



FÓKUSZBAN A STROKE

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol

*A téma szakértője:
dr. Nagy Zoltán,
az Országos Pszichiátriai
és Neurológiai Intézet
professzora*



– Milyen lehetősége van a háziornak arra, hogy a stroke-ot megkülönböztesse a tranzis cerebriális ischaemiától?

– A percek alatt kialakuló neurológiai góctünetek, leggyakrabban hemihypaesthesia, hemiparesis, afázia, dysarthria, diplopia, dysphagia, látótérkiesés és vertigo megítélése, kórismézése nehéz. TIA esetén a tünetek két-három órán belül általában enyhülnek, és a definíció szerint 24 órán belül teljesen elmúlnak. A stroke-állapot maradandó tünetekkel jár. Más tehát a tünetek dinamikája. Veszélyt jelent a halmozottan jelentkező TIA, amely mögött instabil keringési állapot, folyamatos thromboemboliás vagy cardioemboliás folyamat áll. A crescendo TIA-k esetében az egymást követő, ismételt góctünetek ugyanazon agyterület mind kiterjedtebb károsodását jelentik. Mind a halmozott TIA, mind a crescendo TIA sürgős ellátást igényel.

Kimutatták ugyanakkor, hogy a TIA-k jelentős részében is kialakulhat maradandó károsodás az agyban, és a stroke-ok esetén is gyors tempóban halványulhatnak a tünetek. Tehát a TIA és a stroke különválasztása inkább didaktikus, a tüneti dinamikára utaló felosztás, amely sem a lokalizációra, sem a patomechanizmusra nem utal.

Mind a TIA, mind a stroke esetében a beteget sürgősen kórházba kell utalni. Az első percekben, az akut fázis-

ban nem lehet elkülöníteni a két különböző kórlefoyasú vascularis szindrómát a keresztmetszeti kép alapján, tehát ha a pontos diagnózisa törekedve a beteget beutalás előtt tartósan megfigyeljük, többet ártunk, mint ha akár téves diagnózissal, de azonnal stroke-osztályra küldjük.

– Mit tehet akut stroke esetén a házi orvos az első ellátás keretében addig, amíg a mentő kérkezik? Milyen paramétereket kell mindenféle körülmények között figyelemmel kísérnie, illetve kezelnie akut stroke esetén? Hasznos lenne az erre szolgáló algoritmus megismerése.

– A családorvos terápiás lehetőségei csekélyek az akut stroke ellátásában. Nagy segítséget jelenthet a beteg szempontjából és egyben az ellátó osztály, stroke-részleg számára a beteg anamnézisének felvétele és státusának rögzítése, amíg a mentő kérkezik. Ebben a belgyógyászati anamnézisen kívül szerepeljenek a kockázati tényezők, az esetleges megelőző cardialis vagy stroke-események. Ugyancsak lényeges rögzíteni a tünetek felléptének idejét. Mikor látták a beteget utoljára tünetmentes állapotban? Kísérte-e a tünetek kialakulását palpítációérzés, arrhythmia? Milyen tevékenység közben alakultak ki a tünetek? A fokozatosan romló állapot vagy a hirtelen, maximális súlyosságban megjelenő tünetek rögzítése differenciáldi-

agnosztikai segítséget jelenthet. Fontos a neurológiai vizsgálatnál a tarkókörtöttség, fejfájás észlelése. A thrombosis és a roncsoló agyvérzés differenciálása ezek alapján megkísérrelhető. Kezeleni kell a vérnyomáskiugrást, de a túl radikális antihipertenzív kezelés veszélyes! Ha lehetőség van rá, a vércukorérték is meghatározandó. Ha agynyomás-fokozódásra van gyanú, a fektetésnél erre figyelemmel kell lenni. A felsőtest 30 fokos megemeléssel biztosíthatjuk a jó vénás elfolyást.

Mit nem szabad csinálni? Ne kapjon a beteg vízajtót, nootropikumot, anti-koagulánst vagy thrombocytáaggregáció-gátlót, és ne járassuk!

Ugyancsak nehézséget okozhat a státus megítélésében, ha a beteget a beszállítás előtt indokolatlanul intubálják, altatják.

– Az akut stroke eredményes kezelésében döntő fontosságú a sürgősség. Milyen a magyarországi stroke-ellátás szervezeti felépítése? Milyen esélye van egy városi, és milyen például egy tanyán élő embernek arra, hogy megfelelő időben megkapja a legmegfelelőbb ellátást?

– Jelenleg minden megyei kórház ideg-osztályán, illetve az egyetemi klinikákon és a főváros hét kórházában működik stroke-részleg. Ezekon kívül is vannak kórházak, ahol felvállalták a stroke-betegek ellátását. Ma már nem a műszerhiány a probléma, hanem

Köszönjük olvasóink kérdéseit.



egyrészt a mentőkapacitás elégtelensége, a sürgősségi szemlélet hiánya, a késői beszállítás, másrészt a szakemberhiány a fogadó osztályokon, stroke-részlegeken, harmadrészt a stroke-ellátási lánc elégtelensége. Az akut állapotot követően ugyanis a betegeket rehabilitációs osztályra kell szállítani. A hetekig ideg-, illetve belgyógyászati osztályon elfekvő stroke-beteg akadályozza a folyamatos beteg-beáramlást.

A tanyán élő ember kétségtelenül hátrányosabb helyzetben van, mint a városiak. Amennyiben van telefonkapcsolata, közvetlenül hívhatja a beteg vagy hozzátartozója a mentőket a családorvosi vizit kihagyásával. Ekkor már csak a szabad mentőkapacitáson és az útviszonyokon múlik a beszállítás gyorsasága. Minden családorvosnak tudnia kell, hogy a körzete melyik területi stroke-részleghez tartozik.

– Mi a teendő, ha thrombocytaaggregációt gátló szert, szereket vagy Syncumart szedő beteg kap agyvérzést? Reverzibilis stroke esetén vissza lehet-e adni a betegnek a korábban szedett gyógyszereit?

– Az antikoagulálás egyik legveszélyesebb szövődménye a roncsoló agyvérzés. A nem jól beállított INR-érték mellett jelentősen megnő a vérzés kockázata. Ilyen esetben az antikoaguláns kezelést természetesen azonnal le kell állítani, ugyanez vonatkozik a thrombocytaaggregáció-gátló terápiára is. A vérzés felszívódását követően több lehetőség van. Ha jó a beteg, illetve a család együttműködése, és nyilvánvaló a vérzés oka (magas INR-érték, jelentős tenziókiugrás), akkor fokozott ellenőrzés mellett vissza lehet állítani az alvadásgátló kezelést, különösen akkor, ha klinikailag fennáll a folyamatos embolisatio veszélye, amely kimutatható transcranialis Doppler-monitorozással (HITS – hyperintensity signals). A leállított antikoaguláns kezelés fokozza a thromboemboliás szövődmények valószínűségét.

– Melyek a legújabb vizsgálati módszerek és terápiás intervenciók eljárások, amelyek segítségével csökkenthető mind a vérzéses, mind az ischaemiás stroke mortalitása, szövődményeinek súlyossága?

– A korszerű stroke-diagnosztika a CT-, MR- és duplex scan vizsgálatokon alapszik. A közeljövőben már egyre szélesebb körben válnak majd elérhetővé a perfúziós CT-, illetve a diffúziós/perfúziós MR-vizsgálatok. Ezek a technikák már néhány hazai centrumban rendelkezésre állnak. A klasszikus CT és Doppler ugyanakkor lehetővé teszi a szisztémás thrombolysis előtti kivizsgálást, ha ez elmarad, annak az oka egyrészt az elégtelen szervezés, a gyakorlatlanság, másrészt az akkreditáció, illetve a finanszírozás elmaradása.

Új, már a hazai gyakorlatban is alkalmazott módszerek az akut stroke ellátásában az arra alkalmas betegnél:

- a három órán belül elvégzett szisztémás (intravénás) thrombolysis rtPA-val,

- malignus arteria cerebri media occlusio esetén a kiterjesztett dekompressziós műtét (Ezt a fél calvaria levételét igénylő beavatkozást egy későbbi időpontban csontprotézis-beültetés követi, a köztes időszakot a betegek meglepően jól vészelik át. Az egyébként 80%-os mortalitást ezzel a módszerrel 20% körüli értékre lehet csökkenteni.),

- kamrába törő vérzésnél kamrai drén behelyezése, illetve a kamra átöblítése urokinázzal,

- állományvérzés esetén a vérömleny műtéti eltávolítása,

- kísérleti fázisban van az állományvérzések esetén a vérömleny oldása urokinázöblítéssel.

A közeljövőben kívánjuk bevezetni az Agyérbetegségek Országos Központjában a szuperszelektív thrombolysist, amelynek a terápiás időablaka hat–nyolc óra.

A vérzések gyógyszeres kezelésére a közeljövőben várható evidencián alapuló ajánlás, és várható hatásos neuroprotektív szerek megjelenése is.

Kísérleti fázisban van:

- az összejtkezelés,

- az erythropoetinkezelés,

- a hűtés,

- a hyperbaricus oxigénterápia,

- az agyi plaszticitást fokozó molekulák hatásának kutatása.

A korszerű ellátás jelentősen csökkentette Magyarországon a betegek stroke miatti korai halálozását. A korszerű ellátás magában foglalja a komplikációk, mint például a félrenyelés, a

húgyúti, felső légúti fertőzések, a decubitus megelőzését. Rendkívül fontos a betegek korai mobilizációja, a korszerű gyógytorna.

– A TIA 24 órán belül regrediáló elváltozásai után nagyobb a stroke kialakulásának a veszélye. A tapasztalatok szerint az ischaemiás vagy a vérzéses stroke előfordulása a valószínűbb ilyenkor? Mit tekinthetünk ma hatékony primer prevenciónak? Van-e az ischaemiás és vérzéses stroke lezajlását követően a szekunder prevencióra vonatkozó terápiás algoritmus?

– A TIA – átmeneti ischaemiás attack –, ahogy maga az elnevezés is mutatja, ischaemia következtében alakul ki. Az ischaemiás stroke előfutára lehet, hasonlóan az angina pectorishoz szívinfarktus esetében. A TIA-s beteget sürgősséggel ki kell vizsgálni, és a kiváltó okot lehetőség szerint meg kell szüntetni: például pitvarfibrilláció esetén cardioversiót kell végezni, az arteria carotis interna szűkületénél angioplasztikát, rekonstrukciós műtétet vagy stentbeültetést kell végrehajtani. E mellett javasolt az antikoaguláns vagy thrombocytaaggregáció-gátló kezelés. A kockázati állapotokat, mint például a hypertonia, hypercholesterinaemia, diabetes mellitus stb. ugyancsak radikálisan kezelni kell.

TIA esetén a kivizsgáláshoz tartozik a koponya-CT, a mindkét oldali arteria carotis Doppler-vizsgálata, EKG- és laboratóriumi vizsgálatok. Kis vérzések, amelyeknek a kórlefollyása olyan, mint a TIA, ritkán fordulnak elő. Ilyen esetekben a hypertonia mellett cavernomák, arteriovenosus malformatiók irányában kell vizsgálatokat végezni. Időskorban congophil angiopathia állhat a háttérben. Értelem szerint ezekben az esetekben is lehet oki kezelést alkalmazni.

A primer prevenció azonos a vascularis medicina elsődleges megelőzésre vonatkozó stratégiájával, amelyben a cél a kockázati állapotok korai felismerése, kezelése és gondozása. A rizikófaktorok lehetnek életmódhoz kötöttek, mint a dohányzás, alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód, rossz táplálkozási szokások, elhízás; kapcsolódhatnak kockázati betegségekhez, mint a hypertonia, diabetes



mellitus, hypercholesterinaemia, vér-alvadási zavarok, más, agyi thrombosis provokáló, például genetikai tényezők; és végezetül lehetnek anatómiai adottságok, például érfejlődési rendellenességek stb. A vascularis eredetű betegség, halálozás családi halmozódása emeli a kockázatot. Az életkor előrehaladtával ugyancsak nő a kockázati állapotok gyakorisága. Tehát az elsődleges megelőzés alapja a szűrővizsgálat, a kockázati állapot felismerése. A családorvosi praxisban a 45 év feletti betegeknek minden orvos-beteg találkozás alkalmával, de legalább két évente sort kell keríteni a kockázati állapotok felmérésére, de legalább a vérnyomásmérésre.

Egy másik lehetséges stratégia az egész lakosságra kiterjedő intézkedéseken keresztül kívánja mérsékelni a rizikótényezőket. Erre jó példa Japán, ahol az élelmiszerek sótartalmának csökkentésével a hypertonia gyakorisága és súlyossága látványosan kisebb lett az elmúlt 25 évben. Ez az agyvérzések gyakoriságát példátlan mértékben csökkentette, de jelentős hatással volt az ischaemiás stroke előfordulásának mérséklődésére is.

– Kell-e stroke-ot követően alvadás-gátló kezelést (acenokumarol, warfarin, heparin, alacsony molekulatömegű heparinok thrombocytáaggregáció-gátlók) folytatni? Melyek azok a betegségek, amelyekben feltétlenül kell? Ha szükséges az alvadás-gátló kezelés, van-e különbség az ischaemiás és vérzéses stroke után alkalmazott antikoaguláns terápia között?

– Az ischaemiás stroke-ot követően, ha azt cardiogen embolisatio okozta, javasolt a tartós antikoagulálás (aceno- vagy hidroxikumarol: Syncumar, Marfarin). A beállítást a vascularis neurológus, illetve a kardiológus javasolja és végzi, követve az erre vonatkozó nemzetközi és hazai ajánlásokat. Indikációk: pitvarfibrilláció, arrhythmia absoluta, billentyűbetegségek, műbillentyű, congestiv cardiomyopathia, a szívinfarktus bizonyos formái. Saját gyakorlatunkban a műtétre váró subtotalis arteria carotis interna stenosis vagy a súlyos fokú intracranialis artériaszűkület(ek) (például arteria basilaris stenosis) esetén szintén javasol-

juk a tartós antikoagulálást. Agyvérzés után csak egyéni mérlegelés alapján, különleges esetekben jön szóba az antikoagulálás.

– Van-e szerepe a stroke gyógyításában, illetve a stroke prevenciójában a vasodilatatoroknak? Bizonyított-nak tekinthető-e ezeknek a készítményeknek (például a piracetam, vinpocetin) a tartós alkalmazása?

– A vasodilatatorkezelésnek nincs helye a stroke-ellátásban. Egy kivétel van, a subarachnoidealis vérzésekhez kapcsolódó vasospasmus kivédése, enyhítése.

Akut stroke-állapotban a piracetamkezelés eredményességére nincs bizonyíték, a PASS 2 vizsgálat negatív eredménnyel zárult, sőt, a vérzéseknél akár kockázatot is jelenthet.

A vinpocetin parenteralis alkalmazásának a kis esetszámú vizsgálatok kijelölték a helyét. A preklinikai vizsgálatok a nátrium- és kalciumcsatorna-blokkoláson túlmenően antiapoptikus, neuroprotektív hatást is leírtak, amely hatás a mitochondriumok benzodiazepinreceptorain keresztül valósul meg. A per os készítmény kognitív funkcióra gyakorolt pozitív hatását újabb vizsgálatokkal kellene igazolni.

– Közepes vagy súlyos fokú arteriosclerosis esetén a cerebrovascularis betegségekben alkalmazott vazodilatatív gyógyszerek nem eredményezhetik-e bizonyos agyi területek perfúziójának csökkenését más területek hátrányára?

– A stroke-ellátásban a vasodilatatorkezelés hatása nem igazolt. Felvetették a belső steal mechanizmusok lehetőségét, de ennek a klinikumban nincs nagy gyakorlati jelentősége. Egy gyógyszer hatékonyságát nagy esetszámú, kettős vak, placebóval kontrollált vizsgálatokkal kell igazolni. Az akut stroke ellátásában hatásos gyógyszerek klinikai vizsgálatait rendkívül összetett feladatot jelentenek. Ennek számos oka van, de talán a legfontosabb, hogy a különböző kockázati tényezőkkel, komorbiditással, anatómiai és genetikai adottságokkal rendelkező, más-más stroke-alcsoportba tartozó esetek közös értékelése elmé-

letileg is és a gyakorlatban is rendkívül nehéz feladat.

– A tartós hatásúnak mondott antihipertenzívumok, kombinált készítmények, mint például a diuretikumokkal kombinált ACE-gátlók, ARB-k hatástartama gyakran nem „fedi le” a 24 órát. Szerepet játszhat-e ez a tény abban, hogy a stroke gyakran a hajnali órákban következik be? Ha igen, akkor hogyan védhető ez ki?

– Hogy a stroke a hajnali, reggeli órákban gyakrabban alakul ki, számos vizsgálat igazolta, számos nagy vizsgálat nem. Saját, közel 9000 esetet feldolgozó anyagunkban a stroke-események közel harmada-fele reggel 7 és 11 óra között következett be. A magyarázat a hajnali vagotoniás hypotensio után a felkelést követő relatív vérnyomás-emelkedés és tachycardia (ritmuszavar). Ha a beteg este szedi be a vérnyomáscsökkentő gyógyszereit, az éjszakai hypotonia még kifejezettebb lehet, ami hipoperfúziós vascularis károsodást eredményezhet. A fokozatos reggeli mobilizáció, a korán bevett gyógyszerek jelenthetik a megoldást a reggeli események esélyének csökkentésére. Idős betegeknek a reggeli, hirtelen ágyból felkelés a rossz autoreguláció miatt collapsust, syncope-t okozhat.

– A metabolikus szindróma legfőbb kockázata ma már nem a coronariatörténések, hanem a stroke kialakulásának veszélye. Mekkora a szérumlipoprotein-szintet csökkentő terápia jelentősége a vérnyomáscsökkentő kezelések mellett? Vannak-e adatok arra, hogy egyes statinok kedvezőbb tulajdonságúak a többinél?

– A kérdés fontos problémákat vet fel: Igaz-e, hogy a metabolikus szindróma jobban emeli a stroke, mint a coronariabetegségek kockázatát? Igaz-e, hogy a koleszterinszintet csökkentő kezelés csökkenti a stroke kockázatát? Igaz-e, hogy a statinok a szérumkoleszterinszint csökkentésén túl más irányú hatással is rendelkeznek? Végül szerepet játszik-e a csoportspecifitáson túl a molekulaszpecifitás is a különböző statinok hatásmechanizmusában?

A metabolikus szindróma kétszerezésére emeli a stroke, 2,5-szeresére az



ischaemiás stroke kockázatát, olyan betegeknek, akiknél más cardiovascularis esemény nem szerepelt az anamnézisben.

Az ischaemiás szívbetegség kockázatát is megduplázza. A különböző epidemiológiai vizsgálatok és azok eltérő módszertana miatt nem lehet egyértelműen azt állítani, hogy metabolikus szindrómában nagyobb a stroke, mint a szívinfarktus kockázata. A SPARK vizsgálat a közeljövőben fog választ adni arra, hogy az atorvastatinnal végzett koleszterincsökkentő kezelés miként befolyásolja a stroke, illetve a cardialis események bekövetkezését.

Law egy metaanalízis alapján 2003-as közleményében a következő megállapítást teszi: a statinok átlagosan 1,8 mmol/l-rel csökkenthetik az LDL-koleszterin-szintet, ennek következtében 60%-kal csökken az ischaemiás szívbetegség és 17%-kal a stroke rizikója. A statinokat egymással összehasonlító vizsgálat nem történt, de nem valószínű, hogy szignifikáns különbség lenne a különböző molekulák hatása között (molekulaspecificitás).

– A metabolikus szindróma tüneteit mutató (elhízott, hypertoniás, esetleg diabeteses), stroke-on már átesett (tehát gyógyult) fiatal betegünk rendszeres testmozgást szeretne végezni; milyen tevékenységet, milyen sportágakat ajánljunk, és melyeket ne?

– A stroke-betegséget szenvedett, metabolikus szindrómás, elhízott betegek is bevonhatók sporttevékenységbe, de be kell tartani a fokozatosságot, és folyamatosan ellenőrizni kell őket. A stroke önmagában nem korlátozza a sporttevékenységet, még paresis esetén sem. Egy amerikai felmérés szerint a fiatal stroke-os betegek jobb kondícióba hozhatók, mint a nem stroke-os, hasonló korú kontrollszemélyek. Úszás, gyaloglás, kerékpározás, labdajátékok egyaránt szóba jönnek.

– A metabolikus szindrómán kívül melyek azok a betegségek, állapotok, amelyek esetén fokozottan kell a stroke kialakulására gondolnunk?

– A szokványos rizikófaktorokon túl a prokoaguláns állapotok vagy az ezt

előidéző kórképek mind egyben emelik a stroke kockázatát is. A következő állapotokban – a teljesség igénye nélkül – is kialakulhat agyi keringési zavar: cerebrialis angiitis, thromboangiitis obliterans, mitochondrialis encephalopathia, dissectio, amyloid angiopathia, nephrosis, terhesség és gyermekágy, szisztémás lupus erythematosus, vírusinfekció, komplikált migrén, antifosfolipid-szindróma, cerebrialis autoszomális domináns arteriopathia subcorticalis infarktusokkal (CADASIL), Takayasu-betegség, Moschkowitz-szindróma, Fabry-betegség, hyperhomocysteinaemia, paraneoplasiás coagulopathia, valamint a kábítószer-használat stb.

– A stroke – háziorvosi gyakorlatomban többször találkoztam ilyen betegekkel – saceres tüneteket is előidézhet. Igényel-e ez a sajátságos elváltozás speciális kezelést? Az egyre bővülő választékból melyek a leginkább alkalmazható szerek?

– Az epilepszia a stroke korai és késői szövődménye is lehet. A corticalis embolisatio gyakran indul fokális epilepsziás jelenséggel. Ez viszonylag jóindulatú, az akut izgalmi állapotot követően nem ismétlődik, kezelést nem, vagy csak átmenetileg igényel. A késői epilepsziás szövődmény a gliahégképződéssel vagy a kompromittált keringésű infarktus körüli terület izgalmaival járó állapot. Itt az epilepszia kezelésének elveit kell követni: fokális roham esetén az első választandó gyógyszer a carbamazepin, generalizálódó rohamok esetén a valproat, de vannak, akik a phenitoint preferálják. Idős betegeknek a javasolt dózis kétharmadát ajánlott adni. Ha nem érhető el rohammentesség, újabb gyógyszerekkel is lehet próbálkozni (gabapentin, vigabatrin, lamotrigin stb.). A stroke lezajlását követő időszakban kialakuló epilepszia gyógyszeres beállítása szakorvos feladata.

– Menopauzában gyakran megfigyelhető, hogy emelkedik a nők vérnyomása, ezáltal fokozódhat a stroke kockázata is. A középkorú nőknél gyakori a migrén típusú fejfájás is. Eltér-e ezek kezelése az egyéb betegek stroke-prevenációjától?

– A menopauzában kialakuló és az életkorral fokozatosan romló klasszikus kockázati állapotok kezelése mindenben megegyezik a stroke-prevenáció kezelési elveivel. A migrén és stroke kapcsolata sokrétű. Nem csak a komplikált, de a klasszikus migrén is eredményezhet maradandó ischaemiás elváltozást. A stroke-nak és a migrénnek lehet közös oka, például vascularis malformatio, aneurysma. A Sneddon-szindrómában, ahol livedo reticularis stroke és migrén egyaránt előfordulhat, társult állapotokról van szó. A migrén kivizsgálása tehát az esetek egy részében az oki kezelés lehetőségét teremti meg, másrészt a migrén megelőzése csökkenti a stroke kockázatát is.

– A migréntől, e kínzó fejfájástól – amelynek ma sem ismerjük pontosan sem az okát, sem a patomechanizmusát – szenvedő betegek esetében nagyobb-e az agyi vascularis katasztrófa kialakulásának rizikója? Van e értelme annak, hogy a migrén kialakulásakor aktuálisan bevett gyógyszerrel „stroke-prevenációt” alkalmazzunk?

– A migrén patomechanizmusát egyre jobban megismertük az elmúlt évtizedben. Az agyi erek beidegzésére, a trigeminovascularis rendszerre és az itt szerepet játszó transzmitterekre vonatkozó adatok, a fájdalom mechanizmusának egyre jobb megismerése számos új és hatékony terápiát eredményezett, amelyek közül kiemelkednek a triptánok. Az egyes agyi területeken kialakuló érszűkület fontos tényező a migrén vascularis jelenségeinél, keringészavart és maradandó ischaemiás állapotot okozhat. Erre vonatkozóan számos újabb irodalmi adat van. Ennek alapján a rohamok közötti intervallumban a migrénelenes kezelés, illetve a roham kezelése egyben a stroke megelőzéséül is szolgál. A migrénes roham megszüntetésére jelentős százalékban alkalmas az acetilszalicilsav.

– A stroke-betegek utógondozásában nagy jelentősége van a mozgásszervi rehabilitáción túl az úgynevezett kognitív rehabilitációnak is. Milyen lehetőségei vannak a háziorvosoknak ezen a területen? A mozgásá-



ban esetleg korlátozott beteg hogyan juthat el ambulanter az ilyen speciális centrumba?

– Az agyi plaszticitás miatt a stroke-ot követően az akár évekig is tartó mozgásrehabilitáció és kognitív rehabilitáció javulást eredményezhet. Ebben a tanulási folyamatoknak van jelentőségük. A kognitív rehabilitáció leggyakrabban az afázia rehabilitációját jelenti. Ebben mind a neuropszichológusok, mind az e területre szakosodott logopédusok megfelelő segítséget tudnak nyújtani. A kognitív rehabilitáció kiterjed a stroke-ot követően esetleg kialakuló demencia kezelésére is. Mindezekre a feladatokra szakemberek állnak rendelkezésre az egyes stroke-részlegeken, továbbá az Országos Rehabilitációs Intézetben és az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben működő Agyérbetegségek Országos Központjában, a neurológiai klinikákon a fővárosban és az egyetemi központokban, illetve néhány szakrendelőben. A betegszervezetek maguk is gondoskodtak az e területen jártos szakemberek alkalmazásáról. Még előttünk áll annak megszervezése, hogy az egész országban hozzáférhető legyen a kognitív rehabilitáció, és szükséges a szakmai irányelvek kidolgozása.

– A stroke-beteg rehabilitációjának szerves része kell legyen a pszichoterápia is. Szükség esetén milyen antidepresszív gyógyszerek adása jön szóba? Alkalmazzák-e ezeket preventíve? A stroke-ot követő depresszió kezelésére alkalmazott gyógyszerek mellékhatásai nem rontják-e még jobban a beteg cerebrovascularis státusát és pszichés habitusát?

– A stroke-beteg kezelésében fontos szerepe van a pszichoterápiának, családterápiának. A beteg és a hozzátartozók is új helyzetbe kerülnek. Ezt elfogadni, feldolgozni, ehhez alkalmazkodni nem kis feladat. Az esetek egy részében a stroke után kialakult depresszió teszi nehezzé vagy lehetetlen-

né a rehabilitációs munkát. Ennek felismerése csak akkor lehetséges, ha a stroke-beteg gondozása során a problémák jelentkezésekor erre is gondolunk. A stroke-ot követő depresszió kezelésében igazolták a szelektív szerotoninújrafelvétel-gátlók (SSRI) pozitív hatását, sőt, ezek a szerek valószínűleg neuroprotektív hatással is rendelkeznek. Preventíve alkalmazni őket nem érdemes, ennek racionalitását nem igazolta vizsgálati eredmény. Az SSRI-kezelésnek nincs olyan mellékhatása, amely rontaná a stroke-beteg állapotát, szemben a triciklikus antidepresszánsok mellékhatásaival, amelyeket idős betegeknél nem is indokolt adni. Az antidepresszáns kezelésnek nincs semmilyen pszichés mellékhatása, nincs megszokás és a beteg néhány hónap után már nem igényel kezelést.

– Egyes laboratóriumokban ma már elérhető a thrombocytáaggregáció-gátló gyógyszerek hatásának ellenőrzése (például a tromboelasztográfia). Lehet-e ezeknek a vizsgálatoknak jelentősége a primer, illetve szekunder stroke-prevencióban? Ha igen, milyen gyakran indokolt ezen paraméterek kontrollálása?

– A gyakorlatban, ha indokolt, hogy a beteg thrombocytáaggregáció-gátló kezelést kapjon, első választás az acetilszalicilsav. Intolerancia vagy rezisztencia esetén, tehát ha a beteg az acetilszalicilsav szedése mellett szenved el vascularis eseményt, TIA-t, stroke-ot, anginát, szívinfarktust stb., akkor váltani kell dipiridamol és acetilszalicilsav kombinációjára (Asasantin), illetve clopidogrelre (Plavix). A tromboelasztográfia komoly műszeres feltételhez kötött vizsgálat, és még kevés helyen van megfelelő szakember a vizsgálat elvégzéséhez. A klinikum dönti el, hogy az acetilszalicilsavkezelést követően tovább kell-e lépni. Thrombocytavizsgálattal kezdeni a prevenciót lehet, hogy logikusnak tűnik, de az intolerancia, illetve rezisztencia sokkal ritkább, mint ahogy azt egyes közlemények sugall-

ják, ezért ennek a szűrésnek ma nincs gyakorlati esélye, illetve jelentősége.

– Az 58 éves nőbetegnél az arteria anterior cerebri területén lacunaris infarctus alakult ki, amely átmeneti hemiparesist, beszédzavart okozott. Anamnézisében nem sikerült rizikófaktort kimutatni, fizikális és pszichés státusa negatív, a laboratóriumi leletei normálisak voltak, kivéve az aktívált protein C-rezisztenciát és heterozigóta Leyden-pozitivitást. A vizsgálatot még a stroke fellépése előtt az anamnézisben szereplő korai spontán abortuszok miatt kezdeményezték. A generatív korban a beteg antikocipienst szedett, majd a menopauza fellépése után hormonterápiában részesült körülbelül öt-hat évig. A koponya CT- és MR-vizsgálata során a nyaki nagyerek épeknek bizonyultak, de régebbi, tünetmentesen kialakult lacunaris infarctusokra derült fényt. Helyes-e feltételezni ebben az esetben a Leyden-mutáció oki szerepét? A beteg jelenleg 100 mg acetilszalicilsav mellett acenokumarolt is szed (INR 2,0–2,5).

– Az 58 éves nőbeteg esetismertetése jó példája a prokoaguláns állapotnak és a következményes agyi és nőgyógyászati szövődményeknek. Az aktívált protein C-rezisztencia gyakorlatilag az V. faktor Leiden-mutációjának a következménye. A vérben lévő természetes antikoagulánsok, mint az antitrombin, protein S, protein C működésének elégtelensége okozza a prokoaguláns állapotot. Ilyenkor a kiserek elzáródása szokott előfordulni, amit elsősorban MRI-vel lehet jól vizualizálni lacunák formájában, de nem ritka a nagyobb ischaemiás károsodás sem. A javasolt kezelés az antikoagulálás. Acetilszalicilsav-kiegészítésre általában nincs szükség. A 90-es évek elején egy randomizált vizsgálat alapján javasolták az antikoaguláns kezelést, de ennek alapján nem lehetett Ia szintű ajánlást megfogalmazni, sem a vizsgálat tervezése, sem az esetszám alapján. Ezért az antikoagulálás csak mint gyenge evidenciaszintű ajánlás szerepel.



VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!

MÁJUS: PSZICHIÁTRIA

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

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

JÚNIUS: ONKOLÓGIA

A rosszindulatú daganatok mortalitása egyre inkább megközelíti a halálozási statisztikákat vezető szív- és érrendszeri betegségek mortalitását. A daganatos betegségek korai felismerése, helyes diagnózisa, időben megkezdett kezelése és a daganatos betegségben szenvedők gondozása nagy feladat, amelyben a háziorvosnak is jelentős szerepe van.

A kérdésekre dr. Ésik Olga professzor, a Pécsi Tudományegyetem Onkoterápiás Intézetének vezetője válaszol.

JÚLIUS: PERIFÉRIÁS ÉRBETEGSÉGEK

Az elhízás, a diabetes, a hypertonia, a mozgásszegény életmód stb. külön-külön is, de együtt hatványozottan veszélyezteti érrendszerünk épségét. Az érfal károsodása a vérkeringés romlásához, ér-elzáródáshoz, elhalásához vezet. A vizszerek betegségei már fiatal korban esztétikai és komoly egészségügyi problémát jelentenek.

A kérdésekre dr. Meskó Éva, a Flór Ferenc Kórház főorvosa válaszol.

A kérdések beküldési határideje: 2006. május 2.

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



HÍR

A PSZICHOLOGIA SZEREPE A VÁLTOZÓ TÁRSADALOMBAN

A Magyar Pszichológiai Társaság biennális XVII. nagygyűlése
Helyszín: ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, 1075 Budapest, Kazinczy u. 23–27.
Időpont: 2006. május 25–27.

A programból: A depresszió és megjelenése különböző betegségekben; A hipnózis evolúciós pszichológiai nézőpontból; A kulturális tanulás; A matematikai képességek normális és abnormális fejlődése és plaszticitása; A megküzdés szerepe a pszichiátriai betegségekben; A serdülőkor egészségpszichológiája; Bemutatók a gyermekpszichodráma; Hazugság a mindennapokban és a kriminalitásban; Kognitív terápia a gyakorlatban; Koraszülött gyermekek hosszú távú értelmi fejlődése; Rejtély az orvostudomány és a pszichológia határán; Környezetpszichológia; Nőiség és agresszió; Politikai pszichológia; Pszichogenetika; Pszicholingvisztika; Quo vadis szülészet-nőgyógyászati pszichoszomatika?; Sport és személyiség; Tájékozódás valós és virtuális térben; Új kutatási témák a művészetpszichológiában.

További információ: www.pszichologia.hu