

2022.
XXVII. évfolyam
4. szám



2022-08-18

SANOFI CONSUMER HEALTHCARE

58594

PROBIOTIKUM 58594
CSALÁD SZÁMÁRA



NORMAFLORE EXTRA
4 milliárd/5 ml
belsőleges szuszpenzió

AJÁNLOTT ADAGJA:

Felnőtteknek:
1 műanyag tartály tartalma

Csecsemőknek,
gyerekeknek:
1 műanyag tartály
tartalma

MAT-HU-2200204
(2022.11.30.)



Látogasson el a www.orvositasbazis.hu honlapunkra!

➤ NEUROLÓGIA

➤ HIPERTÓNIA

➤ METABOLIKUS SZINDRÓMA

➤ GYERMEKGYÓGYÁSZAT

➤ HEMATOLÓGIA

➤ INFÉKTOLÓGIA





2022 -08- 1 8

2022. XXVII. évfolyam 4. szám

Szerkesztőbizottság

Professzor Dr. med. habil.
Ábrahám György PhD
Belgyógyászat

Professzor Dr.
Altörjay István PhD DSc
Gastroenterológia

Dr. med. habil. Aradi Dániel PhD
Kardiológia

Professzor Dr. Bártfai Zoltán
Pulmonológia

Professzor Dr.
Bereczki Dániel PhD DSc
Neurológia

Dr. Constantin Tamás PhD
Reumatológia

Professzor Dr. Frecska Ede
Psichiátria

Professzor Dr. Géher Pál PhD
Reumatológia

Professzor Dr. Hirschberg Andor
c. egyetemi tanár
Fül-orr-gégegyógyászat

Professzor Dr. Ilyés István
egyetemi tanár
Endokrinológia

Professzor Dr. Jermendy György
c. egyetemi tanár,
az orvostudomány doktora
Diabetológia

Professzor Dr. Kásler Miklós
Onkológia

Professzor Dr. Kemény Lajos
Bőrgyógyászat

Professzor Dr. Kempler Péter,
az MTA doktora
Diabetológia

Dr. med. habil. Márk László PhD
Lipidológia

Professzor Dr. med. habil.
Németh János
Szemészet

Házi orvos Továbbképző Szemle

➤ NEUROLÓGIA

Diagnosztikai és terápiás lehetőségek a neurológiában 211

SZOK DÉLIA DR.

Az akut stroke felismerése és menedzselése 212

HERTELENDY PÉTER DR., BANKÓ NÓRA DR.

Az epilepsziás rohamok differenciáldiagnosztikája 218

RAJDA CECÍLIA DR.

A krónikus fájdalom és kezelése 223

SZOK DÉLIA DR.

A Parkinson-kór differenciáldiagnosztikája, diagnosztikus lépések 228

ZÁDORI DÉNES DR., SZPISIAK LÁSZLÓ DR., SALAMON ANDRÁS DR., KLIVÉNYI PÉTER DR.

➤ HIPERTÓNIA

Új utak a hipertónia kezelésében. Az emelkedett vérnyomás-variabilitás csökkentése 234

KÉKES EDE DR.

Praxisközösségek lehetősége a hipertóniás beteg gondozásában 239

MÓCZÁR CSABA DR., TORZSA PÉTER DR.

➤ METABOLIKUS SZINDRÓMA

Gyógyszeres terápiás lehetőségek az elhízás kezelésében 243

DIÓSZEGI ÁGNES DR., HARANGI MARIANN DR.

A hipertónia és a hypercholesterinaemia kombinált gyógyszeres kezelésének lehetőségei 261

FÜRÉSZ GÁBOR DR.

➤ GYERMEKGYÓGYÁSZAT

A jó állapotú, lázas csecsemő 248

FARKAS FERENC BALÁZS DR.

➤ FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS

Tolperizon felírási szokások Magyarországon 252

BÁLINT PÉTER DR.

KÖTELES PÉLDÁNY

Háziorvos Továbbképző Szemle

Professzor Dr. Nyirády Péter,
az MTA doktora
Urológia

Dr. med habil.
Ostoros Gyula PhD
Tüdőgyógyászat

Professzor Dr. Páll Dénes
Hipertónia

Professzor Dr. Pécsvárady Zsolt
Angiológia

Professzor Dr. Rurik Imre,
az MTA doktora
Háziorvostan

Dr. Simonyi Gábor PhD
Kardiológia

Professzor Dr. Szekanecz Zoltán
Reumatológia

Professzor Dr. Székács Béla
Geriátria

Professzor Dr. Sziller István
c. egyetemi tanár
Nőgyógyászat

Dr. med. habil. Szok Délia PhD
Fájdalomcsillapítás, neurológia

Professzor Dr. Tamási Lilla,
az MTA doktora
Allergológia

Professzor Dr. Torzsa Péter PhD
Háziorvostan

Professzor Dr. Varga Albert
Háziorvostan

HEMATOLÓGIA

A szérum ferritinszint meghatározásának klinikai jelentősége
a várandós nőkben

HAJNÁČZKY KÁROLY DR.

265

INFEKTOLÓGIA

Az utazók hasmenésének megelőzése és kezelése

JELENIK ZSUZSANNA DR.

268

BESZÁMOLÓ

A béta-blokádon túl, avagy mit tudnak a harmadik generációs
béta-blokkolók?

270

Új irányelvek a krónikus vénás betegség ellátásáról

272

Krónikus vénás elégtelenség: egy kutatás tanulságai

274

Napjaink kollektív traumái

275

INTERJÚ

A 2-es típusú diabetes mellitus glükocentrikus kezelése
a háziorvosi gyakorlatban

277

AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAM

278

Lapigazgató:
Veress Pálma

Orvosszerkesztő:
Vágvölgyi Ágnes dr.

Salesmenedzser:
Kiss Erika

Tartalommenedzser:
Bokross Valéria

Szerkesztőségi titkár:
Czibula Tünde

Tördelőszerkesztő:
Pivarcsik Andrea

Szerkesztőség és kiadó:
Promenade Publishing House Kft.
1037 Budapest, Montevideo u. 7.

Postacím: 1300 Budapest, Pf. 176
Telefon: (06-30) 327-4143
E-mail: repcio@promenade.hu

Felelős kiadó:
a Promenade
Publishing House Kft.
ügyvezető igazgatója

Elektronikus kiadás:
www.orvositudasbazis.hu

Nyomás:
Pharma Press Nyomdaipari Kft.
Felelős vezető:
Arany László Tamás

Megjelenés:
évente 10 alkalommal

Terjesztés:
díjmentesen az alapellátásban
dolgozó valamennyi orvos:
➤ háziorvos és
➤ vegyes körzetet ellátó háziorvos
részére.

Előfizetési díj másoknak:
egy évre 20 000 Ft

A szerkesztőség csak
a számozott oldalak tartalmáért
vállal felelősséget.

©2022 Promenade Publishing
House Kft.
Minden jog fenntartva.
All rights reserved.

HU-ISSN 1219-8641

Lapunkat a Magyar Posta Zrt.
Hírlap Igazgatósága terjeszti.

Amennyiben bármilyen kérdése
vagy kérése van a terjesztéssel
kapcsolatban, kérjük, forduljon
az ügyfélszolgálatához.

Postacím: 1932 Budapest

Az ügyfélszolgálat elérhető
hétfőtől szerdáig 8–16 óráig,
csütörtökön 8–18 óráig,
pénteken 8–17 óráig
az ingyen hívható
06-80/444-444-es telefonszámon.

A PARKINSON-KÓR DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJA, DIAGNOSZTIKUS LÉPÉSEK

**Zádori Dénes dr., Szpisjak László dr.,
Salamon András dr., Klivényi Péter dr.**
Szegedi Tudományegyetem,
Szent-Györgyi Albert
Orvostudományi Kar,
Neurológiai Klinika,
Szeged



A cikk online változata
megtekinthető a
www.olo.hu weboldalon.

A mozgászavarok közül a Parkinson-kór (PK) esetén áll rendelkezésre a legszélesebb körű és egyben leghatékonyabb terápiás repertoár, azonban a kórkép magyarországi aluldiagnosztizáltsága sok beteget foszt meg a minőségi ellátás lehetőségétől. Ugyanakkor a parkinsonizmus klinikai jelenléte az esetek hozzávetőlegesen felében nem PK-hoz köthető. Ez utóbbi csoportba tartozó betegségeknél a várható terápiás válasz többnyire jelentősen elmarad a PK-étól, továbbá általában sokkal rosszabb prognózisra, sokszor csak 5-10 éves túlélésre lehet számítani. A várható kimenetel felmérése a beteg és a család számára egyaránt kulcsfontosságú. Jelen összefoglaló közlemény egyrészt röviden ismerteti a differenciáldiagnosztikailag szóba jövő lehetséges kórképeket, másrészt bemutatja a PK legfrissebb, a szakirodalomban elérhető diagnosztikus kritériumait, amely révén elsősorban az alapellátásban dolgozók számára próbál segítséget adni a beutalási iránydiagnózis szakszerű felállításához.

BEVEZETÉS

A Parkinson-kór a tünetileg legjobban kezelhető neurodegeneratív betegség, a diagnózis szakszerű felállítása jelentős terápiás jelentőséggel bír. Az egyénre szabott terápia kidolgozásának alapelveit a Háziorvos Továbbképző Szemle egy korábbi számában már ismertettük (1). Jelen összefoglaló célja, hogy megismertesse az olvasót a differenciáldiagnosztika, valamint a diagnózis felállításának nehézségeivel, valamint felhívja a figyelmet a szakszerű diagnosztika terápiás és prognosztikus jelentőségére.

A PARKINSONIZMUS DEFINÍCIÓJA

A Movement Disorder Society 2015-ben megjelent diagnosztikus kritériumai alapján a parkinsonizmus tünetegyüttese definíciószerűen a bradykinesia ÉS nyugalmi tremor ÉS/VAGY rigor kombinációja, azaz a 3 kardinális motoros tünetből a brady-

kinesia mellett legalább még egynek jelen kell lennie (2).

Bradykinesia alatt a mozgás meglassulását ÉS a mozgás során annak amplitúdójában vagy sebességében bekövetkező csökkenést (esetleg progresszív hezitációt/megakadást) értünk. Legérzékenyebben a hüvelykujj és mutatóujj ismételt összeérintésével (legalább 10 alkalommal a ritmust tartva, amilyen gyorsan és nagyra csak tudja nyitni az ujjait a beteg) vagy a kéz fenti módszernek megfelelő ismételt öklöbe szorításával vizsgálható. A részben hasonló kontextusban alkalmazott hypokinesis fogalma alatt az eleve csökkent mozgásamplitúdót és ebből adódó szegényes mozgásmintát értjük, amelyet idősebb korban nagyon gyakran megfigyelhetünk, de ez önmagában nem része a kardinális motoros tüneteknek, így erre alapozva diagnózist sem lehet felállítani. A beteg panaszai szemszögéből a mozgásmeglassulás gyakran abban nyilvánul meg, hogy több idő kell az adott tevékenység elvégzéséhez.

A nyugalmi tremort teljesen relaxált pozícióban kell vizsgálnunk. Amplitúdója jellegzetesen csökken a mozgás elindításakor, leginkább a végtagok használatakor vagy azok adott pozíciójában jelentkező tremoroktól kell elkülöníteni. Sajnos, laikusok a kézremegés megjelenését nagyon gyakran asszociálják PK-ral, habár annak hátterében számos egyéb és gyakoribb ok is állhat. Ebből adódóan, tremor esetén, önmagában is mindenképpen célszerű a mozgászavarok ellátásában jártas neurológussal való konzultáció. Az izomtónus szintén teljesen relaxált állapotban való vizsgálata során észlelt rigor az ízületek passzív mozgatása során minden irányban, nem sebességfüggő módon jelentkezik. Gyakran fájdalom társul hozzá, amelyet sokszor tévesen mozgásszervi eredetűnek ítélnék (a kettő párhuzamosan is jelen lehet) és a beteget primeren reumatológushoz vagy ortopédushoz irányítják.

A PARKINSON-KÓR DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJA

Ugyan a parkinsonizmus hátterében álló leggyakoribb kórkép a PK, amely az esetek hozzávetőlegesen 50%-áért felelős, differenciáldiagnosztikailag számos egyéb betegséget kell szem előtt tartani, hiszen az egyes kórképeknél várható terápiás válasz és prognózis jelentősen különbözhet. A parkinsonizmussal járó kórképeket a Parkinson-kóron felül 3 egyéb nagy csoportba sorolhatjuk.

1. Az első csoportot a másodlagos parkinsonizmust okozó kórképek képezik. Itt egy jól definiálható, sokszor szisztémás etiológia áll a jellegzetes tünetek kialakulásának hátterében. Először a beteg gyógyszerelését célszerű áttekinteni. A teljesség igénye nélkül szinte minden antipszichotikum, az antiepileptikumok közül a valproát, az antiemetikumok közül a metoklopramid, a kardiológiai indikációval alkalmazott gyógyszerek közül a trimetazidin és egyes kalciumcsatorna-blokkolók gyógyszerindukálta parkinsonizmus kialakulásához vezethetnek (3). Ilyen esetben a kiváltó gyógyszer elhagyása, esetleg jobb mellékhatás-profilú szerre váltása, vagy végső esetben antikolinerg szer, vagy annak hatástalansága esetén amantadin terápiába vezetése jön szóba. A következő nagyobb csoportot a vaszkuláris

parkinsonizmus képezi. Ez esetben a diagnózis a parkinsonizmus különböző motoros (pl. piramislézió, ataxia), illetve nem motoros (meglassult pszichomotoros tempó, kognitív és hangulatzavarok, vizelettartási rendellenesség) tünetekkel való társulása alapján állítható fel, amelyet megerősít a cerebrovaszkuláris kórkép anatómiailag vagy képalkotó vizsgálattal történő igazolása (4). Vaszkuláris parkinsonizmus esetén sokszor a tünettan alsóvégtagi dominanciájú, kifejezett járászavar formájában nyilvánul meg. Egyéb, ritkábban előforduló másodlagos okok között a toxikus hatású anyagokat (pl. mangán), a metabolikus eltéréseket (pl. urémia), a traumát (pl. bokszolók), a paraneoplasziát (pl. seminoma), likvorkeringési zavart (pl. normál nyomású hydrocephalus), infekciózus/immunológiai okokat (pl. prionbetegség), valamint végül, de nem utolsósorban a pszichogén eredetet kell megemlítenünk. Ez utóbbi diagnózisát erősítheti, ha egyes manualitást igénylő feladatok a kifejezett, látszólagos érintettség ellenére könnyen mennek (pl. gombolás), ha a rigor foka jelentősen változik a vizsgálat során, ha a tremor amplitúdója figyelemelterelésre csökken, vagy annak frekvenciája változik, illetve ha kifejezett járászavar fennállása esetén a székből való felállás könnyedén megy. E kórképekben a standard levodopakezelésre adott válasz mérsékelt vagy rossz, így elsősorban a megelőzésre, valamint a kiváltó ok lehetőség szerinti eliminálására kell koncentrálnunk.

2. A második csoportot az atípusos parkinsonizmussal járó kórképek, azaz a Parkinson-plusz-szindrómák képezik. Itt a parkinsonizmus jelenléte nem kötelező érvényű, ha jelen is van, egyéb jellegzetes tünetek dominanciája is megfigyelhető. E kórképek esetén a tünetek a PK-hoz képest általában gyorsan progrediálnak, és kevésbé reagálnak a standard levodopakezelésre, így rossz prognózisra lehet számítani. Az ide tartozó betegségek között talán leggyakoribb a Lewy-teszt neurokognitív zavar (5). A diagnózis leginkább a fluktuáló kogníció, vizuális hallucinációk, az alvás közbeni akaratlan mozgást és hangadást eredményező REM viselkedészavar, és parkinsonizmus többnyire együttes jelenléte alapján ál-

lítható fel, amely utóbbi kifejezett rosszabbodást mutat a kórképhez társuló pszichotikus tünetek kapcsán alkalmazott antipszichotikumokra. A többi ide tartozó kórkép hozzávetőlegesen tízszer ritkábban fordul elő, mint a PK. A progresszív szupranukleáris bénulás (progressive supranuclear palsy, PSP) klinikai spektrumába tartozó kórképek diagnózisa leginkább a szemmozgászavar (jellegzetesen az akaratlagos vertikális tekintés zavara), a viszonylag korán megjelenő tartási instabilitás, a járás lefagyása és/vagy parkinsonizmus, valamint a kognitív (sokszor a nyelvi funkciókat érintő) és/vagy viselkedészavar kombinálódó tüneteinek jelenléte alapján állítható fel (6). A multisztémás atrófia (MSA) jellegzetesen kötelezően fennálló vegetatív funkciózavarral (pl. sürgető vizelési inger, ortosztatikus hipotenzió) ÉS parkinsonizmussal (MSA-P) ÉS/VAGY cerebelláris tünetekkel (MSA-C) jellemezhető kórkép (7). A kortikobazális szindróma (corticobasal syndrome, CBS) esetén a tünetek, a PK-hoz hasonlóan, többnyire

aszimmetrikusan jelennek meg, a mozgászavarok (pl. parkinsonizmus, disztónia vagy mioklonus) jelenléte mellett kortikális funkciózavarra utaló egyéb tünetek (szenzoros deficit, apraxia, kognitív és/vagy viselkedészavar) dominálnak (8).

3. A harmadik, azaz a parkinsonizmussal társuló heredodegeneratív kórképek csoportjának jelentőségét az adja, hogy itt van a legnagyobb esély egyénre szabott, oki terápia kidolgozására, hiszen adott csoporton belül a patomechanizmus viszonylag homogén. Itt további három alcsoportot különböztetünk meg:

1. PARK-gének által meghatározott betegség, amely többnyire középkorú egyéneknél indul, a klinikai kép komplexebb egy szimpla parkinsonizmusnál;
2. nem PARK-génekben megjelenő klaszikus parkinsonizmus (ide tartoznak például a dopaminmetabolizmus eltéréseit okozó mutációk);
3. olyan genetikailag meghatározott kórképek, amelyek főként a parkinsonizmustól eltérő tünettel, egyéb mozgászavarral jellemezhetők (ide tartoznak például



NEPHROXon®

speciális gyógyászati célra szánt élelmiszer

Az egyetlen magyar
multivitamin

CSÖKKENT VESEMŰKÖDÉS ESETÉN

Egységspénztári
számlára elszámolható



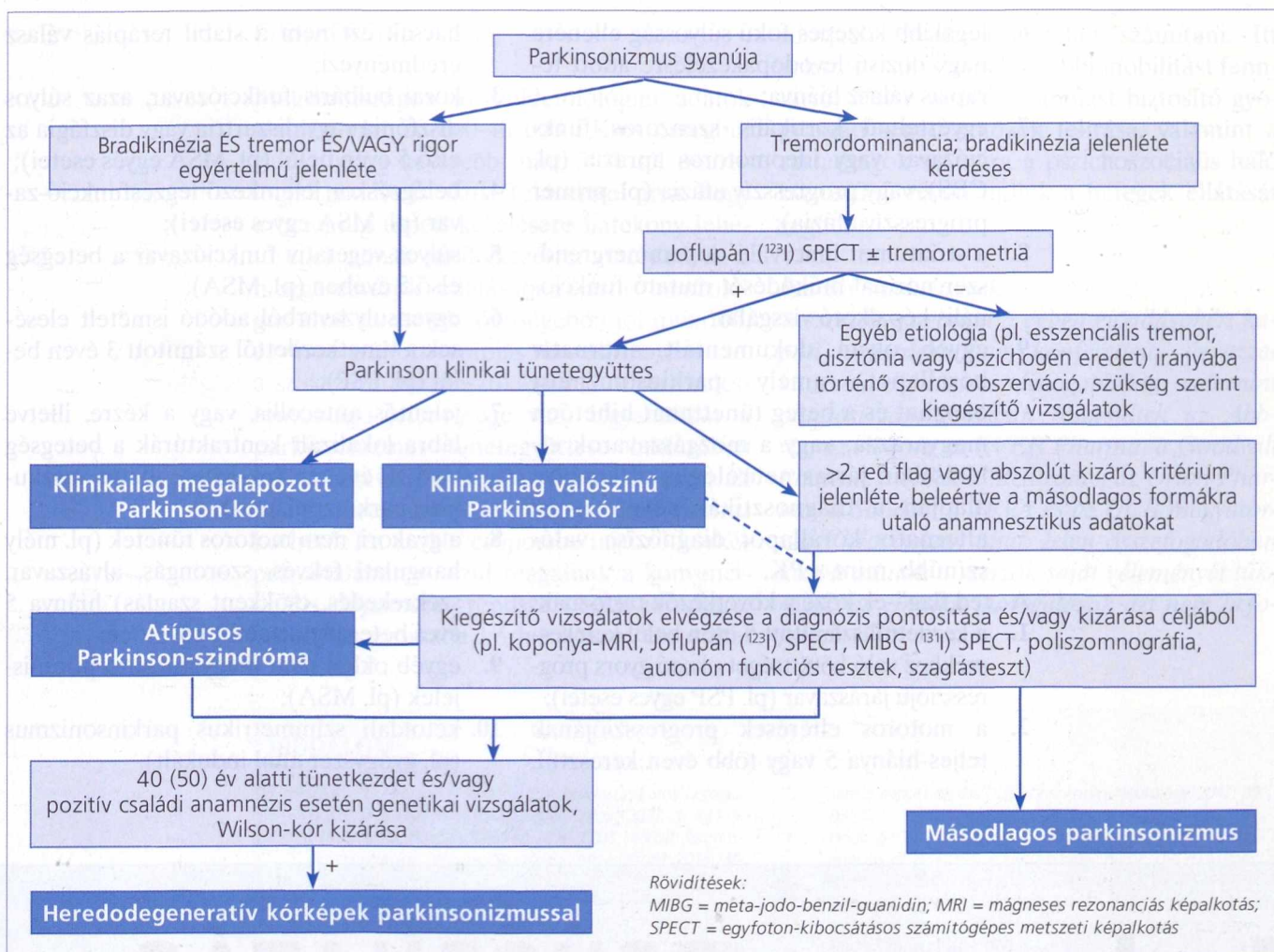
KÖZGYÓGYELLÁTOTTAKNAK
térítésmentesen rendelhető



RECEPTRE IS FELÍRHATÓ

* Denis F. et al. EBPG Guideline on Nutrition Nephrol Dial Transplant 2007;22(Suppl 2):ii45–ii87

Speciális gyógyászati célra szánt élelmiszer dialízis kezelésben részesülő, illetve diagnosztizált csökkent veseműködésű (4-es vagy 5-ös stádiumú) betegek étrendi ellátására az ezen állapotokban fellépő különleges vitamin-beviteli igény kielégítésére. A készítmény nem használható egyedüli tápanyagforrásként. A készítmény csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazható. Gyártja és forgalmazza: Goodwill Pharma Kft. 6724 Szeged, Cserny Mihály u. 32. Dokumentum lezárva: 2022.04.13. NXN/UH/22/04 GW02334



1. ábra:
A Parkinson-kór
diagnosztikus
algoritmusának
egyszerűsített vázlata
(9. hivatkozás alapján)

egyek agyi fémlerakódással járó kórképek, beleértve a Wilson-kórt, amelynek közel oki terápiára van lehetőségünk).

A PARKINSON-KÓR KLINIKAI DIAGNÓZISÁNAK FELÁLLÍTÁSA

A Movement Disorder Society 2015-ben megjelent diagnosztikus kritériumai alapján, ha a parkinsonizmus jelenléte azonosítható, akkor a klinikailag megalapozott PK (90%-os specifikitás) diagnózisához az abszolút kizárási kritériumok és úgynevezett „red flag”-ek hiánya mellett legalább még két támogató kritériumnak jelen kell lennie. A klinikailag valószínű PK (80%-os szenzitivitás és specifikitás) diagnózisához az említettek annyiban módosulnak, hogy 1 „red flag” jelenléte esetén legalább 1, míg 2 „red flag” jelenléte esetén legalább 2 támogató kritériumnak is jelen kell lennie.

Támogató kritériumok közé a következők tartoznak:

1. a dopaminergterápiára adott egyértelmű és kifejezett válaszkészség;

2. levodopa által indukált dyskinesia jelenléte;
3. végtagon jelentkező nyugalmi tremor;
4. szaglásvesztés vagy kardiális szimpatikus denerváció igazolása.

Az abszolút kizárási kritériumok közé az alábbiak tartoznak:

1. egyértelmű cerebelláris funkciózavar (pl. MSA-C);
2. a lefelé irányuló vertikális tekintés zavara (pl. PSP);
3. a betegségkezdettől számított 5 éven belül a frontotemporális neurokognitív zavar viselkedési variáns vagy a primer progresszív afázia valószínű diagnózisának felállítása;
4. a parkinsonizmus alsó végtagokra való korlátozottsága a betegségkezdettől számított 3 éven túl (pl. vaszkuláris parkinsonizmus);
5. dopaminantagonistával vagy dopamin-depletáló ágenssel való kezelés, mely dózisa vagy az időtartam alapján képes gyógyszer által indukált parkinsonizmust előidézni;

6. legalább közepes fokú súlyosság ellenére nagy dózisu levodopakezelésre adott terápiás válasz hiánya;
 7. egyértelmű kortikális szenzoros funkciózavar vagy ideomotoros apraxia (pl. CBS), vagy progresszív afázia (pl. primer progresszív afázia);
 8. a striatumot innerváló dopaminergrendszer normál működését mutató funkcionális képalkotó vizsgálat;
 9. egyéb olyan dokumentált alternatív kórállapot, amely parkinsonizmust okozhat és a beteg tünettanát hihetően magyarázza, vagy a mozgászavarok ellátásában jártas neurológus véleménye alapján a diagnosztikát követően az alternatív kórállapot diagnózisa valószínűbb, mint a PK.
- A „red flag”-ek közé a következők tartoznak:
1. a kezdettől számított 5 éven belül kerekesszékhez való kötöttséget okozó gyors progressziójú járászavar (pl. PSP egyes esetei);
 2. a motoros eltérések progressziójának teljes hiánya 5 vagy több éven keresztül,
 - hacsak ezt nem a stabil terápiás válasz eredményezi;
 3. korai bulbáris funkciózavar, azaz súlyos diszfónia vagy diszarthria vagy diszfágia az első 5 éven belül (pl. MSA egyes esetei);
 4. belégzőskor jelentkező légzésfunkciózavar (pl. MSA egyes esetei);
 5. súlyos vegetatív funkciózavar a betegség első 5 évében (pl. MSA);
 6. egyensúlyzavarból adódó ismételt esések a tünetkezdettől számított 3 éven belül (pl. PSP);
 7. jelentős antecollis, vagy a kézre, illetve lábra lokalizált kontraktúrák a betegség első 10 évében (pl. MSA, illetve vaszkuláris parkinsonizmus);
 8. a gyakori, nem motoros tünetek (pl. mély hangulati fekvés, szorongás, alvászavar, székrekedés, csökkent szaglás) hiánya 5 éves betegségtartamot követően;
 9. egyéb okkal nem magyarázható piramiskefelek (pl. MSA);
 10. kétoldali szimmetrikus parkinsonizmus (pl. gyógyszer által indukált).

Zadex®

60 mg acemetacin

kemény kapszula



CSÚCSHATÁS PÁCIENSRE SZABVA



Erős gyulladáscsökkentő és fájdalomcsillapító

Az acemetacin biológiailag aktív metabolitja az indometacin. Az acemetacin hatékonysága – jobb gastrointestinalis tolerálhatóság mellett³ – megegyezik az indometacinéval.^{1,2}



Páciensre szabhatóan adagolható

A tünetek súlyosságától és a beteg általános paramétereitől függően dozírozható. Az ajánlott dózis 60–180 mg naponta, 1–3 részre elosztva.



Jól tolerálható

COX-2 szelektív NSAID-hez (celecoxibhoz) mérhető gastrointestinalis tolerálhatóság.³ Kiseb terhelés a vesének.



ÖSSZEFOGLALÁS

Magyarországon az epidemiológiai adatok alapján várt 20 000-40 000 PK-os betegből valószínűleg kevesebb mint 50% áll neurológiai gondozás alatt. Tekintettel arra, hogy a betegség tüneti kezelésére hatékony lehetőségek állnak rendelkezésre, amely révén a mozgászavarok ellátásában jártas neurológus által az esetek többségében jól működő, egyénre szabott terápiás terv állítható össze, a szakszerű diagnosztikának (1. ábra) kulcsfontosságú jelentősége van. Ugyanakkor a parkinsonizmus tünetegyüttese hátterében csak hozzávetőlegesen az esetek felében áll PK, az esetek másik fele egyéb kórállapothoz köthető. Ez utóbbi csoportba tartozó kórképek általában rosszul reagálnak a konvencionális, dopaminergrendszeret célzó terápiára, többnyire gyorsabb kórlefeljárásra, és ezáltal

rosszabb prógnózisra lehet számítani. Itt sokszor csak a minél további mobilitást fenntartó, illetve minőségi ápolást biztosító gyógyászati segédeszközök felírása, valamint a családtagok számára a pszichoszociális háló biztosítása révén tudjuk a betegek ellátását segíteni.

Szerzői érdekeltségek

A szerzők az elmúlt 5 évben előadásokért kapott honoráriumban, konferencia- és azzal kapcsolatos utazási támogatásban, valamint oktatási támogatásban részesültek az Abbvie, az Abbott, az EVER Pharma, a Goodwill Pharma, a Krka, a Medtronic, az Orion Pharma, a Sandoz, a TEVA és az UCB magyarországi képviselői által. Jelen összefoglalóban közölt adatok a szerzők saját véleményét tükrözik, az említett támogatások azt nem befolyásolták.

IRODALOM

1. Zádori D, Szpisjak L, Klivényi P. A Parkinson-kóros betegek gondozása. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 2021; 26: 424–9.
2. Postuma RB, Berg D, Stern M, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord*. 2015; 30: 1591–601.
3. Zádori D, Veres G, Szalárdy L, et al. Drug-induced movement disorders. *Expert Opin Drug Saf*. 2015; 14: 877–90.
4. Rektor I, Bohnen NI, Korczyn AD, et al. An updated diagnostic approach to subtype definition of vascular parkinsonism – Recommendations from an expert working group. *Parkinsonism Relat Disord*. 2018; 49: 9–16.
5. McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017; 89: 88–100.
6. Höglinger GU, Respondek G, Stamelou M, et al. Clinical diagnosis of progressive supranuclear palsy: The movement disorder society criteria. *Mov Disord*. 2017; 32: 853–64.
7. Gilman S, Wenning GK, Low PA, et al. Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy. *Neurology*. 2008; 71: 670–6.
8. Armstrong MJ, Litvan I, Lang AE, et al. Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. *Neurology*. 2013; 80: 496–503.
9. Bloem BR, Okun MS, Klein C. Parkinson's disease. *Lancet*. 2021; 397: 2284–303.



A nagyszerű webkonferenciasorozat
eddig adásait megtalálja oldalunkon:

<http://orvositudasbazis.eu/rovatok/htr>

Figyeljék hírleveleinket!



Promenade
PUBLISHING HOUSE