



FÓKUSZBAN A ZOONOSISOK

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol

A téma szakértője
dr. Lakos András
 infektológus főorvos



– A zoonosis definíciója magába foglalja-e az állatról emberre terjedő összes vírusos és bakteriális fertőzést, vagy csak jól körülhatárolható betegségek tartoznak ide?

– Az állatról emberre terjedő fertőzéseket nevezzük zoonosisnak. A fertőzés ellentétes irányban is előfordulhat; tipikus példa a mindkét irányban terjedő tbc. Nemcsak a vírusos és a bakteriális eredetű betegségek gyakoriak, hanem a gombás (microsporiasis), a protozoon (például a malária, a babesiosis) és a parazitaferőzések (vérszívók, férgek) is. Nem ritka, hogy egy eredetileg állati betegség átkerül az emberre, és attól kezdve már ember embert is fertőz: ilyen a SARS (severe acute respiratory syndrome, súlyos, akut respirációs szindróma), az AIDS, az influenza, a salmonellosis. Ezekben az esetekben a fertőzés zoonosishoz sorolása már kissé önkényes, és alapvetően azon múlik, melyik terjedési módot tekintjük elsődlegesnek. A HIV-fertőzést például senki sem sorolja a zoonosisok közé. A határokat tehát nehéz élesen meg húzni.

A zoonosisok kórismezéséhez a témában jártas klinikus, jól képzett mikrobiológus, valamint kiválóan felszerelt laboratórium és persze nem kevés pénz kell. A hazai helyzet nem kedvez a zoonosisok felismerésének. Ritkaságuk ellenére az idetartozó betegségek teljesen váratlanul okoznak kisebb-nagyobb járványokat. Legutóbb például a határainkhoz mind közelebb kerülő, kullancs által terjesztett krími-

kongói haemorrhagiás láz (egyedül Törökországban 66-an haltak meg a körülbelül 1100 megbetegedett közül), 2006-ban a szúnyog által közvetített – hónapokig tartó myositissel és arthritissel, lázzal járó súlyos – Chikungunya-láz terjedése hozta izgalomba a világot (egy év alatt a Reunion-sziget lakosságának harmada, körülbelül 255 000 ember betegedett meg, közel 300 halálesetet regisztráltak).

A zoonosisok ritkaságából adódik, hogy védőoltás általában nem áll rendelkezésre. Rendszerint hónapok telnek el a járvány kezdete és a kórokozó azonosítása között. Az állatról emberre terjedő betegségek többsége jelentős halálozással jár, ennek tudható be, hogy ezek a kórokozók és toxinjaik a bioterrorizmus eszköztárában is előkelő helyet kaptak. Az újonnan felismert vagy fenyegető fertőzések 75%-a zoonosis.

– Hazánkban a Lyme-borreliosis a leggyakoribb zoonosis? Milyen egyéb zoonosisokkal találkozhatunk Magyarországon?

– Az északi félteke mérsékelt égövi zónájában mindenütt a Lyme-borreliosis a leggyakoribb, vektor által terjesztett zoonosis. Térségünkben – a teljesség igénye nélkül – a következő fontosabb megbetegedések tartoznak ebbe a kategóriába: az enterális infekciók nagy része (salmonellosis, campylobacteriosis, yersiniosis) – ezek sokkal gyakoribbak, mint a Lyme-betegség –, a toxoplazmosis, valamint a gyermekkori ismeretlen eredetű lázak

leggyakoribb okozója, a macskakarmolási betegség (bartonellosis). Ritka, de súlyossága miatt fontos a kullancsencephalitis, a haemorrhagiás láz veseszindrómával (hantavírus-fertőzés, ez az egyetlen nálunk is honos vérzéses láz) és a veszettség. Főleg légúti tüneteket okoz a Q-láz. Gyakori, de jóindulatú betegség a *Rickettsia slovaca* okozta, dermaecentor kullancs által terjesztett, főleg tarkótáji és nyaki nyirokcsomó-duzzanatot okozó Tibola (tick-borne lymphadenopathy) (<http://kullancs.hu/admin/uploads/tibola.pdf>). Ritkán ismerik fel a tularaemiát és a leptospirosist. Fontosak még az ornithosis és a féregfertőzések (például a galandférgesség, a toxocarriasis, az echinococcosis). Ma már nem kell magyarázni, hogy az influenza is szerepelhet a zoonosisok között (madárinfluenza). A kullancs által közvetített fertőzések közül az erősödő szafaritizmus kapcsán az afrikai kullancsláz (*Rickettsia africae*-fertőzés) négy behurcolt esetét láttuk eddig.

– Jellemző-e általában a zoonosisokra a lyssa (rabies) esetében megfigyelhető hosszú, 90 napos lappangási idő?

– Lyme-betegségben és brucellosisban is előfordul több hónapos lappangási idő, egyéb esetekben a zoonosisok többségére ugyanúgy az egy-két hetes lappangás jellemző, mint a legtöbb fertőző betegségre. Az inkubációs idő alatt a diagnosztikus módszerek közül csak a kórokozó izolálása jön szóba, a szerológiai eljárások még érzéketlenek.



– Az emberiség történelmének egyik legsúlyosabb fertőzése a patkányok közvetítésével terjedő pestis volt. A nagyvárosok nyomornegyedeiben ma is sok a patkány, mégsem hallani pestisről. Miért?

– Az Egyesült Államokban 2006-ban 16 pestises megbetegedést jelentettek, ebből kettő halállal végződött. 2003-ban kilenc országban észlelték a betegséget: a 2118 bejelentett személy közül 182 beteg halt meg. Kongóban 2006-ban, alig több mint két hónap leforgása alatt 626 (ebből 42 volt halálos kimenetelű) esetben jelentettek pestist. Tehát a kórkép nem tűnt el, de a mai nyomornegyedek egészségügyi színvonala valószínűleg még mindig jobb, mint amilyen a középkori városoké volt. Az orvosi beavatkozás képes megakadályozni az emberről emberre terjedést, mielőtt még a *Yersinia pestis* a középkorhoz hasonló méretű pusztítást végezne.

– A köztudatban úgy él, hogy a zoonosisok az egzotikus földrészek lakóit fenyegetik. A turizmus széles körűvé válása, valamint a hobbiállattartás miatt mennyire fokozódik a megbetegedések veszélye hazánkban, és mi a háziorvos szerepe?

– Az egzotikus országokba utazó turisták fele(!) megbetegszik. Leggyakrabban hasmenéssel, lázzal járó fertőzést kapnak el. Nincs különös jelentősége, hogy ezek nagy része zoonoticus eredetű. Az enteritisek zöme ugyanis magától meggyógyul, és csak az esetek töredékében szükséges orvosi beavatkozás. Azonban évente 30 000 utazó kap maláriát. Különösen a terhesség és az immunszuppresszív állapot jelent kockázatot, mert ilyenkor a fertőzés fulmináns lefolyású, többnyire halálhoz vezető cerebrális malária képeben jelentkezik. A háziorvos elsődleges felelőssége a felvilágosítás: az Országos Epidemiológiai Központ Nemzetközi Oltóközpontjában (<http://www.oek.hu/oek.web?to=3,5,11&nid=209&pid=1&lang=hun>) beszerezhetőek a szükséges oltások és a megelőzés egyéb módjait ismertető szóróanyagok. A trópusokról hazatérő lázas beteget infektológushoz kell küldeni, hogy kizárják a maláriát. Több beteget veszítettünk már el azért, mert az orvosok általában nem tudják: a malária legsúlyosabb formája nem jár szabályos

lázmenettel. Az egyéb infekciók sem ritkák, és itt különös hangsúlyt kap, hogy a trópusokon fertőződött betegek 10%-a csak fél év múlva keresi fel orvosát. Ezek az esetek okozzák a legtöbb fejtörést a klinikusnak, és csaknem mindig szöveti paraziták állnak a tünetek hátterében.

Hazánkban a veszettség még az állatvilágban is visszaszorult, a rókák vakcinázásának eredményeképpen csaknem megszűnt, emberi megbetegedés pedig sok éve nem fordult elő. Indiában azonban a rabies olyan gyakori, hogyha valaki egy hónapnál hosszabb időre utazik ebbe az országba, indokolt itthon védőoltásban részesíteni.

Az Egyesült Államokban a napokban közöltek kisállat-kereskedésekből származó rágszálók által terjesztett, polirezisztens Salmonella-járványt. A hobbiállatok Q-lázat is gyakran terjesztenek. Gyakori a microsporiasis, de ez többnyire ártalmatlan bőrfertőzés. Az egzotikus állatok otthoni tartásának az a legnagyobb veszélye, hogyha tőlük fertőzödünk, a tapasztalat hiánya miatt nem valószínű, hogy bárki megfejtene a diagnózist. A játszótereken ürítő kutya és macska elsősorban a kicsikre jelent veszélyt: a féregpeték többségének és a toxoplasma oocystájának pár napig érnie kell a nedves talajban, hogy fertőzőképessé váljon. Játék közben a tipegőkorú gyermekek könnyen fertőződhetnek.

– Több, szúnyogok által terjesztett zoonosist ismerünk. Terjeszthetnek-e az európai szúnyogok a maláriához hasonló súlyos betegségeket?

– A malária az 50-es évekig endémiás volt Magyarországon is. DDT permetezésével és a mocsarak lecsapolásával sikerült ugyan kiűzni, de a klímaváltozás következtében a behurcolás kockázata növekszik. Az említett Chikungunya-láz korábban csak a trópusokon fordult elő, újabban megjelent az Amerikai Egyesült Államok és Európa déli területein. Az 1999-es keleti parti megjelenést követően öt év alatt szétterjedt az Egyesült Államokban a West-Nile-vírus-fertőzés, több mint 7000 központi idegrendszeri megbetegedést okozva. Ez a szúnyog által terjesztett encephalitis nálunk is előfordult. Több európai országban okozott járványokat, nálunk még nem.

– Aktualitását tekintve ma a madárinfluenza az emberiséget leginkább fenyegető zoonosis. Reménykedhetünk-e védőoltásban, vagy félt, hogy pandémiát fog okozni?

– Addig beszélünk madárinfluenzáról, amíg az nem, vagy csak kivételesen terjed emberről emberre. Tehát a madárinfluenza nem okozhat pandémiát az emberek között. A félelmet az okozza, hogy a madárinfluenza vírusával, a H5N1-es variánsal eddig megfertőződött mintegy 200 ember fele(!) meghalt. A félelem további oka, hogy most úgy tűnik, rövid idő alatt létrejöhet ennek a vírusnak az emberről emberre terjedő változata. Amennyiben ez az új vírus megőrzi az 50%-os halálozást okozó patogenitását, akkor a spanyolnáthánál sokkal súlyosabb, több százmillió halálalal járó pandémia jöhet létre. Ez a vírus azonban már emberi influenzavírus lesz. A nemzetközi utazások mai intenzitása mellett a kórokozó napok alatt bejárhatja a Földet. Emiatt a mostani vírussal szemben kifejlesztett vakcina nagyobb tételű rak tározása szerencsés lehet, de csak akkor, ha az új vírus antigenitása sokban egyezik a ma ismert variánsal. Az biztos, hogy a vakcinatermelés el fog maradni a szükségletektől. Gyakorlatilag csak a nemzeti vakcinatermeléssel rendelkező országok lakossága fog oltáshoz jutni, így Magyarország helyzete kivételesen jó. Szerencsés esetben a vírus megőrzi érzékenységét az ellene kifejlesztett kemoterápiás szerek iránt. Nem kétséges, hogy járvány esetén a kereslet e téren is meghaladja majd a lehetőségeket. Egy ilyen súlyos járvány során az egészségügyi ellátás napok alatt összeomlik. A legsúlyosabb probléma karhatalmi jellegű: a felhalmozott gyógyszer- és oltóanyagkészleteket meg kell tudni védeni, hatékony kijuttatását pánikhelyzetben is biztosítani kell. Pandémia biztosan lesz, csak az a kérdés, hogy mikor, és vajon a korábbi járványoknál nagyobb arányú halálalalalal fog-e járni? Minden pandémia-mentes évvel növekszik a pandémia valószínűsége.

– Kérhet-e a háziorvos (s ha igen, hol?) szerológiai vizsgálatot, ha a tünetek és az előzmények alapján zoonosis gyanúja merül fel; vagy egyenesen infektológushoz kell küldeni a beteget?



– A szerológiai vizsgálat könnyen kivitelezhető, azonban értékelése már nehezebb. A klinikusok elenyészően kis csoportja ismeri a szerodiagnosztika alapjait. Gyakran a vizsgálatot végző, illetve azokat ellenőrző orvos sem tudja, hogy az adott eljárás mennyire érzékeny és specifikus, más szóval mennyire megbízható. A legtöbb súlyos zoonosis esetében a kezdeti tünetek idején még nincs szerológiai reakció, tehát a lelet félrevezetően negatív lesz. Sok esetben nem is áll rendelkezésre a megfelelő szerodiagnosztikai egységcsomag (kit). Minden infekcióban speciális szabályok érvényesek, mikor, milyen mintát és milyen módon kell(ene) vizsgálni. Ehhez még az is szükséges, hogy az adott minta a megfelelő laboratóriumba kerüljön, ahol a vizsgálatot el is tudják végezni, és az eredményt is hitelesen interpretálják. Vannak például olyan Lyme-tesztek forgalomban, amelyeknek állapozitivitása meghaladja az 50%-ot! *Biztos vagyok abban, hogy szerológiai vizsgálatokat csak jól képzett infektológusnak szabadna kérnie,* és a laboratóriumok ez irányú ténykedését is sokkal szigorúbban kellene ellenőrizni. *Szerológiai vizsgálatot csak ezen a téren jártas mikrobiológusnak szabadna végeznie.*

– Ma már ismerjük a Lyme-betegség kései tüneteit. Milyenek a kilátásai egy borreliafertőzést kapó betegnek? Vannak-e újabb kezelési lehetőségek?

– Nincsenek újabb kezelési lehetőségek. A jelenleg rendelkezésünkre állók eredményesen használhatók, és minden orvosnak szigorúan tartania kellene magát az ajánlásokhoz. „A Lyme-betegség kezelése” című dolgozat (Gyógyszereink 1999;49:88-92.) kéziratát fellelhető a következő honlapon: http://kullancs.hu/orvosoknak_al.php?lang=hu&pageID=2&id=10&pid=2. A Lyme-betegség csaknem mindig jól gyógyítható. Szinte kizárólag az orvosi ténykedések (immunszuppresszív vagy inadekvát antibiotikum-kezelések) következményeként fordulnak elő súlyos, nehezen befolyásolható vagy gyógyíthatatlan esetek. Amennyiben a beteg nem gyógyul, majdnem biztos, hogy diagnosztikus tévedésről vagy helytelenül alkalmazott kezeléstről van szó. A legtöbb

problémát a szerológiai vizsgálatok okozzák. A nemzetközi ajánlások (http://kullancs.hu/admin/uploads/european_guidelines_for_dx_tbd.pdf) szűrővizsgálatként egy túlérzékeny (erősen álpozitív) ELISA-vizsgálatot javasolnak, és csak az ezzel kapott pozitív eredmény esetén végzik el a sokkal drágább Western-blot-vizsgálatot. Ez a tisztán gazdasági megfontolásból alkalmazott kétlépcsős eljárás egyben azt is jelenti, hogy csak a Western-blot-vizsgálat eredményét lenne szabad kiadni. A laboratóriumok bizonytalanságára utal, hogy ez sohasem így történik. A beteg, illetve háziórvosa kézhez kapja az egymásnak ellentmondó, tipikus esetben pozitív ELISA- és negatív Western-blot-eredményeket. A beteg és orvosa csak azt látja, hogy az „egyik eredmény pozitív”, és alig fordul elő, hogy e lelet birtokában a beteg ne részesülne antibiotikum-kezelésben, pedig ebben a szituációban a szerológiai diagnózis egyértelmű: a lelet negatív. Még súlyosabb baj, hogy gyakran negatív az ELISA- és pozitív a Western-blot-vizsgálat eredménye, sőt, nemritkán az egyikben az IgM, a másikban az IgG pozitív: ez egyértelműen jelzi a szerodiagnosztika csődjét.

– Mennyire megbízhatóak a Lyme-szerológiai eredmények?

– Semennyire. Érdemes végigkövetni az alábbi számsort: Magyarországon a Lyme-betegség becsült incidenciája 1/1000. A Borrelia szerológiai tesztjének elvárható maximális specifikitása 99% (az egészséges emberek 1%-a pozitív.) Az elérhető legjobb szenzitivitás 70%, mivel a „hamis” negatív eredmények főleg a gyakori, korai formákból adódnak, amikor még nem alakult ki az immunválasz. 10 000 ember szűrővizsgálata (a 99%-os specifikitásból adódóan) 100 (1%) álpozitív eredményt fog adni, és mindössze 7 (az incidenciából adódó 1 ezrelék 70%-a) valódi pozitívát. A pozitív eredmény prediktív értéke, azaz, hogy a pozitív lelet mögött valóban most zajló Lyme-betegségről van szó:

$$vp/\acute{o}p = 7/107 = 6,5\%!!!$$

(vp: valódi pozitív, $\acute{o}p$: összes pozitív)

Másképpen fogalmazva: a hiba valószínűsége 93,5%! Fontos kiemelni, hogy a fenti számsor a szűrővizsgá-

latra vonatkozik, ami megfelel a mindennapi orvosi gyakorlatnak: „Vizsgáljuk meg, hátha találunk valamit!” Hangsúlyozni kell azt is, hogy ma nincs kereskedelmi forgalomban olyan Lyme-teszt, amely a fenti példában bemutatott ideális specifikitású és szenzitivitású lenne.

Mi következik ebből? Amennyiben a vizsgálatot kérő orvos bizonytalan a klinikai tünet és a kapott szerológiai eredmény közötti ok-okozati összefüggést illetően, a beteget szakértőhöz kell küldeni. Vonatkozik ez arra az esetre is, ha nem következik be javulás az alkalmazott antibiotikum-kúra hatására. Semmi értelme sincsen újabb és újabb kezeléseket elrendelni. Az ilyen helyzetekben nagy a kockázata annak, hogy a Lyme-betegség téves diagnózisa miatt végül elmaradnak azok a vizsgálatok, amelyek a baj valódi okát felfedhetnék.

– Alkalmasak-e a szerológiai vizsgálatok a Lyme-betegség gyógyulásának megítélésére?

– A szeroprogredió vagy szeroregresszió megítéléséhez a vizsgálatokat különleges technikával kell(ene) végezni. Az ELISA – jelentős háttérzaja miatt – alkalmatlan a Lyme-betegség gyógyulásának vagy perzisztálásának kimutatására. Ez szerepel is csaknem minden teszt leírásában, de a vizsgálatot kérő orvosok nem tudják, nem is tudhatják ezt. A Western-blot-vizsgálat eredménye is csak abban az esetben értékelhető, ha a legalább három hónapos különbséggel levett két vérmintát párhuzamosan vizsgálva határoznák meg a két minta közötti különbséget. Ez az eljárás feltételezi, hogy a mintákat megőrzik, megfelelő hőmérsékleten tárolják, katalogizálják, és az újabb minta beérkezésekor, azzal párhuzamosan (tehát ismételt) meghatározzák. Ez azért fontos, mert a laboratóriumi mérések közti ingadozás elég nagy, és emiatt a különböző időpontokban végzett vizsgálatok már nem hasonlíthatók össze. A betegben végbemenő változás mértéke olyan csekély, hogy ezt jóval meghaladja a mérések napi ingadozása. Az úgynevezett összehasonlító vizsgálatok értékelése rendkívüli gyakorlatot igényel. A keresztreakciók miatt ugyanis nem minden újonnan megjelenő antitest jelent valódi progressziót. Például



egy újonnan megjelenő hősokkprotein-antitestet nem szabad progresszióként értékelni. Ugyanez vonatkozik a csillóantitestekre is, meg még sok egyéb antitestválaszra.

Nyilvánvaló, hogy a fenti feltételek többsége nem teljesülhet, mert csak néhány laboratóriumban teszik el a mintákat. Ha meg is őrzik, nem végezhetnek rutinszerűen kettő, három, esetleg négy mérést egyetlen vizsgálat OEP-támogatásából.

– Milyen mértékben támaszkodhatunk a klinikai tünetekre a Lyme-betegség diagnózisának felállításakor?

– Külön fejezet a kórkép legfontosabb klinikai tüneteinek hibás interpretálása. A legjellegzetesebb klinikai tünet, az erythema migrans az esetek nagy részében könnyen diagnosztizálható. A legjellemzőbb formák a következő honlapon tekinthetők meg: <http://kullancs.hu/kepek.php?pageID=5>. A lehetséges variációk száma azonban csaknem végtelen, és még a tapasztalt klinikus is könnyen tévedhet. Napon-ta találkozom típusos erythema migranstól szenvedő beteggel, akinél a bőrjelenséget korábban pókcspésnek (ez valójában ritka, és mindig centrális nekrozissal jár), gombás fertőzésnek (szinte mindig hámlik, és a széli részen a bőrből kiemelkedik), allergiának (viszket, gyorsan múlik, majd másutt megjelenik) véleményezték. Hogyha bőrgyógyász látja először a beteget, meglepően gyakori, szinte törvényszerű, hogy még helyes diagnózis esetén is rendel valamilyen lokális, többnyire szteroidterápiát. (A Lyme-folt perzisztálása jelzi a kórokozó túlélését, emiatt indikátornak kell tekinteni, amit nem szabad helyi kezelésekkkel befolyásolni!) A szteroidkezelés egyértelműen rontja a beteg gyógyulását az esélyeit.

Leggyakrabban a microsporiasis (tinea cutis), a granuloma anularé, az erythema nodosumot és a morpheát kórismézik tévesen borreliafertőzésnek. A microsporiasis lassan növekszik, átmérője többnyire – hacsak nem

kezelik szteroiddal – nem haladja meg az 5 cm-t. A széli rész kissé felhányt, töredezett, barnás színű, közepe hámlik. Mindig kideríthető macskakontaktus (elegendő beleülni egy olyan fotelba, amiben pár napja egy cica tanyázott). A granuloma anulare a széli részen papulosus, a bőrből kiemelkedik, itt tömöttebb tapintatú. Az erythema nodosum a centrumában tömött, a bőrből kiemelkedik, az erythema a szélek felé fokozatosan halványul el. Gyakran a sípcsont felett keletkezik, és szinte mindig többszörös, fájdalmas elváltozás. A morphea többnyire könnyen elkülöníthető. Van azonban olyan formája is, ami megtevesztésig hasonlít az erythema migransra. Ilyen esetben is jellemző a morpheára, hogy a felszíne – sűrű fényben jól láthatóan – a környezeténél fényesebb, kissé csillogó. A fix gyógyszerexantheme ritka bőrelváltozás, elkülönítése nem mindig könnyű. Jellemző, hogy nem növekszik, széle csaknem mindig éles, tapintásra tömöttebb a környezeténél, kialakulása összefügg gyógyszer szedésével. Amennyiben a javasolt antibiotikumok valamelyikére (penicillin, amoxicillin, doxycyclin, cefuroxim) az erythema nem javul, nagy valószínűséggel hibás volt a diagnózisunk.

Az erythema migrans jelentősége különösen nagy, mert segítségével a betegség már akkor felismerhető, amikor a vérvizsgálati eredmény még negatív, és még nincsenek szisztémás tünetek sem. Megfordítva: az erythema migrans felismerése esetén nem szabad a laboratóriumi vizsgálat eredményétől függővé tenni a kezelést. Amennyiben nem vagyunk biztosak a kórismében, betegünket küldjük infektológushoz! Pár napos várakozással nem kockáztatjuk betegünk egészségét: 5 cm-esnél kisebb foltot ne kezeljünk, inkább várjunk néhány napot!

– Van-e magzatkárosító hatása a Lyme-betegségnek?

– Az eddigi adatokból úgy tűnik, hogy magzatkárosító hatás csak akkor jön létre, ha az infekció a terhesség alatt követ-

kezett be. Amennyiben azt megelőzően fertőződött a nő, akkor a teherbe esés előtt kialakuló anyai immunitás valószínűleg megakadályozza, hogy a kórokozók a magzatba jussanak, még akkor is, ha a beteget nem kezelték.

A terhesség időszakában akvirált fertőzés hatására magzati károsodás akkor következhet be, ha a kismama nem kap antibiotikumot (ceftriaxon: Rocephin 1×2 g 90 kg alatt, felette 1×3 g iv., vagy im. 15 napig.). Művi abortusz, amniocentesis vagy császármetszés nem indokolt, sőt, súlyos hibának tekinthető. Terhesség esetén a Lyme-fertőzésnek még a gyanúja is specialista bevonását igényli!

– Hova küldheti a háziorvos a Lyme-betegség tüneteivel jelentkező beteget?

– Magyarországon furcsa helyzet alakult ki. Az erythema migransszal jelentkező betegek nagy része bőrgyógyászhoz kerül. Ennek az lehet az oka, hogy mielőtt a Lyme-betegséget mint klinikai entitást leírták volna, az erythema migranst – számos más kerek, növekvő bőrelváltozás egyikeként – a bőrgyógyászat tárgyalta. Azóta már tudjuk, hogy ez az egész szervezetet érintő fertőzés, és a Lyme-folt csupán szerencsés, korai megnyilvánulása egy idült fertőző betegségnek. A logikus az lenne, hogy az erythema migrans ellátása – a betegség természetének felismerésével párhuzamosan – a bőrgyógyásztól az infektológus irányába toldódna el. Ehelyett sokszor még Lyme-arthritis vagy neuroborreliosis feltételezésekor is bőrgyógyászokhoz irányítják a beteget; nemegyszer sebészhez kerülnek. Nyilvánvaló, hogy csak az infekciókhoz és a szerodiagnosztikához értő, a témában jártasságra szert tett kollégák vállalhatják ennek a betegségnek a kezelését. A diagnózis felállítását, illetve a kezelést a nemzetközi és a hazai ajánlásoknak megfelelően kell végezni. A korrekt ellátással megkímélhetjük a betegeket a felesleges szenvedéstől és a szövődmények kockázatától is.



ELŐZŐ TÉMÁNKHOZ

Folyóiratunk januári számában a geriátriával foglalkoztunk. Az utólag érkezett kérdésre szakértőnk, dr. Boga Bálint válaszol.

– Törvényszerű-e az idős emberek mentális hanyatlása? Mi a veszélye annak, hogy pszichiátriai kórképeket, például a depressziót a demencia számlájára írjuk, és nem megfelelően kezeljük? Melyek az Alzheimer-kórra jellemző korai tünetek? Melyek azok a gyógyszerek, amelyeket a háziorvos is felírhat? Mikor kell egy idős embernél depresszió elleni kezelést kezdeni, nem rontja-e ez a kognitív funkciókat?

– Az időskorúak mentális hanyatlása nem törvényszerű. Bizonyos változások azonban bekövetkeznek, romlik

például az úgynevezett fluid (folyékony) intelligencia, azaz a gyors információ rögzítés, helyzetfelismerés, viszont erősödik az úgynevezett kristályosodott (kristallizált) intelligencia, azaz a logikai összefüggések felismerése, a meglévő ismeretek gazdagodása, a holisztikus gondolkodás stb. A mentális hanyatlás a rövid és hosszú távú memória zavarát, a végrehajtó tevékenységek beszűkülését, gátoltságát jelenti. Gyakran jelentkezik nem progrediáló, korfüggő memóriazavar, de ez a mindennapokban nem jelent problémát, tehát nem hanyatlási állapot. A kismértékű, de globális beszűkülés már patológiás, az ebben szenvedők egy részénél demencia, elsősorban Alzheimer-kór alakul ki. Kezdeti tünetei: az adott személy nem ért meg összetett mondatokat, strukturált szöveget, logikátlanul ismétli önmagát, elveszti a beszélgetés fonalát, témát téveszt, átlagos szavakat felejt (körülírással pótolja), értelmetlen kommentárt fűz témákhoz, számolása nehezített, megbeszélte

gokat elfelejt, ismert helyen eltéved, rutinfeladatokban téveszt (autóvezetés, főzés, öltözködés), teljesítménye erősen romlik megosztott figyelem szükséglete esetén. Olykor depresszió áll mindezek hátterében (pseudodementia), de a demenciák 40%-a depresszióval jár. A depresszió felismerésére rendelkezésre áll egy egyszerű teszt (GDS: geriátriai depressziós skála); ezt a háziorvos is használhatja, azonban minden demenciára vagy depresszióra gyanús beteget pszichiáterhez kell küldeni. Pseudodementia esetén a kognitív funkciók az SSRI (szelektív szerotonin-újrafelvételt gátlók) típusú antidepresszánsok hatására javulnak, ellenben a triciklikus szerek némi negatív mentális hatást okozhatnak. Az úgynevezett nootropikumoknak (Cavinton, Nootropil, Sermion, ginkgo biloba készítmények, Enerbol, illetve Alzheimer-kór esetén az Aricept, Exelon) a demencia alakulására kifejtett átmeneti stabilizáló, esetleg előnyös, javító hatását igazolták.

VÁRJUK KÉRDÉSEIKET ÉS ESETLEÍRÁSAIKAT!

Tisztelt Olvasóink!

A Háziorvosi Fórumot két éve indítottuk. A visszajelzésekből úgy ítéljük meg, Önök szívesen olvassák a kollégák kérdéseire válaszoló szakértők véleményét.

Témáinkat mostantól több hónapra előre meghirdetjük, hogy még több idő álljon rendelkezésükre. Leveleiket határidőtől függetlenül várjuk és folyamatosan dolgozzuk fel. Ha egy-egy kérdés „lekési a csatlakozást”, akkor később visszatérünk rá.

Áprilisi számunktól bővítjük a rovatot: a háziorvosi gyakorlatban előforduló, érdekes vagy problémás, valamiképpen tanulságos kórtörténeteket teszünk közzé, a fórum aktuális havi témájához kapcsolódva. Úgy hisszük, egy-egy valószínű eset nem csupán illusztrálja vagy kiegészíti az ismeretanyagot, hanem „emberkö-

zelbe” is helyezi, ezzel segítve a tudás elraktározását.

Biztatjuk a háziorvos kollégákat, küldjék be röviden összefoglalt esetismertetőiket. Az optimális terjedelem hozzávetőleg 2000 karakter, azaz egy-másfél kézirattoldal. Szívesen közlünk illusztrációként egy-két képet is, a beteg identifikálására alkalmas adatok mellőzésével.

Számítunk kérdéseikre és esetleírásaikra!

*dr. Kramer Imre
és dr. Holvay Endre rovatvezetők*

Kérjük, hogy leveleiket az alábbi címre küldjék:
DR. KRAMER IMRE
Postacím: Lege Artis Medicinae,
1539 Budapest, Pf. 603.
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu

Tervezett témáink és szakértőik:

Március: Endokrinológia,

prof. dr. Gláz Edit

Április: Szენvedélybetegségek,

dr. Szemelyácz János

Május: Bēlbetegségek – diagnosztika és terápia,

prof. dr. Simon László,

prof. dr. Lonovics János

Június: Onkohematológia,

dr. Benedek Szabolcs

Július: A gasztroenterológiai

sebészet újabb lehetőségei

és határai,

prof. dr. Jakab Ferenc

Augusztus-szeptember:

Kardiológia: szívélgtelenség,

dr. Czuriga István

A válaszok a felkért szakemberek egyéni szakmai tapasztalatát és véleményét tükrözik.