– A súlyos alkoholos hepatológiai kórképek gyógyításának kudarcát általában a beteg nem megfelelő kooperációja okozza. Vannak-e újabb módszerek, illetve gyógyszerek az „alkoholelvonást” illetően, illetve a delirium tremens kezelésében? Mikor kell pszichiátert is bevonni a NASH-szindrómás beteg gondozásába?

– A krónikus alkoholisták kezelése rendkívül nehéz feladat. Szenvedélybetegségről, függőségről lévén szó, általában elengedhetetlen a specialista, elsősorban a pszichiáter segítsége. Az alkoholizmus azonban nem elsősorban orvosi probléma, sok súlyos szociális, társadalmi, családi gond áll a háttérben, amelyen a pszichiáter sem tud magában vagy gyógyszerekkel segíteni. A beteg rendszeres kapcsolata a hasonló problémával küzdőkkel és az orvosával segíthet. Vannak gyógyszerek is, mint a carbamazepin, disulfiram, újabb szer a naltrexon, amelyek segítségünkre lehetnek, de ezek önmagukban biztosan nem elegendők. A delirium tremens akut szakában nagy

dózisú benzodiazepin vagy haloperidol adható. A komolyabb elhízással járó állapotok is, bizonyos vonatkozásban, függőségnek tekinthetők. Ha a betegnek progrediáló májbetegsége van, és úgy tűnik, hogy a fogyáshoz nincs elegendő akaraterete, meg lehet próbálni pszichiáter segítségét kérni.

– Van-e szerepe a steatohepatitisnek az akut vagy krónikus pancreatitis kialakulásában? Olvashatók publikációk a pancreas elzsírosodásáról. Milyen azonosságok, illetve különbségek vannak e két szerv steatosisa között?

– A rendszeres alkoholfogyasztásnak egyaránt lehet következménye a zsírmáj, illetve az akut vagy krónikus pancreatitis. Közvetlenül a steatohepatitisnek, véleményem szerint, nincs direkt hatása az akut vagy krónikus pancreatitis kialakulására. Ha egy betegben máj- és pancreasbetegség együttesen fordul elő, akkor komolyan fel kell, hogy merüljön a közös etiológia, és ez a legtöbb esetben az alkohol.

– A vény nélkül kapható gyógyszerek közül az acetilszalicilsavról tudjuk, hogy van hepatotoxicus hatása. A tartósan e szert szedők esetében a Reye-szindróma okozta súlyos kórkép vagy a gyakran észlelhető steatosisek előfordulása gyakoribb?

– A szalicilátok mérsékelt májkárosító hatással rendelkeznek. A veszély sokkal kisebb, mint a haszon, amelyet a gyógyszer szedésétől várunk. A Reye-szindróma kizárólag 15 éves kor alatt alakul ki, rendkívül súlyos kórkép, amelyet microvesicularis zsírmáj és idegrendszeri tünetek jellemeznek. Leginkább valóban az acetilszalicilsav szedésével hozzák összefüggésbe, de ez nem kizárólagos. Emiatt gyermekek esetében kerülni kell az acetilszalicilsav adását! A tartósan e gyógyszerrel szedő felnőttek között Reye-szindróma nem fordul elő. Zsírmáj természetesen kialakulhat, de gondosan értékelni kell, hogy nem egyéb ok húzódik-e meg a háttérben.

– A terhességi zsírmáj a steatohepatitis egyik ritka formája. Vannak-e „veszélyt jelző” paraméterek? Mi-

kor kell gyanakodnunk erre a súlyos kórképre? A terhességi cholestasisnak és a steatosi gravidarumnak is gyakran a terhesség megszakítása a következménye. Mit tehetünk ennek megelőzése, a korai diagnózis felállítása érdekében, és a termináción kívül van-e más kezelési lehetőség? Milyen eredmények ismertek az ursodeoxycholsav terhességben történő adásával kapcsolatban?

– A terhességi zsírmáj magas halálozással járó kórkép. A terhesség második felében, típusosan a 30. hét után léphet fel. Az ekkor jelentkező hányás hívja fel rá a figyelmet. Ez után gyorsan romló májfunkciós értékek, normális cholestaticus enzimek mellett mérhető magas SGOT- és SGPT-szint, emelkedő szérumbilirubinszint, ascites, hypoglykaemia, majd tudatzavar jellemzik a kórkép lefolyását. Ki kell zárni olyan egyéb betegségeket, mint például a terhességi toxemia, vírushepatitis. A szülés megindítása a legfontosabb teendő, a magzati halálozás érdekes módon nem fokozott. Újabb terhesség során az ismétlődés veszélye nem növekszik.

A terhességi cholestasis típusosan szintén a harmadik trimeszterben jelenik meg, viszketés kíséri, és minden további terhesség során megjelenik, sőt, súlyosbodik. Jelentős szérumalkalikusfoszfátáz- és SGPT-szintemelkedés, illetve változó mértékű sárgaság kíséri. A szülés után spontán megszűnik. A tünetek és a panaszok enyhítésére ma már elfogadott az ursodeoxycholsav adása, amellyel kitűnő eredmények érhetők el, ezért a terhesség a legtöbb esetben kihordható.

– Negyvenéves férfi beteg rendszeres alkoholfogyasztó. Panasza nincs, testsúlynövekedésével (182 cm magas, 106 kg) magyarázza fáradékonyságát. Évek óta szed statinokat és fibrátokat kevert hyperlipidaemia, valamint allopurinolt hyperurikemia miatt. A kontrollvizsgálatok során 1000 IU/ml feletti SGPT- és mérsékeltbben emelkedett egyéb májenzimértékek mellett 10 mmol/l feletti szérumkoleszterin-, 5,0 mmol/l feletti szérumtriglicerid- és 450 µmol/l körüli szérumhúgysavszintek mérhetők. Kell-e további vizsgálatokat vé-



geznünk, mi az ajánlott kezelési elv? Szükséges-e hepatológushoz, illetve a szérumlipidszintek beállításához értő szakemberhez irányítani, vagy a nehezen kooperáló beteg maradjon a háziorvos gondozásában?

– Az ismert adatok alapján a betegnek biztosan van kevert eredetű, azaz alkoholos és nem alkoholos zsírmája, de lehet, hogy ettől már lényegesen előrehaladottabb a kórkép. Emiatt további kivizsgálás és gondozás indokolt. Nagyon fontos, hogy megnyerjük a beteget, hogy a következő négy-hat hétben tartsa be az absztinenciát. Ezt követően lássuk a májenzimek változását, amellyel még a nehezen kooperáló beteget is befolyásolni lehet. Részletes májfunkciós, valamint hasi ultrahangvizsgálat és gasztroszkópia szerepelhet a kezdeti vizsgálati tervben, de ha felmerül a cirrhosis gyanúja, még szövettani vizsgálat is ajánlott. Természetesen az alkoholtilalom mellett a fogyás is szükséges. Mindkét

alapkezelési formának azonban csak több hónap után mutatkozik meg a kedvező hatása. Érdekes egyszer a zsírsanyagcsere-zavarok kezelésében járatos szakember véleményét kikérni, bár az említett beteg eddig is szedett statint és fibrátot. Feltehetően az alkohol és az elhízás okozta szekunder hyperlipidaemiáról van szó, így megfelelő diéta hiányában hiába szedi a gyógyszereket. Ha betartaná a diétás utasításokat, lehet, hogy előbb-utóbb nem lenne szüksége a lipidszintcsökkentőkre, amelyek maguk is okozhatnak májkárosodást. A beteg gondozását hepatológus és háziorvos közös kooperációjában lehet a legjobban megvalósítani.

– Nőbetegem steatosis hepatitis betegsége évek óta ismert, diabeteese is van, testsúlya egy-két év alatt 20 kg-mal nőtt (jelenleg 105 kg). A legutóbbi kontrollvizsgálat során májleletei kifejezetten kórosak voltak (SGOT: 180 U/l, SGPT: 108 U/l,

SGGT: 370 U/l). Eddig mérsékelt hepatosplenomegaliája fokozódott és mája keményebb tapintatúvá vált. Viselkedése, mozgása és beszéde encephalopathiára utal. Kérdésem: kifejlődhet-e steatosis hepatitisban encephalopathia, és ha igen, akkor mi a teendő?

– Ilyen előfordulhat, szerencsére ritkán. A beteg steatohepatitise progresszív, és valószínűleg már a cirrhosis stádiumába került. Keresni kell az encephalopathiát precipitáló faktorokat. Jelen esetben a társuló betegségek (diabetes mellitus, obesitas), valamint a rendszeres alkoholfogyasztás (esetleg májtoxikus gyógyszerek) hatásainak eredőjeként alakulhattak ki a tünetek, de gastrointestinalis vérzés, infekció is okozhat encephalopathiát. Hepatológiai konzílium, illetve a szérum ammóniaszintjének meghatározása javasolt. Kezelésként naponta 800–1200 mg rifaximin (Normix) adása indokolt lehet.

ELŐZŐ TÉMÁNKHOZ

Folyóiratunk októberi számában a prostatabetegségekkel foglalkoztunk. Az utólag érkezett kérdést prof. dr. Romics Imre válaszolja meg.

– Prostat hypertrophias betegem egyben osteoporosistól és maculadegenerációtól is szenved. Köztudott, hogy az alendronat csak kalciummal együtt adva hasznos osteoporosis esetén. A prostat hypertrophias beteg hajlama a carcinoma kialakulására nagyobb, amelyet a kalcium fokozhat. Ugyanez a beteg maculadegeneráció miatt luteinra szorul. Ez viszont növeli a tesztoszteronszintet, ami szintén nem előnyös prostat hypertrophiasban. Lehet-e fontossági sorrendet felállítani a betegségek között, figyelmen kívül hagyható-e valamelyik?

– A benignus prostat hypertrophia kezelését a második-harmadik helyre sorolnám. A maculadegeneráció kezelése fontos, ezt venném az első helyre, az osteoporosis és a prostat hypertrophia kezelésének preferálása a fenti két betegség súlyosságától függ. Azt kell kezelni, amelyik több panaszt okoz, de az együttes kezelés is elképzelhető. A prostat hypertrophia kezelésére elsősorban az alfa-1-blokkolók választandók. Válogatott esetekben, amennyiben a panaszok nem javulnak kellő mértékben, finasteriddel is kiegészíthető.

Tisztelt Olvasóink!

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

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

Kérjük háziorvos 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 Medicinæ szerkesztősége, H-1539 Budapest, Postafiók 603. E-mail: litmed@lam.hu, haziorvosforum@lam.hu



VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!

DECEMBER: MALIGNUS TÜDŐBETEGSÉGEK – MEGELŐZÉS, KEZELÉS

Hazánkban a rosszindulatú daganatos megbetegedések között hosszú ideje a tüdő daganatai állnak a statisztikák élén. Közismert, hogy ma már a nők tüdőrákja is növekvő tendenciát mutat. A dohányzás szerepe – mint más tüdőbetegségek esetében is – vitathatatlan, de más etiológiai faktorok is szerepet játszhatnak. A dohányzásról való társadalmi leszoktatás mellett ezek ismertté tétele is segítheti a hatékonyabb prevenciót.

A kérdésekre dr. Magyar Pál professzor válaszol.

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

2007. JANUÁR: GERIÁTRIA

Az életkor előrehaladtával számos fizikai és pszichés változásnak nézünk elébe. Ezek befolyásolják például az érzékszervek működését, az anyagcserét, bizonyos betegségek gyakrabban alakulnak ki, számolni kell a gyógyszerek hasznosulásának megváltozásával stb. Az öregedés okozta változások sokszor állítják dilemma elé a háziorvost, amikor idős beteg keresi fel.

A kérdésekre dr. Boga Bálint, a Geriátria Társaság elnöke válaszol.

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

2007. FEBRUÁR: ZOONOSISOK

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

A kérdésekre dr. Lakos András főorvos válaszol.

A kérdések beküldési határideje: 2006. december 4.

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