

# MEDICUS Universalis

A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete tudományos folyóirata

**ALAPÍTVÁ 1967**

[www.medicusuniversalis.hu](http://www.medicusuniversalis.hu)



[www.medicusuniversalis.hu](http://www.medicusuniversalis.hu)

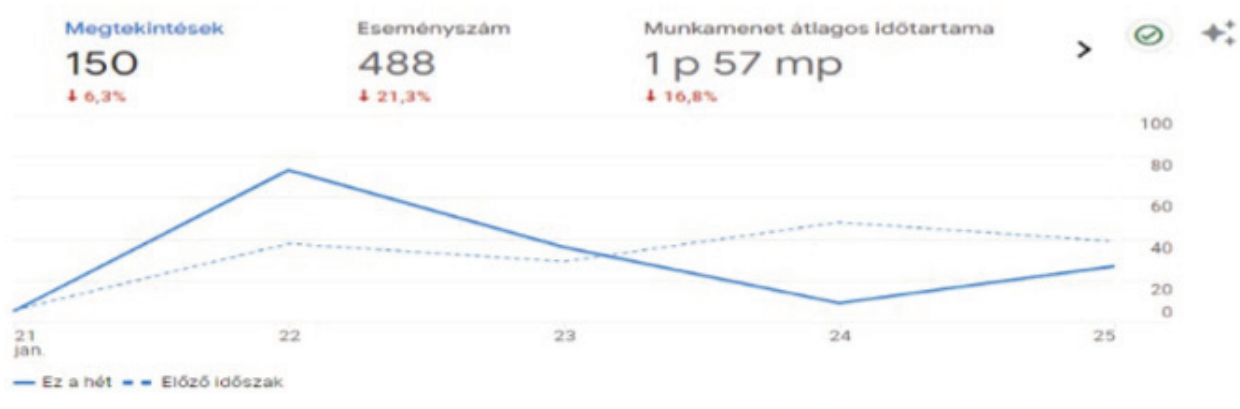
## A 2023-as év tesztüzeme 2024-re éles működésre állt át

2023-ban a Medicus Universalis hagyományos nyomdai úton megjelenő lapszámait elektronikus úton is eljuttatták a tisztelt olvasókhöz. A tesztüzem az év végéig tartott és 2024-től már élesben működik. Meglepő és szívet melengető volt látni az olvasottságot és különösen, hogy az elektronikus tér hova röpíti el a lapot és talál olvasókra. [olvashatók a 22. és 25. oldalakon]

Az olvasottság szorosan összefügg a kiküldött Hírlevéllel, ami megelőzi 10-15 nappal a hagyományosan szerkesztett lap megjelenését, illetve közvetlenül a megjelent lapszámot. A hírlevél olvasók a rövid figyelemfelhívó ismertető alapján lépnek a weboldalra és olvashatják a teljes tartalmat. A következő két ábra a decemberi szám három alkalommal kiküldött hírleveleihez kapcsolódó olvasási statisztikákat tartalmazza. Az első ábra a karácsony előtti és az év eleit kiküldéshez kapcsolódott. A % számok az előző értesítőkhöz történő változás mértékét mutatják. A karácsonyi olvasási időtartam csaknem elérte a 6 percet.



1. ábra: A Medicus Universalis weboldal látogatottsági statisztikája (2023.12.24-2024.01.14.)



2. ábra: A Medicus Universalis weboldalának látogatottsági statisztikája (2024.01.21.-2024.01.25.)

Bár látszólag a látogatottság visszaesett, ez azért nem állja meg a helyét, mert előző időszakban kiküldtünk 1450 hírlevelet, és abból 459 látogatottságunk volt (31,6%), míg most kb. 400 email ment ki és ebből jöttek 150-en (37,5), ha arányaiban nézzük, akkor nőtt a látogatottsági szint. Viszont a tartózkodási idő felére esett. Mindkettőnek az oka, hogy ekkor kerültek el az első Hírlevelek a Bethlen Gábor Alapkezelő jóvoltából a Vajdaságba, a Felvidékre és Erdélybe. A változás és annak mértéke a februári statisztikák fogják megmutatni.

Megvalósult  
a Magyar Kormány  
támogatásával



# MEDICUS Universalis

A MAGYAR ÁLTALÁNOS ORVOSOK TUDOMÁNYOS  
EGYESÜLETE TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

LVII. ÉVFOLYAM 1. SZÁM | 2024. FEBRUÁR

Főszerkesztő: Dr. Hidas István †  
Felelős szerkesztő: Dr. Balogh Sándor  
Főmunkatárs: Dr. Papp Renáta

**A szerkesztőbizottság tagjai:** Dr. Bányai Elek, Prof. Dr. Blaskó György, Prof. Dr. Bodó Miklós, Prof. Dr. Dobozy Attila, Dr. Fülep László, Dr. Füredi Gyula, Dr. Garay Erzsébet, Prof. Dr. Géher Pál, Dr. Gógl Árpád, Prof. Dr. Gömör Béla, Prof. Dr. Hajnal Ferenc, Prof. Dr. Ilyés István, Prof. Dr. Kovács Attila, Dr. Margittay Erzsébet, Prof. Dr. Nagy Lajos, Dr. Schmidt Péter, Dr. Simek Ágnes, Prof. Dr. Sótonyi Péter, Prof. Dr. Süveges Ildikó, Prof. Dr. Tulassay Tivadar, Prof. Dr. Z. Szabó László.

**Szerkesztőség címe:** 1041 Budapest, Görgey u. 40.

**e-mail:** [generalm@t-online.hu](mailto:generalm@t-online.hu)

**Web:** [www.medicusuniversalis.hu](http://www.medicusuniversalis.hu)

**Kiadja:** Generálmed-Press Kft. **Tördelés és nyomdai előkészítés:** Typotop Kft. **Lapterv:** Szerif Kiadó

A kéziratokat nem őrizzük meg!

Akkreditált folyóirat.

ISSN 0133-1973

Index: 26515



**BERLIN-CHEMIE  
MENARINI**

*Innovációval az életminőség javításáért.*



**Boehringer  
Ingelheim**



## Tartalom

- **Hogyan kezeljük a szívelégtelenséget?**  
[Dr. Simonyi Gábor] >>> **3**
- **Kardiometabolikus rizikóállapotok háziiorvosi gondozásának szempontjai**  
[Dr. Ilyés István] >>> **7**
- **A súlyfelesleg és annak csökkentése. I. rész**  
[Dr. Bajnok László] >>> **11**
- **Nagysikerű szakmai tudományos továbbképzés Győrben a MÁOTE társzervezésében „Kappéter István az igazi Medicus Universalis”**  
[Dr. Schmidt Péter, Dr. Nováky Erzsébet, Dr. Balogh Sándor] >>> **15**
- **Hospice ellátórendszer áttekintése ma Magyarországon**  
[Lukács Miklós, Dr. Hegedűs Katalin] >>> **19**
- **Folyóirat és könyvreferátum** >>> **23**
- **Szerkesztőségi rovat** >>> **29**
- **Dr. Örkényi Rudolf Markusovszky díja** >>> **29**
- **A dohányzás káros az egészségre** >>> **33**

# MEDICUS Universalis

A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete tudományos folyóirata

on-line

ALAPÍTVÁ 1967

[www.medicusuniversalis.hu](http://www.medicusuniversalis.hu)

2024. január 1-től a Medicus Universalis nyomtatott példányai korlátozott számban jelennek meg. A jövőben a MÁOTE tagok és az egyetemek családorvosai intézetei számára, velük együttműködve, valamint a Medicus Universalis címlistája alapján mintegy kétezer olvasóhoz, továbbá a tiszteletpéldányokat elektronikus úton továbbítjuk a tisztelt olvasókhoz. Az egyes lapszámok megjelenésekor Hírlevelet küldünk az aktuálisan megjelent lapszámról és tartalmáról. Az évi 5, szerkesztett lapszámok között további hírleveleket küldünk ki, aktuális témákról, információkról. Valamennyi hírlevél, lapszám a [www.medicusuniversalis.hu](http://www.medicusuniversalis.hu) weboldalon bármikor elérhető.

[SZERKESZTŐSÉG]

## A múlt, a hagyományokra építünk

2024 reményeink mellett 2023-ra emlékezve sem lesz könnyű. Nem elég a covid utóhatásairól elmélkedni, de a tanulságait sosem lesz szabad elfelejteni! Még fel sem ocsúdtunk a covid-ból és jött a szomszédban a háború, amiben a legnagyobb veszély nem a szomszédság, hanem az a gazdasági teher, minek mi különösen kitétek vagyunk. És ha még ez sem volt elég, jött az újabb háború, ami újabb teher a mi boldogulásunkban is. Sem ez sem az a háború nem látszik nyugodni, sőt a kilátások bizonytalanok.

A múlt tanulságokkal jár és segíthet a jövő kihívásaira választ adni. Sosem vezet rosszra és segít a jövő keresésében a múltra emlékezni. A múlt alapja a jelennek és segítője a jövőnek. Remélve, hogy a múlt segítségünkre lesz emlékezzünk, ismerjünk meg egy keveset belőle! A XX. század második fele a körzeti orvosok, az általános orvosok demokratikus szerveződésének nagy évei voltak. 1959-ben Bécsben megalakult a Societas Internationalis Medicinæ Generalis, a SIMG, amely az 1995-ös WONCA Europe-ba olvadt (World Organisation of National Colleges and Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). A SIMG Klagenfurtban működött. A SIMG és a DEGAM (Német Általános Orvosok Egyesülete 1966) minta volt és inspiráló hatást gyakorolt a MÁOTE (Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete 1967) megalakulására, az Egyesületet megalakító magyar körzeti orvosokra. A SIMG Hippokratés Medáljának egyik tulajdonosa között tudhatjuk Szatmári Mariannát, aki ott bábáskodott a MÁOTE megszületésénél is. Néhány éve a MÁOTE a MOTESZ-től vette át az UEMO tagegyesületi feladatait. A magyar házi orvosok munkájának elismerésének eredményeként az UEMO-t (Európai Családorvos Unió) 2011–2014 között magyar elnökség vezette. Az UEMO az Európa Tanácshoz kapcsoltan családorvosokat (általános orvosokat) képviselő szakmapolitikai szervezet, 1967-ben alapították és több mint fél millió házi orvos a korporatív tagja, változó létszámú országok tagságával, folyamatosan növekedő mértékben, 27 ország képviselteti magát benne.

A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete 1967. évi megalakulásától elért eredményének tekinti az általános orvostan szakképesítés 1974-től megszerzésének lehetősége mellett, a szakma országos intézetének létrejöttét. 1979. május elsején alapították meg a Pécsen az Országos Körzeti Orvosi Intézetet. Az Intézet a Pécsi Orvostudományi Egyetem Szervezési Intézetének bázisán kezdte el működését. Az akkor kiemelkedő jelentőségű esemény egyaránt volt elismerése az általános orvoslásnak, a körzeti orvoslásnak, és a Pécsi Orvostudományi Egyetemnek. Az akkori döntésnek kiemelkedő jelentőségű üzenete volt, hogy a számos országos intézet közül, melyek Budapesten működtek az első, amely vidékre, Pécsre került. Ezeket a mérföldköveket fontosnak tartjuk a mai alapellátás létrejötté tekintetében, amelyben a POTE és az OKOI úttörő szerepet vállalt és kapott. Méltán mondhatjuk ezt olyan történeti eseménynek, melynek emlékezete, erről történő megemlékezés a PTE-nek régi rangját fémjelzi, és a mait erősíti. Az OKOI megalakulásának 45. évfordulójára fogunk megemlékezni 2024 május 31-én Pécsen.

Prof. Dr. Balogh Sándor

# Hogyan kezeljük a szívelégtelenséget?

[Dr. Simonyi Gábor]

DBC Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Anyagcsere Központ

A szívelégtelenség gyakorisága emelkedő tendenciát mutat világszerte. A szívelégtelenség progresszív, súlyos magas mortalitással járó betegség. A kockázati csoportok célzott szűrésével, a korai diagnózissal és az irányelveknek megfelelő terápiával sokat javíthatunk a szívelégtelenségben szenvedő betegek életkilátásain.

## Bevezetés

Talán nem kellően ismert tény, hogy a szívelégtelenség a szív-, és érrendszeri halálozás egyik leggyakoribb oka. A szívelégtelenség gyakorisága a felnőtt lakosság körében kb. 2–3%-ra tehető, előfordulása 65 éves kor felett mintegy 10%. A szívelégtelenség prevalenciájának emelkedése hátterében számos tényező áll, amelyek közül a legfontosabbak: a várható élettartam növekedése, a szívelégtelenség kockázati tényezőinek (pl. hipertónia, 2-es típusú cukorbetegség, elhízás, koronária betegség) egyre gyakoribbá válása. A becslések alapján hazánkban mintegy 150-200 ezer szívelégtelen beteggel számolhatunk, míg az éves incidenciája 30-40 ezer beteg lehet (1, 2).

## Veszélyes betegség a szívelégtelenség?

A szívelégtelenség kifejezetten rossz prognózissal jár, mivel öt éves mortalitása mintegy 50%-os (!) (3). Ennek hátterében részben a szív pumpafunkciójának progresszív romlása, illetve a malignus ritmuszavarok állnak. A szívelégtelenségben szenvedők hospitalizációja igen gyakori, mivel állapotuk fokozatosan romolhat (1).

## Melyek a szívelégtelenség formái?

A szívelégtelenség egy klinikai szindróma, amelynek hátterében számos panasz (pl. légszomj, bokaduzadás és fáradtság) és tünet (pl. emelkedett jugularis vénás nyomás, pangásos szörtyözörek és perifériás ödéma) állhat. A terápia szempontjából fontos, hogy felderítsük a szívelégtelenség hátterében álló okokat (a szívelégtelenség hátterében álló strukturális és/vagy funkcionális rendellenességeket).

A szívelégtelenség osztályozása a bal kamrai ejek-

1.táblázat. Diagnosztikus kritériumok szívelégtelenségben az ejekciós frakció alapján

HFrEF	HFmrEF	HFpEF
Szívelégtelenségre jellemző panaszok±tünetek LVEF $\leq$ 40%	Szívelégtelenségre jellemző panaszok±tünetek LVEF 41–49%	Szívelégtelenségre jellemző panaszok±tünetek LVEF $\leq$ 50%
		A szív szerkezeti és/vagy funkcionális rendellenességeinek objektív bizonyítéka, amely összhangban áll a bal kamrai diasztolés diszfunkció jelenlétével/emelkedett LV töltőnyomással, beleértve a megnövekedett natriuretikus peptideket is

HFrEF: csökkent ejekciós frakciójú szívelégtelenség,

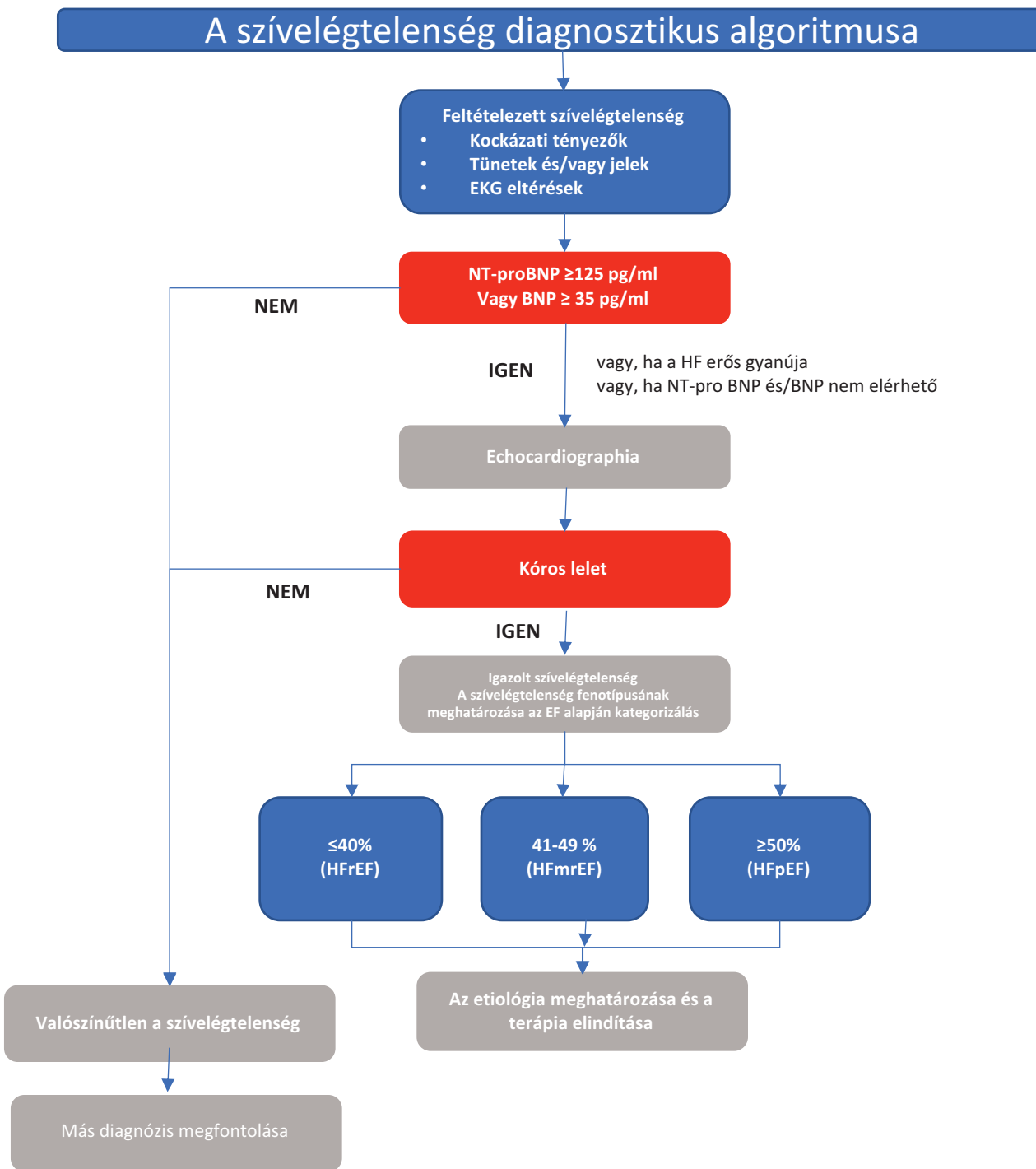
HFmrEF: enyhén csökkent ejekciós frakciójú szívelégtelenség,

HFpEF: megtartott ejekciós frakciójú szívelégtelenség,

LV: bal kamra

LVEF: bal kamrai ejekciós frakció

1. ábra: A szívelégtelenség diagnosztikus algoritmusa



ciós frakció (LVEF) meghatározásán nyugszik (1. táblázat):

1. csökkent ejekciós frakciójú- (HFrEF),
2. enyhén csökkent ejekciós frakciójú- (HFmrEF) és
3. megtartott ejekciós frakciójú szívelégtelenség (HFpEF) (1).

A mindennapos gyakorlat szempontjából fontos,

hogy szívelégtelenségben az ejekciós frakció változhat (csökkenhet, növekedhet). Pl. a HFrEF-beteg megfelelő kezelésekor javulhat az ejekciós frakció és a beteg ennek megfelelően a HFmrEF vagy akár a HFpEF kategóriákba is kerülhet. E betegeket új kategóriába sorolták (heart failure with improved EF = HFimpEF). Ennek feltétele, hogy a kezdeti  $\leq 40\%$  EF,

legalább 10 pontot javuljon és az EF ezt követően haladja meg a 40%-ot (4).

## Hogyan diagnosztizáljuk a szívelégtelenséget?

A szívelégtelenség diagnózisához ismernünk kell betegünk szívelégtelenségre utaló panaszait és/vagy tüneteit, ugyanakkor a kardiális diszfunkció objektív bizonyítékaira is fényt kell derítenünk (1. ábra). (5)

Melyek a típusos panaszok?

- légszomj,
- fáradékonyság
- lábdagadás

Azoknál a betegeknél, ahol az anamnézisben szívinfarktus, hipertónia, koszorúér-betegség, cukorbetegség, alkoholfogyasztás, krónikus vesebetegség (CKD) vagy kardiotoxikus kemoterápia szerepel, vagy akiknek a családjában előfordult cardiomyopathia vagy hirtelen halálestet, a szívelégtelenség diagnózisa sokkal valószínűbb (1).

## Milyen vizsgálatok szükségesek a szívelégtelenség diagnózisához?

A natriuretikus peptidek (NP-k) meghatározása a diagnózis kizárásának/megerősítése miatt igen értékes vizsgálatok, mivel az emelkedett NT-proBNP szint megerősítheti a kórismét. A 12 elvezetéses EKG és a mellkas RTG felvétel is fontos információkat hordozhat. A laborvizsgálatok során kérjünk teljes vérképet, eGFR-t, elektrolitokat, pajzsmirigyfunkciót, éhgyomri glükózt, HbA1c-t, lipideket és vaspanelt (TSAT és ferritin). Kardiológus kolléga az echocardiographiát követően a szükséges terápia indikálásában nyújt segítséget (1).

## Hogyan kezeljük a szívelégtelenséget?

A *csökkent ejekciós frakciójú szívelégtelenség (HFrEF)* gyógyszeres kezelésének fő célja a mortalitás csökkentése, a súlyosbodó szívelégtelenség miatti visszatérő kórházi kezelések megelőzése és a klinikai állapot, a funkcionális kapacitás és az életminőség (QOL) javítása.

HFrEF-ben számos hatóanyagcsoport rendelkezik a legerősebb I. A ajánlással:

1. ACE-gátló/ARNI (angiotensin receptor neprilysin inhibitor)
2. BB (béta-blokkoló)
3. MRA (mineralocorticoid-receptor antagonist)
4. SGLT2-gátlók (empagliflozin/dapagliflozin)

A terápia felépítésének módját és a hatóanyagok adagjait a kardiológusnak kell előírnia. Az SGLT2-gátlók előnye, hogy nem kell titrálni a dózist, és empagliflozinnál  $\geq 20$  ml/perc, míg dapagliflozinnál  $\geq 25$  ml/perc esetén is adhatók. SGLT2i-vel történő kezdés gyorsabb terápiabevezetést és kevesebb eseményt eredményez (6). A fentiekben túlmenően HFrEF-ben folyadékretenció esetén kacsdiuretikum adása is szükségessé válhat. Szívelégtelenségben fontos a betegek követése, szoros gondozása, amelynek egyik legfontosabb szereplője a háziorvos. A rendszeres ellenőrzéssel megelőzhető az állapotromlás, mivel megfelelő időben történhet a terápia módosítás (7).

A *mérsékelt csökkenő ejekciós frakciójú (HFmrEF)* kezelésre a legújabb ajánlásban már szerepelnek az SGLT-2-gátlók (dapagliflozin, empagliflozin) IA ajánlással. A pangásos tünetek csökkentésére diuretikumokat kell adni, míg megfontolható az ACEI/ARNI/ARB-k, MRA-k és a BB-k adása (II. b) (1).

A *megtartott ejekciós frakciójú (HFpEF)* kezelésében jelentős változások következtek be (1), mivel e kórforma kezelésében is kiemelkedő szerepet kaptak az SGLT-2-gátlók (dapagliflozin és empagliflozin), mégpedig a lehető legerősebb ajánlással (IA). Az új ajánlás szintén I A evidenciával javasolja a diuretikumok alkalmazását, illetve a szívelégtelenség kiváltó okának, valamint a kísérő betegségek megfelelő kezelését is (1).

## Hogyan gondozzuk szívelégtelen betegeinket?

Amikor szívelégtelenség gyanú merül fel, igen hasznos (megerősítés/kizárás) a natriuretikus peptidek meghatározása. Ha ezek értéke fiziológiás, akkor lényegében kizárhatjuk a szívelégtelenség lehetőségét (ha a BNP-érték  $< 35$  pg/ml, vagy az NTproBNP-szint  $< 125$  pg/ml). Abban az esetben, ha a natriuretikus peptidek szintje magasabb, akkor a szívelégtelenség diagnózisának megerősítésére kérjünk echocardiográfias vizsgálatot. E vizsgálat a szívelégtelenség különböző formáit is meghatározza (HFrEF,

HFmrEF, HFpEF). Amennyiben nem tudjuk a natriuretikus peptideket meghatározni, de a kockázati tényezők, az anamnesztikus adatok, a fizikális vizsgálat és az EKG alapján felmerült szívelégtelenség lehetősége, az echokardiográfia legyen az első vizsgálat. Fontos, hogy mindig keressük betegünk különböző kockázati tényezőit és a kísérőbetegségeit (1). A betegadherencia ebben a kórképben is kiemelkedő jelentőségű. A legújabb Európai ajánlásban kiemelt szerepet kapott a gondozás, fókuszálva a hazabocsátást követő első 6 hétre. Az ajánlásban szereplő gyógyszereket érdemes mielőbb elkezdni. A titrálható szereknél a legmagasabb, beteg által tolerált dózist mielőbb elérni a beteg szoros monitorozásán keresztül. Az ellenőrző vizitek során különös figyelmet kell fordítani a szívelégtelenség tüneteire és jeleire, a vérnyomásra, pulzusszámra, NT-proBNP értékekre, a káliumszint és az eGFR értékre. (1)

## Összefoglalás

A szívelégtelenség nagyon rossz prognózissal járó betegség. A szívelégtelenség korai felismerésében és a szívelégtelen betegek gondozásában kiemelt szerepük van a háziorvosoknak. Gyanú esetén végeztessük el a megfelelő vizsgálatokat és kérjük kardiológus kolléga segítségét. 2024-ben már HFpEF-ben (NYHA besorolás szerint II-IV funkcionális osztályú, tünetekkel járó, csökkent ejekciós frakciójú (LVEF<40%,) krónikus szívelégtelenségben szenvedő felnőttek kezelésére) is elérhetők az SGLT-2-gátlók (empagliflozin, dapagliflozin) emelt támogatással (70%33SzJ),

amely az jelenti, hogy kardiológus javaslatára háziorvos 12 hónapig írhatja e készítményeket (8, 9).

*A publikáció megjelenését a Boehringer Ingelheim tette lehetővé.*

*Az itt közölt információk a Szerző nézeteit tükrözik, amely eltérhet a Boehringer Ingelheim álláspontjától. A megemlített készítmények használatakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.*

SC-HU-03497 Lezárási dátum: 2024. 01.23.

## Irodalom

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al.; ESC Scientific Document Group. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2023;44(37):3627-3639. Erratum in: Eur Heart J. 2024;45(1):53.
2. Tomcsányi J.: Szívelégtelenségben szenvedő betegek halálózása hazánkban 2017-ben. Orv Hetil. 2020;161:1012-1014.
3. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, et al. More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. Eur J Heart Fail. 2001;3:315-322.
4. Gregory Gibson, MD; Vanessa Blumer, MD; Robert John Mentz, MD, FACC; Anuradha (Anu) Lala, MD, FACC; Universal Definition and Classification of Heart Failure: A Step in the Right Direction from Failure to Function. Jul 13, 2021.
5. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
6. Shen L, Jhund PS, Docherty KF, et al. Accelerated and personalized therapy for heart failure with reduced ejection fraction. Eur Heart J. 2022;43:2573-2587.
7. Nair R, Lak H, Hasan S, et al. Reducing All-cause 30-day Hospital Readmissions for Patients Presenting with Acute Heart Failure Exacerbations: A Quality Improvement Initiative. Cureus. 2020;12:e7420.
8. <https://www.pharmindex-online.hu/termek/jardiance-10-mg-filmtabletta-58916> (hozzáférés: 2024. 01. 07.)
9. <https://www.pharmindex-online.hu/termek/forxiga-10-mg-filmtabletta-57715> (hozzáférés: 2024. 01. 07.)



# Kardiometabolikus rizikóállapotok háziorvosi gondozásának szempontjai

[Dr. Ilyés István professzor emeritus]

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen

A háziorvos preventív tevékenységének fontos területe a kardiometabolikus rizikóállapotok időben történő felismerése, az érintett páciensek állapotának rendszeres ellenőrzése, az életmód változtatás és a szükséges gyógyszeres kezelés biztosítása. Az alábbi összeállítás a kardiometabolikus rizikóállapotok gondozásának legfontosabb szempontjait foglalja össze a háziorvos mézőpontjából.

## Elhízás

### Az elhízás jelentősége

Az elhízás a test zsírtartalmának kóros mértékű felszaporodása, ami másodlagos anyagcsere-eltérések és következményes kóros állapotok kialakulásához vezet. Emiatt krónikus betegségnek tekinthető, ami egyben komplex kardiometabolikus rizikóállapot. A leggyakoribb táplálkozási betegség; a hazai felnőtt populáció 40%-a túlsúlyos, 20%-a pedig elhízott.

### Az elhízás komplex diagnosztikája és kockázati csoportba sorolása

Komplex diagnosztika: családi és egyéni előzmény, fizikális vizsgálat, az elhízás fokozata és formája, rizikótényezők, kiegészítő vizsgálatok végzése a következmények felmérésére, szövődött és társ-betegségek, célszerv-károsodások keresése.

Kockázati csoportba sorolás: -igen nagy kockázat: ha az elhízás ide sorolható állapottal együtt fordul elő; -nagy kockázat: BMI > 40 kg/m<sup>2</sup>, az elhízás a metabolikus szindróma része, elhízás és 5-10% SCORE-érték

### Célértékek elhízásban

Igen nagy kockázatú állapot. Haskőrfogat: férfi < 94 cm, nő < 80 cm, BMI < 25 kg/m<sup>2</sup>

Nagy kockázatú állapot. Haskőrfogat: férfi < 102 cm, nő < 88 cm, BMI < 27 kg/m<sup>2</sup>

Ha az életmód-kezelés hatástalan, orvosi kezelés. Célkitűzés: 10% fogyás/félév, majd súlytartás

### Az elhízás kezelése és gondozása

Az elhízás kezelése - bázisterápia: életmód-változtatás (étrendi kezelés, fizikai aktivitás, magatartás-terápia); - az elhízás orvosi kezelése: gyógyszeres kezelés (orlistat), műtéti kezelés.

Gondozás: rendszeres vérnyomás ellenőrzés, fizikális vizsgálat, laboratóriumi és kiegészítő vizsgálatok, kísérőbetegségek ellenőrzése, kezelése

## Hypertonia

### A hypertonia jelentősége

A hypertonia kardiovaszkuláris rizikótényező, a kockázatbecslési eljárások alaptényezője. Következmenyei (stroke, ISZB, KVB) miatt kardiometabolikus rizikóállapot, önálló betegség. Hazai gyakorisága 40% körüli, az életkorral nő. Adekvát gyógyszeres kezelése a stroke- és a kardiovaszkuláris mortalitást csökkenti

### A hypertonia komplex diagnosztikája és kockázati csoportba sorolása

Komplex diagnosztika: családi és egyéni előzmény, fizikális vizsgálat, a hypertonia fokozatának megállapítása, rizikótényezők összegyűjtése, kiegészítő vizsgálatok végzése a szekunder hypertonia-formák felismerésére, a következmények felmérésére, a szövődött és társ-betegségek, célszerv-károsodások keresésére

Kockázati csoportba sorolás: -igen nagy kockázat: ha a hypertonia ide sorolható állapottal együtt fordul elő; -nagy kockázat: RR > 80/110 Hgmm, a hypertonia a metabolikus szindróma része, hypertonia és 5-10% SCORE-érték

## Célértékek hypertóniában

Igen nagy kockázat: <140/90 Hgmm. Diabetes mellitus fennállásakor: <140/85 Hgmm. Nephropathia és proteinuria esetén: <130/80 Hgmm.

Nagy kockázat: <140/90 Hgmm. Diabetes mellitus fennállásakor: <140/85 Hgmm. Nephropathia és proteinuria fennállásakor: <130/80 Hgmm.

Kis vagy közepes kockázat: <140/90 Hgmm.

## A hypertonia kezelése és gondozása

A hypertonia kezelése. Életmód-változtatás: étrendi kezelés (súlycsökkentés, kiegyensúlyozott táplálkozás, sóbevitel csökkentése, DASH diéta), adekvát fizikai aktivitás folytatása.

Gyógyszeres kezelés. Az azonnali gyógyszeres kezelés indoka, monoterápia vagy kombinációs kezelés kezdése, az egyes gyógyszer csoportok alkalmazásával

Gondozás. Rendszeres vérnyomás-ellenőrzés, fizikális vizsgálat, labor és kiegészítő vizsgálatok, egészségnevelés és tanácsadás, kísérőbetegségek ellenőrzése, kezelése.

## Dyslipidaemiák

### Dyslipidaemiák és jelentőségük

A dyslipidaemiák a lipoprotein-anyagcsere primer (genetikus) és szekunder (betegségek, gyógyszerek okozta) zavarai; bármely lipidparaméter eltérése a normálistól. Szerepük meghatározó az aterogenezis folyamatában. Az emelkedett T-C, LDL-C, Tg és a csökkent HDL-C szint az ateroszklerotikus eredetű kardiovaszkuláris betegségek bizonyított rizikótényezői. A hazai felnőtt lakosság 60%-ának a T-C, 40%-ának a Tg szintje emelkedett.

### A dyslipidemiák komplex diagnosztikája

Komplex diagnosztika: családi és egyéni előzmény, fizikális vizsgálat (tünetek keresése), lipidparaméterek vizsgálata (a non-HDL-C is), rizikótényezők, rizikóállapotok és a következmények felmérése, a szövődött és társ-betegségek, célszerv-károsodások keresése. Dyslipidaemia-formák elkülönítése: előzmények és a lipideltérések (Fredrickson fenotípusok) alapján. Primer és szekunder formák valószínűsítése; atherogen dyslipidaemia fennállása?

## A kockázati csoportba sorolás és a lipid-paraméterek célértékei

Igen nagy kockázat: Familiáris hypercholesterinaemia, dyslipidaemia ide sorolható állapotban, SCORE  $\geq 10\%/10$  év

Nagy kockázat: Atherogen dyslipidaemia, Familiáris atherogen dyslipidaemiák, SCORE: 5 - 10%/10 év

Igen nagy kockázat. T-C <3,5 mmol/l, LDL-C <1.8 mmol/l, Non-HDL-C:2,6 mmol/l

Nagy kockázat: T-C <4,5 mmol/l, LDL-C <2,5 mmol/l, Non-HDL-C:3,3 mmol/l, Tg <1,7 mmol/l, HDL-C ffi >1,0, nő>1,3 mmol/l.

## A dyslipidaemiák kezelése és gondozása

Kezelési lehetőségek: életmód terápia és gyógyszeres kezelés.

A gyógyszeres kezelés módjai: a statin kezelés elsődlegessége, statin + ezetimib (IMPROVE-IT), statin + fibrát, statin + omega-3-zsírsvav, statin mindenképp: ACS, stroke, krit. végtag ischaemia

Rendszeres ellenőrzés: fizikális és labor vizsgálat (lipidprofil, májfunkció, CK), ateroszklerózis jelei (UH, EKG...)

## Diabetes és elő-állapotai

### A diabetes és elő-állapotainak jelentősége

Gyakoriság: IFG 4,9%, IGT 2,2-8,6%, 2TDM: 7,5%, metabolikus szindróma: 25%. Kardiovaszkuláris kockázat 2TDM-ban 2-4 x nagyobb, az IGT és az IFG fennállása is növeli a kockázatot. A veseszövődmények aránya 10-30% 2TDM-ban, a vesepótló kezelésben részesülők 30%-a diabeteszes. A neuropathia a diabeteszesek egyharmadát érinti. A retinopathia évente 1000 esetben okoz vakságot. A diabetes-ellátás direkt és indirekt költségei a GDP 1%-ára tehetők.

### A diabetes és előállapotainak komplex diagnosztikája

Családi és egyéni előzmény (2TDM előfordulása, IFG és IGT, gesztációs diabetesz, nagysúlyú újszülött, PCOS, életmód jellemzők)

Fizikális vizsgálat (tünetek), kiegészítő vizsgálatok (RR, EKG)

Labor-vizsgálatok (ÉVC/OGTT, HbA1c, ketonuria, albuminuria...)

Egyéb rizikótényezők, rizikóállapotok és következmények, társbetegségek, célszerv-károsodások keresése.

Diabeteszes sürgősségi állapot? (VC>14 mmol/l, HbA1c>10%)

A diabetesz típusának megállapítása (2TDM vs. 1TDM)

Szövődmények a 2DM felismerésekor (retinopathia: fundus; nephropathia: GFR, albuminuria; neuropathia: formák kimutatása)

### Célértékek és céltartományok diabetesben

Éhomi VC <6,0 mmol/l, PP VC <7,5 mmol/l, HbA1c 6–8% céltartomány (életkor, diab.-tartam, szövődmény); egyéni célérték

RR <140/85 Hgmm (np/pu <130/80), T-C <4,5 mmol/l (igen nagy rizikó <3,5 mmol/l, LDL-C <2,5 mmol/l (igen nagy rizikó <1,8 mmol/l

### A diabetes és előállapotainak kezelése és gondozása

Glukoregulációs zavar (IFG, IGT): életmód-kezelés, ellenőrzés.

Manifeszt diabetes mellitus: életmód változtatás, orális antidiabetikum kezelés és/vagy inzulin terápia, társbetegségek (vérnyomás, zsírsanyagcsere-zavarok) és szövődmények kezelése.

Gondozási protokoll követése (fizikális vizsgálat, RR, labor, EKG, szemészet...)

## A krónikus vesebetegség (KVB)

### A krónikus vesebetegség és jelentősége

A KVB vese 3 hónapja észlelt strukturális és funkcionális eltérései, melyek rontják az egyén egészségi állapotát. Meghatározói az alapbetegség, a GFR és a proteinuria. Gyakorisága felnőttkorban 10–14%, az életkorral nő.

Leggyakoribb okai a diabetesz, a hypertonia és az ateroszklerotikus vese-károsodás; ritkábbak a glomeruláris, tubulointersticiális, vaszkuláris és kongenitális okok. Az aterogenezis felgyorsulása növeli a KM kockázatot.

A KVB diagnosztikus lehetőségek javulása növelte az alapellátás szerepét felismerésében és gondozásában

### A krónikus vesebetegség felismerése és komplex diagnosztikája

Felismerés: diabetes, hypertonia, koszorú-, cerebrális, perifériás érbetegségek, másrészt strukturális, szisztémás, öröklődő vese-húgyúti betegségek esetén célzott szűrővizsgálat.

A KVB kategorizálása a GFR és az albuminuria (A) alapján: GFR-stádiumok: 1.  $\geq 90$  ml/p., 2. 60–89 ml/p., 3. 30–59 ml/p., 4. 15–29 ml/p., 5. <15 ml/p. A-kategóriák: A1: 10 mg/nap és 10–29 mg/nap, A2: 30–299 mg/nap, A3: 300–1999 mg/nap és nephroticus mértékű albuminuria. GFR-stádium és A-kategória: kockázati csoportok: nincs, közepes, nagy, igen nagy többletkockázat áll fenn.

VI. MKKK: igen nagy kockázat: GFR<30 ml/p + proteinuria, nagy kockázat: GFR: 30-60 + proteinuria.

### Célértékek krónikus vesebetegségben

A MKKK kockázati csoportba sorolása az irányadó.

Igen nagy kockázat: BMI: <25 kgm<sup>2</sup>, háskőrfogat: <94cm (ffi), <80 cm (nő), T-C: <3,5, LDL-C: <1,8, non-HDL-C: <2,6 mmol/l

Nagy kockázat: BMI: <25kgm<sup>2</sup>, háskőrfogat: <94cm (ffi), <80 cm (nő), T-C: <3,5, LDL-C: <1,8, non-HDL-C: <2,6 mmol/l

Igen nagy és nagy kockázat: Vérnyomás: <130/80 Hgmm; ÉVC: <6,0, PPVC: <7,5 mmol/l; HbA1c: 6,0-8,0%

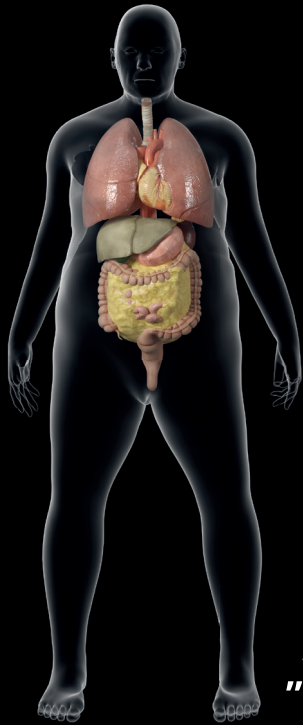
### Kezelés és gondozás krónikus vesebetegségben

Kezelés: specifikus kezelés az etiológia ismeretében; nem specifikus, rizikó alapú, egyénre szabott, vesevédő, a kardiometabolikus kockázatot csökkentő kezelés, ha az ok ismeretlen. Életmód-kezelés: testsúly normalizálása (BMI célérték); táplálkozás: kiegyensúlyozott tpl., de Na-bevitel 2–3 g/nap, fehérje-bevitel: 0,8–1,0 – 0,6-0,8 g/kg, sz.e. esszenciális aminosav pótlás (dietetikus!); rendszeres testmozgás. Gyógyszeres kezelés: vérnyomás-csökkentés (ACEI/ARB, Ca-satorna-bl., vízhajtó, sz.e.  $\beta$ -blokkoló); proteinuria-csökkentés (ACEI/ARB); lipidszintek normalizálása, hyperurikaemia th. Együtműködés a nephrológussal.

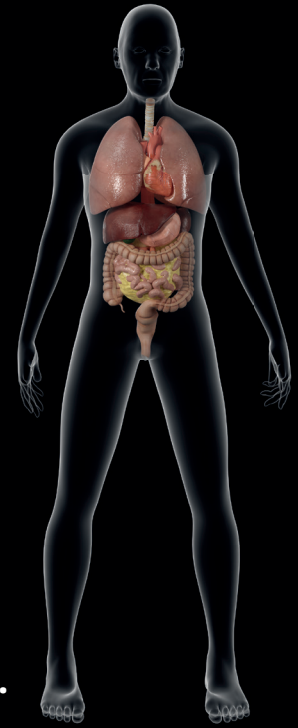
*A kézirat a kardiometabolikus rizikóállapotok gondozásával foglalkozó hazai szakmai irányelvekre épült, egyben a szerző e témakörben tartott továbbképző előadásának rövidített és szerkesztett változata.*

# OBEZITÁS

## Változtassunk rajta időben!



**Napi 1x-i adagolású liraglutid  
Terápiás fenntartó dózis: 3 mg<sup>#</sup>**



**Saxenda<sup>®</sup>**  
**a testsúly csökkentésére  
kiegészítő kezelésként.<sup>1</sup>**

**„V” - Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer.  
BNO E6690 - Elhízás, k.m.n.**

<sup>#</sup>Felnőtt betegeknél 3 mg, 12-18 éves korosztályban egyéni a terápiás fenntartó dózis.<sup>1</sup>  
További részleteket az alkalmazási előírás tartalmaz.

Referencia: 1. Saxenda<sup>®</sup> alkalmazási előírás

**A GYÓGYSZER NEVE:** Saxenda<sup>®</sup> 6 mg/ml oldatos injekció előretöltött injekciós tollban

**MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI ÖSSZETÉTEL:** 6 mg liraglutidot\* tartalmaz 1 ml oldatban. 18 mg liraglutidot tartalmaz 3 ml-ben, előretöltött injekciós tollanként.

\*humán glükagon-szerű peptid-1- (GLP-1-) analóg, rekombináns DNS-technológiával Saccharomyces cerevisiae-ben előállítva.

**GYÓGYSZERFORMA:** Oldatos injekció. Tiszta és színtelen vagy csaknem színtelen, izotóniás oldat; pH = 8,15.

**A KÉSZÍTMÉNY RENDELÉSE ELŐTT KÉRJÜK, OLVASSA EL A HATÁLYOS TELJES ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁST!**



A hatályos alkalmazási előírás teljes szövege megtalálható az Európai Gyógyszerügynökség honlapján:

<https://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/Saxenda#product-information-section>

Megjegyzés: A QR kód a készítmény oldalára mutat. A magyar nyelvű alkalmazási előírás ezen az oldalon a Product information rész első lenyíló listájában (Other languages) érhető el.

**FELTÉTELEZETT MELLÉKHATÁSOK BEJELENTÉSE:** A gyógyszer engedélyezését követően lényeges a feltételezett mellékhatások bejelentése, mert ez fontos eszköze annak, hogy a gyógyszer előny/kockázat profilját folyamatosan figyelemmel lehessen kísérni. Az egészségügyi szakembereket kérjük, hogy jelentsék be a feltételezett mellékhatásokat a hatóság részére az alábbi elérhetőségek valamelyikén keresztül: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Postafiók 450, H-1372 Budapest; honlap: [www.ogyei.gov.hu](http://www.ogyei.gov.hu); elektronikus bejelentő űrlap: <https://mellekhatas.ogyei.gov.hu>; e-mail: [adr.box@ogyei.gov.hu](mailto:adr.box@ogyei.gov.hu).

**TÁMOGATÁSSAL, ÁRRAL VALAMINT RENDELHETŐSÉGGEL KAPCSOLATOS INFORMÁCIÓ:**

A Saxenda<sup>®</sup> 6 mg/ml oldatos injekció előretöltött injekciós tollban osztályozási besorolása: „V” - Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer. Társadalombiztosítás által elfogadott árral és támogatással nem rendelkezik.

A Saxenda<sup>®</sup> a Novo Nordisk A/S, Dánia védjegye. © 2024 Novo Nordisk A/S

A modellek illusztrációs célt szolgálnak.



Novo Nordisk Hungária Kft.  
1117 Budapest, Buda-part tér 2.  
Tel: 06-1-325-9161, fax: 06-1-325-9169 • [www.novonordisk.hu](http://www.novonordisk.hu)  
Mellékhatás-jelentés esetén: [safety-hu@novonordisk.com](mailto:safety-hu@novonordisk.com)  
HU24SX00008 2024-02-06

**Napi 1x-i adagolású liraglutid  
Terápiás fenntartó dózis: 3 mg<sup>#</sup>**

**Saxenda<sup>®</sup>**  
liraglutid injekció

# A súlyfelesleg és annak csökkentése. I. rész

[Bajnok László]

Pécsi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Endokrinológiai és Anyagcsere Tanszék

Levelezési cím: Prof. dr. Bajnok László, 7624 Pécs, Ifjúság út 13. Tel.: +36309153684, bajnok.laszlo@pte.hu

## Bevezetés

A kóros zsírlerakódásból eredő súlyfelesleget (továbbiakban: súlyfelesleget, ami a kezelendő túlsúlyt és elhízást foglalja magában) módosítható kardiovaszkuláris kockázati tényezőnek szokás tekinteni. A helyzet azonban bonyolultabb. Egyrészt a korábbi vizsgálatokban a súlycsökkentésre irányuló terápiák nem igazoltak kardiovaszkuláris előnyt. Sőt, a szibutramin növelte a kockázatot (a SCOUT elnevezésű vizsgálatban [1]; egy másik szer, a lorcaserin [2] és az intenzív életmódkezelés semlegesnek bizonyult [3]). Az ezen tanulmányokban elért súlycsökkenés szerény volt: az ágak közötti különbség a fogyasztószerek javára csak 1,7–1,9 kg-t ért el; az intenzív életmódterápia ugyan az első év végére –8 kg előnyt nyújtott, az évek során azonban ez –2,5 kg-ig mérséklődött. (De mint láttuk, a szibutramin így is ártalmas volt; ennek az oka azóta sem derült ki.)

A testsúly és kardiovaszkuláris, illetve teljes halálozás közötti összefüggés J-görbe jellegű, aminek a mélypontja nagy népességen mérve 25 kg/m<sup>2</sup> körül van. Ez azonban bizonyos betegcsoportok esetében 30 irányába vagy azon is túl tolódik (4, 5). Ezt nevezük obezitás paradoxonnak, aminek a mechanizmusa nem kellően tisztázott. Kérdés az is, hogy mérsékelt súlyfeleslegnek valódi protektív hatása van-e vagy a kapcsolat látszólagos, a súlyfelesleghez csak a jelenleg szintjén társuló, közelebről nem azonosított etiológiai tényezők állnak a háttérben. Mindenesetre számos obezitás paradoxont mutató betegséget lehetett azonosítani. Ilyenek: koronária és cerebrovaszkuláris betegség, szívelégtelenség, veseelégtelenség, légzési elégtelenség, intenzív kezelést igénylők, perioperatív állapot. A szibutramin vizsgálat katasztrofája után az is felvetődött, hogy a szer okozta kockázat-fokozódás az obezitás paradoxonból ered; ugyanis a vizsgálatba bevontak 75%-a kardiovaszkuláris beteg volt.

Mindezek ellenére a mérvadó ajánlások egyöntetűen javasolják a súlyfelesleg csökkentését (6–8),

amire vannak hálásabban reagáló komorbiditások, mint a glikémiás kontroll diabéteszben vagy a zsírmájbetegség, ahol minden leadott kilónak kiemelt jelentősége van és vannak ellenállóbbak, mint a hipertónia vagy a koleszterin. A probléma az, hogy súlycsökkentés lehetőségei jelenleg erősen korlátozottak: hatásos, de nem hatékony stratégiát képviselnek. Azzal a betegek nem nagyon tudnak mit kezdeni, hogy „egyenek kevesebbet és mozogjanak többet” (nem tudják kiemelni magukat a hajuknál fogva a mocsárból), ráadásul magukkal szembeni előítéletként élük meg a „jó tanácsot”. Az életmód ugyanis hosszú, szerves folyamatként alakul olyanná, amilyenné, emiatt erősen rögzül és az önazonossággal is szoros kapcsolatban áll. Ezt próbáljuk néhány perc alatt „átállítani”. Ez nem eleve reménytelen folyamat, de tisztában kell vele lennünk, hogy csak egy szűk kisebbség érett valójában az érdemi változásra, akiknél a tanácsadás trigger hatású. És azt sem jelenti, hogy az életmódkezelést ne kellene széles körben (megpróbálni) alkalmaznunk. De érdemes tisztában lennünk a lehetőségeink általános korlátaival (ami egyéni szinten jelentősen különbözik). Így a zsákutcás jellegű, voluntarisztikus, doktriner, s főleg a hibáztató attitűd jobb eséllyel kerülhető el.

A jövő útját az egyre hatékonyabb táplálék stimulálta enterohormonok, azok újabb és újabb generációi jelölik ki (9, 10). Ezek az életmódkezelés hatékonyságát is fokozzák és a súlyfelesleggel terhelték egyre nagyobb hányada tudja teljesíteni az obezitológia jelenlegi nagy célját, a –10% testsúly leadását. De nemcsak leadását, hanem a súly tartós leadását; ezzel szoros összefüggésben: szenvedés és megfeszített akarat nélkül. A korszerű antiobez készítmények még magasabb súlycéllok körvonalazódását teszik lehetővé és folytathatóvá a modern belgyógyászat eddigi diadalútját, másolhatóvá a vérnyomáscsökkentők, antidiabetikumok, koleszterincsökkentők elérte eredményeket (ezeknek a betegségeknek az életmódkezelése hasonló hatékonyságú, mint a súlyfeleslegé, csak jobban elfogadottak, mint betegségek).

## A gyakorlati obezitológia – állapotfelmérés

A hízást szubjektív problémának megélők nagyobb része nő, csakúgy, mint az emiatt orvosi segítségért fordulók. Sokszor nem ez áll a személyes problémák homlokterében, hanem egyéb panasz, mint a gyengeség, fáradékonyság, lehangoltság, hajhullás, köröm töredezés vagy hőérzet zavar. Az ilyenkor indokolt pajzsmirigy funkció szűrés időnként emelkedett TSH-t jelez. Szokás ebbe kapaszkodni, de az esetek döntő részében ez nem szolgáltat magyarázatot (akkor sem, ha a szubklinikus hipotireozist rendszerint kezelni kell). Legtöbbször más hormonzavar sem oki tényező. Gondolni kell a Cushing szindróma lehetőségére, de szűrése ritkán indokolt (egyéb jelek társulásakor – elsősorban: alacsony növés, cushingoid arc, atrófiás bőr, proximális miopátia, felállási nehézséggel, korai oszteoporózis, diabétesz, rezisztens hipertónia, hypokadémia).

Sok orvos, típusosan a nőgyógyászati és magán endokrinológiai rendeléseken az inzulin rezisztenciát is vizsgálja és ilyen-olyan HOMA érték mellett megállapítják az „inzulin rezisztencia szindrómát”, ami egy nem létező betegség. Metabolikus szindróma vagy policisztás ovárium szindróma (PCOS) van, „inzulin rezisztencia szindróma” nincs (elfogadva), annak ellenére, hogy az inzulin rezisztencia nemcsak hogy létezik, de fontos etiológiai tényező, pl. mindkét említett valódi szindróma esetén. Csak nem kell rutinszerűen vizsgálni laboratóriumiilag az inzulin rezisztenciát, mert ez egyik valódi szindrómának sem kritériuma, másrészt az inzulin rezisztencia gyógyszeres csökkentése, pl. metforminnal sem az inzulin rezisztencia számszerű értékétől függ, hanem a klinikumtól: PCOS esetén bizonyos tünetek javulhatnak, elsősorban a menzesszavar és csökkent fertilitás (a hiperandrogén bőrtünetek és a súlyfelesleg érdemben nem), illetve mindkét valódi szindróma esetén a diszglykémia jelent javallatot (60 év alatt, ha az éhomi vércukor ismételt 6–7 közötti, OGTT-től függetlenül is indokolt már a metformin, 60 év felett csak 7 mmol/l felett, ha nem ellenjavallt). De van az „inzulin rezisztencia szindrómának” egy nagyobb veszélye: hogy önfelmentést adó álmagyarázat. A beteg a laborba kapaszkodik. Nem az étvágyal és mozgásszegénységgel van a probléma – hanem az „inzulin rezisztenciával” (meg a TSH-val). Holott a helyzet fordított: nem az „inzulin rezisztencia szindróma” okozza a panaszokat, hanem az inzulin re-

zisztencia egy reakció, az életmódi szokások metabolikus következményeire.

Életkortól függetlenül obligát laborok, a TSH mellett a vércukor és GPT, mert ezek a korcsoportos kontrollokhoz képest gyakrabban emelkedettek, valamint a koleszterin (mert 7,5 felett, a felnőttek 5-7%-ában – a várandóságot és reverzibilis okokat, pl. fogamzásgátló hatást leszámítva – koleszterincsökkentő szükséges, ráadásul intenzív formában, sokszor ezetimibbel kombináltan, 1,8 mmol/l alatti LDL-C célértékkel).

Menopauza előtt külön rá kell kérdezni a tartós amenorrhoeára. Fertilis korú, nem terhes nő esetében ne maradjon ki a menzesz két hónapon túl! Mint fentebb említettük, PCOS esetén ilyenkor a metformin lehet hatásos. Ha ez nem indikált (pl. mert a PCOS nem állapítható meg), nem tolerálható vagy nem hatásos, gesztagén kúra szokott indokolt lenni, nőgyógyász irányításával. Legyen ez külön missziónk!

Sokszor a súlygyarapodás a menopauza időszakában kritikus és a panaszokért legalább részben ez a felelős. A korszerű menopauzális hormonkezelés, megfelelő készítményekkel, időben kezdve a nők döntő hányadánál nemcsak biztonságos, hanem nettó haszna is joggal feltételezhető. Tehát a menopauzális tünetes nőket irányítsuk nőgyógyászhoz, ezzel a célzott kérdéssel!

Ha felvetődik a súlyprobléma, az első és – talán legfontosabb – kérdés, hogy hány kg. Tudja-e, hogy mennyi és hogy ez mennyire esik egybe a tényleges aktuális súllyal. A második kérdés, hogy mennyi volt a súly pl. egy éve. Tudja-e? Ha étvágya felől érdeklődünk, általában szerénynek ítélik a páciensek és nem szokták realizálni, hogy a kalóriabevitel aránytalansága a felelős a súlygyarapodásért. (Holott egy kg zsírlerakódás kb. 10.000 Kcal energiátöbbletet jelent.)

A táplálkozástérápia alapját az étrendi napló képezi. Azt javasoljuk, hogy egy hétig minél pontosabban írja össze az étrendjét. Egyelőre ne változtasson azon, csak mindent jegyezzen fel – mikor, miből, mennyit eszik. Lehetőleg a kalória és szénhidrát mennyiséget is számítsa ki, amiben egy megfelelő honlap segíthet. Jól ismert, hogy az így készített étrendi naplók a valóságosnál – (lényegesen – kb. 30%-kal – kevesebb) – kalória elfogyasztását jelzik. A mérés maga is befolyásolhatja a mért eseménysort, de a torzítás pontos mechanizmusa nem tisztázott. Ami biztosra vehető, hogy ellentmondás esetén a számított érték a reális, nem a mért. Az elhízással élő kalóriaigénye nem kisebb, hanem nagyobb, mint az

azonos testmagasságú, nem elhízotté. Az más kérdés, hogy ha sikeres a súlycsökkentési próbálkozás, a kalóriaigény is csökkenni fog.

Mégis releváns, hogy az étrendi megbeszélést irányító valóban áttekintse a naplót és megbeszélje a beteggel – az általában nehézségek nélkül – leszűrhető következtetéseket. Ez egyben ki is jelöli a változtatás irányát – ha a beteg számára is elfogadható. És nemcsak a szavak szintjén. A siker alapja az, hogy a változtatás szerves: saját meggyőződésből és elhatározásból eredő, de egyben fenntartható is. A fentiek alapján külön szempontot érdemel a súlyhullámzás kerülése („csak azon változtasson, amit tartósan tud követni”; „nem fogyókúrára van szüksége, amit utána feladhat”).

Az egyhetes étrendi napló legfontosabb feladata nem az, hogy alapot képezzen a terápiás terv elkészítéséhez, hanem hogy tükröt tartson a súlyproblémával terhelt egyén elé.

Számolni kell azzal (le kell számolni azzal az ideával), hogy az életmódjavítási próbálkozások csak jók lehetnek. Megalapozott, tartós stratégiára van szükség, itt is.

Az obezitológia egyensúlya a felelősség és hibázatás megkülönböztetésén alapul. Az utóbbi kerülendő, az előbbi megkerülendő – e helyett a teljesíthető dolgokra érdemes a fókuszot irányítani: volt étrendi tanácsadón? egyhetes étrendi naplóval? van súlynaplója? változott valami az életmódjában? mi?

## Összefoglaló

A kóros zsírlétkódásból eredő súlyfelesleg minden esetben a kalóriaigényt meghaladó étkezés „eredménye”, az energiaraktározás következménye. Akkor is, ha az ilyen páciensek nagyrésze számára ez nemcsak hogy nem evidencia, hanem nem is elfogadható

(és a gyakorlatban nem is bizonyítható). A termodinamika illetően gyakorlati megvalósulása körüli meddő vita helyett lépőköveken érdemes előremenni. Így: Mennyi a súlya? Mennyi volt egy éve? Hetente fel kellene jegyezni! Tartsunk egy táplálkozási felmérést, egyhetes étrendi naplóval! Ha valamin ez alapján változtat, az következetes legyen! Lefelé mehet a súly, de ne nőjön, se rövid, se középtávon (hosszútávon mindannyian halottak vagyunk, legalábbis John Maynard Keynes szerint)! Mennyit mozog? Tudna többet? Hogyan? Semmit, amit reklámoznak! Később súlycsökkentő gyógyszer, esetleg gynoműtét szóba jöhet. Nézzük a súlynaplót három hónap múlva!

## Irodalom

1. James WP, Caterson ID, Coutinho W, et al.; SCOUT Investigators. Effect of sibutramine on cardiovascular outcomes in overweight and obese subjects. *N Engl J Med.* 2010; 363:905-17.
2. Sharretts J, Galescu O, Gomatam S, et al. Cancer Risk Associated with Lorcaserin – The FDA’s Review of the CAMELLIA-TIMI 61 Trial. *N Engl J Med.* 2020; 383:1000-1002.
3. Look AHEAD Research Group, Wing RR, Bolin P, Brancati FL, et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2013; 369:145-54.
4. Hainer V, Aldhoon-Hainerová I. Obesity paradox does exist. *Diabetes Care.* 2013; 36 Suppl 2:S276-81.
5. Wang ZJ, Zhou YJ, Galper BZ, et al. Association of body mass index with mortality and cardiovascular events for patients with coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. *Heart* 2015;101: 1631-1638.
6. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al.; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021; 42:3227-3337.
7. Lingvay I, Sumithran P, Cohen RV, le Roux CW. Obesity management as a primary treatment goal for type 2 diabetes: time to reframe the conversation. *Lancet.* 2022; 399: 394-405.
8. Rurik I, Apor P, Barna M és mtsai. Az elhízás kezelése és megelőzése: táplálkozás, testmozgás, orvosi lehetőségek. Hazai szakmaközi ajánlás. *Orvosi Hetilap.* 2021; 162: 323-335.
9. Bajnok L. Mit fejlődött az utóbbi tíz évben a súlyfelesleg orvosi kezelése? *Orvostovábbképző Szemle*
10. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, et al.; SELECT Trial Investigators. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. *N Engl J Med.* 2023; 389: 2221-2232.

### FIGYELEM!

A testsúlycsökkentő gyógyszeres terápia kapcsán felmerülő kérdések tisztázása érdekében: A GLP-1 receptor agonisták közül, **testsúlycsökkentés céljából** jelenleg Magyarországon kizárólag a napi adagolású 3,0 mg liraglutid s.c (Saxenda) injekció engedélyezett.

Felírhatóság: „V” – Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer

BNO-kód: E6690 Hivatalos név: Elhízás, k.m.n.

Társadalombiztosítás által elfogadott árral és támogatással nem rendelkezik (teljes árú)

**Fontos megjegyzés: A jelenleg Magyarországon elérhető szemaglutid, hatóanyagú gyógyszerek (Rybelsus/tabletta, Ozempic injekció) kizárólag 2-es típusú diabéteszben adhatók!**

**Szakorvosi javaslatot követően,  
kiemelt támogatással, háziorvos rendelésére.**

[Szerkesztőség]

**A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete (MÁOTE)  
Konferenciája**

**2024. április 26. Helyszín Semmelweis Szalon  
1085 Budapest Üllői út 26.**

**Családorvosok Világnapja rendezvény**

**Tervezett Program**

- 10.00 Megnyitó  
*Moderátor:* Prof. Dr. Balogh Sándor  
*Köszöntő:* Prof. Dr. Schmidt Péter elnök
- 10.10 Dr. Körmendi István: Általános orvoslás 101 év távlatából (15')
- 10.25 Kitüntetések és elismerések átadása  
*Átadják:* Prof. Dr. Schmidt Péter, Prof. Dr. Balogh Sándor
- 10.45 Dr. Gógl Árpád: Általános Orvoslás, Családorvoslás, Háziiorvoslás egy volt miniszter szemével (15')
- 11.00 Prof Dr. Sótonyi Péter: A MOTESZ és a MÁOTE kapcsolata ahogy ezt egy MOTESZ elnök látta (10')
- 11.10 Zettwitz Sándor: A mérnök, aki a MÁOTE tiszteletbeli tagja (10')
- 11.20 Dr. Békássy Szabolcs Napjaink kihívásai a házi orvos számára (20')
- 11.40 Prof Dr. Torzsa Péter: Családorvosok oktatása a Semmelweis Egyetemen (15')
- 11.55 Prof. Dr. Balogh Sándor: A MÁOTE fél évszázadának hatása napjainkig (20')
- 12.20 A délelőtti nap zárása
- 12.30 *Álló fogadás*  
*Üléseelnök:* Dr. Garay Erzsébet, Dr. Fülep László
- 13.30 Háziiorvosi előadók mindennapokról
- 13.30 Dr.Füredi Gyula: Három évtized tapasztalatai, a házi orvosok szabályairól és megvalósításáról
- 13.45 Dr. Garay Erzsébet: A mesterséges intelligencia és a házi orvoslás
- 14.00 Dr. Fülep László: A kezdetektől napjainkig
- 14.15 Háziiorvosi előadók előadásai

Előadások beérkezését várjuk! Jelentkezni lehet Dr. Garay Erzsébet  
E-mail cím: garayerzsebet@gmail.com



# Nagysikerű szakmai tudományos továbbképzés Győrben a MÁOTE társszervezésében „Kappéter István az igazi Medicus Universalis”

Gyógypedagógus, pedagógia-pszichológia tanár, általános orvos, az Ideg-, Elme-gyógyászat és a pszichoterápia szakorvosa, autodidakta jövőkutató

[Dr. Schmidt Péter | Dr. Nováky Erzsébet | Dr. Balogh Sándor]

2023. december első szombatján zsúfolásig megtelt a Győri Városháza díszterme. Az Egészséges Nemzedékért Alapítvány és a MÁOTE közös szervezésében szakmai előadások hangzottak el a diagnosztika, terápia, a mesterséges intelligencia valamint kardiológiai speciális témakörökben.

Az Alapellátási Szabadegyetem szakmai rendezvény kiemelkedő előadása volt a Kappéter Istvánról szóló előadás. Bevezetőjében Prof. dr. Schmidt Péter átadta Prof. dr. Balogh Sándor a MÁOTE örökös főtáitkára, DSc., az MTA doktora üdvözlését.

Mint barátjáról és pályatársáról a szervező bizottság és a MÁOTE elnöke Dr. Schmidt Péter kedves szavakkal emlékezett meg Kappéter Istvánról, akit hosszú évtizedek óta személyesen is ismert a Magyar Tudományos Akadémia Jövőkutatói Bizottsági üléséről, ezen túlmenően számos orvos-szakmai szakfolyóiratban is leírta elismerő sorait.

Kiemelte: felesége Prof. Dr. Nováky Erzsébet méltó módon őrizi István barátunk emlékét, melynek jó példája, hogy a napokban jelent meg életét és munkásságát végig kísérő könyve.

Kappéter István önéletrajzát Ostorharics - Horváth György pszichiáter professzor (Petz Aladár Vármegeyi Egyetemi Oktató Kórház, Győr) olvasta fel, aki számos személyes emléket is felidézte és kiváló szakmai barátjaként említette Kappéter Istvánt, ugyanis évente többször voltak együtt orvos-pszichiátriai konferenciákon, az ország számos településén, és éppen Győrött is.

A résztvevő orvosok a Semmelweis Egyetem által akkreditált 16 kredit pontra értékelt előadás végén teszt vizsgát tettek sikeres vizsgázók a Semmelweis Egyetem részéről 16 kredit pontot szereztek, mely Korompáky Mária alapítványi ügyvezető titkár és Fekete Ilona szervezésében (SE Családorvosi Tan-szék) az OFTEX portálon már megjelent.

## Kappéter István élete és munkássága:

1949-ben érettségizett a budapesti Vörösmarty Gimnáziumban.

1950-től 53-ig ápolóként dolgozott a János Kórház elmeosztályán, közben a Gyógypedagógiai

Tanárképző Főiskolára járt. 1952–1953-ban Bárczi Gusztáv famulusa lehetett, amikor csoportban kondicionálással igen súlyos idültelmebetegeket ki tudott mozdítani gátoltságukból. 1953–55 között Intapsz-tán dolgozott gyógypedagógusként Benedek István mellett az „Aranyketrec”-ben, ahol pedagógiai módszereket alkalmazott. Felismerte, hogy az elmebetegek átneveléséhez is kell a családiasságon és az empátián kívül büntetés és jutalom is. 1955-ben levelező hallgatóként elvégezte az ELTE-n a pedagógia és pszichológia tanári szakot. Szakdolgozatának témája: Munkás közösségi életre nevelés Elmeosztályon.

1955–1961 között értelmi fogyatékos, majd vak gyermekeket tanított, később a Munkaterápiás Elmeosztályon dolgozott, mellette Liebermann Lucynál tanuló analízis, gyermekpszichológiai munkát végzett. 1956. október 11-én vették fel a Budapesti Orvostudományi Egyetemre. A BOTE-n 1962-ben végzett az Általános Orvoskaron. Közben demonstrátor volt szövet-, majd gyógyszeratanon. 1961-62-ben gyógypedagógus szigorló orvos vezető aszociális epilepsziások osztályán, Hencidán, Juhász Pál professzor szakmai irányításával. 1962-70 között: neurológiai és pszichiátriai gyakorlat után szakvizsgát tett Debrecenben az Idegklinikán.

1968–1970-ben pszichiátriai gondozói munkát végzett mellékállásban.

1970–1973 között Berettyóújfaluban, 100 ezer lakosú területen megvalósította az ideg-, elme-be-

tegek, alkoholfüggők kórházi, rendelői, gondozói és klub ellátását, és mindezt összekapcsolta az elmélet-kezeléssel. 1974-80 között Debrecenben az Idegklinika Orvosi Pszichológiát tanított és a Pszichológiai Labort vezette. 1980-1991 között Budapest 8. kerületi Pszichiátriai Gondozóban dolgozott, majd az ideg-vonalfelülvizsgálatát végezte. 1991-től 2017-ig a Pest megyei Önkormányzat Pszichiátriai Otthonában, Tápiógyörgyén neurologusként és pszichiáter főorvosként dolgozott. 1991-től tanácsadó, majd 1994-től tudományos munkákban is részt vett a Budapesti Corvinus Egyetem Nováky Erzsébet vezette Jövő kutatás Tanszékén. 1994-2001 között a World Federation for Mental Health Európai tagozata vezetésében munkálkodott. 1996-tól megismerkedett az Ammon-féle dinamikus pszichiátriával, amelynek magyarországi csoportját vezette 2007-2011 között. 2007 óta azon belül szervezte a Szociális Energia Tagozatot, és irányította működését. 1998-99 között pszichiáter tanácsadó volt a Budapesti Önkormányzat Időotthonában a Pesti úton. Közreműködött demensek és a határeseti kóros személyiségűek ellátásáról szóló Füzetek írásában.

**2005-ben saját magán felismerte az Alzheimer-típusú és Léwy-féle barna testes „enyhe gondolkodási gyengeség plusz”-t. 2010-ben a Magyar Pszichiátriai Társaság Kongresszusán előadást tartott, segítve ezzel az ilyen betegségben szenvedők életének elviselhetővé tételét.**

**"Halálát követően felesége Prof. dr. Nováky Erzsébet (Corvinus Egyetem-MTA) közel 300 oldalas könyvben emlékezik meg Kappéter István munkásságáról, a kész szerkesztett könyv nyomtatásban 2024. I. negyedévében jelenik meg, melynek kiemelkedő fejeztét mutatjuk be"**

A 11. témakör keresztmetszeti struktúrába rendezve tartalmazza a kötetben több témakörben megtalálható, István életéből és munkásságából leszűrhető tanulságokat, üzeneteket és bölcs megállapításokat. Ezek többsége szakmai tevékenységéhez kötődik, de életfilozófiája is tartalmaz számos követni valót. Ily módon még inkább érzékelhető, hogy István milyen sok területen írt/mondott megjegyezni valót, amelyeknek ezáltal nagyobb nyomatékot adunk, de nem kerülünk el bizonyos mértékű ismétlést. István személyisége, élete, gondolkodása és cselekedetei, azaz ahogyan élt, ahogyan gondolkodott, és amit-ahogyan tett, olyan élő üzenet, példakép, amelyet érdemes újra felidézni és összegezni.

Istvántól meg kell tanulnunk, hogy úgy érdemes élni, hogy mindig meg kell találni azt, ami az életben szép, előre visz és örömet nyújt. Örülni kell az élet-

**lét. Részt vett az e betegséget vállalók hazai és nemzetközi szervezeteiben.**

A Nemzeti Fórumban tanácsadóként működött.

A 74 éves korában felismert Alzheimer-típusú és Léwy-féle barna testes „enyhe gondolkodásigye-  
ség plusz” elfogadását, gyors tisztázását és optimális kezelését elsősorban **jövőkutató felesége** segítette, valamint gyógypedagógusi hozzáállása, a neurológiai és dinamikus pszichiátriai szaktudása, gondos házi-  
vosa, továbbá kiváló neurológus, pszichiáter, belgyógyász és sebész barátai. Jó volt a képessége a betegség által elpusztított agyi területek működésének pótlására. Ezeknek köszönhetően boldogan és mások számára is örömet okozóan élt.

Temetése Kelenföldön a Szent Gellért Plébánia-templomban volt, az urna elhelyezésénél az MTA Jövő kutatási Bizottságát Prof. dr. Schmidt Péter a MÁOTE elnöke és Prof. dr. Lentner Csaba Nemzeti Közszolgálati Egyetem-MTA bizottsági tagok képviselték.

„Sokszínű életpályája a hazai pszichiátria egyik legszínesebb egyéniségévé emelte”, ahogyan Prof. Dr. Nagy Zoltán megfogalmazta temetési búcsúbeszédében.

Halálát követően 2023-ban felesége Prof. dr. Nováky Erzsébet (Corvinus Egyetem-MTA) közel 300 oldalas könyvben emlékezett meg Kappéter István munkásságáról.

Dr. Schmidt Péter a MÁOTE elnöke, MTA bizottsági tag

nek! Nem azon kell szomorkodni, hogy mi nem adatott meg, hanem az adott feltételek mellett kell magunkból, a magunk és a mások számára kihozni az élet adta erényekkel azt, ami értékes életszemlélettel valósággá formálható.

Észszerű elfogadni, hogy a munka legyen életünk központi, figyelmesen végzett tevékenysége. Az ember attól ember, hogy munkát végez. Már a „Munkás közösségi életre nevelés felnőtt elmebetegek osztályán” című, a pszichológia-pedagógiai tanárképzés szakdolgozatában (1955) a munka melletti elkötelezettség mellett foglalt állást. Fontos azonban, hogy a munka ne legyen kizárólagos – mondta. Meg kell találni az irodalomban, a képzőművészetben és a zenében található szépségeket és mindig kell időt találni arra, hogy az ilyen eseményeken – többek között az ún. szórakoztató foglalkozásokon – részt

vegyünk, és építkezzünk azokból. Fordítsuk az ott tanultakat saját magunk és mások javára. Ehhez ugyanúgy elkötelezettség, akaraterő és kitartás kell, mint a nehézségek elviseléséhez, a betegségek legyőzéséhez és/vagy kézben tartásához. Mindenkitől és mindenből, még a rosszból is lehet valamit tanulni. Minden kérdéshez – legyen az akár személyes vagy csoportjellegű, tárgyi vagy lélektani összefüggés – nyitott szemmel és nyitott szívvel-lélekkel okos közelíteni, és kellő szerénységgel gondolkodni azon, mi az, ami átvehető és tovább vihető.

István szívesen vett részt különböző – többek között baráti – társas összejöveteleken, értékelt a felmerülő kérdések másokkal való megvitatásának jelentőségét. Erre utal az ún. „szerdai esték” megszerzése, de a pszichiátriai betegekkel való személyes kapcsolattartás is. Úgy vélte, hogy a betegeit is jobban meg tudja győzni valaminek a fontosságáról és időszerűségéről, ha személyes vagy csoportos együtt-lét keretében van lehetőségük megbeszélni/átbeszélni a problémákat, és közösen keresni a megoldást. Ez is követendő.

Elmegyógyásként és autodidakta jövőkutatóként egyaránt elengedhetetlennek tartotta a problémák és a feladatok sokoldalú megközelítését és a hosszabb távlatokban való gondolkodást. E szemlélethez segítette a munkásságának korai szakaszában már megtapasztalt, a magyarországi holisztikus rehabilitációs szemlélet (lásd pl. Bárczi Gusztáv és Pető András tevékenységét), amit pl. „a kórház – rendelőintézet – otthon ápolás” együttes kezelésében ő maga is megvalósított. István sokféle pszichiátriai megközelítést ismert és megtanult. Vallotta, hogy a pszichiátriában – jóllehet – nagy jelentősége van a sokoldalú megközelítésnek, a pszichiáterek közül ezt még csak kevesen ismerték fel. Üzeneteinek problémafelismerő és jövőépítő jellegét erősítette a pszichiátria és a jövőkutatás tudományágak találkozása.

Az élet szinte minden területén követendő – legyen az munkavégzés, szórakozás, házimunka, vagy egyszerűen csak az öltözködés – a sorrendiség betartása. Az elbutultaknál ugyanis gyakran fordul elő, hogy előbb veszik fel a pulóvert és csak azt követően az atlétatrikót. Jó, ha a megfelelő sorrendiség betartása automatikussá válik az életünkben.

Érdekes és követhető István megállapítása az emberi gondolkodásról. Állítja, hogy az ember három megközelítésben gondolkodik (lásd a 8.1 pontot) a jövőjéről: az egészséges életre törekvő gondolkodás síkján (az életben maradás és az utódlás céljából), a tudományos gondolkodás (a világ megismerése

céljából) és az erkölcsi gondolkodás (másokhoz való viszonyulás) síkján. Úgy véli, hogy az ipar utáni társadalomban várhatóan az egészségközpontú, az erkölcsi és a tudományos gondolkodás egyensúlyát biztosító előítéletmentes globális gondolkodás lesz a meghatározó. István ennek elfogadását szorgalmazza.

István különösen fontosnak tartotta, hogy soha ne ártsunk senkinek! Vitatkozva és türelmesen kell jobb útra vezetni partnerünket, míg végül konszenzusos megoldáshoz jutunk. Nem elég jónak lenni, hanem annak is kell látszani – idézte gyermekkori barátját, Andorka Rudolfot. István letette a voksot a konstruktív agresszió mellett, amelynek tartalmát és másokra gyakorolt hatását „A konstruktív agresszió és a jövő formálása” című, a Püski Kiadónál 2006-ban megjelent könyvében részletesen kifejtette. Hitt abban is, hogy „Az emberiség képes jóra változtatni a világot” – amint ezt az ugyancsak a Püski Kiadónál, 2003-ban megjelent, sokak által megismert könyvében részletesen taglalta (lásd a 6. témakört).

István, amióta lehetősége volt tanítani másokat, mindig arra törekedett, hogy a betegek alapos megismerését, szeretetét, érdekeik érvényesítése segítségét gyakoroltatta, e munka szépségét ismertesse meg velük. Úgy, hogy a hozzátartozóikkal, más emberekkel való viszonyuk javítására, a hozzátartozók megértésére is törekedve segítsenek. A konstruktív agresszió emberséges alkalmazásának szükségességét és emberséges lehetőségét a pszichiátriában a világon elsőként hangsúlyozta. Amikor volt rá módja, elsősorban szociális szervező tanítványaival a pszichiátria szép lehetőségeit sajátította el. Nagy öröme volt, hogy nem kevés pszichiátriai otthon vezetője és dolgozója, akik tőle is sokat tanultak, jó eredményeket értek el.

Talán az egyik legszebb gondolat – és legszebb üzenet – az, amelyet István Éva lányának írt az emlékkönyvébe az 1970-es évek közepén. „Szeresd az embereket! Tanuld megérteni, s becsüld meg mások elveit, de soha ne félj megmondani, hogy Te mit tartasz jónak! Ne félj a magad eszével gondolkodni és aszerint élni! Hogy majd úgy ismerjen meg Téged valaki, mint – Benedek Marcell bácsi írja apjáról és feleségéről – a megalkuvást nem ismerő bátorság és a határt nem ismerő szeretet példája.”

## Irodalom

I. Schmidt Péter: Semmelweis Ignác Fülöp tevékenységét a jövő nemzedék tudta csak igazán értékelni-a kiváló orvos-tudós munkásságának értékei a tudomány szemszögéből: Magyar Tudományos Akadémia Budapest, 2015. június 12. ORVOSI HETILAP 156 : 51 pp. 2090-2092. , 3 p. (2015) DOI Scopus

2. Schmidt, P ; Konczosné, Szombathelyi M ; Laczka, É ; Tokaji, Károlyné ; Rurik, I:  
A családorvosképzés és -továbbképzés, tudásmegosztás aspektusból. MAGYAR  
TUDOMÁNY 180 : 3 pp. 423-442. , 20 p. (2019) DOI/DEA  
3. Nováky Erzsébet – Schmidt Péter :Kappéter István „igazi Medicus Universalis”  
Medicus Universalis LV/2022. 73-74. oldal

4. Schmidt, Péter ; Konczosné, Szombathelyi Márta ; Horváth, István ; Decastello,  
Alice ; Balogh, Sándor 30 éves az Alapellátási Szabad-egyetem Győrött. Három  
évtized a minőségi egészségügyi alapellátási képzés-továbbképzés szolgálatában.  
(1992-2022). MEDICUS UNIVERSALIS 55 : 3 pp. 103-106. , 4 p. (2022)

## FELHÍVÁS

### **kötelezően előírt tanfolyamra házi orvosoknak**

**3 napos kötelezően szinten tartó 50 kreditpontos tanfolyam  
a Magyar Általános Orvosok Tudományos Társasága (MÁOTE)  
és az Egészséges Nemezekért Alapítvány valamint  
a Győr-Moson-Sopron vármegyei MOK társszervezésében  
a Pécsi Tudományegyetem ÁOK akkreditálásában házi orvosán tárgyból  
a PTE-ÁOK/2024.I./00131. akkreditációs számon.**

#### **Helyszín:**

**Győr-Moson-Sopron Vármegyei Kereskedelmi és Iparkamara  
9021 Győr, Szent István út 10/A.**

#### **Időpont**

**2024. június 6–7–8. (Csütörtök – péntek – szombat)**

#### **Jelentkezés:**

**korompaky.maria@t-online.hu  
illetve**

**Prof. Dr. Schmidt Péter: praxismed1951@gmail.com  
e-mail címen.**

#### **Telefonos elérhetőség:**

**+36 20 9215 786**

# Hospice ellátórendszer áttekintése ma Magyarországon

[Lukács Miklós<sup>1</sup> | Dr. Hegedűs Katalin habil<sup>2</sup>]

1 Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Alapellátási Intézet / Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Onkoterápiás Intézet Klinikai Palliatív Mobil Team, Magyar Hospice-Palliatív Egyesület  
2 egyetemi docens: Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet Magyar Hospice-Palliatív Egyesület

Minden évben a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (továbbiakban: MHPE) és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban: NEAK) közös ellátási adatai alapján évente helyzetképet ad a hazai hospice ellátásról. A hatályos egészségügyi törvényben már 1997 óta szerepel a hospice, mint az előrehaladott állapotú daganatos betegek legmegfelelőbb ellátási formája. Hazánkban 1991 óta létezik hospice ellátás, 2005 óta az intézeti és otthoni hospice ellátást a társadalombiztosítás finanszírozza. A COVID pandémia jelentősen átstrukturálta az ellátórendszert, így különböző adatbázisokban eltérések lehetnek. Számos hospice osztály – a teljes ágyszámmal vagy részlegesen – COVID osztályként funkcionált, több otthoni szolgáltató is megszűntette vagy csökkentette betegellátó tevékenységét. Ha részleteiben nézzük ezt a folyamatot, valóban rengeteg pozitív változást találhatunk a szakmapolitika és a rendszer fejlődésében (lásd az 1 táblázatot). Az ellátás és az ellátórendszer fejlődése azóta is folyamatos, de nem egyenletes.

1. táblázat: A palliatív-hospice ellátás fejlődése Magyarországon 2004 és 2016 között

Palliatív-hospice ellátás fejlődése	Év
A hospice ellátás NEAK finanszírozottá, a betegek számára térítésmentessé tétele	2004
Szakmai irányelv terminális állapotú felnőtt és gyermek betegek ellátásáról	2010
Megkezdődik a gyermekhospice ház működését	2011
Pécssett magalakult a PTE ÁOK Alapellátási Intézetében a Hospice- Palliatív Tanszék	2012
Rezidensek törzsképzésébe bekerül egy 40 órás palliatív és fájdalomcsillapítási blokk, valamint megjelenik a hospice szakápoló OKJ-s képzés	2013
Palliatív licensz vizsga és az egyetemi Palliatív Grémiumok megalakulása	2014
Létrejön a Hospice-Palliatív Szakmai Kollégiumi Tagozat	2016

## Szervezeti formák

2022-ben 95 betegellátó intézmény és otthoni szolgálat végzett hospice tevékenységet az alábbi szervezeti és területi (lásd az 1. ábrát) megoszlásban:

- 26 fekvőbeteg-ellátó intézmény (413 ágy, 408 felnőtt, 5 gyerek ágy)
- 62 otthoni ellátást végző csoport (59 felnőtt, 1 vegyes és 2 gyerek szolgáltató)
- 3 hospice mobil team (kórházi támogató csoport)
- 4 palliatív járóbeteg ellátás

1. ábra: A hospice ellátók területi megoszlása Magyarországon



Forrás: NEAK és MHPE adatai alapján

(A hospice ellátók összesített listáját ld.: <https://hospice.hu/hospice-ok>. A területileg illetékes intézményt vagy otthoni szolgálatot a <https://hospice.hu/ellatas-kereso> segítségével lehet megtalálni.)

A WHO és az új európai standardok alapján 1 millió lakosra minimum 80-100 hospice és palliatív ágygal kell számolni, ami 10 millió lakos esetén 800-1000 ágyat jelent. Magyarországon ennek kb. 50%-át értük el. Emellett még mindig megmutatkozik a területi egyenlőtlenség. (Az intézményi hospice-ok listáját lásd a 2. táblázatban.) Az egyéb ellátási formák (otthoni hospice szolgálat, palliatív mobil team, palliatív járóbeteg ellátás) az elmúlt 12 évben nem növekedtek.

**Palliatív mobil team (klinikai konzultációs csoport)**-et működtet az Erzsébet Hospice Alapítvány és Otthon, az Országos Onkológiai Intézet és a PTE Klinikai Központ Onkoterápiás Intézet.

**Palliatív járóbeteg ellátás** működik a Magyar Hospice Alapítvány, a Tábitha Gyermekhospice Ház, a PTE Klinikai Központ, valamint az Erzsébet Hospice Alapítvány és Otthon szakembereinek közreműködésével.

**Gyermek palliatív otthoni ellátást** végez a pécsi Eurakvilo Gyermekonkológiai és Gyermekhospice Alapítvány, valamint a Magyar Hospice Alapítvány.

2. táblázat: Az intézményi hospice-ok listája az alakulás évével és az ágyszámmal

1. Gyula, Pándy Kálmán Kórház	(1994) 20 ágy
2. Budapest, Szent László Kórház	(1995) 15 ágy
3. Miskolc, Semmelweis Kórház	(1995) 25 ágy
4. Tatabánya, Nefelejcs Ápolóház	(1999) 5 ágy
5. Budapest, MAZSIHISZ Szeretőkórház	(2001) 14 ágy
6. Pécs, Irgalmas Hospice	(2004) 23 ágy
7. Eger, Markhot F. Kórház	(2004) 25 ágy
8. Esztergom, Vaszary F. Kórház	(2004) 10 ágy
9. Budapest Hospice Ház	(2005) 10 ágy
10. Nagykanizsa, Hospice	(2006) 10 ágy
11. Nagyatád, Városi Kórház	(2007) 15 ágy
12. Budapest, Korányi Kórház	(2007) 20 ágy
13. Törökbálint, Tábitha Ház	(2011) 5 ágy
14. Balassagyarmat, Városi Kórház	(2012) 15 ágy
15. Mezőtúr Városi Kórház	(2012) 13 ágy
16. Somogy megyei Kaposi Mór Oktató Kórház	(2012) 38 ágy
17. Kazincbarcika, Kórház	(2015) 10 ágy
18. Várpalota, Szent Donát Kórház	(2016) 30 ágy
19. Debrecen, Kenézy Kórház / Debreceni Egyetem Klinikai Központ	(2017) 20 ágy
20. Nyíregyháza, Jósa András Kórház	(2018) 8 ágy
21. Szarvas, Szarvasi Szakorvosi Egészségügyi Szolgáltató Kft.	(2018) 10 ágy
22. Salgótarján, megyei Kórház	(2019) 20 ágy
23. Székesfehérvár, megyei Kórház	(2019) 17 ágy
24. Majosháza, Református Kistérségi Diakónia	(2020) 15 ágy
25. Mosonmagyaróvár, Segítő Kéz Alapítvány	(2020) 10 ágy
26. Semmelweis Egyetem, Klinikai Központ	(2022) 10 ágy

## Finanszírozás

A hospice ellátás finanszírozása 2005 óta a társadalombiztosítás alapján történik, a beteg számára térítésmentesen vehető igénybe. A jelenlegi finanszírozás az alábbiak szerint történik, de több szolgáltató egyéb kiegészítő forrásokat (pl. pályázatok, adományok, önkormányzati, egyházi támogatás) is igénybe vesz:

1. A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8. sz. melléklete alapján a pályázati úton befogadott fekvőbeteg intézményi részlegek esetében krónikus ellátások címszó alatt, kiemelt rehabilitációs ellátásként történik a finanszírozás: a felnőtt hospice ellátás 1,9-es, a gyermek hospice ellátás pedig 3,0 szakmai szorzóval

2. Az otthoni hospice ellátás esetében a 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet 35.§-a alapján az otthoni szakápolás 1,2-es szorzójával történik a finanszírozás, amelynek időtartama maximum 50 nap, az otthoni szakápolás alapdíjának 120%-a és amely meghatározott feltételek esetén két alkalommal meghosszabbítható. Így összességében 150 finanszírozási nap vehető igénybe egy-egy beteg esetében.

A NEAK adatai szerint az otthoni hospice tevékenység finanszírozása az alábbiak szerint változott 2005 és 2022 között (lásd 3. sz. táblázatot).

3. táblázat: Az otthoni hospice ellátás adatainak összehasonlítása 2005 és 2022 között

	2005	2022
Ellátott esetek száma	1 025	6 261
Hospice napok száma	28 296	157 546
Átlag ápolási nap	27,61	25,16
Egy nap átlag költsége (Ft)	3 630	5 831
Egy eset átlag ápolási költsége (Ft)	100 221	146 739

2005 és 2022 között egy ápolási nap átlag költsége 2201 Ft-tal, egy eset ápolási költsége 46 518 Ft-tal növekedett.

## Ellátás elrendelése

A hospice-palliatív ellátásba azok az előrehaladott állapotú, elsősorban daganatos betegek (C-s BNO kódú, BSC terápiás döntéssel) illetve az alábbi diagnózisú betegcsoportok (végstádiumú szisztémás autoimmun-betegek, ALS- és AIDS betegek) számára kérhető, akiknek alaptergésük és kínzó tünetaik alapján a várható túlélési ideje előreláthatóan 6-12 hónap. Az ellátást kezdeményezheti a beteg, a beteg

törvényes képviselője/hozzátartozója, családorvosa illetve szakorvosa.

**Intézeti hospice ellátásba** az a beteg kerül, akinek az otthoni hospice ellátása nem megoldott, illetve a szükségletek, igények fokozódásával a család, a beteg ezt igényli. A legtöbb hospice osztály előjegyzési rendszer alapján működik, mely a beteg, család, szakorvos és családorvos által kitöltött felvételi kérelmi lap beadása alapján történik. Az intézeti hospice ellátás ápolási időtartamát az intézmények saját belső szabályzatuk alapján határozzák meg, de általában nem haladhatja meg a 3-6 hónapot. A beteg otthonából való felvétel esetében családorvosi beutaló szükséges.

*Az intézményi hospice ellátás nem elfekvő, nem krónikus vagy onkológiai rehabilitációs ellátás, hanem egy külön önálló profillal, multidiszciplinaritással működő egység.*

Az **otthoni hospice ellátás** elrendelheti a járóbeteg- vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató klinikai onkológusának, a daganatos megbetegedés lokalizációja szerint illetékes szakorvosnak vagy az otthoni hospice ellátást végző szolgáltató palliatív jártasságú szakorvosának illetve a palliatív mobil csoport (mobil team) palliatív jártasságú szakorvosának javaslata alapján illetve saját kezdeményezésre, önálló hatáskörben háziorvos. Az első elrendelés 50 napra szól, amely igény és szükséglet esetén kétszer hosszabbítható. Az otthoni hospice ellátás integráltan működik a területi közösségi és szociális ellátással. Az otthoni hospice ellátás egészségügyi szaktevékenységes összessége, nem tartozik bele a betegfelügyelet és a házi segítségnyújtás. A betegnél való tartózkodás időtartamát a beteg igényei és az ellátandó szakfeladatok határozzák meg.

## Betegellátási adatok

A NEAK adatai alapján 2022-ben a hospice ellátás esetszáma 9876 volt (az előző évi 10193-hoz képest), ebből 3615 az intézményi és 6261 az otthoni ellátás. Mind az intézményi, mind az otthoni ellátásban csökkentek az esetszámok az előző két évhez viszonyítva.

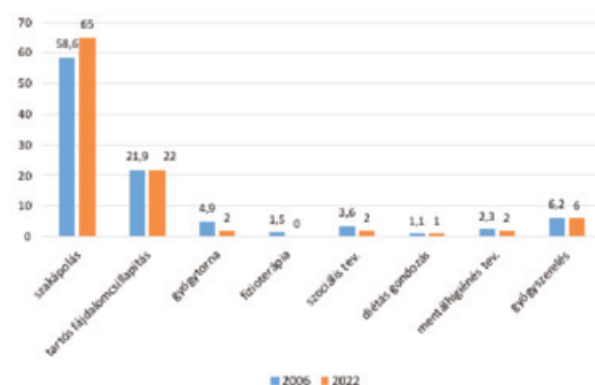
Az ápolási napok száma 330 788 nap (az intézményi ellátásban 173 242, az otthoni ellátásban 157 546 nap), az átlagos ellátási napok száma az otthoni és az intézményi ellátásban is 25 nap volt. Az **ágykihasználtság 60,9 %-ra esett vissza a 2020-as 73,2%-ról**. Az ellátott betegek közül a daganatos betegek aránya az intézményekben 94,5%, az otthoni

ellátásban 82% volt. A **COVID időszak még 2022-ben is befolyásolta az intézmények működését, több osztály 20-30%-os csökkentett ágyszámmal működött. A várólista időszaka 14 intézmény közül 5 esetben 10 napon belüli, 4 esetben 30 napnál több. Sajnos így a betegek 14%-a - legmagasabb 26% - várakozási időn belül elhaláloztak.**

A hospice ellátásban ápolott betegek közül 6346-an (64%) haltak meg, ez az intézményekben fekvő betegek 66,8%-a, míg az otthoni ellátásban ápoltak 62,8%-a. **Az otthon ápolott betegek 53,5%-a az otthonában hunyt el.**

Az otthoni hospice szaktevékenységek százalékos megoszlását a 2. ábra mutatja. Az elmúlt 17 évben az otthoni hospice ellátás finanszírozásának kezdete óta a gyógyszerelés - tehát a palliatív orvosi tevékenység alacsony: 10% alatt van, és ugyanígy a valódi team munkát is tükröző mentálhigiénés, szociális vagy diétás gondozás is csak néhány százalékot tesz ki. Az okok között említhetők humánerőforrás, finanszírozási és szemléleti problémák is.

2. ábra: Otthoni hospice tevékenység százalékos megoszlása, 2006-2022



## Nehézségek

A hospice ellátók által kiemelt nehézségeik nem változtak az előző évekhez viszonyítva. 2022-ben is a leggyakrabban említett nehézségek: *későn kerülnek a betegek a hospice-ba, továbbra is fennállnak a szemléletbeli problémák (pl. nem irányítják a betegeket a hospice-ba, „nem tudnak róla” a kezelőorvosok stb.); kiszámítható finanszírozási problémák, egyéb források valamint a humánerőforrás hiánya*. Az otthoni ellátásban 1503 fő dolgozott 2022 decemberében a NEAK szerződés alapján: 151

orvos, 192 gyógytornász, 889 ápoló (közülük 127 diplomás ápoló, 82 hospice szakápoló, 680 szakápoló), 73 dietetikus, 41 pszichológus, 75 mentálhigiénés szakember, 63 szociális munkás és 17 fizioterápiás szakember. Az otthoni hospice ellátásban dolgozó szakemberek száma 2021-hez viszonyítva 67 fővel csökkent.

## Összefoglalás

A magyarországi palliatív-hospice ellátás szakmai színvonala az ellátásban dolgozók magas szintű szakmai felkészültsége és lelkiismeretes munkája által az állami források korlátozott volta ellenére is igyekszik betölteni szerepét az ellátásban. Az egészségügyi ellátórendszeren belül szükséges a palliatív ellátás korai integrálása a betegellátásba. Nyugat-Európában a jelentősen növekvő palliatív igények mentén, evidenciákra alapozva valósul meg a palliatív ellátás fejlesztése. A hazai előrelépés kulcsa - a szakma belső fejlődése mellett - annak felismerése, mind az egészségügyi és gazdasági döntéshozók, mind a társadalom részéről, hogy a palliatív ellátási rendszer fejlesztése nemcsak szakmai, társadalmi, hanem gazdasági érdek is. Nemzetközileg megalapozott elvárás, hogy minden onkológiai központban működjön palliatív ellátó egység, és az állami finanszírozás valamennyi palliatív ellátási formára és több betegcsoportra is kiterjedjen. A palliatív szemléletű ellátás nemcsak a beteg, hanem az ellátásban érintett valamennyi szereplő (család-

tagok és szakellátók) számára megkönnyíti az életet veszélyeztető vagy megrövidítő betegség ellátását, az azzal való megküzdést.

A hospice ellátókról a <https://hospice.hu/ellatas-kereso> oldalon, az ellátásról részletes információ a [hospice.hu](https://hospice.hu) honlapon, az előző jelentéseket a <https://hospice.hu/hospice-jelentesek> oldalon láthatók.

## Irodalom

1. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (MHPE) és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) betegellátási adatai
2. The EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019.
3. Radbruch L, Payne S et al: Fehér Könyv az európai hospice és palliatív ellátás standardjairól és normáiról. Az Európai Palliatív Szövetség ajánlásai. 1. rész. Kharón, 2010. 14 (3): 1-28.
4. Centeno et al: Coverage and development of specialist palliative care services across the World Health Organization European Region(2005–2012): Results from a European Association for Palliative Care Task Forcesurvey of 53 Countries. PallMed, 2016, 30(4): 351–362.
5. Dr. Csikós Ágnes: Az életvégi betegellátás helyzete és fejlődési lehetőségei Magyarországon, PhD értekezés, 2011. Pécs
6. Dózsa Csaba: Az otthoni szakápolás középtávú fejlesztési koncepciója és stratégiája Otthonápolás 2009. 5.évf. 1.sz.
7. Mangel L, Lukács M. et al: Az első tapasztalatok a palliatív onkoteamrendszer működésével kapcsolatban a Pécsi Tudományegyetemen. Orvosi Hetilap, 2020, 161 (34): 1423–1430.
8. Benyó G, Lukács M, Busa Cs et al: A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. Magyar Onkológia, 2017; 61 (3): 292-299.
9. Hegedűs, K., Farkas, A., Lukács, M. (2021): Hospice betegellátás 2021 a Nemzeti Egészségbiztosítási Adatkezelő (NEAK) és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatai alapján. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, 2021. Budapest
10. Csikós Á (szerk.): Palliatív ellátás. Budapest: Medicina; 2022.
11. World Health Organization National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines.2nd ed. World Health Organization, Geneva, 2002.
12. Magyar Közlöny, 2015. 181.sz. 22706-22710., 22715.o.



# [MEDICUS | UNIVERSALIS XLIX/2016] 49 [FOLYÓIRAT- ÉS KÖNYVREFERÁTUM]

**Dr. Hidas István 2016-ban publikált referálóiból**

## DEGAM – A NÉMET HÁZIORVOSI EGYESÜLET EZÉVBEN LESZ 50 ÉVES

A múlt évi 49. DEGAM kongresszuson Richard Roberts amerikai háziorvos előadása, melyet a Háziorvoslás életet ment címmel tartott, egyetértést és nagy elismerést nyert. A szerző a Wisconsin Egyetem Orvosi karának háziorvosi tanszékvezetője szerint a szakma több életet ment meg, mint az összes szakorvosi ellátás képviselői együttesen. Hangsúlyozta, hogy jól működő egészségügyi ellátó rendszer háziorvosi rendszer nélkül elképzelhetetlen. 2008-ban – melyet a WHO az alapellátás korszerűsítése és elterjesztése révén az egészségügyi alapellátás évének nevezett – írásban közölték, hogy a 21. századkihívásának az egészségügyi ellátó rendszer csak az alapellátás megerősítésével tud megfelelni. Az előadás lényege két mítosz felszámolásának a szándéka volt: Az első: a szakorvosi ellátás magasabb színvonalat biztosít, mint az alapellátás. A második: a szakorvosi ellátás komplex az alapellátás egyszerű ellátást ad.

Az előadás lényege: minél képzetesebb volt az alapellátást biztosító orvosgárda, annál olcsóbb és hatékonyabb volt egészét tekintve az egészségügyi ellátás az országban. Európában Spanyolország, Nagy-Britannia és a skandináv országok voltak a leggazdaságosabb és leghatékonyabb ellátással bírók. Szemben az USA-val, ahol az alapellátás működtetése 2x-3x olyan költséges volt, mint az európai legjobbak. A hatékonyságról nem is szólva. A vizsgálat értékelése oda konkludált, hogy 2005-től meg jelent 49 tanulmány alapján kijelenthető, hogy a házi - orvosi ellátásra alapozott betegellátás – evidencia alapú értékelése – messze maga mögött hagyta a szakorvosi ellátás költségesebb és kevésbé hatékony ellátási rendszerét. Az külön megjegyzést képezett az adatok feldolgozásában, hogy a szakorvosi ellátásra alapozott ellátás gyakorlatilag 5 féle kórisme körül mozgott, ugyanakkor a háziorvosi gyakorlat betegek 25 féle kórisme gyógyítását mondhatták magukénak. Külön kiemelte a szerző az előadásában, hogy olyan plusz segítség, mint az eddigiekben kialakított jó orvos-beteg kapcsolat milyen fontos szerepet játszik mind a kórisme megállapítás, mind a kezelés-gyógyítás folyamatában, ami a szakorvosi ellátásra alapozott ellátásban mindig hiányzik.

## AZ ÁLTALÁNOS ORVOSLÁS SZALONKÉPES LETT

A német általános orvostársaság ennek éllovasa Vera Seifert a lap főszerkesztője riportot készített a DEGAM elnökével.

Az egyesület a 49. bozeni kongresszusán üdvözölte a hatzredik tagját, s ebből az alkalomból készített a lap főszerkesztője riportot az egyesület elnökével Ferdinand M. Gerlachhal. Az elnök hangsúlyozta, hogy fél évszázaddal ezelőtt egyáltalán nem létezett Németországban az „akadémiai” általános orvoslás. Azóta a 37 egyetemen huszonhét általános orvostani intézet működik, sőt mindenütt tananyag, sőt vizsgaanyag az általános orvoslás. Azóta minden hallgató számára kötelező a tárgy gyakorlati megismerése, sőt a gyakorlati évben választható az általános orvoslás, mint a gyakorló év szaktárgya. Megemlítendő, hogy az általános orvoslás volt az első az összes németországi szakirányú továbbképzési lehetőség között, amely megteremtette a strukturált minőségellenőrzés lehetőségét és a praxishoz csatlakozó minőségellenőrzési rendszert is. Mindez a politikai vezetés maximális elismerését is magával hozta, s ma is birtokolja, ami a biztosító-társaságok együttműködését és támogatását is jelenti. Meggyőződésünk hogy a pozitív hozzáállás továbbra is fennmarad, különösen amióta meggyőződöttünk arról, hogy a fiatal orvos-generáció érdeklődése a szakma iránt egyre nagyobb lett. Ezt nagymértékben segíti a felismerés, hogy a képzés, a továbbképzés és a kutatás minősége, amit a szakmában elértünk, az összes szakma képviselői számára bizonyította, hogy hol van a helye az alapellátásnak s mennyire fontos a megfelelő színvonal elérése mind a képzés, mind a továbbképzés vonalán. Az utánpótlás kérdése mindenütt a világon komoly gond. A képzési rendszerünk lényege, hogy a gyakorlati képzés során minden tekintetben megfelelő tudás-szintet biztosítsunk a hallgatóknak. Ne legyen ismeretlen számukra sem az ismeret, sem az elméleti, és gyakorlati lehetőségek tárháza, ami megteremti a lehetőséget, hogy a szakirányú elkötelezettség választása esetén egyforma eséllyel induljon mindegyik szakma. A választást – az elmúlt évek változtatásai nyomán – megkönnyíti, hogy ma már a végzés előtt megismerheti a szakma lehetőségeit, mind anyagi, mind elméleti vonatkozásaiban, s ezzel a hallgatók – különösen a végzős hallgatók – irányultsága és pályaválasztása is egyszerűbbé válik. A 2020-ig tervezett képzési struktúra változásai azt szolgálják, hogy a hallgatók ne csak megismerhessék az alapellátás feladatait, lehetőségei, hanem a képzés során a fejlődés, a tudományos munka, a kutatás alapellátási vonatkozásait is megismerjék, sőt már hallgatói szakaszban is abban aktívan bevonhatók legyenek. S ezzel megteremtik a lehetőséget az utánpótlás már korai szakaszban történő biztosítására, legalábbis a pályaválasztást illetően. Az mindenképpen fontos teendő – már a közeljövőben – legyen minden oktató praxis megfelelően motivált irányítóval ellátott, így talán sikerül

időben megmozdítani a rejtett vonzalmat az alapellátás választására s ezzel sikerül a megfelelő minőségű és menyenyiségű fiatal kollégát az alapellátásba hívni.

## AZ ORVOSI MENTÉS KÉZIKÖNYVE

Az eredeti mű szöveghű kiadása kommentárokkal ellátva. Az eredetit kiadta a „Mentők Lapja” szerkesztősége 1891-ben. A kommentárok közreműködői sokunk régi ismerősei és/ill. az oxiológia neves képviselői, Bence György, Breitenbach Géza, Buda Péter, Csókay András, Dienes Zsolt, Elek István, Góbl Gábor, Hangyál Éva, Komlóssy Attila, Lászik András, Lőrinczi Sándor, Mártai István (felelős kiadó, a Magyar Oxyológiai Társaság elnöke), Tóth Zoltán, Szegezky Dezső, Szirmai Imre, Szokoly Miklós, és Tury Peregrin). A 2016-ban reprint kiadásban kiadott könyv megjelenését Dr. Vértes László kutatása tette lehetővé, aki az „Orvosi mentés kézikönyve” címen 1891-ben megjelent műre a felelős kiadó figyelmét fölhívta. A Magyar Oxyológiai Társaság, ami ez évben ünnepli megalakulásának 125. évfordulóját, elhatározta, hogy a magyar mentésügy egy fontos kiadványát újra, eredeti szöveghű másolatban, kommentárokkal kiegészítve megjelenteti. Az eredeti szövegből kiderül, hogy a mentés már 125 évvel ezelőtt is fontos része volt az orvosi ellátásnak s elődeink hasonlóan gondolkodtak, mint a ma szakemberei. A 125 évvel ezelőtti szerzők bevezetőjükben hangsúlyozzák, hogy a hazai orvos-közönség megtalálja benne mindazt, amire az első segítség során szüksége lehet. Ezt a „Mentők Lapja” szerkesztősége nevében Burián Aladár, Chyzer Béla, Fodor Gáza, Korányi Sándor és Nékám Lajos írták alá, mind a 19. század komoly szakemberei, akik nemcsak művelték a szakmát, hanem sokuk annak fejlődésében és elismertetésében is fontos szerepet játszottak. A könyv fejezetei „Az életmentés története” a „Mentő eljárások belső bajokban” fejf, nyaksebészeti bántalmaiban, a törzs és végtagok sebészeti bántalmaiban, ...eljárások szembajokban, szülészeti és nőorvosi bajokban, húgyvívárszervi bajokban. Elsősegélynyújtás a gyermekek egyes megbetegedéseinél (Bókay János professzor tálalásában), elme és idegkórtani megbetegedésekben, az orr-torok- és gége bajaiban, fülbántalmaknál, fogbajokban, mérgezések eseteiben, mérgezésekkel összetéveszthető betegségekről, eljárás égnél, megfagyásnál, önakasztás, vízbefúlás, villám sújtás, napszúrás, veszettség esetén, mi az eljárás, a betegszállítás kapcsolatos eljárásokról és a halál jelenségeiről. A könyv nemcsak történeti jelentőségű, hiszen talán Európában elsőként foglalta össze ilyen részletesen és a szakma (az orvosi mentés) önállóságát hangsúlyozva a teendőket, nemcsak a mentésügy szakemberei, hanem az első ellátásban érdekelt alapellátás képviselői részére is. Aki komolyan érdeklődik szakmánk – a házi orvoslás – előzményei iránt, el kell olvasnia ezt a kommentárokkal kiegészített történelmi összefoglalást, ami a Magyar Oxyológiai Társaság kiadásában (1134. Róbert K. krt. 77) jelent meg ez évben.

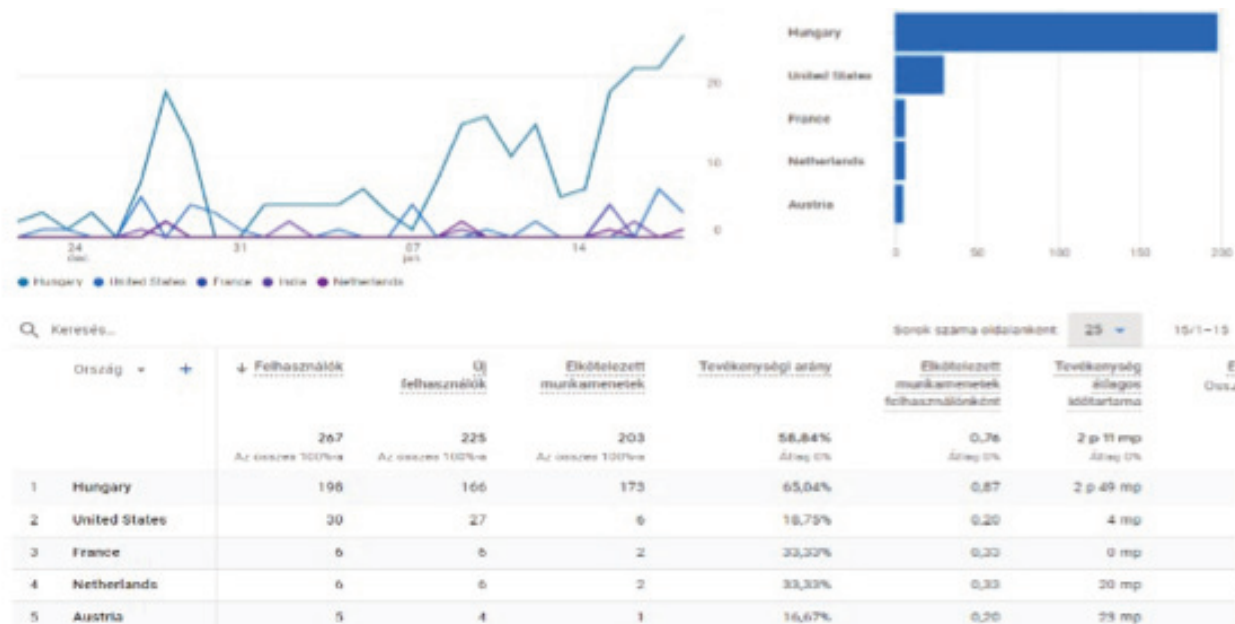
## RENDELÉS UTÁN. A FENNTARTHATÓ ÁLTALÁNOS ORVOSI ELLÁTÁS

Mary McCarthy az UEMO angol képviselője *British Journal of General Practice*, 2016. január 34 [MEDICUS | UNIVERSALIS XLIX/2016] [SZERKESZTŐSÉGI ROVAT ]

Az UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens – az Általános Orvosok Európai Szövetsége) Európa 26 országában képviseli az általános orvosokat. Az UEMO-nak 2011–2014 között magyar elnöksége volt (prof. Hajnal Ferenc, Papp Renáta, Balogh Sándor). Irányításával fejlődik az egészségpolitika, és a kutatási témák, melyek a családorvoslás témakörében működnek, s összefogottabbá, egységesebbé válnak. Ezzel tulajdonképpen megteremt a lehetőséget, hogy betekintsünk más országok egészségügyi rendszerének működésébe, sőt ezekből tanulhatunk, új munkamódszereket sajátíthatunk el, ezúton a brit alapellátás művelői folyamatos továbbképzésben részesülhetnek. Ez év első negyedévében a brit UEMO tagszervezet kérdőívet küldött a többi UEMO tagszer vezethet kiderítendő, milyen terhelésnek vannak kitéve az ott praktizáló kollégák. A tagállamokból 25 válasz érkezett, Málta mind az állami, mind a privát szféra munkaterheléséről nyilatkozott. Jóllehet a válaszok nem voltak teljeseek, érdekes volt megtudni a legfontosabb adatokat. A válaszokból egyértelműen kiderült, hogy a különböző rendszerek különböző modelljei, különböző felelőségeket fednek. Nem minden válaszadó országban van páciens-lista. Pl. Írország rendszerében vannak államilag támogatott polgárok, akiknek minden ellátását az állam biztosítja és fizeti, ezek kötelezően regisztrált betegek, akik előnyt élveznek bizonyos ellátások vonatkozásában. Emellett vannak a privát biztosítottak, akik egy biztosító társaság rendszerét használják és van egy harmadik csoport, akik saját „zsebükből” finanszírozzák egészségügyi ellátásukat. Van olyan megoldás – mint pl. Franciaországban – ahol nem kell regisztrálniuk, de miután a biztosító társaságok kedvezményeket adnak egyes ellátásokhoz, a franciák 90%-a regisztrált biztosított. Miután az európai családorvosok kapuórként működnek, minden krónikus, gondozást igénylő beteget kórházi (szakorvosi) kivizsgálásra is elküldik. Ez volt a gyakorlat Nagybritanniában is 30 évvel ezelőtt. Ez azt jelenti, hogy az európai családorvosok nem ismerik azt a plusz munkaterhelést, amit a másodlagos orvosi ellátás – kivizsgálás után a praxisban folytatott végleges gondozás – jelent. Ezt a típusú ellátási módot gyakorolják a brit alapellátásban dolgozó orvosok. Európa sok ellátási rendszerében a gyermek ellátást gyermek-szakorvosok végzik, nem a családorvosok, hasonlóképpen a nőgyógyászati alapellátást is a nőgyógyászok. Az idős generáció ellátása többségében az idős otthonok ápolási részlegeiben folyik, ezt az ellátást ún. közösségi orvosok végzik, vagy mint Hollandiában az ápolási otthon orvosai (nursing home doctors). Ha olyan beteg kerül vizsgálatra, akinél egyértelműen mentális beteg-

ség gyanúja merül föl, akkor egyenesen a szakorvosi (metálhigiénés, pszichiátriai) ellátás területére irányítják. A munkaerhelés a mindennapi forgalmat tekintve minden országban más. A praxisok létszáma 600 (Belgium) és 3500 fő (Törökország) között változik. A napi konzultációk száma hasonlóképpen 10 és 50 között van. Jóllehet ezt a számot nehéz értelmezni, mert vannak területek, ahol a telefon-konzultációkat is ide sorolták, míg egyes területekről csak a személyes találkozások számítottak ebbe a csoportba. A csoportpraxisok száma is növekszik, bár pl. Belgiumban csak a praxisok 3%-ában dolgozik egynél több orvos. Olaszországban ez a praxis-forma eléri az 50%-ot, Hollandiában meghaladja a 75%-ot. A vizsgálat idején Nagy-Britanniában több, mint 90%-ban csoportpraxisban látják el pácienseiket. Az is érdekes, hogy szerte Európában a csoportpraxisok 2-3 orvossal működnek, ugyanez Angliában gyakran 6-7 orvos együttműködését jelenti. Angliában egy praxis bejelentett beteglétszáma átlag 1600 fő, vagy kevesebb, ami talán kisebb stresszel járó rendeléseket feltételez. A rendelési idő alkalmazkodik a szokásos üzemi munkaidőhöz, azaz napi 8 óra, de van ahol kevesebb. Dániában pl. a rendelés hétfőtől csütörtökig 8-16-ig van, pénteken 14 óráig. Eddig a dán páciéntúra ezt a rendszert nem kifogásolta. Érdekes, hogy ennek ellenére az általános vélemény a megkérdezettek között az volt (a megkérdezettek 76%-a vélte így), hogy ez a rendszer nem ésszerű és nem fenntartható. Ha azokat a nemzeteket vizsgáljuk, amelyek a rendszert elfogadhatónak és/ill. ésszerűnek tartják, kiderül, hogy ezek páciens listáján 1600, vagy kevesebb beteg szerepel, a munkaidejük napi 8 óra, vagy kevesebb. Mődjük van hosz-

szabb konzultációk folytatására, részt vehetnek tanfolyamokon, továbbképzéseken, könnyebben elérhető számukra a szakorvosi konzultációk és a kórházi beutalások. De tulajdonképpen a páciensszám befolyásolja az ellátási lehetőséggel fennálló megelégedettséget. A konzultáció hossza és tartalma tekintetében az általános elvárás mindenütt a betegenként rendelkezésre álló minimum 15 perc. A skandináv országokban ez az időtartam 20-25 perc. Többségében a napi 25 konzultációnál többet nem akarnak teljesíteni, ezt a számot még elfogadhatónak tartják. Ebben a számba a telefonkonzultációk számát is beveszik. Magyarul napi 25 orvos-beteg találkozást tartják elfogadhatónak. A házi beteglátogatás vonatkozásban általános, hogy Európa-szerte ritkább lett. Lehet, hogy azzal is összefügg, hogy növekedett a kórházi beutalás lehetősége, s inkább ezt választják. Nagy-Britanniában a 100 000 lakosra jutó kórházi ágyak száma a legalacsonyabb Európában, Franciaországban kétszer, Németországban háromszor annyi kórházi ágy van, mint Angliában. Ez azt is jelenti, hogy fenti két országban könnyebben küldi a háziorvos a megfigyelést igénylő beteget kórházba, mint Angliában, ahol a tendencia ma az, hogy mielőbb jöjjön haza a kórházból a beteg. Összefoglalva. Egy szakma, ha stressz szituációban dolgozik, nagyobb a rizikója. Tulajdonképpen a válasz: csökkentjük az ellátandó betegek számát az átlag európai szintre. Ezzel csökken az orvos-beteg találkozások száma is, mind a személyes, mind a telefonkonzultációkat tekintve. A napi 25-ös konzultációs szám elfogadhatónak tűnik. Segíthetnek a nővérek és gyógyszerészek, hisz egy sor egyszerű kórkép esetében még a laikus népesség számára is megoldható problémát jelent.



3. ábra: A Medicus Universalis weboldalának látogatottságának területi eloszlása 2023. decemberben.

## Megtalálták az elhízás elleni csodaszert – Viszlát, brokkoli és kemény edzések?

Fekete Beatrix 2023. december 30. 13:00  
<https://www.portfolio.hu/uzlet/20231230/megtalaltak-az-elhizas-elleni-csodaszert-viszlat-brokkoli-es-kemeny-edzesek-659951>

A kormányok világszerte úgy döntenek, hogy a súlycsökkentő gyógyszerek létfontosságúak az elhízás elleni harcban és az általános egészségi állapot javításában, ezért az egészségbiztosítók támogatásával elérhető árú gyógyszerekké teszik őket. Mivel már olcsó tablettával is kordában tartható lesz a testsúly, így sokan felhagynak az egészséges étkezéssel és a testmozgással, miközben az elhízás elleni gyógyszerek iránti kereslet olyan mértéket ölt, hogy éveket kell várni rájuk. Ez pedig pont az ellenkező hatást éri el, az elhízottak aránya megnő, ami egészségügyi válságot okoz – áll a Saxo Bank hagyományos év végi meghökkenő előrejelzéseiben, amely a kis eséllyel bekövetkező, de potenciálisan nagy hatású eseményeket gyűjti össze. Bár ennek a forgatókönyvnek kicsi a valószínűsége, de úgy tűnik, hogy az új elhízás elleni gyógyszerek komoly hatást okoznak, nem véletlenül alakult ki óriási hype a készítmények körül idén.

Valósággal berobbantak 2023-ban a köztudatba az elhízás elleni gyógyszerek. Az új készítmények korábban nem látott hatékonysági számokkal kecsegtetnek, mindezt úgy, hogy közben a betegek egészségi állapotára is kedvező hatással vannak. A fogyasztógyógyszerek iránt óriási a kereslet, a piacvezető készítményekből mára hiány alakult ki, az egyik legsikeresebb készítmény, az Ozempic gyártója, a Novo Nordisk pedig Európa legnagyobb piaci kapitalizációjú vállalata lett.

Egyes vélemények szerint az úgynevezett GLP-1 készítmények jelenthetik a megoldást a népbetegségnek számító elhízás kezelésére, még a Saxo Banknál is felkerültek a 2024-es meghökkenő előrejelzések listájára, amely klasszikusan a kis eséllyel megvalósuló, de potenciálisan komoly gazdasági következményekkel járó forgatókönyveket gyűjti össze minden év végén. A stratégiák nullánál nagyobb valószínűséget adnak annak, hogy a könnyű fogyást ígérő tablettáknak köszönhetően az emberek abbahagyják a testmozgást és gyakrabban kezdik el látogatni a gyorséttermeket, ami miatt megnő az elhízás és a kapcsolódó egészségügyi problémák. Ez pedig a globális termelékenység csökkenéséhez vezetne.

A legvalószínűbb forgatókönyv azonban nem ez, hanem hogy jelentős globális piaca lesz az elhízás elleni gyógyszereknek, és a világ gyógyszergyártói igyekeznek minél nagyobb részt kiharcolni belőle. A közelmúltban két tanulmány is kimutatta, hogy a GLP-1 gyógyszerek nem csak az elhízás ellen segítenek, de pozitív egészségügyi hatásai is vannak, csökkentik a szívbetegségek kockázatát és korlátozzák a veseelégtelenség progresszióját a krónikus vesebetegségben szenvedőknél. Világszerte körülbelül

750 millió elhízott ember él, köztük a felnőttek mintegy 42 százalékát érinti az Egyesült Államokban, ahol az elhízással összefüggő betegségek évente több milliárd dollár egészségügyi költséget okoznak.

A BECSLÉSEK SZERINT 2032-RE A GLP-1 GYÓGYSZEREK GLOBÁLIS PIACA ELÉRI A 71 MILLIÁRD DOLLÁRT, A BMO CAPITAL ELEMZŐJE PEDIG 2035-RE MÁR 100 MILLIÁRD DOLLÁROS GLOBÁLIS ÉRTÉKESÍTÉSSEL SZÁMOL, AMIBŐL MINTEGY 70 MILLIÁRD DOLLÁRT CSAK AZ EGYESÜLT ÁLLAMOK ADHAT.

A fogyni vágyók számára már eddig is rendelkezésre álltak az amerikai gyógyszerhivatal (FDA) által jóváhagyott súlycsökkentő szerek, ezekkel a gyógyszerekkel az emberek átlagosan 5–7 százalékkal tudták csökkenteni a testsúlyukat, ha egészséges életmóddal és testmozgással párosult az alkalmazásuk. A nagy áttörést idén az hozta, hogy a 2-es típusú cukorbetegség kezelésére használt gyógyszerek egy csoportja, az úgynevezett glükagonoszerű peptid-1 (GLP-1) receptor agonisták kerültek a figyelem középpontjába, miután jelentős súlycsökkentést értek el velük.

GLP-1 receptor agonisták hatásmechanizmusa, hogy a GLP-1 hormont utánozzák, amely a gyomor-és bélrendszerben természetes módon szabadul fel evés hatására. A gyógyszerek arra készítetik a szervezetet, hogy étkezés után több inzulint termeljen, így korlátozzák a vércukorszint emelkedését az étkezések után, ami különösen fontos a 2-es típusú cukorbetegség számára. A gyógyszerek az étvágyat is szabályozzák azáltal, hogy jeleket küldenek az agyba, azt üzenve a szervezetnek, hogy jóllakott, ami gátolja a túlevést. A hatóanyagot tartalmazó készítményeket, például a Novo Nordisk által gyártott Ozempic-t, már évek óta használják a cukorbetegség vércukorszintjének szabályozására, a Wegovy nevű gyógyszert pedig a cukorbetegségben nem szenvedők számára fejlesztette ki a cég. Az Eli Lilly hasonló készítménye a Mounjaro, novemberben pedig jóváhagyást kapott a heti egy injekció formájában beadható Zepbound is.

A tőzsdei vállalatok közül a dán Novo Nordisk mellett az Eli Lilly az új típusú elhízás elleni gyógyszerek növekvő népszerűségének nagy nyertese, ami a tőzsdei teljesítményeken is nyomot hagyott. A Novo Nordisk Európa legnagyobb piaci kapitalizációjú tőzsdei cége lett idén, az Eli Lilly pedig az S&P 500 index legjobban teljesítő gyógyszercege. De nem mindenki járt sikerrel, a Pfizer nemrégiben úgy döntött, hogy nem folytatja a klinikai vizsgálatokat a nagy várakozással várt, szájon át szedhető elhízás elleni Danuglipron gyógyszer esetében, miután a betegek jelentős része visszalépett egy félidős vizsgálatból a mellékhatások, például a hányinger és hányás gyakorisága miatt.

A most élen járó gyógyszergyártók mindenestre nem dőlhetnek hátra, fel kell készülniük az erősödő versenyre. Az Eli Lilly olcsóbb terméke, a Zepbound már elérhető az amerikai gyógyszertárakban és a várakozások szerint az év elején Európában is megkaphatja az engedélyeket az év elején. Más gyógyszergyártók is beszállnak a versenybe, a Zealand Pharma és a Boehringer Ingelheim a tesztelések végső fázisában jár, míg az Amgen elhízás elleni gyógyszere-

reinek adatai az év elején várhatóak. De eközben a Novo Nordisk sem tétlenkedik, következő generációs elhízás elleni gyógyszere, a CagriSema előrehaladott klinikai vizsgálatoknál tart, amellyel a betegek akár potenciálisan testsúlyuk 25 százalékát is leadhatják.

Az elhízás elleni készítmények valószínűleg számos más iparágra is hatással lesznek, az olyan élelmiszeripari óriásoktól kezdve, mint a Walmart, a Nestle-ig, akik élelmiszer értékesítenek és a fogyókúrát kiegészítő termékeken dolgoznak. A testmozgással kapcsolatos vállalatok, az orvostechnikai eszközökkel foglalkozó vállalatok, és más gyógyszergyártók sem menekülhetnek. A fogyókúrás cégek évtizedek óta a márkás, előrecsomagolt ételekre és életmódprogramokra támaszkodnak. Néhányan, mint például a WeightWatchers és a Noom, maguk is megpróbálják kihasználni a trendeket a GLP-1 gyógyszerek értékesítésével, míg mások még mindig abban reménykednek, hogy termékeik túlélhetik az Ozempic-korszakot. A Jenny Craig májusban 40 év után bezárta fogyókúrás központjait. A Simply Good Foods pedig, amely az Atkins-diétás termékeket, például fagyasztott ételeket és sütitet forgalmaz, az Atkinst „tökéletes kiegészítésként fogja forgalmazni a gyógyszerek használatán gondolkodó emberek számára” - mondta a cég akkori vezérigazgatója, Joe Scalzo júniusban az elemzőknek.

## FIGYELEM!

A testsúlycsökkenést gyógyszeres terápia kapcsán felmerülő kérdések tisztázása érdekében:

A GLP-1 receptor agonisták közül, **testsúlycsökkentés céljából** jelenleg Magyarországon kizárólag a napi adagolású 3,0 mg liraglutid s.c (Saxenda) injekció engedélyezett.

Felírhatóság: „V” – Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer  
BNO-kód: E6690 Hivatalos név: Elhízás, k.m.n.

Társadalombiztosítás által elfogadott árral és támogatással nem rendelkezik (teljes árú)

**Fontos megjegyzés: A jelenleg Magyarországon elérhető szemaglutid, hatóanyagú gyógyszerek (Rybelsus/tabletta, Ozempic injekció) kizárólag 2-es típusú diabéteszben adhatók!**

Szakorvosi javaslatot követően, kiemelt támogatással, háziorvos rendelésére.

[Szerkesztőség]

**Francia kutatók tanulmánya szerint közel 17 000 ember halhatott meg a koronavírus-járvány első hulláma során a hidroxiklorokin szedése után.**



<https://www.portfolio.hu/gazdasag/20240104/kiderul-t-rengetegen-halhattak-meg-ettol-a-gyogyszertol-a-koronavirus-alatt-661049>

A malária elleni gyógyszert számos betegnél írták fel a világjárvány első hulláma során, annak ellenére, hogy nem létezett a klinikai előnyeit dokumentáló bizonyíték - mutatnak rá a kutatók a Biomedicine & Pharmacotherapy-ban közölt tanulmányukban.



Le poison est fabriqué à Naples; on l'appelle Manna di San Nicola di Bari; édie aux Suprêmes Conseils, qui en font la demande, dans de minuscules fioles et une étiquette ornée de l'image de Saint-Nicolas.

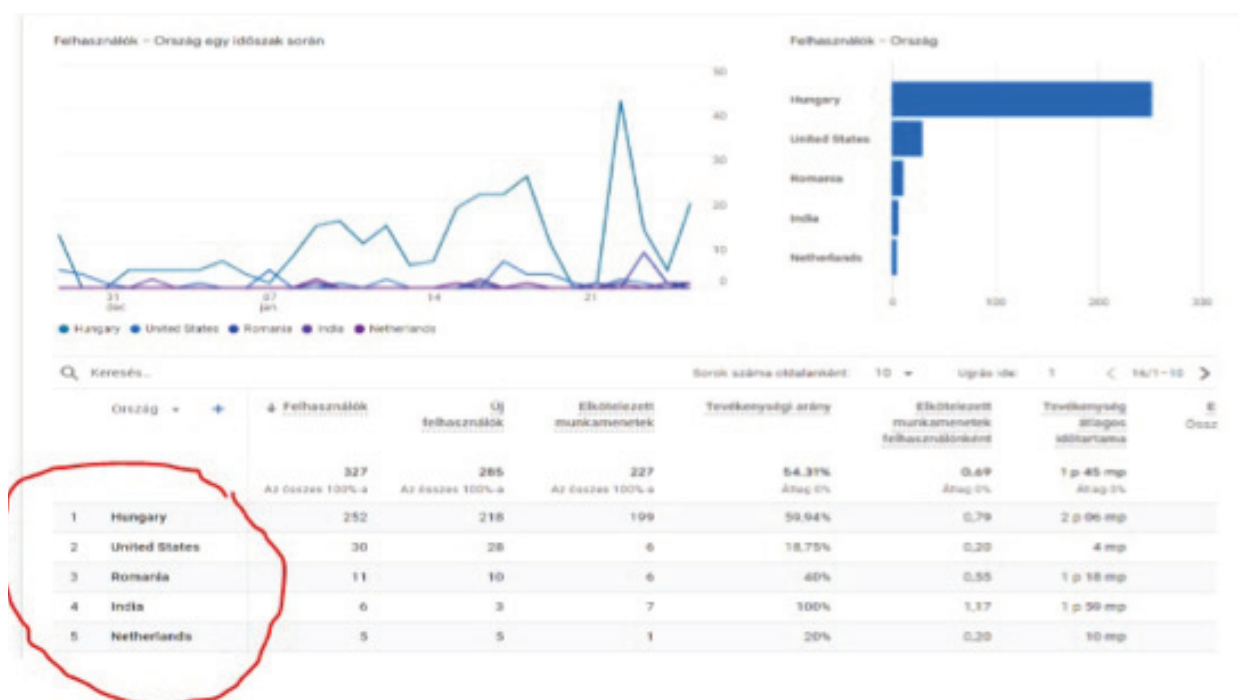
A szakértők becslése szerint hat országban - Franciaországban, Belgiumban, Olaszországban, Spanyolországban, Törökországban és az Egyesült Államokban - 16 990 koronavírusos ember halhatott meg az antimaláriás szer mellékhatása miatt. A megállapítás a Nature tudományos folyóiratban 2021-ben megjelent tanulmányán alapszik, amely a halálozási arány 11 százalékos növekedéséről számolt be a betegek körében a hidroxiklorokin szedésének köszönhetően. A lehetséges mellékhatásoknak, például a szívritmuszavarok előidézésének tudható be ez a magas arány, illetve annak, hogy ezzel a betegek elestek a hatékonyabb kezelések lehetőségétől. Valójában a kutatók szerint ez a szám akár még ennél is sokkal magasabb lehet, mivel a tanulmány csak hat országra terjed ki 2020 márciusa és júliusa között, amikor a gyógyszeret előszeretettel, rendkívül széles körben írták fel a vizsgált országokban.

## A „jó” halál?

24.hu/kultura/2024/01/03/gyilkosság-bizarr-tortenelem-giulia-tofana-olaszország-italia-ozvegy-mereg-nadragulya-olom-arzen-belladonna-aqua/

Giulia Tofana neve ma talán csak keveseknek mond valamit, az 1600-as évek Itáliájában azonban a nők jól ismerték, hiszen sokan egyenesen az életüket köszönhették neki - még ha ehhez gyilkolniuk is kellett.

A jó eséllyel a szicíliai Palermóban született nő életéről több, egymásnak ellentmondó leírás is fennmaradt - közülük a legvalószínűbb arról mesél, hogy Giulia jó eséllyel az Aqua Tofana nevű mérget feltaláló, majd 1633-ban emiatt kivégzett Thofania d'Adamo lánya volt, így jól ismerte a receptet. Elvitte hát magával Rómába, ahol rövidesen jövedelmező üzletet épített ki az arzén, ólom, illetve belladonna, azaz nadragulya keverékéből született.



4. ábra A Medicus Universalis weboldalának látogatottság - eloszlása. Újdonság, hogy Románia belépett az első három ország közé. (januári a külföldieknek és orvos egyetemeken családorvos oktatóinak, a 3. kiküldés után)

Dr. Örkényi Rudolf ma is aktív kollégánk kerek 50 éve kapta meg az Orvosi Hetilap igen nagy elismerését a „Markusovszky Díjat”.

Az akkor fiatal pályakezdő gyerek körzeti orvos kolléga megmutatta, hogy a körzeti orvos tudománya, épp olyan tudomány, mint a klinikusoké.

Ekkor írta Andor Miklós és Szatmári Marianna könyvében és a „Levél önmagunkhoz” jegyzetében, hogy

az általános orvoslás önálló tudomány a körzeti orvos nem alárendeltje, nem fölérendeltje más szakorvosnak, hanem az alapellátás fontos és önálló része. Szívből gratulálunk és eredményes, boldog életkívánunk!

[Szerkesztőség és valamennyiünk nevében  
Dr. Balogh Sándor]



## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Pécs Városi Tanács Központi Nő-  
és Gyermekvédelmi Intézete  
(igazgató: Várbíró Béla dr.)

## Methaemoglobinaemia falusias jellegű városi gyermekorvosi körzetben

Örkényi Rudolf dr.

Orvosi beavatkozás és orvos által választott vizsgáló anyag iatrogen ártalma vezetett a methaemoglobinaemia (továbbiakban: mHb.) jelentőségének felismeréséhez. 1906-ban *Benecke* és *Hoffmann*, majd a csecsemőknél *Rol* 1933-ban Bi. subnitricum „röntgen kontrasztanyag” mérgezésről, mHb-felismeréséről adnak számot (1). Ezt követően több szerző számolt be mHb-val kapcsolatos észrevételeiről (2, 3).

Mérföldkő volt a mHb.-kutatásban — főleg gyermekgyógyászati szempontból — 1945-ben *Comlyn* a „JAMA”-ban megjelent közleménye (4). Ebben ráirányítja a figyelmet a kútvíz  $\text{-NO}_3$  szennyeződésének mHb-t előidéző szerepére. Ezt követően sorra jelennek meg hazai szerzők: *Révész*, *Bodó*, *Farkas*, *Turay*, *Krajcovic*s, *Frank* tollából is hasonló jellegű cikkek (5–9). A mHb.-kutatás új ismeretekkel gyarapszik az utóbbi 3 évtizedben. Felismerésre kerül a mHb-reductase enzim szerepe, vele született hiánya és elégtelenségéből származó recessiv öröklődő enzimopathia (10, 11, 12). Ugyanakkor a Hb-fajták megismerésén keresztül világosság derül a Hb-M szerepére, melyet mint domináns öröklődő haemoglobinopathiát ismerünk. A mHb. különböző oxidálószerke, illetve mérgező anyagok: nitrit, permanganát, chlorát, kaliumferricianid,  $\text{H}_2\text{O}_2$ , sulfonamidok, anilinfestékek, phenacetin stb. hatására keletkezik a  $\text{HbO}_2$  ferro vasának ferri vasá váló átalakításával, ahol az oxigén nem reversibilis kötésben van jelen. Az ember vérében normálisan is van 0,1–0,5%-ban, de congenitális anomáliában 10–40% is lehet a mHb.

### A kútvíz $\text{-NO}_3$ tartalma és a mHb. összefüggése

Amint említettük, *Comly* volt, aki a kútvíz  $\text{-NO}_3$  tartalma és a mHb. közötti összefüggést elsőként felismerte. Létrejöttében — az eddigi megállapítások szerint — a következő tényezőknek van szerepe:

1. A HbF könnyebben alakul át mHb-á (könnyebben oxidálódik) (13, 14).
2. Csecsemőknél relative magasabb a folyadékbevitel, mint a felnőtteknél.
3. A mHb-reductase aktivitása gyengébb csecsemőkorban, mint felnőttkorban, tehát a visszaalakulás spontán lehetősége kisebb (17, 18).
4. Az első trimesonban a gyomor hypaciditása sem jelentéktelen tényező, hiszen így — mint ismeretes —
  - a) különösen dyspepsiákban — baktériumok ascenziója jön létre a vékonybél felső szakaszában. Az ide jutó baktériumok jelentős része viszont nitrifikál (tehát redukál). Ezek a nitrátot nitritté redukálják, aminek a vékonybélből történő felszívódása már mHb-t fog előidézni (15).
  - b) Gyomor felől descensio útján is fertőzódhet a felső bélszakasz. A spenót mHb is tulajdonképpen hypaciditással és baktériumok descenciójával kapcsolatos. Főleg Németországból közöltek súlyos, sőt halálos kimenetelű „Spinat mHb” eseteket (19, 20). *Berend* (1970) meghatározása szerint a teában állás után megjelenik a nitrit.
5. A korlátozottabb kiválasztó tevékenység és így a nagyobb nitrit ion retenció sem elhanyagolandó szempont a mHb. létrejötténél.
6. Végül predisponáló tényező a csecsemőkor gyakoribb gastrointestinális zavara az előbbieken említett következményei miatt.

### A kútvíz $\text{-NO}_3$ szennyeződésének előidézői:

- a) A kúthoz 10 m, illetve más előírások szerint 30 m-en belüli bomló — rothadó fehérjeszármazékok jelenléte (emberi vagy állati ürülékeket tartalmazó szennytelep, istálló, árnyékszék, vagy trágyadomb).
- b) A kút közelében levő fa — gyökereinek penetrációja révén — úgyszintén hozzájárulhat a szennyeződés létrejöttéhez.
- c) Kútban és kútközelben levő rejtett üregek és járatok is számos veszély forrásai lehetnek.
- d) A föld rétegeinek minősége, a vízáteresztő, illetve át nem eresztő rétegeinek iránya — főleg a tavaszi hóolvadáskor — jelentősek.
- e) A mezőgazdasági kemizáció elterjedése, a műtrágyák és vegyszerek használata sem veszélytelen szempont. Ezeket a szabályokat betartani és az ember tervezéseibe be nem kalkulálható említett tényezőket kiszámítani legtöbb esetben nem sikerül. Erről tanúszkodnak különböző megyéinkből közölt szomorú statisztikai adatok is (így például *Gaál* adatai szerint *Szabolcs-Szatmár* megyében ásott kutak 68%-ában 50 mg/l fölötti a —  $\text{NO}_3$  tartalom, míg *Frank* adatai szerint Vas megye kútjainak 47%-ban a víz még a felnőttek fogyasztására is alkalmatlan).





Sorszám	Név	Kor, hét	Lakhely	Vérvétel ideje	Kút fajtája	Kút-NO <sub>3</sub> tart. (mg/l)	Vér mHb-tart. (ext. hányadosban)	Vér Hb-tart. (g%-ban)	Klinikai tünetek	Táplálék	Fejlődési mutatók	
											Cy. i.	F. i.
1.	G. J.	10	Rác-város	1972. V. 3.	kerekes	480	12	10,2	Anaem. küllem Dyspepsia Aluszekony	mesterséges	92	99
2.	H. Zs.	10	Nagydeindol	1972. V. 2.	kerekes	100	13	10,2	Gastroint. panaszok. Mérsékelt tachycardia Szürkés bőrszín	1 hó: AT Tovább: vegyes (spenót is!)	90	92
3.	M. Zs.	11	Rác-város	1972. V. 3.	kerekes	126	17,1	11,0	Gastroint. panaszok. Dyspepsia	1 hó: AT Tovább: <sup>2</sup> / <sub>3</sub> -os Lact. Sok régi tea, spenót	92	95
4.	M. H.	16	Magyar-ürög	1972. IV. 27.	kerekes	252	17,1	10,7	Aluszekony	1 hó: AT Tovább: mesterséges	89	93
5.	J. D.	6	Patacs	1972. IV. 24.	kerekes	52	19,8	10,5	Dyspepsia	1 hét: AT Tovább: vegyes	90	92
6.	V. G.	17	Magyar-ürög	1972. IV. 27.	gépi szivattyús	152	22,4	11,0	Régebben dyspepsia	2 hét: AT 1 hó: vegyes Tovább: mesterséges	95	105
7.	Sz. Sz.	17	Pellérdi elágazás	1972. IV. 24.	kerekes	104	22,5	11,1	1—2 hó között dyspepsia	3 hét: AT Tovább: mesterséges	92	92
8.	H. A.	15	Aranyhegy	1972. IV. 24.	kerekes	88	23,2	10,8	∅	3 hét: AT 2 hó: vegyes Tovább: mesterséges	111	99
9.	Cs. J.	9	Patacs	1972. IV. 27.	kerekes	98	23,5	9,4	Enyhe gastro-intest. panaszok	1 hó: AT Tovább: mesterséges	110	122
10.	T. G.	16	Nagydeindol	1972. V. 4.	kerekes	26	24,8	10,8	∅	2 hó: AT Tovább: mesterséges	99	109
11.	S. L.	5	Patacs	1972. V. 2.	gépi szivattyús	36	25	12,0	∅	2 hét: AT Tovább: mesterséges	109	106
12.	J. R.	16	Kisdeindol	1972. V. 4.	kerekes (közút)	32	26	10,1	∅	1 hó: AT Tovább: mesterséges	109	109

#### Módszereink

Munkánk első részében — a KÖJÁL segítségével — fel kellett dolgoznunk a körzet valamennyi ázott és fűrt kútjának vizét, tekintettel az 1964 óta előfordult 3 súlyos, cyanoticus mHb-s esetre. A falusias jellegű utcák 197 kútját szűrtük így le még az 1967—69. években.

A mHb. szempontjából döntő fontosságú az NO<sub>3</sub> tartalom, mely a körzet kútjainak (85%-ban ázott kút) 70%-ában a „Vizszabvány” szerint megengedett 40 mg/l-nél magasabb százalékban van jelen (21, 22). Egyébként *Down* javaslatára az Eü. Világszervezet a csecsemők táplálására a 44 mg/l NO<sub>3</sub> tartalomig tartja a vizet alkalmasnak. Egy-egy település csoportra bontva a kutakat, feltűnt, hogy az alacsonyabb fekvésű területek kútjai erősen -NO<sub>3</sub> szennyezettek, míg a hegyvidéki fekvésűekből jobb minőségű vízmintát nyertünk. Ennek magyarázataként a domborzati tényezőkből, talajvizből és az állattartásból adódó különbség szolgál.

#### Vizsgált betegeink

Munkánk második részében a kútvizek -NO<sub>3</sub> tartalmának birtokában igyekeztünk megbizonyosodni a *latens mHb* és az *anaemia* mértékéről. E céllal, adott időpontban (1972. április 24-től május 4-ig) — továbbiakban: tárgyi időszak — berendeltünk vérvételre 12 mesterségesen táplált, 1—3 hónapos csecsemőt. Az esetek kiválasztásánál a következő szempontokat vettük figyelembe:

1. Valamennyi csecsemő a vérvétel időpontjában 3 hónapon aluli, mesterségesen táplált legyen, akiknél a táplálék és a tea elkészítéséhez ázott vagy fűrt kút vizét használják.
2. Az esetek lehetőleg reprezentálják a körzet főbb területeit.

A körzet kútvizének előzetes (1967—69. évi) vizsgálatának birtokában lehetőség kínálkozott kontroll esetek kiválasztására is annak révén, hogy a jó kútvízű területről hozzájuthattunk három csecsemő vizsgálatához.

Egyébként — szűrőpróbaszerűen kiválasztott esetekben — a kútvíz analízis a vérvétellel egyidő-

ben ismételtent megtörtént. Sajnos a tárgyi időszak idején a számomra elérhető intézet laboratóriumában még a hígított ammóniával történő fotometriás módszer volt alkalmazásban a mHb. kvantitatív meghatározására.

A methodika lényege a citrátos vérnek ammóniával történő hígítása és az extinkciónak küvettában történő meghatározása (zöld és vörös szűrőn). Normális vér esetében az extinkció értéke 25–26, ha a teljes Hb mHb. formájában lenne jelen, akkor a tört értéke 2 lenne. Amennyiben a vér mHb-t is tartalmaz, akkor ez a hányados a két érték között van (24).

Az esetek részletes feldolgozását táblázatban foglaltuk össze.

Az ábrából kitűnik, hogy a 12 csecsemő közül 9-ben (75%) a kútvíz  $-NO_3$  szennyezettségének megfelelően jóval a normális feletti mHb. tartalom volt kimutatható. A 9 közül kettőnél megdöbbentően magas — 12 és 13-as hányados — mHb.-értéket találtunk (a közel 9–10-es értéknél már klinikailag is meggyőző manifeszt tünetek vannak!). A vérvételekkel egyidőben történt részletes vizsgálat során ez utóbbi kettőnél bizonyos mHb.-ra utaló gyanújeleket is lehetett konstatálni.

A 10–12-es sorszámú 3 csecsemő kontrollnak is megfelel, hiszen a többivel azonos módon kiválasztott esetek. A táplálkozáshoz használt kútvíz  $-NO_3$  tartalma náluk viszont nem haladta meg a megengedett 40 mg/l értéket. Ennek megfelelően gyakorlatilag mHb-, panasz- és tünetmentesek. Fejlődési mutatóik is jobbák mHb-s társaikénál.

#### Megbeszélés

Az esetek táblázatban foglalt részletes jellemzésénél közölt átlag 10,5 gr<sup>0</sup>/o-os Hb-értékekkel érdemes összevetni a talált mHb.-értékeket (22). Az oxigén transzport kárára az enyhe fokú anaemia mellett tehát további anaemizáló tényezővel kell számolni az említett 9 csecsemőnél. A laboratóriumok Hb-meghatározásai ezt a mHb. részvétel által létrejött „funkcionális” anaemiát többnyire nem hozzák az orvos tudomására (a cyanidos Hb-meghatározás esetében a Hb-gr <sup>0</sup>/o-os értékében a mHb — Hb-ja is szerepel, pedig az nem szolgálja akkor, időlegesen az oxigén transzportot). Ezért szükségesnek látjuk a bizonytalan összetételű kútvizet fogyasztó, I. trimesonban levő csecsemő laboratóriumi vizsgálatait esetében az esetleges mHb.-érték vizsgálatát is.

A kisszámú eset nem lehet bizonyító erejű a mHb-vel kapcsolatba hozható fejlődési adatokra, de feltehetően a „nagy számokból” azonos módon lehetne regisztrálni a  $-NO_3$  ártalomnak kitett 4 hónapon aluli populáció mérsékelt somaticus retardációját is. Hiszen ezeknél nemcsak az anaemiával hozható kapcsolatba a fejlődés, ill. gyarapodás lelassulása, hanem azokkal a gastrointestinalis panaszokkal — dyspepsiákkal is, melyek szintén gyakori tünetei a mHb-ás csecsemőnek. Mindenképpen érdemes tehát a  $-NO_3$ -os kútvíz által legnagyobb veszélynek kitett, említett korcsoporttal ilyen szempontból is törődni.

#### Praeventiv lehetőségeink

Az acut és súlyos esetekben szokásos klinikai beavatkozások közismertek (Methylenkék, ascorbinsav — redukálószer — használata, cardiacumok adása, esetleg transfusio stb.).

Praeventiv lehetőségeink az Eü. Minisztérium ide vonatkozó rendelete és az idézett irodalmi adatok alapján szintén körvonalalaiban ismeretesek. Így a terhések számára adott tájékoztató — a jó kúttal kapcsolatban —, a csecsemők számára javasolt anyatej biztosítás — 3 hónapos korig —, az érintett korcsoport antianaemiás kezelése, spenót eltávolítása és a C-vitamin fokozott adása az első trimesonban.

A fentiek gyakorlati megvalósítása viszont még nagyon sok helyütt nem jött létre és ezek miatt is indokolt e kérdéssel foglalkozni.

Javaslatunk, hogy a „ $-NO_3$ -as terület” mesterségesen táplált kiskorú csecsemői számára biztosítani kell üvegedényekben, demijonokban a hideg helyen tárolt, városi csapvizet, illetőleg megbízható kútvizet. A naponta cserélt, jó ivóvíz felhasználásával készített mesterséges táplálék — tejhígítás, tea — mindenütt megvalósítható és a kérdés súlyponti részét megoldani látszik.

**Összefoglalás:** Bevezetőben rövid történeti áttekintést ad a szerző a mHb-vel kapcsolatos felismerésekről, majd ismerteti létrejöttének körülményeit, ill. összefüggését a kútvíz  $-NO_3$  szennyeződésével. Munkája első részében körzete 197 fűrt-, ill. ázott kútjának kémiai analízisével nyert adatait mutatja be. Felmérése szerint is az ilyen jellegű kútak víze 70–75%<sup>0</sup>-ban a kiskorú csecsemők táplálása számára megengedhetetlen. Munkája második részében szűrőpróbaszerűen egy adott időpontban kiválasztott 12, első trimesonban levő gyermek adatait ismerteti mHb., valamint Hb-tartalom, ill. a kútvíz  $-NO_3$  szennyezettség összefüggésében. E helyen ő is rámutat a latens anaemia előfordulására és veszélyére. Ezeknek az adatoknak alapján a szerző is hangsúlyozza a prevenció jelentőségét, rámutatva a jó ivóvíz rendszeres biztosítására.

IRODALOM: 1. *Benecke—Hoffmann*: Münch. med. Wschr. 1906, (cit. Bodó) — 2. *Betke, K.*: Dtsch. med. Wschr. 1962, 87, 909. — 3. *Wolf, N., Doering, G.*: Arch. Kinderheilk. — 4. *Comly, L.*: J. A. M. A. 1945, 3829. — 5. *Bodó T.*: Orv. Hetil. 1953, 84, 1213. — 6. *Krajcovicovics P., Kováts S., Harrew, M.*: Gyermekgyógy. 1964, 15. — 7. *Révész K.*: Gyermekgyógy. 1952, 3, 15. — 8. *Velkey L., Tóth A., Valentini J.*: Orv. Hetil. 1964, 105, 201. — 9. *Turay P. B., Pintér G., Gyimesi F.*: Gyermekgyógy. 1962, 12, 26. — 10. *Bódis J.*: Annal. Paediat. 1963, 455. — 11. *Gross, R. T.*: Bull. N. Y. Academy of. Med. 1963, 39, 90. — 12. *Palásthy G.*: Gyermekgyógy. 1966, 12, 83. — 13. *Betke, K. és mtsai*: Arch. Kinderheilk. 1964, 1970, 66. — 14. *Künzer, W., Ams, B., Schneider, D.*: Klin. Wschr. 1953, 31, 617. — 15. *Lévai F.*: Orv. Hetil. 1971, 112, 2036. — 16. *Tönz, G.*: Praxis. 1962, 2, 302. — 17. *Dreschner, N., Schneider, P.*: Klin. Wschr. 1955, 33, 528. — 18. *Delfmann, L.*: Zbl. allg. Path. 1959, 100, 269. — 19. *Nölscher, P. M., J. Natzschha*: Dtsch. med. Wschr. 1964, 89, 1751. — 20. *Sinios, A.*: Münch. med. Wschr. 1964, 106, 1180. — 21. *Eü. Min.* 1954. évi Eü. Közl. 10. sz. Eü. Min. 1967. évi Eü. Közl. 24. sz. — 22. *Frank K., Pajor G.*: Népegészségügy 1968, 3, 149. — 23. *Simon C.*: Z. Kinderheilk. 1964, 91, 124. — 24. *Bálint P.*: Klinikai laboratóriumi diagnosztika. Bp., Műv. Nép. Kiadó. 1955, 138. old.

## A dohányzás káros az egészségre

2023 utolsó heteiben ismét rengetegen tettek újívi fogadalmakat, amelyek között még mindig nagyrészt a dohányzás befejezése és a több mozgás szerepel. Egy friss tanulmány most rámutatott, hogy a kettő között bizony komoly összefüggés van – írja az IFLScience

<https://24.hu/tudomany/2024/01/04/dohanyzas-elvonasi-tunetek-ujjevi-fogadalom-kutatas/>

Az amerikai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ szerint a dohányzás a vezető megelőzhető halálok világszerte, és évente több mint 7 millió ember halálát okozza. Bár riasztó ez az adat, a sóvárgás és az elvonási tünetek miatt mégis nehéz sokaknak megszabadulni a káros szokástól. Különböző statisztikák szerint 10-ből nagyjából 1 egy tud véglegesen megszabadulni a dohányzástól.

Az Innsbrucki Egyetem kutatói ennek nyomán olyan módszereket kerestek, amelyekkel csökkenthetők a dohányzásról való leszokás kellemetlen hatásai.

A Psychopharmacology szaklapban megjelent tanulmány szerint Stefanie Schöttl és kutatótársai 16 dohányost gyűjtöttek össze, akiket véletlenszerűen csoportokba osztottak, és 10 perc gyors sétára, 10 perc futópadon történő futásra, illetve ugyanennyi ideig tartó ülésre kértek. A gyakorlatok során az elvonási tüneteiket is jelezni kellett.

Azokhoz képest, akik ülve maradtak, a kutatók azt találták, hogy a rövid beltéri és kültéri gyakorlatokat végzőknek jelentősen sikerült csökkenteni a sóvárgást és az elvonási tüneteket, valamint szignifikánsan javult a közérzetük is. A kutatás vezetője jelezte, a kinti gyakorlatok elsőre hatásosabbnak bizonyultak, azonban ezt a következő kutatások során pontosítani fogják még.

### Elektronikus cigaretta: áttörés vagy fából vaskarika?

Az elektronikus cigaretta, e-cigaretta vagy legismerőbb nevén az e-cigi használata kapcsán számos kérdés merül fel. Az OGYÉI több szabályozási és információs tartalmat jelentetett már meg a témában,

ebben a cikkben pedig összefoglaljuk a legfontosabb tudnivalókat az e-cigi kapcsán.

### Miért született meg az elektronikus cigaretta?

Az e-cigaretta mellett a legfontosabb érvként azt szokták felhozni, hogy használata előnyös lehet azoknak a – nem várandós – felnőtteknek, akik egyébként dohányoznak és a hagyományos cigarettát teljes mértékben helyettesíteni akarják valamilyen alternatív termékkel, így például az e-cigivel. Azonban ennek használata sem ártalmatlan: ha ön nem dohányzik, ne kezdje el az e-cigivel! Emellett tudományosan az sem bizonyított, hogy az e-cigi hatékonyan segítene a dohányzásról való leszokásban, illetve azt sem tudjuk, hogy milyen hosszú távú egészségügyi hatásai vannak a használatának.

### Hogy működik az e-cigi?

Az e-cigaretta többféle formában, megjelenéssel és méretben kapható. Népszerűségét sokan ahhoz kötik, hogy az e-ciginek „kütyü” jellege van: dizájnos külső, világító led, olyan, mint egy „okos cigaretta”. A vonzó külső azonban komoly veszélyeket rejt. Az eszközben egy tölthető vagy beépített akkumulátor segítségével hevül fel a készülékbe helyezett folyadék. A hevítés során az e-cigiben aeroszol keletkezik.

### Mit tartalmaz a keletkező aeroszol?

Az e-cigiben keletkező aeroszol elsősorban a hagyományos dohánytermékekben is megtalálható, függőséget okozó anyagot, nikotint tartalmaz. A nikotinmentes változatot dohányzást imitáló elektronikus eszköznek nevezik. Emellett a fogyasztóknak számolniuk kell azzal is, hogy az eszközben keletkező gőz ultrafinom részecskéket juttat a tüdőbe. Az e-cigi gőze illékony szerves vegyszereket, nehézfémeket,

például nikkelt, ónt, ólmot és egyébeket is tartalmazhat.

## Milyen egészségügyi kockázatai vannak az elektronikus cigaretta használatának?

Az e-cigaretta még mindig „új” terméknek számít, így nem ismerhetjük hosszú távú egészségügyi hatásait. Amit biztosan tudunk, hogy mivel az e-cigi nikotint tartalmaz, így hasonló hatásmechanizmussal lehet számolni, mint egy hagyományos dohánytermék esetében. A nikotin erősen addiktív, mérgező a fejlődő magzatokra illetve akadályozhatja a serdülők és a fiatal felnőttek agyfejlődését. Az e-cigiben keletkező aeroszol – a nikotin mellett – tartalmazhat egyéb olyan anyagokat, amelyek szintén károsítják a szervezetet. Ez magában foglalja a rákot okozó vegyi anyagokat és az apró részecskéket, amelyek mélyen behatolnak a tüdőbe. Ezeknél a termékeknél azzal is számolni kell, hogy a hibás e-cigi akkumulátorok tüzet vagy robbanást okozhatnak. A legtöbb robbanás az e-cigi akkumulátorának töltése közben történt, és néhány ilyen eset súlyos sérüléseket is okozott már. Továbbá több felnőtt és gyermek szenvedett már el súlyos mérgezést, amikor a tartályban lévő folyadékot lenyelték, felszívták illetve a bőrükkel vagy a szemükkel érintkezett. Ezért mindig győződjünk meg róla, hogy a tartály gyermekzárral felszerelt, illetve – hasonlóan a gyógyszerekhez és vegyszerekhez – gyermekektől elzártan tároljuk!

## Milyen kockázatokkal jár az e-cigaretta a fiatalokra nézve?

Az e-cigi (angolszász világban vaping) kiemelten népszerű a fiatalok körében, aminek oka a kutatók szerint a különböző aromákban keresendő (ízésített termékek Magyarországon csak illegálisan szerezhetők be). A kellemes ízhatás háromszorosára növeli a hajlandóságot az e-cigi kipróbálására, ezért a legnagyobb kockázat az, hogy olyan generációk is utat találnak a dohányzáshoz, illetve az ebből következő megbetegedésekhez, akik a hagyományos dohányzással szemben elutasítók lennének.

## Segíthet-e leszokni a cigarettáról az e-cigi?

Eddig – megfelelő bizonyítékok hiányában – egyetlen mérvadó kutatás sem hagyta jóvá az e-cigarettát, mint a dohányzástól való leszokást segítő eszközt. A legtöbb e-cigarettát használó ráadásul nem hagyja abba a cigarettázást, hanem párhuzamosan mindkét terméket használja. Kimutatták azt is, hogy az e-cigit fogyasztók kétszer nagyobb arányban szoknak vissza, mint a hagyományos dohánytermékek rabjai. Mivel napi néhány szál cigaretta elszívása is rendkívül káros, az egészség védelme érdekében nagyon fontos a dohányzás teljes abbahagyása!

### Források:

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52016DC0269&from=EN>

<https://www.hsph.harvard.edu/news/features/fda-nicotine-ecigarettes/>

<https://okvape.co.uk/blog/news/eu-tpd-e-cigarette-regulations-affect-vapers/>

<https://www.bfr.bund.de/cm/343/e-cigarettes-in-the-context-of-the-eu-tobacco-control.pdf>

[https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/262914/1/Electronic%20cigarettes%20health%20outcomes%20review\\_2022\\_WCAG.pdf](https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/262914/1/Electronic%20cigarettes%20health%20outcomes%20review_2022_WCAG.pdf)

<https://www.hsph.harvard.edu/news/features/fda-nicotine-ecigarettes/>



## EGÉSZSÉGÜNK CIGARETTA DOHÁNYZÁS ELEKTROMOS CIGARETTA GREENDEX

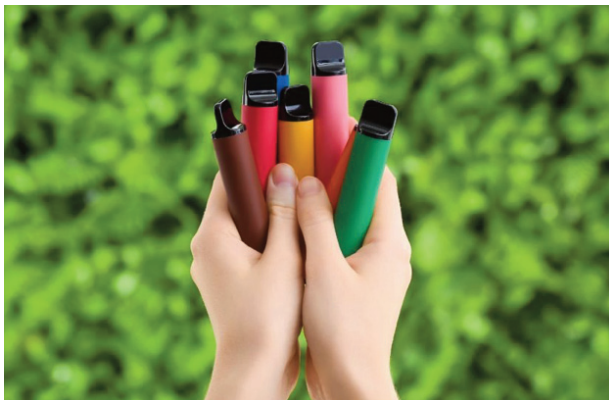
Melyik jobb, az elektromos cigaretta vagy a hagyományos? Összeszedtük, amit a dohányzásról és az e-cigikről tudni érdemes. Fenntarthatósági szempontból is összehasonlítottuk őket.

A WHO adatai szerint rekordot jelentő 1,3 milliárdra ugrott a dohányosok száma a világon, miközben a dohányzás alsó hangon évi 8 millió ember haláláért felelős.

2020-ban a világ lakosságának 22,3%-a, a férfiak 36,7%-a és a nők 7,8%-a dohányzott.

Noha 1990 óta a dohányosok aránya jelentősen csökkent, számuk mégis az 1990-es 0,99 milliárdról mostanra 1,3 milliárdra nőtt. A rászokás elleni intézkedéseket túlszárnyalta a népesség növekedése.

Nyár óta súlyosan büntetik az Elf Bar terjesztését és birtoklását. De sosem volt legális az Európai Unióban.



### Ennyien dohányoznak hazánkban

Nem jó, de nem is tragikus a helyzet. Az Eurostat legfrissebb adatai szerint nálunk valamennyivel rosszabb a helyzet az uniós átlagnál. 2022-ben a magyar lakosság 25,8%-a dohányzott napi szinten, és 1,7%-a alkalmasszerűen. (2009-ben a lakosság több mint 30%-a dohányzott rendszeresen.)

Az EU legdohányosabb nemzetei sorrendben Bulgária, Görögország, Lettország, Szlovákia, Horvátország. (Érdekesség, hogy Magyarország hátulról a 10. helyen tanyázik éppen Ausztria után.)

Sajnos a dohányzással kapcsolatos elhalálozások statisztikájában – Bulgária, Görögország, Szlovákia és Románia után – az 5. helyezettek vagyunk. Tüdőrák okozta halálozásban az 1., keringési betegségek okán

bekövetkezett halálozásban szintén az 5. helyen állunk.

#### A e-cigi veszélye: mi az az evali betegség?

Az elmúlt 2 évben ütötte fel a fejét az evali betegség, amely a vape e-cigihez köthető influenzaszerű felső légúti betegség. Amerikában 2020-ban 2600 esetet kellett sürgősségi osztályon kezelni, de Európában még nincs jelen. Az evali betegséget – az eddigiek alapján – csak E-vitamin-acetátot tartalmazó THC vape-ekhez kötik, amelyek Európában nem terjedtek el, vagy sok helyen be vannak tiltva

#### A e-cigaretta egészségügyi kockázata

Az EU célja, hogy 2040-re dohánymentes generáció jöjjön létre, és az emberek kevesebb mint 5%-a dohányozzon.

Ennek egészségügyi, környezeti és gazdasági előnyei is vannak. Csak az említett 14 országban a nemzeti egészségügyi rendszereknek éves szinten 115 milliárd euró költséget jelentenek a dohányzáshoz köthető egészségügyi kezelések.

Az azonban tévhit, hogy az e-cigik segítik a leszokást. A dohányzók alig 4-5%-ára jellemző, hogy teljesen leszoktak a hagyományos termékekről, és csak e-cigit szívnak. Azok száma pedig elenyésző, akik teljesen leszoktak az e-cigik segítségével, tehát már az utóbbival sem élnek.

### Ártalomcsökkentés

A British Dental Journalban publikált cikk szerint a nikotin tasakok valószínűleg lényegesen alacsonyabb kockázatot jelentenek, mint a dohányzás

[Nicotine pouches: a review for the dental team | British Dental Journal \(nature.com\)](#)

A brit Newcastle University Fogorvostudományi karának munkatársai közleményükben leírják a nikotinos tasakok összetételét, előállításuk és értékesítésük jogszerűségét, használati mintáit, és áttekintik a használatuk lehetséges orális és általános egészségügyi hatásait. Magát a nikotint szájon át bevihető formában (cukorkák, rágógumik, spray-k) már több mint 40 éve használják, és ez a dohányzásról való leszokás támogatásának egyik alappillére. A nikotinos tasakok az alternatív nikotin- és dohánytermékek közé tartoznak, amellyel a fogorvosoknak tisztában kell lenniük, különösen a dohányosok és a volt

dohányosok esetében. Valószínűleg viszonylag alacsony kockázati profillal rendelkeznek, hasonlóan a szájon át alkalmazott nikotin más formáihoz.

## Egyéb

### **Egy brit felmérés szerint az e-cigaretták ízesítésének esetleges tilalma az e-cigaretta használók éghető cigarettára való áttérését eredményezné**

Guest Post: Mark Oates – Nearly 1M UK Vapers Will Smoke If Vape Flavours Are Banned! - Ecgiclick

A Focldata által készített felmérés 2000 e-cigaretta és nem e-cigaretta használó dohányos bevonásával készült az Egyesült Királyságban. Eredményeik között szerepel, hogy becslések szerint az UK 4,5 millió e-cigaretta használójának 21%-a újra rágyújtana, amennyiben a kormány, az e-cigaretta folyadékok ízesítésének korlátozásával kapcsolatos tervei hatályba lépnének.

A cataniai Egyetem kutatói az e-cigaretták hasz-

nosságát a dohányzásról való leszokásban vizsgáló első tanulmány megszületésének 10. évfordulóját ünneplik.

ECLAT Celebrates THR Study's 10th Anniversary – Vapor Voice

A CoEHAR (Center of Excellence for the acceleration of Harm Reduction) az ECLAT tanulmány 10. évfordulóját ünnepli. Ez a projekt 2011-ben kezdődött, amikor az olaszországi Catania Egyetem professzora, Riccardo Polosa által vezetett kutatócsoport úgy döntött, hogy a leszokni vágyó dohányosok egy mintáján értékeli az e-cigaretta használatát. Két évnyi toborzás és nyomonkövetés után napvilágot látott az első randomizált, kontrollált vizsgálat az elektronikus cigarettákról. A kutatók erőfeszítéseinek eredményeképpen "az ECLAT tanulmány először szolgáltatott bizonyítékot arra, hogy az e-cigaretta segíthet az embereknek leszokni az éghető cigarettáról". A vizsgálat kimutatta, hogy az 52. héten az e-cigaretta használó dohányosok 8,7 százaléka leszokott a dohányzásról, míg 10,3 százalékuk legalább 50 százalékkal csökkentette a hagyományos cigaretta fogyasztását.

## **A dohányzás káros az egészségre**

**Hollandiában január 1-től nem lehet ízesített e-cigaretta töltőfolyadékot vásárolni, csak "hagyományos" dohányizút, ezért az emberek megrohanták a dohányboltokat, hogy még utoljára készleteket halmozzanak fel otthon. Több boltban már minden ízesített töltőfolyadék elfogyott - írja az NL Times.**

<https://www.portfolio.hu/gazdasag/20231231/megrohantak-a-dohanyboltokat-hollandiaban-660335>

Az országban mintegy 250 ezer ember tért át a hagyományos dohánytermékekről a e-cigarettára és – Emil 't Hart, a helyi E-cigaretta termék tanács elnöke szerint – ők most mind igyekeznek minél több ízesített folyadékot felhalmozni.

2024. január 1-jétől a kiskereskedők nem árusíthatnak többé semmilyen extra ízesítésű töltőfolyadékot. Ez az intézkedés része a kormány azon törekvésének, hogy visszatartsa a fiatalokat attól, hogy

gyümölcsízű e-cigaretta vásároljanak, mielőtt áttérnének a hagyományos cigarettára.

Emil 't Hart szerint azonban ez a politika visszafelé sült el. Szerinte ez arra ösztönözheti azokat, akik a hagyományos cigarettáról az e-cigarettára váltottak, hogy az ízválaszték hiánya miatt visszatérjenek. Továbbá azt jósolja, hogy

**A TILALOM NEM LESZ JELENTŐS HATÁSSAL A FIATALOKRA, MIVEL ŐK GYAKRAN VÁSÁROLNAK ONLINE KÍNÁBÓL.**

Mások könnyedén beszerezik a termékeket a Franciaországban és Spanyolországban működő külföldi online shopokból, vagy a belga és német határon átkelve vásárolnak.

A Nemzeti Közegészségügyi és Környezetvédelmi Intézet (RIVM) egyetért azzal, hogy az e-cigaretta egészségügyi kockázatokat jelent.



77 ELEKTRONIKA



TELEMEDICINÁLIS  
CUKORBETEG  
GONDOZÁS  
DCONT® ENAPLÓVAL

# Dcont® eNAPLÓ

SZINKRONIZÁLJA BETEGEI  
VÉRCUKORADATAIT  
AZ EESZT-VEL!

[www.dcont.hu](http://www.dcont.hu)

**EESZT**  
PHR modul

Dcont® | ETALON B



Dcont® | ETALON



Dcont® | NOVUM



77 ELEKTRONIKA Kft.

H-1116 Budapest, Fehérvári út 98.  
Zöldsszám: 06 80 27 7777; Tel: 06 1 206 1480  
E-mail: [ugyfelszolgalat@e77.hu](mailto:ugyfelszolgalat@e77.hu)  
[www.e77.hu](http://www.e77.hu); [www.dcont.hu](http://www.dcont.hu)



[neak.gov.hu](http://neak.gov.hu)



[e77.hu](http://e77.hu)



[dcont.hu](http://dcont.hu)

A fenti termékek gyógyászati segédeszközök. Lezárás dátuma: 2024.01.29.

# Az ELLIPTA<sup>1-4</sup> a COPD-s és asztmás betegek preferált inhalátorának bizonyult.<sup>5\*</sup>



**4 féle hatóanyag kombináció ugyanolyan ELLIPTA eszközben<sup>1-4</sup>**



**24 ÓRÁS HATÁS az aktív hatóanyagok tekintetében<sup>1-4,\*\*</sup>**



**Könnyen használható 30 adagos ELLIPTA inhalátorból<sup>1-5,\*\*\*</sup>**

**INCRUSE** ELLIPTA  
umeclidínium  
55 mikrogramm adagolt inhalációs por

**ANORO** ELLIPTA  
umeclidínium/vilanterol  
55 mikrogramm/22 mikrogramm adagolt inhalációs por

**RELVAR** ELLIPTA  
flutikazon-furoát/vilanterol  
92 mikrogramm/22 mikrogramm adagolt inhalációs por  
184 mikrogramm/22 mikrogramm adagolt inhalációs por

**TRELEGY** ELLIPTA  
flutikazon-furoát/umeclidínium-bromid/vilanterol  
92 mikrogramm/55 mikrogramm/22 mikrogramm adagolt inhalációs por

**Rövidítések:** COPD: krónikus obstruktív tüdőbetegség, FEV<sub>1</sub>: kényszerített kilégzési térfogat 1 másodperc alatt, ICS: inhalált kortikoszteroid, LABA: hosszú hatású béta<sub>2</sub>-adrenerg receptor agonista, LAMA: hosszú hatású muszkarin receptor antagonist, SABA: rövid hatású béta<sub>2</sub>-adrenerg receptor agonista


\*Több asztmás és COPD-s beteg részesítette előnyben az ELLIPTA-t az összehasonlított inhalátorokkal szemben.<sup>5</sup>

\*\*A FEV<sub>1</sub> 24 órás szignifikáns javulása az Incruse ELLIPTA<sup>1</sup> vagy az Anoro ELLIPTA<sup>2</sup> és a placeboval szemben (p < 0,001) 6 hónapos COPD-ben szenvedő betegeknek. A súlyozott átlag FEV<sub>1</sub> javulása az adagolás utáni 0-24 órával a Relvar ELLIPTA 92/22 µg és a placebohoz képest (p < 0,001) egy 12 hetes vizsgálatban asztmás<sup>3</sup> betegeknek, valamint a Relvar ELLIPTA 184/22 µg vs. flutikazon-furoát 184/22 µg naponta egyszer (p = 0,048) és a flutikazon-propionát 500 µg naponta egyszer (p = 0,003) az asztmás betegek 24 hetes vizsgálatában.<sup>3</sup>

\*\*\* A COPD-s betegek szignifikánsan nagyobb arányban értékelték az Ellipta eszközöket „nagyon könnyen vagy könnyen” használhatónak a Diskus/ Accuhaler eszközökhöz, egy adagolóselepes inhalátorhoz, a Turbuhaler, HandiHaler vagy Breezhaler eszközökhöz képest (p < 0,001). Az asztmás betegek szignifikánsan nagyobb arányban értékelték az Ellipta eszközöket „nagyon könnyen vagy könnyen” használhatónak a Diskus/ Accuhaler eszközökhöz, egy adagolóselepes inhalátorhoz vagy a Turbuhaler eszközökhöz képest (p < 0,001).<sup>5</sup>

**Referenciák:** 1. INCRUSE ELLIPTA Alkalmazási előírás, 2022.11.09. 2. ANORO ELLIPTA Alkalmazási előírás, 2022.11.18. 3. RELVAR ELLIPTA 92/22 µg és 184/22 µg Alkalmazási előírás, 2022.08.15. 4. TRELEGY ELLIPTA Alkalmazási előírás, 2022.07.15. 5. Van der Palen J et al., NPJ Prim Care Respir Med. 2016;26:16079.

**Bővebb információért olvassa el a gyógyszerek alkalmazási előírását, amelyeket a QR-kódok leolvasásával ér el. A hatályos alkalmazási előírások teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti Intézet és Élelmezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu) honlapján, az alábbi linkeken.**


 **INCRUSE ELLIPTA**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis&action=show\\_details&item=122780](https://ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis&action=show_details&item=122780)

 **ANORO ELLIPTA**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis&action=show\\_details&item=109378](https://ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis&action=show_details&item=109378)

 **RELVAR ELLIPTA 92/22 µg**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis&action=show\\_details&item=104407](https://ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis&action=show_details&item=104407)  
**RELVAR ELLIPTA 184/22 µg**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis&action=show\\_details&item=104408](https://ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis&action=show_details&item=104408)

 **TRELEGY ELLIPTA**  
[https://ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis&action=show\\_details&item=166749](https://ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis&action=show_details&item=166749)

Árak: ▼ Incruse ELLIPTA 55 mikrogramm adagolt inhalációs por. Szakorvosi javaslatra EÜ90 3/b alapján 90% ártámogatásban részesül. Bruttó fogyasztói ár: 10 241 Ft. Tb-támogatás összege: 9 217 Ft. Térítési díj 90%-os támogatással: 1 024 Ft. ▼ Anoro ELLIPTA 55 mikrogramm/22 mikrogramm adagolt inhalációs por. Szakorvosi javaslatra EÜ90 3/b alapján 90% ártámogatásban részesül. Bruttó fogyasztói ár: 14 579 Ft. Tb-támogatás összege: 13 121 Ft. Térítési díj 90%-os támogatással: 1 458 Ft. Relvar ELLIPTA 92 mikrogramm/22 mikrogramm adagolt inhalációs por. Szakorvosi javaslatra EÜ90 3/a és 3/b alapján 90% ártámogatásban részesül. Bruttó fogyasztói ár: 10 589 Ft. Tb-támogatás összege: 7 386 Ft. Térítési díj 90%-os támogatással: 3 203 Ft. Relvar ELLIPTA 184 mikrogramm/22 mikrogramm adagolt inhalációs por. Szakorvosi javaslatra EÜ90 3/a alapján 90% ártámogatásban részesül. Bruttó fogyasztói ár: 12 287 Ft. Tb-támogatás összege: 7 386 Ft. Térítési díj 90%-os támogatással: 4 901 Ft. Trelegy ELLIPTA 92 mikrogramm/55 mikrogramm/22 mikrogramm adagolt inhalációs por. Szakorvosi javaslatra EÜ90 3/b alapján 90% ártámogatásban részesül. Bruttó fogyasztói ár: 20 830 Ft. Tb-támogatás összege: 18 747 Ft. Térítési díj 90%-os támogatással: 2 083 Ft.

 **Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu) honlapon található információkat. Elérési útvonal: <http://www.neak.gov.hu> > szakmának; gyógyszer/gyse/gyógyfürdő > egészségügyi szakembereknek > publikus gyógyszertervez > végleges törzs > Publikus gyógyszertervez – lakossági tájékoztató.**

▼ Ezek a gyógyszerek fokozott felügyelet alatt állnak, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jeleljenek bármilyen feltételezett mellékhatást.

**Kizárólag egészségügyi szakembereknek szóló kommunikáció.**



Berlin-Chemie/A. Menarini Kft. | 1087 Budapest, Hungária krt. 30/A | Tel.: +36-1-799-7320  
HU-ELL-11-2023-v01-ad-#35636 • A dokumentum készítésének időpontja: 2023.03.20. • Érvényessége: 2025.03.20.

**INNOVIVA**