

## Kardiológia

### Myocarditis és gyulladásos cardiomyopathia

#### (Myokarditis und entzündliche Kardiomyopathie)

Tschöpe C, Kühl U. (Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Kardiologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum, Augustenburgerplatz 1, D-13353 Berlin, Németország): *Dtsch Med Wochenschr.* 2016; 141: 95–102.

A szívizom gyulladása életkorra való tekintet nélkül bármikor kialakulhat, lefolyása változó: a betegség lehet tünetmentes, de esetenként sürgősségi és intenzív terápia igényel. Az autoimmun, illetve a vírusos eredetű akut és krónikus myocarditis terápiajára specifikus kezelési módszerek állnak rendelkezésre. Ezek alkalmazása előtt azonban el kell végezni a szívizom-biopsziát.

#### Az akut myocarditisek kezelése

1. Az akut vírusnegatív lymphocytás myocarditisnél adatok híján nincs ajánlott célzott terápia.
2. Óriássejtes myocarditisnél:
  - A) *cyclosporin*:
    - a) 1–4 hét: a legalacsonyabb plazmaszint 150–200 µg;
    - b) öt héttől a legalacsonyabb plazmaszint 100–120 µg;
  - B) *prednizolon*:
    - a) két héten át 1 mg/ ttkg;
    - b) kéthetente fokozatos csökkentés 10 mg-onként;
    - c) fenntartó adag: 10–15 mg/nap;
    - d) terápia időtartama legalább 18 hónap;
    - e) heves lefolyás esetén: kezdetben kiegészítve 3–4 mg/ ttkg antimitotikus immunoglobulinnal ATG 500 ml NaCl-oldatban, naponta, 12 órás infúzióban, öt napig.
3. Eosinophil myocarditisben: *prednizolon*:
  - a) négy héten át 1 mg/ ttkg;
  - b) kéthetente fokozatos csökkentés 10 mg-onként;
  - c) fenntartó adag 10 mg/nap;
  - d) a terápia időtartama 6–9 hónap.
4. Recidiváló eosinophil myocarditisben: *prednizolon* folyamatos adása (10 mg/nap).
5. Churg–Strauss-vasculitisben: a terápia kiegészítése esetleg havi egy alkalommal adott 1 g iv. *cyclophosphamid*-dal, hat hónapig.

#### 6) Sarcoidosisban: *prednizolon*:

- a) négy héten át 1 mg/ ttkg;
- b) majd kéthetente fokozatos csökkentés 10 mg-onként;
- c) fenntartó dózis 10–15 mg/nap legalább hat hónapig.

#### 7. Lymphocytás myocarditisben:

##### A) *prednizolon*:

- a) kettő–négy héten át 1 mg/ ttkg;
- b) majd kéthetente fokozatos csökkentés ng-onként;
- c) heti fenntartó dózis 10 mg/nap.

##### B) *azathioprin*:

- a) 100–150 mg/nap;
- b) terápia időtartama hat hónap.

Szükség esetén kiegészítve gyomorvédelemmel és D-vitamin-profilaxissal.

#### Következtetések a gyakorlat számára

- a) Myocarditis és gyulladásos cardiomyopathia esetén a megfelelő terápia kiválasztásának elengedhetetlen feltétele a szívizom-biopszia, amely a képalkotó vizsgálatokkal nem pótolható.
- b) Az akut, hemodinamikailag stabil lymphocytás myocarditis spontán remissziója gyakori, így kezdetben csak tüneti kezelést és szoros felügyeletet igényel (csak minimális fizikai terhelés megengedett).
- c) Myocarditis gyanúja és hemodinamikai instabilitás, illetve rohamos állapotromlás esetén szívizom-biopsziával tisztázni kell a háttérben álló okokat, majd ha indokolt, immunszuppresszív kezelés indítható (példának okáért óriássejtes myocarditis esetén).
- d) Ha az ejekciós frakció tisztázatlan eredetű, legalább hat hónapja fennálló romlása háttérben gyulladásos folyamat gyanítható, és akkor:
  - immunszuppressziós terápia lehet szükséges, miután szívizom-biopsziával a vírusperzisztencia lehetőségét kizárták; illetve
  - interferon alkalmazható, miután a szívizom-biopszia eredménye enterovagy adenovírus-fertőzést igazol.

Fischer Tamás dr.

## Pulmonológia

**Az ivabradin hatása a funkcionális kapacitásra krónikus obstruktív tüdőbetegeken (The effect of ivabradine on functional capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease)** Mahmoud K, Kassem HH, Baligh E, et al. (Faculty of Medicine, Cairo University, Kasr El Ainy Hospital,

EI Manial, Kairó, 11562, Egyiptom; e-mail: dr.kareem215@cu.edu.eg): *Clin Med (Lond).* 2016; 16: 419–422

Krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD) a tachycardia mindennapi lelet. Egyik részről a krónikus hypoxia okoz noradrenalinfelszabaduláson keresztül fokozott szimpatikus tónust. Másik oldalról a béta-2-agonista hörgőtágítók, valamint a teofilin is tachycardizál. A nyugalmi tachycardia a légzésfunkciótól függetlenül fokozza a cardiovascularis és az össz mortalityt. Csökkenti a terhelhetőséget is, mivel növeli a myocardium oxigénfogyasztását és a diasztolés rövidítésével csökkenti a coronariaperfúziós időt. Az ivabradin szelektíven és specifikusan gátolja a sinoatrialis csomó pacemakeringerületét, csökkentve mind a nyugalmi, mind a terhelés közbeni frekvenciát. Nem befolyásolja a vérnyomást és nincs negatív inotrop hatása a szívre. Csökkent ejekciós frakciójú szívelégtelenségben elfogadott gyógyszerre vált.

A szerzők 80 COPD-s betegben végzett vizsgálatról számolnak be. Nyugalmi szívfrekvenciájuk 90 feletti volt. 40 beteg napi kétszer 7,5 mg ivabradint kapott, 40 beteg pedig placebót két héten át. Kizáró ok volt az ismert coronariabetegség, a magas vérnyomás, echokardiográfiával észlelt bal kamrai hypertrophia vagy szisztolés funkciózavar, vitium, rossz echokardiográfiás alak, beleegyezési képtelenség. A vizsgáltak 50–60 év közötti dohányos férfiak voltak. A két csoport között nem volt különbség életkor, dohányzás, testtömegindex, diabetes, hypertonia vonatkozásában. Fő tüneteik a terhelési dyspnoe, de ennek Borg-skálával mért intenzitása a két csoportban azonos. Átlagos nyugalmi szívfrekvencia  $99,7 \pm 12,0$ , illetve  $98,3 \pm 7,4$ /min. Ugyancsak nem tért el szignifikánsan a két csoport légzésfunkciója, diasztolés szív-funkciója, az arteria pulmonalis szisztolés nyomása.

A kétheti kezelés után a Borg-skálával mért dyspnoe az ivabradin mellett jobban csökkent, mint a placebónál. A hatperces járástávolság az ivabradincsoportban  $192,6 \pm 108,8$  m-ről  $285,1 \pm 88,9$  m-re nőtt. Placebóval a kezdeti  $230,6 \pm 68,4$  m  $250,4 \pm 65,8$  m-re változott. A változás az ivabradin javára szignifikáns. A szívfrekvencia szignifikánsan csökkent. A légzésfunkció nem változott. Tehát COPD-s betegekben az ivabradin okozta szívfrekvencia-csökkenés növelte a betegek fizikai terhelhetőségét.

Nagy László Béla dr.

## Radiológia

**A scrotum MR képkalkotó vizsgálata: képek áttekintése ultrahang-korrelációval (Magnetic resonance imaging of the scrotum: pictorial review with ultrasound correlation)** Mathur M, Mills I, Spektor M. (Department of Radiology and Biomedical Imaging, Yale School of Medicine, 333 Cedar Street, Room TE-2, PO Box 208042, New Haven, CT, 06520, Amerikai Egyesült Államok, e-mail: mahan.mathur@yale.edu): **Abdom Radiol.** 2017 Apr 11. DOI: 10.1007/s00261-017-1127-2 [Epub ahead of print]

Míg a scrotum vizsgálatára a szonográfia az első vonalbeli (first-line) képkalkotó eljárás, addig az MR-képkalkotást bonyolultabb esetek elemzésére, differenciáldiagnosztikai problémák megoldására lehet alkalmazni. A szélesebb látótér és a multiplanáris képkalkotási lehetőségek miatt az MRI pontosabb a kórfolyamatok lokalizálásában, különösen, ha a scrotum megnagyobbodott (extratesticularis vs. intratesticularis). Az MR kiváló lágyrész-ábrázolása lehetővé teszi a zsír, a vérömleny, a kötőszövet vagy a mixoid mátrix detektálását, így specifikusabb diagnózis érhető el. Ezenkívül az MR hasznos az avascularis entitások, például intratesticularis haematoma vagy szegmentális testicularis infarctus és hypovascularis neoplasma differenciálásában. Ha szerv-

megtartó műtétet – organ-sparing surgery – terveznek, akkor az MR nagyon értékes a kórfolyamat preoperatív ábrázolásában. Mivel ezek kritikusak a beteg ellátásában, a radiológusoknak fontos megismerniük a herezacskó betegségeinek MR-képeivel. Az MR sok többletinformációt adhat nem daganatos betegségek (herén belüli vérömleny, a rete testis tubularis ectasiája, polyorchidismus, cryptorchismus, mellékherecysta, tunica albuginea cysta, szegmentális hereinfarktus, varicocele, mellékveseszövet a herében, fibrosus pseudotumor stb.) és daganatok (extratesticularis lipoma, csírasejtes tumorok, például seminoma, primer testicularis lymphoma, a funiculus spermaticus sarcomája stb.) esetén.

A közleményt 24 ábra (színes Doppler-ultrahangképek, T1- és T2-súlyozott MR-felvételek) illusztrálja. A szerzők a here normális MR-képeit is bemutatják (a testis ovális alakú, homogén szerkezetű). A publikáció végén 80 irodalmi hivatkozás található.

*Gáspárdy Géza dr.*

## Táplálkozástudomány

**Élettartam-rövidítés az étkezéssel (Lifespan weighed down by diet)** Ludwig DS. (New Balance Foundation Obesity Prevention Center, Boston Children's Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts,

Amerikai Egyesült Államok; e-mail: david.ludwig@childrens.harvard.edu): **JAMA** 2016; 315: 2269–2270

Amerikában az 1850-es években a fehér férfiak várható élettartama 38, a nők 40 év volt, ami 1980-ra 71-re és 78-ra nőtt, azonban az 1970-es évek elhízásjárványával a hosszabbodási tendencia lelassult, sőt! A Centers for Disease Control and Prevention friss adatai szerint a fő halálozási ok az elhízás következményei. Egy év alatt a cardiovascularis halálozás 1%-kal, a májkárosodás 3%-kal, a stroke 4%-kal, az Alzheimer-kór 19%-kal nőtt. A világ országaiban 1983 és 1999 között azokban az országokban, ahol az elhízottság gyakori, a várható élettartam csökkenni kezdett. Ez a tendencia bizonyára tovább gyorsul a gyerekek túlsúlyossága miatt. A kövérség anyagi terhei egyre nagyobbak, a direkt költségei az Amerikai Egyesült Államokban 2005-ben 190 milliárdra tehető.

Okolható az elhízás megelőzésének-kezelésének hiányos és helytelen volta is: A „kalória = kalórianézet” félrevezető. A szénhidrát, a cukor, a finomított liszt, a magas glycaemiás indexű ételek sokkal obezitogénnek, mint a jó minőségű fehérjék, gyümölcsök, zöldségek, hüvelyesek, magvak. Az egészséges ételek fogyasztását tanítással, kedvcsinálással, adópolitikával kell szorgalmazni.

Ha nem változtatunk az étkezésünkön és a fizikai inaktivitásunkon, a mai gyerekek élete szüleikénél rövidebb lesz.

*Apor Péter dr.*

*„Verba volant, scripta manent.”  
(A szó elszáll, az írás megmarad.)*

## Progresszív kontinenciagondozás a Biatorbágyi Boldog Gizella Otthonban

Az inkontinencia kezelése népegészségügyi feladat, mert a lakosság közel 6,5%-át érinti, és a népesség életkorának kitolódásával folyamatosan nő az inkontinensek száma is. A szemérmesség, a tájékozatlanság és a nem megfelelő ellátás nagymértékben rontja a betegek életminőségét és elszigetelődését. A helytelenül kezelt inkontinencia a betegellátás költségeit is jelentős mértékben növeli.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) Egészségügyért Felelős Államtitkárságának közreműködésével 2016-ban elkészült új, inkontinenciáról szóló szakmai irányelv megfogalmazza a szükséges teendőket a szakma és a betegek számára is.

Az egy évvel ezelőtt kihirdetett, inkontinenciára vonatkozó szakmai irányelv számos olyan fontos pontot tartalmaz az ellátásra és azon belül a szakmára vonatkozóan, amely a környező országokkal összehasonlítva, annak komplexitása miatt, egyedinek számít.

Az irányelv gyakorlatba történő átültetése és továbbfejlesztése az ellátásban részt vevő szakmai szereplők, szakdolgozók, háziorvosok, különféle szakorvosok, szociális szférában dolgozók újszerű együttműködését igényli.

A Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján működő Antal Géza Alapítvány, a Magyar Kontinencia Társaság, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, a Szociális Klaszter Egyesület és az SCA Hygiene Products Kereskedelmi Kft. 2017. február 22-én létrejött szakmaközi megállapodása értelmében közösen keresik a megoldásokat.

Az együttműködés első megnyilvánulása a 2017. március 28-án, a Biatorbágyi Boldog Gizella Otthonban szociális szakemberek részvételével megtartott szlovén-magyar tudáscsere-találkozó volt, amelynek témája a költséghatékony és személyre szabott időskori inkontinenciaellátás volt. A Szociális Klaszter Egyesület és az SCA Hygiene Products Kft. szervezésének eredményeként a szlovén szakértők tapasztalatszerzésre látogattak hazánkba, a magyar modell megismerése céljából.

A Boldog Gizella Alapítvány integrált formában működő szociális intézmény. A bentlakásos szociális intézményben történő mindennapos kontinenciaellátás haté-

konysága figyelemre méltó és fejleszthető. Kulcseleme az ellátottak személyre szabott gondozása, a maximális önállóság és a mobilizáció elérése.

A szociális intézményben lakók létszáma 105 fő, átlagéletkoruk 83 év. Orvosi diagnózisuk alapján a gondozottak 55%-a széklet- és vizeletinkontinens, pelenkaviselő, 6%-a csak vizeletinkontinens, pelenkaviselő, 15%-a vizeletinkontinens, betétviselő.

Az inkontinencia-irányelv helyi megvalósítása beigazolta, hogy az inkontinencia-védőeszközök beszerzésének költsége a teljes intézményi kontinenciagondozási kiadáshoz (*mosoda, plusz pelenkacseré, extra hulladék, járulékos bőrátalmak stb.*) képest elenyésző. Az intézmény következő feladatként az ápolási munkatársak képzését jelölte meg.

A rendelkezésre bocsátott adatok szerint a kontinenciagondozás minőségi és mennyiségi mutatói az irányelv bevezetése előtt és után mérve egy ellátási napra vetítve a következők:

- átlagos pelenkafelhasználás: –10% (3,1-ről 2,8 darab/nap);
- inkontinenciaellátás átlagos időigénye: –10%;
- kontinenciagondozás átlagos időigénye: –25%;
- hulladékmennyiség (kg): –15%;
- szivárgások száma: –83%;
- mosodai szennyesmennyiség (kg): –35%;
- összköltség (munkabér nélkül): –36%.

Az adatok alapján egyértelmű, hogy az EMMI-irányelv modern eszközökkel együtt alkalmazva képes az ellátás összköltségét csökkenteni és az ellátás minőségét javítani.

Az intézmény kritikus sikertényezőként jelöli, hogy az ápolószemélyzet a kontinenciagondozást ne izolált feladatként, pelenkázásként, hanem az ápolás részeként lássa el és kezelje, amihez az egyénre szabott ellátás bevezetése és a valós ellátási igény differenciált felmérése szükséges.

Blázovics Anna dr.

## Negyed évszázad a családorvosok képzésében és továbbképzésében. Alapellátási Szabadegyetem Győrött (1992–2017)

A piac kedvező hatásainak érvényesülése reményében indult el az egészségügyi alapellátás reformja 1992. július 1-jével Magyarországon. A privatizáció folyamata 1992-ben többek között a háziorvosi vál-

lalkozások engedélyezésével kezdődött. Az alapellátás reformjának megindulásával kezdetben még kevés családorvos választotta a vállalkozási formát, 1993-ban viszont már 60%, 1994 I. negyedévében már 90%-uk.

Az új háziorvosi vállalkozási forma egyik jelentős eredménye volt a *szabad orvosválasztás rendszere*, amely felváltotta a korábbi évtizedek merev, szigorúan egyes utcákhoz rendelt körzeti orvosi határokat. A szabad orvosválasztás egyben a minőségi mutatók tekintetében is előrelépést jelentett, hiszen nyomon követhetővé vált egyes praxisokba bejelentkezett nagy létszámú beteg, ellentétben más praxisok lényegesen alacsonyabb létszámával. Ugyanakkor tény, hogy a változást követő években (1992–1998) ez az arány a kiegyenlítődés irányába ment át.

A reformot megelőző évben a családorvosok részére – győri kezdeményezésként – folyamatos és rendszeres továbbképzést kezdeményeztünk és szerveztünk Alapellátási Szabadegyetem néven, a kollégák részletes tájékoztatására. Ezzel Győr városa élen járt.

Ez egyrészt a felkészülést jelentette a családorvosi-vállalkozási formák megismertetésére:

- könyvelési szempontok szakirányú képzéssel;
- gazdasági és közgazdasági ismeretek tárgyalása, a szakma legkiválóbb előadóival;
- az akkor még gyermekcipőben járó informatikai rendszerek bemutatása, folyamatos és intenzív gyakorlati képzéssel.

Ennek alapjául szolgálhatott, hogy a változásokhoz kapcsolódóan folyamatos és rendszeres képzés keretében általában a hónap harmadik szombatján, az Egészséges Nemzedékért Alapítvány által koordinálva szerveztük a tudományos szimpóziumsorozatot, amelybe bekapcsolódott a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanácske, később a Pécsi Tudományegyetem és a Szegedi Tudományegyetem ÁOK Családorvosi Intézete is. Fenti egyetemi oktatóintézmények jelentős segítséget nyújtottak az akkreditáció, illetve a kreditpontok biztosításával.

A továbbképzések komoly előnye volt ez maradt jelenleg is, hogy a résztvevők részvételi díj nélkül látogathatták rendezvényeinket. Kiemelt együttműködő szervezetnek bizonyult Győr városa, Győr-Ménfőcsanak Megyei Önkormányzata, később a Megyei Orvosi Kamara is. A kihezelyezett üléseket leszámítva, a győri városáh-

za patinás díszterme méltó helyszíneként szolgált.

Az elmúlt 25 év során a rendezvényeket szemeszterenként öt, így tanévenként tíz alkalommal szerveztük meg. A családorvosokon kívül mind nagyobb számban vesznek részt kórházi orvosok, ÁNTSZ-szakemberek, országos egészségbiztosítási szakemberek, nemcsak Győr-Moson-Sopron megyéből, hanem a Dunántúl öt másik megyéjéből is (Vas, Zala, Veszprém, Komárom-Esztergom és Fejér megye). Jelentős háttérsegítséget nyújtott a továbbképzésekhez, hogy folyamatosan kiadványokat jelentettünk meg a továbbképzések anyagaiból, amelyek közül az első az Önkormányzati Háziorvosi Útmutató volt.

Az Alapellátási Szabadegyetem iránt az elmúlt évek során folyamatosan mind nagyobb az érdeklődés. Rendezvényenként átlagosan 120–150 kolléga vesz részt.

Legfontosabb célunk volt: naprakész információk biztosítása háziorvosok számára, illetve átadni azokat az ismereteket, amelyeket egyetemi tanulmányaik során nem tanultak vagy nem tanulhattak. Az általános tájékoztatókon túl, a diagnosztika és terápia tárgyköre mellett, mind jobban előtérbe kerültek az egészségügy gazdasági, közgazdasági, jogi és etikai kérdései, valamint – kihelyezett képzés során – a társadalombiztosítással foglalkozó továbbképzés-sorozat. Az informatikai ismeretek széles körű elterjedésében nemcsak a kollégák, hanem a praxisban dolgozó munkatársak is aktív szerepet játszottak. Ez is hozzájárulhatott ahhoz a kedvező tendenciához, hogy az OEP által kötelezővé tett számítógépes jelentések elkészítése, továbbá az adminisztratív tevékenység egyszerűbbé válhatott.

A képzési-továbbképzési rendszer tevékenysége kiemelten fontos szerepet játszott, hogy 1998. december 31-ét követően kizárólag csak szakirányú szakképesítéssel dolgozhatnak a családorvosok a körzetükben. Ezért – a háziorvostan-szakvizsgán túlmenően – mind több kolléga szerezte meg második, illetve további tárgyból a szakvizsgáját. A korábban „körzeti orvos” elnevezés „családorvossá” történt változtatásával nemcsak a név változott meg, hanem a családorvoslás szakmai tekintélye jelentősen megnőtt, amit az elmúlt negyedszázad eredményei egyértelműen igazolnak. A háziorvosok tevékenysége önállóbbá vált, felelősségük megnőtt (jelentősen pozitív irányba változott): kiemelt érdekük a praxisukhoz tartozó betegek gyógyítása, gondozása és rehabilitációja. Hazai és nemzetközi kongresszusi részvételeiket, szakkönyvvásárlásaikat és a számí-

tógépes rendszer beszerzéséhez szükséges kiadásait a praxispénz keretéből tudták fedezni.

Az alapellátás reformját követően a praxisok finanszírozásában az „aranyévek” az 1992–1998 közötti évek voltak, ezt követően, sajnos, a praxisfinanszírozás relatíve folyamatosan csökkent, a juttatások nem követték az inflációt. Ennek következtében az elkövetkezendő évek egyik kiemelten fontos, ha ugyan nem a legfontosabb feladata a praxisfinanszírozás igen jelentős növelése.

Ennek hiányában, sajnos, nem várható, hogy a jelenleg betöltetlen üres, közel 300 praxisba új kollégák kerülhessenek. Ugyancsak súlyos gondot jelent, hogy évente mind több magyar orvos vállal munkát külföldön, főként Nyugat-Európában.

A háziorvosok – előzetesen végzett, általunk szerkesztett kérdőíves felmérés eredményeit összefoglalva – igénylik ezt a képzési-továbbképzési rendszert. Megtisztelő számukra, hogy az Alapellátási Szabadegyetem keretében ülésselnökként, illetve előadóként vehetnek részt, s a rendezvényeink során elsajátított ismeretek akár többhetes, tankönyvből történő felkészülést helyettesíthetnek.

Az Alapellátási Szabadegyetem keretében a háziorvosok aktívan és folyamatosan kapcsolódtak az egyes alapellátásban folyó kutatómunkába, amely nemcsak helyi, hanem országos jelentőségű felmérésekben való munkát is jelentett, sőt nemzetközi kitekintést is kaphatnak az eredményekről.

A prevenció munkája eredményei mind jobban érvényesültek. Az orvoshoz fordulási szokások, a fekvőbeteg-osztályokkal való kapcsolat megváltozott. Számos esetben maguk a betegek igénylik az egészségmegőrzéssel és egészségneveléssel, szakmai felvilágosítással járó képzéseket, egyes betegségek megismerésével kapcsolatos klubfoglalkozást, illetve ennek egy új formája, a Szülők Akadémiája alakult meg az Alapellátási Szabadegyetem kezdeményezésére, és ez a szervezet jelenleg is aktívan működik. A Népegészségügyi Program egyes kiemelt indikátorait (egészséges táplálkozás, stresszmentes élet, rendszeres testmozgás) szintén felhasználták a családorvosok mindennapi gyakorlati munkájukban. Különösen érezhető volt ez a tendencia a pszichés-pszichoszomatikus betegségekben szenvedők esetében. A kórházi pszichiátriai osztályra, illetve szakrendelésekre való bejutás sokszor akadályokba ütközik az előjegyzési rendszer, illetve a hosszú várólisták miatt. Ezért a kollégák nagy számban részben az Alapellátási Szabadegyetemen szerzett tudásuk alapján, részben szakirányú pszichi-

átriai képzések eredményeképp az ilyen betegségben szenvedő, főként szorongó, nehezen kezelhető betegek esetében az alapkezeléseket saját hatáskörben tudják elvégezni. Komoly szakmai változást eredményezett a családorvosok számára, hogy az informatikai rendszer kiszélesedésével betegek fekvőbeteg-intézményekben történő vizsgálatának eredményeiről (röntgen, laborvizsgálatok, ultrahangvizsgálat, további szakrendelések stb.) már a kórházi vizsgálatokat követő néhány órában értesülhetnek, ami megkönnyíti számukra az egyes osztályokkal való gyors konzultációt.

Előzetes *költség-haszon vizsgálatok* során bizonyítást nyert, hogy a Győr-Moson-Sopron megyében kezdeményezett, országos modellként szolgáló háziorvosi képzés-továbbképzés milyen jelentős költségmegtakarítással járt. A korábbi évek elemzései azt mutatják, hogy a családorvosok számára az anyagi megtakarítások egyre jobban érzékelhetők napjainkban, hiszen mind a kongresszusok részvételi költségei (regisztrációs díj, szállásköltség, útiköltség, étkezés stb.), mind pedig az üzemanyag-költségek hatványozottan emelkedtek.

Egy főre számítva egy átlagos, fővárosban tartandó továbbképzés költségeit (18 000–20 000 Ft/fő, átlagosan 19 000 Ft/fő), a megtakarítás az elmúlt negyedszázadban  $29\,250\text{ fő} \times 19\,000\text{ Ft/fő} = 555\,750\,000$  forint.

A XXVII. évfolyam megindulásakor érdemes visszatekinteni az elmúlt 25 évre. Eddig összesen 225 szakmai továbbképzésre került sor Alapellátási Szabadegyetem formájában. Az átlagos látogatottsági számokat alapul véve (120–150 fő/rendezvény, átlag 130 fő), a résztvevők száma az elmúlt 25 évben  $29\,250\text{ fő}$  ( $130\text{ fő} \times 225\text{ rendezvény}$ ).

Az eddigi 225 rendezvény során – szakmai tudományos továbbképzésenként 10 előadóval számolva (egy-egy előadói blokkban egyes előadásokon két-három szerző is szerepelt) az előadók száma  $2300\text{ fő}$  volt.

A 2300 szakmai előadásban a legváltozatosabb témakörök szerepeltek, amelyeknek a sorrendje a következő volt:

- kardiológia,
- neurológia,
- pszichiátria,
- diabetológia,
- endokrinológia,
- az egészségügy gazdasági és közgazdasági kérdései,
- az OEP által kihelyezett tanfolyamok,
- vakcinológia,
- fertőző betegségek és megelőzési lehetőségeik,



- klinikai táplálás jelentősége,
- intenzív terápiás ellátás,
- az oxiológia elméleti és gyakorlati alkalmazása a napi háziorvosi gyakorlatban,
- igazságügyi-orvostani szakértői előadások,
- az alapellátásban használt és alkalmazott indikátorok részletes elemzése.

Az elmúlt negyedszázad során együttműködésünk a Győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórházzal gyümölcsöző volt. Ennek bizonyítéka, hogy a Semmelweis Egyetem Családorvostani Tanszéke, illetve a Pécsi és a Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézete által delegált szakmai előadók mellett a Győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház mind több kiváló munkatársa tartott nagy sikerrel előadásokat. Egyetemi oktató családorvosi munkánkba folyamatosan bekapcsolódott a Széchenyi István Egyetem is, ahol kihelyezett ülést is tartottunk.

2012 óta minőségi megújulást jelentett az Alapellátási Szabadegyetem működésében, hogy a Szegedi Tudományegyetem ÁOK Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Rendelő segítségével, *dr. Mester Lajos* címzetes egyetemi docens családorvossal közösen, évente két alkalommal, 50 kreditpontos, akkreditált, háromnapos, szinten tartó továbbképzést tarthattunk Győrben, a Szegedi Tudományegyetem kihelyezett képzése keretében. További célunk a Családorvos Kutatók Országos Szervezetével való folyamatos és szoros szakmai együttműködés, továbbá kapcsolatfelvétel a Debreceni Tudományegyetem ÁOK Családorvosi Intézetével.

Fontos szerep jutott a Győr-Moson-Sopron Megyei Orvosi Kamarának is, kiemelten *dr. Begya László* elnök úrnak. A dokumentáció mellett – a Megyei Orvosi

Kamara segítségével – a kollégák folyamatosan tájékozódhattak továbbképzéseinkről, és a visszajelzések, illetve a kamarai nyilvántartás alapján azon családorvosok, akik 25 évig folyamatosan körzetben dolgoztak, címzetes főorvosi kinevezést vehettek át rendezvényeinken.

Abban, hogy ezt a továbbképzés-sorozatunkat megindíthattuk, sikerrel megvalósíthattuk és folyamatosan megszervezhettük, hálás és elévülhetetlen köszönet illeti *néhai dr. Fehér János* professzort, az *Orvosi Hetilap* főszerkesztőjét, aki részben az *Orvosi Hetilap*ban, de több szakmai folyóiratban publikálta, valamint a Magyar Tudományos Akadémia bizottságaiban folyamatosan ismertette a továbbképzéseinket, egyben rendszeres személyes jelenlétével garantálta a szakmai sikereket.

Ugyancsak elismerésünk *dr. Gidai Erzsébet* professzor asszonynak, a Semmelweis Egyetem, később a soproni székhelyű Nyugat-magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar alapító dékánjának, hogy továbbképzési rendszerünket folyamatosan beépítette az általa vezetett kar egyetemi életébe, így a családorvosok az egészségügy gazdasági-közigazgatási ismereteit naprakészen tudták elsajátítani. Mind *néhai Fehér János*, mind pedig *néhai Gidai Erzsébet* egyedülálló munkát végzett, és nélkülük nem tudtuk volna a negyedszázados folyamatos továbbképzést megvalósítani.

Az akkreditációt biztosító Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvostani Tanszéke részéről *dr. Tamás Ferenc* és közvetlen munkatársa, *Fekete Ilona* együttműködése meghatározó.

Ugyancsak hálás köszönettel tartozunk azon kollégáknak, akik az elmúlt 25 év során szinte állandó résztvevői voltak a to-

vábbképzésnek, akik komoly szakmai közösséget hoztak létre, és vitték a tudást a praxisukba. Kiváló szakmai munkájukkal, előadásaikkal, üléslétnökséggel, vitavezető szerepben, illetve konzultációk révén emelték a továbbképzés rangját az alábbi kollégák: *dr. Hidas János* vértessomló, *dr. Szalai Mária* és férje, *dr. Szíjártó István* sümegi háziorvosok, *dr. Szabó Tibor* OEP-főosztályvezető és testvére, *dr. Szabó Mária* szakorvos Szombathelyről, *dr. Ágfalvi Rózsa* és *dr. Gritz Arnoldné* Budapestről.

Aktív győri kollégáink: *dr. Tardos Károly*, *dr. Schneider Károly* és *dr. Gyarmathy László*. Nagy megtiszteltetés volt a szervezőbizottság számára, hogy az Alapellátási Szabadegyetem sikeres megvalósításáért Batthyány-Strattmann László-díjban részesült *dr. Papp Magdolna* és *dr. Juhász Julianna* győri, *dr. Balogh Emil* csopaki és *dr. Decastello Alice*, Budapest VII. kerületi családorvos. *Korompáky Mária* fő szervezőnk hasonló tevékenységéért Pro Caritate díjban részesült.

A határon túlról, a Felvidékről folyamatosan látogatta rendezvényünket *MUDr. Czellárik Mária* és férje, *MUDr. Czellárik Sándor*, akik fáradságot és időt nem kímélve – Dunaszerdahely és Vágsellye felvidéki településekről érkezve – részletes beszámolókat tartottak a szlovák egészségügyi alapellátásról.

Az Alapellátási Szabadegyetem képzés-továbbképzés rendszere az elmúlt negyedszázad során messzemenően elérte célját, ezért rangos továbbképzéseinket hasonló szellemben szeretnénk folytatni.

*Dr. Schmidt Péter és  
Dr. Konczosné dr. Szombathelyi Márta*

„*Vel optima nomina non appellando fiunt mala.*”  
(Még a legjobb név is megromlik, ha nem emlegetik.)