

# MAGYAR CSALÁDORVOSOK

Továbbképző folyóirat  
a család-, gyermek- és foglalkozás-egészségügyben dolgozó orvosok számára

LAPJA

2023/3

Prasugrel terápia gyakorlati  
megfontolása

Fix kombinációk helye  
a krónikus fájdalom  
kezelésében

Az élet demenciával

H2-receptor-blokkolók (H2RA)  
vagy protonpumpa-gátlók (PPI)  
– kinek, mikor, mennyit?

A cukorbetegség gondozása –  
különös tekintettel az idősekre

Az onkológiai betegek körében  
megjelenő pszichés zavarok

Az antidepresszívumakkal  
kapcsolatos tévhitek

A transzdermalis fentanyl tapasz  
alkalmazása a hatékonyság  
és biztonságosság jegyében

A depresszió kezelésének  
új megközelítése.  
Fókuszban az életminőség

Béta-blokkoló –  
ACE-gátló fix kombináció

A cipőviselés  
„sarkalatos” problémája

Vérnyomáscsökkentés,  
célszervvédelem,  
metabolikus semlegesség



Magyar Családorvosok Lapja  
online változat:  
[www.egeszsegvonala.eu](http://www.egeszsegvonala.eu)



2021-ben készítettünk egy kontroll MRI-t, melyen a korábbi sérve regrediált, idegsebész türelemre intette. Ismételtén, hosszasan átbeszéltük a beteggel problémáját, megértette, hogy nincs olyan elváltozás, ami fenyegető lenne az egészségi állapotára. Ezt elfogadta, rendszeresen tornázik, és a gyógyszereket is állapotához adaptálja. Jelenleg reggel 2 tbl. 37,5 mg tramadol /325 mg paracetamolt, este 400 mg dexibuprofent és 150 mg pregabalint. szed. Gasztrointesztinális mellékhatások megszűntek, egyéb mellékhatást nem észlelt. Az invazív kezelési modult 2021 novemberében még egyszer megismételtük, de azóta csak a fenti gyógyszereket szedi, illetve rendszeresen tornázik. Korábbi testsúlyát is csökkentette (187 cm magas, 107 kg volt, most 90 kg).

A tramadol és a paracetamol egymást jól kiegészítő farmakokinetikus profillal rendelkezik. A paracetamol fél, egy órán belül egy gyors fájdalomcsillapító hatással indít, majd ezt követi a relatíve lassabban felszívódó, elnyújtott hatású tramadol. A paracetamol gyors hatáskezdeté miatt érezhetik úgy a betegek, hogy jobban hat, mint a magasabb dóziszú, elhúzódo hatású, de lassan felszívódó tramadol önmagában. Ugyanezen ok magyarázhatja a mellékhatások gyakoriságát is: a 24 órára kivetített napi dózist a beteg két részre osztva kapja meg, így a relatíve nagyobb egyszeri dózisok magasabb mellékhatás rátát generálnak. Mivel a betegnél a két

hatóanyag egyikére sem állt fenn ellenjavallat nem volt akadálya a tramadol 37,5 mg/paracetamol 325 mg fix gyógyszer kombináció tartós szedésének. Általános labor ellenőrzés félévente történik, velem 3 havonta konzultál. Ilyenkor mindig átbeszéljük az elmúlt időszakot. A beteg elégedett a jelenlegi kezelésével, éjjel jól alszik. kiegyensúlyozott, teljes értékű életet él, munkáját ellátja.

Gábor esete jól tükrözi törekvéseinket. Ha egy krónikus fájdalomban szenvedő beteg fájdalmait multimodális terápiával csökkentjük, vagy megszüntetjük, és elmagyarázzuk neki fájdalmai okát, akkor problémájával nem terheli feleslegesen ez egészségügyi ellátórendszert, aktív, hasznos, termelő tagja marad a társadalomnak, megőrzi a családban betöltött szerepét, élvezni a szabadidejét és messze elkerüli a depresszió, és annak minden következménye.

dr. Budai Erika FIPP

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Fájdalomambulancia, Budapest

#### IRODALOM

- Subedi M, Bajaj S, Kumar MS et al: An overview of tramadol and its usage in pain management and future perspective. *Biomed Pharmacoth* 2019; 111: 443-451.
- Raffa R: Pharmacological aspects of successful long-term analgesia. *Clin Rheumat*, 2006;25. (Suppl. 1): S9-15.
- Budai E: A multimodális gyógyszeres terápia- tramadol (37,5 mg) paracetamol (325 mg) fix kombináció helye az akut és krónikus fájdalomterápiában. *Webdoki* 2020. 11. 12. <https://www.webdoki.hu/cikk/145165/amit-tudni-krll/a-kombinalt-terapia-erejevel.html>

#### Irodalomjegyzék a 11. oldalon kezdődő – Az élet demenciával – életminőség, gondozás, házi orvosi teendők – cikkhez

- Ding C, Wu Y, Chen X, Chen Y, Wu Z, Lin Z, et al. Global, regional, and national burden and attributable risk factors of neurological disorders: The Global Burden of Disease study 1990-2019. *Front Public Health*. 2022;10:952161.
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. 2022 Feb;7(2):e105-25.
- Tokovska M, Šolciová J. The Burden of Next-of-Kin Carers of Dementia Sufferers in the Home Environment. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(12):2441, pp. 1-11.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
- Knopman DS, Petersen RC. Mild cognitive impairment and mild dementia: a clinical perspective. *Mayo Clin Proc*. 2014;89:1452-9.
- Jack CR, Bennett DA, Blennow K, Carrillo MC, Dunn B, Haeberlein SB, et al. NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2018;14:535-62.
- Brod M, Stewart AL, Sands L, Walton P. Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (DQoL). *Gerontologist*. 1999;39:25-35.
- Jing W, Willis R, Feng Z. Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;66:23-41.
- Helmer-Smith M, Milhan A, Sethuram C, Moroz I, Crowe L, MacDonald T, et al. Identifying Primary Care Models of Dementia Care that Improve Quality of Life for People Living with Dementia and their Care Partners: An Environmental Scan. *Can J Aging*. 2022;41:550-64.
- Gao W, Zhang T, Wang H, Wang S, Liu Y, Pang X. Supporting caregivers of people with dementia: A systematic review of guidelines. *Health Soc Care Community*. 2022 Feb;30(2):e305-24.
- Böckberg C, Ahlström G, Karlsson S. Significance of quality of care for quality of life in persons with dementia at risk of nursing home admission: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2017;16:39, pp. 1-11.
- Jennings AA, Foley T, Walsh KA, Coffey A, Browne JP, Bradley CP. General practitioners' knowledge, attitudes, and experiences of managing behavioural and psychological symptoms of dementia: A mixed-methods systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33:1163-76.
- Bally KW, Krones T, Jox RJ. Advance Care Planning for People with Dementia: The Role of General Practitioners. *Gerontology*. 2020;66:40-6.
- Zietlow K, Dublin L, Battles A, Vitale C. Guardianship: A medicolegal review for clinicians. *J Am Geriatr Soc*. 2022;70:3070-9.
- A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a demencia kórismezéséről, kezeléséről és gondozásáról. *Egészségügyi Közlöny*. 2022;72:1517-90.

#### Irodalomjegyzék a 29. oldalon kezdődő – A transzdermalis fentanyl tapasz alkalmazása a hatékonyság és biztonságosság jegyében – cikkhez

Dolforin transzdermalis tapasz – Betegtájékoztató

<https://www.fajdalomportal.hu/dolforin>

Pikó B: Onkológiai betegek fájdalomcsillapítása. [www.webdoki.hu](http://www.webdoki.hu) 2009.

Somogyi O: Nem konvencionális gyógyszerformák alkalmazásával kapcsolatos gyógyszerészeti tanácsadás. Doktori értekezés, SE Gyógyszertudományok Doktori Iskola, 2017.

Szántó S: Mozgásszervi eredetű fájdalmak – a hatásos gyógyszeres kezelés lehetőségei. *OTSz* 22(3):39-43, 2015.

Török K: Onkológiai teendők az alapellátásban. *OTSz* 16(3):13-19, 2009.

## Élet demenciával – életminőség, gondozás, háziiorvosi teendők

A demenciával élők (az újabb megközelítések szerint az érintett személyek megjelölésére e terminus használata javasolt, a demens és demenciában szenvedő kifejezések lehetőség szerint kerülendők) számának populációs prevalenciája egy nemrég megjelent becslés alapján (1) 2019-ben elérte a világ lakosságának közel 1%-át (52 millió fő). Mivel többnyire 65 év felettieket érintő tünetegyüttesről van szó, az öregedő társadalmak és a születéskor várható élettartam növekedésének tükrében ennek további emelkedése várható az elkövetkező évtizedek során: 2050-re a populációs prevalencia megháromszorozódhat (2). A Magyarországon születéskor várható átlagos élettartammal (77,5 év) számolva, ebben a korcsoportban már akár minden tizedik ember érintett lehet. A demencia okozta teher a stroke (ehhez is társulhat a kognitív funkciók jelentős romlása) és migrén után a harmadik legjelentősebb a neurológiai betegségek vonatkozásában; ha a gondozást végző hozzátartozókra jutó terhet is figyelembe vesszük (3), akkor populációs szinten valószínűleg már csak a stroke jelent nagyobb terhelést.

### Mikor beszélhetünk demenciáról?

A Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének 5. kiadása (DSM 5) (4) a szellemi hanyatlással járó kórképek csoportosítása során az 1 vagy több kognitív doménben, azaz a vizuospiaciális percepcióban, figyelmi, nyelvi és egzekutív funkciókban, tanulásban és memóriában, és a szociális kognícióban bekövetkezett hanyatlást neurokognitív zavarnak (NKZ) definiálja. Ennek mértéke és a mindennapi tevékenységek ellátására gyakorolt hatása alapján enyhe és major NKZ-kat különböztet meg. Így szélesebb diagnosztikus kör lefedésére ad lehetőséget a kézikönyv 4. kiadása által definiált demenciához képest, mely memóriazavar mellett, további 1 vagy több kognitív domén pszichometriai tesztekkel jól mérhető funkciózavarát takarta. Az enyhe (neuro)kognitív zavart, mikor ugyan a szellemi hanyatlás jegyei már jól észlelhetők, de az önellátás még teljesen megtartott, sokan a demenciát megelőző stádiumnak tartják. Azonban külön entitásként való kezelésének jelentőségét nemcsak ez adja, hanem az is, hogy itt még a prognózis, azaz a progresszió mértéke is kevésbé jósolható meg. A következő stádium, azaz enyhe demencia esetén az érintett egyén már nem teljesen önellátó, azaz a mindennapi aktivitás bizonyos tevékenységei során segítségre szorul (5, 6), e stádiumtól kezdve nemcsak az életminőség jelentősebb romlása kö-

vetkezik be, hanem a rendszeres gondozás, gondoskodás is szükségessé válik. A két leggyakoribb ide tartozó kórkép az Alzheimer-kór és a vaszkuláris NKZ, melyek gyakran jelentős átfedést mutatnak egymással, azaz többnyire kevert demencia formájában jelennek meg.

### Az életminőség meghatározói demenciával élő személyeknél

Egy egyén életminőségének szubjektív megítélését leginkább az életkörülményei és személyisége határozzák meg (7). Demenciával élő idősök esetén ezzel összhangban az életminőséget az alábbi kategóriákban tartozó tényezők befolyásolják: demográfiai jellemzők, fizikális, pszichológiai, emocionális és szociális, végül vallásos, környezeti és egyéb faktorok (8). A demográfiai jellemzők vonatkozásában többek között az alacsonyabb életkor, férfi nem és magasabb iskolázottság többnyire magasabb életminőséggel társul. A fizikális faktorok további 5 alkategóriára bonthatók: fizikális függetlenség, fizikális egészség, fizikális és viselkedési tünetek, fizikális aktivitás és „fizikális test”. A fizikális függetlenség (pl. öltözködés, mobilitás, higiéne terén) fennállása magasabb életminőséget eredményez. A fizikális egészséget az általános egészségi státusz, társbetegségek jelenléte, a kognitív státusz és a demencia súlyossága határozzák meg, melyekben bekövetkező romlás alacsonyabb életminőséggel jár. Fizikális tünetek vonatkozásában leginkább a fájdalom jelenléte, míg viselkedési tünetek vonatkozásában a betegek agresszivitásának megjelenése alacsonyabb életminőséggel társul. A fizikális aktivitás (beleértve például egyensúlyszervi gyakorlatokat is) megtartottsága pozitív hatással van a demenciával élők életminőségére. „Fizikális test” vonatkozásában a biztonság, tisztaság, táplálék megléte magasabb, míg a veszélyeztető magatartású, agított beteg esetében átmenetileg szükségessé váló fizikális négy végtagi rögzítés, valamint a kóros fáradékonyság jelenléte alacsonyabb életminőséget eredményez. Pszichológiai és emocionális faktorok tekintetében az agitáció, ingerlékenység, fásultság, és leginkább a depresszió jelenléte alacsonyabb, míg az autonómia megtartottsága magasabb életminőséggel társul. Szociális faktorok vonatkozásában a családdal, barátokkal, szomszédokkal, gondozóval (legyen szó akár családtagról vagy szakszemélyzetről) fennálló jó kapcsolat, valamint a szociális aktivitás (pl. programokon való részvétel) megtartottsága magasabb életminőséggel hozható összefüggésbe. Vallásos, környezeti és egyéb faktorok tekintetében leginkább a megszokott otthoni környezet életminőségre gyakorolt pozitív hatása emelendő ki. Amennyiben a demenciával élő idős a betegség előre haladtával szociális otthonban kerül elhelyezésre, az otthon-



nos, csendes légkör, megfelelő természetes megvilágítás, a képzett szakszemélyzet által történő személyközpontú, egyénre szabott ellátás biztosítása tud leginkább magasabb életminőséget eredményezni. Tekintettel az erre vonatkozó kevés adatra, a fenti faktorok kevésbé stratifikálhatók a demencia három stádiuma szerint, ez leginkább jövőbeli vizsgálatok tárgya lehet.

### Demenciával élő személy gondozása

A demenciával élő személy gondozása többnyire komoly kihívás elé állítja az abban résztvevő hozzátartozókat és szakszemélyzetet egyaránt. A legtöbb külföldön bevezetésre került gondozási modell egy megfelelően képzett szakápolót helyez a gondozást felügyelő interdiszciplináris csapat középpontjába, illetve bemutatja a gondozó képzésének szempontjait (9, 10). A gondozás minőségére vonatkozó indikátorok felállításakor során főként azon faktorokat célszerű figyelembe venni, melyek a demenciával élőknel a normál kognitív státusszal rendelkező kortársaikhoz képest gyakoribbak, a gondozás során a minél magasabb életminőség biztosítása mellett az egészségkárosodás mértékének csökkenését is célozzák. Egy felmérés alapján a demenciával élők 31%-a küzdött napi szinten fájdalommal, 29%-ukat érintette 4%-ot meghaladó testtömeg veszteség az elmúlt 1 év során, 23%-uk esett el az elmúlt 1 hónap során, közülük 40% szenvedett komolyabb sérülést (11).

### Háziiorvosi teendők

A korai diagnosztikában, szakorvoshoz (neurológus és/vagy pszichiáter) irányításban, és nyomon követésben betöltött szerep mellett a háziiorvosnak kiemelt jelentősége van a gondozást végzőkkel történő rendszeres kommunikációban, a betegség stádiumait és a demenciával élő szociális körülményeit is figyelembe vevő egyénre szabott gondozási terv kidolgozásában. A legnagyobb kihívást talán a magatartási-pszichés tünetek gyógyszeres és nem-gyógyszeres kezelése jelenti (12). E tünetek kapcsán gyakran túlzott mértékben kerül antipszichotikum vagy benzodiazepin felírásra, habár ilyenkor első körben a provokáló vagy exacerbáló komorbid tényezők jelenlétét kell tisztázni és a nem gyógyszeres megoldási lehetőségeket előnyben részesíteni. A nem megfelelően kezelt fájdalom, melynek azonosítását sokszor a kommunikációs képességek csökkenése jelentősen nehezíti, többek között szorongás, depresszió, agitáció megjelenését eredményezheti (11). Az elesések fokozott kockázata közvetett módon jelentősen hozzájárulhat a mortalitáshoz, így kiemelt figyelmet kell fordítani a posztmenopauzális és szenilis osteoporosis megfelelő diagnosztikájára és kezelésére.

Továbbá a megfelelő energiabevitel biztosítása, malnutrició elkerülése is fokozott jelentőséggel bír. A demenciával élők mellett a gondozók lelki egészségére is kiemelt figyelmet kell fordítani, mivel többek között a depresszió kialakulásának fokozott kockázatának vannak kitéve (10). A beteg otthonában történő ellátása esetén fontos meghatározni, hogy mikor lép át a súlyos stádiumba (többek között a Mini-Mentál Teszt évenkénti alkalmazása révén), ahol már 24 órás ápolási felügyeletet igényel, mivel ez sokszor extrém fizikális és mentális terhet ró az esetek többségében laikus hozzátartozó gondozóra. Így az egyéni lehetőségeket és körülményeket is figyelembe véve a szociális otthonban való elhelyezési folyamat elindítása megbeszélés tárgyát kell, hogy képezze. A kognitív hanyatlást mutató egyént és hozzátartozókat jól ismerő háziiorvos hatáskörébe tartozó terület lehet a demenciával élő személyek előrehaladott stádiumra vonatkozó önrendelkezése is, melyet, amennyiben a beteg erre hajlandóságot mutat, még a kórkép elején, megtartott döntésképeség mellett célszerű meghozni (13). Háziiorvosi segítséget igényelhet a gondnokság alá helyezés megfelelően időzített elindítása is, mely az autonómia jelentős csökkenése és az ehhez társított negatív attitűd mellett megfelelő gondnok kijelölése esetén jogi védelmet biztosíthat például a vagyoni kizsákmányolással szemben, illetve segítené a demenciával élő személy ellátásának biztonságát (14).

### Összefoglalás

A demenciával élők számának közeljövőben várható további jelentős emelkedése tükrében lépéseket kell tenni az ezzel kapcsolatos társadalmi ismeretanyag és a betegek minőségi ellátásának fejlesztésére. Magyarországon, a világ számos országához hasonlóan egyénre szabott ellátást lehetővé tevő, minőségi módon működő gondozási terv egyelőre nem áll rendelkezésre. Ugyan a közelmúltban komoly előrelépést jelentett „A demencia kórismézése, kezelése és gondozása” címmel megjelent egészségügyi szakmai irányelv (15), az ott foglaltak mindennapi gyakorlatba történő minőségi adaptálása további komoly erőfeszítést kíván a háziiorvosokat is magába foglaló (meghatározott kompetenciák: a gyanú, a felismerés, a szakorvoshoz irányítás, a betegség lefolyásának követése, a társult betegségek figyelemmel kísérése, beteg- és családtámogatás), a beteg ellátást végző interdiszciplináris és a társadalom többi tagja részéről is.

Dr. Zádori Dénes PhD

neurológus és klinikai genetikus szakorvos  
SZTE SZAOK SZAKK Neurológiai Klinika, Szeged

IRODALOM AZ 10. OLDALON