

Magunkon múlik az egészségünk

„Körületem idősebb lakói bizony nem táplálkoznak egészségesen, s a náluk előforduló betegségek (elhízás, magas vérnyomás, cukorbetegség, csonttritkulás) szorosan összefüggnek étkezési szokásaikkal” – derül ki dr. Rurik Imre, Pesterzsébet (20-ik kerület) egyik háziorvosának »Az időskorúak táplálkozás-egészségügyi vizsgálatának családorvosi lehetőségei« című doktori (PhD) értekezéséből.

A disszertáció sajátossága, hogy Rurik doktor Magyarországon az első orvos, aki háziorvosi területen végzett vizsgálatokat, illetve aki háziorvosi praxisban dolgozva végezte a PhD képzést. Dr. Rurik Imre 25 éve dolgozik kerületében: több mint egy évtizeden át a Dél-pesti kórházban volt ürülogus, tizenegyedik éve pedig a Vörösmarty utcai rendelésben dolgozik háziorvosként. Tavaly fejezte be a Semmelweis Egyetem kétéves szakmenedzser-képzését, idén júliusban pedig elnyerte a PhD fokozatot. A saját költségén finanszírozott felméréseben Rurik doktor első sorban a hozzá, illetve a Vörösmarty utcai rendelő-intézetbe járó betegek táplálkozási szokásait vizsgálta, ezeket vette össze betegségekkel, laboratóriumi eredményekkel. A három ütemben, 2000 október és 2002 június között zajlott vizsgálatot Antal Magda, az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet főosztályvezetője módszertani irányításával végezte. *(folytatás a 2. oldalon)*

A környezeti ártalmak egészségügyi hatásai és a betegjog (1. rész)

A környezeti ártalmakkal, a környezetvédelemmel foglalkozni mindig időszerű kérdés, és ne gondoljuk azt, hogy e téma csak a mai kor emberét foglalkoztatja. Az emberiség alig van tudatában annak, hogy a kék bolygó, amelyiken élünk, nagyon törékeny. Sivatagokat teremtettünk, áradásokat okoztunk, érdeinket tettük tönkre. Otthonaink és munkahelyeink dohányfüsttől és ártalmas részecskéktől terheltek.

Válaha az atmoszféra tiszta volt, mára szennyező gázok sokasága található a légkörben, az egyensúly törékeny, és az ellenségek sokasága létezik. Az üvegház-hatás, az ózon réteg elvékonyodása, klímaváltozások stb. Már elég késő van a cselekvésre, a tét nagy a Föld túlélése önmagában. Legfőbb cél a lakosság figyelmét ráirányítani a környezet megővására és a fiatalokat a környezetet és természet szeretetére, nevelni Georg Perkins Mars már 1864-ben „Az ember és a természet” című tanulmányában a következőket írta: „Az emberiség több civilizációt pusztított el történelme során.” (Gondoljunk a közel-keleti kultúrára). Platon 2000 évvel ezelőtt felpanaszolta, hogy az egykor erdőségekkel tarkított Attika fűcsomókkal borított hegyvidékké vált.

A környezetet romboló emberiség a vesztesébe rohan. Ez a folyamat az elmúlt 50 év alatt felgyorsult. Ma már nem ihatunk a patakok vizéből, mint ezt tehették elődeink, ma már a napsugarak sem a régiek, hiszen

az ózonréteg is sérült, és a levegő sem olyan, mint régen volt, de a termőföld sem ugyanaz. Valamennyi ipari országban, így hazánkban is egyre inkább baljós jelentőségre tesznek szert a jórészt környezeti ártalmak következtében is egyre tömegesebben előforduló megbetegedések. Az egészséget biztosító négy legfontosabb tényező öröklés, egészségügyi ellátás, magatartás, környezeti állapot közül az eredményességet tekintve az egészségügyi ellátás része mintegy 10%, a sértetlen környezeté viszont kb. 40%. Környezetünk épségben tartása tehát alapvető érdekünk kell, hogy legyen. Fontos, az az elv, amely szerint az egészség és környezet előtte jár a gazdasági megfontolásoknak. Egy ország környezeti állapotával szorosan összefügg lakosságának egészsége. Mielőtt részletesebben elemeznénk az egészségügyi és betegjogi problémákat fontos megjegyeznünk, hogy az ember környezetét-egészségügyi szempontból – fizikai, kémiai, biológiai, szociális és gazdasági tényezők, erők és feltételek alakítják, ezzel befolyásolják, meghatározzák egészségét, vagy betegségét.

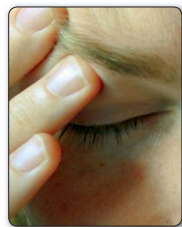
Az egészség és a betegség az élet két minőségileg különböző formája, ahol folyamatos átmenetek vannak. Az ember különböző mértékben egészséges, vagy beteg. Közismert a WHO 1974-es egészségdefiníciója, amely így hangzik: az egészség komplex fizikai, mentális és szociális jó lét, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya. *(folytatás a 4. oldalon)*

Valóságos lehetőségeink

A rendszerváltás után az új politikai elit alulértékelt az egészségügyi stratégiák jelentőségét s több alkalommal elaltatták az egészségügyi reformjának a folyamatos átalakítása, a hangsúlyok áthelyezése és a média áthangolása. Az alapokhoz sohasem mertek, akartak hozzájárulni, így maradtak az ellátórendszer „hűbéri viszonyai”, s a fordelszavak.

A szakmapolitikai viták gyakran részgazságnakról folytak, stílusztalanul, érdekelőntán és többnyire a betegek érdekeinek háttérbe szorításával, valamint szociális demagógiával. A politika az orvostársadalmat is devalválta, az egyes csoportjait-rétegeit szakmailag, anyagilag és morálisan ellehetetlenítette. (Jól érvényesítették az „oszd meg és uralkodj” elvét!) Erről is szólt a részleges privatizáció, a bírált és mégis megtört parasztolencia rendszer, a hivatástudat megkövetelése virtuális finanszírozással. Tudom, hogy sokan a szakmapolitika jeles képviselői közül a hivatástudattal, emberséggel, humánummal egyetértők közé tartoznak. Minisztériumi, országos intézeti, OEP, ÁNTSZ vagy önkormányzati funkciók mellett is empátiakus és pragmatikusak maradtak. Rájuk és minden etikus, hivatását szerető kolléga együttműködésére is gondolt, teszem meg tapasztalatokom nyugvó javaslataimat egy igazságosabb ellátórendszer kialakítása érdekében. *(folytatás a 8. oldalon)*

Az „orvosbeteg” és gyógyítása



Nem könnyű téma. A hatékony stresszkezelés, stresszoldás eszközeit, stratégiát nem csak, hogy nem tanítják az orvosgyógyasok, hanem valamilyen meghatározhatatlan forrásból származó ideológia szerint a gyógyító azt hiszi, hogy őt alányi jogon elkerüli ez a téma. Pedig az egészségügy világában szinte mindenütt fellelhető stressz egyaránt káros mind a gyógyító, mind a beteg számára. A közelmúlt története: a hatvanéves szívűtűtlen detsét főorvost úgy felidegesztette frissen kinevezett negyvenes főnöke egy adminisztrációs baromság számonkérése miatt, hogy az „örög” némán kivonulva a megbeszélésről a szobájában hirtelen rosszul lett olyannyira, hogy nem tudott segítséget hívni. Ha teljesen véletlenül nem lép be a vele párban lévő aznap ügyeletes – tehát a megbeszélésről hivatalosan hiányzó – szobátársra egy iratért, akkor a főorvoson már nem lehet segíteni. Így is hosszú időre volt szükség az állapota stabilizálására, hogy szállítható legyen a közeli klinikára.

Az orvosok igen nehezen megingatható tévhite: a betegség olyan dolog, amely őket elkerüli. Ezen túlmenően mindig sietnek. Nincs idejük önmagukra, betegségeikre, hobby kialakítására. Számukra az állapotukban történő változás mindig a „legrosszabbkor” jön. Hiszen gátolja őket teendőiknek elvégzésében, betegségeik nehézségeket okoz, úgy érzik, nélkülözhetetlenek – és ez gyakran igaz is –, s ha nincsenek jelen, minden összeomlik, de legalábbis beláthatatlan következményekkel lesznek. Ezért ameddig csak lehet, kitartanak. Így sokszor súlyosabb állapotba kerülnek, tartós egészségkárosodást szenvednek, s végül olykor valóban kiesnek, végérvényesen. Mint az a középkori többszázakvizsgás háziorvos, ki hónapokig vérzett és miközben hasonló tünetekkel tucatjával küldte betegeit kolonoszkópiára, ő kitartott öndiagnózisánál: aranyérén lévő hajszálrepedések okozták a véres székletet. Halálos ágyánál cinikusan vallotta: csak nem hagyom öregem, hogy leírjanak? Ha már le kell, akkor megteszem én magam...

Test és lélek integrált rendszer. A testi beavatkozás – gyógyszer, gyógyóvny, vagy akár a műtét is – nélkülözhetetlen része a betegség elleni harcnak. De a lelki háttér feltárása, önmagunk skrupulusaink legyőzése is rendkívül fontos, hiszen a tünet nemegyszer „üzenet”, segélykérés, amelynek szóbeli megfogalmazására gyakran maga a gyógyító is nem képes. E nélkül a testi beavatkozás hiányos, s ezért igen gyakran eredménytelen, vagy csak átmeneti javulást hoz. A legfontosabb, hogy megtaláljuk, melyek azok a belső mechanizmusok, amelyek gátolják a stresszel, konfliktusokkal való sikeres megbirkózás lehetőségét. Ennek feltérképezése és módosítása szinte még fontosabb, mint magunknak a stresszhelyzeteknek a felderítése.

Az orvos tud felelősséget vállalni – egész élete erről szól. Vállalnia kell tehát a saját felelősségét betegséggéért, egészséggéért is. Az orvos-beteg kapcsolatban is övé az irányító szerep, ezért önmaga karbantartása mondhatni: szakmai kötelessége, mert ettől hiteles. A szokásos, gyökeres életmód-változtatásra vonatkozó

tanácsok a gyógyítók számára is rendszerint teljesen használhatatlanok, hiszen nem veszik figyelembe az igényeiket, vágyaikat, értékrendjüket, lehetőségeiket. Ehelyett a terápia inkább azt használja ki, hogy a betegség alkalom arra, hogy az ember megálljon, végiggondolja az életét. Az orvos ha kell külső segítséggel vegye számba, mire vágyik, mi hiányzik neki, mi igazán fontos a számára; s végül találja ki, hogyan tehetné az életét maga és környezete számára elérhetőbbé, élvezetesebbé. Talán az egyik legfontosabb gyógyszer: napi 3x1 evőkanál öröm. A baj csak az, hogy az orvosok a nagy hajszában gyakran azt is elfelejtik, minnek is örülnének igazán. A legfontosabb, hogy ezt megtalálják. S hogy a személyiség saját erőforrásait állítsák a gyógyulás szolgálatába. Ezzel nemcsak az aktuális betegség gyógyulását segítik elő, hanem a stressztűrő képesség fokozásával hatékonyabb „megbirkózási” stratégiák birtokába juthatnak.

A stressztűrő képesség, mint egyfajta személyiség-jegyek fejlesztésére számtalan módszer és eszköz létezik, amelyek a vezetői tréningek részét képezik. Miért gondoljuk azt, hogy a gyógyítók mentesek a tréningek – az önmagunk karbantartását szolgáló gyakorlatok – végzése alól?

A stresszkezelést javító, stressztűrőst fokozó tréning felismerhetők és korrigálhatók a stresszt fokozó, a stresszkezelést gátló képességek, meg lehet tanulni relaxálni, fejleszthetők a kommunikációs készségek, ki lehet dolgozni a személyiségnek megfelelő stratégiákat stb. E képességek elsajátítása mind az egészségi állapot, mind a hatékonyságot pozitívan befolyásolja.

Különösen fontos mindez a vezetők, a menedzseres esetében. Hiszen ők képesek enyhíteni, de meg-sokszorozni is maguk körül a stresszt. A hatékony stresszkezelés megtanulása tehát nemcsak önmaguk – egészséjük, sikerük, karrierjük – szempontjából fontos, hanem jótékonyan befolyásolja a környezet működését, gazdaság – esetünkben a gyógyítás hatékonyságát is. »balla«
(a téma folytatódik az 9. oldalon)

a Kárpátok Galéria ajánlatából



Berkes Antal: Téli táj
jelzés: jobbra lent
méret: 170x240cm olaj-vászon

A kép Berkes Antal (1874-1938) müncheni korszakából való, korabeli utcarészletet ábrázol. A kép méretére való tekintettel a műtértek – befektetésen – túl igen ajánlott tárgyalók, aulák, privát vállalkozások, szalonok, képviselők, követségek, kulturális centrumok exkluzívításának emelésére, pláne ott, ahol található kötődés a helyszínhez.

A Kárpátok Galéria egy épületben található a Látlelet szerkesztőségével. Kapcsolatfelvétel – a kép/ képek megtekintése – előzetes egyeztetéssel a szerkesztőség elérhetőségén keresztül történik.

E-mail: latlelet.dunakanyar.net / Tel/Fax:06-26316659 / mobil:06209785662

Postacím: Hunga-Coord Kft. 2000.Szentendre Pf:56

Helyszín: Szentendre Fiastyúk. u. 2.

A Kárpátok Galéria soros kiállítása:

Magyarország képeiben... Pacsai Imre főiskolai tanár kortárs alkotásai (olaj-farost).

A Kárpátok Galéria műtárgyreszlege:

Csendelekek, tájképek mintegy 200 db olaj-vászon alkotások, kerettel és keret nélkül.

A Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal 2004. október 19-ei határozatai

Az egészséges életmódra nevelést, az egészségtan tantárgy általános iskolai kötelező bevezetését, az egészség és a környezet összefüggésének oktatását, a diák- és szabadidő sportot és ezek népszerűsítését egységes tevékenységi rendszerbe kell szervezni. Forrásait ágazatközi forráskoncentrációval kell biztosítani.

1. Az E. Alap 2005. évre tervezett hiányát az Államháztartási törvénynek megfelelően nevesített bevételi forrásként integrálni kell az E. Alap költségvetésbe.
2. Az Egészségügyi Minisztérium népegészségügyi programját – az önkormányzati felelősséget szem előtt tartva – benne az egészségkultúra fontos elemeit: az egészséges életmódra nevelést, az egészségtan tantárgy általános iskolai kötelező bevezetését, az egészség és a környezet összefüggésének oktatását, a diák- és szabadidő sportot és ezek népszerűsítését egységes tevékenységi rendszerbe kell szervezni. Forrásait ágazatközi forráskoncentrációval kell biztosítani. Szükségesnek tartjuk a népegészségügyi program média általi támogatását.
3. Létre kell hozni a Nemzeti Egészségügyi Fejlesztési Alapot, mint jogi és gazdasági intézményt, egyben a pénzügyi alapjának a feltöltéséről, a költségvetési források, központi forrás bevonás és a nemzeti fejlesztési terv integrálása útján gondoskodni kell.

www.mok.hu

Szenzációs új terápia a rákkutatásban?

A Stanford Medical Center munkatársai a különböző tumorkifejlődésért gyakran felelős myc-gén időszakos kikapcsolásával a tumor visszafejlődését idézték elő kísérleteik során. Bár a gén újraaktiválódott a kikapcsolás után, mégis a rövid időszak elegendő volt ahhoz, hogy a tumoros sejtek sorsa visszafordíthatatlanul megváltozzon.

Kontrollálatlan sejtosztódás

A tumorok kontrollálatlan sejtosztódás eredményeként jönnek létre. A sejtek osztódási programja beindul, azonban az osztódást szabályozó finom egyensúly megbomlása miatt ez az osztódás nem a szervezet igényeit elégíti ki, hanem attól függetlenül, kórosan és károsan sok sejt kialakuláshoz vezet. Létrejön a heterogén sejtek halmazából álló daganat, amely elkötelezettségétől, elhelyezkedésétől és természetétől függően komoly hatásokat fejt ki gazdaszervezetére. A sejtosztódási kontroll felborulásában számtalan tényező közre játszhat. Egyes szabályozó fehérjék a szükségesnél nagyobb, míg mások annál kisebb mennyiségben termelődnek.

A myc-gén termékének, a myc-fehérjének normális funkciója, hogy a sejtben belül információhordozóként működve a sejtosztódási program beindulását tegye lehetővé. A fehérje túlzott termelés viszont kontrollálatlan sejtosztódáshoz, így daganat kialakuláshoz vezet. A myc-gén túlzott aktivása emlő-, prosztata-, vastagbél-tumorkokban, és számtalan egyéb rákos elfajulásban mutatkozik meg, így vizsgálata, működésének esetleges befolyásolása nagy súlyú terápiás következtetéseket vonhat maga után.

Öszd meg és uralkodj!

A legfrissebb eredmények szerint a túlaktíválódott gén időszakos kikapcsolása a tumor növekedésének megállításához, esetleges visszafejlődéséhez vezethet. A kísérlet során egerekből kinyert sejtekben aktiválták a myc-gént (tumorosan átalakították a sejteket), mégpedig olyan módon, hogy az aktiváció egy egyszerű antibiotikum, a doxiciklin adására felfüggesztődött legyen. A tumorosan aktivált sejteket az állatokba visszaitelve majdaganat jött létre. Az állatokban doxiciklin tartalmú étrenden tartva viszont a tumor nem fejlődött ki, illetve növekedése megállt. Ezután

a kutatók elvonták az étrendből az antibiotikumot és a várokozásoknak megfelelően a majdaganat agresszív növekedésbe kezdett. Tizenkét hétnyi tumoros növekedést követően az állatok újból doxiciklint kaptak, amely hatására meglepő módon nemcsak a tumor további növekedése állt meg, hanem kis idő múltán el is tűntek az elfajult sejtek a májból, és az állatok meggyógyultak.

Az eredmények szerint tehát a myc-gén periodikus kikapcsolása törbe csolja a tumoros sejteket, elősegítve azt, hogy azok visszatérjenek a kontrollált, vagy legalábbis kontrolláltabb sejtosztódási ciklusba. A normálisnak tűnő sejtek azonban könnyen visszaalakulhatnak tumoros sejtekké, mint ahogy ezt a kemoterápiás beavatkozások során már korábban észlelték.

In vivo szelekció

Megválaszolatlan kérdés maradt azonban, hogy a myc-gén reaktivációja a régi tumoros sejtek újbóli csatlakozásba állásán, vagy pedig új tumoros sejtek kialakulásán keresztül okozott-e daganatot.

A probléma feloldására a beültetendő, tumorosan átalakított sejteket olyan zöld fehérjét termelő génnel láttak el, amely terméke a sejtekben maradvia tájékozott azok elhelyezkedéséről és indirekt úton életképességéről is. A zöld színt pedig az állatok testén kívül elhelyezett nagy érzékenységi kamerával detektálták.

A kísérlet menetét megismételve arra a következtetésre jutottak, hogy a sejtek valóban nem pusztulnak el, hanem csak osztódási jellemzőik változnak meg a myc-gén ki-be kapcsolására, tehát a gén bekapcsolásakor nem új tumor képződik, hanem a már meglévő daganatos sejtek kezdenek el aktiválódni. A daganat sejtjeit az eljárás egy kontrolláltabb osztódási viselkedés fel terelte, amely a második myc-gén deaktivációval a daganatos sejtek eltűnéséhez vezetett és a tumoros állat gyógyuláshoz is.

A kutatók következő lépése az lesz, hogy olyan vegyületeket találjanak, amikkel a myc-gén ki és bekapcsolása elvégezhető emberekben is, ami a kutatók reményei szerint az eddig nehezen gyógyítható daganatos megbetegedések újfajta terápiájához is vezethet.

NG

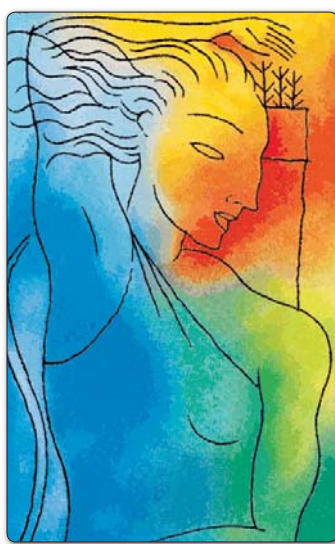
A növekedés üteme és az emlőrák kockázata

A nők esetében a felnőttkori testmagasság és a testtömeg index (BMI) befolyásolja az emlőrák kialakulásának kockázatát. A The New England Journal of Medicine oldalain bemutatott tanulmány keretében szerzők a gyermekkori növekedés üteme és az emlőrák kockázata közötti összefüggést vizsgálták 17415 dán nő esetében.

Az iskolai egészségügyi regiszterek alapján elemezték a résztvevők születési súlyát, a menarche jelentkezésének idejét, valamint a testmagasság és testsúly évenként rögzített értékeit. A nemzeti egészségügyi regiszterek alapján információt gyűjtöttek a nők egészségi állapotáról, az első szülés idejéről, a paritásról, és az emlőrák esetleges diagnosztizálásáról is. A követett 3.333.359 személy-év ideje alatt 3340 esetben diagnosztizáltak emlőrákot.

Az emlőrák független kockázati tényezői között szerepelt a magas születési testsúly (1), a magas termet tizenéves korban (2), az alacsony BMI tizenéves korban (3), és a fiatal korban jelentkező növekedés megugrása (4) – járulékos kockázat 7, 15, 15 és 9%. Összefüggést mutatott még az emlőrák kockázataival a nyolc éves korban tapasztalt testmagasság, és a serdülőkor (8-14 év közötti) testmagasság növekedésének üteme is.

Az eredmények szerint a menarche életkora, az első szülés ideje és a paritás nem befolyásolta a kockázatot. A szerzők szerint a születési súly és a serdülőkor növekedés üteme befolyásolhatja az emlőrák kialakulásának kockázatát.



AKTUÁLIS

Magunkon múlik az egészségünk



(az 1. oldal folytatása)

Dr. Rurik Imre

Kiderült, hogy a kialakult betegségek – elhízás, cukorbetegség, magas vérnyomás – nagymértékben összefüggnek az évtizedek óta kialakult étkezési szokásokkal. A vizsgálatban háromszáz érszöveti, nyugdíjas korú – 65 évvel idősebb férfi és 60 éven felüli nő – vett részt. A populációra eső választásának egyik oka, hogy az orvostudományban egyre fontosabb terület a gerontológia, idősebbekkel való törődés, az időségi gyógyítás, hiszen a gazdaság és a társadalom fejlődésével nő az átlagéletkor, javulnak az elvárható életkilátások. „Ez a tendencia hazánkban is megfigyelhető, annak ellenére, hogy Magyarország élén jár bizonyos halálozási mutatók, megbetegedések terén” – mondta dr. Rurik Imre. (Ezt támasztja alá az is, hogy a kórházakban fekvő betegek vagy a háziorvosi rendelőbe járók nagy része az idősebb generációhoz tartozik.) Másrészt pedig az idősebb embereknél az évtizedek óta kialakult és rögzült táplálkozási szokások hatásai jobban megmutatkoznak az egyes megbetegedéseknél.

S hogy mennyire táplálkoznak egészségesen a kerület nyugdíjasai? Rurik doktor rövid válasza erre, hogy nem igazán. Véleménye szerint – és ezt a vizsgálat is alátámasztotta –, az étkezési szokásokat alapvetően két dolog, az anyagi körülmények, és az iskolázottság határozza meg. Az alacsony iskolai végzettségűek például egészségtelenebbben táplálkoznak, így körükben gyakoribb az elhízás és az ezzel szorosan összefüggő cukorbetegség. Hozzá kell tenni, hogy a nyugdíjasok küzdelme nemcsak az anyagi javakban, illetve a kevésbé iskolázottak általában kevesebb pénzt keresnek, mint érettségizett, vagy egyetemist, főiskolát végzett kortársaik.

Az elhízás másik oka a mozgás hiánya. Míg külföldön az idősebb korosztály nagy része idősebb korban is fizikailag aktív, a vizsgált majdnem háromszáz nyugdíjas közül senki sem sportol. A kertes házakban élők ugyan tevékenykednek a kertben, ez a fajta mozgás azonban nem egyenértékű a sporttal. A legfőbb

gondot azonban az jelenti, mondja az orvos, hogy a felmérésben részt vevők korábbi életére is jellemző volt a mozgásszegény életmód. Az sem mindegy, hogy hányszor eszünk egy nap. Akik kevesebbszer – naponta egyszer-kétszer – esznek, lényegesen nagyobb testtömegűek, mint akik háromszor-ötször étkeznek. A szervezet ugyanis „megtanulja”, hogyha kevesebbszer jut energiához, akkor sokkal gazdaságosabban igyekszik a bevitt étellekből kinyerni a kalóriát. A vércukor és vérzsír, azaz a koleszterin szintjét is befolyásolja az étkezés gyakorisága, bár nem olyan látványosan, mint a testsúlyt.

A felmérés kitért a dohányzási szokásokra is. Kiderült, hogy idős korban már kevesebben dohányoznak, azonban a férfiak nagyobb arányban szoknak le idősebb korukban a cigarettáról, mint a nők. Míg a fiatalabb korukban aktív dohányzó férfiaknak csak harmada-negyede cigarettázik idősebb korban, a dohányos nő majdnem kétharmada nem hagyott fel egészségtelen szokásával. A vizsgálat eredményeit a mindennapi háziorvosi munkában kell(ene) kamatoztatni. Rurik doktor munkája során nagy hangsúlyt fektet az életvezetési, életmódbeli tanácsadásra. Ez azért különösen fontos, mert az egyén egészségi állapota döntően saját magától függ, az egészségügyi ellátó rendszer fejlettsége – nemzetközi statisztikák szerint – csupán 15-20 százalékban befolyásolja. A helyes táplálkozásnak minden elterelő erő – még idős korban is – jelentősége van, hiszen ezáltal elkerülhető a túlsúly kialakulása az elhízás okozta betegségei.

Mivel a felmérésben nagy számú nyugdíjas vett részt, az eredmények jellemzik egész Pesterzsébet hasonló korú lakosainak táplálkozási szokásait, előforduló betegségeit, illetve a kettő összefüggéseit. Az nem tudható, hogy a többi kerületben, vagy más hazai városban élőknél egészségesebb vagy egészségesebb életmódot folytatnak nyugdíjasaink, mivel máshol ez idáig nem végeztek hasonló jellegű vizsgálatot. Az értekezés egyedülállóan olyan témát dolgoz fel, amire az idős emberekkel való törődés fontossága miatt a későbbiekben várhatóan több figyelmet – és pénzt – fordít majd az orvostudomány.

» Szekoticzky Andrea
PÉSTERZSÉBETI HIRADÓ

Daganatot okozhatnak a mobiltelefonok

Daganat alakulhat ki azoknál, akik legalább tíz éve használják mobiltelefonjukat egy svéd tanulmány szerint. Állítóg nagyjából az esélye, hogy az idegdaganat a fej azon oldalán alakul ki, ahol a beteg használja a mobiltelefon. A mobiltelefon-gyártó cégek visszautasítják a vádakat, szerintük nincs bizonyíték a káros egészségügyi hatásra.

Daganat alakulhat ki azoknak a mobiltelefon-tulajdonosoknak a hallójegén, akik legalább tíz éve keresztül használnak mobiltelefont – erre a következtetésre jutottak a svéd Karolinska Intézet kutatói. A tudósok szerint a betegség azon a helyen alakulhat ki, ahol a mobilhasználat sűrűbben tartja a telefont. Ugyanakkor nincsenek jelek a betegség kockázatának növekedésére azoknál, akik kevesebb mint tíz évig használják a mobil – tartalmazza a tanulmány. Az intézet Európa legnagyobb orvosi egyetemének egyike, illetve klinikai és biogénnyegyzeti központ, amely dönt a fiziológiai vagy orvosi Nobel-díj odaítéléséről.

A kutatók csak az analóg mobiltelefonok tanulmányozásával foglalkoztak, így nem tudják meghatározni, hogy az eredmények csak azokra vonatkoznak, vagy hasonló lennének a digitális telefonok (GSM) hosszú ideig való használata után is – áll a tanulmány.

ban. A mobiltelefon-piacon most túlsúlyban vannak a GSM telefonok, amiket nagyobb és kevesebb fejlett analóg telefonokkal helyettesítettek a közép és késő 90-es években.

A mobiltelefon-gyártó cégek szerint nincs tudományos magyarázat arra, hogy negatív egészségügyi hatással lennének a mobiltelefonok használatainak.

A Karolinska intézet által végzett tanulmányban 150 idegdaganatos betegségen szenvedő és 600 egészséges ember vett részt. A tumor kialakulásának kockázata majdnem kétszer akkora volt azoknál, akik legalább 10 éve kezdték használni a mobiltelefont – mondják a kutatók. Úgy vélik, négyezer nagyobb az esélye annak, hogy idegdaganat a fej azon oldalán alakul ki, amelyiken a beteg a telefont rendszeresen tartja, mint a másik oldalán.

A finn Nokia a világ legnagyobb mobiltelefon gyártója. További nagy mobiltelefon cégek az amerikai Motorola, a dél-koreai Samsung, az Electronics, a német Siemens és a svéd-japán Sony Ericsson.

A globális mobiltelefon-eladások fellendültek, több ezer új felhasználó köt szerződést naponta. A régi előfizetők pedig régi készülékeiket lecserélik olyanokra, amik új szolgáltatásokra képesek, mint fotók készítésére vagy zenék lejátszására.

REUTERS | MAGYAR NEMZET

Genetikai felfedezések – társadalmi dilemmák

A Nemzetközi Tudományos Tanács (ICSU) bejelentette, hogy megjelent az „Új genetikai, élelmiszerek és mezőgazdaság: genetikai felfedezések – társadalmi dilemmák” című jelentése. A több mint 50 tudományos felmérés szintézisét tartalmazó jelentés értékel azokat a kockázatokat és előnyöket, amelyek az új genetikai felfedezések élelmiszeripari és mezőgazdasági alkalmazásából fakadnak.

A jelentés azoknak a felméréseknek a körültekintő vizsgálatán alapul, amelyeket a nemzeti tudományos akadémiák, a nemzetközi szervezetek és a különféle magáncégek az elmúlt három évben (2000-2002) készítettek – mondta Gabrielle Persley, a jelentés összeállítója, a Doyle Alapítvány munkatársa. Elemezték a legfontosabb kérdéseket, meghatároztuk, hogy miben értenek egyet egymással a tudósok, illetve miről vitáznak, és jeleztük, hogy mely területeken kell további kutatásokat végezni.

- A géntechnikai élelmiszerekkel és egyéb organizmusokkal összefüggő társadalmi aggodalmakkal kapcsolatban a jelentés öt kulcsfontosságú kérdést vizsgál:
1. Kinek van szüksége géntechnikai élelmiszerekre?
 2. Biztonságosan fogyasztathatók-e a géntechnikai élelmiszerek?
 3. Hatnak-e a géntechnikai organizmusok a környezetre?
 4. Megfelelőek-e a jelenlegi szabályozók?

5. Befolyásolják-e a géntechnikai organizmusok a kereskedelmet?

A jelentés egyidejűleg jelent meg nyomtatott formában és az interneten (www.icsu.org/events), hogy azonnal hozzáférhessenek a tudósok, a politikusok, illetve minden érintett. A dokumentumot terjedelmes szövegmagyarázatokkal ellátott bibliográfia egészíti ki, az elektronikus változat pedig tartalmazza az eredeti felmérésekre utaló közvetlen linkeket is. Az ICSU félévente frissíti weboldalát, hogy a felhasználók könnyen megtalálhassák és használhassák a legújabb adatokat és információkat. Azok a magánszemélyek, akik nehezebben férnek hozzá az internethez, rövidesen CD-ROM-on is megkaphatják a jelentést.

Az 1931-ben alapított Nemzetközi Tudományos Tanács (ICSU) nem kormányközi világszervezet, amely 101 nemzeti tudományos testületet és 27 nemzetközi tudományos szövetséget tömörít. Az ICSU nemzetközi hálózatra támaszkodva támogatja az interdiszciplináris kutatásokat, hogy megválaszolhassák a tudomány és a társadalom előtt álló legfontosabb kérdéseket. A tanács következetesen kiáll a tudományos kutatás szabadságáért, támogatja a tudományos adatokhoz és információkhoz való egyenlő hozzáférést, elősegíti a tudományos oktatást, és hozzájárul a tudományos kapacitások kiépítéséhez.

ICSU MARILYN SMITH | E-MAIL: MARILYN@ICSU.ORG

Korszerű lista a napi vitaminszükségletünkről



Alábbiakban a vitaminokról adok közre egy „korszerű” listát a napi minimum szükségletéről. Mivel napjainkban egyre több rákkeltő anyagot, toxint, növényvédőszer, antibiotikumot tartalmaznak ételeink, italaink, hadd vegyem el a kedvét annak a vegetáriánusnak, aki esküszik arra, hogy ő egészségesen táplálkozik. Ahhoz, hogy a fent említett anyagokat közömbösítse a szervezet, sokkal több vitaminnal és egyéb antioxidánsra van szükségünk, mint a szokásos vitamin-táblázatok szerkesztésének idején – akár 10-15 évvel ezelőtt. Nem tudunk olyan mennyiséget elfogyasztani ezen anyagokat tartalmazó élelmiszereinkből, hogy azokból elég vitamint, ásványanyagot, nyomelemet juttassunk szervezetünkbe a káros hatások kiküszöböléséhez. Erdemes tehát a most következő gondolatokon elmerengeni, s hozzáteszem, ez csak a napi C-vitamin szükségletünk szemszögéből nézi a problémát!

Mennyi az annyi? Ha már szükségünk van a C-vitamin állandó pótlására, mennyit fogyasztunk belőle? A „Mennyi C-vitamin elegendő naponta?” kérdés heves vitákat vált ki. Az általánosan elfogadott adat a régebben a skorbüt megelőzésére javasolt napi 60-80 milligramm, de ez a nézet napjainkban tarthatatlan. Ha csak ennyi C-vitamint fogyasztunk naponta, akkor tulajdonképpen állandóan a szubklinikai skorbüt állapotában élünk. A mai átlagember tápláléka nem tartalmaz elegendő C-vitamint, a táplálékból csak akkor juthatnánk kielégítő mennyiséghez, ha visszaköltöznénk az esőerdőbe. Nemrégiben végzett felmérés szerint napi 250 milligramm C-vitaminnal van szükségünk. Még újabb tanulmányok azt sugallják, hogy naponta 500 milligrammot kell fogyasztanunk. Ez a mennyiség látványosan csökkenti a rákos megbetegedések, a szív- és érrendszeri problémák, vagyis a halálozás kockázatát.

Linus Pauling és munkatársai szerint napi 10 gramm C-vitamin feltűnően növeli a rákos betegek túlélési idejét. Azt állítják, hogy a szív- és érrendszeri károsodások mutatói javulhatnak ekkora adag aszkorbinsav hatására, sőt, az immun- és a neuroendokrin rendszer megfelelő működéséhez is szükség van ennyi C-vitaminnal. A főleg felvetett aszkorbinsav – vízdoldékony lévén – könnyen távozik a vizelettel.

Joggal mondhatnánk tehát: ha túl sok aszkorbinsavat fogyasztunk, csak elpocsékoljuk. Hallani olyan nézetet, hogy ezzel a világ legdrágább vizeletét állítjuk elő. De vajon mennyi az a túl sok? Dr. Michael Colgan nagy létszámú csoporton végzett vizsgálata szerint az emberek egynegyede napi 1,5 gramm C-vitamint fogyasztása után érte el a vese ürítési küszöbét, a páciensek több mint fele napi 2,5 grammnál, és akadt még csak a belrendszerre lehetne veszélyes, de erre sem találtak bizonyítékot. Tizennégy éven keresztül vizsgáltak 11.000 páciens, és megállapították, hogy a belrendszer aszkorbinsav-tűrőképessége egészséges emberekben 10-15 gramm C-vitaminig terjed, 30 és 60 gramm között van a közönséges náthában szenvedőkben, míg rendkívül súlyos fertőzés esetén 199 gramm fölé emelkedik. A legjobb gyógyulási ered-

ményt akkor érték el, amikor legalább 3 vagy több gramm C-vitamint adagoltak minden negyedik órában. Szerencsére a C-vitamin az ember számára az egyik legkevésbé toxikus vegyület. Több mint 3000 személy kapott különféle adagot – 10 grammtól a belrendszer-tűrőképességének felső határáig terjedő mennyiségig – C-vitamint, s nem észlelték mérgezésre utaló tüneteket.

Mennyi lehet az optimális napi C-vitamin-szükségletünk?

Az aszkorbinsav-szintézisre képes állatok naponta 3-15 grammnyi termelnek ebből a molekulából. Ha ezt átszámítjuk egy 70 kilós ember testtömegére, az jön ki, hogy nekünk valahol 1 és 10 gramm/nap között állapítható meg a C-vitamin szükségletünk. Ehhez képest a mai átlagember jó, ha napi 80-100 milligramm C-vitamint fogyaszt. A megfelelő adagot nagyban befolyásolják az életkörülmények. Ha valaki sok alkoholt fogyaszt, szennyezett levegőjű városban él, rendszeresen szed szalicilsav-származékokat tartalmazó gyógyszert vagy dohányzik, egyszóval az életét meghatározza a stressz, tanácsos az adagot akár 10 grammra is növelni. Dohányosok esetében minden egyes elszívott cigarettára 50 milligramm C-vitamint kellene számolni. A C-vitamin tehát valóban különleges: Szent-Györgyi Albert szerint nem is vitaminként, hanem élelmiszerként kellene fogyasztanunk. Azt mondja, tekintünk az aszkorbinsavat háztartási cikknek. Külös kiszerelésben kellene árusítani, s az ületekben egy sorban álljon a cukorral, a liszttel és a sóval. Szent-Györgyi naponta 1 gramm C-vitamint evett 84 éves koráig. Akkor tüdőgyulladás döntötte le a lábáról, s az adagot 1-ről 8 grammra emelte, és hamarosan felépült.

A neves táplálkozáskutató, dr. Michael Colgan 5 grammot fogyaszt, a kétszeres Nobel-díjas Linus Pauling adagja napi 10-18 gramm volt. Jómagam a téli napokon 1-2 grammot szoktam bevenni.

» Dr. Kóhán József bőrgyógyász-kosmetológus »

Korábban hálnak, akik mesterséges vitaminnal élnek

Akik azért szedik a vitamintablettákat, hogy egészségesebbek legyenek, csalódnak. Megdöbbentő a hír: a mesterséges vitaminok akár fokozhatják is a rákveszélyt. A vitaminkészítmények nem csak, hogy nem akadályozzák az emésztőszervi tumorok kialakulását, de lehetséges, hogy még növelik is a korai halálozás kockázatát. Ezt állapította meg egy holland tudósok által készített átfogó felmérés.

A mintegy 170 ezer ember bevonásával elvégzett vizsgálat adatainak elemzésekor kiderült: az anyagcsere során végbemenő kémiai reakciók melléktermékeit, a szabadgyököket semlegesítő, úgynevezett antioxidánsokat tartalmazó vitaminkészítmények a korábbi feltételezésekkel ellentétben nem nyújtanak védelmet a bél- és egyéb emésztőszervi daganatokkal szemben. Sőt bizonyos jelek arra utalnak, hogy egyes készítmények hívei rövidebb ideig élnek, mint azok, akik nem szednek szintetikus antioxidánsokat. Mindezt a Lancet című brit tudományos folyóirat ismertetve, hozzátéve, hogy ez utóbbi adatra egyelőre nem állnak rendelkezésre teljesen egyértelmű és megbízható adatok.

A 14 részből álló, komplex vizsgálat sorozatban csak a béta-karotint, A-, C-, E-vitamint, cinket és szeléniumot tartalmazó, mesterségesen előállított antioxidánsoknak a hatását vizsgálták az emésztőszervi, tehát belrendszeri, gyomor- és májtumorok kialakulásában. A szereket együttesen, illetve különböző kombinációban alkalmazták. A kontrollcsoportok mindegyikében placeboakat szedtek vitaminkészítmények helyett. A 14 vizsgálat felében kiderült, hogy a vitaminkészítményeket szedők élet-tartama alacsonyabb volt, mint a placeboakat fogyasztóké. Az életelelromlás legfeljebb a béta-karotint A-vitaminnal, illetve E-vitaminnal kombinálva szedők esetében volt, náluk 30, illetőleg 10 százalékkal volt nagyobb az idő előtti elhalálozás kockázata, mint azoknál, akik nem szedték a készítményeket.

„Nincsen tehát menekvés, a rák elkerülése érdekében legcélszerűbb vitaminkészítmények helyett természetes formában, azaz zöldség- és gyümölcsfélésekkel magunkhoz venni az antioxidánsokat. Aki mégis fogyaszt akarja ezeket készítményeket, jól teszi, ha kerüli az extra adagokat tartalmazó tablettákat” – kommentálták a vizsgálat eredményeit brit rákkutatók. Vagyis ismét bebizonyosodott, hogy a természet még mindig jobban tudja, mi kell az élethez, mint az emberek.



Csontsűrűség és az étrend zöldség- és gyümölcstartalma

Az American Journal of Clinical Nutrition oldalain bemutatott Northern Ireland Young Hearts Project keretében kutatók a serdülőkorú étrend zöldség- és gyümölcstartama, valamint a csontsűrűség (BMD) értéke közötti kapcsolatot vizsgálták.

A tanulmány keretében 12 éves fiúk (n=324) és lányok (n=378), valamint 15 éves fiúk (n=274) és lányok (n=369) csoportjában DEXA vizsgálat segítségével értékelték a nem domináns alkar, és a domináns sarok csontjainak BMD értékét. A résztvevő fiatalok zöldség- és gyümölcsfogyasztását célzott kérdések segítségével becsülték fel.

Az étrend zöldség- és gyümölcstartama, valamint a csontsűrűség közötti kapcsolatot regressziós modell segítségével elemezték.

A potenciális életmódbeli és fizikális tényezőkhöz történő igazítás után kalkulált eredmények szerint a kevesebbet fogyasztó fiatalokhoz hasonlítva a több zöldséget és gyümölcsöt fogyasztó 12 éves lányok sarokcsontjainak BMD értéke szignifikánsan magasabb volt.

A szerzők véleménye szerint a nagyobb mértékű zöldség- és gyümölcsfogyasztás fiatal lányok esetében hozzájárulhat a csontozat egészséges fejlődéséhez. Feltevések szerint a bázis képző tulajdonsággal rendelkező gyümölcsök előnyösen befolyásolhatják a test sav-bázis háztartásának egyensúlyát.

A Northern Ireland Young Hearts Project

A-vitamin (retinol)

Hiánya: a szem, a bőr és a nyálkahártya kiszáradásához vezethet, látásromlást eredményezhet. Fő források: máj, tengeri hal, tej és tejtermékek, margarin, tojássárgája, saláta, petrezselyem, paraj, sárgarépa, barack. Zsírban oldódó vitamin. Napi szükséglet: 800 µg (szoptatás alatt 1300 µg)

B1 (tiamin)

Hiánya: ideggyengeség, szívgyengeség, étvágytalanság formájában jelentkezhet. Fő források: máj, élesztő, hántolatlan rizs, korpás búza, zabliszt, földimogyoró, sertéshús, hüvelyesek. Vízben oldódó vitamin. Napi szükséglet: 1,3 mg, férfiak: 1,5 mg

B2 (riboflavin)

Hiánya: szájszáregyedést, bőrgyulladást, gyomor-bélrendszeri tüneteket, valamint visszamaradást okoz a növekedésben. Fő források: tej, máj, tojás, élesztő, olajos magvak, hüvelyesek. Vízben oldódó vitamin. Napi szükséglet: 1,5 mg, férfiak: 1,8 mg.

B3 Niacin (nikotinsav)

Hiánya: pellagra, napfénynek kitett bőrfelületek elszíneződése, nyelv- és bőrgyulladás, hasmenés, súlyos esetben szellemi leépülés. Fő források: máj, sovány hús, szárnyas, teljes kiőrlésű gabona, hüvelyesek, kemény héjú gyümölcsök, burgonya. Vízben oldódó vitamin. Napi szükséglet: 15 mg, férfiak: 19 mg.

B5 Pantoténsav

Hiánya: rendkívül ritka, a lábujjak zsibbadását és bizsergését okozza. Fő források: mindenféle hús és növényi táplálék, különösen a máj, hentesáru, tojássárgája, aszalt és keményhéjú gyümölcsök. Vízben oldódó vitamin. Napi szükséglet: 4-7 mg.

B6 (piridoxin)

Hiánya: idegességet, álmatlanságot, zsíryanagysere-zavart, bőrbetegségeket idéz elő. Fő források: máj, hús, tejtermékek, korpás, borsó, uborka, kisebb mértékben a tej, a tojás. Vízben oldódó vitamin. Napi szükséglet: 2 mg, férfiak: 2,2 mg.

B9 Folsav (folát)

Hiánya: a fehérvérsejtek megfogyatkozását okozhatja. Jelenlété segíti a vas és a B12-vitamin felszívódását. Fő források: leveles zöldségek (pl. paraj), máj. Vízben oldódó vitamin. Napi szükséglet: 200 µg (terhesség alatt: 400 µg), férfiak: 200 µg.

B12 (ciano-ko balamin)

Hiánya: vészes vérszegénység, idegrendszeri zavarok formájában jelentkezik. Fő források: növények nem tartalmaznak, a szükségletet kizárólag állati eredetű élelmiszerekkel lehet fedezni, melyeknek csaknem mind-egyikében megtalálható a B12. Vízben oldódó vitamin. Napi szükséglet: 2 µg, férfiak: 2 µg.

C-vitamin (aszorbinsav)

Hiánya: fáradtságérzés, szélsőséges esetben skorbüt kialakulásával jár, növekszik a fertőzésekre való hajlam. Erős dohányosok fogyasztanak sok C-vitamint! Fő források: csipkebogyó, zöldségek, citrom, narancs, alma, káposzta, brokkoli, burgonya. Vízben oldódó vitamin. Napi szükséglet: 60-65 mg (dohányzóknak min. 100 mg), férfiak: 60-65 mg (dohányzóknak min. 100 mg).

D-vitamin (kalciferolok)

Hiánya: a csontok fejlődési zavarát okozhatja. Gyermek-ekben angolkór, felnőttekben csontlágyulást idézhet elő. Fő források: hal, halmájolajok, máj, tojás. Fontos a napfény hatása a bőrrel Zsírban oldódó vitamin. Napi szükséglet: ha a bőrt napfény éri, elegendő D-vitamin képződik; a kimoszulni képtelenek étrendje napi 10 µg-ot tartalmazzon.

E (tokoferol)

Hiánya: izomsorvadáshoz, idegrendszeri megbetegedésekhez vezethet. Fő források: gabonamagvak csírái, növényi olajok. Zsírban oldódó vitamin. Napi szükséglet: 12 mg, férfiak: 12 mg.

F-vitamin

Hiánya: különböző bőrbetegségek (ekcéma, pattanások) formájában jelentkezik. Fő források: növényi (búzacsírka, napraforgó, szójabab) olajok, dió, mandula, avokádó. Zsírban oldódó vitamin.

Biotin vagy H-vitamin

Hiánya: hajhullást, bőrbetegségek kialakulását vonja maga után. Fő források: tojássárgája, máj, vese, dió, tej. Vízben oldódó vitamin. Napi szükséglet: 10-200 µg, férfiak: 10-200 µg.

K (fillokinon)

Hiánya: vérzékenységet okoz. Fő források: brokkoli, káposzta, fejes saláta, paraj, tejtermékek, máj. Zsírban oldódó vitamin. Napi szükséglet: 70 µg, férfiak: 80 µg.

FORRÁS: MAGÁNKLINIKA
HTTP://WWW.TISZANET.HU/BORGYOGYASZAT/



A környezeti ártalmak egészségügyi hatásai és a betegjog (1. rész)

(folytatás az 1. oldalról)

Különösen a szociális és társadalmi szint foglal magába olyan betegségeket, amelyek a familiáris és zavart társadalmi viszonyok, a környezetből eredő behatások, lakás, munkahely, környezet-ményei.

A betegségek fogalmának komplexitása a beteg számára szubjektív és objektív állapot, az orvos szempontjából egy lelet, és a társadalom szempontjából szociális teendők sorozata lehet.

A megbetegedések keletkezése szempontjából belső és külső okokat különböztethetünk meg. Amiről itt beszélni szeretnénk, a külső okok, ahol természetesen a diszpozíciós tényezőkről sem szabad elfeledkezni, többnyire multikauszálisak, tehát többféle kockázati tényező egyúttartásának következményei.

Ilyen tényezők, pl. a biológiai természetű faktorok közül a pollenterhelés, a fizikai okok közül, pl. a radiációs effektusok, a kémiai természetűek közül a savak, lúgok, továbbá a kevert típusok, kéndioxid, por ártalmak, vízzszennyezések stb.

A betegségek okainak tisztázására szolgáló biológiai-orsvosi, vagy klinikai módszerek mellett mi inkább az epidemiológia módszerek közül a szociális és regionális kérdések egyes vonatkozásaira szeretnénk a figyelmet ráirányítani.

Már most leszögezzük, hogy ismerjük, hogy eltérő társadalmi rétegeződésről van szó a szociális és foglalkozási hierarchia, az élet- és munkakörülmények, valamint az eltérő és várható életkilátások szempontjából is. Adott populációt ért ártalmak és azok következményei tekintetében két eltérő felfogás mutatkozik.

Az egyik koncepció népességügyi szempontból minden bajt a környezeti ártalmaknak, mint a szennyezés, nukleáris hulladékok, toxikus kémiai anyagok, tulajdonit, és úgy gondolja, hogy elfoitt az egyének alig van kontrollja.

A második felfogás pedig az életstílusra helyezi a hangsúlyt, az egyénre hárítja az egészség romlását a felelősséget, és ösztönzi az egyént az egészségügyi és művelődési programokban való részvételre.

A hazai helyzet

A magyar lakosság kirívóan rossz egészségi állapota számos történelmi, társadalmi, gazdasági, kulturális ok bonyolult eredője.

A környezet erősen romló állapota mellett a politika lehetőségeit mindenekelőtt a hátrányos gazdasági szerkezet, a polgárok környezettudatának kialakulatlanága, és ezzel együtt a viszonylagos érdektelenség korlátozza. A környezetvédelmi célok egy része csupán deklaráció maradt, és a környezetpolitikái alapelveknek sem lehetett érvényt szerezni. A szociális piacgazdaság létrehozatalában eddig megtett lépések is egyelőre csak a gazdaság modernizálásának érdekeit szolgálták, a környezetét és annak megóvását nem.

A múlt század 70-es évek elhibázott fejlesztéspolitikájának máig tartó súlyos következményei vannak. A jelentős ipari beruházások ugyanis a hagyományos, már akkor korszerűtlen ipari tömeggyártást honosították meg, illetve bővítették.

Energia-takarékság és struktúra módosítás helyett az energia igényes termelési struktúra energia ellátásának biztonságát igyekezett megteremteni.

A kelet-európai átlagnál lényegesen kedvezőbb magyar mezőgazdaság, amely az erdőgazdaság 18%-át foglalkoztatja és kb. az export 20%-át állítja elő, a termelés és export fokozása céljából a 60-as évek végétől egyre intenzívebb termelési eljárásokat alkalmazott. Ennek következtében az ún. iparszer termelési eljárások lényegében ugyanolyan környezet-károsító hatásokkal jártak, mint a fejlett országokban. Tehát ez a tevékenység is nagyobb környezeti terheléssel járt.

Település szerkezet

A települések levegőszennyezésének egyik legfőbb forrása a közlekedés illetve az a körülmény, hogy a gépkocsi állomány többségét régi konstrukciójú kocsik teszik ki. Egy hierarchikus települési struktúra alakult ki, s az infrastruktúrát elsősorban a központi szerepet betöltő településeken kívánta fejleszteni, és ennek hatására fel-erősödött a kedvezményezett területek irányába mutató migráció.

A 80-as évek végére a növekedés megszűnt, majd a nemzeti jövedelem csökkenni kezdett. A stagnálás nemcsak a környezetvédelem forrásait korlátozta, hanem hozzájárult a szennyező ipari és gazdasági szerkezet fennmaradásához. Az elmúlt évtizedek lassú növekedése ugyanakkor nem csökkentette a környezetszennyezést, mivel ez lényegében változatlan szerkezetben valósult meg. Végeredményben a környezeti ártalmak ugyanolyan összetételben termelődtek újra. A korszerűtlen technológiák alkalmazásával, az energia rendszer átalakításával lehetőség lesz arra, hogy a strukturális okokból keletkezett környezetszennyezés csökkenjen.

Környezet és egészség

A gazdasági nehézségekből adódóan a magyar társadalomnak számos feszültséggel kell szembenéznie, ezek közül legjelentősebb a középréteg elszegényedése, a foglalkoztatottság, és a társadalmi differenciálódás.

A hajszolt életmód, az egészségtelen táplálkozási szokások, és nem utolsósorban az erősen szennyezett környezet hatására a lakosság megbetegedési és halálozási adatai Európában a legrosszabbak közé tartoznak. A három legfőbb halál, a keringési rendszer betegségei, a daganatos halálozás, valamint a balesetek és öngyilkosságok előfordulása, nálunk az európai átlagot lényegesen meghaladja. A környezeti tényezők közül az egészség szempontjából a levegőszennyezettségének kiemelkedő jelentősége van. A lakosság kb. 45%-a szennyezett, 30%-a erősen szennyezett területen él. Becslések szerint a levegőszennyezettség által okozott egészség kár évente, költségek, és veszteségek együttesen legalább háromszorosa a levegő tisztaság-védelmi ráfordításoknak. A szennyezett levegőjű településeken a felnőtt lakosság krónikus légzési megbetegedéseinek az átlagosnál háromszor nagyobb az előfordulása. A levegő az ország területének több mint 10%-ánál szennyezett súlyosan. E területen található a lakosság csaknem fele.

A kéndioxid szennyezettség a lakossági fűtés korszerűsítésével csökkent, de a helyzet településszinten változott. A kedvező eredményeket azonban a közlekedési szennyeződés lerontotta. A nitrogén-dioxid szennyezettség akárcsak a kéndioxid esetében településszinten változik.

A porszenyezettség változó mértékben javult, de az ipari kibocsátás, a gk. forgalom és a fűtés együttes hatására a polyciklus aromás szénhidrogének koncentrációja több ipari városban meghaladja a megengedett értékeket. A kontinentális háttérszennyezettség szempontjából Magyarország Európa közepesen szennyezett országaihoz tartoznak. A földgázfűtésre való áttéréssel és a távfűtésbe bekapcsolt lakások számának bővítésével a kéndioxid és koromszenyezettség csökkent. Növekszik a közlekedési eredetű légszennyezettség. Városaink nagy forgalmú útjai mentén és a főútvonalak által érintett településeken az ólom és a nitrogén-dioxid terhelés magasabb a megengedett határértéknek és magasabb a szénhidrogén kibocsátás is. A lakosság egészségét is negatív befolyásoló hatások ellen forgalomkorlátozással és forgalomszervezéssel, a településeket megkerülő utak kiépítésével igyekeznek védekezni.

» Antal Géza betegügyi képviselő »

BALATONFÜRED

(folytatása következik a Látlelet 11. számában)

A falugondnoki rendszer és praxis

A halmazottan hátrányos helyzetű vidék kiszolgáltatottságának a megszüntetése nélkül reményünk sincs az Európai Unióban a fejlődés számára. Ehhez a gazdasági, a szociális elmaradottság szanálása mellett feltétlenül szükséges a dinamikus egészségfejlesztés.

Egészségfejlesztés és a kistérségek

Az „Egészség Évtizedének” Johan Béla nemzeti programja az ésszerű privatizáció mellett a vidék egészségügyének sajátos reformját is igényli. Ennek egyik lehetséges aktív támogatója a méltatlanul elhanyagolt falugondnoki rendszer (is) lehet.

Az említették fontosságát kiemeli a közigazgatás idősebb reformja, különös tekintettel az ún. kistérségi szerveződésekre. Integrációs szerepük ma már közmisernak, ugyanakkor az önkormányzatok egyedi közigazgatási, területfejlesztési és közigazgatási funkciói még kidolgozásra várnak.

Az ésszerű centralizálás vagy decentralizálás a népegészségügyi területeken (is) a jellemző sajátosságoktól függnek. Így az életmód, az életvitel vagy a közegezségügyi körülmények a gazdasági, szociális, kulturális effektusokkal együtt határozzák meg az egészségfejlesztés dinamizmusát.

A népegészségügyi program lehetséges vidéki segítői

A szervezett és aktív civil szféra, amelyik mobilizálni tudja a közvélemény formálóit. Részt vehet a települési egészségügy kidolgozásában, az ÁNTSZ szel gyümölcsöző kapcsolatokat alakíthat ki, a teleházak segítségével kommunikálhat, s egyenrangú partnere lehet az egészségügyi, társadalmi szervezeteknek, az önségi mozgalmaknak, a felekezeteknek, érdekvédelmi egyesületeknek.

Alapvető mozgató a megújult alapellátás, ha társadalmi, egyéni megbecsülésnek örvend a háziorvos, ápolónő, rtrnok, védőnő és a szociális gondozónő. A különösen lemaradt régiókban a csoport praxisok, az ún. egészségügyi központok, a medicinális, szociális integráció csökkentheti a hátrányokat. Az irányított betegellátási modell elvei szerint végzett szűréshez és gondozáshoz viszont elengedhetetlen a falugondnoki hálózat aktív közreműködése. Az ellátás csoportmunka, ahol megvan a funkciója a háziorvos csapatnak, a falugondnoknak, a roma egészségőröröknek és a gyógytornásznak is. Az együttműködő autonóm munkamegosztásban gyakorolhatjuk hivatásukat, amely sikeres team-munkájuk záloga. Az erkölcsi, emberi elismerés mellett feltétlenül indokolt a halmazottan hátrányos kistérségekben a többletmunkát végzőket preferáltan díjazni is.

A kistérségi egészségfejlesztési társadalmi tanácsok és népegészségügyi szolgálatok reform kompetensen, a regionális kórházhoz, illetve egészségügyi központokkal társulva az egészségfejlesztési tanácsok koordinálásával dolgozhatnak. Nyilvánvalóan, a szakmai protokollok figyelembevételével és önálló jog szemlélettel.

Praxisom és a falugondnokok együttműködése

Körzetem rohamosan előregedő, folyamatosan romló gazdasági és szociális helyzetű. Betegeim aprófalvakban, tanyákon élnek a Bodrogek közleti részén, a szlovák határ mentén.

A legközelebbi mentőállomás 10 km-re, a kórház és a szakrendelők 40 km-re vannak. A háziorvos folyamatosan készenlét és hétvégi ügyeletet biztosít.

A falugondnokok munkába állása mind a három településen 1999-ben történt meg, folyamatos és kooperál az alapellátással is. (LÁSD 4. TÁBLÁZAT)

A Dámóchoz tartozó Órhegy, illetve a Lácácsékhoz csatolt Buglyoska és Monyhá tanyákon nagyon mostohák a körülmények. Bezárta az iskolák, a posták, a boltok, s nagyon nehézkes a tömegközlekedés. A falvak átlagától is idősebbek laknak is, sokszor magányosan, akik fokozottan igénylik a segítséget.

Az irányított betegellátáshoz tartozó praxisban (2000-tól), mindennapos a prevenció szűrés, s rendszeres a gondozás, a rehabilitáció. Itt is számíthatunk a falugondnokokra. (LÁSD 2. TÁBLÁZAT)

Az OMSZ adatai szerint a falugondnokok betegszállítási jelentős munkaidő és költség megtakarítás eredményeztek ebben a praxisban is. (LÁSD 3. TÁBLÁZAT)

Korrekt a kapcsolattartás a védőnői, gyermekjóléti és családsegítő szolgálattal is. A terhesek, a gyermekek szűrés, védőoltásokra és gondozásokra való eljuttatásában pótolhatóan a szőrt települési praxisban. (LÁSD 4. TÁBLÁZAT)

Falugondnokaink önállóan szervezheték a szállítást a bekapcsolódhattak a pszichés betegkezelésbe is. Tapasztalataim arra utalnak, hogy folyamatosan javuló compliance mellett, empatikus kapcsolattartást sikerült kiépítenünk a betegekkel. Az elbeszélések pszichés hatásai, a megszerzettek szociális támogatásainak a „kijárási”, stb. feltétlenül értékesítői s kapcsolattépítői. (LÁSD 5. TÁBLÁZAT)

Számtalan közegezségügyi feladatuk közül kiemelném a vízhozást, az étel-szállítást, a halott szállítást és a temetéshez szükséges kellékek beszerzését.

A háziorvos és ápolónő az OMSZ-szel

karöltve évente megszervezi a falugondnokok elsősegély nyújtási gyakorlatait.

Sokat segítenek az egészségügyi alapismeretek, a helyes étkezési kultúra propagálásában s támogatónak a dohányzás, alkoholfogyasztás, az indokolatlan gyógyszeresedés (altatók, illetve nyugtatók) visszaszorítására tett erőfeszítéseinknek.

Tapasztalataink

Praxisunkban a falugondnokok lelkiismeretes munkája bizonyította, hogy az alapellátás és a betegek kapcsolatának erősítésében, a minőségbiztosítási és szakmai protokollok európai uniós színvonalú alkalmazásához feltétlenül indokolt a falugondnoki hálózattal való együttműködés, s a kapcsolatok minőségi színvonalának az emelése.

Dr. Salamon Sándor háziorvosi praxis LÁCÁCSÉKE

1. táblázat:

A praxisizsám alakulása és a falugondnoki ellátásban részesülők

Év	Összes betegünk	Falugondnoki ellátásra szorultak ¹
1999	1293	34
2000	1345	59
2001	1333	88
2002	1330	107
2003	1328	133
2004.03.01-ig	1326	185

1.) Folyamatos és alkalmi ellátásra szorultakat egyaránt feltüntetünk. Az esetek 80%-a fogyatékos (zömmel mozgáskorlátozottak), 5%-uk pszichiátriai eset volt. Segítség nélkül, önálló életvitelre képtelenek.

2. táblázat:

Falugondnokok segítségével a betegszállításban, esetek száma

Év	Szakrendelés	Háziorv. rendelő ¹	Fizioterápia ²	Labor ³
1999	93	13	15	17
2000	138	26	38	51
2001	177	38	57	89
2002	209	59	69	123
2003	217	88	73	139
2004.03.01-ig	38	19	8	11

1.) Háziorvosi rendelő Dámóc, Lácácséke és Semjén községekben.

2.) 2002-től a praxis területén mobil labor működik, így a távolsági (Sátoraljaújhegy, Ríce) szállítások száma csökkent, a betegek vérvétele a rendelőben történik.

3.) A Rícecsen jól működő fizioterápia (a községtől 10 km-re) kiváltotta a sátoraljaújhegyi 40 km-es utazásokat.

3. táblázat:

A falugondnokok és az OMSZ eredményes együttműködése

Év	Költség megtakarítás (Ft)	Munkaidő megtakarítás (óra)
1999	160.000,-	137
2000	286.000,-	286
2001	395.000,-	347
2002	478.000,-	512
2003	562.000,-	620
2004.03.01-ig	112.000,-	92

4. táblázat:

Védőnői szolgálat segítségével, szállítási esetek

Év	Gyermekgondozás	Terhesgondozás
1999	187	41
2000	323	67
2001	378	93
2002	502	129
2003	593	158
2004.03.01-ig	53	27

5. táblázat:

A humanista szemléletű, korrekt együttműködésről

Év	Pszichés segítségnyújtás	Szociális támogatás ¹
1999	5	6
2000	13	19
2001	21	27
2002	27	35
2003	31	52
2004.03.01-ig	9	14

1.) A szociális körülmények javítása az önkormányzatok támogatásával.

Köztudott, elcsépeelt, és bizony már unalmas is újra és újra szembesülnünk azzal a ténnyel, hogy hazánk a leginkább negatív jellegű nemzetközi összehasonlító statisztikákban tartósan az „elénjáró” országok között szerepel. Elég csak egy hevenyészett felsorolásra gondolnunk: daganatos megbetegedések, szív-érrendszeri betegségek, alkoholizmus, depresszió, öngyilkosság, mozgásszervi betegségek, elhízás.

Igen, például az elhízás, ami szintén népbetegségnek számít nálunk. Tudja, érzi ezt az egyszerű halandó is, aki leginkább két módon próbál megszabadulni ebbéli problémájától. Elmeletet gyárt annak igazolására, hogy ő miert is túlsúlyos (ilyen a fajtám, a levegőtől is hízok, így érzem jól magam, a kövekre vidámak, stb.) vagy a szántalan diét, fogykúra fajták közül igyekszik kiválasztani maga számára az egyedül üdvözítőt. Egyik megoldás sem nevezhető jónak. Bár az öröklettségek valóban lehet szerepe az elhízásban, ezzel nem intézhető el a túlsúly problémája. A különböző fogykúrák pedig túl azon, hogy gyakran több kintlással járnak, mint eredménnyel, esetenként szintén súlyos egészségkárosodáshoz vezethetnek.

Sok szó esik manapság az egészségtudatos életmódról, a helyes táplálkozásról. Újabb és újabb csodaszerek és módszerek látnak napvilágot. Ezen közben a hétköznapi igazság az, a mindenki számára egyaránt elérhető „csodaszerek” eliskádnak, háttérbe kerülnek. Egy ilyen „csodaszert” a víz. A víz, amelyet a legtöbb diéta, fogykúra leírás elintéz annyival, hogy a kúra alatt történő megfelelő mennyiségű folyadék bevétele a szervezetbe. Ennél azért jóval többet jelent a folyadékbevitel, a folyadékpótlás, az innivaló.

A víz létszükségletünk

Folyadék nélkül csak 4-5 napot bírunk ki, míg élelem nélkül akár 60 napot is. Ennek ellenére az éhség hamarabb jelentkezik a szomjúságnál. Ez lehet az oka annak, miért felejtezzük el arról, hogy eleget igyunk, pedig a folyadékhiány súlyos egészségügyi problémákat okoz. A vízmennyiség 2/3-a a sejtekben található, a maradék a sejteken kívül áramlik (mint vér és nyirok), táp- és hatóanyagokat, oxigént juttat a sejtekbe, illetve a káros, salakanyagokat elszállítja onnan. Jelenléte, szükséges mennyisége, minősége rendkívül fontos tehát szervezetünk számára, meghatározó szinte valamennyi létfunkció ellátásához. Súlyosabb esetben a folyadékhiány orvostudományi panaszokat, koncentrációs zavarokat okozhat, következménye lehet hüvelyi fertőzés, vesekőképződés is, romlik a keringés, ezzel a sejtek anyagcsereje, regenerálódása. Már az enyhé fokú kiszáradás fáradtságérzettel, fejfájással, száraz, viszkető bőrtünetekkel jár.

A folyadékhiány először és legszembetűnőbb módon a bőrön mutatkozik. Víz hiányában a bőr kiszárad, ráncossá válik, amin a legcsodálatosabb hidratáló krém sem tud segíteni, de egy-két pohár víz rendszeres, megfelelő időben történő fogyasztása csodákat művelhet. Amikor a folyadékszint nem megfelelő, megszomjazunk, kiszárad a torkunk, csepegedik a szánk. A szomjúságérzet azonban sajnos nem minden esetben megbízható jel. Sok embernél – ez különösen az idősebb korban figyelhető meg – túl

későn jelentkezik vagy nem elég határozottan. Ők gyakran nem szomjúsággal, hanem már különböző betegségekkel reagálnak a folyadékhiányra. A gyerekeknél is könnyen felborul a folyadékháztartás: mivel gyorsabban kiválasztják a vizet, még többet kell inniuk, csak nem mindegy, hogy mit! Az általuk leginkább kedvelt szörpök, kóla- és a limonádé félek nem tartoznak az egészséges italok közé. Magas a cukortartalmuk (általában literenként 100 gramm), ellenben ásványi anyagokban szegények, melyek nélkül pedig a vese gyorsan kiválasztja a vizet, s a szervezet nem tudja azt megkötni. Így a folyadékpótlás inkább folyadékelvonásban realizálódik. Felnőtteknél is ez a vízható hatás jelentkezik a kávé, vagy az alkohol fogyasztása után. Innivaló pedig van bőven. Megtalálhatja ki-kí a kedvére valót, izlése szerint. A tej – mint tudjuk: élet, erő, egészség –, kellemes aromájú teákat is ihatunk, vagy gyümölcsleveket. Fontos, hogy lehetőség szerint egyik se ne tartalmazzon édesítő- és tartósító szert. A legjobb szomjoltó pedig egy pohár víz. Feltéve, ha az a víz iható minőségű, élvezeti értéke és ásványi anyag tartalma megfelelő.

A vezetékes víz esetében sajnos gyakran mindkét kritérium csorbat szenved. A Magyarországon legelterjedtebb, klórgázzal történő fertőtlenítés kedvezőtlen hatással van mind a víz ízére, élvezetességére, mind pedig a benne lévő ásványi anyag tartalomra. Így aztán napjainkban inkább a palackos ásványvizet az első számú szomjoltó. Fogyasztásának topilistáján az olaszok állnak első helyen, fejenként 133 literrel, másodikak a belgák 116 literrel, a dobogó harmadik fokát pedig a németek foglalják el 93,4 literrel, de nálunk is növekvő tendenciát mutat a fogyasztás.

Am érdemes tudni, hogy a palackba zárt víz nem feltétlenül ásványvíz. Mit takarnak a különböző elnevezések, és mit olvashatunk le a címkékről:

- Asztali víz: különböző vizekből – ivóvízből és ásványvízből – keverik. Engedélyezett kiegészítői: tengeri víz, konyhasó, szén-dioxid.
- Forrásvíz: nem kell eredeti tisztaságának lennie, vagyis a forrást nem kell a szennyeződésektől védeni. Egészségtámogató hatását nem kell igazolni.
- Természetes ásványvíz: literenként legalább 1 gramm természetes oldott ásványianyag- és nyomelemtartalommal rendelkezik. A vizet a forrás helyén palackozzák, a forrást a szennyeződésektől védik. Az ásványi anyagoknak és nyomelemeknek igazoltan egészségvédőnek kell lennie.
- Természetes gyógyvíz: föld alatti, szennyeződésektől védett vizekből származik, palackozása helyben történik. „Gyógyvíz” megjelölés csak akkor adható, ha betegségmegelőző vagy gyógyító hatással igazolt. A gyógyvizek gyógyszerként kaphatók.

Címke

Az ásvány- és gyógyvizek címkéjén egyebek árulkodó információk is találhatóak! Nézzük, mit is jelentenek!

- Ásványianyag-tartalom: ásványi anyagait és nyomelemtartalmát a víz a közettrétegekből nyeri. A címkén ezek mennyiségét tüntetik fel. A mészből gazdag területen lévő források sok hidrogénkarbonátot tartalmaznak. Kloridos víz akkor keletkezik, ha a víz természetes sórártáson szivárgott keresztül.
- Vasmentes: sok víz tartalmaz oldott vasat, ami a levegővel való érintkezéskor oxidálódik, és kicsapódik, a víz barnás színt vesz. Optikai okok miatt vonják ki a vizből a vasat.
- Kénmentes: a túl sok természetes kénhidrogén rontja a víz ízét. A fogyasztók érdekében engedélyezett a kén kivonása.
- Szénsav: a szénsavtartalmat a gyártók megváltoztatják. A szénsavmentes vizek kímélik a gyomrot.
- Nátriumszegény: az ilyen megjelölésű ásványvíz természetes módon nem tartalmazhat literenként 20 mg nátriummal – kloridként – többet. Magas vérnyomásban szenvedőknek, csecsemőtápszerek készítésére javasolt. (Forrás: Medinfo)

Láthatjuk, nem könnyű rátalálni a megfelelő összetételű, jó ízű, élettanilag is a legkedvezőbb hatású folyadékpótlásra. Különösen, ha figyelembe vesszük azt is, hogy szervezetünknek nagy szüksége van a vízben található ásványi anyagokra, nyomelemekre. Ezek előfordulása pedig nagymértékben függ a víz lelőhelyétől, eredetétől, s nem utolsósorban a víztétel módjától, természetes, vagy vezetékes vízzel van-e sző. A már említett klórgázos víztisztítási eljárás ugyanis jelentős mértékben befolyásolja az ivóvíz összetételét, ami egyes esetekben komoly egészségügyi következményekkel jár.

» Pigniczki Ágnes »

DEBRECEN



Magyar szabadalommal olcsóbban: ZeoRap®

Magyarországon az uniós előírásoknak megfelelő környezetvédelem megteremtését horribilis összegre, mintegy 2,500 milliárd forintba becsüli a kormány. Ebből az összegből a települési szennyvíztisztítás egész országra kiterjedő megoldása 1.000 milliárd forintba kerülne.

Új, szabadalmaztatott szennyvíztisztítási módszert dolgoztak ki magyar és amerikai környezetvédelmi szakemberek – a NATO és az Oktatási Minisztérium anyagi támogatásával – a NATO SFP 972494 számú projektje keretében. Az eljárás speciálisan előkeztelt, módifikált zeolit alkalmazásán alapszik, melyet a tisztítandó szennyvízbe adagolnak. Módifikált zeolit hatására átlagosan 30% javul a kezelt víz minősége, vagy a telep kapacitása 30%-kal növelhető bármilyen beruházás nélkül.

A fenti megtakarítás eléréséhez a módifikált zeolitot igen kis mennyiségben kell felhasználni: 1.000 liter szennyvízhez – ami egy átlagos budapesti lakos által egy hét alatt „termelt” szennyvíz mennyisége – mindössze 30 grammot kell adni, melynek ára 3 Ft. Ez ugyanakkor nem jelent költségnövekedést, mivel a módifikált zeolit jelenlétében 5-6%-kal csökken a szennyvíztisztítás elektromos áram igénye, és 10%-ot lehet megspórolni az iszapkezeléshez szükséges igen drága vegyszer árából. A szennyvíztisztítás üzemeltetési költségei 5%-kal, a beruházási költségek pedig – a hagyományos víztisztítási technológiával biztosított vízminőség elérése esetén – átlagosan 25%-kal csökkennek.

A ZeoRap® néven védjegyzett technológiával tehát összességében egyrészt 30%-os költségmegtakarítás érhető el,

másrészt hasznosíthatóvá válik a hazai, igen bőséges zeolit kincs, amely jelenleg szinte kihasználatlan.

Próbauizs eredményei

A NATO Tudomány a Békéért (SfP) programja – amely az egyes tagországok környezetvédelme és gazdasága által meghatározottak talált programokat támogatja – ötödik éve biztosítja a ZeoRap® szennyvíztisztítási technológia gyakorlati megvalósításának és széles körű elterjesztésének anyagi fedezetét. A technológia 12 magyar kisváros szennyvíztisztító telepe került kipróbálásra majd bevezetésre 2001 és 2003 között. Az eredmények a vártnál jelentősebb vízminőség javulást, és ezzel összhangban nagyobb megtakarítást támasztanak alá.

Az Európai Unió szigorúbb határértékekre való áttérés a közeljövőben akár három-négyszeresére növelheti a határértéket teljesíteni nem tudó telepek, környezetvédelmi bírsággal kifizetendő költségeit. Ez a magyarországi szennyvíztisztítók közel felét érinti. A határértékeket túllépő telepeken általában építkezési bevezetés nélkül, pusztán a ZeoRap® technológia bevezetésével a megemelt környezetvédelmi bírság legalább kétharmada megtakarítható.

Módifikált zeolit, ZeoRap®

A zeolit vulkánikus eredetű kőzet, Magyarországon Tokaj hegyalja térségben – Mád, Rátka és Bodrogkeresztúr községekben – a talaj felszíni rétegeiből termelik ki. Szennyvíztisztításban való felhasználását már korábban, a 80-as években is megpróbálták, de több hétéig is eltartott, amíg a kőzet lyukacsaiban megtelepedtek a

Ez a helyzet tapasztalható például az ivóvíz jódtartalmával kapcsolatban. A jódihiányos táplálkozással számos megbetegedés hozható összefüggésbe. Magyarország lakosságának 80%-a olyan területen él, ahol a jóddátartás elégtelen. Szervetünknek ugyan nagyon kevés jódra van szüksége – egy csecsemőnek mindössze 40-50 µg/nap, iskoláskorban 100-150 µg/nap, felnőtteknek 150 µg/nap – de ennek hiánya, az életkor bármely szakaszában súlyos megbetegedésekhez vezethet. Terhes anyáknál spontán abortusz, koraszülés következhet be, növekedési és fejlődési visszamaradás, törpénövés, késleltetett nemi érettség (szélsőséges esetben kretinizmus kifejlődésének) okozója lehet, felnőtteknél meddőség, fejfájás, levertség, fáradékonyság, fokozott érelmeszesedés kialakulása, illetve a vér-koleszterinszint növekedése, izom-izületi fájdalmak megjelenése, szexuális aktivitás csökkenése figyelhető meg. A pajzsmirigy működési zavara (strumma, golyva) pedig világszerte jelentős közegészségügyi problémaként jelentkezik. A XX. század utolsó évtizedében már mintegy 750 millió ember szenvedett golyvában és 43 millióra becsülhető azok száma, akiknél a jódihiány egyéb megbetegedést okozott. 1992-ben a WHO az ENSZ gyermekvédelmi szervezetével, az UNICEF-el közösen levélben hívta fel a világ kormányfőinek figyelmét arra, hogy a jódihiány kialakulása könnyen és kis befektetéssel, például az étkezéshez használt só jódozásával megelőzhető. Ezt a módszert már a XX. század elejétől számos ország alkalmazza. (Svájc 1922., USA 1924.) Magyarországon (a környező országok közül egyedül) nincs rendelet a só kötelező jódozására. Igaz, ismerve a magyar étkezési szokásokat, lehet, hogy nálunk nem is ez a legalkalmasabb módszer a jódihiány pótlására. A túlzott sófogyasztás – még a jódihiány elkerülése végett is – szintén különböző egészségügyi problémákat okozhat. Ásványvízzel történő bevitelével azonban kiküszöbölhető ez a veszély. Erre pedig tökéletesen alkalmas a JODICUM ásványvíz.

A JODICUM ásványvíz a Zempléni-hegységből származó (Gönc 1. kút) nátriumszegény ásványvíz felhasználásával, szén-dioxid és jódkoncentráció hozzáadásával készül. Izlésnek megfelelően fogyasztható szénsavas és szénsavmentes változatban is. Ez a jódihiánnyal küzdő ásványvíz a napi jódszükséglet pótlására kiváló alternatívát nyújt. Egyedi sajátossága, hogy az ionos állapotban lévő jódból a szervezet a számára optimális mennyiséget vesz fel, így korlátozás nélkül fogyasztható. Alkalmazhatósága rendkívül sokoldalú, a jód-ion speciális tulajdonságának köszönhetően a jódtartalom főzés után is megmarad, ezért bármilyen étel elkészítéséhez felhasználható.

Összetétel: Nátrium: 15,00, Kalcium: 78,00, Magnézium: 28,60, Fluor: 0,12, Hidrogénkarbonát: 390,00, Nitrát: 0,00, Nitrát: 0,00, Jód: 0,10, Összes ásványianyag tartalom (mg/liter): 535, Szén-dioxid: 4 g/l

A tájékoztató különleges aktualitását

az adja, hogy a zeolitos NATO projekt 2004. májusában, az ország Európai Unió csatlakozásának hónapjában zárul, és a brüsszeli NATO adminisztráció ebben a hónapban ellenőrzi utolsó alkalommal a projekt magyarországi megvalósulásának folyamatát, valamint az eredmények hazai fogadtatását.

MTA, 2004. MÁJUS 13.

A NATO projekt webcíme:
www.living-planet.hu

Helyzetjelentés

Kommunikációs tréning az onkológia területén

A betegek és hozzátartozóik az onkológusokat és a nővéreket nemcsak egészségügyi és technikai szakértőknek tekintik, hanem olyan szakembereknek, akik velük is képesek a helyzetnek megfelelően kommunikálni. A legtöbb beteg pontos tájékoztatást kíván diagnosztikáról, betegségéről várható kimeneteléről, a kezelésekről, a mellékhatásokról, az életminőségről - mindezeket az igényeket a szakemberek nem mindig teljesítik. A betegek értékelik, ha az egészségügyi szakemberek a tájékoztatást empátiával teszik, és aggodalmaikat is tekintetbe veszik. A nehéz helyzetben lévő betegek onkológusaitól várják el leginkább az érzelmi támogatást.

Tapasztalati tények

Az orvosok, ezen belül az onkológusok korlátozott kommunikációs képességei ismertek, dokumentáltak. A megfigyelések szerint pusztán az idő múlása és a tapasztalat kevésbé befolyásolja a kommunikációs készségek fejlődését.

A hatékony készség tréning

A hatékony kommunikációt tanítható, s ha ez a tanítás (tréning) megfelelő módon történik, akkor a kedvező hatások fennmaradnak. Az ilyen tréningek hatékonyságát már leírták az orvosoknál, ezen belül az onkológusoknál és az onkológiai szaknővéreknél is. A sikerhez szükség van elméleti ismeretek (pl. alapismeretek oktatása), és tapasztalatok (pl. eset-ismeret-teszt megbeszélése) átadására, magatartásterápiás (pl. szerepjátás gyakorlása), és támogató technikák (pl. feszültséget okozó tényezők felismerése) tréningjére. Ismétlődő foglalkozások is szükségesek ahhoz, hogy a kommunikációs készségek kialakulni kezdve változás hosszantartó maradjon.

Az onkológusok

és az onkológiai szaknővérek igényei

A legtöbb onkológiai szakember alapvető jelentőségűnek tartja napi munkájában a kommunikációs készséget. Jóllehet, sokan kételkednek azzal kapcsolatban, hogy lehet-e a kommunikációs készséget hatékonyan fejleszteni. Sokan egyet értenek abban, hogy ezek a készségek személyiség-függők és vesztésetett tehetőség feltételének, éppen ezért nem fejleszthetők, míg mások azt gondolják, hogy az idő és a gyakorlás meg hozza a fejlődést ezen a téren.

A legtöbb szakember nem részéről szervezett kommunikációs tréningben. Ellenében a tréninget illető kétkedéssel, a legtöbb onkológus azt gondolja, hogy stresszes állapotoknak, munkájukkal való elégedetlenségeknél és lelki kiegészüknek egyik legfőbb oka a megfelelő klinikai készség-fejlesztés hiánya.

Javaslatok

- 1.) A jövőben orvosok és nővérek (hozzátartozók: aszisztensek, gyógytornászok, osztályos fiúk - ford.) képzésében szerepelnie kell az alapvető kommunikációs készséget fejlesztő tréningeknek.
- 2.) Az onkológusoknak és az onkológiai szaknővéreknek (és az előbb említett szakembereknek) speciális

kommunikációs tréningben is részesülniük kell szakmai képzésük során. A sajátos tréning céljai közé kell hogy tartozzon a betegekkel történő kommunikáció, illetve a szakemberek közötti hatékony véleménycsere fejlesztése.

3.) Az oktatóknak folyamatosan törekedniük kell a fejlesztés hatásokának ellenőrzésére, megfelelő minőségének biztosítására.

4.) A gondozás pszichoszociális összetevőjének fejlesztése nem korlátozódhat a kommunikációs készség fejlesztésére. Ennél többre van szükség! A betegek és családtagjaik pszichoszociális tüneteit felismerni, és szükség esetén kezelni kell. Az onkológia pszichoszociális vonatkozásainak kiterjesztése azt is jelenti, hogy tekintetbe vesszük az érzelmi egyensúly jelentőségét és a gondozók lelki egészségét is.

5.) A Nemzeti Rák Ligák alapvető törekvése, hogy a betegek a napi onkológiai ellátás folyamán széles körű gondozásban részesüljenek. Ezen szervezetek lehetnek a kommunikációs tréning programok legfőbb támogatói, együttműködve az onkológusokkal és más szakemberekkel.

Nyitott kérdések

Jóllehet a klinikai készségek tréningjét hatékonyan tartják, jó néhány kérdés ez idáig megválaszolatlan, például:

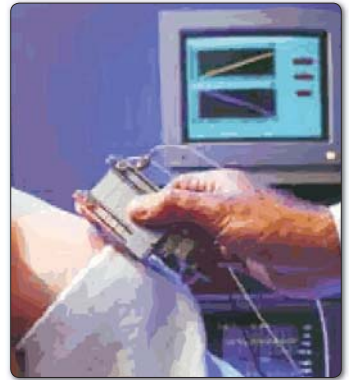
- melyik képzés a megfelelőbb: a „felülről” kezdett (pl. a vezető onkológusok képzése), vagy az „alulról” indított (fiatal szakemberek fejlesztése), annak érdekében, hogy legyőzzük a szakemberek kételkedését a tréning értelmét, hatékonyságát illetően?
- mik az előnyei a hasonló képzettségű, illetve a különböző képzettségű szakemberek együttes tréningjének?
- hogyan lehet beépíteni a képzésbe a belátáson alapuló módszereket, mint amilyen például a Bálint csoport?
- milyen időtartamú képzés szükséges a kommunikációs készség változásának elősegítéséhez?
- hány ismétlődő csoport-foglalkozás szükséges ahhoz, hogy a tréning hatásait fenntartsuk?
- melyek a legjobb módszerek a készség-fejlesztő tréning hatásainak vizsgálatára, illetve melyek azok a célok, amelyek elérése igazolja a képzés hatékonyságát?

(Dr. A. Kiss: Communication skills training in oncology: a position paper. Annals of Oncology 1999.)

FORRÁS: DR. A. KISS/INTERNET

A mellrák legyőzhető

Kevés olyan betegség van, amitől a nők jobban rettegenek, mint a mellráktól. Ez ugyanis a nőesség egyik szimbólumát támadja meg. Sokan az önvizsgálatot sem végzik rendszeresen és megfelelően, talán éppen attól tartva, hogy találnak valamit. Pedig a súlyos betegség korai felismerése életmentő lehet.



Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint hazánk a rákbetegségek terén férfiaknál az első, nőknél pedig a harmadik helyet foglalja el. A rendszeres szűrés sokak életét megmenthetné. Magyarországon voltak ugyan törekvések a komplex rákszűrésre, de igazán jól sehol sem működött. Aki szeretne nyugodtan aludni, külön-külön kell sorba állnia az egyes szakrendelőknél a vizsgálatra. Pedig ha nem használjuk ki a megelőzésben kínáló lehetőségeinket, akkor egyes becslések szerint a következő években 1000 fiú újszülöttről 287, míg 1000 lányból 146 fog meghalni rosszindulatú daganatban 75 éves kora előtt.

Mérgek testünkben

„Hála” az elmúlt évszázad és napjaink környezetszennyezésének, egészségtelen életmódjának, az emberi test jóformán szemetetlerakó-hely lett. Az angliai Leicester egyetem kutatói egy harmincéves ember testében 500 mesterségesen előállított vegyszer jelenlétét mutatták ki. Sok kémikáliát egy idő után betiltottak, de addigra ezek az anyagok már bekerültek a természet körforgásába. Számos szegény ország pedig még mindig nem csatlakozott a mérgeanyagokat betiltó nemzetközi egyezményekhez. Ha valaki annyira egészségesen él, amennyire csak tud: sok zöldséget és gyümölcsöt eszik, és kevés húst, még akkor is kémikáliáktól a teste, amit a gyermeknemzéssel továbbadott. Példaként említhetjük az egyik legveszedelmesebb anyagot, a permentzerként használt DDT-t. Már a hetvenes években betiltották rákkeltő hatása miatt, egy harmincéves, gyermekre vágyó nő azonban még a szervezetében hordozhatja... Ráadásul egyes trópusi országokban manapság is használatos növényvédőszer, így import fűszerekben még előfordulhat.

Zsírsejgy táplálkozással a megelőzésért

A nők egyik leggyakoribb daganatos megbetegedése a mellrák. Tüsző mivolta miatt bizonyos fokok még mindig tabunak minősül, pedig sokkal nagyobb figyelmet kellene fordítani rá: a világon minden második percben meghal egy nő mellrákban. Ugyanakkor számos módszer létezik arra, hogy csökkentsük a mellrák kockázatát. Tanulmányok kimutatták például,

hogy azok a nők, akik gyümölcsben, zöldségben, szójában gazdag, viszont zsírsban szegény étrendet élnek, kisebb valószínűséggel betegszenek meg, mint helytelenül táplálkozó társaik. Noha egyértelműen nem lehet kimondani, hogy bizonyos ételek rákkeltők, létezik olyan étel, amely szerint az olajban sült, roston sült, megpörkölt húsok kapcsolatban állnak a mellrák megnövekedett kockázatával. Szakértők szerint valójában nem is a húsok ártalmasak, hanem a magas hőfokon való főzés, süttéssel felszabaduló kémiai anyagok. Nem szükséges ezeket teljesen kizárni az étrendünkből, azonban jól tesszük, ha csökkentjük gyakoriságukat.

A túlsúly veszélyei

Érdekes odafigyelni arra is, hogy ne hízzunk el. A testtömegnövekedés ugyanis a nőknél jelentősen növeli a mellrák kialakulásának kockázatát. Azok a nők, akik 18 éves koruk után 10-14 kilogrammot híznak, 40 százalékkal nagyobb valószínűséggel számíthatnak arra, hogy mellrákban betegszenek meg, mint azok, akik csupán 2 fősöt kilót szednek magukra - derül ki a Rákutatók Társasága vizsgálatának eredményéből. A jelenség oka abban keresendő, hogy a testsúly növeli a szervezetben található női hormont, az ösztrogén mennyiségét, ami az életkor előrehaladtával fokozza a mellrák kockázatát.

FORRÁS: REGGEL | L. ZS

Áttörés az állami szerepvállalásban Rákbetegek és hozzátartozóik hospice szellemű ellátása

„...a hospice ellátás célja a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki állapotának, gondozása, (...) és emberi méltóságának haláláig való megőrzése.”

Hazánkban a rákbetegség drámai képet mutat. Miközben a tavalyi évben közel 34 000 rákbeteg halt meg az országban, közülük csupán 2000 részesült hospice szellemű ellátásban. A többiek kint a földön, súlyos fizikai tünetekkel, önmagukra és hozzátartozóikra nézve is komoly pszichés terheléssel éltek, akik ezt az utolsó időszakot.

Miközben az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Európa Tanács is kiemelten foglalkozik az elsősorban a nem gyógyítható daganatos betegek testi-lelki szenvedéseinek enyhítését, a beteg és hozzátartozóik életminőségét javító tüneti (palliatív) ellátással, addig a hazai onkológia magas színvonalra emelkedett a hazai társadalom még mindig nem tud eleget arról, milyen tudás halmozódott fel az utóbbi évtizedekben a nem gyógyítható daganatos betegségekkel kapcsolatban, elsősorban az orvostudomány és a pszichológia területén. Mai tudásunk szerint a betegek 90%-ának megszüntethető vagy enyhíthető a fájdalom, szorongás, depressziója, és igen komoly támaszt lehet és kell nyújtani a hozzátartozóknak is, elősegítve a terhek viselését a betegség és a gyász ideje alatt egyaránt. A gyógyíthatatlan daganatos beteg megfelelő szakmai segítség mellett megőrizheti emberi méltóságát, aktív, élhető életet élhet akár az utolsó percekig. Azok között, akik megfelelő támogatást kapnak, sokan életük kitérőjévé élik meg ezt az időszakot.

Hiába vezetjük ma is a világ rák halálozási statisztikáit, a rákbetegek és családtagjaik hospice szellemű ellátása ma Magyarországon egy maroknyi szakember garádjára áll. Döntően a civil társadalom segítségével, pályázatokkal és adományszervezéssel teremtik meg a betegellátás anyagi bázisát. Az államilag finanszírozott egészségügyi szolgálatok nagyon csekély mértékben vállalnak szerepet a rászorulóknak ezen körének ellátásához.

Az utóbbi tizenhárom év folyamatai lobbizásának eredménye, hogy az utolsó hónapokban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és az Egészségügyi, Szoci-

ális és Családügyi Minisztérium is rendkívül komoly lépéseket tett annak érdekében, hogy az egészségügyi integrációs részeket megjelenő hospice szellemű ellátás jogszabályi és finanszírozási háttere megszűljen. Ennek az áttörésnek egyik legfontosabb eredménye, hogy várhatóan 2004. szeptember 1-től egy kétféles modellprogram keretében, havi 50-50 millió forintes keretből támogatja az OEP a rákbetegek és hozzátartozók otthoni hospice ellátását végző szolgáltatók és körházi fekvőbeteg osztályok/részek működését. Ezzel a rendemeny szerint megokszorozódik az ellátottak száma.

A Magyar Hospice Alapítvány, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és az Open Society Institute Dr. Muszbek Katalin és Dózsa Csaba vezetésével konferenciát szervezett ez év áprilisában az új finanszírozási koncepció végleges formájának kialakítására, valamint egy széleskörű szakmai összefogással megszűlő országos szintű stratégia kidolgozására. A konferencián résztvevők javaslatokat fogalmaztak meg a következő öt évre annak érdekében, hogy Magyarországon végre legyen része a daganatos betegek és hozzátartozóik ellátásának a hospice szellemű, a mögötélő komoly orvosi, nővéri, pszichoszociális és spirituális szakmai tudással.

A konferencia részletes záródokumentuma minden illetékes hatóság és szakmai szervezet vezetéséhez eljutott. A záródokumentum részletesen kitért a jogszabályozás, a finanszírozás, az ellátórendszer strukturális fejlesztése, valamint az oktatás és szemléletformálás fontos kérdéseire. A közeljövőben az érintett hatóságok és szervezetek részvételével országos szintű testület kell életre hívni annak érdekében, hogy megszűljen egy országos palliatív terv, hiszen a rendkívül komplex ellátásnak az egészségügyi sok szintjén kell megvalósulnia ahhoz, hogy a rákbetegek és hozzátartozóik egyre nagyobb arányban részesüljenek megfelelő szakmai segítségben. A konferencia résztvevőinek konszenzus alapú ajánlásában megfogalmazott cél az, hogy 2009-re 70%-os kötelező társadalombiztosítási finanszírozással valósuljon meg a rászorulóknak közel felének magas színvonalú ellátása.

MAGYAR HOSPICE ALAPÍTVÁNY | WWW.HOSPICEHIAZ.HU

Fájdalomcsillapítás

A Magyar Rákellenes Liga 2004. október 1-jén Budapesten a HM Szabadidő központjában megrendezte az első Fájdalom Napot. Ennek ellenére, hogy ma már elérhető és jogilag is lehetségesek olyan módszerek, amelyekkel a krónikus fájdalmat meg lehet szüntetni, sokan szenvednek.

Sok tudományos problémával szemben a fájdalomcsillapítás olyan kérdés, amelyre létezik válasz és érdemes is foglalkozni vele. Ennek ellenére mégis sok a tudatlanság. A csont tumor fájdalomcsillapítása és a gyermekek fájdalomcsillapítása figyelemre méltó módon külön témaként szerepelt az előadások sorában.

A rendezvényre orvosok, betegek és egészségügyi szakiskolások kaptak meghívást. Az előadások egyik célja az volt, hogy az egészségügyi képzésben részesülő meghívott vendégek tájékozódjanak és többre gyűjtsenek a fájdalomcsillapításról. A rendezvény egy újabb alkalom kívánt biztosítani az orvosok és betegek közötti párbeszédre, ami kérdések és hozzászólások formájában meg is valósult. A szakmai előadások a fájdalomcsillapítás komplex szemléletét tükrözték és tudatosították. Elméletben tudatosítani, a gyakorlatban pedig átvenni szükséges, hogy a fájdalom nemcsak gyógyszeresen, hanem invazív módon, ill. sugárkezelés útján is csillapítható. A fájdalomcsillapítás legnagyobb része a házirosvokra hárul, ezért fontos, hogy tisztában legyenek a különböző gyógyszerek és beviteli módok lehetőségeivel és azok szakmailag kifogásolatlan dózálásával. Megfelelő fájdalomcsillapítással el lehet

és el kell érni, hogy a beteg fájdalommentesen éljen.

A házirosvosnak oda kell figyelnie a betegre és meg kell találnia a dózizálásnak azt a maximumát, ahol a beteg már nem panaszkodik fájdalomról. A fájdalomcsillapítástól rendezett programon terítékre került a betegjogok és azok érvényesítésének problematikája. Delután a beteg önrendelkezési jogáról, a gyógyszeres fájdalomcsillapítás jogi vonatkozásairól és előírásairól beszéltek, a betegek saját tapasztalatainak tükrében. A levezető elnök, Dr. Jobbágyi Gábor, előadásában konkrét példákkal illusztrálta a törvények és jogszabályok adta kereteket, amelyek így érthetőbbé váltak minden jelenlévő számára. Dr. Takács Albert, az állampolgári jogok országgyűlési képviselőjének általános helyettese arról beszélt, hogyan érvényesülnek a betegjogok a gyakorlatban. Kiemelte, hogy a gazdasági szempontok mindenképpen befolyásolják a betegjogok érvényesülését. Dr. Vasváry Artúr négytörvény beszédében azonban arra is utalt, hogy az orvosok és betegek közötti párbeszéd nagyon fontos a fájdalomcsillapításban. A fájdalommal küszködő betegek kezelésében nem lehet figyelmen kívül hagyni a beteg pszichés állapotát, a kezelés keretében szempontról döntő fontosságú az orvos hozzáállása. Az első Fájdalom Nap csúcspontja egy gyűjtött beteg jelenléte volt. Németh Ilona évek óta mankával jár, ráadásul a fájdalmát sem sikerült csillapítani. A Magyar Rákellenes Ligánál jelentkezett, ahol megfelelő helyre irányították. Ennek köszönhetően ma már nincsenek fájdalmai, az esemény pedig mankó nélkül jelent meg.

»Bánfi Ákos«

A rák szempontjából jelentősnek bizonyultak azok a felismerések, melyek feltárták, hogy a táplálékunkban számos ún. carcinogén (rákkeltő) anyag található. Ezen anyagok egyik hatása, hogy úgynevezett szabad gyökök képződnek, melyek biokémiai szinten képesek megzavarni a sejtek normális működését, minek hatására torz sejtek alakulnak ki, vagy mérték-telen szaporodás indul meg bizonyos szövetekben.

Az ún. szabad gyökök semlegesítésének biológiai mechanizmusát feltárva kiderült, hogy táplálékunk – az erős feldolgozottság miatt sajnos egyre csökkenő mértékben – de tartalmaz számos úgynevezett antioxidáns anyagot. Ezek az antioxidáns anyagok képesek semlegesíteni a szabad gyököket, megelőzve így a rákos sejtek kialakulását és vesztését.

Az antioxidánsok közé soroljuk az A (bétakarotin), a C és az E vitaminokat, valamint a szelén nevű nyomelemet. Az antioxidáns csoport ma már minden patikában recept nélkül kapható. Alkalmazásukkor figyelembe kell venni, hogy a bevitt mennyiségre vonatkozóan számos – egymással szögesen ellentmondó – adagolási javaslat ismert. Tradicionális orvosi felfogás szerint pl. C vitaminból napi 60–80 milligramm elegendő. Fontos azonban tudni, hogy a vitaminok általában az anyagcsere folyamatokhoz szükséges enzimek, részben ezért van rájuk szükségük a szervezetnek. Másfelől azonban a fiziológiai szükségleten túl bevitt vitaminoknak egészen más jellegű, pl. a szabad gyököket semlegesítő hatással vannak. A vitaminszedést ellenzők általában arra hivatkoznak, hogy a természetben sem az állatok, sem az emberek nem szednek vitaminokat. Ugyanakkor megfontolandó, mennyire természetes az az életforma és életkörülmény, amiben ma élünk, továbbá, hogy az állatok laboratóriumi körülmények között másfél-kétszer annyi ideig élhetnek, mint vadon élő társaik. Az ember vonatkozásában is elmondható, hogy a legtöbb komoly betegség kb. 30–40 év után jelentkezik, ami évezredekkel ezelőtt az átlagéletkor volt. Ez arra utal, hogy a természet nem készítette fel az emberi szervezetet a kb. 80 éves mai átlagéletkorra. A vitaminok szedésekor fontos tudni, hogy vannak vízben és vannak zsírban oldódó vitaminok, utóbbiak (pl. A és E vitaminok) felhalmozódhatnak a szervezetben. A mellrákkal kapcsolatban fontos az is tudni, hogy a melldagagatok egy része az ösztrogén nevű női nem hormon bizonyos változatainak hatására gyorsabban növekszik. Számos modern gyógykezelési forma ezeknek az ún. „rossz” ösztrogén származékoknak a semlegesítését célozza.

Meg kell említeni még a melatonin nevű hormont, amely az agyban termelődik, s kulcsszerepet tölt be az immunrendszer, az alvásbénulés és általában a hormonális rendszer szabályozásában. A vizsgálatok azt bizonyítják, hogy a melatonin termelődésének szintje 40–50 felett lecsökken. A mellrákkal kapcsolatban bizonyították, hogy a melatonin képes lassítani a melldagagatok fejlődését, ill. sokan megelőzőként is szedik. A melatonin régóta ismerik és szintetizálták, bizonyos orvosi körök azonban aggályait fejezik ki amiatt, hogy a melatonin hosszú távú használatával kapcsolatban nincsenek ismeretek.

Sok növényi táplálékban olyan ösztrogénszerű anyagok találhatók (pl. a szójában), melyek kémiai tulajdonságaikban a „jó” ösztrogénfajtához hasonlóan, és képesek a daganatsejtekhez kötődve megga-

A táplálkozás és a táplálékkiegészítők kapcsolata a rákkal

A táplálkozás szerepére már korán rámutatott az a megdöbbentő eredmény, miszerint afrikai közösségekben a fehér emberrel és táplálkozási szokásainak elterjedésével megjelent az addig szinte ismeretlen bélrák. A vizsgálatok szerint a rothányos táplálkozás állt a jelenség hátterében. A táplálkozásutatót azt vizsgálja, milyen optimális táplálék összetétel biztosítja az egészséget, és a különféle táplálékok és összetevők milyen betegségkockázatokat hordoznak magukban.

tolni a „rossz” ösztrogén variánsok tumornövekedést serkentő hatását. A vitaminokon túl számos növényi táplálékot vizsgáltak, melyekről kiderült, hogy különféle mechanizmusokon keresztül gátolják a rákos sejtek fejlődését.

Főbb rák ellen védő növényi táplálékok

- **Sárgarépa:** A rák és a táplálkozás közti kapcsolatot kutatásának egyik legegységibb eredménye, hogy a sok béta-karotin (az A vitamin elővitaminja) tartalmazó nyers növényi táplálék fogyasztása jelentősen csökkenti a rák és a mellrák kialakulásának kockázatát. A sárgarépa kívül ajánlható még a sütőtök is, és általában a „sárga” gyümölcsök.
- **Paradicsom:** egy olasz vizsgálatban azok, akik a hét minden napján fogyasztottak nyers paradicsomot, fele akkora kockázatot mutattak a rákra, mint azok, akik hetente csak egyszer fogyasztottak paradicsomot.
- **Narancs és citrom:** több olyan anyagot is tartalmaz, amely a carcinogén anyagokat semlegesíti.
- **Szőlő:** A szőlő több olyan anyagot tartalmaz, amely gátolja azon enzimek kialakulását, melyeket a rákos sejtek használnak fel fejlődésük során, ill. tartalmaz immunserkentő anyagokat is.
- **Fokhagyma és hagyma:** Kína egy tartományában az emberek hagyományosan nagyon sok fokhagymát és hagymát fogyasztanak, és itt a gyomorrák 40%-al alacsonyabb arányt mutat, mint más tartományokban. Az USA Iowa államában 4000 nőre kiterjedő vizsgálatban kimutatták, hogy a fokhagymát fogyasztó nők közt 35%-al alacsonyabb volt a bélrák.
- **Szójabab és szója termékek:** a szójabab olyan anyagokat tartalmaz, amelyek védnek a mellrák és a méhnyálkahártya szindrómákban. Az itt keletkező rákos sejtek egyik gyakori típusának fejlődését az ösztrogén nevű női nem hormon serkenti. A szójababban található ösztrogénszerű anyag „kiszorítja” a valódi ösztrogént a ráksejtek receptorairól, és így gátolja az ösztrogén függő daganatsejtek fejlődését. A szójából készült szósz és az ún. miso levest szintén hatásosnak találják rák ellen. Napi egy miso leve 33%-al csökkenti a gyomorrák kockázatát, s a leves rákellenes hatását bizonyította egy német kutatóintézet is.
- **Káposzta, brokkoli, karfiol, kelbimbó, kelvirág, karalábé:** ezekben a növényekben több olyan anyag található, amely mennyiségben, amely gátolja a rákos sejtek fejlődését, ill. az ösztrogén szervezetben történő átalakulási folyamatának befolyásolásán keresztül gátolja az ösztrogén tumorsejtek kialakulását pl. mellrák esetén. Brokkoli kivonatát táplált állatoknál 60–80%-al lecsökkent a tumorok fejlődése. Rendszeres

brokkoli fogyasztás felére csökkentheti a vastagbélrák kockázatát.

A több évtizedes kutatás eredményeként izolált hatóanyagok oly egyértelműen gátolják a rák, növekedését különösen a mellrák és petefészek rák fejlődését, hogy az amerikai rák-kutatással foglalkozó szervezetek a keresztesvirágúak természeténél mindennapi fogyasztására szöltötték fel az amerikai lakosságot. A keresztesvirágúak hatóanyagának koncentráuma külföldön már tabletták formájában is hozzáférhető. (pl. Nutrin-3TM ill. Indole-3-carbinol néven)

Az utóbbi években nagy karriert befutott tamoxifen hatása szintén az, hogy többek közt gátolja az ösztrogénfüggő tumorsejtek növekedését. A tamoxifen-nek azonban mellkashatásai vannak, míg a keresztesvirágúak kivonata hatékonyabbnak és mellkashatás-mentesnek bizonyultak. A tamoxifen és az Indole-3-carbinol gátló hatása az ösztrogénfüggő mellrák sejtek fejlődésére

• **Füge:** több olyan anyagot is tartalmaz, amely rák ellenes hatású.

• **Növényi rostok:** A vizsgálatok visszatérő megállapítása, hogy a növényi rostokban és táplálék fogyasztása csökkenti a rák kialakulásának kockázatát. Természetesen a leghatékonyabb a nyers növényi táplálék, azonban ma már számos egyéb formában is lehet növényi rostokat táplálék-kiegészítőként fogyasztani. A legismertebbek a zabkorpá, búzakorpá, almarost kivonat. Fontos a teljes kiőrlésű lisztből készült pékáru és tésztafélék fogyasztása, és természetesen a – nem agyoncsukozott – müzlik is rengeteg rostot tartalmaznak megfelelő, biológiai értékben.

A részletek is és a táplálkozás jellegét (pl. hogy sok növényt vagy sok húst fogyasztanak-e a vizsgált személyek) vizsgáló kutatások arra mutatnak rá, hogy akik több gyümölcsöt és zöldséget fogyasztanak, kisebb a kockázatuk a mellrákra (és egyéb rákfajtákra).

Ez a fent említett zöldségek és gyümölcsök pozitív hatásának ismeretében tulajdonképpen nem meglepő, hogy önmagában a növényi táplálék nagyobb aránya a táplálkozásban védelmet nyújt a rákos megbetegedésekkel szemben. Ezek az eredmények segítenek értelmezni pl. a Gerson diéta hatásosságát is.

A rák kockázatának csökkentése

A vizsgálatok összességében nem támasztották alá azt a leggyorsabban terjedő elméletet, hogy a vegetarizmus önmagában véde a rákkal szemben. Az adatok ellentmondásosak, mert a vegetarizmusnak is sokféle fajtája van. Azon csoportok, akik sok paradicsomot, gyümölcsöt, diót és kevés tojást fogyasztottak, nem

dohányoztak és nem fogyasztottak alkoholt, minden típusú rákban jóval ritkábban betegedtek meg. Hasonlóan a makrobiotikus táplálkozást folytatók is jelentősen alacsonyabb rákrisikóval jellemezhetőek, bár ezzel az irányzattal kapcsolatban is felvetődtek kétféleképpen. Ha direkt és kétértelmű bizonyítékok nem is szólnak a vegetarizmus mellett, közvetett érv a vegetarizmus bizonyos fajtái mellett, hogy számos vizsgálat szoros összefüggést talált a rák kialakulásának kockázata és a magas vörös hús, ill. zsírfogyasztás között. Különösen erősek az összefüggések a rák kockázatát és a sült, grillezett húsok fogyasztása között. Az is kiderült, hogy még a közepesen erős alkoholfogyasztás is komolyan növeli a mellrák kockázatát. Szintén közvetett bizonyíték a vegetáriánus étrend mellett, hogy szinte minden vizsgálat megerősítette azt az összefüggést, hogy a fokozott gyümölcs és zöldségfogyasztás jelentősen csökkenti a mellrák és egyéb rákfajták kockázatát.

Egy nagy olasz vizsgálatban 2569 mellrákos nőt hasonlítottak össze táplálkozás szempontjából 2588 egészséges kontrollal. Az eredmények szerint egyes kapcsolat volt a kenyér és tésztafélék, a cukor és a szűz hús fogyasztás és a mellrák kialakulási valószínűsége között, és fordított kapcsolat állt fent a rák kockázata és a növényi olaj, nyers zöldség, hal, bétakarotin, E vitamin és kalcium fogyasztása között.

A Gerson diéta

A rák táplálkozásán keresztül kezelésének egyik legismertebb és talán legsikeresebb módszere a Gerson diéta. A módszert az 1881-ben született Dr. Max Gerson fejlesztette ki, ma Mexikóban működik a Gerson intézet. A módszerről magyar nyelven is lehet tájékozódni. A Gerson módszer lényege, hogy megfelelő, vegyszermentes termelt növényekből készült táplálék fogyasztásával a szervezetet „mérgezteleníteni” kell, s különféle egyéb adalék anyagokkal pedig erősíteni kell. Külön eljárásokkal serkentik a szervezet működését és a kiválasztást, ami a mérgeztelenítést szolgálja.

Kevésbé ismert, hogy a módszernek mely elemi vezetnek végül is eredményre, de feltételezhető, hogy a – sokszor csodás – gyógyulások hátterében a növényben található rákellenes vegyületek nagy koncentrációban történő alkalmazása is áll. Persze Mexikóba utazni nem mindenkinél van pénz, de a módszer alkalmazása lehetséges könyvek alapján is. A Gerson intézet egy összehasonlító tanulmánya meglepően sikeres eredményekről számol be, összehasonlítva a tradicionális kezelési eredményekkel.

» Szendi Gábor »
SOTE MAGARTARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET

Konferencia: A jövő reménye

Ez év áprilisának végén a Rákbeteg Győri Egyesülete konferenciát rendezett, ahol figyelemre méltó tudományos előadások hangzottak el a rákbetegségről és annak megelőzéséről, kezeléséről, rehabilitációjáról.

A jövő reménye című konferencia elsődleges célja a rákúrszerű népszerűsítése volt. A konferencia fővédnökeként jelen lévő Carol Walker, az USA budapesti nagykövetségének felesége hangsúlyozta, hogy miután az emlőszűrés már sikeres, a férfiak következnék a szűrésnek sorában.

A Magyar Onkológusok Társaságának elnöke, Prof. Dr. Oláh Edit a rákbetegség és a genetikai kapcsolatról beszélt, elmondta, hogy a 10–15 éves bekvétkezett genetikai forradalom át fogja alakítani az onkológiai gyakorlatot. A XXI. század elején már genomikai forradalomról beszélhetünk, amely új korszakot nyit az orvosi biológiai kutatásokban. Molekuláris portré készíthető, amely lehetővé teszi a korábbiakéhoz képest jóval kedvezőtlenebb voltának meghatározását. Ez az a jelentőség, hogy korvonalazhatóvá válik a jobb csoportba tartozók köre, akiknél nem szükséges a nagyon erős kemoterápia. A dagagatokról a professzorasszony többek között elmondta, hogy gyakrabban szerettek, csak ritkább esetekben van szó örököltött hajlamról. Fokozott odafigyelést javallott azoknak, akiknek a családjában férfi emlőrák fordult elő, az ez esetben hasznos genetikai tesztet fizeti a biztosítót. Az új eredmények klinikai gyakorlatba való átviteléhez és az új típusú kezeléshez új generációra és csapatmunkára van szükség – summázta előadását Oláh Edit.

Dr. Pintér Tamás győri onkoradiológus szerint sok akadályba ütközött annak megállapítására, hogy lehetséges-e az úgynevezett megelőző, azaz, hogy a rákbetegség megelőzhető-e gyógyszerrel. Ennek tisztázásához olyan prevenciós vizsgálatok kellenek, melyek több tízezer egészséges ember évtizedekig való figyelemmel kísérése és kezelése lenne szükséges. Mindez a mellkashatások tömegeket érintő rizikójával és nagy mértékű anyagi kiadásokkal járna.

Dr. Paller Judit megyei tisztifőorvos a táplálkozás és a rák témakörében elmondta, hogy az elhízás a vastagbélre, az emlőre, az epehólyagra és a prosztatára, a füstölt, tartósított élelmiszerek a gyomorra, a nitrátok a nyelvére, a fátioxinok pedig a májra nézve jelentenek rizikótényezőket. Felhívta a figyelmet arra, hogy a dohányzás, mint egy másik, szintén rizikótényező különösen érinti a környezetet, ugyanis az úgynevezett mellékfűtő károsabb hatást fejt ki, mint a beszívott. Dohányzás és alkoholfogyasztás a káros hatás szempontjából egymást erősítik. A környezeti hatások vizsgálatánál kiderült, hogy a melanoma kialakulása, amely egy nagyon agresszív bőrrák, független a napsugárzástól, továbbá, hogy a tüdőrák szempontjából úgy tűnik: nagy jelentősége van az asbesztroknak. A doktornő előadásán alapján az ózonterápia hatékonyasága, a lég- és vízszennyezésnek, az ionizáló sugárzásnak a rákkeltő hatása, mint megállapítás továbbra is tartható.

Az onkológiai tumor markerekéről Dr. Pécsi Balázs beszélt. Olyan biológiai anyagokról van szó, melyek nagyon érzékenyen reagálnak a daganatsejtekre. A diagnosztika szempontjából jelentősek, mivel már a betegség orvosiilag észlelhető megjelenése

előtt, nagyon korai fázisban kimutathatók. Míg a külföldi irodalomban egy érdekes lehetőségnek ítélik a tumor markerek vizsgálatát, addig Magyarországon inkább támadják, az irodalom is nagyon csekély.

A tudományos előadások után kerekasztal-beszélgetést tartottak a rákbetegség idején alkalmazott táplálékkiegészítő készítményekről. A résztvevő orvosok és a cégek képviselői megállapították, hogy ezek nem gyógyszerek, nem helyettesítik a hagyományos terápiákat, hanem támogató szerepük van a gyógyításban.

Érdekes a vörösbőr mellett a sör jótékony hatása: ahol a nők söröt fogyasztanak, megfigyelhető, hogy kevesebb az emlőrák. Újabb kutatás állapította meg a sör kedvező egészségügyi hatását. Amerikai kutatók olyan vegyületet találtak benne, amely megvéd a ráktól és az Alzheimer-kóról. A Donald Buhler vezette kutatócsoport a sör egyik leggyakrabban használt fűszerében, a kombóban fedezett fel antioxidáns vegyületet. Az antioxidánsok közömbösítik azokat a tápanyag elvegetéseket keletkező anyagokat, amelyek öregítik, roncsolják a sejteket. Az Oregon Állami Egyetem tudósai által xantohumulonak elnevezett vegyületet eddig semmilyen más növényből nem tudták kimutatni, csak a kombóban. A kutatók szerint ennek különösen erős regeneráló hatása egyedülálló szerkezetének köszönhető. A felfedezés egyetlen szépségéből, hogy napi 900 korsó sör kellene elfogyasztani a kellő védettséghez, míg szakértők legfeljebb napi egy-két korsó elfogyasztását javasolják az egészség megőrzése céljából. A rák ellen így valószínűleg az igazi megoldást a tablettakonzentráum jelenti majd.

» Bánfi Ákos »
MAGYAR RÁKELLENES LIGA

Onkológiai kongresszus

A Magyar Klinikai Onkológiai Társaság III. Kongresszusát 2004. november 17–20-ig a központi Budapesti Hotel WestEnd rendezésére kerül, nemzetközi kitekintéssel a konferencia rendezvény lehetőségét nyújt a klinikai onkológia hazai helyzetének áttekintésére, a klinikai onkológiával foglalkozó munkacsoportok tevékenységének jobb megismerésére.

A daganat betegek gyógyszeres kezelésével foglalkozó szakemberek kongresszusán kiemelt témaként szerepel az emlődagagatok, az urológiai rákok és a gyomor-bélrendszeri rákok modern gyógyszeres kezelése, valamint a daganat betegségek támogató kezelése. A kongresszuson előadások hangzanak el a daganat betegségek előfordulásáról, a patológia szerepéről a daganatellenes kezelés megvalósításában, a Gastrointestinalis daganatok gyógyszeres kezeléséről.

A kongresszuson résztvevő 300 hazai szakember mellett, számos világhírű külföldi onkológus is részt vesz. A Kongresszus Nyitóelőadását Prof. Dr. Paul Kleihues (Zürich, Svájc) tartja, de részt vesz a rendezvényen Prof. Dr. Jacek Jassem (Gdansk, Lengyelország), Prof. Dr. Gabriel Haas (Sydney, Ausztrália), Prof. Dr. Richard Hermann (Basel, Svájc), Prof. Dr. Norman Wolmark (Pittsburgh, Amerikai Egyesült Államok), Prof. Dr. Aimery de Gramont (Párizs, Franciaország), Prof. Dr. Kurt Possinger (Berlin, Németország), Prof. Dr. John Crown (Dublin, Írország), Prof. Dr. Ian E. Smith (Sutton, Egyesült Királyság), Prof. Dr. Robert E. Coleman (Sheffield, Egyesült Királyság) is.

Is ismert szakemberek a különböző főtémákhoz kapcsolódó áttekintő elő-

adásokat tartanak, elsősorban a gyógyszeres kezelés legújabb eredményeiről. Az előadásokon túl, a tudományos program keretében ismét külön szekció került megszervezésre az onkológiai szakdolgozók részére. A szakmai fórum kiemelt figyelmet szentel a daganat betegek ápolásával kapcsolatos kérdéseknek.

Nagy érdeklődésre tarthat számot az MKOT onkológiai alaptanfolyama. A háziorvosoknak szóló szakmai továbbképzés célja a gyorsan fejlődő gyógyszeres daganatellenes kezelés bemutatása, valamint a háziorvos a daganat betegségek megelőzésében, a daganat szűrésében, a tünetek értékelésében és a daganat beteg gondozásában játszott szerepének kiemelése.

Idén először, együttműködve a betegszervezetekkel Betegnap is megrendezésre kerül az MKOT Kongresszus keretein belül. A Betegnap célja a daganat betegségekkel kapcsolatos tévhitek eloszlatása, valamint a legújabb eszközökkel elérhető terápiás sikerek bemutatása, tudatosítása. Az egész napos rendezvény során az érintettek a Rákbeteg Országos Szövetsége és a Rákliga összefogásával szervezett szakmai előadásokat hallgathatják meg.



Napjaink egészségügye Valóságos lehetőségeink



(az 1. oldal folytatása)

■ Dr. Rácz Jenő az ESZCSM miniszter

Dr. Rácz Jenő miniszter úr és munkatársainak szakmai életútja, kompromisszum keresése lehetőségeket teremt a jelenlegi helyzetben is az egészségügy aktuális gondjainak a korrekt megoldására. Gyakorlatias, határozott és egyenes ember, hivatásunkat tisztelő, döntésképes, reális helyzetértékelő, akire a legnehezebb helyzetben is számíthatunk.

Magam is a költségvetési határokat mérlegelő, a nehéz helyzeteket humoral feloldani kész ember vagyok. Szükség szerint a kis lépésekkel haladást elfogadó, az egyenes úrtól el nem téríthető háziorvos, korábban kórházi szakorvos, főorvos az ország keleti végeiről. Utóbbi azért kívántam hangsúlyozni, mert a perifériákon, az elmaradott régiókban halmozottan jelentkeznek az egészségügyi betegségei. A döntéshozók ezt eddig negligálták, s majdnem homogen egészségügyi szolgáltatási körülményben gondolkodtak, a fővárost, illetve az urbanizált centrumokat favorizálták. Ez súlyos tévedés volt, mert Magyarország jelene és a közeli jövője a vidék felemelkedésétől és a lemaradtak felzárkóztatásától, a hátrányos helyzetűek integrálásától függ elsősorban. A szakember elvándorlás, az ellátási deficit, az egzisztenciális bizonytalanság és az egészségügyi kultúrátalanság többnyire itt észlelhető.

Érdekegyeztetések a NEK-kel és a társadalommal

Alapvető stratégiai célként jelöltem meg egy jól szervezett, menedzselte, a magyar sajátosságokat figyelembe vevő, az európai uniós egészségügyi normatíváinak a kidolgozását.

A jelenlegi helyzetben feltétlenül indokolt a szolidaritás elvű egészségbiztosítási kockázatokösszeg fenn-tartása, a járulékfizetési feylelem megkövetelése és a vagyongazdálkodás mérlegellenőrzése. Nem a jelenlegi versenyszemléletű liberalizáció, mert a jelenlegi társadalmi elvárások inkább egészségzsemlelétekek.

Hangsúlyozottabbá válnak az egészség-tudatosítás, javuljon a beteg-tájékoztató, valamint bővíljenek a betegjogok. Fontos az orvosi felelősség „elvárható gondosságának” az általánosítása. Az arányosság mértéke szerinti orvosi autonómia korrelációba kerüljön az információs és kommunikációs kötelezettségekkel, a kölcsönös bizalom és a mellérendeltségi jogviszony alapján. Az orvosi jog a kontinentális és az angolszász mintáknak megfelelően a hazai jogszabályok, orvosok számára is elfogadottá válnak.

Az oktatás, a média motiválásával propagáljuk az egészségmegőrzés, -megtartás fontosságát. Kiegyensúlyozottabban adjanak társadalmi és egészségügyi kon-szolidációt, a demokratikus társadalmi, érdekképviseleti vitákról és a privatizációs lehetőségekről.

Lényeges a likviditási gondokkal küszködő szakrendelések privatizációjának elvégzése. Reméljük, hogy eredményesebben fognak működni, ami egyes kórházi osztályok átalakítását eredményezheti. Ez viszont az érintett intézmények gazdálkodását segítheti és szakember-mobilizációt is eredményezhet. A járóbeteg-ellátás magánosítása a 25 milliárdos hitelkonstrukcióval, az esetleges szakorvosi befektetésekkel mérskeli az amortizációt, gyorsítja a minőségében is megváltoztatja a szakellátást, a kórházak terheltségét. Bevezetése társuljon a minőségbiztosítás általánosításával, a háziorvosi praxisokkal való szorosabb

együttműködéssel, a korrektebb előjegyzési rendszer elfogadásával, illetve szakrendelői alap létrehozásával is. A kórházak privatizációjára is sort kell idővel keríteni a megfelelő társadalmi, szakmai és politikai konszenzusok kialakítása után. Ez a távoli jövő céljai között szerepeljen lehetőségként, az európai uniós normáknak szakmailag és jogilag megfeleltetve.

A háziorvosi rendszer privatizációja és a praxis-jog bevezetése, az adásának-vételének szabályozása időleges ellátásjavulást eredményezhet. Sajnos éppen a hátrányos helyzetű területeken számos praxis tartósan ellátatlan maradt, így a praxisjog virtuális vagyonná, azaz értékesíthetlenné vált. A hitelfelvétel is sokszor meggondolják, mert számításai szerint az adózott jövedelemből alig törleszhető. Eladaskor pedig a sokmillió befektetésüktől nem, vagy csak áron alul szabadulhatnak meg. A megoldást az ún. praxisalap létrehozása jelentené a szakértők és a MOK ellenőrzése mellett. Ez megvalósítaná a nyugdíjba vonuló rögghöz kötöttséget (esetlegesen életjáradékhoz is juthatnának), és értéket jelentene az elhalálozott hoz-zártartozóinak, valamint megelölegezett munkaerő csábító lehetne a kevésbé vonzó országgrészekben is. Könnyítene a rezidensek munkába állíthatóságát, és a tartósan helyettesítő orvos akár térítésmentesen juthatna hozzá a praxisához. Az alap feltöltése költségvetési forrásból, illetve az alap praxiseladási (esetleg lízingszerű) bevételeiből adódhatna.

A sürgősségi ellátás szabályozása gyorsított döntést igényel az EU normákat figyelembe véve, s a nemzeti sajátosságok elfogadásával. A farmákra, a dologi-személyi feltételekre kötelező protokollok betartásával, a lemaradtak felzárkóztatását értékelhetően segítené. Összel valószínűleg konszenzus alakul ki az uniós egészségügyi vezetői között a készleten, az ügyelet szabályozási formáiban is. Összhangba kerülnek a vélemények a túlmunka vállalhatóságának a mértékéről, a minimum-maximum bérkategóriákról, a pihenőidő kötelező betartásáról, s a munkafeltételek megteremtéséről. (Ezeknek harmonizálni kell a beteg-orvos jogokkal.)

Az IBR részben váltotta csak be a reményeket, a megtakarítások nem általánosok és sokszor túlértékelték, a rendszer hibái sürgős korrekcióra szorulnak. A jelenlegi gazdasági helyzetben az érdemi bővítésre sincsenek meg a források. Ezért javasolnám a minőség elvárások elfogadását, finanszírozását és az ISO előírásainak való megfeleltetést.

Méltatlanul alulértékelt lehetőségünk az ÁNTS-szel együttműködő szakfelügyeleti rendszer. Egységes módszertani működtetésével, a pénzügyi források biztosításával, a hatáskör bővítésével és a szisztematikus ellenőrzések bevezetésével aktívan segítheti az alap-ellátás minőségi javulását. Lehetőséget kell kapnia a minőségbiztosítási rendszerek ellenőrzésére és egyes ÁNTS hatóságok jogkörök átvételére is. A szakmai kollektívumokkal, az önkormányzatokkal, a hatóságokkal és az érdekképviseletekkel partneri viszonyba kerülve számtalan funkciót átvállalhatnak.

A jövőnk

Koncentrálni kell a forrásokat, a pályán maradás, az orvos utánpótlás és az anyagi, morális megelégedés fokozása érdekében. Ez közös felelősségünk és állampolgári kötelességünk. Értelmeiket megbecsülve a véleményzabadság szellemében törekedjünk együttműködésre. Ezek nélkül még reményünk sem lehet önbecsülésünkre és uniós barátaink tiszteltetésére.

■ Dr. Salamon Sándor orvoskeresztő

Az Orosháza Városi Önkormányzat Kórház Igazgató főorvosa pályázatot hirdet az alábbi szakorvosi állások betöltésére

traumatológus szakorvos, bőrgyógyász szakorvos reumatológus szakorvos, radiológus szakorvos anaesthesiológus szakorvos

Pályázati feltételek:

szakirányú szakvizsga • orvosi nyilvántartásba vételi igazolás • MOK tagsági igazolás • működési nyilvántartásba vételi igazolás • 1 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány

A bérezés, a lakás illetve letelepedési támogatás biztosítása megbeszélés tárgyat képezi.

Traumatológus, anaesthesiológus szakorvos jelentkezés esetében lakás biztosított. Bérezés megegyezés szerint.

Pályázni részletes szakmai tevékenységet bemutató életrajz, végzettséget, orvosi nyilvántartást, kamarai tagságot igazoló okiratok másolatának csatolásával lehet. Pályázatokat az **Intézet igazgató főorvosához, Dr. Gervain Mihályhoz** kell benyújtani. Az állások elbírálás után azonnal betölthetők.

Dr. med. habil. Gervain Mihály
az orvostudomány kandidátusa, igazgató főorvos
5901 Orosháza Kond u 59, Pf:140

tel: 68-411-756 | fax: 68-411-166/250 | e-mail: ohk@ohk.hu

A gyógyítást ezután is a TB fizeti Magántőke két kórházban

Augusztus 1-jétől magánbefektető működött a kiskunhalasi és a köröndi kórházban. Az ingatlan továbbra is az önkormányzatoké, s az OEP betegeit térítésmentesen látják el. A Hospinvest fejlesztést is vállalt, s forpórtól társfinanszírozással, üzemszerű működéssel kívánja nyereséggé tenni a gyógyítást.

Körháztörvény nélkül, a hatályos önkormányzat, egészségügyi és társadalmi törvény alapján megkezdődött a fekvő betegek gyógyító intézmények magánosítása. Augusztustól két formában magánbefektető működött a kiskunhalasi és a köröndi kórházban. Ez utóbbi főigazgató főorvosa, Németh Attila kijelentette: a továbbra is közkórházként dolgozó 120 ágyas intézmény a csődöt menekült meg. Ugyanis 50-70 millió forint (ez az intézmény egyhavi működési költség) hiányzott a gyógyító munkához.

A pénz is hová vevő – a magánszemélyek tulajdonában lévő Hospinvest Egészségügyi Befektetési Rt. – olyan szerződést kötött a tulajdonos önkormányzattal, amelyben vállalta, hogy jól működő intézménnyé alakítja a köröndi kórházat. Az ingatlan továbbra is az önkormányzat tulajdonában marad, s az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által más intézményben is finanszírozott szolgáltatásokat térítésmentesen vehetik igénybe a betegek. A befektető vállalta a likviditási gondok kezelését, a szükséges felújításokat és az egészségügyi miniszter által előírt gyógyítási minimumfeltételek megteremtését. Ez utóbbit a tisztiorvosi szolgálat a működési engedély kiadásakor ellenőrizte.

Gáspár Jenő, az Rt. vezérigazgatója a csődből való kilábalás első lépéseket említette a gyógyítás és az azt kiszolgáló háttérszolgáltatás kettéválasztását. Az előző nonprofit tevékenység, ám az azt kiszolgáló egységek a forprofit szféra részei, ettől várják a nyereséget. Egy jól felszerelt, kitűnő személyzettel dolgozó kórház a gyógyításhoz kapcsolható fizetős szolgálta-

tásokkal is bővítheti a profilját. Körömden például a plasztikai sebészettel, a gyógyturizmushoz kötődő ellátásokkal, menedzserszűrésekkel. „Aki az egészségügybe fekteti a pénzt, a megtérülést illetően legálább 20 éves távlatban gondolkozzon” – tette hozzá a vezérigazgató. A Hospinvest mögött egészségügyi befektetési csoport áll, ezért érdeke a piacon maradás, amihez jól működő kórházak, rendelők kellene. A befektető célja tehát a vagyon növelése, hiszen ettől hatékonyabb, jobb minőségű lesz a gyógyítás, ami újabb betegeket vonz az intézménybe. A befektetőnek a beteg mint vevő a fontos, akár a tb, akár saját maga vásárolja meg az egészségügyi szolgáltatást. Ezért preferenciákat érvényesít jobb ellátásuk érdekében. Az ő elégedettségük teremti meg az orvosok elégedettségét, a jók számára a jobb fizetést. Ez egy egyszerű üzemgazdasági tétel – mondta Gáspár Jenő.

„Egyletore nem tudni, mikor lesznek elégedettek a köröndi egészségügyi dolgozók. Augusztus 1-jétől ugyanis csak a közalkalmazotti státuszt változott alkalmazotti munkaviszonyra, a napi munka ugyanúgy folyik, mint korábban. Csupán hánna mentek el a 236 dolgozóval gyógyító kórházból” – mondta Németh Attila.

A szerződés szerint amennyiben az ellátás minőségének színvonala csökken, az önkormányzat fél év után felmondhat a befektetőnek. Am ha ez utóbbi teljesíti vállalásait, a tulajdonos önkormányzat csak a befektetett érték kiváltását követően bonthatja fel azt. A Hospinvest Egészségügyi Befektetési Rt. 2,7 milliárd forintot fektet be a 660 ágyas kiskunhalasi kórház színvonalasabb működtetésébe. Áranyában ehhez hasonló mértékű investíciót tervez a 120 ágyas köröndi gyógyintézménybe is. A gyógyítás továbbra is nonprofit tevékenység marad, ám az ezt kiszolgáló egységeket forprofit hálózattá alakítják.

FORRÁS: VILÁGGAZDASZG (N.T.E.)

A Paraszolvenciamentes Manager Szemléletű Gyógyításért Egészségügyi Alapítvány

köszönetét fejezi ki azoknak, akik a 2003-as év személyi jövedelemadójuk 1 százalékát az alapítványnak – **adózásnak 18041332-1-01** – ajánlották fel.

Az így befolyt összeget az alapítvány céljának megfelelően a **Látélet** expedálására fordította azon kórházak számára, akik anyagi okokra történő hivatkozással már nem tudják minden osztályukra némi költség-térítéssel biztosítani a kommunikációs szaklapot.

Egészségügyi szolgáltatást vásárló szervezetek létrehozása Ausztriában

A tervezés, az ellenőrzés és a finanszírozási kompetencia növelése érdekében az osztrák kormány támogatja az egészségügyi szolgáltatás vásárló szervezetek létrehozását (Health Purchasing Agencies vagy Gesundheits-agenturen) regionális és országos szinten.

Az szervezetek fő feladata a szolgáltatások vásárlása az egészségügyi piacon előre meghatározott minőségi standardok és árak szerint. A várakozások szerint ezzel az ellátás integrációja javulni fog. Ha a tervet keresztül viszik, az egészségügyi szolgáltatás vásárló szervezetek létrehozása jelentené a legfontosabb egészségügyi reformot az 1955-ben beiktatott egészségbiztosítási törvény óta.

FŐ CÉLKITŰZÉSEK:

- A forrásfelhasználás optimalizálása.
- Az ellátás integrációjának javítása.
- A pénzügyi források összevonása a vásárlás javítása céljából.

ÖSZTÖNZŐK:

- Az összevont finanszírozás csökkentti a „költség-eltolódást” a fekvő- és járóbeteg-ellátás között.
- Javulhat a forrásallokációt érintő döntéshozás a fekvő- és járóbeteg-ellátásban.
- A fekvőbeteg-ellátásban fennálló „vásárló-ellátó” kettéválása (pl. a közkórházak privatizációja) felfedi a kórházi ellátás valódi költségét.

Ez időnként az osztrák egészségügyi ellátás különböző elemeit kell megosztani: a járóbeteg-ellátást és a gyógyszer szolgáltatást az egészségpénztárak fizetik, míg a fekvőbeteg-ellátást többnyire a helyi önkormányzatok nyújtják – viszont a fekvőbeteg-ellátás teljes költségeinek kb. felét az egészségpénztárak, felezi. Az egészségpénztárak kórházi költségei a költségvetésből kerülnek ki, így az érdekeltek nincsenek ösztönözve a költségek korlátozására, ugyanakkor ösztönzi a magasabb szintű ellátásra való beutalást.

Az egészségügyi szolgáltatás vásárló szervezetek létrehozásának gondolata már korábban felmerült. Míg régebben kizárólag helyi szinten történtek ez ügyben tevékenységek, a 2004 elején a kormány által indított kezdeményezés széleskörű nyilvánosságot kapott. Emellett több kormánytisztviselő az egészségügyi szolgáltatás vásárló szervezetek gondolatát az „egészségügyi régiók” létrehozásával kapcsolatban

tárgyalja. Az egészségügyi régiók célja a szolgáltatások és a finanszírozás hatékonyabbá tétele, tekintetbe véve az osztrák régiók különböző méreteit. Bár a kormány belül nincs konszenzus a kérdésben, eskarni, déli és nyugati régiókat alakítani kell.

Jelenleg nem létezik hivatalos politikai tanulmány az egészségügyi szolgáltatás vásárló szervezetek ötével kapcsolatban, de az Egészségügyi Minisztérium által indított „Dialogusok az egészségügyi ágazat reformjáról” rovatának hivatalos tárgyat képezi. A média figyelemre is jelentős, mivel ezen irányelv megvalósítása megváltoztatja majd az érintett érdekeltek erőviszonyát. A tervösszeffonódik az Osztrák Társadalombiztosítási Intézetek Szövetségének átszervezésével, így a Szövetség legtöbb képviselője ellenzi a gondolatot, mivel valószínűleg elvesztik befolyásukat (vásárló-rejtüket) az egészségbiztosítási alapok felett.

Jelenleg nem világos, hogyan kerülnek egyensúlyba az erőviszonyok az egészségügyi szolgáltatás vásárló szervezetekben. A Szövetség képviselői attól tartanak, hogy szerepük az irányelv egyszerű végrehajtására redukálódik, anélkül, hogy aktívan részt vehetnének a forrásallokációt érintő döntésekben. Az orvosi szakszervezetek is tartanak egy NHS-típusú egészségügyi rendszer létrehozásától, ahol magasabbak az adminisztratív költségek. A jelenleg rendelkezésre álló megoldások szerint az orvosoknak nem lenne beleszó-lásuk a szervezetek munkájában. A kormány szerepe erős lenne, mivel a legtöbb tartományi politikus tagja a hatalmon levő Néppártnak. A terv igen népszerű a regionális politikusok körében, akik befolyást és hatalmat nyernek az egészségpolitikai döntésekben.

Az egészségügyi szolgáltatás vásárló szervezetek be a hatalom megosztása a szövetség, a helyi önkormányzati és a betegbiztosítási alap között elsősorban politikai kérdés, médiajelentések szerint a következőképpen alakulna: 40% társadalombiztosítás, 40% helyi önkormányzat, 20% szövetségi kormány. A tervezet további es vitákat szül majd az egészségügyi szektor reformjáról. Az önkormányzatiság meghatározó tényező volt a társadalombiztosítási intézetek működésében, és képviselői hevesen fogják védelmezni – akiket pedig a szakszervezetek támogatnak. Az Egészségügyi Minisztérium 2004 januári közleménye szerint az egészségügyi szolgáltatás vásárló szervezetek megvalósítása képezi a legfontosabb egészségügyi reformot az 1955-ben érvényre lépett egészségbiztosítási törvény óta.

FORRÁS: HEALTH PURCHASING AGENCIES

Kognitív modell a praxisban

A hipochonder háziorvosok szorongásairól

Túlhajtolt életmódunk során a szellemi és testi fáradtságunk figyelmeztető tüneteink miatt időnként magunkra is gondolunk. Alkalmanként aggódunk megrogyant egészségünkért, s félve tapasztaljuk kiégtségünket.

Sajnos sokan vagyunk, akik a végtelen segítség elhallgatjuk és letagadjuk a panaszaikat, még a szeretetünk előtt is. A túlzásokra és kételkedésre mindig hajlamosak viszont akkor is rémeket látnak s a legrosszabbra gondolnak, amikor erre semmilyen okuk sincs. Ők a szomatikus és pszichés tüneteket álpozitív interpretációk, a diagnosztikai és terápiás polypragmiasra hajlamosak. Végtelen esetekben a betegségtudatuk rögzült, ami fatális hivatástudat insufficienciát, azaz a gyógyítással szembeni bizalomvesztést eredményezhet. A pszichés instabilitás familiáris, társadalmi és medicínai konfliktusok forrása lehet. Terminális esetekben elvész a gyógyító empátia, compliance-készsége. A szakmai zsákutca sokak egyéni tragédiájához vezetett, amit korai diagnózissal, kollegiális és humanista törődéssel számtalan esetben megelőzhetünk.

Lehetőségeim

Évekkel ezelőtti baráti beszélgetések során felgyűlt kollégáim fokozott betegségszorongásaira, amit szubjektíven kezeltek, illetve győződve magukba fojtottak. Őt évekkel ezelőtti tudatos anyaggyűjtésbe kezdtem, amire felhasználtam anonim kérdőíveket, kiscsoportos és egyéni beszélgetésekből szereshető információkat. Egyértelmű volt az érintettek depresszió-hajlama, gyengült stressz-képessége és minimalizálódott alarm-készsége. Hasonló hazai felmérés hiányában, szakpszichológusok segítségére támaszkodva, a kognitív pszichológia gondolkodásához kötettem. Ennek megfelelően kiemelten foglalkoztam a kollégák nyugalmi és vészhelyet provokáló szorongásaival.

Ötven kollégával sikerült aktív együttműködést kialakítanom, akiknél évek óta fennálltak a hipochondriás tünetek, s idővel váltak a szorongásos panaszok. Úgy gondolom, sorsuk figyelemmel kísérése tanulságos, figyelemfelkeltő lesz. A pszichológus konzultációs szempontjai utat mutattak a lehetőségeket tárta fel valamennyi esetben. Másrészt diagnosztikus támaszt adtak a generalizált szorongás szindróma, a kényszerbetegség kizárására is.

Kritériumok és a kognitív modell

A negatív interpretációk, a téves beállítások kisebbbéli komplexushoz, abszolút gátlóssághoz, szorongáshoz, s egyeseknél depresszióhoz vezettek. A vélt tünetek ürügyként szolgáltak a téves értékelések elfogadtatásához. A modell a DSM-IV-ben megfogalmazott protokollt és a kognitív megközelítést summázza, így a gondolkodás által orientált émoóciókat, viselkedésmintákat és a társult élettani funkciókat.

[A] LEHETSÉGES KIVÁLTÓ OKOK:

- 1.) Helytelen kommunikáció következtében félreértések, kétségek és téves értelmezések, értékelések alakultak ki.
- 2.) A pozitív családi anamnézis.
- 3.) A diszfunkcionális gyermekkorai attitűdök rögzültek.
- 4.) A szociális társadalmi és szakmai provokációk hatásai.
- 5.) A stressz helyzetek, a kritikus események feldolgozatlanaisai. A hivatástudattal járó konfliktusok, élethelyzetek, a társadalmi devalválódásuk, a politika és a média gátlósságai ascarkodásai egyaránt elősegítik a szorongásaikat.
- 6.) A másodlagos elősegítő okok között a gyermek- és ifjúkori betegségek, bizonyos familiáris betegségek, mint a szívinfarktus, az agyvérzés, a rák elősegítő tényezői a hipochondriasisnak.

[B] FENNTARTÓ TÉNYEZŐK

Az időlt állapotromlás előidézői és standardizálói.



- 1.) A „rögzült” önfigyelési késztetés. Gondoljunk a hipochonder háziorvos szív-, belfunkció orientációjára, illetve a visszatérő fejfájások stigmatizálására. („biztosan agydaganatom van”)
- 2.) Jellemző az elvonatkoztatás hiánya, ami a tények elferdítésével ún. szubjektívizálással jár.
- 3.) A hipochondriasis kivételése a szakmai, családi vagy társadalmi környezetre. Ezek következtében állandósulnak a háziorvos konfliktusai.

Természetesen a tipikus életsorokkal párhuzamosan alakultak, modulálódtak a viselkedésminták is. A maradandó rögzülések mindig a szövödményekre utaltak s jeleztek, hogy minimalizálódtak a remisziós lehetőségek.

[C] A SZÖVÖDMÉNYEK

Mindig az irreverzibilitás lehetőségét jelző következményekre utaltak.

- 1.) Az orvos-beteg viszony megromlása. Hipochonder kollégáim szerencsések voltak, mert maradandó orvosi (műhiba), etikai (viselkedéstan) és jogi következményekkel nem kellett szembesülniük.
- 2.) Az időlt alkoholizmus számtalan esetben addiktológiai ellátást igényelt.
- 3.) A gyógyszerfüggőség meghaladta az európai viszonylatban kimagasló hazai mértéket. (Drogfüggőségben szenvedő kollégám nem volt.) Növekvő dózisban használtak nyugtatókat és altatókat.
- 4.) Pszichiátriai körkerek, elsősorban a depresszió jelentkezése, szakorvosi ellátás igényével.
- 5.) Felbomlott családi élet különélés, illetve válással.
- 6.) Munkahelyi konfliktusok halmozódása, munkahely változtatás szükségessége.
- 7.) Öngyilkossági kísérletek, gyakran ismételt is. (Fatális nem volt.)
- 8.) Tartós munkaképzetlenség, majd rokkant nyugdíjba menekülés.

Többeknél halmozottan jelentkeztek a szövödmények. Ezen esetekben sem adtuk fel a reményt s együtt kerestük a lehetőségeket. Sajnos az eredetileg nyolcvanhárom hipochondriasisra gyanús kollégából csak ötvenen tartottak ki.

Prevenció és compliance

A hangsúlyt a betegség elfogadására, a kezelés szükségességére s a szövödmények elkerülésére helyeztem. Erősíttem a gyógyulással vetett hitüket, kommunikációs és adaptációs képességeiket. Bizalmuk megszerzésével, önkritikai készségeik fokozásával, korrekt szakmai empátiával és humánussal elértem, hogy mind az ötven háziorvos kollégám meg akart gyógyulni. Ennek sikere érdekében pszichiáterrel, pszichológussal s szükség szerint szociológussal és addiktológussal is együttműködtek, több vagy kevesebb sikerrel.

A terápiáról

Az említett szakterületek eredményeinek értékelése nem lenne etikus és konzekvens. Általánosítható tapasztalataim a következők voltak:

- 1.) Az eredményesség a teljes bizalmi kapcsolatok függvényében alakult.
- 2.) Fontos volt az együttműködési összhang, a szakmai-emberi harmónia.
- 3.) Hatásosnak bizonyultak a jól bevezetett viselkedési variációk egyénre szabott formái.
- 4.) Az alternatívák felkutatásában érvényesülnie kellett a kontraszelektív dinamizmusnak.

Összefoglalás

Az egészséges szorongás hivatásunk velejárója, a gyógyítás milió faktora. A kognitív torzítások halmozódása idővel s a befolyásoló tényezők hatására hipochondriasishoz vezet. Erősítve az ellenőrző kontrollokat, megszüntethetjük a szorongás progresszív circulus vitiosusát. A remisziós ráta csökkentésében mindig számítsunk szakorvos kollégáink segítségére.

» Dr. S. orvos szorongásairól

LÁTLELET

Irodalom:

1. Barky A. J., Klerman G.L.: Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*. 140: 273-283. (1993)2. Perczel D.: A kognitív modell terápis vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica*. 12(3):303-314. 1997.
3. Bitter I.: Pszichiátria. Bp. Springer. 1996.
4. A szorongásos körkerek diagnóza és terápia. *Psychiatria Hungarica*. 8. Suppl. 2, 1993.
5. Hipochondriasis (Dr. Perczel) Háziorvosi Továbbképző Szemle Suppl. 1997.
6. Salkovskis P.M., Rimes K.: A hipochondriasis és a kényszeres problémák kognitív megközelítése. *Psychiatria Hungarica*. 12(3):315-336.
7. Wells A.: Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide. Wiley and Sons Chichester. 1997.
8. Magyar I.: Psychiatria. Bp. Semmelweis. 1993.



Magunkról: Korán halunk...

Folynak viták arról, hogy a menedzserbetegség valóban önálló körkép-e? Egy új civilizációs körkép, sajtóságság tünetek? Vajon a FAKOOSZ felmérésének szomorú tényeiről eddig miért hallgattunk? A média, a szakpolitikák humanizmusában bízunk? Önmagunkat hitegetjük, avagy félünk az igazságtól?

Számtalan okunk lehetett! Arról sokkal kevesebbet beszélünk, hogy az orvos már azzal kockázatot vállal, ha a hivatását gyakorolja. Nem a beteglátás, a gyógyítás veszélyeire gondolok. A gyógyítók menedzserbetegségére, a korai elhasználódásra, a multimorbiditásokra, a korai elhalálozásokra. Övünk alulfinanszírozott állásunkat, kiszolgáltatottságunkat, családunkat. Áltatjuk magunkat hivatástudattal, orvosi titoktartással, a gyógyítás etikussal. El akarunk fejtkezni a stressz betegség olyan szövödményeiről, mint pl. az ulcus, a hypertonia, a pánikbetegség stb. Keveset gondolunk az alacsony átlagéletkorunkra, a stroke, az infarktusra, mint közeli halálunkunkra.

Sokan pótcselekvésekbe – a stressz oldására a dohányzásba, alkoholfogyasztásba, a végleg talajt vesztek nyugtató-, altató-, drogfüggőségbe menekülnek. Nem lehet az a mentességünk, hogy általános döntéskényszerben élünk, kiszámíthatatlan munkaidőben dolgozunk és mindezek eredményeként irracionális életformába kényszerülünk. Munkánk során állandóan improvizálunk, nyomászunk szakmai felelősséggel, a társadalmi elvárásoknak megfelelően. Az évtizedek alatti kollegialitás hiánya, az egoizmus, egyesek gátlósságai szakmai soványzása, a szakpolitikák háttámaszai ambivalenciánkat eredményezte. Tisztában vagyunk az ellenséges társadalmi, médiamilióval, a szociálisan hátrányos rétegek agresszivitásával, ellehetlenülésünkkel és tehetetlenségünkkel.

Ez a hivatásunk s a rajtunk kívül álló okokat megelőzni, elkerülni nem tudjuk, kiiktathatatlank. Sajnos, mindezekre nem lettünk felkészítve, így szubjektív és sokszor nem protokoll szerinti döntésekkel próbálunk védekezni. Nagyon hiányzik a pszichológiai támogatás, az adaptációkra való felkészítés.

A túlterheltség pedig nem a választás, hanem a kényszer következménye. A készenlétek, az ügyeletek felborítják a bioritmusunkat, családi életünket, emberi méltóságunkat. Anyagi és kártérítési felelősségünk végtelen, társadalmi presztizsünk minimális, a velünk szemben támasztott követelmények maximálisak.

Mindezek az elmúlt évtizedek során alakultak így? Tudjuk, hogy a gazdaság, a politika liberalizálását néhezken követte az egészségügy átalakulása, demokratizálódása. A jogos protokollok, minőségbiztosítási követelmények sohasem kerültek összhangba a finanszírozással. Ugyanakkor szakmánk presztizse, image rohamosan romlott.

Az orvosi életútja során is tapasztalható a struktúra és a funkció diszharmoniaja, érvényesül bizonyos érdekcsoportok egoizmusa, konzervativizmusa. Másrészt szembe kerülünk betegeknek egy részénél az egészségügyi kultúrálatlansággal is.

Napjainkban a tudás értékrendje felborult, megbecsülésünk és elismertségünk minimalizálódott. Hiányzik az anyagi, szellemi és morális motiváció. Túlterheltségünk pedig fáradtsághoz, s így idővel növekvő hibalehetőségekhez vezethet. A jogi és szakmai következmények önbecsülés, adaptáció- és kommunikációhiányt, hivatástudatunk meghasonlását eredményezheti. Betegen is talpra állunk és kockáztatjuk egészségünket, amikor erőn felül teljesítünk. Köszönetet nem várunk, hálátlanságot gyakran kapunk, talán ez a sorsunk. Ez talán egyfajta predestináció? Szóljon, aki tudja. Én nem tudom.

» Név és cím a szerkesztőségben »

RESIDENCE
conference & wellness
HOTEL
Siófók

Néhány nap pihenés Önnek is jár!

Őriási őszi akciók a wellness otthonában!

- wellness hétvégék
- stresszoldás
- relaxációs hétvégék
- alakformáló hétvégék
- egzotikus hétvégék
- sport hétvégék
- konferenciák és cégrendezvények

Újdonság!

„Nehogy későn kapjon a szívéhez!”
Residence Kardio Hétvége (3nap/2éj)
2 éjszaka bőséges büféreggelivel
Köszöntőtál
Félpánzió
Élményfürdő, pezsgőfürdő használat
Finn szauna, gőzkabin használat
Élményzuhany, Kneipp-tápos használat
Fitness terem használat
1 komplex szivertalhangos vizsgálat (echo kardiográfia) 30'
1 orvosi diagnosztika
Életmód tanácsadás
1 EKG
1 gyógy masszázs 30'

Elő/Utószézon: 37.900 Ft/fő,

Kellemest a hasznossal:

Segítünk összekötni...
Konferenciák, cégrendezvények, tréningek, csapatépítés
6 kiváló technikai felszereltségű konferencia teremben!

Hotel Residence
8600 Siófok, Erkel F. u. 49. • Telefon: +36 84 506 840 • Mobil: +36 30 331 4533 Fax: +36 84 506 839 • Mail: info@hotel-residence.hu

www.hotel-residence.hu

A kockázati tényezők kiemelésében, a tünetmenteseknél rejtőzködő kórképek kimutatására minden nap alkalmazzuk, szűrése is használjuk. A diagnosztikában az anamnézissel és a fizikális vizsgálattal együtt a kóris felállításához szükséges adatszolgáltatás eszköze a differenciálás, a betegség stádiumának, aktivitásának a mérőszöke, és nem utolsósorban a kezelés sikerességének a kontrollja. Sokat segíthet a regresszió-prognosztikus megítélésében, a lefolyás monitorozásában, a prognosztikában, a recidívák, iatro-géniák, mellékhatások visszajelzésében.

Úgy gondoltam, hogy a valamennyiünk számára ismertek felidézése, rendszerezése hasznos lehet. Sok évtizedes intézeti, gondozói szak-főorvos és háziorvos gyakorlatom során szerzett tapasztalataimat az irodalmi ajánlásokkal összhangban, valamennyiünk figyelmébe ajánlom. A klinikusnak a potenciális előnyök, a betegek compliance-e mellett mindig és mindenkor mérlegelni kell a hátrányokat és a várható költségeket is. Arról sem szabad elfelejtkeznie, hogy egyes tesztek a morbiditási vagy a mortalitás kockázatával járhatnak, újabb vizsgálatokat indíthatnak, esetleg álpozitív eredményt is hozhatnak, vagy nem várt kórképekre deríthetnek fényt. Teljességre törekedtem, de az alapvető elvekre, a választások kritériumaira, a szakmai, finanszírozási kockázatokra felhívom a figyelmet.

A hazai rossz népegészségügyi helyzet miatt különösen fontosnak tartom a prevenciós diagnosztika hangsúlyozott alkalmazását, a szűrővizsgálatokat. Figyelembe véve az angolszász, német, francia és skandináv tapasztalatokat, az alábbiak figyelembevételével javasolnám a használatukat. (1)

1. táblázat: Szűrővizsgálatok indikációi és javasolhatósága

A szűrővizsgálatok jellemzői
1. Magas a betegség előfordulási gyakorisága
2. A későbbiekben is szerepe valószínű a vizsgálatoknak és a kezelésnek.
A betegségeknek típusok
1. Jelentős a mortalitás és/vagy a morbiditás.
2. Rendelkezünk elfogadható és/vagy hatásos kezeléssel.
3. Panaszmentes időszakban is kimutatható a betegség.
4. Korai kezelés esetében a lefolyás kedvezőbb.
A vizsgálatnál protokollaris
1. Megfelelő sensitivitás és specifikitás.
2. Alacsony költségek és kockázat.
3. Rendelkezésre áll egy könnyen elvégezhető, ún. „megelőző” teszt.

A tesztekre jellemzők

Megfelelő előkészítés után, alkalmas minta mellett, optimális időpontban, a körülmények és alapelvek biztosítása után várhatunk valós eredményt. A teszt pontossága a valós értékhez való viszonyt jelzi, a precizitás pedig a reprodukálhatóság mértékét, ezeknek kollerációjában kell lenniük. (2)

2. táblázat: A protokolloknak megfelelő diagnosztikus teszt státusz

1. Korrekt, pontosan és megbízhatóan reprodukálható módszertannal rendelkezzen.
2. Valós és elfogadható a pontossága és a precizitása.
3. Tényszerű a referencia tartomány.
4. Az arány standarddal összehasonlítható legyen a sensitivitása és a specifikitása, megfelelő betegválasztás mellett.
5. Egyéb vizsgálatoktól függetlenül, ezek az értékeik inkorrekten nem befolyásolják.

A normál paraméterek

A klinikusnak kötelessége ismerni a referencia-tartományt, a normál értékeket, amelyek módszer és labor specifikusak. A határértékek viszont nem zárják ki a betegség fennállását, mivel az ún. referencia-tartomány sohasem a betegek eredményeinek a megoszlásán alapul. Függetlenül a életkortól, a nemtől, a testsúlytól, az étrendtől, a napszaktól, a beteg aktivitásától is.

Figyelnünk kell a befolyásoló tényezőkre. Ezek közül a külsők in vivo hatásúak, mint az alkohol, ami emeli a gamma-glutamyl transzpeptidase szintet, a diuretikumok pedig a Na, K koncentrációra hatnak. (A cigarettázás májenzimeket indukál, ami csökkenti a májban a metabolizálódók, mint pl. a thyophyllin szintjét.) A cephalosporinok in vitro hamisíthatják meg a serum creatinin szintet, labor lapszűst okozva. Ne felejtsük el a belső interferenciáit sem, amikor egyes fiziológiai állapotok módosíthatnak.

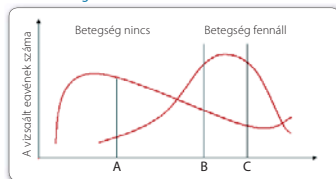
A sensitivitás arra a valószínűsége utal, hogy a betegség fennállása esetén a teszt eredménye pozitív lesz. A 100%-os tesztet hasznos lehet bizonyos betegségekben, pl. az AIDS-ben, a HIV-pozitivitásban.

A specifikitás a negatív eredményt jelzi az egészséges egyéneknek. Az említett összehasonlítás az „arany standardtal” a valós betegállapotról jellemző. A pulmonális embolia gyanújában a ventilatio/perfusio vizsgálat sensitivitási-specifikitását az arany standarddal, a pulmonális arteriographia eredményével összehasonlítva véleményezik. A standard alkalmazása azon betegeknek, akiknél a vizsgálat eredménye pozitív, adja a specifikitást. Fontos a vizsgált populáció és a kontroll azonos spektruma, az ún. küszöbérték, amely felett kóros eredmény lehetséges. Mindezeket figyelembe véve, korrekciós tényezőket kapunk. Az említett tesztek paramétereinek összehasonlításához több referencia tartományban vizsgálunk. Az eredményt ROC-görbe mutatja, a receiver operator characteristic. (3)

Diagnosztikus tesztek

Elvek, lehetőségek és döntések

1. ábra: ROC-görbe



A „normális” és a kóros vizsgálati eredmények („negatív” és „pozitív” határvonal megválasztása) szabják meg a sensitivitás-specifikitás összefüggést. Amikor A-t választjuk határvonalnak, a jobbra eső értékeket „kórosnak vagy pozitívnak” tartjuk, s a sensitivitás 100%-os, míg a specifikitás alacsony. Ha viszont a C-t választjuk és a jobbra esők a „kórosok”, a specifikitás 100 %-os és a sensitivitás az alacsony. A határvonalat a referencia tartomány, azaz az átlagértékhez képest 2 sd-n belül elhelyezkedő eredmények határozzák meg, ez a B pont. Egyes esetekben a határvonalat módosíthatjuk a sensitivitás vagy a specifikitás növelése céljából.

2. ábra: A sensitivitás-specifikitás és a betegség valószínűség kiszámítása, pozitív teszt eredmény birtokában (Stephen J.C. után)

Betegség	Fennáll	Nem áll fenn
Pozitív	VP: sensitivitás/pretest valószínűség	AP: 1-spezifitás/1-pretest valószínűség
Negatív	AN: 1-sensitivitás/pretest valószínűség	VN: specifikitás/1-pretest valószínűség

Sensitivitás = $\frac{\text{Azon betegek száma akiknél a teszt pozitív (VP)}}{\text{Összes betegek száma (VP+AN)}}$

Specifikitás = $\frac{\text{Azon betegek száma akiknél a teszt negatív (VN)}}{\text{Összes betegek száma (VN+AP)}}$

Posttest valószínűség pozitív eredmény esetén:

$$\text{A betegség valószínűsége, ha a teszt pozitív} = \frac{VP}{VP+AP}$$

VP: valós pozitív; AP: álpozitív; AN: álnegatív; VN: valós negatív

A pretest valószínűség az iniciais vagy prioritális, s ha a posttest valószínűség a teszt után igazolást nyert, a valószínűségi jellemző. A pretest valószínűség befolyásolja a post jelzés és több információhoz juthatunk. (4)

Az esély-értékelés arányról

Publikációk, előadások, konzultációk és a mindennapi gyakorlat is egyre jobban igényli az „ODD-LIKELIHOOD RATIOS” ismeretét. Nem kívánok a részletekben belemerülni, csak bizonyos alapfogalmakat felidézni. A sensitivitás és a specifikitás kombinálódása valószínűségi arányt ad és ez a LR= likelihood ratio.

LR = $\frac{\text{Az eredmény valószínűsége a betegnél}}{\text{Az eredmény valószínűsége a nem betegnél}}$

(Minden tesztnek egy pozitív és egy negatív eredményvel kapcsolatos formája van.)

Az LR-listákat táblázatokban regisztrálják. A posttest-értékelés kiszámításának a legegyszerűbb módja a posttest-értékelés és a valószínűségi arány felhasználása, monogram alkalmazásával. Egyik lehetséges módja:

Pretest esély $\times$ Valószínűségi arány = Posttest esély
Így a valószínűségi „esély” (odds) lehet alakítani és a kérdés: fennáll-e egy bizonyos betegség? Ezt úgy fejezzük ki, hogy a fennállás esélyét elosztjuk annak az eséllyel, hogy nem áll fenn betegség.

A diagnosztikus teszt értékeléséhez először meg kell becsülni a betegség pretest esélyét, majd szorozni a pozitív-negatív valószínűségi aránnyal. Ez egyenlő a potest eséllyel. (Annak az esélye, hogy fennáll a betegség, amennyiben a teszt pozitív vagy negatív. A potest valószínűség = az esélyt valószínűséggé alakítjuk át. Lásd 3. ábra)

3. ábra

Esély = $\frac{\text{Valószínűség}}{1-\text{Valószínűség}}$	Valószínűség = $\frac{\text{Esély}}{\text{Esély} + 1}$
---	--

Döntéshozatal, határvonalas megközelítés

Mindennapi döntéseink során az alapvető kérdés a kezelés ún. határvonalának, azaz a betegség valószínű megjelenésének a kijelölése. Azon értékek megválasztása, amikor a terápia már indokolt, s a kezelési küszöbértékünk vagyunk.

Klasszikus példa az antibiotikum választás. A Streptococcus pharyngitis valószínűség torokfájás esetében közel 25 %-os lehet. Lassú regresszió esetében az anamnézis és a fizikális vizsgálat revíziója után torokváladék tenyésztést indítunk el. A pozitív eredmény a posttest-értékelést 25% felé emeli. A nomogram alapján a posttest-értékelés 55% és mivel ez megváltoztatja a kezelést, a teszt elrendelése jogos. Természetesen nem indokolt a diagnosztikus eljárás alkalmazása, ha az eredménye nem befolyásolja a gyógyítást. (5)

Döntés elemzés

A diagnosztikus tesztek eddig a jellemzők és ennek megfelelő módszertan alapján tárgyaltuk, figyelembe véve a betegség valószínűség/klinikai helyzetét. Ezek értéke azonban korlátozott, mert nem terjednek ki a lehetséges kimeneteli lehetőségekre. Ezek variációinak beépítéséhez szükséges a döntési elemzés beépítése, így modellezni lehet a gyógyítás egyes lépéseinek eseteiben a valószínűség hatásait. A kimenetek hasznossága, a döntéshozás, a várható eredmény mozbanataihoz az orvos az alábbiakat juthat el:

- 1.) Olyan „döntési fát” állít fel, amely tartalmazza a választás elemeit. – 2.) Meghatározza az „egyes ágak, a korona” valószínűségét. – 3.) Definálja a kimeneteket, értékeit. – 4.) Kimutatja a valószínűségekből a várható hasznosságot. – 5.) A legcélszerűbb döntéseket választja ki.

4. ábra

A vizsgálatok elrendelésekor alkalmazott határvonalas megközelítés. (Természetesen, ha a teszt nem változtat a kezelési stratégián, a vizsgálatokat nem szabad elrendelni!) – Kezeljük/Ne kezeljük határ

A	Ne kezeljük	Kezeljük 0,5 a betegség valószínűsége
B	Pretest valószínűség	Posttest valószínűség
	Pozitív teszt	
	Ne kezeljük	Kezeljük 0,5 a betegség valószínűsége
C	Posttest valószínűség	Pretest valószínűség
	Negatív teszt	
	Ne kezeljük	Kezeljük 0,5 a betegség valószínűsége

Az ábrán „döntési fa” látható. Ennek alapján kezelje-e az orvos a beteget a teszt elvégzése nélkül? Az eredmény ismeretében gyógyítson? Ne végezze el a tesztet és ne indítson terápiát?

A „korona” számtalan kérdést motivál, és minden egyes ág „kérdése” jelzi, meg kell határozni a valószínűségeket. Ezek az alábbiak szerint keresendők:
1.) A betegség valószínűsége a teszt elvégzése előtt az ún. pretest-értékelés értéke megtalálása.

2.) Annak az esélyt jelöli, hogy a teszt pozitív eredményt adjon, a sensitivitás megtalálása.

3.) Negatív eredmény esetén a specifikitás definiálása. Mindezek után a klinikus meghatározhatja a különböző kimenetek hasznosságát, majd az analízissel dönt a legkedvezőbb mellett. Kétségtelen, hogy a döntési elemzés időigényes, de feltétlenül szükséges:

- a.) A bonyolult klinikai problémák strukturalizálásában.
- b.) A nehéz döntések kompetens meghozatalában. (7) Mindezek után juthatunk el a bizonyítékokon alapuló orvoslás alkalmazásához.

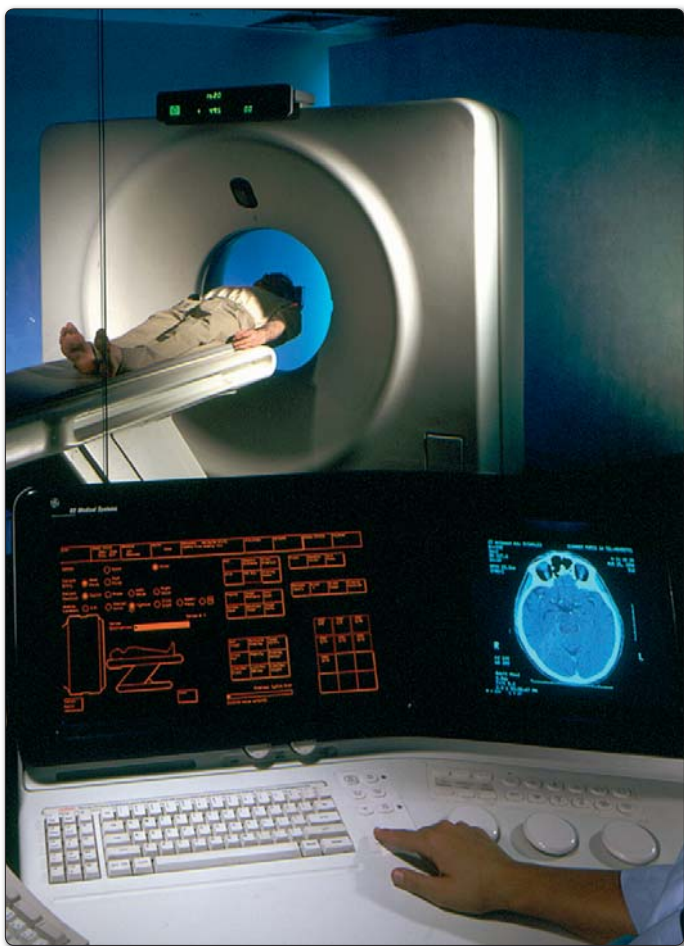
Evidence-Based Medicine (EBM)

Ma már elfogadott, hogy a gyógyítás döntéseiben a klinikai kutatások eredményei dominálnak és ne az intuíció vagy a patofiziológiai „okoskodások”. Az EBM, a klinikai gyakorlatot informáló rendszeres irodalmi összefoglalókon alapul, a meta-analízis statisztikai módszereit alkalmazza és a különböző tanulmányok eredményeit kombinálja. A gyakorlati vezérfontalak, az algoritmusok hasznossága és értékük függ a bizonyítékok minőségétől, ami alapján az ajánlást kidolgozták. Fontos a gyakorlatban való elfogadásuk, s ezt célszerűségi, ésszerűségi, korszerűségi dönti el. Elterjedtségükben alapvető az egészségügyi informatika mindenhatóvá válna, a szakmai protokollok, és nem utolsósorban költségkalkulációk, a minőség-biztosítási feltételeknek megfelelően. (8) (9) (10)

» Dr. Salamon Sándor orvos-szerkesztő »

Irodalom:

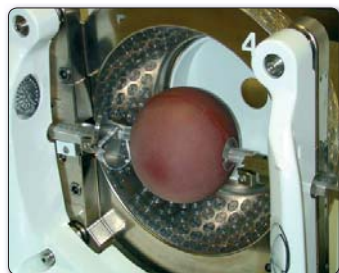
- (1) Diana N., Michael P.: Clin. Chem. 1993;39:40
- (2) Lawrence M., Tien: Current Medical Diagnosis & Treatment 2000
- (3) Sox H.C.: The evaluation of diagnostic test. Ann. Rev. 1996;47:463.
- (4) Panzer R.J.: Diagnostic Strategies for Common Medical Problems. American College of Physicians. 1991.
- (5) Tugwell P.: Laboratory evaluation in the diagnosis of Lyme disease. Ann. Intern. Med. 1997;127:1109.
- (6) Deka M.L.: Is the defensive use of diagnosis test good for patients, or bad? Me. Decis. Making 1998; 18:19.
- (7) Detsky A.S.: Primer on medical decision analysis. (Five parts.) Med. Decis. Making 1997; 17:123.
- (8) Jadad A.R.: The Cochrane collaboration: Advances and challenges in improving evidence-based decision making. Med. Decis. Making 1998;18:2.
- (9) Maynard: Evidence-based medicine: An incomplete method for informing treatment choices. Lancet 1997; 349:126.
- (10) Sackett D.L.: Clinical Epidemiology. A Basic Science for Clinical Medicine. 1991. (2nd ed. Little, Brown.)



■ A képen a CE Synergy CT Scanner-e látható (Forrás: Internet)

Gamma-kés

nem mernek belevágni (2. rész)



Az tudósítás első része a Látletet szeptemberi számának 2. és 7. oldalán olvasható.

Karinty intézetében találták fel

A sugársebészeti módszert Lars Leksell professzor 1951-ben dolgozta ki a stockholmi Karolinska Egyetemen. Az első beteget 1968-ban kezelték a gamma-késsel. Ebben az intézményben operálták meg Karinty Frigyesit is, éppen Leksell mestere, Herbert Olivcrona. Az író arról Utazás a koponyám körül című művében írt. Akkoriban az agyműtéteknek igen nagy volt a halálozási kockázata, leginkább a műtét közbeni vagy műtét utáni vérzés miatt. Ez késztette Leksellt olyan idegsebészeti módszer kidolgozására, amely a koponya megnyitása nélkül, vértelenül elvégezhető.

Kifejlesztette a gamma-késsel végzendő sugársebészeti eljárást. Sugárforrásként a röntgensugárrel megegyező biológiai hatású gamma-sugarakat kibocsátó cobalt-60 izotópot használják. A több irányból érkező, egyenként kis energiájú sugarak a berendezés centrumában összpontosulva pusztító erejű energiává fokozódnak. A hatást egy félgömb mentén elhelyezett, a középpontba fókuszált 201 darab gammasugár-forráson keresztül fejtik ki. Ez a legprecízebb sugár-agysebészeti módszer, találati pontossága 0,3 milliméter. Segítségével tízmilliméteres pontossággal végezhető agysebészeti beavatkozás. Az agy műteti beavatkozásánál a minimális eltérés is vézetes lehet, ezért fontos a pontosság. A precizitás miatt a készülék egyes részeit svéd hadihajóüzemekben gyártották. A legtöbb komplikált probléma ráadásul az agy mélyebb rétegeiben alakul ki, a gamma-késsel lehetséges ezeket a dagakat úgy elpusztítani, hogy a körülöttük lévő szövetek ne sérüljenek, az ép agyállomány megmaradjon.

Mádl Ferenc támogatja

Az idegsebészet az egyik legrágább az egészségügyi terület, ugyanis a betegségnek természete miatt nagyon sok szövödmény alakulhat ki, hosszadalmas a kezelési idő. A gamma-kés alkalmazásával a beavatkozások szövödményeit a minimálisra lehet csökkenteni. Ráadásul eddig nem kezelhető agydaganatok is gyógyíthatnának az eszközzel. Arról nem is beszélve, hogy a beteg a műtétet követő hosszú felépülési helyett már másnap hazamehetne, és csak „egy ketyerét tennének a fejére, és nem az agyában turkálnának”.

Gygyelemfelhívás céljából szeptember 22-én tudományos ülést rendeztek a Magyar Tudományos Akadémián, az ülést Mádl Ferenc köztársasági elnök nyitotta meg. Az államfő fontosnak tartotta, hogy egy ilyen korszerű berendezés, az országba kerüljön. A tudományos ülés egyik előadója Szeifert György, aki jelenleg Európa legmodernebb gamma-kés centrumában, a brüsszeli Erasmus Klinikán agysebész vendégprofesszor.

A cseh gépet Havel vette meg

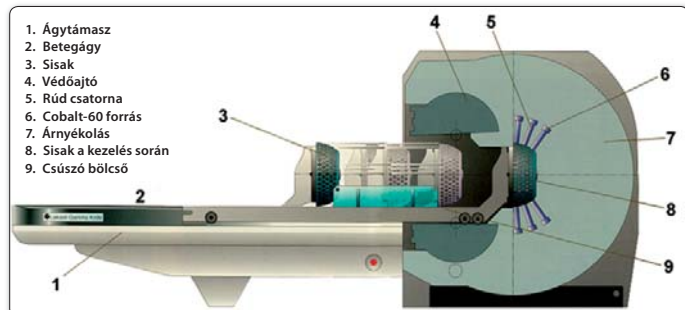
A világon készáz centrumban eddig ezer beteget kezeltek. Áprilisban Zággrában adták át gamma-kést, Bukarestben, Moszkvában is hamarosan üzembe helyezik. Bécsben, Grazban is található.

Prágában Václav Havel egy irodalmi díjának összegét ajánlotta fel a beszerző alapítványnak tizenégy éve, ehhez gyűjtöttek össze a lakosság adakozásából hárommillió dollárt, hogy megvehessék a szerkezetet. A prágai Homolka kórházban 1992 óta évente nyolcszáz beteget kezelnek vele. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a gamma-kés eredményei hasonlóak vagy jobbabb a hagyományos műtéténél – mondta lapunknak dr. Roman Liscak, az ottani idegsebészeti osztály vezetője.

A cseh egészségbiztosító 1500 eurót (375 ezer forintot) fizet egy-egy beavatkozásért. Ez a legalacsonyabb árnak számít Európában, mert a prágai kórháznak nem kell megtérítenie a gépbe fektetett összeget. Liscak szerint a gamma-kés jó befektetés a kórházaknak, ha elegendő beteget kezelnek a módszerrel. A műtét költségei mindössze a felet teszik ki a hagyományos nyílt műtétek árának.

A zággrabi klinikai központ 5,3 millió eurót fektetett be a gamma-késbe, amelyvel évente háromszáz-háromszázötven betegnek végezhetnek műtétet. Horvátországban is a betegbiztosító állja a beavatkozás költségét, amely ötezer euró (1,2 millió forint) alkalmanként.

FORRÁS: MAGYAR HÍRLAP



SZENTENDREI PAPÍRGYÁR RT.

A Szentendrei Papírgyár 1937-től a hazai papírgyártás egyik meghatározó szereplője. Az egészségügyi intézmények számára rendkívül kedvező áron hirdetjük meg termékeinket. Íme néhány termék kínálatunkból:

TERMÉK	kiszerelés	Nettó ár
C hajtogatott papírkéztrőrlő	100 db / csomag	4000 db / karton
Z hajtogatott kéztörőrlő	250 db / csomag	5000 db / karton
Rózsaszín kéztörőrlő	100 db / csomag	3000 db / karton
Natur Mini 1 rétegű toalettpapír	12 db / zsák átmérő: 19 cm	119 Ft / tekercs
Natur Midi 1 rétegű toalettpapír	6 db / zsák átmérő: 23 cm	157 Ft / tekercs
Natur Maxi 1 rétegű toalettpapír	6 db / zsák átmérő: 30 cm	220 Ft / tekercs
Literes folyékony szappan	12 db / gyűjtő	158 Ft / darab
5 literes folyékony szappan	5 literes kanna	675 Ft / darab
250 lapos kistekercs toalettpapír	64 tekercs / zsák	1200 Ft / zsák
Tekercs toalettpapír Mini (zöld)	12 db / zsák átmérő: 14 cm	163 Ft / tekercs
Tekercs toalettpapír Midi (zöld)	6 db / zsák átmérő: 20 cm	283 Ft / tekercs
Tekercs toalettpapír Maxi (zöld)	2 db / zsák átmérő: 30 cm	880 Ft / tekercs

Termékeinkkel kapcsolatban az alábbi telefonszámon várjuk hívását: 06-26-311-004

VÁLASSZA SZENTENDRÉT!

2000 Szentendre, Dózsa György út 22. • Telefon: 26/311-004, fax: 26/315-688 • E-mail: szpaper@szpm.hu

Gyors labordiagnosztikai lehetőségeinkről és a hibaforrásokról

A POCT (point of care testing), gyors, beteg mellett végezhető labordiagnosztikai komplexuma, amelyek szűrésre és terápia követésre is alkalmasak. A könnyen mobilizálható eszközök egyszerűen kezelhetők. Másrészt, számtalan specifikus hibalehetőséget is felvethetnek. Célserű ezek ismerete, az okok megelőzése.

szélsőséges hőmérséklet, páradús környezet, vibráció, tengerszint feletti magasság. – 3.) A páciens hematokrit értéke fontos módosító ok lehet. Ezt az alábbi összefüggés segíti megérteni.

A teljes vörsvérsejt tartalma = $Hct \times VVTVT + [(1-Hct) \times PVT]$
Hct = hematokrit, VVTVT = vörsvérsejt-tartalom, PVT = plazmavérsejt-tartalom.
Így, pl. ha PVT 93 %, a VVTVT 37 % és a Hct 45 %, a teljes vörsvérsejt tartalma $(0,45 \times 73) + 0,55 \times 93 = 84$ %.

Egy olyan analízis esetében, pl. glukóz, amelyik egyenesen oszlik el a vér vízterében $93 \% : 84 \% = 1,107$ -szer magasabb a plazmakoncentráció, mint a teljes vérkoncentráció (45 %-os Hct-nél). A Hct csökkenése 35 %-ra 1,081-re, 25 %-ra való mérséklődése pedig 1,056-ra változtatja az elterét. A Hct csökkenésével párhuzamosan a különbség a vér és plazmakoncentráció között, míg emelkedése fordított összefüggés van. Vércukormérésnél a POCT eltérés maximum 15 %-os lehet, 5 %-nál kisebb variációs koefficienciával, az összesen 20 %-os differenciával. (Ezt elérendő, illetve csökkentendő plazma referencia kalibrációs készülékek vezettek be.)

4.) Hatással lehetnek gyógyszerek, anyagcsere-állapotok (lipémia, urémia). – 5.) Pontatlanságot okozhat a minták térfogat „relatív” pontossága. – 6.) Az inkubációs idő pontatlansága. – 7.) A kontrollal való összehasonlítás nehézségei (az interferencia, hemolízis miatt).

C.) A posztanalitikai befolyásolók

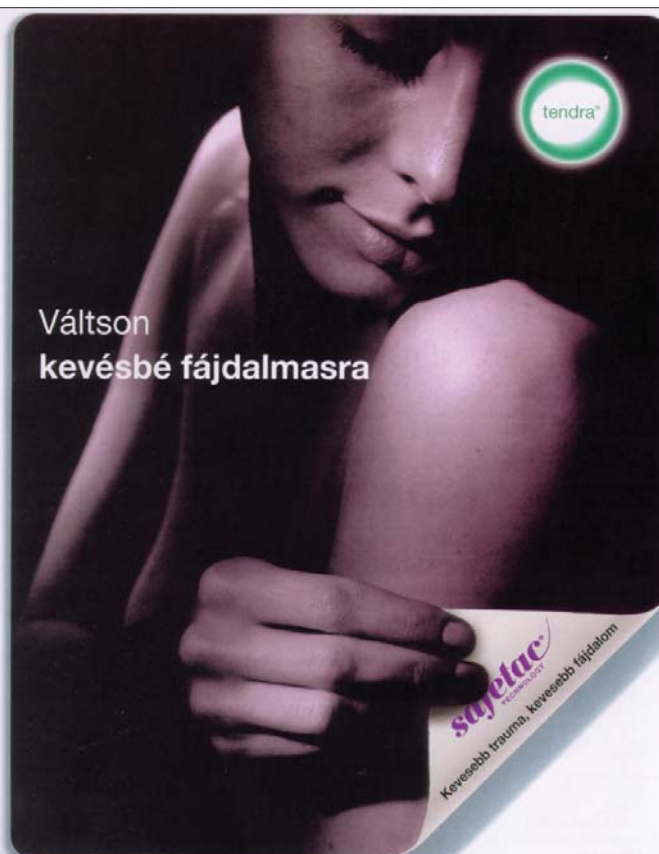
- 1.) Dokumentációs hiányosságok.
- 2.) Minőségellenőrzési insufficienciák.

Összefoglalva

A gyors orvosi döntést a POCT, a fenti hibák megelőzésével, kompetens protokollokkal, a gyógyítást empátián segítheti. Biztosan javítja az orvos-beteg compliance-t.

» Dr. Salamon Sándor orvos-szerkesztő »

Váltson kevésbé fájdalmasra



A Safetac technológia megvédi a sebet a kötszer sebégybe történő tapadásától, mégis ultra gyengéd tapadást biztosít a környező száraz, ép bőrre. Biztosítja a nedves sebminőt, amely felgyorsítja a sebgyógyulási folyamatát és védi a seb környezetét.

Mölnlycke Health Care Kft., 1089 Budapest, Rezső u. 5-7.
Tel.: 06 1 477-30-80 Fax: 06 1 210-76-00 www.molnlycke.net

Mölnlycke
Health Care

Látletet

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP
AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ JOGUTÓDJA

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.
újságíró-főszerkesztő: Balla M. Anna, orvos-főszerkesztő: dr. Kollár László, orvos-szerkesztő: dr. Salamon Sándor.
Ápólosi témafelelős: Petrikné Jakab Zsuzsa, tördelés-szerkesztő: Tick Ervin, marketing igazgató: Kéner Zoltán (Tel.: 06-20/933-1652),
Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastrút út 2., Pf.: 56.
Tel./fax: 06 (26) 316-659, 06 20 978-662, e-mail: latlelet@dukananyar.net
A lap előfizetési díja: 3000 Ft/év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424
A Látletet egymásutánítását a lapon található sorszámozás tükrözi.

Lapunkat rendszeresen szemléli Magyarország legnagyobb médiatitkárja az
OBSERVER
BUDAPESTI MÉDIATITKÁRSÁG KFT.
1084 Budapest, Auróra u. 11.
Tel.: 303-4738, Fax: 303-4744
E-mail: marketing@observer.hu
http://www.observer.hu

Új remény az áttételes prosztatata-rák kezelésére

Két új, mérföldkönek számító klinikai vizsgálat szerint egy új terápia jelentősen javítja a prosztatadarabok férfiak túlélési idejét. Egy amerikai és egy nemzetközi vizsgálat (amelybe magyar betegeket is bevontak) bizonyítja, hogy a docetaxel-alapú protokoll az első és egyetlen kezelés, amely bizonyítottan hosszabb túlélést biztosít az androgén-független (hormonfüggő) áttételes prosztatadarabban szenvedő betegek számára.

Az Amerikai Klinikai Onkológiai Társaság (American Society of Clinical Oncology, ASCO) New Orleans-ban tartott éves konferenciájának plenáris ülésén amerikai és magyar kutatók beszámoltak az androgén-független (hormonfüggő) áttételes prosztatata-rák-kezelés új lehetőségéről. A klinikai vizsgálat érdekessége, hogy a betegpopulációban számos magyar férfi is szerepelt.

A két klinikai vizsgálatot (TAX 327 és SWOG 9916) a Johns Hopkins Kimmel Rákcentrum illetve a New York Presbyterian Kórház/Columbia Egyetem Egészségügyi Központ és a Dél-Nyugati Onkológiai Csoport (Southwest Oncology Group, SWOG) szakorvosai vezették. A vizsgálatokban 1800 beteg vett részt, ezek 6%-a magyar volt.

A docetaxel-alapú terápiás protokollok szignifikánsan, 24 illetve 20%-kal csökkentették a halálozás kockázatát. A TAX 327 vizsgálatot végző szakorvosok beszámolója szerint az Aventis taxánkészítménye jelentősen, 43%-kal ($p=0.0005$) javította a betegek PSA-reakciós rátáját, valamint 59%-kal ($p=0.0107$) javította a fájdalom-reakciós rátát a hagyományos mitoxantron kezelés eredményéhez képest.

A SWOG klinikai vizsgálatot végző szakorvos beszámolója szerint a kezelés 2%-kal növelte a progressziómentes túlélés (PFS) arányát, illetve 55%-kal magasabb objektív reakciós rátát mutattak ki a docetaxel-alapú protokollnál. Ezen felül a betegek többségénél több mint 50%-os PSA csökkenést is elérték.

„Ezek a klinikai vizsgálatok elsőként bizonyítják, hogy egy kemoterápiás hatóanyag, a docetaxel statisztikailag szignifikáns túl-

élési előnyt biztosít az androgén-független (hormonrezisztens) metasztatikus prosztatata-rák-betegek számára, s így világszerte férfiak ezrei számára kínál reményt – nyilatkozta Dr. Daniel Petrylak, a Columbia Egyetem Orvosi és Sebészeti Intézetének vendégprofesszora, a New York-Presbyterian Kórház Genitourinális Onkológiai Programjának igazgatója. – Az adatok rendkívül fontos új kezelési lehetőséget képviselnek a prosztatadarabban szenvedő férfiak számára, hiszen egyes betegek a terápia hatására hosszabb ideig élhetnek.”

A prosztaták világszerte a harmadik leggyakrabban előforduló daganatos megbetegedés, a férfiak között a hatodik leggyakoribb halál oka rákbetegség. Az Egyesült Államokban az idén várhatóan több mint 230 000, Magyarországon 2700 férfinál diagnosztizálnak prosztatadarabot, s több mint 29 900 amerikai és 1400 magyar férfi fog ebben a betegségben elhunyni.

„Ez a két klinikai vizsgálat fontos mérföldkő a rák kezelés történetében. A Taxotere az egyetlen készítmény, amelyet, a világ három leggyakoribb daganatos betegségeinek mell-, tüdő- és prosztaták-kezelésére egyaránt törzskönyveztek” – mondta Dr. Frank Douglas, PhD, az Aventis Gyógyszer-innovációs és Törzskönyvezési alelnöke, az igazgatótanács tagja.

A TAX 327 és a SWOG 9916 vizsgálati protokollok

A TAX 327 vizsgálatot Dr. Mario Eisenberger, a Johns Hopkins Kimmel Rákcentrum Dale Hughes onkológia- és urológiaprofesszora vezette. Huszonegy ország összesen 240 terápia központjának ezerhat (1006) randomizált beteget kezeltek három különböző protokoll alapján. (Háromhetente egyszer Taxotere 75mg/m² és naponta prednison, vagy heti egyszer Taxotere 30 mg/m² hatból öt héten át és naponta prednison, vagy háromhetente egyszer mitoxantron 12mg/m² és naponta prednison, az általánosan elfogadott szabvány protokoll). A legtöbb beteg 65 év feletti életkorú volt.

Dr. Petrylak vezette SWOG 9916 randomizált klinikai vizsgálat hétszázhetven (770) beteget érintett az Egyesült Álla-

mokban, akiket két különböző protokoll egyike szerint kezeltek. (Háromhetente Taxotere 60 mg/m² és öt napon át naponta háromszor estramustin 280 mg, vagy háromhetente mitoxantron 12 mg/m² és naponta kétszer prednison 5 mg.)

A Taxotere-t a betegek mindkét vizsgálat során jól tolerálták, a terápia biztonsági profilja kiszámítható, kezelhető volt. A TAX 327 során a leggyakrabban előforduló mellékhatások a hajhullás (alopecia), fáradtság és hányinger voltak, ám az előfordulási arányok mitoxantron-éhoz hasonlóak voltak. A hematológiai események mindkét kezelés esetében megfeleltek a várt biztonsági profilnak, a grade 3-4 neutropenia a Taxotere csoportban gyakrabban fordult elő, mint a mitoxantron csoportban (32% vs 21,7%, $p=0.004$). A neutropenia komplikációi azonban mindkét csoportban hasonlóak voltak.

A SWOG 9916 vizsgálat során emésztőrendszeri valamint szív- és érrendszeri események gyakrabban fordultak elő a Taxotere-estramustin kombinált terápia-val kezelt férfiaknál, mint a mitoxantron csoportban.

Néhány szó a Taxotere-ről

A Taxotere (docetaxel) az Aventis egyik legfontosabb, gazdasági növekedést elősegítő terméke és a vállalat onkológiai portfóliójának alapja. A Taxotere törzskönyvezett terápia a metasztatikus klinikai vizsgálatok értékelik biztonsági profilját és eredményességét a fejnyak-, a korai stádiumú emlő-, valamint a gyomorrák kezelésében. További törzskönyvezési kérelmek benyújtását tervezik a gyomorrák kezelésére az év második felében, illetve a fejnyak daganatok kezelésére 2005. során. Az Egyesült Államok Élelmiszer- és Gyógyszerhatóság 2004. május 19-én jóváhagyta a Taxotere-prednison-nal kombinált alkalmazását az androgén-független (hormonfüggő) metasztatikus prosztatadarabban szenvedő férfiak kezelésére. A Taxotere forgalma 2003-ban világszerte több mint 1,3 milliárd euró volt.

FORRÁS: AVENTIS

A SWOG 9916 vizsgálat

Mik voltak a SWOG 9916 vizsgálat legfontosabb eredményei?

A SWOG 9916 egyike annak a két nagy, III. fázisú randomizált vizsgálatnak, amelyek bizonyították, hogy a docetaxel injekció estramustin-nal kombinálva statisztikailag szignifikáns túlélési előnyt jelent az androgén-független (hormonrezisztens) metasztatikus prosztatáról szenvedő férfiak számára. A vizsgálatot végző szakorvosok jelentése szerint a docetaxel-alapú gyógyszeres kezelés a halálozási arányt 20%-kal csökkentette ($p=0.02$), valamint statisztikailag szignifikánsan növelte a progressziómentes túlélést ($p<0.001$).

Mi a vizsgálati eredmények jelentősége?

A vizsgálati eredménye mérföldkönek számítanak a rák kezelésben: bizonyítják, hogy a docetaxel-alapú gyógyszeres terápia az első olyan kezelés, amely lehetővé teszi, hogy az androgén-független (hormonrezisztens) áttétes prosztaták-betegek tovább élhessenek.

Milyen vizsgálati módszert alkalmaztak a SWOG 9916 során?

A SWOG 9916 egy az Egyesült Államokban végzett, multicentrikus, open-label vizsgálat volt, mely során 770 randomizált beteg kapott kezelést a kétélt vizsgálati protokoll egyike szerint: docetaxel 60mg/m² háromhetente és napi háromszor estramustin 280 mg öt napon át, vagy mitoxantron 12 mg/m² háromnaponta és naponta kétszer prednison 5 mg.

A vizsgálatot Dr. Daniel Petrylak, a Columbia Presbyterian Medical Center Genitourinális Onkológiai Programjának igazgatója vezette a Dél-Nyugati Onkológiai Csoport (Southwest Oncology Group, SWOG) képviseléseiben.

Milyen betegpopuláción végezték a SWOG 9916 vizsgálatot?

Minden, a vizsgálatba bevont beteg androgén-független (hormonrezisztens) áttétes prosztatadarabban szenvedett. A betegek mindannyian dokumentált progresszióval és hasonló kor-, rassz-, teljesítmény-

státusz-, valamint PSA-szint jellemzőkkel és tünetekkel rendelkeztek. Mindannyian részesültek valamilyen elsődleges kezelésben (sugárterápia vagy műtét) kezelés és korábban részt vehettek bármilyen tüneti kezelésben, leszámítva az estramustint, a taxánokat, antarciklineket, vagy a mitoxantron-t.

Mi volt a SWOG 9916 klinikai vizsgálat elsődleges vizsgálati célja?

A SWOG 9916 elsődleges vizsgálati célja az általános túlélés volt.

Mi volt a SWOG 9916 klinikai vizsgálat másodlagos vizsgálati célja?

A SWOG 9916 másodlagos vizsgálati célja a progressziómentes túlélés, az objektív reakciós ráta, és a PSA csökkenési ráta.

Milyen eredményeket hozott a docetaxel a mitoxantron-hoz viszonyítva?

A vizsgálatot végző szakorvosok beszámolója szerint:

– A Docetaxel-alapú gyógyszeres terápia a mitoxantron-prednison kombinált kezeléshez képest mintegy 20%-kal csökkentette a mortalitási rátát az androgén-független (hormonrezisztens) áttétes prosztatáról szenvedő betegek körében. (18 hónap kontra 16 hónap, $p=0.02$).

– A Docetaxel-alapú terápia jelentősen hosszabb progressziómentes túlélést biztosított a mitoxantron-prednison kombinált kezeléshez képest (medián: 6 hónap kontra 3 hónap, $p<0.001$), és nem mutatott szignifikáns különbséget a betegek objektív reakciós rátájában. (17% kontra 10%, $p=0.30$).

Jól tolerálták a betegek a docetaxel kezelést?

A betegek jól tolerálták a docetaxelt, a terápia általában kiszámítható, kezelhető biztonsági profil mutatót. Emésztő- illetve szív- és érrendszeri események gyakrabban fordultak elő a docetaxel-lel kezelt férfiaknál, mint a mitoxantron-terápiát kapott betegeknek.

A TAX 327 vizsgálat

Mik voltak a TAX 327 vizsgálat legfontosabb eredményei?

A TAX 327 egyike annak a két, III. fázisú randomizált vizsgálatnak, melyek bizonyították, hogy a docetaxel injekció koncentrációját prednison-nal kombinálva statisztikailag szignifikáns túlélési előnyt jelent az androgén-független (hormonrezisztens) áttétes prosztatáról szenvedő férfiak számára. A vizsgálatot végző szakorvosok jelentése szerint a docetaxel-alapú gyógyszeres kezelés a mitoxantron terápiahoz képest 24%-kal csökkentette a halálozási arányt ($p=0.0094$), szignifikánsan, 43%-kal ($p=0.0005$) javította a betegek prosztata-specifikus antigén (PSA) reakcióját, valamint 59%-kal ($p=0.0107$) javította a fájdalomválasz rátát.

Mi a vizsgálati eredmények jelentősége?

A vizsgálati eredménye mérföldkönek számítanak a rák kezelésben: bizonyítják, hogy a docetaxel-alapú gyógyszeres terápia az első olyan kezelés, amely lehetővé teszi, hogy az androgén-független (hormonrezisztens) áttétes prosztaták-betegek tovább élhessenek.

Milyen vizsgálati módszert alkalmaztak a TAX 327 során?

A 24 ország összesen 240 terápia centrumában végzett klinikai vizsgálatot Dr. Mario Eisenberger, a Johns Hopkins Kimmel Rákcentrum Dale Hughes onkológia és urológia professzora vezette. A TAX 327 prospektív, multicentrikus, III. fázisú, randomizált klinikai vizsgálat volt, amely során 1006 olyan beteg reakcióját vizsgálták, akik korábban még nem vettek részt kemoterápiás kezelésben (kivéve az estramustin monoterápiát). Az elsődleges vizsgálati cél az általános túlélés volt, a klinikai vizsgálat során a docetaxel és prednison kombinált terápia hatását hasonlították össze a mitoxantron és prednison kezelésével (ez utóbbit az általánosan elfogadott kezelési protokoll). A TAX 327 háromféle kezelési protokollt vizsgált. A betegek vagy háromhetente egyszer docetaxel 75mg/m² és napi egyszer prednison; vagy hatból öt héten át egyszer docetaxel 30 mg/m² és napi egyszer prednison; vagy háromhetente egyszer mitoxantron 12mg/m² és napi egyszer prednison kezelést (az általánosan elfogadott standard terápia protokoll) kaptak.

Milyen betegpopuláción végezték a TAX 327 vizsgálatot?

Minden beteg androgén-független (hormonrezisztens) metasztatikus prosztatadarabban szenvedett, legtöbbször 65 évnél idősebbek. A betegek mindannyian

a PSA-növekedés alapján észlelt, dokumentált progresszióval és stabil analgesis tünetekkel rendelkeztek. Korábban mindannyian részesültek hormon- és valamilyen elsődleges kezelésben (sugárterápia vagy műtét), de nem vettek részt kemoterápiás kezelésben, kivéve az estramustin monoterápiát.

Mi volt a TAX 327 klinikai vizsgálat elsődleges vizsgálati célja?

A TAX 327 elsődleges vizsgálati célja az általános túlélés volt.

Mi volt a TAX 327 klinikai vizsgálat másodlagos vizsgálati célja?

A TAX 327 másodlagos vizsgálati céljai közé tartozott a Present Pain Index (PPI), egy szabványos, ellenőrzött skála alapján mért fájdalom-válasz (javulás és időtartam); a PSA-válasz ráta (gyakoriság és időtartam); a fájdalom-, PSA- és progressziómentes túlélés; valamint az életminőségi jellemzők, a testsúly, és a Karnofsky státusz.

Milyen eredményeket hozott a docetaxel a mitoxantron-hoz viszonyítva?

A vizsgálatot végző szakorvosok beszámolója szerint a docetaxel a mitoxantron kezelésnél szignifikánsan, 24 százalékkal ($p=0.0094$) csökkentette a halálozás kockázatát, és hosszabb medián progressziómentes túlélést biztosított (6,41 hónap kontra 4,90 hónap, $p=0.2224$). A vizsgálatot végző szakorvosok a tumor-, PSA- és fájdalomválaszról is beszámoltak: – magasabb tumor-válasz ráta (12,1 kontra 6,6%, $p=0.1112$); – szignifikánsan magasabb PSA-válasz ráta (45,4 kontra 31,7%, $p=0.0005$); – és jelentősen magasabb fájdalom-válasz ráta (34,6 kontra 21,7%, $p=0.0107$).

Jól tolerálták a betegek a docetaxel-t?

A betegek jól tolerálták a docetaxelt, a terápia általában kiszámítható, kezelhető biztonsági profil mutatót. A leggyakrabban jelentett mellékhatások az alopecia, fáradtság és hányinger voltak, de a mitoxantron kezelésnél tapasztaltaknál nem fordultak elő szignifikánsan gyakrabban. A vizsgálat során megfigyelt hematológiai események mindkét protokollnál a várt biztonsági profilnak megfelelőek voltak, a docetaxel csoportban gyakrabban fordult elő grade 3-4 neutropenia, mint a mitoxantron-nal kezelt csoportban (32 kontra 21,7%, $p=0.004$). A neutropenia-ból adódó komplikációk ugyanakkor mindkét csoportban hasonló gyakorisággal fordultak elő.