

A rosszindulatú daganatos betegségek Magyarországon az összes haláleset mintegy negyedét okozzák. A halálozás mérséklésének egyik legígéretesebb stratégiája a *lakossági szűrővizsgálatok*, hiszen a megfelelő időben kapott kezelés növelheti a beteg gyógyulási- és életesélyeit. Évente 33 ezren veszítik életüket onkológiai betegségek miatt, s ami még elkészerítőbb: ezzel az aránnyal listavezetők vagyunk az Európai Unióban. Ha csak a tüdő-, vastag- és végbélrákot nézzük, kiderül: ezek miatt nálunk kétszer többen halnak meg, mint más EU-országokban. Magyarazata ennek a szomorú statisztikának meglehetősen összetett, mint ahogy az ezen történő változtatni akarás módszere is. Egyfelől *szemléltetést követel az egyéntől – miszerint felelős vagyok saját egészségéért és ezért a legelemibb dolgot saját egészségemért megteszem, azaz a szűrővizsgálatokra elmegyek – másfelől pedig kormányzati szándékot arra, hogy eszközöket szabadít fel és csoportosít át a korszerű onkológiai ellátáshoz.* (A rákbetegeket kezelő osztályok fele nem tudná teljesíteni az európai akkreditációs feltételeket.) *E célnak megfelelően onkológiai központokat alakítanak ki, javítják a sugárterápiás és diagnosztikai feltételeket, s kiemelt hangsúlyt fektetnek az onkológusképzésre is. A Nemzeti Rákellenes Program* januárban indulhat el, amely első lépésben a szűrővizsgálatok intenzívebbé tételét és az onkológiai centrumok fejlesztését jelenti. A program tételesen meghatározza az elérendő célokat:

- A jelenlegi 40-ről 70%-ra kell növelni 2008-ig a mellrákszűrésen részt vevő nők

Nemzeti Rákellenes Program

Hazánkban küszöbön áll az onkológiai ellátás reformja. Szakmai és társadalmi vitára bocsátotta a kormányfő a Nemzeti Rákellenes Programot, amelynek legfőbb célja, hogy öt év alatt – 2010-re – 10%-kal mérsékelni lehessen a daganatos betegségekben eredő halálozást. A miniszterelnök megígérte: lesz fedezet a költségvetésben a feladatokra. Gyurcsány Ferenc a program három elemét emelte ki: a szűrések hatékonyságának javítását, az onkológiai centrumok fejlesztését és a szakemberképzés jobbítását. A tervek szerint a férfiaknál bevezetik a prosztata- és végbélrákszűrést. A megyei onkológiai központok közül évente 2-4 újulhat meg.

arányát az utazás és az időpont-egyeztetés egyszerűsítésével, jutalmazással; ■ 2008-ig el kell érni, hogy a behívottak fele elmenjen méhnyakrákszűrésre; ■ a negyven éven felüli férfiaknál jövőre 180 ezer főre kell kiterjeszteni a vastagbél- és a prosztatarákszűrést; ■ a rákdiagnosztikában legmodernebbnek számító PET-CT vizsgálatokból a jelenlegi ezer helyett háromezret finanszíroznak a jövőre; ■ onkológiai központ kialakítása Észak-Dunántúlon, az ott élők ellátása ugyanis nincs teljesen megoldva.

Eckhardt Sándor gondolatai a hazai onkológiai helyzetről

„...A magyar rákkutatás ma már szervez része a nemzetközi munkának, bár még mindig sok kutató kényszerül külföldre. A diagnosztikában kritikus pontok is vannak: a képalkotó eljárásokhoz használt műszerpark elavult, a patológus szakemberek hiánya pedig drámainak nevezhető. A terápia sebészeti ágában már jobb a helyzet: a magyar daganatsebészet szakmai színvonala napjainkban a nemzetközi élvonalhoz tartozik. A sugárterápia helyzete viszont még

most sem kielégítő: a várakozási listákon helyenként négy héten túli előjegyzési időpontok szerepelnek. A daganatok gyógyszeres kezelésében világszerte és nálunk is forradalmi változások mennek végbe, a gyógyszerek hozzáférhetőségét azonban az ország szűk anyagi helyzetéhez szabták, és bürokratikus eljárások késleltethetik az új és többnyire drága gyógyszerek egyedi beszerzését. Teljesen megoldatlan az egyedül élő, kórházi ellátásra szoruló betegek ápolása - a gyermekpóben járó hospice-rendszer és az otthonápolás is azonnali erkölcsi és anyagi támogatást igényel...” – röviden így foglalható össze Eckhardt Sándor professor helyzetjelentése a hazai onkológiáról, amit tőle szokatlan módon, gondolatoknak minősítve tett közé a mind tartalmilag mind esztétikailag exluszív Lege Artis Medicina legutóbbi számában.

Eckhardt Sándor nélkül nem lehet a hazai onkológiai helyzetet Láttelezni, de még a Nemzeti Rákellenes Program Vitairatának olvasásához sem lehet anélkül kezdeni, hogy az ember ne ismerné meg, mit gondol Ő most 2005 végén arról a

kérdésről, amelynek alfája és omegája – a nagy etalon – Ő ma is Magyarországon. Budapesten született 1927-ben. Orvosi tanulmányait a Pázmány Péter Tudományegyetemen végezte. 1977-ben Ő alapította meg a hazai klinikai onkológiát, melynek első tanszékvezető egyetemi tanára, jelenleg emeritus professzora. Nevéhez fűződik a hazai daganat-kemoterápia kifejlesztése. 1953 óta az Országos Onkológiai Intézetben dolgozik, melynek 1971-1992 között főigazgatója volt. A számtalan díjjal és tisztséggel rendelkező szakember 1990-94 között a Nemzetközi Rákunió elnöki tisztét is betöltötte. (E sorok írójának abban a nagy megtiszteltetésben volt része, hogy 1989-ben az Ő bábkodásával volt lehetősége a Cseppjelenség című a hazai rák-kérdést analizáló könyvét elkészíteni. Ami szakmailag igen, anyagilag kevésbé volt sikeres, lévén még kezdetleges az akkori vállalkozói formában történő könyvkiadás. Bár – ha közvetetten – is, de ezen könyvecské kapcsán van alkalma ezt a lapot, azaz a Láttelelet tulajdonos főszerkesztőként jegyezni. Balla Anna főszerkesztő)

A múlt

A magyar rákkutatás és rákgyógyítás már a múlt századforduló idején felzárkózott a művelt világhéhoz, amint ezt néhány kiragadott példa igazolja: *Kaposi* nemzetközileg elismert patológiai munkássága, Krompecher basalis sejtes rákra vonatkozó kutatásai, *Dollinger* rákstatisztikája mind előremutató és lényeges hozzájárulásnak számított. A szervezett rákkutatás megindulásának szép bizonyítéka volt, hogy a budapesti Pázmány Péter Egyetem I. Kórbonctani Intézete már nevében is vállalta ezt a tevékenységet (1). A daganatok sebészi kezelésének módszereit a két világháború között hazánkban a német, a francia és az angol sebészettel párhuzamosan fejlesztették. Az 1936-ban megalakult *Székesfővárosi Eötvös Loránd Rádium és Röntgen Intézet* (SZELRRI) keretében az akkor legkorszerűbb sugárterápia lehetőségeit már központilag teremttették meg Manninger, majd Czunft vezetésével (2) A második világháború után a gyógyszeres kezelésben is jelentős lépések történtek. Varga vezetésével az ötvenes évek kezdetén a citotoxikus cukorszármazékok sorozatát szintetizálták, és az elméleti, valamint klinikai eredményeket rangos külföldi lapokban (Naturwissenschaften, Lancet, Cancer Chemotherapy Reports) tették közzé (3). 1952-ben a SZELRRI jogutódként megalakult az *Országos Onkológiai Intézet (oor)*, amely integrálta a sebészi, a sugaras és a gyógyszeres kezelés lehetőségeit. Ez az intézmény biztosította az egész országban a rákellenes küzdelem szervezését minden egyéb vonatkozásban is.

folytatás a 6. oldalon ►



Kutatás a rákbetegek pszichés állapotáról 1. rész

A Magyar Hospice Alapítvány 2004-ben nagyszabású, országos kutatást végzett a daganatos betegek pszichés állapotának felmérésére, közel ezer vizsgálati személy bevonásával, 5 regionális onkológiai központ közreműködésével. Ma Magyarországon is egyre több tanulmány születik a daganatos betegségekről, melyek elsősorban a betegség kezelésével kapcsolatosak. A pszichoonkológia területén azonban még jóval le vagyunk maradva a nemzetközi kutatásokhoz képest. Daganatos betegek pszichés állapotának felmérésére egyáltalán nem született még olyan átfogó tanulmány, mely bizonyítékokat szolgáltatna mind az egészségügyben dolgozók, mind a laikusok számára arról, hogy milyen a magyar rákbeteg populáció pszichés állapota, szükség van-e kiterjedtebb pszichés támogatásukra. Vizsgálatunk eredményeivel bizonyítékokat szeretnénk szolgáltatni az onkológiai szakembereknek minderről.

folytatás a 12-es oldalon ►

► A szűrővizsgálatokról

Hazánkban három szűrővizsgálatra a legnagyobb rizikófaktorral rendelkező csoportok behívót is kapnak. Ezek közé tartozik a tüdőszűrés, amelyen 50-52%-os, az emlőszűrés, amelyen 40%-os, és a méhnyakrákszűrés, amelyen becslések szerint 30-32%-os a megjelenési arány. Utóbbi esetben azonban a statisztika nem pontos, mivel azt nem tudni, hányan végeztetik el a szűrővizsgálatot a magánorvosuknál, akiknek egyelőre erről nincs erről jelentési kötelezettségük. Az emlőrák esetében 45-65 év közötti nők kapnak behívót, míg a méhnyakráknál a 25-65 év közötti női lakosság érintett. Évente kétezer új méhnyakrák-megbetegedést diagnosztizálnak, és csaknem hatszázán halnak meg a betegségben, míg a mellrák évente több mint kétezer nő halálát okozza. A kormány célja, hogy mindkét esetben legalább 75%-os legyen a veszélyeztetett korosztály átszűrtségének aránya. Hiába ugyanis az a tapasztalat, hogy a rendszeres szűrésekre nem mennek el az emberek, kötelezővé tenni nem lehet a vizsgálatokat. Ösztönözni azonban próbál a kormányzat: szeptembertől a szűrésekre szóló behívó mellé egy nyereményszelvényt is postáznak majd, a fődíj egy februárban kisorsolt személyautó lesz. A lakosság mellett az orvosokat is jutalmazták, ha sikerrel hívják fel a figyelmet a szűrőprogramok fontosságára. A legjobban teljesítő szakemberek a programban való aktív részvétellel akár 2-3 millió forintot támogatást is nyerhetnek.

folytatás a 7. oldalon ►

► Pro és contra az onkológiai ellátás átszervezéséről

A kormány az onkológiai ellátás átszervezését tervezi, melynek lényege, hogy csak a kijelölt intézményekben végzett onkológiai ellátásért járjon finanszírozás. „Szinte nincs olyan kórházi osztály Magyarországon, ahol ne kezelnének daganatos betegeket, akár úgy is, hogy ehhez nincsenek meg a feltételek” – ismerte el a legfőbb tanácsadó testület, a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium elnöke. Mint dr. Szűcs Miklós, a Kecskeméti Megyei Kórház Onkoradiológiai Központjának vezető főorvosa, a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium elnöke mondja, akárcsak a nálunk tehetősebb országokban, Magyarországon is ideje – a betegek érdekében – koncentrálni az onkológiai ellátás anyagi és szakmai erőit.

folytatás a 7. oldalon ►



Gyorsítópályán a deutérium-megvonásra épülő daganatellenes gyógyszer törzskönyvezése

Új lendületet vett a magyar világszabadalommal védett daganatellenes eljárás kutatása, humán gyógyszerként való elismertetése és engedélyeztetése, miután a törzskönyvezést folytató HYD Kutató-Fejlesztő Kft. pénzügyi befektetők egy csoportja révén jelentős tőkéhez jutott a közelmúltban. A befektetésnek köszönhetően a HYD Kft. lehetőségei a kutatás és az engedélyeztetés frontján egyaránt bővülnek.

Meggyorsíthatja a folyamatot, hogy a cég tárgyal egy nemzetközileg elismert CRO céggel (Contract Research Organization), hogy a klinikai vizsgálatokat és az engedélyeztetést Nyugat-Európában és az USA-ban folytassa le. A megbízott CRO cég az elmúlt években több tízezer daganatos beteg bevonásával számos gyógyszerjelölttel végzett klinikai vizsgálatot világszerte. A forrás egy további részét a HYD Kft. az alapkutatások folytatására kívánja fordítani. Az alapkutatás fő iránya, hogy felderítsék a deutérium-megvonás daganatellenes hatásának genetikai, molekuláris biológiai

hátterét. Fontos feladatának érzi a cég az orvostársadalom megfelelő tájékoztatását, hogy addig is, amíg a törzskönyvezés lezárul, a jelenleg forgalomban lévő termékek felhasználásával segíthessenek a rászoruló daganatos betegeken, javítsák életkilátásukat, csökkentsék a rák okozta halálozást. Ennek érdekében a napokban 700 orvoshoz juttattak el egy szakmai összeállítást, hogy felhívják figyelmüket arra a kivételes lehetőségre, amit a módszer alkalmazása kínál az onkológiában.

Dr. Somlyai Gábor szerint a most rendelkezésre álló pénzügyi eszközök elégségesek a fenti folyamatok elindításához, azonban a klinikai vizsgálatok mielőbbi sikeres befejezéséhez a HYD Kft-nek további tőkebevonásra vagy licence eladásra van szüksége. Az eddigi eredmények ismeretében biztosan állítható, hogy a gyógyszer-engedélyeztetési folyamat sikeres lezárása áttörést fog hozni a daganatgyógyászatban, és az eljárás segítségével betegek millióit lehet majd megmenteni. (cikk a 8. oldalon)

OTS-Cégvonal

Könyvajánló...

Egy betegtájékoztató könyv jelent meg dr. Bodai Balázs: „Mammográfiám lelete: POZITÍV!” címmel, melynek könyvbemutatójára az EUROPA DONNA Napja című egésznapos rendezvény keretén belül október 7-én a BARA Hotelben került sor. Dr. Bodai Balázs, a könyv szerzője, a kaliforniai Kaiser Permanete Kórház Emlősebészeti részlegének igazgatója a könyv bemutatása előtt szugesztív előadást tartott az amerikai onkológiai helyzetről „Az orvosi team és a betegek harmonikus együttműködése” címmel. Dr. Irene Csontos, dr. Bodai munkatársa: „Orvosból páciens: A REMÉNYT ÜZENEM” szubjektív fájdalomosan lírikus vallomása pedig arról tett tanubizonyságot, hogy bizony a rák nem válogat és akár a professzorasszony is lehet egyik napról a másikra áldozata ennek a körképnek.

A könyv fejezetei

■ I. RÉSZ: MELLRÁKSZÜRÉS (rizikótényezők, genetikai hajlam, a megelőzés módjai, szűrővizsgálatok, jóindulatú elváltozások); ■ II. RÉSZ: DIAGNOSZTIKA ÉS KEZELÉS (sebészi megoldások, sugárkezelés, kemoterápia, hormonkezelés, immunkezelés, mellrekonstrukciós műtétek); ■ III. RÉSZ: A GYÓGYULÁS (Érzelmi-, szexuális-, anyag-kérdések, állás-változtatás, életmód tanácsok); ■ IV. RÉSZ: FÜGGELÉK (a gyógyszeres kezelés lehetőségei, orvosi kifejezések szótára, ajánlott irodalom, internetes címek, mammográfiás központok Magyarországon, az emlőszűrés gyakorlata Magyarországon)

Középiskolai oktatócsomag a rákról

A Magyar Rákellenes Liga gondozásában napvilágot látott egy hiánypótló középiskolai oktatócsomag a rákról. Az oktatócsomag egyrészt a pedagógusoknak a rákkal kapcsolatos középiskolai egészségnevelő, illetve felvilágosító tevékenységét, az iskolás korosztály egészséges életmódra és egészség tudatos magatartásra nevelését hivatott sokoldalúan segíteni, ugyanakkor haszonnal forgatják majd a foglalkozásokra felkészülő vagy érdeklődő diákok is.

Az oktatócsomag részei

1.) Tankönyv: részletes, közérthető, olvasmányos stílusban közölt, gazdagon illusztrált ismeretek a daganatos betegségekről, különös tekintettel a középiskolás korosztályt érintő kérdésekre.

2.) Tanári segédkönyv: a foglalkozások javasolt óravázlatait tartalmazza, kiemelve az egyes témakörök fő mondanivalóját és az egészségnevelés legfontosabb üzeneteit.

OTS CÉGVONAL

Néhány szó a gyógytápszerekről
Gyógyító táplálkozás

A szakma hasznosnak tartja a közvélemény informálását az úgynevezett orvosi gyógytápszerek felhasználásával, hasznoságával kapcsolatban, mivel ezek a készítmények fontos, semmi mással nem pótolható szerepet töltenek be a daganatos betegségekben szenvedők rehabilitációjában.

Talán kevesen gondolkodtak még el azon, hogy az alultápláltság és a soványág két teljesen különböző jelenség. Korunkban egyre több szó esik az egészséges táplálkozásról. Kiadványok, előadások sora foglalkozik ezzel a kérdéssel, hiszen mindenki számára fontos, hogy lehetőségeihez mérten gondozza, ápolja testét, megőrizze egészségét.

Az egészséges táplálkozás legfontosabb alapelve az, hogy a szervezetünk számára nélkülözhetetlen összetevők (pl. fehérjék, vitaminok stb.) megfelelő arányban és mennyiségben szerepeljenek napi étrendünkben. Alultápláltság egyrészt az egyoldalú táplálkozás következményeként, de valamilyen kór, pl. daganatos megbetegedés eredményeként is felléphet.

OTS CÉGVONAL

CARCINÓMA | HÍRBLOKK

Együtt a rák utáni életért

A Magyar Rákellenes Liga tervei szerint évente megszervezik az „Együtt a rák utáni életért” kerekasztal konferenciát. E megbeszélés során mindig kijelölik a betegszervezetek számára a következő év céljait és az azok eléréséhez szükséges cselekvési programot, így biztosítva hozzájárulásukat a kormányzat onkológiai célkitűzéseinek ciklusokon átívelő, hatékony megvalósulásához.



Hazánkban küszöbön áll az onkológiai ellátás reformja. A kormányzati célkitűzések hatékonyabb elérése érdekében a rákbetegek magyarországi civilszervezetei cselekvően kívánnak részt venni a folyamatban. A kormányzati ciklusokon átívelő, minőségi élet meghosszabbítása érdekében ők maguk alkotják majd meg évente annak a programnak a mérföldköveit, ami 10 év alatt 10%-kal tervezi csökkenteni a rákbetegség halálozási statisztikáját.

Ezen elhatározás megvalósítására jött létre az „Együtt a rák utáni életért” kerekasztal konferencia terve. A Magyar Rákellenes Liga tervei szerint évente megszervezik majd a Kerekasztal megbeszélést, amelyen mindig kijelölik a következő év céljait és az azok eléréséhez szükséges programot. Az egy éves, a Kerekasztal keretében elfogadott cselekvési terv alapján a Liga és a betegszervezetek aktívan együttműködnek a kormányzattal a közös cél elérése érdekében.

A Kerekasztal megbeszélés nem politikai fórum, és nem ad helyt semmi másnak, mint egy, a betegszervezetek tevékenységére vonatkozó aktív, kormányzati ciklusokon átívelő, hosszú távú program létrehozásának.

A megbeszélés célja annak kimunkálása, hogy a témában dolgozó civil- és betegszervezetek hogyan tudják a leghatékonyabban elősegíteni a daganatos betegek túlélésének maximalizálását és a gyógyulás utáni minőségi élet folytatását. A fentiek értelmében a Kerekasztal felszólalásra is felkért meghívottjai a témában érintett legfontosabb szakmai szervezetek vezetői voltak:

- Dr. Kásler Miklós, főigazgató, Országos Onkológiai Intézet
- Dr. Szűcs Miklós, elnök, Onkológiai Szakmai Kollégium
- Prof. Dr. Udvardy Miklós, elnök, Haematológiai és Transzfúziológiai Szakmai Kollégium
- Prof. Dr. Böszörményi Nagy György, elnök, Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium
- Prof. Dr. Tulassay Tivadar, elnök, Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium

A felsoroltakon kívül számos további érintett szakma – pl.: gyógyszerészek, orvos-jogászok – képviselői, valamint állami hivatalok – pl.: EÜM, PM, OEP, Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága – is meghívást kaptak. A kitűzött hosszú távú

cél csak a civil szféra minden aktív szereplője együttműködésével érhető el, így a kezdeményező Liga további hat onkológiai betegszervezetet – közte az ILCO-t és a Rákbetegek Országos Szövetségét – von be a cselekvési program kialakításába.

WKOMM

Mammográfiás központok, szűrőállomások

Megye, főváros	Az intézmény neve	cím	telefon/fax
Bács-Kiskun	Bajai Kórház (MSZA)	6500 Baja, Rókus u. 10.	79/422-233 f: 79/425-575
Bács-Kiskun	Margit Kórház, Csorna	9300 Csorna, Soproni u. 64.	96/593-600 f: 96/593-000
Bács-Kiskun	Bács-Kiskun megyei Önkormányzat Kórháza	6000 Kecskemét, Nyíri út 38.	76/516-700 f: 76/481-219
Baranya	Baranya megyei Kórház	7623 Pécs, Rákóczi út 2.	72/232-666 f: 72/213-025
Baranya	Pécs M.J.V. Egyesített Egészségügyi Intézmények	7633 Pécs, Dr. Veress Endre u. 2.	72/255-833 f: 72/253-832
Baranya	PTE ÁOK Radiológiai Klinika	7624 Pécs, Ifjúság útja 13.	72/536-197 f: 72/536-199
Borsod-Abaúj-Zemplén	Megyei Kórház és Diósgyőri Kórház	3501 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76.	46/324-688 f: 46/323-694
Borsod-Abaúj-Zemplén	Diósgyőri Kórház	3509 Miskolc, Kórház út 1.	46/370-232 f: 46/532-339
Borsod-Abaúj-Zemplén	Semmelweis Kórház-Rendelőintézet és AA-MED Orvosi Ker. Kft	3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.	46/363-333 f: 46/562-551
Budapest	MaMMA Klinika Rt.	1125 Budapest, Fogaskerekű u. 4-6.	1/214-9713 f: 1/214-9713
Budapest	Országos Onkológiai Intézet	1122 Budapest, Ráth György u. 7-9.	1/224-8600 f: 1/224-8620
Budapest	Fővárosi. Önkormányzat. Szent János Kórház és Rendelőintézet	1125 Budapest, Diósárok u. 1-3.	1/458-3510 f: 1/458-4656
Budapest	HT Medical Center Kft. (MSZA)	1173 Budapest, Pesti út 177.	1/256-4655 f: 1/257-57341
Budapest	Semmelweis Egyetem ÁOK Budapest	1085 Budapest, Üllői út 26.	1/210-0300 f: 1/210-0307
Budapest	Fővárosi Önkormányzat Uzsoki u. Kórháza	1145 Budapest, Uzsoki u. 29.	1/251-5559 f: 1/251-7333
Budapest	Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórháza	1115 Budapest, Tétényi út 12-16.	1/203-3614 f: 1/203-3652
Csongrád	Szeged M.J.V. Önkormányzat. Szakorvosi Ellátás és Háziorvosi Szolgálat	6722 Szeged, Tisza Lajos krt. 97.	62/574-400 f: 62/471-711
Csongrád	Szegedi Tudományegyetem ÁOK Radiológiai Klinika	6701Szeged, Korányi fasor 8.	62/545-433f: 62/545-742
Fejér	Fejér megyei Szent György Kórház	8000 Székesfehérvár, Seregélyesi u. 3.	22/311-575 f: 22/312-955
Győr-Sopron	SMJV Erzsébet Kórház	9400 Sopron, Győri út 15.	99/312-120 f: 99/312-122
Győr-Sopron	Petz Aladár megyei Kórház	9023 Győr, Vasvári P. u. 2-4.	96/523-656 f: 96/440-167
Hajdú-Bihar	Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum	4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.	52/411-717 f: 52/447-750
Hajdú-Bihar	Hajdú-Bihar M. Önkormányzat. Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet	4043 Debrecen, Bartók Béla u. 2-26.	52/320-577 f: 52/511-841
Heves	Heves M. Önkormányzat. Markhot Ferenc Kórház	3301 Eger, Pf. 15.	36/411-444 f: 36/411-444
Jász-Nagykun-Szolnok	MÁV Kórház Szolnok	5000 Szolnok, Verseghy u. 6-8.	56/426-633 f: 56/421-105
Nógrád	Szent Lázár megyei Kórház	3011Salgótarján, Füleki út 64.	32/310-222 f: 32/522-025
Pest	Pest M. Önkormányzat. Flór Ferenc Kórház	2143 Kistarcsa, Semmelweis tér 1.	28/470-136 f: 28/473-256
Pest	Jávorszky Ödön Kórház, Vác	2600 Vác, Argenti Döme tér 1-3.	27/314-496 f: 27/314-693
Somogy	Kaposi Mór megyei Kórház	7400 Kaposvár, Tallián Gyula u. 20-32.	82/501-300 f: 82/411-535
Szabolcs Szatmár	Sz-Sz-B M. Önkormányzat. Jósza András Kórház	4400. Nyíregyháza, Szt. István út 68.	42/461-072 f: 42/595-182
Tolna	Tolna M. Önkormányzat. Kórháza	7100 Szekszárd, Béri Balogh Á. U 5-7.	74/501-601 f: 74/501-530
Vas	Vas M. Markusovszky Kórház	9701Szombathely, Markusovszky u. 3.	94/515-631 f: 94/515-656
Veszprém	Veszprém M. Csolnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet	8200 Veszprém, Kórház u. 1.	88/420-211 f: 1/210-0307
Zala	Zala megyei Kórház	8900 Zalaegerszeg, Zrínyi Miklós út 1.	92/507-500 f: 92/331-405
Zala	Nagykanizsa M.J. Város Kórháza (MSZA)	8800 Nagykanizsa, Szekeres József u.2-8.	93/502-000 f:

A prosztata rák Európában és az USA-ban a férfiak között a leggyakrabban észlelt rosszindulatú daganatos megbetegedés. A férfiak daganat okozta halálözsozi statisztikájában a 2. vagy 3. helyen áll (országától függően). Szintén 50 év fölötti korosztályban jelentkezik elsősorban. Kialakulásában több tényező játszik szerepet, melyek közül kiemelkedő az androgén (férfi nemi) hormonok hatása. Korai stádiumban, amikor még nincsenek áttétek a prosztata rák gyakran tünetmentes, vagy a tünetek megegyeznek a jóindulatú prosztata megnagyobbodás tüneteivel.

A prosztata rák gyakorisága miatt célszerű a kiemelten érintett korosztály (50 év feletti férfiak) szűrése. A szűrés két legfontosabb alkotóeleme a prosztatatának a végbélen keresztül újult történő vizsgálata és a prosztata specifikus antigén (PSA) meghatározása. Mindkét vizsgálatot évente kell végezni. Sokszor a prosztata rák már újjal tapintható, máskor azonban a PSA szint emelkedése hívja fel rá a figyelmet. A PSA szint azonban nem csak a prosztata rákban, hanem nagy prosztata esetén is magasabb lehet. Amennyiben a prosztata tapintási lelete, vagy a PSA emelkedés alapján daganat gyanú merül fel, akkor a prosztatából tübiopsziát (vékony tűvel mintát) kell venni szövettani vizsgálatra. Amennyiben a daganat csak a prosztatát érinti, s még nincsenek áttétek, akkor a daganatos prosztatát el kell távolítani, vagy esetleg besugarazni. Amennyiben a daganat már túlterjedt a prosztátán, vagy távoli áttétek vannak gyógyszeres kezelést alkalmazunk, mellyel az androgén hormonok hatását gátoljuk. Ennek a hormonellenes kezelésnek a hatása azonban az esetek nagy részében csak átmeneti, mert egy bizonyos idő után rezisztencia alakul ki vele szemben. Figyelembe véve: – hogy a prosztata rák gyakorisága a férfiak között az első helyen van; – hogy a daganatos halálozásban vezető helyet foglal el; – hogy viszonylag tünetszegény és nehezen lehet elkülöníteni a jóindulatú prosztata megnagyobbodástól; – hogy a korai stádiumú prosztatarák műtéttel teljesen meggyógyítható, – **fontos a prosztatarák szűrése, és megfelelő kezelése mely urológia szakrendeléseken, osztályokon kell, hogy történjen.** Azok a betegek, akiknek ilyen panaszai vannak, keressék fel az urológia szakrendeléseket.

A prosztata (dűlmirigy)

a férfi nemi szervekhez tartozó fontos mirigyes szerv, mely a spermaképzésben jelentős szerepet játszik. Ez a szerv, (valamint az ondóhólyag) termeli azokat az anyagokat, melyek a spermium életképességére, nemzőképességére döntő befolyással bírnak. A mintegy 20 grammos szerv közvetlenül a húgycsőhólyag alatt fekszik, körülvevé a húgycső kezdeti szakaszát. Közvetlen szomszédságban áll a végbéllel, ezért a tapintási vizsgálata a végbélen át történik. A prosztata speciális mirigyrendszerből épül fel, melyet úgynevezett

Nemzetközi Proszтата Nap

A Nemzetközi Proszтата nap – 2005.szeptember 15 – alkalmával egyszerre párhuzamosan több helyen tartott az országban az urológus szakma figyelemfelhívó rendezvényét, amelyen a prosztatazársrés fontosságát hangsúlyozták. Budapesten **Prof. Dr. Papp György** egyetemi tanár, osztályvezető főorvos, a Magyar Urológusok Társaságának Elnöke, **Prof. Dr. Romics Imre** egyetemi tanár, intézetvezető professzor, a Magyar Urológusok Társaságának vezetőségi tagja, **Prof. Dr. Répássy Dénes** egyetemi magántanár, osztályvezető főorvos, a Magyar Urológusok Társaságának főtitkára, **Dr. Tenke Péter** PhD osztályvezető főorvos, a Magyar Urológusok Társaságának vezetőségi tagja, **Dr. Gábor Edina** Főigazgató, Országos Egészségfejlesztési Központ valamint az Egészségügyi Minisztérium hívta fel a figyelmet arra, hogy a férfiak egészségi állapotát jelentősen javítható, ha időben fordulnak vizsgálatra szakorvoshoz. Debrecenben a DEOEC Urológiai Klinikájának igazgatója **Dr. Tóth Csaba** egyetemi tanár adott tájékoztatást és juttatta el sajtóanyagait szerkesztőségünknek.

hengerhám bélel. A mirigyeket körülvevő simaizomsejtek segítségével történik a prosztataváladék kiürülése a húgycső felé, egy bonyolult csőrendszeren keresztül.

Tekintettel arra, hogy a prosztata lényegében körülvetve a hügcső hátsó két-három centiméteres szakaszát, érthető, hogy a *prosztata bármely betegsége különböző vizelési panaszokat okozhat*: fájdalom, mely legtöbbször a végbél felé, a gerinc és a herék felé sugárzik ki. Különböző vizelési panaszokat okozhat: fájdalom vizelés, nehézzelérés, gyengült vizeletsugár, vizelet kiürítési idejének meghosszabbodása, gyakori vizelés, éjszakai gyakori vizelés, sürgősségi vizelési ingerek, vizelet elcsépeése, utócsépegés, a hólyag kiürülésének elégtelensége, végül, mint legsúlyosabb, a teljes vizelésképtelenség. Ezek a tünetek különböző mértékben, egymással kombinálódva jelentkeznek, ezért a beteg igen nehezen tudja értékelni és megfogalmazni panaszait. E fenti tünetek általában az ún. alsó húgyúti obstrukció tünetei, vagyis minden olyan folyamatot jeleznek, melyek a hügcső összenyomódása, vagy heges szűkülete miatt akadályozzák a hólyag kiürülését. Hasonló tüneteket okozhat a prosztata jóindulatú megnagyobbodása, a prosztata gyulladós betegségei, valamint a prosztata rák is.

A prosztata jóindulatú megnagyobbodása

Ez a betegség lényegében a prosztata mirigyrendszerének és szimaizon rendszerének, azaz azok sejtjeinek számszerű megsokszorozódása (hyperplasia). Ez azt jelenti, hogy a prosztata a normális méretének többszörösére növekedhet. Ez a betegség nem rosszindulatú, mégis a fenti tüneteket okozhatja, akár teljes vizeletrékedést is okozhat, ezért szakszerű kezelést igényel. A különböző természetgyógyászati és gyógyszeres kezelési lehetőségek mellett sok esetben szükségesé válhat urológiai sebészeti megoldás, mely lehet nyílt műtét, vagy endoszkópos (húgycsövön át végzett) műtét.

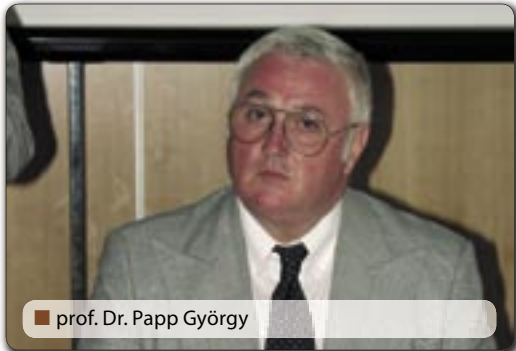
A prosztata rák

A rák a hámszövet rosszindulatú daganata. Bármely szervünkben, melyben hámszövet van, rák képződhet. A prosztata rák tehát a prosztata mirigyrendszerét alkotó hámszövetnek a rosszindulatú daganata. Csakis szakorvosi kezeléssel gyógyítható ez a súlyos betegség. Mivel a fentiekhez hasonló tüneteket okozhat, a körisme megállapítása csakis urológus szakorvos által végezhető. A végső diagnózis a tapintási vizsgálat, ultrahang vizsgálat és vérvizsgálat után csakis szövettani vizsgálaton alapulhat. A gyógyítás lehetőségei között radikális műtét, gyógyszeres terapia, sugárterápia és egyéb módszerek állnak, melyek közül az optimális megoldást urológus szakorvos választja ki.

Prosztatagyulladás

Bármely húgyúti gyulladás vagy ún. szexuálisan átvihető fertőzés szövődményeként jöhet létre a prosztata gyulladásos betegsége. A diagnózis a kórokozók/kórokok kimutatásával és más urológiai diagnosztikus módszerek alkalmazásával állítható fel. A kezelés az esetek túlnyomó részében helyesen választott gyógyszeres terápiával eredményes lehet. Ritkán sebészeti beavatkozás is szükségessé válhat.

Nyomatékosan hangsúlyozzuk, hogy azok a betegek, akik a fent részletezett tüneteket észlelik, ne kezeljék önmagukat kivizsgálás nélkül, hanem mielőbb forduljanak szakorvoshoz. Bármely, prosztatával kapcsolatos tünet, panasz hátterében más és más betegség állhat, ezért a szakszerű kivizsgálás elengedhetetlen. Magyarországon a prosztata betegségeinek világszínvonalú diagnosztikájára és kezelésére a magyar urológus szakma felkészült és jól szervezett rendszerben működik. Urológiai vizsgálatra bármely beteg közvetlenül, akár beutaló nélkül is jelentkezhet. Szeretnénk bátorítani a férfíntársadalmat arra, hogy legalább olyan könnyedén forduljanak urológus szakorvoshoz, mint ahogyan a nőbetegek nőgyógyászhoz.



Beszélgetés Tóth Csaba urológus professzorral

Prof. Dr. Tóth Csaba a Debreceni Egyetem Orvos – Egészségügyi Centrum Urológiai Klinika igazgatója. Idén ünnepelte 65. születésnapját, s ez évben újabb kitüntetéssel, „Magyar Felsőoktatásért Emlékplakett” ismerték el munkásságát.

Évszámokkal jelzett életrajza: 1964. diploma, 1968. sebész szakorvos, 1972. urológus szakorvos, 1991-ben az MTA doktora, 1994-ben habilitáció, „Kecskemét Városát Eü. Díj” 1994. épp úgy, mint a rendszeres és komoly sporttevékenységre utaló 2002-es év, amikortól is a DEAC elnöke. Orvos-szakmai és oktatási tevékenységét egyaránt több kitüntetés, elismerés minősíti, míg az Embert a hivatás mögött, az általa írt több szakmai könyv közül „Az aranycsapat sport-orvosának titkaiból” és a „Pillanatok” saját készítésű fényképei, természet és életkép fotói mutatják meg a legjobban. A természet és a sport szeretete veleszületett tulajdonsága. Harmadikosa gimnazistaként érte az a meghatározó élmény, amely végleg eldöntötte sorsát. Egy vakbélgyulladás megismertette az ifjú sportolóval a tehetetlenség, a megsemmisülés érzését. Majd a műtét után szembesült a „Tegnap halmi készülm, ma pedig sétálók...” csodájával, amit egy lenyűgöző, titkokkal teli helyen, a MÜTÖ-ben vittek végbe, melyet kérésére az ismerős műtősnő részletes megmutatás a lábadóköz betegnek. Tóth Csaba ekkor határozta el, orvos lesz, sebészorvos. 1995-től egyetemi tanár, a Debreceni Egyetem Urológiai Klinika igazgatója. Lapunk e minőségében kereste meg Professzor urat a Prosztaata világnap, valamint a III. Urológiai Ápolási Konferencia kapcsán.

■ Láttelek: Egyre inkább ráírnyul a figyelem a férfiak egészségvédelmére. Számukra a prosztata rák az egyik legfenyegetőbb rém, rendkívül magas halálozási arány. Hogyan lehetne ezen a helyzeten változtatni?

Dr. Tóth Csaba: Rendszeres szűrővizsgálattal a betegség még a tünetek megjelenése, esetleges áttétek kialakulása előtt felfedhető, így van remény a teljes gyógyulásra, míg a tünetek észlelésekor már csak a folyamat előrehaladását lehet egy időre – egy-két éves túléélés – lassítani, megfékezni. Különösen a vesélyeztetett korosztály, 50 év feletti férfiak részére fontos, hogy saját érdekében **kötelező** legyen az évenkénti prosztata vizsgálat. Ez egy **fizikális, manuális-, illetve laboratóriumi, PSA vizsgálatból áll.**

■ Láttelel: Egyes tanulmányok szerint a PSA szűrések nagyon sok esetben (80%) jeleznek hamis pozitív eredményeket, ezért a „tünetmentes populáció prosztatarák szűrését semmilyen korban nem javasolják”.

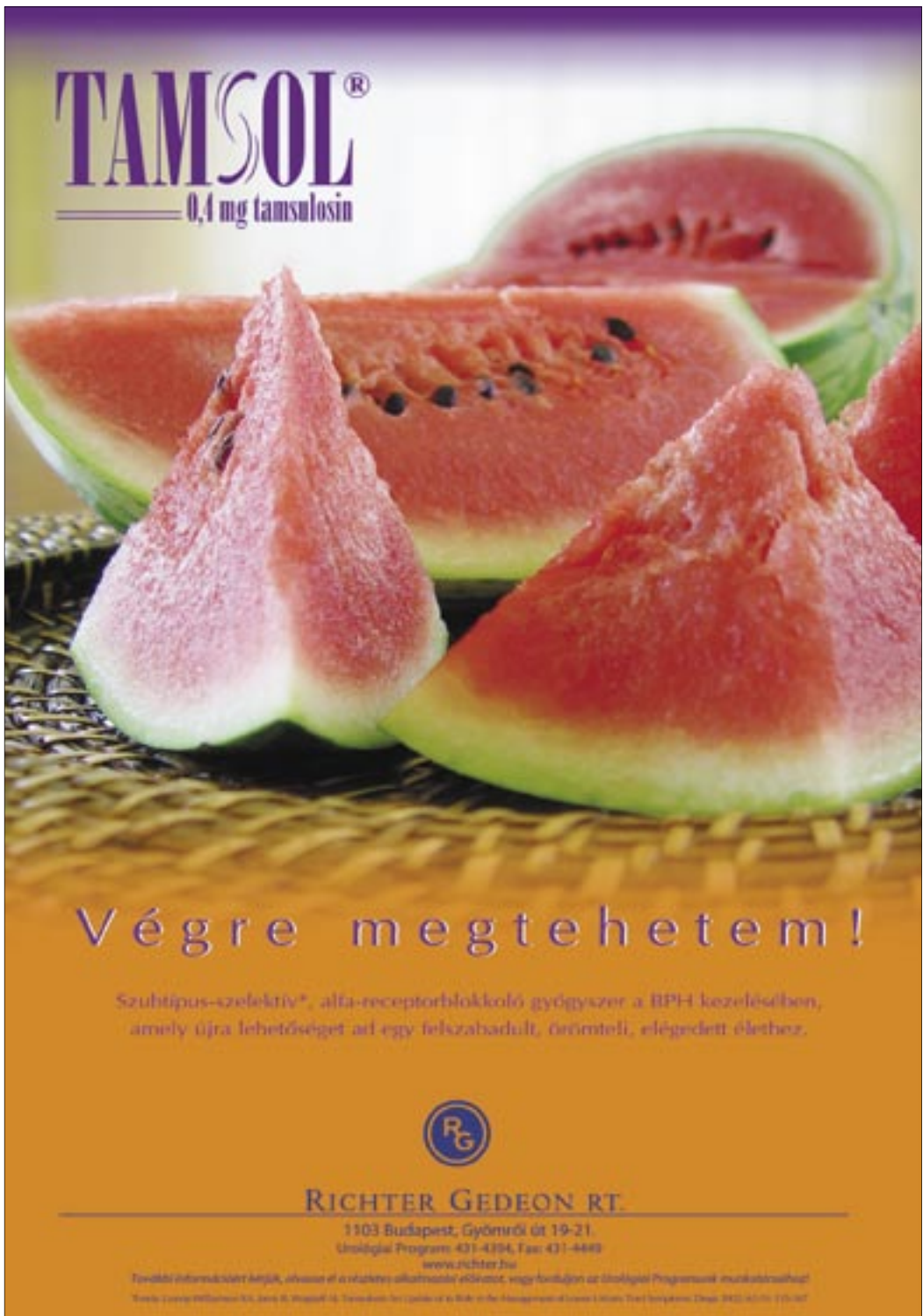
Dr. Tóth Csaba: A PSA szűrés nélkül nem lenne felfedezve korai stádiumban prosztatatarák. Amikor emberek életéről, gyógyulási esélyéről, esetleg életben maradásáról van szó, nem helyén való statisztikai adatokként kezelni egy problémát.

■ **Látélet:** Tul azon, hogy a prosztata rákra nincs – az emlí, vagy cervix-zsűrészés hasonló – szervezett és támogatott zsűrési lehetőség, a diagnosztizált esetek túlnyomó részében, egyes vélemények szerint a betegek 70%-ánál már daganattájtéteket adott a betegségre. Mi lehet ennek az oka, lehet ebben valami szerepe a különböző csodaszereket ajánló reklámoknak?

Dr. Tóth Csaba: Volt már rá példa, hogy egy-két éve szedett a beteg egy divatos készítményt, miközben sejtelmé nem volt a később diagnosztizált daganatról. Nagy hiba orvosi vizsgálat nélkül bármiféle reklámszert fogyasztani. Az tény, hogy nagyon sok esetben százalékos arányban én nem határozám meg –, a diagnózis felállításakor már túlhaladtott a betegség a kezdeti stádiumon. Magyarországon ugyan nincs megbízható rákregiszter, annyi azonban bizonyos, hogy a rosszindulatú prosztata daganatok száma nálunk is megfelel az európai átlagnak. A helyzet javításában egy szerepe lehet a felvilágosító munkának. Szemléletváltásra van szükség. Már az iskolában meg kell(ene) kezdeni az egészségtudatos életre nevelést. Rá kell venni a férfiakat, hogy jöjjenek el vizsgálatra! Ez utóbbiban a NŐK-re számítanék leginkább, kísérjék el párjukat, szeretteiket vizsgálatra, győzzék meg, bátorítsák őket.

■ **Látlelet:** A szakma, az orvos kollégák felé van-e valami üzenete Professzor Úrnak, kérése, ami segíthetné az együttműködést?

Dr. Tóth Csaba: Első sorban a háziorvosokhoz fordulnék: a férfi betegek esetében 40 – 50 éves kor felett ajánlják a prosztata vizsgálatot. A háziorvos kulcs-szerepet tölthet be mind a prevencióban, mind pedig gondozásban, hiszen leginkább neki van módja a hozzá tartozó családokban aktíve felkutatni az előforduló betegségeket, neki van lehetősége az első vizsgálatokat elvégezni és nyilvántartásba venni a betegeket, illetve amennyiben szükségesnek tartja vagy lehetőségei híján nem tudja kivizsgálni, szakellátásra irányítani pácienseit.



GE Healthcare – a csúcstechnológia

„A világ vezető diagnosztikai egészségügyi társaságaként azon munkálkodunk, hogy személyre szabjuk, s ezzel biztonságosabbá és hatékonyabbá tegyük az egészségügyi ellátást” – mondta Sir William Castell, a GE Healthcare vezérigazgatója és a General Electric alelnöke. – „Az elmúlt fél évszázadban a terápia terén jelentős fejlődés ment végbe, a következő 15 évben viszont a diagnosztikában is változások várhatók: egyre többet tudunk meg a különféle betegségekről és a páciensekről, így teljesen átalakul az egészségügy.”

Mindez az Észak-amerikai Radiológiai Társaság (RSNA) konferenciáján hangzott el, ahol a 2015. év technológiáját bemutató pavilont is nyitottak. A GE technológiai pavilonja az RSNA konferenciáján képet adott az egészségügyi kutatás és fejlesztés legújabb eredményeiről, beleértve az új, célzott diagnosztikai eszközöket, informatikai megoldásokat és képkalkotó berendezéseket, amelyek az eddigieknél jóval gyorsabban teszik lehetővé a betegségek előrejelzését, diagnosztizálását, az információszolgáltatást és a betegek kezelését. Az előrejelzés szerint a GE Healthcare által kifejlesztett diagnosztikai berendezések új generációjának segítségével a kutatók azonosíthatják az egyes betegségek genetikai ujjlenyomatait, amelyek előre jelzik e kórok kialakulását és valószínűsíthető lefolyását. A GE Healthcare géntechnológiáit alkalmazó orvosok megismerhetik a beteg egyedi genetikai profilját, így megjósolhatják, hogy milyen valószínűséggel alakulnak ki benne bizonyos betegségek, és rendszeres megfigyeléssel, általános életmódbeli és egyéb tanácsokkal megelőzhetik a bajt. A GE Healthcare piacvezető kontrasztanyagokat alkalmazó, korszerű diagnosztikai képkalkotó rendszerei olyan nagy felbontású strukturális és funkcionális képeket készítenek az élő szövetekről, amelyek segítségével az orvosok meghatározhatják a betegségeket és kiterjedésüket. A társaság például olyan új molekuláris ágenseket fejlesztett ki, amelyek képet alkotnak az angiogenezis, azaz az új véredények kialakulásának folyamatáról. Ettől a módszertől a GE Healthcare azt reméli, hogy az orvosok pontosabban és kisebb behatolás árán diagnosztizálhatják és gyógyíthatják a különféle betegségeket, köztük a rákot, valamint a

szív- és érrendszeri megbetegedéseket. A módszer alkalmazása felgyorsíthatja a sebek begyógyulását is. A GE Healthcare korszerű képkalkotó berendezései órákon vagy napokon belül kimutatják, hogy az alkalmazott terápia megfelelő-e. Korábban ehhez hetekre vagy hónapokra volt szükség. Ha kiderül, hogy a gyógyszerek nem fejtik ki megfelelőképpen a hatásukat, a radiológusok és más szakorvosok azonnal módosíthatják a beteg kezelését. A GE Healthcare ezenkívül felhasználja valamennyi részlege technológiáit, hogy a radiológusok egyre korszerűbben felszerelt helyiségekben értékelhessék a felvételeket.

A GE Healthcare a tekintetben is a világ élvonalába tartozik, hogy egyre korszerűbb eszközöket fejleszt ki a radiológusok számára, beleértve a kockaegeret, melynek révén gombnyomogatás nélkül is megtekinthetik és forgathatják a képeket, valamint a kéz használatát kiküszöbölő vezérlő rendszereket, amelyek emberi hangon kiadott utasítások hatására mozgatják a képeket. A cég azon fáradozik, hogy molekuláris szinten is megismerje a különféle betegségeket, így megállapíthassa, hogy a beteg az anyagszere során képes-e átalakítani az egyes gyógyszereket, így az orvosok a beteg függvényében határozhatják meg az alkalmazandó gyógymódokat. Ha jobban megértjük a betegségek természetét, sokkal célratörőbb és hatékonyabb terápiákat alkalmazhatunk, valamint kiküszöbölhetjük azokat a gyógyszereket, amelyek az adott beteg esetében nem hatásosak. Sokkal pontosabban előre jelezhetjük, hogy miként reagál a beteg a terápiára, milyen mellékhatásokkal jár egy-egy gyógyszer szedése, és mi lesz a betegség kimenetele.

„Egyre többet tudunk a molekuláris biológiáról, az elektronikáról, a nanotechnológiáról és a digitalizálásról, hogy ezzel is elősegítsük az orvosi diagnosztika fejlődését” – mondta Castell. – „Ez a folyamat azzal az eredménnyel jár, hogy a betegségek kései felismerésén és kezelésén alapuló jelenlegi, kórházközpontú modellt egy olyan betegközpontú modell váltja fel, amelyben reményeink szerint előre jelezhetjük és megelőzhetjük a betegségek kialakulását.”

A GE Healthcare társaságról további információ a www.gehealthcare.com című honlapon olvasható.

MTI

Engedélyezték

Engedélyezték az Európai Unió egészségügyi hatóságai a Cook Critical Care cég minociklinnel és rifampinnal átitatott Spectrum® katéterének európai forgalmazását. A döntés jelentős mértékben csökkentheti annak a valószínűségét, hogy az intenzív osztályon fekvő gyermekek katéterek használatához kapcsolt, véráramot érintő életveszélyes fertőzéseket kapjanak. Bár a Cook Spectrum katéterét az Egyesült Államokban, Kanadában, a latin-amerikai államokban és néhány más országban eddig is forgalmazták, ez az első alkalom, hogy a fertőzést gátló orvosi eszköz Európában is kapható lesz.

A Pediatric Critical Care Medicine című szaklapban 2003-ban közzétett egyik tanulmány szerint a központi vénás katéter alkalmazásával kezelt gyermekbetegek körében tízszeresére nő a katéterek használatához kapcsolt, véráramot érintő fertőzések (CRBSI) kockázata. A Pediatric Infectious Diseases című folyóiratban ugyanabban az évben megjelent egyik cikk arról számolt be, hogy a CRBSI az intenzív gyermekgyógyászati osztályokon bekövetkező súlyos megbetegedések, halálos esetek és hosszas bennfekvések egyik fő oka. A CRBSI a betegek 10-20%-nál halálos kimenetelű. A legújabb felmérések azt is kimutatták, hogy az intenzív osztályon fekvő gyermekek körében nagyobb a katéterek használatához kapcsolt, véráramot érintő fertőzések aránya, mint az intenzív osz-

OTS CÉGVONAL

Állami Szanatórium Sopron

Az Állami Szanatórium Sopron önkormányzati tulajdonba került. Prof. Dr.Schmidt Péter az Intézeti Felügyelő Tanács elnöke ismertette azt a határozatot, amely alapját képezhette ennek a döntésnek: „Az Állami Szanatórium Sopron Felügyelő Tanácsa megalakulása óta – a 23/1998. (XII. 27.) EüM rendelet alapján kötelezve – képviseli az ellátási területébe tartozó lakosság érdekeit. Az országos ellátási kötelezettséget érintő aktuális fejleményekről ezúttal maga kívánta tájékoztatni az ellátandó terület lakosságát (Magyarország egész területe), az érdekelt beteg-, civil- és szakmai szervezeteket egy országos fórumon. E tájékoztatást azért tartotta elkerülhetetlenül szükségesnek, mert az intézetet érintő

tulajdonváltkozás és az azt megalapozó szakmai előterjesztés az országos ellátás hozzáférhetőségének biztosítását vetíti elő, helyi és regionális érdek javára. És sem az Egészségügyi Minisztérium, sem Sopron Megyei Jogú Város Önkormányzata nem tartotta szükségesnek, hogy erről előzetesen informálja az ország lakosságát. Az intézmény főigazgatójának ezért javasoltuk, hogy határozatunkat ismertesse smjv Önkormányzata 2005. augusztus 26-ára összehívott rendkívüli Közgyűlésén, melynek napirendi pontja az Állami Szanatórium Sopron önkormányzati tulajdonba vételének kezdeményezése, határozathozatallal” – olvasható mindez azon a meghívón, amit a Látlelet kapott.

Szabad Demokraták Szövetségének közleménye

Mikola István a FIDESZ politikus a szerint kórházak magánosítását készítik elő és ezzel, „az egészségügyi ellátás biztonságát, a szolgáltatásokhoz történő hozzáférést veszélyeztető folyamatok indultak el” – ezért ezt meg kell akadályozni. Kökény Mihály válasza sem megnyugtatóbb, mivel arról biztosított mindenkit, hogy „szó nincs arról, hogy bárki is országos kórházmagánosításra készülne”... Mi liberálisok nem tudjuk elfogadni két olyan volt egészségügyi miniszter álláspontját – olvasható a közleményben – akik miniszterként nem voltak képesek az elfogadhatatlan színvonalú egészségügy rendbetételére. Ma is példaként szolgáló intézményeket működtetnek magánbefektetők. Nem egy közülük fideszes vezetésű városokban. Az sem véletlen, hogy a magyar egészségügy két jól működő területe: a háziorvosi rendszer és a gyógyszerforgalmazás is a magántőke bevonását követően produkált jelentős javulást. Az egészségügy biztonságát az veszélyezteti a leginkább, hogy sem a szocialisták, sem a konzervatívok nem képesek felismerni a változtatás szükségességét. Az SZDSZ kitart azon álláspontja mellett, hogy az egyetlen megoldás a magántőke bevonása az egészségügyben- mi modern, európai színvonalú egészségügyet szeretnénk, ezért egyikük véleményét sem fogadjuk el. (2005.szept.22)

HÍRINFO

Egészségügyi Világkongresszus

2006-os európai konferenciáján ismét találkoznak az állami és magánkézben levő egészségügyi intézmények vezetői, hogy megtárgyalják a hatékony ellátás legjobb módszereit. Az Egészségügyi Világkongresszus 2006-os európai konferenciáját a Párizs melletti Chantilly-ban levő Les Fontaines kastélyban rendezik meg március 30-án és 31-én.

A 2005 áprilisában megtartott első európai konferencia (www.worldcongress.com/europe) sikere után a jövő évi esemény résztvevői az egészségügyi ellátás hatékonyságát és gazdaságosságát leginkább fokozó módszerekre összpontosítják figyelmüket.

Mit kell tudni a Világkongresszusról?

A Világkongresszus alkalmat teremt az egészségügyi különféle területein tevékenykedő vezetők számára, hogy újszerű megoldásokat felvevő szakemberekkel találkozzva és különböző esettanulmányokat elemezve javítsák az egészségügyi ellátás gazdaságosságát, és növeljék színvonalát.

A 2005-ös konferenciáról többek között az alábbi vélemények láttak napvilágot

Gyakorlatias és célrátörő. Az előadók egyenesen a lényegre tértek, konkrét kérdésekkel foglalkoztak. Azt vizsgálták, hogy mihez kezdhetünk a rendelkezésünkre álló eszközökkel?

Mike Leers, a holland CZ cég vezérigazgatója: nagyszerű fórum, ahol véleményt cserélhettünk arról, hogy milyen új módszerekkel tehetjük az egészségügyi ellátást még hatékonyabbá.

Stephane Pichon, a brit GE Healthcare Financial Servicesértékesítési alelnöke: Kiváló rendezvény nagyszerű előadókkal.

Jean-Pierre Thierry, a francia Simone Weil kórházközpont igazgatója: A 2006-os konferencián több mint 400 kulcsfontosságú európai szervezet vezérigazgatói, pénzügyi és informatikai vezetői vesznek részt: ellátók, finanszírozók, beszállítók, ügyfelek, szakpolitikuskok és kormánytisztviselők. A kapcsolépítésre is kiváló alkalmat kínáló konferencián gondolatébresztő előadások hangzanak el, vitákat, fórumokat és kerekasztal-beszélgetéseket rendeznek, esettanulmányokat vitatnak meg, valamint gyakorlati bemutatókat tartanak. Az öt plenáris ülés – köztük a miniszteri találkozó – egyedülálló lehetőséget teremt a felmerülő időszerű kérdések alapos megvitatására, és a különféle életképes tervek meghatározására.

Kinevezték az országos szakfelügyelő főorvosokat

Az Egészségügyi Minisztériumban a mai napon Rácz Jenő szakminiszter átadta az újonnan kinevezett országos és regionális szakfelügyelő főorvosoknak a megbízásukról szóló okmányokat. Az újonnan megalakuló Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ keretén belül az ő feladatuk lesz a minőségbiztosításon alapuló szakfelügyeleti rendszer megszervezése.

Országos szakfelügyelő főorvosok:

Név	Szakterület
–	Addiktológia
Prof. Dr. Pálóczi Katalin	Allergológia és klinikai immunológia
Prof. Dr. Bogár Lajos	Aneszteziológia és intenzív terápia
Prof. Dr. Paragh György	Belgyógyászat
Prof. Dr. Hunyady János	Bőrgyógyászat és nemibeteg ellátás
Dr. Mészáros József	Csecsemő- és gyermekgyógyászat, neonatológia
Prof. Dr. Acsády György	Érsebészet
Dr. Kivovocs Péter	Fogászati ellátás
Dr. Ékes Erika	Foglalkozás-egészségügyi ellátás
Prof. Dr. Sziklai István	Fül-, orr-, gégegyógyászat
–	Gasztroenterológia
Zaletnyik Zita	Gyógytorna
Prof. Dr. Losonczy Hajna	Haematológia
–	Házi gyermekorvosi ellátás
Dr. Komáromi Zoltán	Háziorvosi ellátás
Dr. Szarvas István	Idegsebészet
Prof. Dr. Keller Éva	Igazságügyi orvostan
Dr. Ternák Gábor	Infektológia
Prof. Dr. Borbola József	Kardiológia
Prof. Dr. Fornet Béla	Képkalkotó diagnosztika
Dr. Dank Magdolna	Klinikai onkológia
–	Klinikai szaksz pszichológia
Dr. Fekete Mátyás	Laboratóriumi diagnosztika
Dr. Füzi Miklós	Mikrobiológia laboratóriumi diagnosztika
Dr. Kiss István	Nefrológia, művesekezelés
Dr. Káposzta Zoltán	Neurológia
Prof. Dr. Pávics László	Nukleáris medicina
Prof. Dr. Illés Tamás	Ortopédia
–	Orvosi rehabilitáció
Prof. Dr. Sági Zoltán	Patológia
Dr. Seffer István	Plasztikai és égési sebészet
–	Pszichiátria
Dr. Héjj Gábor	Reumatológia és fizioterápia
Prof. Dr. Kiss János	Sebészet
Dr. Martos Mihály	Sportszakorvosi ellátás

Az Egészségügyi Világkongresszus 2005-ös konferenciáján többek között a következő előadók szóltak fel

■ Maria Rauch-Kallat, osztrák egészség- és nőügyi miniszter; ■ Ansgar Gabrielsen, norvég egészségügyi miniszter; ■ Thomas Zeltner professzor, a svájci Szövetségi Közegészségügyi Hivatal igazgatója; ■ Markosz Kiprianu, az Európai Bizottság egészségügyi és fogyasztóvédelmi biztos; ■ Sir Nigel Crisp, a brit Egészségügyi Minisztérium egyik vezetője, a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) igazgatója; ■ George Halvorson, az egyesült államokbeli Kaiser Alapítvány egészségbiztosítási és kórháziügyi részlegének elnök-vezérigazgatója; ■ Steve Bolze, a franciaországi GE Healthcare International elnöke; ■ Erich Reinhardt, a német Siemens Medical Solutions elnök-vezérigazgatója; ■ Per Batelson, a svéd Capio csoport elnök-vezérigazgatója; ■ Karl Lauterbach, a Kölni Egyetem egészségügy-gazdaságtani és klinikai epidemiológiai intézetének igazgatója és sokan mások.

A Világkongresszus 2006-os tanácsadó testülete többek között a következő kiváló szakemberekből áll

■ Josep Figueras, az Egészségügyi Világszervezet európai egészségügyi rendszerekkel és egészségpolitikával foglalkozó megfigyelő központjának vezetője; ■ Richard Granger, a brit NHS Connecting for Health informatikai projektjének főigazgatója; ■ Per Batelson, a svéd Capio csoport elnök-vezérigazgatója; ■ G.H. Blijham professzor, az Utrechti Egyetem Orvosi Központja igazgatóságának elnöke; ■ Mike Leers, a holland CZ cég vezérigazgatója; ■ Victor G. Villagra, az egyesült államokbeli Health & Technology Vector, Inc. elnöke; ■ Dr. Roman Schenk, a német Protegia vezérigazgatója; ■ Sir Michael Rawlins, a brit klinikai minőségbiztosítást felügyelő NICE intézet elnöke; ■ Dr. Gerard Comyn, az Európai Bizottság Információs Társadalom Főigazgatóságának egészségügyi témákkal foglalkozó vezetője; ■ Albert van der Zeijden, a Betegszervezetek Nemzetközi Szövetségének elnöke, Nagy-Britannia; ■ Gerard de Pouvourville, a franciaországi egészségügy-gazdaságtani és igazgatási kutatóközpont (INSERM-CNRS) és a Gustave Roussy Intézet orvos-gazdaságtani részlegének igazgatója; ■ Martin McKee, a londoni Egészségtani és Trópusi Orvostani Intézet európai népegészségügyi kérdésekkel foglalkozó szakértője; ■ Mats Larson, a svéd ETHEL elnöke.

A konferenciával és programjával kapcsolatos legújabb információk és tájékoztató anyagok a <http://www.worldcongress.com/europe.html> honlapon olvashatók. OTS CÉGVONAL

Néhány szempont az egészségügyben dolgozókat közvetlenül is érintő kérdésekről.

V. Daganatos Beteg Gyógyításának feltételei Ma és Holnap

A daganatos megbetegedések elleni küzdelemben egyenrangú fontosságú az egészségügyi ellátórendszer felkészítése egy modern, korszerű, hatékony onkológiai hálózat kialakítása és működtetése.

1.) ONKOLÓGIAI ELLÁTÓRENDSZER
EURÓPAI HARMONIZÁCIÓJA:
– onkológiai centrumok kialakítása; – onkológiai ellátásban gyakorolt kompetenciák felülvizsgálata; – egységes szempontrendszerek kidolgozása; – betegirányítási rendszer az ANTSZ-k bevonásával; – OEP szerződések felülvizsgálata; – felkészülési idő biztosítása az átálláshoz.

2.) AZ EGYES ELLÁTÁSI SZINTEK FELADATA
Alapellátás: szűrés-ellátás- gondozás alapelveiről, fájdalomcsillapításról, gyógyászati segédellátásról és rehabilitáció lehetőségeiről permanens továbbképzés.

Onkológiai gondozók: feladatkörök konkrétizálása (szűrések szervezése, esetmenedzselés, alapellátás számára konziliáriusi szerepkör betöltése).

Megyei onkológiai ellátóhelyek: okológiai teamek létrehozása, szabályzat. Megyei központok beutalási rendjének, területi ellátási kötelezettségnek felülvizsgálata. Megyei központok gép-műszer felszereltségének áttekintése. Az ország le nem fedett területein központok létrehozása. Megyei központok tárgyi feltételeinek javítása.

Regionális onkológiai központok: regionális szintű multidiszciplináris teamek szervezése, gép-műszer parkjának felmérése, sugárterápiás géppark fejlesztési terve, beutalási rend felülvizsgálata, korszerű diagnosztikai lehetőségek szélesebb hozzáférhetősége (pl. PET) párhuzamos együttműködés a hagyományos centrumokkal.

Országos feladatok és az Országos Onkológiai Intézet fejlesztése: rákregiszter felülvizsgálata, üzemeltetése. Egyetemek, szakképző intézetek bevonásával graduális, postgraduális képzési programok, curriculumok. Hazai kutatások, kísérletek. Konzultációk, tapasztalatcsere, protokollok készítése. Onkológiai betegek hospice és rehabilitációs intézményrendszerek kiépítése.

Az onkológiai tevékenységről és a daganatok előfordulásáról szóló informatikai és adatszolgáltatási rendszerek fejlesztése: telemedicina, on line rendszerek, adattárház, teamek informatikai uton történő esetmegbeszélése.

VI. Humán erőforrás, oktatás, képzés

A szakdolgozók megoszlása szélsőséges területi egyenlőtlenséget mutat, ami rontja a komplex ellátás és a Nemzeti Rákellenes Program megvalósíthatóságát.

Vitaanyag

Nemzeti Rákellenes Program

www.eum.hu

A miniszterelnök szeptember végén három hónapos szakmai és társadalmi vitára bocsátotta a Nemzeti Rákellenes Programot, amelynek három legfontosabb alapeleme: a prevenció, a megújuló onkológiai intézményrendszer és a szakemberképzés: azaz a humán erőforrás. A program az Egészségügyi Minisztérium honlapján - www.eum.hu - bárki számára elérhető, letölthető.

Ezen változtatni kell, az alábbiak vonatkozásában:.
1.) Szakorvosképzés: elméleti és gyakorlati képzés, speciális ismeretek vonatkozásában
2.) Pszichológusképzés.
3.) Speciálisan képzett szakdolgozók
4.) Onkológusképzés és az onkológiai képzés más orvosi szakmákban

Érdembeni sajtófigyelés a témához

A Nemzeti Rákellenes Program legnagyobb erénye, hogy kormányzati programmá vált – mondta a Népszavának Kásler Miklós, az Országos Onkológiai Intézet főigazgatója. A főigazgató emlékeztetett arra, hogy a tervezet elődjét – az úgynevezett Nemzeti Rák Kontrollprogramot – még 1992-ben, szakmai viták után készítette el – és gondozta azóta is – az Onkológiai Intézet. Az eredeti elképzelésekből a legfőbb célkitűzés ugyan nem, de több elem is megvalósult már: egyebek mellett az onkológiai szakmai protokollok kialakítása, egyetemi tankönyv elkészítése, a vidéki egyetemeken onkológiai tanszékek alakítása, illetve a sugárterápia fejlesztése. Kásler Miklós úgy vélte, hogy bár a szűrőprogramok segítségével a rák korai szakaszában felismerhető és könnyebben kezelhető, az elsődleges megelőzés a több testmozgással és a helyes táplálkozással együtt járó életmódváltással igazán eredményes. Szerinte a megelőzés az intézményrendszer átalakításánál hatékonyabb, ugyanakkor hosszabb távon, 5-10 év alatt hoz eredményeket.

A főigazgató a program kulcselemének tartja, hogy az onkológiai ellátást a tervek szerint kizárólag a szakcentrumokban lehet majd végezni. Mint mondta: csupán ezzel a lépéssel Franciaországban körülbelül 10%-kal mérséklődött a rákban elhunytak száma. Az intézkedés szükségességét példázva felhívta a figyelmet arra, hogy Magyarországon jelenleg 450 helyen folyik kemoterápiás kezelés, miközben ezek közül 250 intézményben évente 1-5 beavatkozást végeznek. Ilyen alacsony esetszámmal nincs meg a kellő tapasztalat – vélekedett. A daganatos betegek esetében sokkal fontosabb, hogy az ellátóhelyen megfelelő szakmaisággal lássák el a beteget, így az a fontos, hogy a diagnosztiz felállítását követő egy-két napon belül a beteg a

megfelelő helyre kerülhessen. Az is célkitűzés, hogy sürgős esetben a megyei centrumokat egy órán belül el lehessen érni, és a központok töltések be a betegirányító szerepet. Kásler Miklós szerint ugyanis ma sok helyen gondot jelent, hogy a beteg nem a megfelelő intézményben kap ellátást, és mire elér oda, ahol gyógykezelését meg kellett volna kezdeni, addig már rosszabbak lehetnek gyógyulási esélyei. A kormány fokozatosan megteremti az egyik legkorszerűbb rákdiagnosztikai eljárás, a PET-CT társadalombiztosítási befogadásának a lehetőségét: jövőre 3000 vizsgálatot vásárolnak meg, a végső cél azonban, hogy évente 10 ezer beteg juthasson hozzá. Ennek költségét 2,5-3 milliárd forintba becsülik, ma egy vizsgálatért körülbelül 250 ezer forintot kell fizetni a betegeknek. Kásler Miklós szerint a PET-CT vizsgálatokat szakmai irányelvekbe, protokollokba kell illeszteni, azaz meg kell mondani, hogy milyen diagnosztikai eljárások és eredmények esetén alkalmazható. A szakember úgy

vélte, hogy a PET időnként nélkülözhetetlen eszköz, egyes esetekben azonban egyéb vizsgálatok is engedőek a pontos diagnózis megállapításához. A PET használatát szabályozó protokoll és irányelv a közelmúltban az Onkológiai Intézetben tartott konferencián megszületett, így azt a szakmának kötelezően alkalmaznia is kell majd.

A tervek szerint két éven belül olyan online rendszert alakítanak majd ki, amelyen keresztül követhető lesz, hogy a beteg hol és milyen ellátást kapott, az egyes intézményekben milyen leletei és vizsgálati eredményei születtek. Ezeket az adatokat így idővesztés nélkül lehet eljuttatni a kezelőorvoshoz, ami a rászorulóknak hatékonyabb gyógyításához vezethet. Az Országos Onkológiai Intézet pályázaton 80 millió forintot nyert az informatikai rendszer egységesítésére, fejlesztésére – mondta a főigazgató. Hozzátette azonban, hogy ezt a pénzt nem kizárólag az intézmény, hanem a megyei, illetve a regionális centrumok informatikai hátterének javítására használják. Úgy vélte ugyanakkor, hogy az összeg az induláshoz elég, a rendszer teljes átalakításhoz ennél több pénzre van szükség.

■■■

Szerkesztői kérdésre kapott vélemények

■ **Radiológus:** Evidenciává kell tenni, hogy a daganatos beteg kivizsgálásának és kezelésének irányítója az onkológus szakorvos és addig érdemben ne nyúljon a beteghez más, míg onkológiai vélemény – azaz terápiás terv nincs. E nélkül lehetetlen garantálni a daganatos betegellátás jó minőségét. Nota bene: Amerikában – mint ahogy a napokban az egyik szakirányú előadásán hallottam – a közelmúltban zajlott az a paradigmaváltás, amelynek eredményeként a radiológusok végzik a sebészek helyett a diagnosztikai kimetszéseket.

■ **Klinikai sebész:** Azzal egyetértek, hogy onkológus minden kezelés megkezdése előtt adjon szakmai véleményt és felügyelje a kezelés teljes menetét, a kontroll vizsgálatokat, hiszen onkológiai háttér nélkül nem lehet daganatos betegséget kezelni. Egyébként az onkológiai kezelésben nagyon részletes szakmai protokollok vannak és most van ez a protokollkérdés újra napirenden. Kötelezővé kell tenni, az egyéni eltérés kereteinek szakmai indoklás alapján történő lehetőségeivel. A protokollok alkalmazását eddig senki nem ellenőrizte és sajnos szakmai tudás hiányában sokan nem is alkalmazzák. Valóban volt „ahogy a főnök csinálja” szemlélet és ebbe sok minden belefért. A daganatos betegségek kezelésének alapvető követelménye, hogy terápiás bizottság működjön az adott intézményben. Most nevezték ki a szakfelügyelő főorvosokat és megítélésem szerint ez a kérdés rendezését és koordinálását jelenti. Például a leukémiában a szakmai kollégium már igen régen elérte, hogy megfelelő ellátóhelyen lehessen csak a beteget kezelni. Szerintem nagyon jó, hogy a figyelem középpontjába kerül a daganatos betegségek kezelésének kérdése és egységesítése, csak szkeptikusnak félek, hogy ebből a kérdésből is politikát csinálnak a pártok. *Ez pedig szegyenletes és méltatlan dolog lenne az ember fiához...*

Az Avemar helye a rosszindulatú daganatok komplex kezelésében

Avemar néven 1998. óta forgalomban levő, 2002. július 1-e óta törzskönyvezett, speciális – gyógyászati célra szánt – tápszer daganatos betegek részére. Magyarországon az Avemar az egyetlen olyan, vény nélküli készítmény, amelyet az egészségügyi hatóság rákbetegek kezelésére, az onkológiai terápiák (műtét, radioterápia, kemoterápia, immunterápia, stb.) kiegészítésére és támogatására jóváhagyott. Az egyidejű alkalmazáson túlmenően az aktív onkoterpia kezelési szüneteiben, és a terápia befejezését követően is alka lamazható, az eddigi ismeretek alapján korlátlan ideig. Jelenleg 15 országban van forgalomban.

A rákellenes hatás vizsgálata a készítmény komponensei közé tartozó benzokinonok irányából indult Szent-Györgyi Albert e téren végzett, de halála miatt félbeszakadt tevékenysége kapcsán, melyet a készítményt feltaláló Hidvégi Máté professzor és munkatársai folytattak. Maga a készítmény granulátum, amelyet vízben feloldva, szájon át kell alkalmazni.

Az Avemar hatásait – Magyarországon és külföldön etikai bizottsági jóváhagyással végzett, biometriailag értékelt klinikai vizsgálatok eredményei, és nem utolsósorban több mint hat éves alkalmazási tapasztalatok alapján – az alábbiakban foglalhatjuk össze. Az Avemar, a kezelési sémák részeként, az összes áttétképző rákban sikerrel alkalmazható a helyi kiújulások (recidívák, relapsusok), a nyirokcservi, valamint a távoli szervi áttétek (metasztázisok) kialakulásának megakadályozására, vagy jelentős késleltetésére, azaz a daganatos betegség előrehaladásának gátlására. Az Avemarnak az áttétek kialakulását gátló (antimetasztatikus) tulajdonsága a készítmény legkorábban felismert és máig legjelentősebb klinikai hatása. A készítménnyel elvégzett vizsgálatok azt is igazolták, hogy azokban az esetekben is hatékony, amikor a betegnek már szétszóródott (disszeminált) rákja van, azaz daganatos áttétek találhatók az elsődleges tumortól távoli szervekben is. Ilyenkor az Avemar alkalmazása a túlélési idő jelentős meghosszabbodását eredményezi úgy, hogy közben a beteg életminősége, fizikai teljesítő képessége meglepően jó, és jelentősen csökken a rosszindulatú betegség szinte kötelező velejárójának tekintett fáradékonyság. A már meglévő metasztázisok (pl. tüdő, csont) Avemar hatására bekövetkező csökkenését (regresszióját), sőt teljes eltűnését (remisszióját) is megfigyelték néhány esetben. A készítmény alkalmazásával a kemoterápiás kezelések mellékhatásai, ezeken belül is elsősorban a hematológiai mellékhatások csökkennek, megelőzhető a lázas neutropénia és az ezt gyakran követő szepszis kialakulása. Az Avemar tápszer neoadju-

váns felhasználásától mind a sebészeti beavatkozások szövődményeinek csökkenése, mind pedig a lábadozási időszak jelentős rövidülése várható. Mivel a készítmény egyéb daganatkezelési eljárásokkal és gyógyszerekkel káros kölcsönhatása nem lép, és számottevő mellékhatása nincs, alkalmazása az összes szolid rákfajtában és hemato-onkológiai rendszerbetegségben ajánlható. Az Avemarral kapcsolatos legtöbb klinikai vizsgálati eredmény vastag- és végbélrákra (kolorektális karcinóma) vonatkozik. E betegség minden stádiumában a készítmény adása a kötelezően alkalmazandó helyes gyógyító eljárás része. Rosszindulatú festékes anyajegy daganatban (melanóma) az Avemar – az aktív onkoterpia kiegészítéseként alkalmazva – III-as stádiumban is képes megállítani a betegség progresszióját, tehát amikor a daganat már helyileg előrehaladott, és a környéki nyirokcsomókba már áttéteket adott. Szájüregi rákokban a citosztatikus kezelés hatásosságát Avemar adásával sikerült jelentősen javítani úgy, hogy ezzel együtt az életminőség és a táplálkozási készség is jelentősen javult. A nyálmirigy, a gége és a garat rosszindulatú daganatai is eredményesen kezelhetők a kiegészítő Avemar alkalmazásával. Urológiai tumороk közül hólyagrákban citosztatikus kezeléssel mellett, a vese világos sejtjes carcinomájában citosztatikus és immunterápia mellett szupportív céllal alkalmazott Avemar kezeléssel kapcsolatban a progresszió gátló hatás növekedését tapasztalták. prosztatában is megfigyelték a csontáttétek növekedésének gátlását, néhány hormonterápiára rezisztens esetben képalkotó eljárásokkal dokumentált jelentős regressziót tapasztaltak. Hepatocelluláris karcinóma előrehaladott stádiumában is sikerült regressziót igazolni, operábilis esetekben pedig az elsődleges tumor eltávolítását követően a recidíva kialakulását sikerült késleltetni az Avemar folyamatos alkalmazásával. Emlőrákban a csontáttétek csökkenési aránya Avemar hozzáadása esetén magasabb, mint hagyományos kezeléssel mellett. Aktív onkoterápiára alkalmatlan, nem kissejtes tüdőrákban szenvedő betegekben kizárólag Avemar kezeléssel sikerült képkalkotó eljárással igazolt regressziót létrehozni. Bár az Avemart szedő betegek követése csak az esetek csekély részében lehetséges, az ismeretessé vált eredményes kezelések sorában petefészekrák, gyomorrák, adenopapillaris pajzsmirigy-rák, non Hodgkin limfóma és myeloma multiplex esetei is szerepelnek. Ebből arra lehet következtetni, hogy az Avemar terápiás spektruma lényegesen szélesebb, mint amit a klinikai vizsgálatok adatai alapján eddig határozottan ki lehetett jelenteni.

Dr. Farkas Elek klinikai onkológus főorvos

Nemzeti Rákellenes Program

Gondolatok a hazai onkológiáról 2005-ben

► az 1. oldal folytatása

Fővárosi és megyei onkológiai gondozók létesültek, amelyek feladatul tűzték ki a gondozást, a nyilvántartást éppúgy, mint a korai felkutatást. Ez nőgyógyászati vonalon, a kolposzkópos szűréssel indult meg. Az ooi feladata volt az onkológiai szak- és továbbképzés is. Megalakult a sugárterápiás, majd a klinikai onkológiai tanszék. A tudományos élet számára 1954-ben Onkológus Szakcsoport, folytatásaként pedig a Magyar Onkológusok Társasága létesült. A daganatos betegek számának növekedése szükségessé tette a kutatás és a gyógyítás párhuzamos fejlesztését. E célból alakult meg az ooi területén már 1954-ben az Onkopatológiai Kutató Intézet (OI) (4).

Számos európai államban, például Franciaországban, Olaszországban, Lengyelországban, valamint az USA-ban, Kanadában és az egykori Szovjetunióban már az 1930-50 közötti években felismerték a rosszindulatú daganatok kérdésének súlyos demográfiai, gazdasági és társadalmi következményeit, és olyan központi intézményeket hoztak létre, amelyek elméleti és gyakorlati vonalon egyaránt keresték a választ. Így alakultak meg a minden onkológiai tevékenységre kiterjedő, „komprehenzív” rákcentrumok. Büszkén mondhatjuk, hogy Magyarország ezzel az irányzattal időben is lépést tartott. Más államokban egyetemi intézetek, központi kórházak látták el ugyanezt a feladatot (Ausztria, Németország, Svájc, Csehország, Dánia, Ausztrália stb.), vagy később „nemzeti intézeteket” létesítettek (Spanyolország, Hollandia, Norvégia, Belgium, Japán stb.). A rákkérdéssel azonban mindenütt kiemelten foglalkoztak, és az intézmények együttműködését világviszonylatban a Nemzetközi Rákunió (UICC) biztosította. Ennek hazánk már az ooi megalapítása után néhány évvel tagja lett (5). A daganatellenes küzdelemben az ooi az elmúlt három-négy évtizedben sok tekintetben betöltötte központi irányító szerepét, voltak azonban kevésbé eredményes területek is.

Vegyük sorba a sikereket és a hiányosságokat! A rákkutatás – az Onkopatológiai Kutató Intézet és a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Kórbonctani Intézete tevékenységével egyidejűleg – lendületesen fejlődött, és számos egyetemi intézet vagy klinika kutatási profiljában szerepet kapott. Ezt bizonyítják a négy hazai egyetem kémiai, biológiai, biokémiai, mikrobiológiai és egyéb tanszékein, továbbá a Kísérletes Orvostudományi Kutatóintézet vagy a Szege-deni létesült Akadémiai Kutatóintézet tevékenysége nyomán született, nemzetközileg is elismert kutatási eredmények. Ezzel egy időben a rákkutatás az iparban is fontos szerepet játszott. A Gyógyszeripari Kutatóintézet, egyes gyárak (Chinoin, Richter, Wander, Biogal stb.), kémiai, gyógyszerészeti, állatorvosi tanszékék szintén jelentősen hozzájárultak ahhoz, hogy a magyar rákkutatás nemzetközileg is nyilvántartsák. Ennek egyes bizonyítékaként a Nemzetközi Rákunió négyévenkénti világkongresszusát 1986-ban már Budapestén tartotta, több mint hatezer résztvevővel (6). A kutatást központilag finanszírozó szervek (OMFB, OTKA stb.) pénztárcája – ha szűkösen is, de – szintén kinyílt.

A nemzetközi rákkutatás súlypontjait a hazai rákkutatás jól követte. Külföldi tanulmányutak és ösztöndíjak révén már a hetvenes évektől számos kutató elsajátíthatta a korszerű kutatási technikákat, és a nemzetközi együttműködés is megindult. Ez, a külföldi intézetek részére azzal az előnnyel járt, hogy kiválóan képzett, sokszor zseniális kutatókkal, de legalábbis szorgalmas munkaeörével gyarapodtak. Sajnos azonban, az adott kutatás a hiányos hazai infrastruktúra miatt itthon nem folytathatótt. A kilencvenes években a hazai rákkutatás jelentős változáson ment keresztül. Könnyebb lett a kapcsolattartás a külföldi intézetekkel, megszűnt a kutatási témák hazai kizárólagossága, és az infrastrukturális beru-házások kényszerpályája is megváltozott. A nemzet-közi cégek katalógusaiból kiváló kutatási eszközöket lehetett beszerezni, csak éppen pénz kellett hozzá. A keret viszont még szűkösebb volt – ma is az –, ezért még több kutató kényszerült és kényszerül külföldre. A kutatók számára kényelmes, ám sokszor vitatható, korábbi központi pénzelosztást a pályázati rendszer váltotta fel, amelynek meg kellett ismerni a fortélyait. Előnye, hogy a téma eredetiségét, aktualitását, valamint a kísérletek megvalósítását könnyebben át lehet tekinteni, hátránya viszont, hogy a pályázat megírása időigényes. Az eredmények elbírálása szintén hosszú adminisztratív folyamat. Mindez azt jelenti, hogy ma-gára a kutatásra kevesebb idő jut.

A magyar rákkutatás ma már a nehézségek ellené-re is szerves része a nemzetközi munkának. Számos nemzetközi tudományos társasági tisztséget – sőt, el-nökséget – magyar szakemberek töltenek be, és alig van rangos külföldi tudományos folyóirat, amelyben ne szerepelne legalább egy-két magyar szerző neve. Van magyar szerkesztésű, angol nyelvű folyóiratunk is (7). A tudományos rendezvényeken kutatóink szin-tén fontos szerepet játszanak, és a külföldi kutatási szervezetek együttműködésében is tevékenyen részt vesznek (8). Mindazonáltal az eddiginél lényegesen több anyagi támogatásra és a kutatók tényleges anyagi és erkölcsi megbecsülésére volna szükség ahhoz, hogy a jelen helyzet ne romoljon, hanem javuljon. Ez a be-fektetés közvetve térül meg.

Daganatdiagnosztika

A daganatos betegek kezelésének alappillére a kom-plex diagnosztika, amely megköveteli a szakmák szoros együttműködését. Tudatosítanunk kell, hogy a beteg nem az én betegem, hanem a mi betegünk. Ezzel a szemlélettel dacolt az orvos mindenhatóságába ve-tett bizalom, és olykor egyes orvosok önhittsége. Az elmúlt évtizedben azonban kedvező elmozdulás tör-tént: sokan belátják, hogy a szubdiszciplínák rohamos fejlődésével aligha lehet lépést tartani, ezért a folya-matos konzílium nélkülözhetetlen. A laboratóriumi vizsgálatok terén több probléma vár megoldásra. Első helyen áll a szakma orvosi elnéptelenedése, amely a vizsgálatok értékelésének és esetleges centralizáció-jának akadály. Hozzájárul ehhez a reagenshiány is. További alapvető hiányosság, hogy a mikrobiológiai, virológiai és mikológiai módszerek lassan „fehér fol-tokká” válnak, s ez a korrekt és korszerű betegellátást már-már veszélyezteti (9).

A képkapító eljárásokhoz használt műszerpark el-avult, amortizálódott. Az elmúlt tíz évben szaporodott ugyan a CT-vel is rendelkező intézmények száma, de még mindig vannak olyanok, amelyek csak a betegek küldözgetésével tudják megoldani a feladatot. Emiatt a várakozási idő jelentős, ami onkológiai betegek ese-tében különösen megengedhetetlen. Még ritkábbak az MR-rel rendelkező intézmények, és az ultrahan-gos vizsgálóhelyekből sincs elegendő. Ki kell emelni a PET-vizsgálati lehetőség rendkívül szűkös voltát. Az ehhez szükséges, rövid felezési idejű izotóppal jelzett vizsgálati anyagok előállítása az országban jelenleg mindössze egy ciklotronban, Debrecenben történik (2005-ben két új PET-centrum nyílt meg Budapesten, amelyek egyike saját maga állítja elő a vizsgálati anya-gokat. Sajnos egyelőre mindkét intézményben főleg a fizetős betegeket tudják fogadni). A radiológiai terüle-ten a szakemberhiány is kirívó, és ez a daganatgya-nús betegek kivizsgálását igencsak hátráltatja (10). Az onkológiai betegek endoszkópos vizsgálata általában időben megtörténik, az elhasznált műszerek cseréje azonban számos vizsgálati egységben évek óta szintén aktuális. A szakemberhiány itt is mutatkozik, de az utánpótlás ígéretesebb, mint a fent említett szakmák-ban. Az új diagnosztikus eljárások (endoszonográfia, virtuális kolonoszkópia stb.), valamint a különböző invazív, terápiás célzatú beavatkozások (polipectomia stb.) bevezetése folyamatos vagy legalábbis megindult (11). Ezt a folyamatot feltétlenül gyorsítani kell.

A kórisme legfontosabb pillére a szövettani véle-mény. Ezt megelőzi a citológiai tájékozódás, amely-nek módszereit hazánkban már a hetvenes években rendkívül magas szinten bevezették és az elmúlt évek-ben sikerrel továbbfejlesztették. A vizsgálati módszer ma nemcsak a méhnyakrák, hanem úgyszólván vala-mennyi daganat gyanúja esetében hozzáférhető (12). Szomorú tény, hogy a vizsgálatokat népességszűrés céljára csak korlátozottan veszik igénybe. A szöveta-tai vizsgálat jelentősége napjainkban nagyon me-nőtt. A korszerű lelet nemcsak a daganat morfológiáját jellemzi, hanem biológiai tulajdonságairól is számot ad. Ehhez hozzájárul, hogy kórházi tulajdonságokat elemez („prediktív markerek”). A kórsvöetvteni diag-nózis felállításához tehát széles körű vizsgálat vezet, amely a klasszikus morfológiai elemeken kívül im-munhisztokémiai, biokémiai, molekuláris patológiai és molekuláris genetikai vizsgálatokra épül. A mai kórboncnoknak nemcsak megfelelő klinikai adatokra, hanem jól felszerelt laboratóriumokra, reagensekre és bőséges elméleti tapasztalatra is szüksége van ahhoz, hogy a követelményeknek megfeleljen. Az is szüksé-ges, hogy ne csak a kérdéses daganatból, hanem minél több nyirokcsomó metszetéből tájékozódhasson. Ez pedig azt jelenti, hogy az anyag feldolgozásának ideje jelentősen meghosszabbodik (13). Ezek után érthető, hogy a patológus szakemberek hiánya ma drámainak nevezhető. Nemcsak kevesen vannak, nagyon keve-sen, hanem többségük – több mint a létszám fele – 60 éven felüli, utánpótlásuk pedig alig van. Minthogy az onkológiai betegek sikeres kezelése nagyrészt a pon-tos kórismétől, stádiumbeosztástól és kórhóslattól függ, ebben az ügyben sürgősen lépni kell!

Kuratív és palliatív kezelés

Élénk vita folyik arról, hogy az öt- vagy a tízéves tü-netmentesség tekinthető-e gyógyulásnak. Vannak daganatok, amelyek soha többé nem újulnak ki, és vannak, amelyek 10 év után is újra nőhetnek. Ezért a gyógyítás elsődleges célja mindig a végleges, de lega-lábbis a lehető leghosszabb ideig tartó tünetmentesség. Ha ezt sikerül elérni, a tevékenységünk valóban „ku-ratív”. Egyre több olyan molekuláris gyógyszerünk van, amellyel hosszabb időre, évekre is panaszmentes-sé tehetjük a beteget, a daganat fennállása mellett. Ez tehát olyan palliáció, amely nemcsak az életminőséget javítja, hanem az élettartamot is meghosszabbítja. Saj-nos azonban a betegek mintegy harmadában csupán a panaszok enyhítésére szorítkozhatunk. Ez a palliatív terápia másik célja.

A kuratív kezelés három oszlopa ma is a sebészi, a sugaras és a gyógyszeres kezelés. A sebészi terápia sze-repe alapvető, mert célja nemcsak a daganat eltávolítá-sa és az általa okozott tünetek kiküszöbölése, hanem a további kezelés megtervezéséhez szükséges biológiai információk szolgáltatása is. A magyar daganatseb-észet szakmai színvonala napjainkban a nemzetkö-zi élvonalhoz tartozik. Vannak területek, például a

szervtranszplantáció, ahol mennyiségi szempontból még nem értük utol az élenjáró országokat, de ennek is jórészt az eljárások költségessége az oka. Az eszköz-hiány felszámolása, a daganatsebészeti tevékenység centrumokba tömörítése megoldásra váró probléma. E téren főleg a patológushíány akadályozza az iga-zí, „komplex” kezelés rutinszerű gyakorlatát (14). A sugárterápia helyzete még most sem kielégítő (15). A sugárforrások száma az országban fokozatosan nő, de még mindig nincsen elegendő centrum, amely az egyre több daganatos beteg kezelési igényét ki tud-ná elégíteni. A várakozási listákon helyenként négy héten túli előjegyzési időpontok szerepelnek. Bár lé-tesültek világszínvonalon működő centrumok is, de általában az amortizáció késedelmé és a szakorvos-hiány a jellemző. A sugárterápia oktatása a medikusok számára több egyetemen még csak esetleges, emellett a fizikusok és a tapasztalt kiszolgálószemélyzet után-pótlása is nehéz. A daganatok gyógyszeres kezelésé-ben világszerte forradalmi változások mennek végbe. Nemcsak új gyógyszerek kerülnek forgalomba, hanem alkalmazásuk is átalakulóban van. Előtérbe kerültek a „prediktív markerek”, amelyek egyrészt kórhóslás-ra lehetnek alkalmasak, másrészt megkönnyíthetik a hatásos gyógyszer kiválasztását molekuláris analízis segítségével. Emellett a betegek következetes stádium-ba sorolása is hozzájárulhat ahhoz, hogy az adjuváns és neoadjuváns kezelés a rossz prognózisú esetekben mindig megtörténjen, a jó prognózisúaknál viszont ne (16). A szakemberek többsége a kongresszusokon való részvétel és a bőséges elektronikus tájékoztatás révén ismeri a daganatellenes gyógyszerek kezelé-s módjait. Nagyon sajnálatos, hogy az ismeretek elter-jedését jobbra csak a gyógyszeripar támogatja, a köz-ponti irányítás nem tartja fontos feladatának.

A bizonyítékokon alapuló orvoslás elve és gyakorla-ta, ha késéssel is, de érvényesül, és a daganatos betegek gyógyszeres kezelése elviekben biztosított. A gyógy-szerek hozzáférhetőségét azonban az ország szűk anyagi helyzetéhez szabták. Bürokratikus eljárások késleltethetik az új és többnyire drága gyógyszerek egyedi beszerzését. A gyógyszerek beadásához szük-séges infrastruktúra (onkológiai szakemberek, kórházi-szakrendelői háttér stb.) fokozatos fejlesztés alatt áll, ám sok intézményben – kifogásolhatóan – ennek hiá-nyában is végrehajtják a kezelést. Ennek szabályozása sürgős szervezési feladat (17). A palliatív célú sebészi kezelés javarészt rutinfeladat, és a sugárkezelés is el-érhető. Az életminőséget javító, palliatív gyógyszeres fájdalomcsillapítás kiterjesztése a háziorvos irányá-ban – több-kevesebb sikerrel – megtörtént. Teljesen megoldatlan azonban az egyedül élő, kórházi ellátá-sra szoruló betegek ápolása. Emellett a gyerekcipőben járó hospice-rendszer és az otthonápolás is azonnali erkölcsi és anyagi támogatást igényel.

A daganatok megelőzése

A rák kémiai és biológiai eredetének megismerésével az elmúlt két évtizedben a megelőzés világszerte a tu-dományos érdeklődés előterébe került. A who több-szörös felhívására kormányzati tényezők is tudatosí-tották azt a felfogást, hogy a daganatellenes közdelem esélyei sokkal kedvezőbbek, amikor a rák még nem alakult ki (primer prevenció) vagy ha korai stádium-ban kerül felfedezésre (szekunder prevenció) (18). Számos országban érhetően főleg a primer preven-ciőt tűzték ki feladatuk, hiszen a környezeti ártalmak csökkentése nemcsak egyéni, hanem állami feladat is. A tudományos eredmények mellett a költség-ha-tékonsági számítások is ezt a választást indokolják. Ma már bizonyos például, hogy a dohányzás a rák keletkezésének egyik oka. Ugyanakkor az is nyilván-való, hogy a dohányipar a költségvetés nagy befizetője. Azok az országok, amelyek ezt a dilemmát radikálisan az egyén javára oldották meg, ma már tapasztalhatják a tüdőrák gyakoriságának csökkenését. Hazánkban – jöllehet Európa rákgyakorisági és halálozási listáján tüdő-, gége- és szájüregi rák szempontjából is az első helyen állunk – ez még nem történt meg. A fiatalok és a nők dohányzási szokásai tovább romlanak, a do-hányzás elleni küzdelmet tehát minden eszközzel és növekvő intenzitással folytatni kell!

A primer prevenció további feladata a daganatke-letkezés számos más oki tényezőjének – munkahelyi ártalmak, környezeti karcinogének – kiküszöbölése. A törvényhozás minden eszközzel igyekszik e veszé-lyeket elhárítani, de az emberi mulasztások miatt ez nem mindig sikerül. A primer prevenció fontos része az egészséges életmód propagálása is, ami az egyéni prevenció alapköve (19).

A szekunder prevenció ismert eszköze a szűrés. A népességszűrés célja a halálozás csökkentése a rák előtti állapotok és a korai, tünetmentes daganatok felfedezésével, a veszélyeztetett népességben. Emellett vannak olyan veszélyeztetett népességcsoportok (kor, foglalkozás, genetikuss terheltség stb.), amelyekben a célzott szűrésnek is van létjogosultsága. Hazánkban a who-ajánlások nyomán a méhnyakrák citológiai és az emlőrák mammográfiás szűrése van folyamat-ban. A colorectális rák (vastag- és végbélrák) korai felkutatása még csak modellkísérletekben indult meg a székletben emésztett vér kimutatásával. Szomorú, hogy jelenleg a felajánlott szűréseken a veszélyeztet-tett népességnek csak csekély hányada jelenik meg (20). Még kevésbé elfogadható, hogy a célzott szá-jüregi szűrés meg sem indult, holott az elmúlt két év-

tizedben megháromszorozódott a szájüregi daga-na-tok okozta halálozás. A megelőzésre tehát főképpen figyelmet, energiát és pénzt kell fordítani. Minden eszközzel meg kell változtatni a népesség drámaian romló értékrendjét. Az egészségnévelést már az övo-dás-iskolás korban el kell kezdeni. A tömegsportok támogatása is elsőrendű feladat.

A jövő feladatai

Az onkológia fejlődésének legközelebbi jövőjét és az ehhez vezető utakat a jelenlegi helyzet felmérésekor vázoltuk (21). Sokkal nehezebb azonban megjósolni azokat a változásokat, amelyek a humán genom meg-ismerése nyomán rohamléptekkel fejlődő orvostudo-mányban akár csak egy-két év múlva bekövetkeznek. A rákkeletkezés bonyolult biológiai probléma, amely-ben a legújabb genetikai kutatások alapvető össze-függéseket tártak fel. Mindenkinek egyedi daganata van, amely hasonlíthat vagy esetleg alig hasonlít má-sokéhoz. Az egyedi daganat kezelése is egyedi. Annak a valószínűsége azonban, hogy másokéhoz hasonlít, a protokoll szerinti kezelést teszi szükségessé, hiszen ez jelenti a nem százszaalékos, de mégis legnagyobb esélyt a gyógyulásra. Ha azonban bármilyen kezelé-si módszer bevezetése előtt mód nyílik a hatásosság vagy hatástalanság megjósolására, az egyedi kezelé tesz lehetővé. A prediktív markerek meghatározása erre módot nyújthat a jövőben. A kromoszómák in-stabilitása vagy stabilitása például colorectalis daga-natok esetében két jól elválasztható csoportot külö-nít el, „magas és alacsony” kockázatuákat, akik ezért intenzív, illetve kevésbé intenzív kezelést igényelnek. Hasonló törekvással találkozhatunk más, nagy gya-koriságú daganatok (emlőrák, prosztatarák, tüdőrák stb.) esetében is. Fontos lehet a jövőben a microarray (nukleinsav-chip-origo) vizsgálatok rutinszerű hasz-nálata, amely a célzott, molekuláris gyógyszerterápia esetleges hatékonyságára vonatkozóan adhat felvilá-gosítást. E módszer hazai elterjesztésére a költség-ha-tékonsága is ösztönző tényező lehet (22).

Előrevetíthető, hogy a sebéset a komplex terá-pia keretében a minél kisebb csonkítást megkövetelő műtétek irányába fog fejlődni. Ugyanakkor a sebé-szek egyre bátrabban fognak áttéteket eltávolítani, és fiatalabb betegek esetében sem óvakodnak majd a szervtranszplantációtól. Az is biztos, hogy a sugár-terápia továbbmegy az akadályok leküzdése útján: új sugárforrások várhatók, a sugártervezés tökéletesíté-se, a mellékhatások teljes kiküszöbölése, a sugárhatás növelése bioereduktív anyagokkal mind ilyen törekvé-s. A gyógyszeres kezelés új citotoxikumokkal és cito-sztatikumokkal bővíülhet, de még inkább a molekulá-ris, célzott terápia vonatkozásában várható haladás. A monoklonális ellenanyagok, az oligoszensz-nukleotidák és a vakcinák tömeges megjelenése szá-míthatunk. Az áttét megelőzésére irányuló terápiás törekvés antiangiogenetikus anyagokkal lehetővé vál-hat. A felsorolt potenciális terápiás kutatási irányok elterjeszthetik azt a felfogást, hogy ha nem is lehet meggyógyítani a rákot, együtt lehet élni vele.

A gondolatok végére hagytam azonban azt, amit a legfontosabb következtetésnek vélek: lehetőleg éljünk úgy, hogy megelőzzük a rákot!

A cikkben hivatkozott írások

- (1) Kendrey G. Baló József patológus professzor és iskolája. Egy orvosegyetemi intézet a diktatúrában: 1950-69. Budapest: Pri-med Kft.; 2004. | (2) Gyenes Gy. A magyar sugárterápia száz éves története. In: Fornet B, Vargha Gy, Vadon G. A magyar radiológia 100 éves története. Budapest: Medicina; 1996. p. 334-51. | (3) Je-ney A, Kralovszky J. Onkofarmakológia. Budapest: Medicina; 2005. (Megjelenés alatt). | (4) Eckhardt S. Annals of the National Institute of Oncology, 1977. Budapest: Medicina; 1977. | (5) Kásler M, Ésik O, Pályi I. Az Országos Onkológiai Intézet évkönyve, 1986-1992. Budapest: Memphis Nyomda; 1993. | (6) Lapis K, Eckhardt S (eds.). Lectures and Symposia of the XIVth International Cancer Congress. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1987. | (7) Kopper L, Timár J. Pathology, oncology, research. Budapest: Tudomány Kiadó; 1995. | (8) Eckhardt S, Hernádi Z, Thurzó L, Telekes A, Sopkova B, Mechl Z, et al. Phase II clinical evaluation of etoposide (VP -16215, Vepe-sid) as a second-line treatment in ovarian cancer. Results of the South-East European Oncology Group (SEEOG) study. Oncology 1990;47:289-95. | (9) Ottó Sz, Ferencz A. Rosszindulatú daga-na-tok - Tumormarkerek. Orv Hetil 2004;48:13-20. | (10) Gódné M. A képkapító vizsgálo módszerek alkalmazása daganatok esetében. Magy Onkol 2004;48:167-90. | (11) Tulassay Zs (ed.). A vastagbél-rák megelőzése és kezelése. Budapest: Springer Kiadó; 2004. | (12) Döbrössy L, Bodó M, Sugár J. A citológiai tömegszűrés helyzete és kilátásai. Orv Hetil 1977;118:2121-4. | (13) Szentirmay Z. A humán genom megismerésének hatása a patológia fejlődésére. Orv Hetil 2003;144. (14) Besznák I. Sebészi Onkológia. Budapest: Medicina; 1997. | (15) Nemeth Gy. A sugárterápiás ellátás problémái a 2004-es országos felmérés alapján. Magyar Tudomány 2005. (Megjelenés alatt). | (16) Eckhardt S. Recent progress in the development of an-ticancer agents. Curr Med Chem - Anticancer Agents 2002;2:419-39. | (17) Mc Gee S. Evidence-based physical diagnosis. Philadelphia: W. B. Saunders; 2001. | (18) Döbrössy L. Megelőzés az alapellátásban. Mi a teendő? Budapest: Medicina; 2004. | (19) Ungvári Gy (ed.). Munkaegészségletan. Budapest: Medicina; 2004. | (20) Stewart BW, Kleihues P. World Cancer Report. Lyon: IARC Press; 2003. | (21) Kásler M (ed.). Onkotérápia irányelvei. Budapest: B+V Kiadó; 2001. | (22) Brown KM, Hedenfalk IA, Trent JM. cDNA arrays. In: De Vita VT, Hell-man S, Rosenberg SA. Cancer. Principles and practice of oncology. 7th edition. Philadelphia: Lippincott, Williams, Wilkins; 2005.

LEGE ARTIS MEDICINAE (2005. 15. ÉVF. 7. SZÁM)

NEMZETI RÁKELTENES PROGRAM

A szűrővizsgálatokról

A daganatos halálozás mérséklésének – rövid és középtávon – egyik legígéretesebb stratégiája a lakosság szűrővizsgálata, azaz a magukat egészségesnek vélő, tünet és panaszmentes személyek időről-időre megismételt vizsgálata a még rejtett betegség kimutatására alkalmas módszerrel, a betegség fennállásának valószínűsítése vagy kizárása céljából.

A szűrővizsgálattal megelőzhető a betegség halálos kimenetele, mivel korábban szakorvoshoz juttatja a kezelésre szoruló betegeket, mintha a tünetek, vagy panaszok miatt orvoshoz fordultak volna, így javítva a teljes gyógyulás esélyeit.

Emlőszűrés

A célpopuláció összesen 1,37 millió 45-65 év közötti nő. A szervezett, célzott emlőszűrés első ciklusa 2003 évi decemberében befejeződött, amit 2004 januárban a második ciklus indulása követett. A két ciklus alatt eddig 1.909.485 behívólevelet küldtek ki, melyből 766.794-n jelentek meg szűrésen. A megjelentek közül 54.671 főt hívtak vissza, amiből megjelent 47.058 fő. Részvételi arány 40,15% (2002-ben: 43,33 %, 2003-ban: 39,66%, 2004-ben: 34,49%).

Méhnyakszűrés

A program indulása 2003. szeptember 29. Célpopuláció összesen 2,4 millió 25-65 év közötti nő. Egy szűrési ciklus három év. 2004. december 31-ig 602.806 behívólevelet küldtek ki, melyet a Magyar Posta nyomtat, borítékol (levél + melléklet), és kézbesít.

Szűrési eredményekről

jelenleg nem állnak rendelkezésre pontos adatok, mivel nem lehet tudni, hogy a célpopulációnak hány százaléka veszi igénybe a magán nőgyógyászokat. (A magán nőgyógyászoknak nincsen adatszolgáltatási kötelezettségük.) OEP adatok szerint a célpopuláció 30-32 százaléka „spontán” igénybe veszi az OEP-pel szerződött szakrendeléseket. A korosztályhoz tartozó nők átvizsgáltsága ügyében jelenleg is folyik egy felmérés (az OTH megbízásából) ennek kiderítésére. Ebben az évben a Szerencsejáték Rt. által adományozott autókat főleg a nőgyógyászati szűréseken történő részvétel növelésének szervezésére használják fel.

Program a szervezett szűrésen résztvevők számának bővítésére

Cél: A szervezett szűrővizsgálatok részvételi arányának növelése. A program társadalmatisága az egyik legnagyobb előttünk álló kihívás, amire szakmailag megalapozott, gyors és jól mérhető programot dolgoztunk ki. A Kormány a „21 lépés a magyar egészségügy megújításáért program” megfogalmazásakor a Nemzeti Rákellenes Program részeként célul tűzte ki, hogy a szűrővizsgálatokon való részvételt jelentősen növeli, amivel több száz nő idő előtti halálát kivánja megakadályozni. A kommunikáció javításával kívánják a célcsoport mind több tagjánál felkelteni a szűrés iránti igényt.

Indoklás: A kommunikáció javítása a program megvalósítása tekintetében elengedhetetlen. Az optimális átszűrtség eléréséhez nélkülözhetetlen a motivált célcsoport.

Célcsoport: A méhnyakszűrés vonatkozásában 25-65 év közötti női lakosság 2,4 millió személy.

Eszközök

1.) Több kommunikációs csatorna együttes alkalmazásával relatíve gyorsan és jelentős mértékben lehet mozgósítani a céllakosságot.



- A leghatékonyabbnak a direkt kommunikáció a módszer a közvetlen motiválásra, bár nehezíti a helyzetet, hogy a magyar lakosság nem feltétlenül fogadja kedvezően a direkt marketing eszközeit.
- A lakossági tájékoztatás országos és regionális eszközeit is igénybe veszi az ANT SZ a kampány során az igény felkeltésére, a részvételi arány növelésére. Ezzel a módszerrel mind az emlő, mind a méhnyak szűrésben érintettek motiválhatók.
- Az üzeneteket a szakemberek mellett ismert, sikeres emberek, médiaszemélyiségek segítenek eljuttatni a célcsoporthoz. 2.) A kommunikációs kampány részét képezi az ősszel elinduló nyereleményjáték. A kommunikáció nyomtatékosítani fogja, hogy itt nem egy egyszeri akcióról van szó.

A program során azt is kommunikálni szükséges, hogy minden érintett akkor vegyen részt szűrővizsgálaton, amikor behívólevelet kap. A behívólevélben történő megkeresést kiegészíti egy nyereleményszelvény is, a kettő együtt kerül kipostázásra. Az ellenőrizhetőség miatt a nyereleményszelvényen szerepeltetni kell a forgalmi napló sorszámat és az orvos aláírását, pecsétjét. *Annak érdekében, hogy az orvosok együttműködő, segítő partnerek legyenek feltétlenül szükséges gondoskodni a ő kellő motiváltságukról is. Ennek érdekében meg kell nyerni a szakmai kollégium támogatását, valamint a legtöbb szűrést végző orvost is díjazni kell, azzal a további feltétellel, hogy megfelelő szakmai összefoglaló anyagot is be kell nyújtania a program végére.* Ez a néhány oldalas esszé összefoglalja, hogy milyen eszközökkel, módszerekkel tudta motiválni a hozzá forduló lakosokat. A benyújtott anyagok felhasználhatóak lesznek majd további kommunikációban, illetve alkalmasak a hiányosságok feltárására, az erősségek kiemelésére. A díj, az orvosi rendelő műszeres felszaltságának növelését szolgáló, 2-3 millió forint értékű utalvány lesz. A fő célcsoport, a 25-65 év közötti női lakosság, motiválására – többek között – egy értékes nyerelemény is szolgál, a földi egy autós lesz, de további nyereleményként Wellness hétvégeket, apróbb az egészséget támogató ajándékok is kisorsolásra kerülnek..

A kommunikáció 2005. szeptember végén kezdődik. A program kommunikációja szintén 2005. szeptember hónapban indult el, ekkor kerültek először postázásra a behívók és a nyereleményszelvények is. Az első sorsolás nyilvános TV show keretében 2006. február 11-én a betegek világnapján történik majd meg.

(EM SAJTÓIRODA)

Ingyenes vizsgálatok a rák ellen

A Pozitron Diagnosztika Kft. által létrehozott közhasznú alapítvány 500 ingyenes PET/CT vizsgálatot ajánlott fel azon betegek számára, akiknek anyagi helyzete nem teszi lehetővé ennek elvégzését. 300 esetben az Országos Onkológiai Intézet, Semmelweis Egyetem Neurológiai Klinika, III. a Pécsi Egyetem mérlegeli a beérkezett kérelmeket. A fennmaradó kétszázért pedig – amelyet az alapítvány a sajtótárcának ajánlott fel – kiemelt vidéki és budapesti onko-radiológiai központokhoz lehet folyamodni. A Pozitron Diagnosztika Közhasznú Alapítvány a Gyermekrák Alapítvánnyal közös szervezésben 100 rosszindulatú daganatos gyermek vizsgálatát már meg is kezdte, melyet a két alapítvány fele-fele arányban fizet. A Pozitron Diagnosztika Közhasznú Alapítvány célja a tudományos tevékenység támogatása is. A Szent László Kórházban folyó klinikai kutatásban résztvevő

húsz náluk kezelt vastagbélrákos beteg két alkalommal történő PET/CT vizsgálatának költségeit fedezi az alapítvány, annak érdekében, hogy a kórház onkológusai időben lemérhessék az alkalmazott kemoterápia hatáosságát. A Pozitron Diagnosztika Kft. Magyarországon a legkedvezőbb áron végzi el a vizsgálatokat a budapesti Hunyadi János úton – betegeknek és egészségügyi dolgozóknak egyaránt. A rákdiagnosztikában csúcstechnológiát képviselő PET/CT berendezéssel minden eddiginél korábban és pontosabban felismerhetőek a daganatok, különböző szív- és érrendszeri betegségek, sőt például az Alzheimer-kór is. A Pozitron Diagnosztika Központ üdvözi a kormány rákellenes programját, és azt szeretné, ha a társadalombiztosítás minél előbb lehetővé tenné minden rászoruló számára ezt az egyedülálló vizsgálatot. MR Online

Pro & contra

Az onkológiai ellátás átszervezéséről

Kormányzatoktól, pártoktól, belső szakmai érdekellettéktől független rákellenes programot, s azt szolgáló vitát sürgetett Gyurcsány Ferenc, amikor közzétette elképzeléseit szeptember 23-án. 10-15 évesre tervezett Nemzeti Rákellenes Pprogram kapcsán az ellenzék „lufiról” beszél, a szakma pedig megalapozott, az eddigi gyakorlattal alapjaiban szakító előkészítést remél. A vita azonnal el is kezdődött.

Az MSZP-frakció egészségügyi munkacsoportjának vezetője, Schwarz Tibor azt hangsúlyozta: a programot nem lehet a szakma ellenében vagy a társadalom bevonása nélkül eredményesen megvalósítani. Gógl Árpád, a Fidesz-kormány volt egészségügyi minisztere viszont egy rosszul szocializált garnitúra PR-fogásként minősítette a programot. „Nem újabb ötletek kellene. Programok vannak, pénz kell.” Hibának tartja, hogy a program szerint Veszprémben létesül onkológiai központ, miközben erre a szakma szerint inkább Egerben vagy Székesfehérváron lenne szükség. Ennek a véleménynek elmentmond, hogy a program meghirdetése óta a szakma mind több helyről jelzi: jó, hogy végre nyíltan beszélhetnek a több mint egy évtizede „egy helyben topogó” onkológiai betegellátás megújításáról.

Dr. Ungár László, a Magyar Nőgyógyász Onkológus Társaság elnöke – némiképpen pontosítva a korábban tőle idézettek – a vita kapcsán azt hangsúlyozta: fontos, hogy végre elindul egy ilyen vita, mégpedig úgy, hogy nyitott minden lehetőség irányában. – „Jó, hogy nem kész anyaggal s kész tényekkel szembeállítunk, hanem van esély arra, hogy valóban hatékony munka kezdődjön, amire, úgy tűnik, a miniszterelnök tényleg fogékony és nyitott” – kommentált a főorvos, aki a vita elindító közö tartozik. Ungár László három momentumot szeretne látni a programban: azt, hogy a méhnyakrákszűrés olyanok kezébe adják, akik mindennap találkoznak a lakossággal. Azt hogy valamennyi szervezett szűrési program kialakítása és bevezetése előtt kérjék ki az európai intézetek szakmai véleményét. Végül a programban szerinte ki kell térni arra, hogy az aktív ellátásból hazakerülő páciensek a lakóhelyükön is megfelelő segítséget kaphassanak. „Ellene vagyok mindenféle hegemoniának, s az aktív kezelésből kikerülő gondozását nem a központoknak kellene végezniük, hanem helyben, kisebb kórházakban, tájékozott háziorvosokkal megoldani” – mondta az Onkológus Társaság elnöke.

Dr. Szűcs Miklós a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium elnöke szerint az onkológiai ellátás anyagi és szakmai erőit azért kell koncentrálni, mert a jelenlegi gyakorlat az, hogy számos önkormányzati fenntartású kórházban is kezelnek daganatos betegeket, ám gyak-

ran az alkalmazott terápia hatékonysága elmarad a várttól és reméltől. Ezekből a nem daganatos kezelésekre szakosodott intézményekből ugyanis a gyógyító szándék mögül általában hiányzik a megfelelő műszerezettség, a jól szervezett onkoterápiás team-munka, amely ma már nélkülözhetetlen feltétele a betegség eredményes kezelésének, gyógyításának. A szakmai kollégium elnöke azt mondja, hogy a betegek gyógyulási esélyeit növelné, ha a már meglévő 19 regionális és kijelölt fővárosi onkológiai centrum fejlesztésére, és az ott kezelt betegek színvonalas kezelésére fordítódna a különféle kisebb-nagyobb kórházi osztályok között szétforgácsolódott közpénzek, amelyeket ma még az Országos Egészségbiztosító Pénztár (OEP) akkor is átutal a kezelést végző kórháznak, ha abban a beteg nem kapja meg a legmegfelelőbb, leghatékonyabb kezelést.

Előremutató példaként dr. Szűcs Miklós azokat a jól működő onkológiai centrumokat említi (győri, szegedi, kecskeméti, a fővárosi Uzsoki kórház, illetve az Országos Onkológiai Intézet), ahol a helytálló, pontos diagnózishoz és korszerű kezeléshez a szakmai garanciát a többféle szakvizsgálattal is rendelkező, teamben dolgozó orvosok jelenléte (egy orvos egyszerre 2-3 szakvizsgálattal is rendelkezik, így a belgyógyász például tüdőgyógyászként, hematológusként, aneszteziológusként is részt tud venni a gyógyító munkában), a korszerű műszerezettség adja. *A beteg az úgynevezett szakközpontokban egy helyen kapja meg az állapota javulásához, gyógyulásához szükséges, egyénre szabott kezelést, a gyógyszeres, és sugárterápiát, a pszichoonkológiai ellátást, a fájdalomcsillapítást, a gyógytornát, az étkezési és életmódtanácsokat, sőt szükség esetén a hospice-ellátást is. Ugyancsak itt történik a tünetmentessé vált betegek utánkövetése, utógondozása is. Nem aprózódik el tehát sem a betegek kezelésére fordított állami támogatás, sem pedig önmaguk állapotromlásának megfékezésére, gyógyulására fordítható energiája. Az onkológiai centrumokban nem küldözgetik egyik osztályról a másikra, egyik szakorvostól a másikig. A jól működő daganatterápiás központokban a beteget felvilágosító kiadványok is segítik abban, hogy a felkészítőjón mind a betegségre természetét, mind a lehetséges terápiás eljárásokat illetően. E központok feladata a fájdalomcsillapítás, a pszichés problémák kezelése, sőt a tünetmentessé vált betegek utógondozása, utánkövetése is.*

A szakmai kollégium elnökeként mondja, tudja, hogy a betegeknek gyakran kényelmesebb, ha a lehető legközelebbi kórházban kapják meg a kezeléseket, így szorult helyzetükben gyakran „megelégszenek” ezzel a látszólagos előnnyel. Arról a gyakori panaszról is tud, hogy nagyon sok daganatos beteget éppen az onkológiai centrumok „nagyüzem” jellege riaszt el ezektől az intézményektől. Szűcs főorvos szerint

az daganatos betegek minőségi ellátásában – amit egy éven belül remél – az igazi áttörés éppen e téren várható a jövőben, amennyiben a meglévő centrum-hálózat az OEP támogatás átirányításával megerősödik.

A következő egy évben a meglévő 19 regionális és kijelölt fővárosi szakközpontnak „nyitnia” kell a betegek felé, ennek fontos eleme a tájékoztatásuk (kiadványok segítségével) arról, hogy az adott intézményben milyen diagnosztikai és terápiás eljárásokat alkalmaznak, de az is, hogy a rákos beteg (hozzátartozója) megfelelő személyre szóló pszichés gondozásban részesüljön.

Onkológiai központok Budapesten

Kijelölt onkológiai központok látják el majd a fővárosi betegeit – határozott az Egészségügyi Bizottság. A kijelölt kórházak kötelessége, hogy egységes szemléletű szakmai együttműködést szervezzenek a hatókörükben élő, felnőtt korú rászoruló orvosi kezelésében és gondozásában. A kijelölés azonban nemcsak lehetőséget, de fejlesztési és szervezési feladatokat is ad a centrumokat működtető kórházak számára. A szervező munka a kijelölt budapesti onkológiai központok közül hármat az Országos Onkológiai Intézet, kettőt pedig az Uzsoki Utcai Kórházban működő Fővárosi Onkoradiológiai Központ szakmai irányítása alá vonnak.

A döntés szerinti onkológiai központok:

- Észak Buda (I., II., III. és XII. kerület területe) – a Szent Margit Kórházhoz tartozik, együttműködve a Szent János Kórházzal)
- Dél-Buda (XI., és XXII. kerület) – a Szent Imre Kórház
- Észak-Pest (a IV., XIV., XV. és XIII. kerület) – az Uzsoki Utcai Kórház együttműködve a Károlyi Kórházzal és a Nyíró Gyula Kórházzal lesz a felelős
- Közép-Pest (V., VI., VII., VIII., X., XVI., és XVII. Kerület) – a Péterfy Sándor Utcai Kórházhoz tartozik majd, amely a Bajcsy- Zsilinszky Kórházzal közösen végzi a munkát.
- Dél-Pest (IX., XVIII., XIX., XX., XXI. és XXIII kerület) – a Szent László Kórház a Szent István Kórházzal és a Dél-Pesti Jahn Ferenc Kórházzal együttműködve gondoskodik a tumoros betegek ellátásáról.

A döntést a szakma értetlenül fogadta. A most megjelölt centrumok felkészültsége, az ott nyújtott ellátások minősége nagyon különböző – vélik a szakemberek. Ráadásul a koncepció az egyetemi, illetve minisztériumi fenntartású intézmények ellátási feladatait sem veszi számításba. Azaz nem egységesen, területi adottságokkal, valamennyi meglévő intézmény kapacitásával együtt kezeli az onkológiai ellátást. Szerintük a helyzetet jól érzékelteti a tény, hogy a kijelöltek egyikénél például épp most távozik a vezető.

Komplex Mammográfiás Központok értékelése 2005-ben

Az elmúlt évi szervezett lakossági emlőszűrés eredményeit szakmai konferencián értékelték a szakemberek a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumában (DEOEC). Az idei rendezvényt a szűrőprogramot koordináló, felügyelő ANT SZ Hajdú-Bihar Megyei Intézete a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrummal együttműködve szervezte. Összefoglaló előadás hangzott el a szervezett szűrés 2004. évi megyei eredményeiről. A résztvevők meghallgatták az Emlőszűrő Központok, a szakmások portok beszámolóját, összegzték a családorvosok részvételének jelentőségét, tapasztalataikat a programban. A Konferencia vendége Dr. Péntek Zoltán az Emlőszűrés Országos Értékelő Bizottságának elnöke, Dr. Budai András az Országos Tisztifőorvosi Hivatal osztályvezetője, országos szűrés koordinátor volt., míg a házigazda szerepét dr. Pásti Gabriella megyei tisztifőorvos (ANT SZ Hajdú-Bihar Megyei Intézete) és prof. dr. Édes István klinikai centrumelnök-helyettes (DEOEC) látták el. A résztvevők között jelen voltak radiológusok, onkológusok, sebészek, patológusok és az emlőszűrésben résztvevő szakterületek képviselői.



Kétezer négyben Hajdú-Bihar megyében mintegy 37000 nő kapott meghívót emlőszűrésre 65 településről. A megjelenési arány 36%-os. Az elvégzett vizsgálatok eredményei alapján 74 esetben javasoltak műtétet. 54 elvégzett műtét szövettani vizsgálata 18 esetben igazolt jóindulatú, 36 esetben rosszindulatú, további kezelést igénylő emlőbetegséget. Szűréssel kiemelt nem műtött estek száma 3.

Az „Egészséges nemzetért népegészségügyi program 2001-2010” előirányozza a népegészségügyi fontosságú rosszindulatú daganatos megbetegedések és az általuk okozott halálozás mérséklésére alkalmas szervezett lakossági szűrővizsgálatok kiterjesztését. A megfogalmazott célok között szerepel a 45-65 éves nők két évente végzett behívásos rendszerű, lágyrész röntgenvizsgálattal (mammográfiával) végzett emlőszűrése.

A Népegészségügyi Program keretében 2002. január 1-jén kezdődött meg a szervezett lakossági emlőszűrés az országban, így Hajdú-Bihar megyében is. A szűrhe-

tő daganatos betegségek az elkerülhető halálokok közé tartoznak. A ksh adatai alapján 2002-ben Magyarországon az emlő rosszindulatú daganata következtében mégis 2234, megyénkben 101 nő halt meg. A program első két éves ciklusában (2001-2003) több mint 75000 nőt hívtak meg emlőszűrésre. A megjelenési arány mintegy 60%-os volt, a szűrésen kiemelt estek száma 355. A két éves időtartamban a szűrés 11 előrehaladott esetet „fedezett fel”. A 2003-ban felfedezett és bejelentett emlőrákos megbetegedések száma – a Nemzeti Rákregiszter nyilvántartása alapján – hazánkban 8188, megyénkben 488.

Hajdú-Bihar megyében két komplex mammográfiás központ és egy akkreditált emlőszűrő állomás végzi szigorúan meghatározott tárgyi és szakmai feltételek mellett a mammográfiás szűrést (DEOEC Mammográfiás Szűrőközpont, Mő Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet Mammográfiás Szűrőközpont, VESZ-ECHO Kft. Emlőszűrő Állomás)

MUNKATÁRSUNKTÓL

NEMZETI RÁKELLENES PROGRAM



Új fejlesztések az OGYK-HII részlegeiben

Az Országos Gyógyintézeti Központ Haematológiai és Immunológiai Intézete (OGYK-HII) a Diószegi úti telephely földszinti területén az Immungenetikai Osztály új, nemzetközi akkreditációra alkalmas egységét alakította ki, amelyen belül a hazai szerv- és szövetátültetés bázisát jelentő HLA tipizáló laboratórium, a nemzetközi csontvelődonor és köldökvér regiszter, valamint a veseátültetésben nélkülözhetetlen diagnosztikai rendszer és regiszter egységesen működik. Ennek megfelelően a részleg új neve Transzplantációs Immunológiai Osztály lesz. Az újonnan kialakított egységes terület lehetővé teszi, hogy valamennyi részlege szoros kapcsolatban dolgozzon, ami hatékonyabb és biztonságosabb munkavégzést tesz lehetővé.

Az Intézet az I. emeleten hozta létre az új Embriónális Össejt Laboratóriumot, a Szigetsejt Laboratóriumot, valamint a továbbfejlesztett Kísérletes Génterápiás Laboratóriumot. Magyarországon elsőként elérhetővé teszik a humán embriónális össejt-kultúrákat kutatási célokra. Az embriónális eredetű össejtek még szinte minden testi sejt képzésére alkalmasak lehetnek. A Kísérletes Génterápiás Laboratórium egyik fő kutatási témája egy örökklődő, igen súlyos immunhiányos emberi betegség (CGD) gyógyítását szolgáló génterápiás módszer kifejlesztése.

Új területet kapott a II. emeleten a Molekuláris Genetikai Osztály, amely így hatékonyan képes elvégezni korszerű, speciális diagnosztikai és kutatás-fejlesztési tevékenységét. Az egység legfontosabb feladata a legmodernebb, speciális klinikai molekuláris genetikai vizsgálatok végzése, amelyhez szorosan kapcsolódik a kutató-fejlesztő munka. A nagyszámú, évi mintegy 2500 speciális diagnosztikai vizsgálat elvégzése mellett a Laboratórium fő feladata az újonnan felfedezésre kerülő molekuláris diagnosztikai vizsgálatok és módszerek bevezetése, illetve klinikai diagnosztikai alkalmazása. Az intézet munkatársai így vallanak a fejlesztésekről:

Prof. Dr. Vályi-Nagy István főigazgató

„...Az Országos Gyógyintézeti Központ Diószegi úti telephelyén az elmúlt évben jelentős átalakulások történtek. A korábban itt működő klinikai osztályok átköltöztek a Szabolcs utcai telephelyre, ott működik már eredményesen az újonnan kialakított területén a csontvelő-transzplantációs részleg is. Ugyanakkor a Diószegi úti telephelyen dinamikus fejlődött a kutató-fejlesztő részleg, a speciális molekuláris biológiai diagnosztika, illetve a hazai szervátültetés szakmai háttérét biztosító Immungenetikai Osztály. Ezeken a területeken a szakmai munka szintentartása és folyamatos fejlődése, a modern és hatékony szerkezet kialakítása elengedhetetlen az Európai Unió színvonalához való felzárkózáshoz. A főként hazai és nemzetközi pályázatokon elnyert támogatások alapján az említett részlegek új fejlesztései készültek el, amelyeket ma szeretnénk saját munkatársainknak, a bennünket támogató minisztériumok képviselőinek, valamint a sajtónak is bemutatni. Ugyancsak hangsúlyozni szeretném, hogy éppen ma kezdődik az OGYK szervezésében az össejtek kutatásával és a génterápiával foglalkozó nemzetközi konferencia, valamint holnap indul a nemzetközi szövet-tipizáló módszerek összehangolását szolgáló munkaértekezlet. Mindez jól mutatja az itt folyó szakmai munka igen magas, nemzetközileg is elismert színvonalát.”

Immungenetikai (Transzplantációs Immunológiai) Osztály, Dr. Rajczy Katalin

„...Az Immungenetikai Osztály újonnan kialakított egységes területe lehetővé teszi, hogy valamennyi részlege szoros kapcsolatban dolgozzon, ami hatékonyabb és biztonságosabb munkavégzést tesz lehetővé. Saját, tűzfallal védett belső számítógépes hálózatunk az új helyszínen is kiépült, így az érzékeny adatok kezelése és tárolása biztonságosan történhet. Folyamatosan fejlesztjük a Nemzeti Vese-transzplantációs Várólista és a Magyar Csontvelődonor Regiszter nyil-

vántartó és szelekciós rendszerét, hogy összhangban legyenek a hazai és a nemzetközi szabályozással. Legfontosabb diagnosztikai feladatunk a szerv- és szövettranszplantációra szoruló betegek szövettipusának meghatározása, a donorok kivizsgálása, és a donor-recipiens megfelelésének megállapítása. Emellett egyes betegségekre hajlamosító genetikai tulajdonságok meghatározását is végezzük. Kiemelten fontos a már transzplantált beteg állapotának követése, a kilökődési reakciók és egyéb szövődmények veszélyének előre jelzése. Tevékenységünkhöz nemzetközi akkreditálás szükséges, melyet 1999-ben nyertünk el először: ennek az új helyszínen történő megújítása idén novemberben lesz. Pályázatok, és az utóbbi két évben az Egészségügyi Minisztérium költségvetési támogatásának segítségével módszereinket és műszerparkunkat folyamatosan fejlesztjük. A leghatékonyabb diagnosztikai módszerek beállításához és kifejlesztéséhez nagy segítséget nyújtanak az Intézet és a KKK kutató-fejlesztő részlegei is. Felszereltségünk lehetővé teszi a szükséges steril sejtenyésző, szerológiai és molekuláris genetikai laborokban végzendő technikák kivitelezését. Oktatási feladataink kiterjednek a haematológiai, immunológiai, transzfúziológiai és laborszakorvosi szakorvosképzésre, és a csontvelődonor-koordinátorok és a HLA laboratóriumban dolgozók továbbképzésére.”

Sejterápiás Laboratórium, Dr. Apáti Ágota

„...Új laboratóriumot létesítettünk abból a célból, hogy Magyarországon elsőként elérhetővé tegyünk humán embriónális össejtkultúrákat kutatási célokra. Az embriónális eredetű össejtek még szinte minden testi sejt képzésére alkalmasak lehetnek. A kutatók világszerte vizsgálják azokat a folyamatokat, amelyek meghatározzák vagy befolyásolják az össejtek fejlődését. Ha sikerül ezeket felderíteni és a fejlődési folyamatot irányítani, akkor számos betegség - az Alzheimer-kórtól a keringési zavarokig - kezelésére nyílik lehetőség. A végső cél, hogy személyre szabottan tudjunk olyan sejteket, szöveteket vagy akár szerveket előállítani, amelyekre egy adott betegnek éppen szüksége van. Az általunk felhasználni kívánt sejtvonalakat az USA-ban hozták létre és széleskörű, nemzetközi együttműködés keretében bocsátják rendelkezésünkre. A kutatási program rendelkezik a megfelelő etikai engedélyekkel, a laboratórium felkészülve várja a sejtvonalak érkezését. Új laboratóriumot alakítottunk ki emberi hasnyálmirigy szigetsejtek izolálására. Az előrehaladott I. típusú cukorbetegség gyógyításának egyik új lehetősége halott donor-

ból a hasnyálmirigy inzulint termelő Langerhans-szigeteinek izolálása és átültetése. A Langerhans-szigetsejteket a cukorbeteg ember májába juttatják, ahol azok megtapadnak és inzulint termelnek. Laboratóriumunkban először kísérleti fázisban állítunk elő Langerhans-szigeteket, kidolgozzuk az optimális módszereket és jellemezzük a készítményt. A következő fázisban nagytisztaságú Langerhans-szigetsejt készítményeket kívánunk előállítani transzplantációs célra. A kutatás-fejlesztés során nyert tapasztalatok segítséget nyújtanak új sejterápiás alkalmazások magyarországi bevezetéséhez. Munkánkat a Transzplantációs és Sebészeti Klinikával együttműködve végezzük. Mindkét laboratórium kialakítását és felszerelését a Nemzeti Kutatási és Fejlesztési Program pályázata támogatja.”

Kísérletes Génterápiás Laboratórium, Dr. Német Katalin

„...Az előző évben átadott, a modern biotechnológia követelményeinek megfelelő laboratóriumokat a pályázati támogatások alapján egyre magasabb színvonalú műszerekkel, eszközökkel látjuk el. Az intézetben folyó kísérletes génterápiás fejlesztések a preklinikai kipróbálás szakaszába érkeztek. Ehhez a munkához egerek csontvelőjéből speciális technikával vértképző össejteket nyerünk ki. Ezekbe a sejtekbe retrovírus vektorok használatával visszük be a gyógyítást szolgáló emberi fehérjéket kódoló géneket. A génszűrt össejtekkel csontvelőátültetést végzünk halálos sugárdózissal kezelt állatokon, amelyek így túlélnek és bennük az össejtek sorsa és működése hosszútávon is megfigyelhető. Az állatkísérletek már sikeresen folynak, megvalósításukhoz a szükséges magas technikai színvonalú laboratóriumi munka elindult. A laboratórium egyik fő kutatási témája egy örökklődő, igen súlyos immunhiányos emberi betegség (CGD) gyógyítását szolgáló génterápiás módszer kifejlesztése. A módszer fejlesztése során olyan segéd-gének bevitelét végezzük

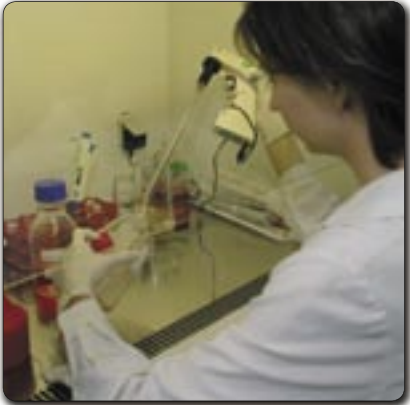
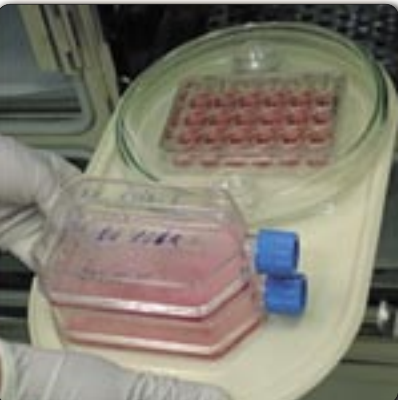
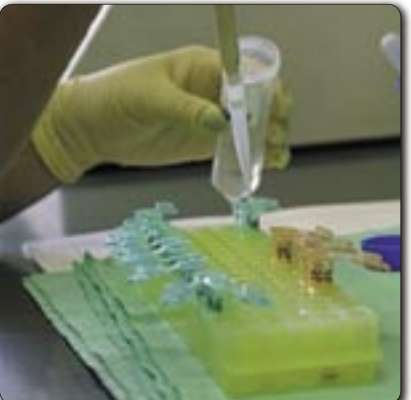
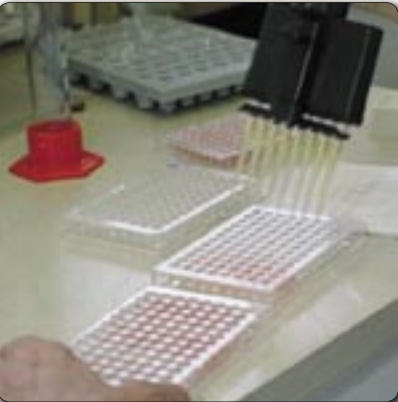
el, amelyek a bejuttatott, módosított sejteket megvédik, azok számára a szervezetben is szelekciós előnyt jelentenek. A laboratórium legfontosabb, pályázatokból beszerzett műszer-felszerelése: speciális steril fülkék retrovírus munkához, centrifuga, széndioxid termosztátok, folyékony-nitrogén tároló, fluoreszcens és látható fényű mikroszkópok, számítógépes hálózat.”

Molekuláris Genetikai Osztály, Dr. Tordai Attila

„...A Kooperációs Kutató Központ pályázatokkal támogatott létrehozása során a Molekuláris Genetikai Laboratórium számára új, korszerűen kialakított és felszerelt laboratóriumi egységet alakítottunk ki. Az egység legfontosabb feladata a legmodernebb, speciális klinikai molekuláris genetikai vizsgálatok végzése, amelyhez szorosan kapcsolódik a kutató-fejlesztő munka. A nagyszámú, évi mintegy 2500 speciális diagnosztikai vizsgálat elvégzése mellett a Laboratórium fő feladata az újonnan felfedezésre kerülő molekuláris diagnosztikai vizsgálatok és módszerek bevezetése, illetve klinikai diagnosztikai alkalmazása. Több pályázati támogatásnak köszönhetően a műszerezettség, és a rendelkezésre álló molekuláris genetikai módszer-állomány nemzetközi összehasonlításban is korszerűvé vált. Így a legmodernebb DNS

szekvenáló berendezések és az ún. valós idejű PCR berendezés is rendelkezésre áll. A Laboratórium diagnosztikai és kutatási tevékenysége szorosan kapcsolódik az Intézet gyógyító és kutató-fejlesztő munkájához, valamint nagyszámú hazai és külföldi együttműködésben vesz részt. A Laboratórium a posztgraduális képzés több formájában, így a Ph.D. képzésben és az orvosi laboratóriumi diagnosztikai rezidens képzésben vesz részt. A sikeres klinikai genetikai kutatásokat jelzi a Laboratóriumból 1997 és 2005 között megjelent 24 nemzetközi tudományos közlemény, amelyből 11 esetben saját munkatárs a koordinátor.”

» Balogh Andrea «



Korszerű technika az antitestek szűrésére QuickStep automata

A szervtranszplantáció területén is – ahol már Magyarország eddig is kiemelkedő eredményeket ért el – folyamatos fejlesztésre van szükség a további felzárkózáshoz. Ezek közé tartozik a várólistán lévő betegek immunizáltságának, a HLA-ellenes antitestek kimutatásának és jellemzésének, a donor-recipiens keresztpróbanak a minél érzékenyebb módszerrel történő vizsgálata. A jelenlegi gyakorlat hazánkban a havonta a klasszikus citotoxikus módszerrel (CDC) történő HLA-antitestszűrés. Az Európában szokásos háromhavonta végzett vizsgálattal ellentétben a betegek biztonsága érdekében végzett gyakoriság hátterében a sokkal gyakoribb transzfúziók, és azoknak nem regisztrált volta áll.

Az Országos Gyógyintézeti Központ Haematológiai és Immunológiai Intézete (OGYK-HII) a Diószegi úti telephelyén új, nemzetközi akkreditáció feltételeinek megfelelőbb egységet alakított ki, amelyen belül a hazai szerv- és szövetátültetés bázisát jelentő HLA tipizáló laboratórium, a nemzetközi csontvelődonor és köldökvér regiszter, valamint a szerv- és szövetátültetésben nélkülözhetetlen diagnosztikai rendszer és regiszter egységesen működik. Ennek megfelelően a részleg neve Immungenetikai Osztályról Transzplantációs Immunológiai Osztályra módosul. Az osztály újonnan kialakított egységes területe lehetővé teszi a valamennyi részleg közötti közvetlen átjárást, ami a munkavégzés hatékonyságát és biztonságát növeli, helyet adva a folyamatos fejlesztésnek. Hagyományosan főként pályázati pénzből történt a műszerek és módszerek fejlesztése, így nemzetközi pályázati támogatással vált lehetővé Budapesten a DNS szintű módszerek bevezetése 1993-ban, a vesevárólista adatait nyilvántartó és allokációt végző program továbbfejlesztése 1995-ben.

Hazánkban a HLA immundiagnosztikai laboratóriumok az egységes Intézet szétválása óta két, gazdaságilag független szervezetben vannak. Annak idején kialakításuk a transzplantációs osztályok kialakításával párhuzamosan történt, a szervátültetés és a veseriadók igényeit kiszolgálva. A négy labor mindig is folyamatos szakmai kapcsolatban állt egymással a budapesti, mint szakmai referencialabor irányításával. Közös munkával vált szakmailag lehetővé a DNS szintű tipizálás bevezetése mindegyik laborban, lerövidítve 2 órával az átültetésre váró vese tipizálásának folyamatát.

A Biotest AG vezetőivel való konzultáció során merült fel, hogy szakmai igény lenne az ELISA rendszerű, nagyobb érzékenységu antitestszűrő módszer bevezetésére az Országos vesetranszplantációs várólistán lévő több mint 1000 beteg vizsgálatára. Ennek következtében került sor a Biotest felajánlására, melynek következtében A Hungarotransplant Kft. koordinációjával két QuickStep automata került Magyarországra: egy Budapestre az OGYK Immungenetikai Osztályára és egy az ovsz debreceni HLA laborjába.

*** A Biotest cég közel 20 éve segíti már Magyarországon is korszerű diagnosztikumaival és terápiás készítményeivel a szerv- és csontvelőtranszplantációk sikeres elvégzését és a betegek gyógyulását. Ezen területen a Biotest kiemelt kutatási és fejlesztési tevékenységet folytat.**

Egy nap a leukémiáról

Előadások és beszélgetések a leukémiáról a Rákbeteg Országos Szövetsége rendezésében.

A 15 éves Rákbeteg Országos Szövetsége a leukémiás betegségekben érintettek és családtagjaik számára egész napos programot szervezett nyár elején. Budapesten, a Grand Hotel Hungáriában, a Magyar Hematológiai és Transzfúziológiai Társaság (MHTT) XX. Kongresszusához kapcsolódóan. A rendezvény levezető elnökei M. Bodor Mária, a Rákbeteg Országos Szövetsége, és Dr. Fekete Sándor, az MHTT elnöke volt.. Az ingyenes programon érintettek, családtagok, a téma iránt érdeklődők, a betegek ellátásában résztvevő szakemberek szép számmal megjelentek.

A rendezvény célja az volt, hogy a leukémiás betegségekben szenvedők minél több információt kapjanak betegségükről és a lehetőségeikről. Hogy képesek legyenek a kezelő orvos partnereként a sorsukat érintő fontos döntésekben részt venni, a rájuk váró döntéseket minél több információ birtokában meghozni, valamint a kezelés eredményessége érdekében a terápiát végző kezelő orvosokkal minél hatékonyabban együttműködni. Gyakorló rákbetegként a szervezők hittek abban, hogy a gyógyulás folyamatát hathatósan segíti, ha a betegek nem elszenvedik a betegséget, hanem kezükbe veszik a sorsuk irányítását. Az összeállított program a betegségről és a terápiás lehetőségekről történő szakmailag korrekt tájékozta-

■ **Dr. Rajczy Katalint**, a Nemzeti Vesetranszplantációs Várólista és a Magyar Csontvelődonor Regiszter vezetőjét kérdeztük, mit tud ez az eukonform gép és mennyiben jelent előrelépést a múlthoz képest?

– A Biotest AG* által gyártott, teljesen automatizált QuickStep készüléke egy ELISA automata, mely lehetővé teszi a HLA Class I. és II. antitestek szűrését, és azok specifikitásának meghatározását is. Az automata kapacitása egy napon 176 beteg antitestszűrését vagy 8 beteg antitestjének specifikálását teszi lehetővé. A készülék és a cég által gyártott reagensek lehetőséget biztosítanak továbbá a HLA rendszer DNS alapú, ELISA módszerrel történő tipizálására is. Ezzel lehetővé válik, hogy vizsgálatainkat a külföldi tapasztalatoknak megfelelően bővítsük az ELISA rendszerű antitestkimutatással, amely kiegészíti az eddig használt sejtes módszert. Az alternatív módszerek bevezetése tesztelési fázisban már több mint egy éve elindult több HLA laborban is, amelyekhez viszont drága műszerek – ELISA és áramlási citométer – valamint szakképzett személyzet szükséges. Ez az automata rendszer lehetővé teszi, hogy személyi bővítés nélkül bevezessük az ELISA módszert. A kapacitásbővítés finanszírozási befogadását, illetve az új beavatkozások kódjainak OEP által történő elfogadtatását kérvényeztük, így a transzplantációs szakma által jogosan várt új eljárás lehetővé teszi majd a betegek számára megfelelő biztonságot adó kivizsgálási algoritmus kialakítását.

■ **Tudomásunk szerint a közelmúltban az Ön nevéhez kötődik egy nagysikerű szakirányú szimpozium megrendezése is ebben a tárgykörben?**

– 2005. október 8-10 között nemzetközi részvétellel összejövetelnek adott helyet az Országos Gyógyintézeti Központ, melyet az Immungenetikai Osztály szervezett Prof. Petrányi Győző segítségével. Meghívásunkra a Nemzetközi csontvelődonor szervezetek több neves tagja (Carlheinz Müller, Torstein Egeland, Henk van den Zanden) valamint a minőségi feltételek kialakításáért és betartatásáért felelős szervezet, az Európai Immungenetikai Társaság képviselői (Gottfried Fischer és Martin Petrek) jött el, mint előadó, míg a résztvevők a közép-kelet-európai országok donor regisztereinek és HLA laborainak képviselői voltak. Összesen több, mint 60 ember jelent meg a nagyon pozitív fogadtatású rendezvényen. A program célja nemzetközi kitekintés és továbbképzés, valamint módszertani bemutató volt ezekben a témákban. A bemutatott műszerek között volt a több vezető európai labor által is használt GENOM 6 automata DNS izoláló készülék (Quiagen) és a Quick-Step automata ELISA készülék (Biotest). Az ismertett módszerek a DNS izolálás, HLA-ellenes antitestek kimutatása és a HLA tipizálás különböző DNS szintű módszerei voltak.

■ ■ ■



Ápolási Konferencia – továbbképzés

„Pártfogol, elvár, támogat” – ez a hármass vezérfonal akár állandó mottója is lehetne az idén már harmadik alkalommal megrendezésre kerülő Urológiai Ápolási Konferenciának.

Dr. Tóth Csaba professzor, a Debreceni Egyetem Urológiai Klinika igazgatója, mint a konferencia elnöke – ahogy már az első kongresszus alkalmával is – ismét kifejtette azon véleményét, hogy a szakorvosok munkája nem lenne igazán eredményes a szakdolgozók áldozatkész, hozzáértő közreműködése nélkül. A szakma sokrétűségéből és specifikumából adódóan egyaránt gyógyítanak csecsemőket és időseket, férfiakat és nőket, a vesétől a külső nemiszervekig, fejlődési rendellenességeket, gyulladásokat, sérüléseket, kóbetegségeket, daganatos betegségeket, foglalkoznak vizelet visszatartási, andrológiai és sexológiai problémákkal. Mind ez a gyógyító, ápolási tevékenység folyamán rendkívüli diszkréciót, intimitást, finomságot és nem utolsósorban, magas fokú szakértelmet kíván, és sok-sok tapasztalatot, melynek megszerzéséhez hozzájárul a professzor által támogatott kongresszus, egyben akkreditált továbbképzés ápolási szakdolgozók részére. „A fejlődésre, a továbbképzésre, a munka minőségének javítására irányuló igény azonban nem pusztán „professzori elvárás”, hanem a szakdolgozó igény is!” – tudtuk meg Forgó Ildikótól, aki

maga is végig járta a tanulás, a tapasztalatgyűjtés valamennyi stációját az ápolónótól a klinikai vezető ápoló megbízatásig. S valószínűleg ez a kettős késztetés, a munkahelyi vezetői elvárás, támogatás, illetve az önképzésre, továbbfejlődésre való törekvés a magyarázata annak, hogy a Debreceni Egyetem Urológiai Klinikájának szakdolgozói között kiemelkedően nagy a magasan képzett, főiskolát is végzett mütös szakasszisztens, aneszteziológiai szakasszisztens és ápolók száma. Az országos érdeklődésre számot tartó konferencián ápolónők, asszisztensek szabadon választott előadásokkal, tudásuk legjavát adva vállalkoznak arra, hogy követve az új müteti, gyógyítási eljárásokat, tapasztalataikat összefoglalva együtt gondolkozva meghatározzák az ápolói, szakasszisztensi feladatok főbb irányelveit. A kétnapos eseménysorozat keretén belül szó lesz a betegellátás javítását célzó asszisztensi, aneszteziológiai, mütösnői, ápolói feladatokról. Lesz előadás preventív tevékenységről, és utógondozásról, de ismertetésre kerül egy betegelégedettségi vizsgálat is. Végül, de nem utolsósorban elhangzanak a dolgozók helyzetével, jóllétével foglalkozó előadások is. A továbbképzés várhatóan – az előző továbbképzések gyakorlatához hasonlóan – 10 kredit pontot ér majd.

Pigniczki Ágnes, Debrecen

Beszélgetés Tóth Csaba urológus professzorral

► a 3. oldal folytatása

Az urológiai betegségek nagy része igényli is a beteg gondozását, mert a kiújulási hajlam, a krónikussá válás, a lassú progresszió igen sok urológiai kórkepleveljárója. Az urológiát illető gondozás kiterjedhet a kóbetegekre, a fejlődési rendellenességgel, a gyuladással betegségekkel rendelkezőkre, a sérülésekből felépülőkre, és természetesen a daganatos betegségben szenvedőkre egyaránt.

■ **Láttelelet: Időnként napvilágot látnak olyan vélemények, hogy nem megfelelő módon kezelnek rákos betegeket. A kijelölt onkológiai centrumok tervezett beállítása hogyan befolyásolja, befolyásolhatja majd a daganatos betegek gyógyítását, gondozását?**
Dr. Tóth Csaba: Valóban folyik helyenként ott is daganatos betegségek ellátása, ahol ennek nincs meg kielégítően valamennyi szükséges feltétele. Véleményem szerint például egy urológiai rákos beteget legbiztonságosabban urológiai szakellátás keretén belül lehet, és kell is kezelni, a diagnózis felállításától kezdve, a terápia meghatározásán keresztül az

utógondozásig. Ez nem csak megfelelő technikai hátterű igényel, elengedhetetlenül fontos a kezelésben résztvevők, orvosok és szakdolgozók összehangolt, magas szintű szakmai tudásra épülő együttműködése. Ezt a célt szolgálja az évenként megrendezésre kerülő Urológiai Ápolási Konferencia, amely a szakma specifikumából adódó új müteti eljárások, kezelési, gondozási feladatok szakápolói, szakasszisztensi ellátás elvárásaira hívja fel a figyelmet, s ad megfelelő felkészítést a minél jobb, minőségi betegellátás érdekében. Így alakul ki az a gyógyító, betegellátó team, melynek minden egyes tagja megfelelő, magas szintű, szakmaspecifikus tudással rendelkezik. Az onkológiai centrumokat illetően, az Urológiai Klinikának jó kapcsolata van az Egyetem Onkológiai Tanszékével, mivel azonban a kijelölt onkológia centrumok feladat- és hatásköre nincs pontosan körvonalazva, kívánatosnak tűnik egy onkológus és urológus professzori találkozó. Előzetes lépésként ebben az ügyben az Urológiai Szakmai Kollégium elnöke és tagsága írásos állásfoglalást juttatott el a minisztérium illetékesekhez.

» Pigniczki Ágnes, Debrecen «

Hematológia: XX. Kongresszus

Még május utolsó hetében Semmelweis Egyetem Elméleti Tömbjének termibe rendezte XX. Kongresszusát a Magyar Hematológiai és Transzfúziológiai Társaság. A kongresszus fő témái a transzfúziológia témakörén belül a véradás biztonsága, a ferezis kérdései, valamint a csontvelői vérképzőszervi betegségek és ezek célzott terápiái voltak. A betegségek köréből a kongresszus kiemelten foglalkozott a chronicus myeloid leukémia (CML) és a mieloproliferatív betegségek terápiás lehetőségeivel. Más munkacsoportok beszámolóit mellett az életminőség javítását szolgáló terápiás lehetőségekről is szó volt.

A kétévente megrendezett kongresszus feladata, hogy az elmúlt két év hazai és nemzetközi eredményeit, eseményeit áttekinthessék. A nemzetközi kitekintés a hematológia és transzfúziológia olyan kiemelkedő személyiségei, mint John Goldman, Jorge Cortes, Bernard Coiffier és Cees Th. Smit Sibinga professzorok segítettek. A kongresszus témáit a szervezők a fejlődés irányát jelző tudományterületek köréből választották. A hematológia területéről fő témaként a chronicus myeloid leukémiáról voltak előadások.

A CML diagnózisát ma molekuláris módszerrel lehet megerősíteni és a kialakulásában döntő jelentő-

szerű molekuláris folyamatot célzó kezeléssel gyógyítani. A leukémia kutatás és gyógyítás ilyen módon a klasszikus orvostudománytól a molekuláris medicina irányába tartó fejlődés egyik előfutára lett. A témáról a világ legismertebb CML-lel foglalkozó szakemberei, John Goldman és Jorge Cortes tarottak előadást. A Glivec-kezelés hazai tapasztalatairól nyolc hazai centrum számolt be. A terápia a betegségben szenvedők részére térítésmentesen hozzáférhető. A kongresszus egyik másik fő témája, a ferezis nemcsak a preparatív transzfúziológia kiemelkedő fontosságú módszere, hanem egyes betegségek elsőként választandó és leghatásosabb gyógyítási lehetősége. A felhasználó felölőssége a racionális vérkészítmény használat, de elengedhetetlen annak az útnak az ismerete, amely a véradó szervezéstől a betegágyig tart. Mind a szakemberek, mind a betegek alapvető érdeke a minőségi és biztonságos készítmény ellátás. A témában tartott előadások választ adtak arra a kérdésre, hogy a transzfúziós hepatitis „járvány” múltával milyen veszélyei vannak a véradásnak és ezek milyen módszerekkel küszöbölhetők ki.

A Társaság közgyűlésén az elnökség beszámolóját, a pénztáros zárszámadását követően kerül sor a következő két év elnökségének megválasztására.

Láttelelet
EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP
AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK 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**,
tördelőszerkesztő: **Tick Ervin**, marketing igazgató: **Kéner Zoltán** (Tel.: 06-20/933-1652),
Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastyúk út 2., Pf.: 56.
Tel./fax: **06 (26) 316-659, 06 20 9785-662**, e-mail: **lattelelet@dunakanyar.net**
A lap előfizetési díja: 3000 Ft./év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424
A Láttelelet egymásutániségát a lapon található sorszámozás tükrözi.

Lapunkat rendszeresen szemelezi Magyarország legnagyobb médiagyűlése az
OBSERVER
1084 Budapest, Aurora u. 11.
Tel.: 303-4736, Fax: 303-4744
E-mail: marketing@observer.hu
http://www.observer.hu

Kutatásmódszertani és eredmény-összefoglaló a Magyar Hospice Alapítvány által koordinált és öt regionális központ által lefolytatott pszichoonkológiai kutatásról

► folytatás az 1. oldalról

A kutatás céljai, előkészítése

A kutatás céljai

A Magyar Hospice Alapítvány (a továbbiakban Alapítvány) tevékenységei közé tartozik a daganatos betegek pszichoonkológiai ellátása, melynek célja a betegek és családjaik pszichés tüneteinek feltárása, enyhítése; a szorongás, depresszió kezelése a diagnózis pillanatától a terminális időszakig terjedően. A tevékenység három területen érvényesül: 1.) ambuláns betegek ellátásában, 2.) otthonápolásban, 3.) telefonos lelkeségyszolgálat keretében. Az Alapítvány működésének kezdete óta nagy hangsúlyt helyez arra, hogy betegeit szakmailag megfelelően lássa el úgy testi, mint pszichés területeken. Ehhez hozzátartozik a legfrissebb szakirodalmi adatok, legújabb kutatások, vizsgálati eredmények ismerete és beillesztése a napi gyakorlatba. Ez természetesen a napi ellátás mellett igen nagy energiát emészt fel, ezért határoztuk el, hogy Alapítványunk egy országos szintű vizsgálatot kezdeményez, amelyben mi magunk határozzuk meg a célokat, és ezáltal felmérjük az igényeket is. Ezt azért is tartottuk fontosnak, mert pszichoonkológiai tevékenységünk eddig elsősorban a betegellátás területén fejtettük ki, és figyelmünk kevésbé irányult a kutatási oldalra, holott az is a pszichoonkológiai tevékenység része (ld. erről a „Kutatás elméleti háttere” c. fejezetet).

Ma Magyarországon is egyre több tanulmány születik a daganatos betegségekről, melyek elsősorban a betegség kezelésével kapcsolatosak. A pszichoonkológia területén azonban még jóval le vagyunk maradva a nemzetközi kutatásokhoz képest. Daganatos betegek pszichés állapotának felmérésére egyáltalán nem született még olyan átfogó tanulmány, mely bizonyítékokat szolgáltatna mind az egészségügyben dolgozók, mind a laikusok számára arról, hogy milyen a magyar rákos populáció pszichés állapota, szükség van-e kiterjedtebb pszichés támogatásukra. Vizsgálatunk eredményeivel bizonyítékokat szeretnénk szolgáltatni az onkológiai szakembereknek minderről. Ma Magyarországon, hivatalos keretek között (kórházban, gondozóban) hozzávetőlegesen 16 pszichológus/pszichiáter dolgozik, mint pszichoonkológus (személyes közlés Molnár Máriától, a Magyar Pszichoonkológiai Társaság (MPOT) elnökétől). Ennyi szakember nyilvánvalóan nem képes az évente mintegy 57 000 új, és körülbelül 120 000 már kezelés alatt álló daganatos beteg pszichés ellátási igényeit kielégíteni. Fontosnak tartjuk, hogy a ma Magyarországon működő 27 onkológiai osztályból ne csak a jelenlegi 10-15 esetben (ahol részben vagy teljesen megoldott) legyen megoldott a pszichológiai ellátás.

A fenti, jövő-orientált célokon kívül az Alapítvány által koordinált vizsgálat rövidebb távú célja a daganatos betegek pszichés állapotának, azaz hangulatának, depresszió-, és szorongásszintjének felmérése volt. A vizsgálatban összefüggéseket kerestünk a betegek testi- és lelki állapota között; választ vártunk arra, milyen hatással vannak a kezelések, a speciális testi tünetek, az áttétek a pszichés mutatókra. Cél volt továbbá a HADS kérdőív és a Distress Thermometer (hangulathőmérő) rákos betegek mintáján való validálása. Nem utolsó sorban pedig fontosnak tartottuk egy vizsgálati módszert, valamint olyan mérőeszközök hazai mintán való „tesztelését”, melyet más országok daganatos betegeinek pszichés állapotának mérésében is alkalmazni tudnak.

A kutatás előkészítése

A kutatás előkészítési lépései, a kutatási terv elkészítése több fázisban zajlott le. Kezdetben mindössze néhány szakemberrel (pszichológus, pszichiáter) ültünk össze, hogy megvitassuk gondolatainkat, tapasztalatainkat egy pszichoonkológiai kutatás lefolytatásának lépéseiről – hol, hogyan, hány beteg bevonásával, milyen mérőeszközökkel kellene/lehetne lefolytatni a vizsgálatot. Ezután csatlakozott hozzánk egy olyan gyakorlati kutató, statisztikus, aki a szakmai szempontokon kívül a módszertani szempontokat is figyelembe véve segítette a kutatási terv összeállítását; rávilágított a módszertani buktatókra. Így lassanként összeállt egy olyan szakmai team, amelyben a pszichoonkológus szakemberektől kezdve a koordináción keresztül az adatok felvételéig, beviteléig, és feldolgozásáig mindenkinnek megvolt a maga szerepe és feladata.

A regionális központok kiválasztása

A régiók, onkológiai központok kiválasztásának legmeghatározóbb feltétele volt, hogy az adott helyszínen ténylegesen működő pszichoonkológiai ellátás legyen. A kutatásban résztvevő onkológiai központok olyan országos központok, melyek nagy betegforgalmat bonyolítanak le, és rendelkeznek multidiszciplináris teammel. Ezek alapján a következő öt központ került be kutatásunkba, amelyek területileg is jól reprezentálják Magyarországot különböző régióit: 1.) Budapest, Szent László Kórház, Onkológiai Osztály 2.) Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar, Onkológiai Tanszék 3.) Kecskemét, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Onkoradiológiai Központ 4.) Szegei Tudományegyetem Onkoterápiás Klinika 5.) Zalaegerszeg, Külső Kórház Pózva, Onkológiai Osztály

A mérőeszközök kiválasztása

Vizsgálatunk lefolytatásához a mérőeszközök tekintetében is több szempontot kellett figyelembe vennünk: ■ A legfontosabb szempontok közé tartozott, hogy a vizsgálatot beteg emberekkel kívántuk lefolytatni. Arra kellett tehát törekednünk, hogy minél rövidebb, tömörebb, de lényegre törő választ/eredményt kapassunk az általunk feltett kérdésekből. ■ Fontos volt, hogy rákos betegekkel kívántuk felvenni kérdőívünket. Ezért olyan kérdőíveket kerestünk, amelyeket lehetőleg rákos betegek mintáján már tesztelték. ■ Törekedtünk arra, hogy a mérőeszközök nemzetközileg is ismert (elismert), és használt mérőeszközök legyenek. ■ A mérőeszközök pszichometriai mutatói szintén fontos részét képezték a kiválasztásnak. ■ Nem utolsó sorban pedig lényeges volt a mérőeszközök hozzáférhetősége.

A Pilot kutatás

Az együttműködés, a mérőeszközök, és a kutatási célok tesztelésének legjobb módjaul kutatási csoportunk egy előzetes, Pilot kutatási rész lefolytatását találta megfelelőnek. Ebben a kutatási időszakban teszteltük a mérőeszközöket, felmértük a betegek hozzáállását, és megnéztük, hogyan tudunk egy kutatócsoportban együttműködni. A későbbi, nagyobb betegszámmal való munkánk során természetesen figyelembe vettük a Pilot – kutatás tapasztalatait, eredményeit, és ezek alapján állítottuk össze / változtattuk meg a kérdő-

ívek sorrendjét, elképzeléseinket. Ezen előzetes kutatás során 130 beteg vizsgálatára került sor, és már itt kirajzolódott, hogy vizsgálatunkra nagy szükség van, hiszen az általunk vizsgált betegek depresszió-, és szorongás-szintje, valamint hangulata igen rossz értékeket mutatott.

A kutatás lefolytatása

A kutatás elméleti háttere

Az onkopszichológia, mint az onkológia egy speciális ága olyan biopszichoszociális tudományág, mely a nyolcvanas években alakult ki. Az onkopszichológia a daganatos betegek és hozzátartozóik - betegség folyamán – kialakult lelki válaszaival, szociális helyzetük és személyiségük alakulásával, az elsődleges és másodlagos megelőzéssel, valamint az onkológiában dolgozó szakemberek kiegészi szindrómájának megelőzésével/kezelésével foglalkozik. (Riskó, 1998). Jelenleg a pszichoonkológia aktivitását a következő négy fő területen fejt ki (Holland, 1998): 1.) A betegek klinikai gondozása, ellátása megfelelő pszichoonkológiai háttér-tudással, együttműködésben a multidiszciplináris teammel; 2.) Oktató-, és tréning-programok szervezése; 3.) Pszichoszociális témájú kutatások lefolytatása; 4.) Kutatások publikálása. A pszichoonkológia kutatásai sokáig az életminőséggel kapcsolatos adatgyűjtésre koncentráltak és ennek a kezelésekre, ápolásra gyakorolt hatásait vizsgálták. Ez a kutatási terület mára a páciensek funkcionális-, fizikai-, pszichológiai-, szociális-, munkahelyi-, szexuális működésének irányába mutat (Holland, 1998).

A rákos betegek körében megjelenő szomatikus tüneteknek (fájdalom, fáradtság, kevert tünetek) fizikai és pszichés okai is lehetnek, de többnyire összefüggésben vannak a beteg szorongásával és depressziójával (Chaturvedi és mtsai., 1998). A kezelési (műtéti, kemo-terápiás, sugárterápiás beavatkozások) mellékhatásai is okozhatnak lelki problémákat rákos betegeknek (Muszbek, 1994; Riskó, 1999). A depresszív tünetek gyakoriak rákos betegek körében (Endicott, 1984, idézi Guex, 1994; Riskó, 1999). Rákos betegeknek nehéz eldönteni, hogy a depresszív állapot érzelmi vagy organikus eredetű-e vagy mindkettő (Guex, 1994; Riskó, 1999).

A depresszió rákbetegeknél a következőktől függ: 1.) A betegség természetétől (stádium, kiindulási szerv, fájdalom), a tumor által termelt anyagoktól, a kezelések mellékhatásaitól; 2.) Pszichológiai hatásoktól, személyiségjellemzőktől – bűnösségérzés a korábbi életmód miatt, öngyilkossági szándék; 3.) Szociális körülményektől; 4.) Specifikus faktoroktól, mint például tárgyvesztés a közelmúltban, pesszimizmusra való hajlam és egyebek (Endicott, 1984, idézi Muszbek, 1994; Riskó, 1999).

A depresszió jellegzetességei daganatos betegeknek a következők: 1.) Hiányzik a súlyos hangulati zavar; 2.) Jellemző az együttműködési képtelenség, agitáltság, szociális visszahúzódás (Guex, 1994, Muszbek, 1994), alacsony szintű az életminőség; 3.) Jellemzőek a fáradékonyság, étvágytalanság, anorexia, alvászavar, amelyek azonban az alapbetegség tünetei is lehetnek (Muszbek, 1994). További tünetek: bűntudat, csökkent ön-értékelés, rejtett vagy nyílt öngyilkossági gondolatok (Riskó, 1999); 4.) Hangulatváltozás, állandó érdeklődés-vesztés (Guex, 1994).

A szorongás a depresszió mellett az egyik leggyakrabban vizsgált tünet daganatos betegek körében. A depresszív állapotok – így a szorongás – többség-

nek megélése szubjektív jelenség. Általánosságban a rákhoz társuló félelem magában foglalja a haláltól, az ismeretlentől, a szenvedéstől, a kontrollvesztéstől, az elhagyottságtól való félelmet. A szorongás előjele lehet a beteg vágyának, hogy kimeneküljön a fenyegetett helyzetből, ami a gyógyszerben való bizalom csökkenéséhez, a kezelés visszautasításához, félbeszakításához vezethet (Guex, 1994).

A pilot kutatás tapasztalatainak felhasználása

A pilot kutatásban kapott eredmények, tapasztalatok alapján a mérőeszközöket megfelelőnek tartottuk a további használatra. Néhány kisebb változtatást iktattunk be a nagy elemszámmal történő vizsgálatba, melyek a következők voltak:

- A mintaszám (betegszám) minden központban 200 főre emelkedett (ez azután a kutatás során tovább módosult).
- Vizsgálati személyeinket a daganat típusa szerint szelektáltuk. Összesen 5-féle daganattípusban vizsgáldtunk: mell-, tüdő-, nőgyógyászati-, prosztata-, és bédaganatosok körében.
- A „Személyes kérdések” listájában bővítettük a beteg iskolázottságára vonatkozó kérdésünket, valamint fontosnak tartottuk megkérdőzni, hogy a beteg együtt él-e valakivel (hiszen a depresszió szempontjából ez egy lényeges kérdés lehet).
- A „Betegsége vonatkozó adatok” listáját is finomítottuk a helyi szakemberek, asszisztensek, nővérek segítségével.

A kutatásban résztvevő szakemberek, a vizsgálatvezetők

A kutatást az Alapítvány igazgatónöje, Dr. Muszbek Katalin pszichiáter vezette. További résztvevők voltak az Alapítvány részéről: ■ dr. Székely Anna – pszichológus, statisztikus; ■ Szöllősi Melinda – a program koordinátora; ■ Vadász Piroska – kutatási asszisztens, pszichológushallgató.

A regionális központok kutatási koordinátorai voltak: ■ Rohánszky Magda – pszichológus, Budapest ■ Balogh Éva – pszichológus, Debrecen ■ Dr. Molnár Mária – pszichiáter, Kecskemét ■ Dr. Varga Katalin – pszichiáter, Szeged ■ Dr. Ruzsa Ágnes – onkológus, Zalaegerszeg

A szakemberek feladata a kutatás Pilot szakaszában, majd a nagy kutatásban való aktív szakmai részvétel volt (kérdőívek kiválasztása, lefordításban való segítség, asszisztensek kiválasztása, betegszám meghatározása stb.). Valamint ők koordinálták helyi szinten a kutatást – engedélyt kértek a helyi intézményvezetőktől, tartották a kapcsolatot az Alapítvánnyal, figyelemmel kísérték az asszisztensek munkáját. Ezen kívül nagy szerepük volt a kapott adatok értelmezésében, valamint részt vettek a publikálásban.

A szakembereken kívül a helyi asszisztensek (szociális munkások, nővérek) vettek részt a vizsgálat helyi lebonyolításában. Ők egy közös felkészítést követően (hol, hogyan, milyen protokoll szerint végezzék a vizsgálatot) felvették a betegekkel a kérdőíveket, sorszámozták, begyűjtötték azokat. Feladatuk volt a folyamatos kapcsolattartás a helyi pszichoonkológus szakemberekkel, valamint a nagyobb megbeszéléseken, kiértékeléseken való részvétel.

» Dr. Muszbek Katalin, Dr. Székely Anna, Balogh Éva Mária, Dr. Molnár Mária, Rohánszky Magdolna, Dr. Ruzsa Ágnes, Dr. Varga Katalin, Szöllősi Melinda, Vadász Piroska «

A cikk következő (2. része) a novemberi számunkban lesz olvasható

A Magyar Hospice Alapítvány hívására szeptember 22-én több százan gyűltek össze az első és eddig egyetlen magyarországi Hospice Ház kertjében az Alapítvány új Fekvőbeteg Részlegének ünnepélyes megnyitójára. A Részleg megvalósulása a hazai hospice mozgalom eddigi másfél évtizedének egyik legjelentősebb lépése, hiszen végre teljessé vált a gyógyíthatatlan betegek sokszempontú, humánus ellátását, fájdalommentes életét és méltóságának megőrzését célul kitűző Budapest Hospice Ház. Az Egészségügyi Miniszter védnöklésével szervezett eseményen az alapítvány segítői és támogatói – közöttük Dobó Kata, az Amadinda Együttes tagjai és Sebestyén Márta, Polcz Alaine, Dózsa Csaba helyettes államtitkár és Dr. Szolnoki Andrea főpolgármester helyettes – közösen avatták fel a fekvőbetegek ellátására alkalmas épületszárnnyat.

A teljes egészében adományokból és pályázatokból megvalósított 10 ágyas intézmény komoly társadalmi összefogás eredménye, melynek megvalósításáért újságírók és súlyos beteg családtagot ápoló hozzátartozók, művészek és közéleti személyiségek lobbiztak és együttesen álltak ki a hospice mellett. Az új részleg évente 260 - 300 betegnek nyújt majd térítésmentes hospice gondozást, az Alapítvány orvosai korszerű fájdalomcsillapítással, a pszichoszociális szakemberek lelki támogatással, az ápolók és önkéntes segítők szakértő gondoskodással, humánus hozzáállással igyekeznek mindent megtenni azért, hogy a betegek emberi méltóságuk birtokában aktív, fájdalommentes, jó minőségű életet élhessenek. Magyarországon első ízben valósult meg önállóan, nonprofit szervezetként működő, a gyógyíthatatlan betegek számára teljes körű ellátást biztosító klasszikus hospice ház, mely modell jellegénél fogva módszertani központként is fontos szerepet tölt be Magyarországon és a kelet-európai régióban.

Az esemény különleges érdekessége, hogy szorosan összekapcsolódik az első ízben megrendezett Hospice Világnappal, ami a társadalmi összefogásra, az együttérzésre hívja fel a figyelmet a gyógyíthatatlan betegek méltóságáért. A globális, 24 órás Hospice Hangja zenei maratonhoz több, mint 50 ország csatlakozott. A Budapesten ez alkalomból szervezett ingyenes koncert 2005. október 7-én, délután 6 órakor a Kálvin téri Református Templomban kerül megrendezésre.

További információk: www.hospicehaz.hu

Megnyitotta kapuit a Magyar Hospice Alapítvány Fekvőbeteg Részlege



■ Ica nővér és Lari kutya a hospice ház kerjében



■ Dr. Szolnoki Andrea főpolgármester helyettes, Dr. Muszbek Katalin a Magyar Hospice Alapítvány orvos igazgatója és Dózsa Csaba helyettes államtitkár



■ Dobó Kata, az alapítvány védnöke az egyik rászorulóval



■ Bodor Mária a Rákbetegség Országos Szövetségének elnöke és Békai Gabriella országgyűlési képviselő



■ Az egyik betegszobában a 100 éves Ilus néni és a hospice nővér



■ dr. Muszbek Katalin és Polcz Alaine (alapító elnök)