



IDŐSGYÓGYÁSZAT

A Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság folyóirata

2. évfolyam 1. szám 2017. március 31. 1-34.

BEVEZETŐ

Kiss István, Székács Béla főszerkesztő, szerkesztő

Székács Béla, Bakó Gyula, Kiss István: Idősek egészségügyi ellátása – szakmapolitika I.

Székács Béla, Bakó Gyula, Kiss István: Idősek egészségügyi ellátása – szakmapolitika II.

Lelbach Ádám: Gerontechnológiai újdonságok – pillantás a jövőbe

Domboróczki Zsolt: Az időskori diabetes mellitus – 1. Rész

Székács Béla, Martony Zsuzsa: Elesés idős korban. Epidemiológia, kórélettani háttér és kockázat, ellátás és prevenció

Szabó Lajos: A családkonzultáció szerepe a demenciával élő időseket gondozó családok segítésében

Duray Éva: Az idősödés ellenében – az arc szépség-megtartásának újabb fortélyai, „anti-aging” ígéreték a 15. Monacoi Anti-Aging Világkongresszus keretében

Majercsik Eszter: Az időskor és a művészet

SZERZŐI ÚTMUTATÓ

Az Idősgyógyászat folyóirat szerzői útmutatója



Alapító főszerkesztő:

© Prof. Dr. Kiss István

Felelős szerkesztő:

Prof. Dr. Székács Béla

Szerkesztőségi titkár:

Dr. Majercsik Eszter

Szerkesztőségi tagok:

Dr. Besenyei Attila, Dr. Ferencsik Mária, Dr. Leibach Ádám, Dr. Pétervári Erika

A szerkesztőbizottság tiszteletbeli elnöke:

Prof. Dr. Beregi Edit

A szerkesztőbizottság elnöke:

Prof. Dr. Bakó Gyula

Szerkesztőbizottsági tagok:

Dr. habil Benkő Sándor, Dr. Boga Bálint, Prof. Dr. Császár Albert, Dr. Császár Tamás,
Dr. Egervári Ágnes, Dr. habil Imre Sándor, Prof. Dr. Iván László, Prof. Dr. Koller Ákos,
Dr. Martony Zsuzsanna, Dr. Meisner Péter, Prof. Dr. Nyakas Csaba,
Prof. Dr. Székely Miklós, Dr. Zékány Zita, Dr. Zöllei Magdolna,

IDŐSGYÓGYÁSZAT

© Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság folyóirata

ISSN 1418 477X

Az IDŐSGYÓGYÁSZAT Szerkesztőségének címe:

SE, Geriátriai Tanszéki Csoport, 1115 Budapest, Tétényi út 12-16.

Felelős lapkiadó: Gál Tibor, Creo Kft. 1133 Budapest, Ipoly u. 30.

Szerzői jog és másolás. Minden jog fenntartva. A folyóiratban valamennyi írásos és képi anyag közlési joga a szerkesztőséget illeti. A megjelent anyag, illetve annak egy részének bármilyen formában történő másolásához, ismételt megjelentetéséhez a szerkesztőség hozzájárulása szükséges.

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETŐ	Kiss István, Székács Béla főszerkesztő, szerkesztő	3
KÖZLEMÉNYEK	Székács Béla, Bakó Gyula, Kiss István: IDŐSEK EGÉSZSÉG- ÜGYI ELLÁTÁSA – SZAKMAPOLITIKA I. Mozaik az időskori egészségügyi ellátásról a „Nemzeti Jelentés a Madridi Nemzetközi Idősödési Cselekvési Akcióterv Regionális Végrehajtásáról – Magyarország, 2016” (Chirer Zsuzsanna, Hulák Zsuzsanna, Emberi Erőforrások Minisztériuma) dokumentumból	4
	Székács Béla, Bakó Gyula, Kiss István: IDŐSEK EGÉSZSÉG- ÜGYI ELLÁTÁSA – SZAKMAPOLITIKA II. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium „Geriátria és krónikus ellátás” Tagozatának és Tanácsának, valamint a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság állásfoglalása és javaslata az idősellátás aktuális kérdéseivel kapcsolatban (Budapest, 2016. június 29.)	5
	Leibach Ádám: Gerontechnológiai újdonságok – pillantás a jövőbe	7
	Domboróczki Zsolt: Az időskori diabetes mellitus – 1. rész	9
	Székács Béla, Martony Zsuzsa: Elesés idős korban. Epidemiológia, kórélettani háttér és kockázat, ellátás és pre- venció	14
	Szabó Lajos: A családkonzultáció szerepe a demenciával élő időseket gondozó családok segítésében	20
	Duray Éva: Az idősödés ellenében – az arc szépségmeg- tartásának újabb fortélyai, „anti-aging” ígéret a 15. Monacoi Anti-Aging Világkongresszus keretében	25
	Majercsik Eszter: Az időskor és a művészet	30
SZERZŐI ÚTMUTATÓ	Az Idősgyógyászat folyóirat szerzői útmutatója	33

Bevezető

A geriátria egyre fontosabb szakterületté válik hazánkban is, ezért kiemelt jelentősége van egy a nemzetközi irányelveket, hazai szakterületi összefoglalókat, eredeti kutatásokat és esetismertetések tartalmazó folyóiratnak. Az újonnan alapított „Idősgyógyászat” szakmai folyóirat hivatott mindezeket megvalósítani. 2016-ban jelent meg első száma a bevezető közleménnyel és „Supplementum” formájában az 50. éves Magyar Gerontológiai és Geriátriai Kongresszus ünnepi Kongresszusának programjával és előadáskivonatával. A negyedéves megjelenési gyakoriságot figyelembe véve most a 2. számot tartja tartja kezében az olvasó, mely mellett a 2. „Supplementumban” az „Egymást értő szakemberek” programját és előadáskivonatait, valamint az idősgondozás interprofesszionális szemléletét és gyakorlatát tanulmányozhatják, hazai és nemzetközi tapasztalatokra építve bemutatva.

Az első két közlemény az idősök egészségügyi ellátásáról szól, a madridi nemzetközi idősödési cselekvési akcióterv regionális (magyarországi) végrehajtása, valamint az Egészségügyi Szakmai Kollégium „Geriátria és krónikus ellátás” Tagozatának, Tanácsának és a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság állásfoglalása alapján.

Rövid összefoglaló mutatja be a gerontotechnológiai újdonságokat, amely a geriátria jövőképét is bemutatja.

Az összefoglaló közlemények sorát az időskori diabetes mellitus részletes taglalása indítja. Ezt követi az elesésről szóló áttekintés.

A családkonzultáció gyakorlati jelentőségét mutatja be a következő közlemény, amelyet az anti-aging világgongresszusról szóló beszámoló követ.

Az Idősgyógyászat folyóirat fontos része az időskorral kapcsolatos szakmatörténeti és művészeti bemutatás. A szakmatörténetből mostani számunkban Gerhard Van Swieten, a modern gerontológia előfutára, illetve a sokszínűen illusztrált időskor és művészet összefoglaló közlemény kerül bemutatásra.

Várjuk a geriáterek és más szakorvosok kéziratait, bemutatva szakmaterületük idősgyógyászati jellemzőinek összefoglalásával és kutatási eredményeivel. Reméljük, hogy a tudományos megalapozottság és a sokszínűség e számmal kezdődően jellemzője lesz a folyóiratnak és hasznos és kellemes olvasnivalót jelent 2017 tavaszán és nyarán.

2017. január-március

Prof. Dr. Kiss István
alapító főszerkesztő

Prof. Dr. Székács Béla
szerkesztő

Idősek egészségügyi ellátása – Szakmapolitika I.

Mozaik az időskori egészségügyi ellátásról a „Nemzeti Jelentés a Madridi Nemzetközi Idősödési Cselekvési Akcióterv Regionális Végrehajtásáról – Magyarország, 2016” (Chirer Zsuzsanna, Hulák Zsuzsanna, Emberi Erőforrások Minisztériuma) dokumentumból

Székács Béla, Bakó Gyula, Kiss István

Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság

Egészségügyi terület

Az egészségügyi ellátórendszer számára a demográfiai idősödés miatti legnagyobb kihívást a krónikus betegségek okozta terhek kezelése jelenti. Ezek a terhek nemcsak a betegek, hanem a hozzátartozóik, valamint a társadalom egésze szintjén is jelentkeznek.

Az **egészségben várható élettartam**-adatok alapján mindkét nem esetében növekedés mutatható ki. A nők és férfiak átlagos mutatói között a különbség két évnél kevesebb, a 65 éves korban várható egészséges élettartamnál közel azonos, az uniós átlaghoz képest a lemaradás csökkenő tendenciát mutat. Európai összehasonlításban a születéskor várható élettartam alapján Magyarország a várható élettartamot tekintve a gazdaságilag elmaradottabb országok középmezőnyéhez tartozik. Ugyanakkor az is elmondható, hogy az egészségben várható átlagos élettartam Magyarországon 2010-2014 között férfiak esetén 2,6 év emelkedést jelent (uniós átlag 0,4 évvel csökkent), nőknél 2,2 év emelkedést jelent (uniós átlag 0,8 év csökkenést mutat). [Lásd: 2. melléklet 9-10. tábla]

A **65 éves korban várható egészséges évek száma** (2014-ben nők: 6,1, férfiak 6,0 év) alacsonyabb, mint az EU átlaga, ugyanakkor 2005-höz, 2010-hez képest javulást mutat mindkét nem esetében. Ez a mutató Magyarországon 2010-2014 között átlagosan 0,4 évvel emelkedett, az uniós átlag ezzel szemben 0,2 év csökkenést mutat. [Lásd: 2. melléklet 11. tábla]

A rosszabb életkilátások hátterében döntően az életmóddal összefüggő, krónikus betegségek állnak. A megromlott egészségben leélt éveket és az

„idő előtti” halálozást összegző egészséges életévvesztéseket (DALY) tekintve kiemelkedő jelentőségű tényezők: a szív- és érrendszeri betegségek (27%), a rosszindulatú daganatok (18%) a mozgásszervi betegségek (11%), valamint az öngyilkosságok.

A morbiditási és mortalitási adatok egyaránt jelzik az időskori keringési betegségek súlyát, amelyek együttesen az időskori (65 éves és idősebb) mortalitások 57%-át, morbiditásának 45-55%-át jelentik. A krónikus megbetegedések sorában a diabétesz, daganatok, krónikus obstruktív tüdőbetegségek, csont-, ízületi-, izombetegségek, a lelki egészség zavarai, továbbá a látáscsökkenés, vakság és hallászavarok a jellemzők.

Sokak számára az időskor egyik legsúlyosabb problémája az egészségi állapotuk megromlása. Az életkor előrehaladtával ez egyre nagyobb gondot jelent, noha minőségében és megítélésében meghatározóak a társadalmi különbségek is. 2013-ban a 65 éven felüli felsőfokú végzettségű férfiak közel 20, a nők 22,6%-a ítélte jónak az egészségi állapotát, miközben az alacsony végzettségűek csupán 6,5, illetve 5%-a. Rossznak ítélte meg az egészségi állapotát az alacsony végzettségű férfiak 34, a nők 40%-a, míg ugyanez a felsőfokú végzettségűeknél 19% körül volt.

Az egészségpolitikában egyre inkább teret nyer az a felismerés, hogy a **betegségek egy része megelőzhető**, illetve korai feltárás esetén **lényegesen olcsóbban kezelhető**, ezért fontos cél az alapellátás kapuóri szerepének megerősítése, és a lakosság egészségügyi ellátásának áttekintése a drágább kórházi ellátásoktól az alap- és járóbeteg ellátás felé.

Ez a felismerés tükröződik abban, hogy a 2015 nyarán elfogadott, az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXX. törvény **az otthoni szakápolást és otthoni hospice ellátást az alapellátáshoz közvetlenül kapcsolódó lakosságközeli tevékenységként definiálta.** Az ilyen szolgáltatási formák erősítésének célja a **fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás kiváltása is,** amelynek fejlesztése, összehangolása napirenden van. Az egészségi állapot megőrzésének kulcsfontosságú eleme az idősebb nemzedékek számára a megfelelő **szűrővizsgálatok** biztosítása, a prevencióban való aktív részvételük elősegítése.

A szűrővizsgálatok népszerűsítése, a lakosság intenzív tájékoztatása az idősorúak védelmét is szolgálja. Az alkalmoszerű szűrések, keretében a rendszeres háziorvosi ellenőrzés, vizsgálat (vérnyomás, vércukor, koleszterin), a védőoltások adása (idősek számára az influenza és a pneumococcus elleni oltás, amely térítésmentesen áll rendelkezésre), illetve a népegészségügyi célú szűrővizsgálatokon (emlő-, méhnyak-, pilot jelleggel vastagbél-szűrés) való részvétel nagyban hozzájárul az elsődleges és másodlagos megelőzéshez, valamint az egészség megőrzéséhez.

Idősek egészségügyi ellátása – Szakmapolitika II.

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium „Geriátria és krónikus ellátás” Tagozatának és Tanácsának, valamint a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság állásfoglalása és javaslata az idősellátás aktuális kérdéseivel kapcsolatban (Budapest, 2016. június 29.)

Székács Béla, Bakó Gyula, Kiss István

Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság, Egészségügyi Szakmai Kollégium „Geriátria és krónikus ellátás” Tagozata és Tanácsa

Magyarországi helyzetkép 2016-ban

Magyarországon is folyamatosan növekszik az idősek száma. Az élethossz növekedését azonban nem követi az egészségben leélt évek számának változása. Az idősödés korában (60-70 év között) még kiemelt jelentősége van és lehet az aktív, egészségben töltött életévek biztosításának, amelyre tanítani kell az egyéneket és biztosítani kell számukra a megfelelő lehetőségeket. Az idősorra (70-80 év között) azonban már számos krónikusan fennálló, addig lényeges tünet és panasz nélküli betegség szövődménye oly mértéket érhet el, illetve oly mértékben jelenhet meg, hogy ekkor már az idősgyógyászat szerepe kerül előtérbe. Az aggkor, vagy szépkor (80 év felett) ugyancsak speciális problémákat hordoz, melyek között kiemelkedő a saját ellátás biztonsága és a segítő környezet, hozzátartozó támogatása. A korhatárok természetesen összemosódnak, a problémák pedig egyeseknél előbb, másoknál egyáltalán nem jelennek meg. Mindezek felvetik a szükségességét egyfajta társadalmi összefogásnak és megegyezésnek,

amely az idősek ellátásáról szól, beleértve az ez irányú saját aktivitás is.

Az idősellátásnak számos színtere van és napjaink gyakorlata is igen sokféle, összességében azonban a helyzet nem megoldott.

- Nincs és nem is alakult ki az idősekkel foglalkozó tudatos HÁZIORVOSI CSELEKVÉSI PROGRAM (szociális és idősgyógyászati ellátás)
- Nincs és nem is alakult ki az idősekkel foglalkozó GERIÁTRIAI AMBULÁNS ELLÁTÁS, tanácsadás, gondozás
- a fekvőbeteg intézményekben elsősorban az idős egyénekben kialakuló betegségek szakorvosi ellátása történik, nem pedig integratív szemléletű idősellátás, csekély számú a szükséges AKTÍV GERIÁTRIAI OSZTÁLY/RÉSZLEG
- Nincs és nem is alakult ki a fekvőbeteg intézményekben az IDŐSGYÓGYÁSZATI KONZULENS TEAM, mely a geriáter orvos, szakápoló, szociális nővér, gyógyszerész együttes munkáján alapszik, esetenként kiegészülve a gyógytornász,

logopédus, dietetikus és rehabilitációs szakember tevékenységével.

- Kevés a nappali gondozást, ellátást biztosító lehetőség, a jelenlegi igények alapján kevés az időseket krónikusan ellátó általános és speciális szociális gondozóhely.

Ismertek részleges megoldások, nincs azonban egymásra épülő, koncepcionális program. E program, illetve egyes elemeinek megalkotása, a jelenlegi ellátórendszerek változtatása, kiegészítése elengedhetetlenül szükséges a már jelen lévő társadalmi teher csökkentése és idősügyi gyógyászati tevékenység megoldása szempontjából.

Mindezt a számok tükrében látva, drámai helyzetben vagyunk és leszünk. Magyarországon mintegy 2,8 millió idős egyén él (a 8,3 millióra becsült felnőtt kosságból). Az ellátásukat speciális szemlélettel, komplexen biztosító és jelenleg aktívan dolgozó szakorvosok száma (geriáter) 83.

2012-ben sikerült a II.-es progresszivitású szintű belgyógyászati ágyszámok terhére AKTÍV GERIÁTRIÁT létrehozni (III.-as progresszivitású szinttel a négy orvostudományi képzőhelyen (10-10 ágy/ és II.-es szintűt pedig 9 megyei kórházban /15-25 ágy/). Korlátot csak a feltételek között megjelölt geriáter szakorvosi vezető hiánya jelentett igazán, ezért nem teljes ebben a vonatkozásban az ellátási térkép. Sajnos az elmúlt években a krónikus ágyakat nem „csak” az idősellátás használta, hanem utókezelésre, rehabilitációra az operatív szakmák jelentős része is, csökkentve így a geriátria lehetőségét.

Szükséges egy országos felmérés a kórházvezetők körében a geriátria koncepcionális támogatása szempontjából, helyzetfelmérésre és tervek vonatkozóan. Hogyan látják az aktív geriátria létrehozásának lehetőségét, a geriáter szakorvos vezetésű krónikus belgyógyászati osztályok szükségességét és mértékét, milyen mértékű elkötelezettséget tudnak vállalni a krónikus osztályok átalakítása/megszüntetése/átcsoportosítása szempontjából. A Magyar Kórházszövetséggel kell a geriátriai szakmának felvenni a kapcsolatot a tárgyalások megkezdéséhez, elsősorban az aktuális lehetőségek és igények vonatkozásában.

A krónikus ellátás hosszú idejű és gazdaságtalan formája a betegellátásnak, ennél biztosan olcsóbb és elégséges is az ápolási szervezeti egységek létrehozása, illetve a krónikus helyek átminősítése. A geriátriai grémium felhívja a figyelmet azonban arra, hogy ezt csak fokozatosan lehet megtenni, mert jelenleg számos egyéb funkciót is pótol a

krónikus fekvőbeteg (krónikus belgyógyászati) ellátás, amelynek hiányakor nincs azonnali átállásra lehetőség.

A krónikus belgyógyászat, általános belgyógyászat és ápolási osztály megszűnése szükségesség teszi a fekvőbeteg ellátó helyek egy részének átminősítését is. Erre nem krónikus nap/eset, hanem HBCs finanszírozással a geriátriát és krónikus ellátást (maximum három hónap) is magába foglaló READAPTÁCIÓS (geriátriai) osztályok létrehozása.

Mindezekhez szorosan kapcsolódik a minimum-feltétel rendszer, ahol a napi gyakorlatot és a szakmailag szükséges minimumot kell harmonizálni, mely folyamat elsősorban a humánerőforrás kérdéseit érinti. Kiemelten fontos kérdés, hogy számos aktív geriátriai tevékenységet egy jól képzett (diplomás) szakápoló is képes elvégezni, tehát ez a kompetenciarendszer újra gondolkodást igényli.

Az orvosok vonatkozásában pedig szükségesnek látszik felülbírálni egy korábbi döntésünket a geriáter szakorvos vonatkozásában. Úgy tűnik helyesebb a belgyógyászat alapszakvizsga (esetleg háziorvostan) és geriátria ráépített szakvizsga rendszere, az önálló geriátria szakvizsgánál.

Összefoglalva

1. szükséges a geriátriai szakember és szakellátás helyzetének felmérése
2. szükséges megbeszélés és egyeztetés a Kórházszövetséggel, a kórházigazgatókkal
3. szükséges a krónikus ágyakból READAPTÁCIÓS ágyak megőrzése (1500-3000 ágy között)
4. szükséges a társszakmákkal való kapcsolattartás prioritási stratégiájának megalkotása (pl. pszichiátria, rehabilitáció)
5. szükséges a minimumfeltételrendszer újragondolása és a kapcsolódó kérdések megoldása (szakvizsga, szakdolgozói kompetencia)
6. szükséges az egymásra épülő idősellátás koncepciójának és a részterület feladat- és kompetenciakörének kidolgozása

Az idősödő magyar társadalomban kellő óvatossággal szabad az ellátórendszer átalakítását megvalósítani és figyelemmel kell lenni a nem fiskális kérdésekre is.

A geriátriai grémium mindezen kérdésekben partnere kíván lenni az Idősek Tanácsának és az egészségügyi ágazat szakmapolitikai vezetésének, hogy a tervezett és szükséges átalakítások és folyamatok kellő hatékonysággal és megfelelő minőségben valósuljanak meg.

Gerontológiai újdonságok – Pillantás a jövőbe

Lelbach Ádám c. egyetemi docens

DrRose Magánkórház

A világ számos országában - különösen a fejlett világban - a demográfiai változások igen jelentős mértékben megnövelték az idős (65 éven felüli) korosztály arányát a társadalomban. Az Egészségügyi világszervezet adatai szerint 2050-re már a 60 éves életkort is közel két milliárd ember fogja meghaladni.

Azokban az országokban, ahol erre a gazdaság prosperitása lehetőséget biztosít, többek között technológiai fejlesztésekkel igyekeznek megoldani az előbbiekből adódó feladatokat, nehézségeket.

Kiemelkedő helyen áll ezen országok között **Japán**, ahol az említett 65 év feletti lakosság aránya jelenleg meghaladja a népesség 20%-át és egyaránt közismert a szigetország rendkívüli technikai fejlettsége. Külön érdekesség, hogy a világon egyedülálló módon magas a százévet megélt emberek száma az országban, hivatalos adatok szerint számuk több, mint 40 ezer (!). Nem csoda, hogy a gerontechnológiai kutatások a világ élvonalában állnak.

A közelmúltban jelen sorok írója személyesen tapasztalta a technikai fejlettség mellett azt a társadalmi kohéziót is, mely a (nép)közösség tagjai között fennáll és nagy szociális érzékenységgel kezeli az idősök arányának növekedésével járó kihívásokat.

Japánban a technológiai újítások közül ma már mindennapos a 2010-es évek elején bemutatott vezeték nélküli szenzor használata, melyet miután az idős személyek mellkasukra rögzítenek a készülék szívfrekvenciát, testfelszín hőmérsékletet, stressz szintet és mozgást érzékel, mely egy mobil telefonon vagy számítógépen keresztül kerül továbbításra.

Szintén a szigetországban fejlesztették ki azt az ágyat, mely kerekesszékké képes „átalakítani” önmagát, így az idős személy anélkül, hogy elhagyná saját ágyát képes a helyváltogatásra.

Érdekességet kelt az újítás és a tisztaságukra és megjelenésükre igen nagy hangsúlyt fektető japánok számára bizonyára kiemelt fontosságú egy másik technológiai újdonság az idősök haját megmosni, majd megszáritani képes robot.

Meg kell említenünk általános népszerűsége és elterjedtsége miatt a japán robotika egyik

fejlesztését „Kabochan”-t is, amely egy 400 kifejezést használni és bizonyos alap kommunikációra képes, kisgyermekre hasonlító készülék és igen népszerű magányos idősök körében, a pszichés támogatás eszköze. A precíziós robotika fejlettségét mutatja pedig az a szerkezet, mely művészi hegedű játékaival(!) képes szórakoztatni (nem csak időseket) és idősotthonokban már alkalmazzák hasonló zenélni képes gépekkel együtt.

A fejlesztések másik élvonalban járó helyszíne az **Amerikai Egyesült Államok**, mely ezirányú kiemelkedő szerepe az ország ismert technikai fejlettsége miatt valószínűleg nem tűnik nagy újdonságnak a kedves olvasó számára, azonban amennyiben nem tudott érdekes és elgondolkodtató adat, hogy az Egyesült Államokban jelenleg több, mint 40 millió ember éri el, vagy haladja meg a 65 éves életkort és az előzetes számítások szerint 2050-re ez a szám 88 millióra(!) növekszik, mely akkor várhatólag minden ötödik amerikait érinteni fog.

Tengerentúli fejlesztés a távoli, a közvetett megfigyeléssel irányított otthoni segítő robotok alkalmazása, mely funkció során például amennyiben egy idős ember valamit elejt, akkor az akár „a Földgolyó másik oldalán” szolgálatot teljesítő személy videokapcsolat révén ezt észlelni tudja és a segítő robotot az adott helyre képes irányítani, hogy felvegye a tárgyat (Hasonló elven évtizedek óta működnek távszolgáltatások a tengerentúlon, az Egyesült Államokban működő cégek előszeretettel telepítenek ügyfélszolgálati telefonközpontokat a harmadik világba, sokszor egy szolgáltató felhívásakor angolul kiválóan beszélő és a környezetet megtanultan ismerő személy „hang” fog kérdéseinkre válaszolni, útbaigazítani minket, nem is sejtve, hogy a New Yorkban élő telefonáló egy Manilában élő személlyel beszélget.).

Az idősök gyógyszereszedését kontrollálja és segíti az a szintén amerikai fejlesztésű készülék, melyet a lakás egy nyugodt helyén a bútor tetejére helyezve 13 különböző orvosság adagolását segíti. A gyógyszereket a gyógyszerertárban töltik be a készülék adagolójába. Egy memóriaegység tájékoztatja a gyógyszerertárat a felhasznált mennyiségről, az elfogyás várható időpontjáról, a lejárat dátumokról,

valamint az orvosi javallat adatairól. A rendszer az utánrendelés szükségességét is nyilvántartja.

A mozgásukban valamilyen betegség, vagy az izomerő gyengülése miatt korlátozott idős emberek járását hivatott segíteni a hadiipari fejlesztések egészségügyi „megszelidülése” kapcsán gyógyászati célra módosított exoskeleton. Az **Amerikai Egyesült Államok, Japán, Németország és Izrael** (geron) technológiai fejlesztői által létrehozott idős-segítő típusok testre helyezésüket követően áramot felhasználva mozgatják a végtagokat, leginkább az alsó végtagot. A készülék ára egyelőre a gazdag országokban is csak a kiváltságos keveseknek teszi lehetővé alkalmazását.

Szerencsére az elmúlt években **hazánkban is** több településen elérhető az Egyesült Államokban már idős emberek körében általános használt készülék, melyet a nyakban hordanak és baj esetén segítség-hívás végzésére alkalmas. Egy gomb megnyomásával súlyos veszély beálltakor közvetlenül kapcsolják a megfigyelő központban szolgálatot teljesítő ügyeletest, illetve a nem azonnali elhárítást igénylő, nem sürgősségi gomb megnyomásával hamaros visszahívás történik. Egy másik funkciója a készülék fejlett változatának az elesést érzékelő funkció, mely azonnal jelez a megfigyelő központban és amennyiben az érdeklődő hívás esetén a központ nem kap választ, akkor a mentőcsoportot értesíti és a helyszínre küldi.

A fenti eszköz elterjedése jó példa arra, hogy az egyre inkább összeérő és összenövő világban a technikai fejlődés következtében a technológiai fejlesztések eredményeként létrejövő műszaki eszközök egyre elérhetőbbek lesznek (anyagilag is) hazánkban. A társadalom egyéb területein is érezhető, hogy az emberi munkaerő ára emelkedik a műszaki cikkek árához képest. Ez a demográfiai változásokkal együtt elkerülhetetlenné teszi a technológiai újítások fokozatos bevezetését és a mai generációnak még sokszor idegen, az idős emberek életét segítő megoldások elfogadását.

Ne az „elemberteles” jövőképét látjuk ezekben az eszközökben, hanem egy reális választ a szükségletek kielégítésének emberi és ember-szerű véghezviteléhez, azonban alapvető fontosságú annak



Exoskeleton idős emberek számára módosítva

tudatosítása is, hogy a technikai és technológiai újítások emberszerű használatának kulcsa nekünk embereknek a kezében van.

Gerontotechnológiai és idősápolási szervezeti rövidhírek

- Az Európai Bizottság által finanszírozott Sustain project keretében – mely a fenntartható integrált idősellátás biztosítása érdekében a gyakorlati ellátás és a széleskörű kutatás fejlesztése céljából jött létre – felkérték Brüsszelből társaságunk tagját, Dr. Lelbach Ádám c. egyetemi docenset a nemzetközi együttműködés második szakaszában való részvételre.
- A Johannita Schwesternschaft (Johannita Nővérszervezet) vezetősége, a Johannita Rend Magyar Tagozatának meghívására háromnapos hivatalos látogatáson vett részt Budapesten, Andrea Trenner rendi főnöknő vezetésével. A találkozón társaságunk tagja Dr. Lelbach Ádám c. egyetemi docens is jelen volt. A mintegy 700 egészségügyi dolgozót (ápolónővéreket, orvosokat) tömörítő szervezet a protestáns Johannita Rend keretében működik. A Johannita Rend többek között 13 kórházat, 94 idős emberek ápolásával foglalkozó központot, valamint Mentőszolgálatot működtet a világ minden részén 77 ezer alkalmazottal, melyek közül 33 ezer főállású alkalmazott. Emellett kétfélmillió fő azoknak a száma, akik, mint Alapítványok alapítói, alapítványi tagok, adományozók támogatják a nemzetközi szervezetet. A delegációt fogadta dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár is.



A több szofisztikált robot és egyéb idősgyógyászati technológiát is tesztelő-alkalmazó híres tokiói Sanno Medical Centerben látogatóban lévő Dr. Lelbach Ádám a Tokiói Egyetem volt rektorával, – aki még csak a „klasszikus” mobilitási segítőeszközt használja – és a rektor úr feleségével

Az időskori diabetes mellitus – 1. rész

Domboróczki Zsolt, főorvos^{1 2 3}

¹ Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján, ² Markhot Ferenc Oktatókórház, Eger, ³ Vasútegészségügyi Szakrendelő, Miskolc

Összefoglalás

Az időskorú cukorbetegek száma a társadalom öregedése és a diabetes járványszerű terjedése miatt folyamatosan nő. Az öregedés számos élet-tani és kórélettani változással jár, melyek hatással vannak a diabetes mellitus kialakulására, lefolyására, szövődményeire, kezelésére. Jellemző a multimorbiditás, a regenerációs insufficiencia, a komplikációk gyakoribbá, súlyosabbá válása, a magasabb lethális, a szedett gyógyszerek nagy száma, interakciói, gyakoribb mellékhatásai. A közelmúltban jelent meg a Nemzetközi Diabetes Szövetség áttekintése az időskori diabetes mellitus kezeléséről, gondozásáról, a korcsoportnak megfelelő speciális problémákra is kitérve. A terápiás célokat és módszereket a funkcionális, fizikai és szellemi állapot alapján osztályozza. Idős korban kiemelten fontos a biztonság, a hypoglykaemia elkerülése, ugyanakkor az egyénre szabott, kellően hatékony kezelés a rövid- és hosszútávú szövődmények megelőzésére, anélkül, hogy túl- vagy alulkezelnének e kifejezetten heterogén betegpopulációt.

Kulcsszavak: idős kor, glykaemiás célok, biztonság, esendőség

Summary

Number of elderly people with diabetes mellitus continues to grow, because of the aging society and epidemic of diabetes. Aging is related to several physiological and pathophysiological changes which affect emergence, runoff, complications and treatment of diabetes. Common characteristics are multimorbidity, insufficient regeneration, higher lethality; complications are more frequent and more serious. Generally speaking elderly patients take a lot of medicine with more side effects, interactions. A global guideline on management of diabetes mellitus in older people was recently published by the International Diabetes Federation, addressing special problems of this age group, as well. Elderly diabetics are classified in three functional categories: independent, dependent due to

frailty or dementia, end of life care. Target blood glucose and HbA1c values and treatment options differ in these groups. Safety of therapy, primarily avoiding hypoglycemia is of great importance. Every patient needs individual, sufficiently effective therapy, targeting prevention of short and long term complications, without over- and undertreating this largely heterogenous patient population.

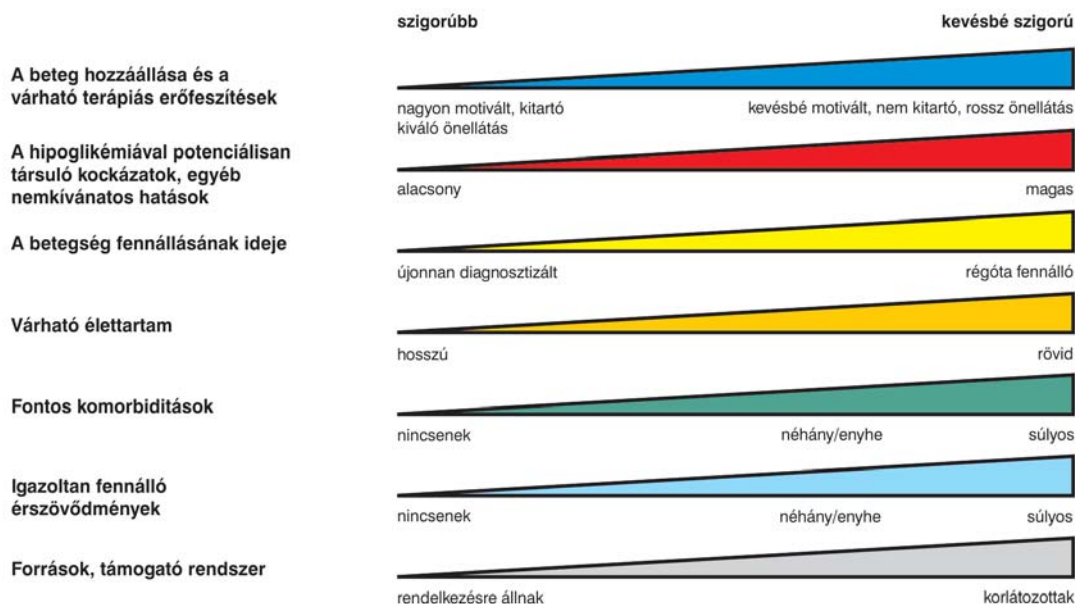
Keywords: elderly, glycemic targets, safety, frailty

Bevezetés

A XXI. század egyik legnagyobb jelentőségű népegészségügyi problémája a cukorbetegség. Az IDF (International Diabetes Federation, Nemzetközi Diabetes Szövetség) adatai szerint jelenleg világszerte 415 millió, Magyarországon legalább 700 ezer ismert cukorbeteg él. A növekedés egyik fontos mozgatórugója az időskorúak számának és arányának emelkedése. Hazánk korfája harang alakú, a populáció öregszik. 2012-es adatok alapján az átlag magyar nő 78.7, az átlag magyar férfi 71.6 év élet-tartamra számíthat. Az elmúlt évtizedekben mindkét nemnél elért emelkedés határozott és örven-detes, bár Európa jelentős részéhez képest továbbra is jelentős a lemaradás. A felnőtt diabeteses betegek 35%-a 65 év feletti és megfordítva, 65 év felett közel 20% -a cukorbetegek aránya (1). Az idős cukorbetegek 95%-a 2-es típusú kórformában szenved, de egyre több 1-es típusú diabeteses éri meg az idős kort és jelentős az egyéb (pl. a gyógyszer indukálta) diabetes formák száma. Az idős cukorbeteg populációban gyakoribbak a szövődmények, így a perifériás neuropathia előfordulása 70% körüli (2), a dementia is másfélszer gyakoribb (3). A nagyszámú diabeteses beteg, ahogy az öregedő társadalom, sokszor hangsúlyozott, hatalmas feladatot ró az egészségügyi és szociális ellátó rendszerre.

Félreértésekre adhat okot, hogy a WHO korcsoport beosztása és a hétköznapiokban használt besorolás

A hiperglikémia kezelésének megközelítése



1. ábra: A kezelés szigorúságának meghatározói diabeteses betegeknél.

nem fedi egymást (1. ábra). Az Egészségügyi Világszervezet kategóriái alapján 45 és 60 év között középkorú, 60-tól 75 éves korig idősödő, 75 és 90 év között idős, 90 év felett agg korról beszélünk. Ugyanakkor a statisztikákban, elemzésekben gyakran 65 évnél meghúzott korcsoport határral találkozunk. Figyelembe véve a társadalom átlag életkorának emelkedését, ez kérdéses és jogosnak tűnik a WHO beosztás használata. Természetesen a kronológiai és biológiai kor nem mindig egyezik, a mindennapokban jelentős pozitív és negatív irányú eltéréseket észlelhetünk. A beteg állapotának megítélésénél és az ettől függő döntések meghozatalánál elsődleges a szervezet biológiai kora. Pontos képalkotásra adnak módot a geriátriai állapotfelmérő skálák, az általános állapot, napi aktivitás, önellátási képesség, mozgás, szellemi képességek, szociális helyzet, tápláltsági állapot, hangulat vonatkozásában.

A modern társadalom a felgyorsult életritmus, az urbanizáció, a társas kapcsolatok leépülése, az izoláció, a generációs ellentétek és a nehezen követhető technikai fejlődés révén az idősödő és idős emberek számára számos negatív hatást és negatív diszkriminációt jelent. Fokozhatja ezt az is, ha csupán a beteg naptári kora alapján döntünk a kezelés céljáról, módjáról. Az idős cukorbeteg populáció kifejezetten heterogén. Miért mellőznénk, illetve miért ne támogatnánk a szigorú céltartományt, az egyértelmű normoglykaemiát a szellemileg és

fizikailag is aktív idős embernél? Ugyanakkor miért ne elégednénk meg a jelentős hyperglykaemia, exsiccosis, heveny anyagcsere kisiklás és hospitalizáció elkerülésével annál a páciensnél, akinél egyértelműen rövid életkilátással számolhatunk? A döntés természetesen mindig egyénre szabott. A szakirodalom véleménye ennek ellenére egyértelmű: sok az alul- és túlkezelt idős cukorbeteg. A közelmúltban a Nemzetközi Diabetes Szövetség (International Diabetes Federation, IDF) és több diabetológiai és geriátriai társaság adott ki állásfoglalást az időskori diabetes mellitus megelőzéséről, felismeréséről, szövődményeiről, kezeléséről, melynek kimondott célja az optimális-tól elmaradó ellátás javítása.

A diabetes mellitus kezelésének aktuális elvei

A nemzetközi és hazai ajánlások alapelve az egyénre szabott, páciens központú terápia. Ennek szempontjai: a beteg életkora, várható élettartama, a diabetes fennállásának ideje, súlyos társbetegségek jelenléte, hiánya, a már kialakult diabeteses szövődmények, különös tekintettel a cardio- és cerebrovascularis komplikációkra, a beteg hypoglykaemia hajlama és előzménye, motivációs szintje, értékrendje, együttműködése és nem utolsósorban anyagi lehetőségei (1. ábra). Minden döntés a beteggel egyetértésben kell, hogy megszülessen. A Magyar Diabetes Társaság ez év tavaszán megújított szakmai irányelve a diétás és

életmódbeli intézkedések, a (kontraindikáció és intolerancia hiányában) első vonalbeli metformin után kiemeli az orális és injekciós készítmények választásának szabadságát. A metformin alternatívájaként egyenrangú lehetőségként említi a DPP-4 gátló kezelést, második lépésben mindezeket kívül a GLP-1 analóg, SGLT-2 gátló, szulfanilurea szereket és a bázis inzulint. Az elmúlt években visszaszorult a többi forgalomban levő antidiabetikum, a pyoglitazon, akarbóz, glinidek használata. (4). Célszerű lehet a kettes és hármas kombinációk közötti, horizontális váltás. A szakmailag megalapozott és támogatási szabályokban rögzített lépések nem minden esetben esnek egybe. Adott gyógyszercsoporton belül jelentős hatékonysági, biztonsági különbségek lehetnek. Mindez lehetővé teszi az irányelvek, az egyéni mérlegelés és a gondozó orvos tapasztalatának összehangolását. Külön pontban esik szó az idős cukorbeteg kezeléséről az egyéni célértékek, hypoglykaemia és veseműködés vonatkozásában.

A diabetes kialakulását, lefolyását, kezelését befolyásoló időskori élettani és kórélettani folyamatok

Az életkor előrehaladtával élettani jelenség a hasnyálmirigy inzulinszekréciójának és a periféria inzulin érzékenységének csökkenése. Hátterükben a béta-sejt glükóz szenzorának és az inzulin receptorok szignál továbbításának zavara áll. Ezek hatásaként az éhomi vércukor tízévente 0,1 mM/l-rel, a terhelés utáni akár 3-5 mM/l-rel emelkedik és glükóz tolerancia csökkenés lép fel (5). Mivel csökken a test folyadéktartalma, a zsírszövet mennyisége, az izomtömeg, a csontok szerves és szervetlen anyag tartalma, csökken a testtömeg. Az ideális, legalacsonyabb morbiditással járó BMI 24-29 kg/m², vagyis magasabb, mint fiatal- és középkorban (6). Egybecseng ez az obesitas paradoxon jelenségével, súlyos betegség esetén a tartalék energia és tápanyag védelmet jelent. Idős korban csökken az energia szükséglet, csökken az étvágy, utóbbit a szedett gyógyszerek mellékhatása, számos pszichiai, idegrendszeri, gastrointestinalis betegség tetézheti. Kisebb a szénhidrát és zsír szükséglet, de nő a fehérje igény, ami tovább fokozódik gyulladások, fertőzések, műtétek okozta katabolikus stressz állapotban. Csökken a szomjúságérzet, gyakori az exsiccosis, amit rendezetlen szénhidrát anyagcsere esetén a hyperglykaemia, ozmotikus diuresis, nemritkán diuretikum szedés segíthet. Gyakoriak az elektrolit zavarok, hátterükben gyógyszerhatás, beszűkülő veseműködés, hányás, hasmenés a leggyakoribb kiváltó. Az idős kor és a diabetes egyaránt immunkompromittált állapot, romló celluláris és humorális immunitással, phagocytá

működéssel, következményesen gyakoribb (húgyúti, légzőszervi, bőr- és lágyrész) fertőzésekkel.

A szellemi hanyatlás rontja a beteg együttműködését, akadály lehet a terápia intenzifikálásának. Gyakori a hangulatzavar, elsősorban reaktív depresszió, csökkenő motivációval. A látás, hallás gyengülése nehezíti a gyógyszerek és különösen az inzulin pontos használatát, valamint az ellátókkal történő kommunikációt. Az idegrendszeri, mozgásszervi betegségek miatt gyengül a mozgás, elmaradnak a fizikai aktivitás jótékony anyagcsere, keringési és pszichés hatásai. Az időskori izomtömeg csökkenés, a sarcopenia az inzulin rezisztencia egyik kiváltója, emellett a páciens fokozódó gyengeségét, sérülékenységét okozhatja, növeli a gyógyszerek okozta myopathia veszélyét. Ha a beteg bármely okból immobilizálódik, fokozódik a fertőzések (pl.: hypostaticus pneumonia), mélyvénás trombózis, tüdőembólia, dekubitusok kockázata. Az érfa és a szívizom időskori átépülése együtt zajlik a cukorbetegségben jellegzetes akcelerált atherosclerosis-sal, diabeteses cardiomyopathiával. Romlik a keringés és légzés terhelhetősége, gyakori a tüdőgyulladás, koszorúér betegség, szívinfarktus (nem ritkán tünetszegény formában), szívritmus zavarok – mindezek a diabetes mellitus szövődményeként is felléphetnek. Emelkedik a vérnyomás, elsősorban a szisztolés érték. Csökken az étvágy, gyakoriak a szájjüregi betegségek, a nyáltermelés csökkenése, a fogvesztés, nyelési nehezítettség, gastrointestinalis motilitászavarok, emésztési zavarok. Az eredmény a táplálékfelvétel csökkenése, nehezen tervezhető diéta. A nefronok száma csökken, gyengül a gyógyszer clearance, a vese koncentráló képessége, elégtelen folyadék bevitel, polyuria könnyen kiszáradáshoz vezet. Gyakoriak a vizelet- és székletürítési és – tartási zavarok, miközben a cukorbetegséghez társuló autonóm neuropathia is előidézheti ezeket. Idős korban jellemző a regenerációs insufficiencia, sok esetben csak egy optimális szint elérésére törekedhetünk. Romlik a sebgyógyulás, kiemelkedő jelentősége lehet például alsóvégtagi műtétek, érsebészeti, ortopédiai beavatkozások után.

Az IDF időskori diabetesre vonatkozó általános irányelvei

A Nemzetközi Diabetes Szövetség (International Diabetes Federation, IDF) 2012-ben megjelent, a 2-es típusú cukorbetegséggel foglalkozó áttekintésében első alkalommal helyet kaptak az időskorra vonatkozó ajánlások is. Ezt követően azonban felmerült az igény e heterogén betegcsoport magas

szintű ellátását segítő állásfoglalásra. Ennek tett eleget az időskori diabetes mellitus ellátásáról szóló részletes tájékoztató, amely feladatának tekintette, tekinti az idős cukorbetegség felmérését, kategorizálását, kezelésének áttekintését (10).

Hangsúlyozza, hogy gyakran hiányoznak a klinikai tanulmányokon alapuló evidenciák, fiatalabb korcsoportok eredményeiből extrapolálhatunk, így a döntések, a terápiás lépések nagymértékben az egyéni megítélésre és tapasztalatokra támaszkodnak. Az összefoglalás magában foglalja a diabetes mellitus megelőzését, felismerését, terápiáját, a szénhidrát háztartás rendezésén kívül a vérnyomás és lipid kontrollt, az átfogó cardiovascularis rizikócsökkentést, a diabeteses szövődmények szűrését és kezelését, az edukációt, önellenőrzést, kórházi ellátást, valamint olyan speciális problémákat, mint a hypoglykaemia, hyperglykaemiás sürgősségi állapotok, hangulatzavar, elesések, fájdalom, veseelégtelenség, szexuális egészség. Újdonság a betegek jellemzőitől, állapotától függő kategóriák: funkcionálisan független, fizikailag vagy szellemileg függő és életvégi ellátás megfogalmazása és a célok és teendők ezek alapján történő csoportosítása (2. ábra). A glykaemiás célok egyénre szabottak, a funkcionális status, az esendőség, dependencia, társbetegségek, várható élettartam alapján.

Az IDF ajánlás funkcionális kategóriái, HbA1c céltartományai	
Funkcionálisan független	– 7-7.5%
Funkcionálisan dependens	– 7-8.5%
◆ esendő ◆ demens	
Életvégi ellátás	- a szimptómás hyperglykaemia kerülése

2. ábra

Az individuális kezelés tartalma módosul idős korban. Alapvető hangsúlyt kap a biztonság, a hypoglykaemia, a hospitalizáció elkerülése. Minden fejezet végén potenciális indikátorok szerepelnek az ellátás minőségének méréséhez.

Az önálló, funkcionálisan független idős emberek kezelése megvalósítható szigorú célértékekkel, anélkül, hogy ezzel fokozott kockázatot vállalnánk. Nem csak a közel normoglykaemia a cél, hanem az is, hogy ezt minél kisebb glykaemiás variabilitás,

vércukor ingadozások mellett érjük el. Ha a beteg funkcionálisan dependens, a mozgás romlása miatt esendő, cél a 7-8% közti HbA1c tartomány elérése, akár a 8.5-9%-os határig. Ez 8-12 mM/l körüli átlag vércukor szintet feltételez, csökken az alacsony vércukor esélye. Esendő betegeknél fontos a gastro-intestinalis mellékhatások és a túlzott testsúly csökkentés kerülése, utóbbi szempontjából előnyös lehet az inzulin anabolikus hatása. Dementia mellett alapvető a hypoglykaemia megelőzése, korai felismerése, a család és az ellátók edukálása. Az életvégi ellátás során cél a szimptómás hyperglykaemia elkerülése, a hypoglykaemia rizikó minimálisra csökkentése. Terminális állapotban mérlegelendő a gyógyszeres, sőt, akár az inzulin terápia visszavonása.

A hypoglykaemia kérdése

Az idős beteg rendszerint többféle gyógyszert szed, sajnos a polypragmázia, az indokolatlanul átfedő, fölösleges, túl hosszú ideig adott készítmények sem ritkák. Megváltozik a gyógyszerek sorsa a szervezetben, nehezebb a bejutás, kisebb a megoszlási tér (a testtömeg, a test folyadéktartalma), alacsonyabb a fehérjéhez kötődő hányad, gyakoriak a gyógyszer interakciók, elhúzódó az elimináció, elsősorban a vesén keresztüli kiürülés. Általánosságban is több gyógyszer mellékhatással találkozunk, de különösen igaz ez az orális antidiabeticumok és inzulin készítmények által kiváltott hypoglykaemiára (9). Az ACCORD vizsgálatban az orvosi beavatkozást igénylő hypoglykaemia gyakorisága az életkorral előrehaladva nőtt. Fokozott hypoglykaemia esélyt jelent az alultápláltság, a mozgászavar és a szellemi hanyatlás. Az idős idegrendszer csökkent mértékben produkálja és ismeri fel a vércukor csökkenés adrenerg, kolinerg és neuroglykopeniás tüneteit. Késik az ellenreguláció, mind a máj és a vese glükoneogenezise, mind a tudatos szénhidrát bevitel. A hypoglykaemia által kiváltott idegrendszeri és cardiovascularis károsodás gyakoribb, súlyosabb, lethálisra elérheti a 10%-ot. Különösen igaz ez az idős, autonóm neuropathiás betegekre, akinél az autonóm idegrendszer károsodása a felismerést és ellenregulációt is gátolja. A gyógyszer és inzulin választás egyik legfontosabb szempontja a hypoglykaemia rizikó minimalizálása. A beteg és környezete edukációjának része az alacsony vércukor felismerése, kezelése, megelőzése. A biztonsághoz hozzátartozik a rendszeres vércukor önellenőrzés. Ha vércukoresés lép fel, gyors (elhárító) és lassú (megelőző) szénhidrát bevitelre van szükség.

Záró gondolatok

Az idős cukorbeteg kezelésekor egyaránt fontos a hatékonyság és a biztonság, a szövődmények megelőzése, a függetlenség megtartása, az ön-ellátás képességének támogatása, ameddig lehetséges. Nem kérdés, hogy e rendkívül heterogén betegcsoport kezelése, gondozása fokozódó kihívás, ez alól nem csak a geriáter és a diabetológus, de egyetlen belgyógyász, háziorvos és a társszakmák képviselői sem mentesülnek. A hosszú távú, eredményes kezeléséhez és gondozásához az IDF és az MDT összefoglalása az egyéni tapasztalatokkal ötvözve biztos talajt, iránymutatást és eszközöket jelent.

Irodalom

1. IDF Diabetes Atlas, Sixth Edition, 2013.
2. Mem HB, Lord SR, St George R, Fitzpatrick RC. Walking stability and sensorimotor function in older people with diabetic peripheral neuropathy. *Arch Phys Med Rehab* 2004; 85(2): 245-252.
3. Lu FP, Lin KP, Kuo HK. Diabetes and the Risk of Multi-System Aging Phenotypes: A Systematic Review and Metaanalysis. *PloS One* 4(1): e4144.
4. Gaál Zs, Gerő L, Hidvégi T, Jermendy, Kempler P, Winkler G, Wittmann I. A diabetes mellitus kórismézése, a cukorbetegség kezelése és gondozása felnőttkorban. In: *Diabetologia Hungarica* 2017; XXV. évf., 1. suppl.
5. Szabó R. Geriátria, idősgyógyászat, Semmelweis Kiadó, 2005
6. Chandra RK. Impact of nutritional status and nutrient supplements on immune responses and incidence of infection in older individuals. *Aging Res Rev* 2004; 3(1): 91-104.
7. Frisardi V, Solfrizzi V, Capurso C, et al. Is Insulin Resistant Brain State a Central Feature of the Metabolic Cognitive Syndrome? *J. Alzheimers Dis* 2010; 21(1): 57-63.
8. Tierney EF et al. *Am J Public Health* 2001; 91(1): 84-92.
9. Finucane TE. Tight Control in Geriatrics: The Emperor Wears a Thong *J. Am Geriatr Soc* 2012; 60: 1571-1575.
10. International Diabetes Federation: Managing Older People With Type 2 Diabetes, Global Guideline Ed. Sinclair A, Dunning T, Colagiuri S, 2013.
11. Bennett WL, Maruthur NM, Singh S, et al. Comparative Effectiveness and Safety of Medications for Type 2 Diabetes: an update including new drugs and 2-drug combinations. *Ann Intern Med* 2011; 154: 602-613.

ELESÉS IDŐS KORBAN

epidemiológia, kórélettani háttér és kockázat, ellátás és prevenció

Székács Béla, ny. egyetemi tanár^{1,2}, – Martony Zsuzsa¹, főorvos

¹Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest, ²Semmelweis Egyetem, ÁOK, Geriátriai Tanszéki Csoport, Budapest

Összefoglalás

Az elesés a hazai népességben lassan egyötöd arány felé közelítő idős korosztály tagjainál gyakori, ismétlődő és előbb–utóbb súlyos patológiás és szociális következményekkel járó történés. Legfontosabb kockázati tényezői jól pontosíthatók. Az elesés veszélye és patológiás következményei megfelelő megelőző óvintézkedésekkel jelentősen csökkenthetők. A valóban hatékony megelőzés persze többnyire komplex teendőket igényel egy-egy idős, típusosan rendszerint már több idült betegségben is szenvedő személy esetében. Ezek közül kiemelendő, hogy az elesésre hajlamosító, vagy elősegítő kockázatok, a patológiás következményeket súlyosbító tényezőket lehetőleg minél korábban, de az első elesés után mindenképpen igen nagy szakmai gonddal kell felmérni, mind a beteg egészségi állapota és gyógyszerelése, mind környezete szempontjából.

Epidemiológia, gyakorisági, súlyossági, finansziális mutatók

A szervek, szervrendszerek öregedésének, időskori betegségeknek vezető következménye az elesés, amely nemcsak kritikus mérvű, vagy kritikus helyű sérüléseket, akár csonttöréseket is okoz, hanem ez utóbbival összefüggésben is további súlyos, igen gyakran vitális fenyegetettséget is jelentő kór-állapotoknak is az előidézője, visszafordíthatatlan szociális, pszichés, gazdasági traumákkal (1,2,3). Gyakorisága, etiológiai és patomechanikai komplexitása indokolja, hogy a Geriátriai Szakmai Kollégium korábban a problémakört kiemelten kezelte a szakmai irányelvek kidolgozásában (4). (A 2013 év kezdetére frissített szakmai irányelv csomag interneten még nem érhető el.) Az időskorúak idült megbetegedéseinek kritikus felgyorsulásában, állandó szorongás és visszahúzódás

kialakulásában, így szociális kapcsolatrendszerük megszűnésében, erőnlétük felgyorsult hanyatlásában, a magatehetetlenség, sarcopenia és frailty szindróma kialakulásában a legfőbb kóroki tényező az elesés. Statisztikai tény, hogy az időskorúak több, mint egyharmada évente legalább egy alkalommal elesik és ennek az egyharmadnak a fele ugyanabban az évben ismételtelen is elesik (5). Elesés miatt csipőcsonttörést szenvedett idős betegek egy-negyede 1 éven belül elhalálozik. Kognitív károsodás, vagy már megelőzően egy-két elesés megtörténte esetén a statisztikai adatok kétháromszorosan nagyobb kockázatot mutatnak a következményeiben sokkal súlyosabb, akár gyors elhaláláshoz vezető elesésre (6). Napjainkban a delírium, demencia, inkontinencia, és a legtöbb esetben az általuk is gerjesztett elesés következményei az időskorúak egészségügyi-kórházi ellátási költségeinek túlnyomó részét teszik ki. Öreg személyeket ért sérülések egészségügyi ellátási költségeinek 70%-át az elesések következményei teszik ki, az elkövetkező 6-7 évben gyorsan növekvő, rendkívüli finansziális megterhelést jelenthetnek az egészségügyben (4, 7).

Kórélettani háttér

Öreg személyek elesése majdnem mindig összetett tényezők, a megöregedett szervek beszűkülő funkcionális kapacitása, szervi-szervrendszeri kóros állapotok által kiváltott esemény. A test normál egyensúlyozása károsodik, szédülékenység lép fel, amely elsősorban a dinamikus egyensúly rendkívül összetett idegi szabályozásának egyedi, vagy többszörös megbomlása következtében érvényesül. A normális egyensúlyunk és annak érzete finom idegi hálózati tevékenységet igényel, ami magába foglalja az agykérgi-bazális ganglion hurkot, a basális ganglion-agytörzsi rendszert, tökéletes vázizom-támasztórendszeri szerkezeteket, megfelelően

szabályozott izomtónussal, és megfelelően feldolgozott szenzoros információval, azaz megfelelő agykérgi működést, kielégítő látást, hallást, finom-érintés és propioceptív észlelést (8). Az egyensúly fenntartásához, az elesés elkerüléséhez mindezen rendszerek harmonikus működése, adekvát kognitív funkció és szellemi figyelmi képesség szükséges. Nyilvánvaló, hogy még a sikeres, a „fiziológiás” öregedés során is szinte valamennyi szervünk, így az egyensúly megtartásában kiemelt fontosságú szerveink működésében is beszűkülés, romlás következik be, kezdetekben inkább csak működési kapacitás csökkenés érvényesülésével. Az életkor egyre nagyobb előrehaladásával azonban az öregedő szervek sérülékenysége egyre markánsabban fokozódik a belső és külső kóros rizikó tényezőkkel szemben és a fontos szabályozó szervek, szervrendszerek kórfolyamatainak és kór-állapotainak kialakulása is statisztikailag egyre valószínűbbé válik. Az idősödés során a dinamikus egyensúlyt ha elégtelenül is, de úgy-ahogy mégis biztosító mechanizmusok jelennek meg. Így gyakori tapasztalat, hogy az idős személy lassabban halad előre, kisebb lesz egyes lépéseinek a hossza, általában szélesebb alapon járkal. Ezek a módosulások különösen kifejezettek, ha az idős személynek egyenetlen talaj felszínen kell haladnia (9,10), ilyenkor ugyanis az egyensúlyozási kihívás fokozódik, sőt a kihívás kritikusan nagy lehet váratlan megbotlás esetén (idősekben egyre elégtelenebb az alsó combizomzat ereje, a lábfejeknek csökken a talajtól való felemelése járáskor). Időseknél az első elesések többnyire akkor következnek be, amikor az idült és valamilyen mértékben az egyensúly biztosítás vonatkozásában még úgy-ahogy kompenzált idült károsodások valamilyen akut betegséggel, új gyógyszer hatással/mellékhatással és/vagy új környezeti kockázati tényezővel kölcsönhatásba kerülnek (9,10,11).

Elesésre veszélyeztető tényezők

Az egymástól függetlenül is, de leggyakrabban kölcsönhatásokban érvényesülő kockázati tényezők igen bő listában összegezhetők: korábbi elesés és következményei, egyensúlyozási zavar, csökkent vázizomzat erő, látás-károsodás, 4-5 gyógyszernél több napi gyógyszer, vagy pszichoaktív gyógyszer szedése, a normális testtartás elégtelensége és járászavar, általában a normális testi fizikai működések beszűkülése, depresszió, szédülés, ortosztatiszikus vérnyomáscsökkenés szédüléssel, vagy anélkül, a 80 év feletti életkor, a női nem, inkontinencia, kognitív károsodás, post-stroke állapotok, idült agyi degeneratív betegségek,

degeneratív izületi gyulladások, cukorbetegség, többnyire mozgásszervi, vagy más eredetű erős fájdalmak (5,6,12-15). Egy év során az elesés kockázata a fenti kockázati tényezők egyikének fennállása esetén még 10% alatti, de minden további tényező együttes megléte megduplázza a kockázatot, így 4 tényező társulása esetén statisztikailag 80% bizonyossággal bekövetkezik egy-két elesés az adott évben (5). Egy 2010 évben publikált metanalízis a nagyszámú elesésre hajlamosító kockázati tényezők közül az alábbiakat találta a legveszedelmesebbeknek: már bekövetkezett korábbi elesés, testtartás károsodása, járás csak eszközös segítséggel, vertigo, Parkinson betegség, epilepszia ellenes szerek szedése (16). Egy bostoni vizsgálócsoport ezt kiegészítő eredménye, hogy az elesés a fentiekben már említett vázizom fájdalmak erősségével, a mozgásra fájdalmas ízületek számával és az ezáltal okozott mozgászavar mértékével arányosan markánsan megnövekszik (17). Az agyi fehérállomány képalkotó vizsgálattal történt morfológiai állapotának megállapítása után 1 évi követéses vizsgálattal (n=294, átlag életkor 72 év) az is kiderült, hogy idősekben a fehérállomány károsodás és annak mértéke igen erős jósló faktor a bekövetkező elesés kockázatára (18). Az orthostatiszikus hypotensio (RRsziszt. > -20 Hgmm, RRdiaszt.: >10 Hgmm) is igen gyakori elesésre veszélyeztető tényező. Időseknél az eleséshez vezető nappali kritikus mérvű álmoságot gyakran obstruktív apnoe magyarázza. Idős betegek kórházi felvétele (betegség, társbetegségek, összetett gyógyszerelés, idegen környezet elbizonytalanító hatása) aktuálisan is és hosszabb távon is rendszerint tovább fokozza az elesésre való hajlamot (19). Statisztikai felmérések szerint amennyiben ott is megtörténik az idős betegek elesése, a kibocsátásuk után közülük minden harmadik az otthonában csakhamar elesik és az utóbbiaknak több mint harmada az elesés súlyos következményei miatt újra kórházi felvételt igényel, ahol minden 20 betegből 1 rövid időn, 4 héten belül meg is hal (20). Gyógyszerek, különösen a vérnyomáscsökkentő, a központi idegrendszerre ható (nyugtatók, altatók, szedatívumok, antidepresszánsok, antipszichotikumok, neuroleptikumok) és nonsteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek igen gyakran önmaguk is kiválthatják az idős személy elesését.

Idős betegek elesésre és az elesés súlyos következményeire való veszélyeztetettségének megelőző célú felmérése

A szűrés, a veszélyeztetettség feltárásának vezető komponense a beteg kórtörténetének, az elesést is

elősegítő kórképek gondos feltárása, a közelmúltban előfordult esések körülményeinek, mechanizmusainak megismerése (4). Az időskori esés gyakorisága miatt a látszólag negatív múlt esetén is tanácsos 65-70 év feletti életkorú betegeknél korábbi lehetséges esések megtörténte, azok körülményeire aktív rákérdezéssel is élni. A fizikális vizsgálat során ugyanakkor pontosan meg kell állapítani mindazon eltéréseket, amelyek esésre hajlamosítanak, beleértve az izomerő általános és lokalizált gyengeségeit, bénulásokat, testtartási rendellenességeket, ízületi mozgáskorlátozottságokat, adott fej/nyak pozíciók szédülést provokáló hatásait, szemkontroll kiesése esetén meglévő szédüléshajlamot, szemkontroll hiányában a járáskor oldaliságra deviálást, orthostatikus hypotensio meglétét, időnkénti ritmuszavarra utaló EKG eltéréseket, stb. (ide a magyar guidelines). A leggyakoribb súlyosabb következmény a csonttörés, amelyre egyértelműen hajlamosít az öreg csontozat ritkulása, a D vitamin szint nagyfokú csökkenése, különböző etiológiájú kalcium-fosfor anyagcserezavar, így ezekre a kóros állapotokra is tudatosan szűrünk kell esésre veszélyeztetett időseknél. (21).

Új, *idegen környezet*, így a kórházi betegosztály (20) is hatványozottan fokozza az esés veszélyét. Így minden idős ember kórházi felvétele esetén meg kell határozni az esési kockázatot. Ennek módszere jelenleg a klinikai megítélés, a komplex geriátriai állapot felmérés és a veszélyeztető központi idegrendszeri, vestibularis, keringési és mozgásszervi veszélyeztető állapotváltozások felismerése. Az ellátó személyzetnek természetesen tudatában kell lenni a csonttörési kockázatnak is a beteg csontsűrűségi állapota és korábbi kórtörténete alapján.

Idős beteg esését követő vizsgálata

1. Tisztázni, hogy eleve meglévő mozgásszervi rendszeri zavar, idült szédüléshajlam, vagy akut megsédülés a vezető kórok, a háttérben pedig szerepet játszik-e keringési zavar (vérnyomás, ritmuszavar, vertebrobasalis insufficiencia, stb.), központi idegrendszeri akut történet, idült idegrendszeri kórfolyamat és állapot (Parkinson betegség, post-stroke állapot, stb.), vagy akut zavartságot kiváltó különböző kórfolyamatok (súlyos exsiccosis, stb.) okozhatták az aktuális esést, és első alkalommal-e, vagy ismételten és mi volt ebben a szerepe a veszélyeztető környezeti feltételeknek (anamnézis, heteroanamnézis) (4). Volt-e szemtanú, aki látta az

esést és körülményeit, vissza tud emlékezni-e a beteg a történetre és annak előzményére, van-e súlyos sérülés, csonttörés, vagy éppen intrakraniális történetre utaló panasz, vagy fizikális vizsgálati jel.

2. Tisztázni, hogy akutan kell-e valamilyen faktort a fentiek közül módosítani, kiiktatni, igényel-e a beteg további speciális műszeres, laboratóriumi, speciális szakorvosi vizsgálatokat (neurológus, képalkotói stb.) és ellátást (traumatológus, stb) (4).
3. A betegnél mindenképpen ajánlott a fenti gyorsított vizsgálatot követően a későbbi védelmet megalapozandó, komplex geriátriai állapotfelmérést elvégezni és dokumentálni (4).

Az esés és súlyosabb következményeinek megelőzése

Ritka az a szituáció, amikor egyetlen szignifikáns veszélyeztető tényezőt kell kiiktatnunk, inkább az a típusos, amikor mind az idős személy szervezetén belül, mind a környezetében, több kockázati tényezőt is meg kell szüntetni, vagy legalább is mérsékelni ezeket (4). A kockázat csökkentése magába foglalja a törekvést magának az esésnek a megakadályozására, de ugyanilyen fontos, hogy megpróbáljuk mérsékelni a potenciális esés által létrejövő súlyos, sokszor vitális fenyegetettséget is jelentő szervezeti károsodásokat (csonttörés, stb.) (4). Ez utóbbi vonatkozásban fontos a csonttritkulás progressziójának gyógyszeres és fizikai aktivitás révén történő fékezése és ezzel összefüggésben a megfelelő D vitamin ellátottság biztosítása.

Izomerősítő és egyensúly javító fizikai gyakorlatok

A rendszeres sétálás is hasznos, de ennek esés gátló hatékonyságát jóval meghaladják a heti nagy gyakoriságú összetett végtag-törzsizom-erősítő gyakorlatok kombinálása speciális egyensúly javító és a normális testtartást reflexes gyorsasággal visszaállító gyakorlatokkal (test súlypontjából változó mérvű és irányú részleges kibillenés helyreállítása, stb.) (22). A fizikai gyakorlatokat helyes, ha az ellátó orvossal egyeztetve, speciálisan képzett gyógytornász állítja össze.

Vérnyomást, ritmuszavart, inkontinenciát, gyógyszerelést érintő terápiás döntések

Függőleges testhelyzetben bekövetkező szignifikáns mérvű vérnyomáscsökkenés igen erős veszélyeztető állapot esésre. Orthostatikus vérnyomáscsökkenésre való hajlamosság és urgens típusú inkontinencia társulása esetén mindkét vonatkozásban terápiás preventív lépések szük-

ségesek; a gyógyszerelési megfontolásokon túl az utóbbi az imperatív vizeleti érzés miatt izgatott állapotban bekövetkező, nem kielégítően tervezett felkelésre és elesésre provokáló hatása a vizeletürítési időrend tudatosításával, szabályozásával valamelyest ugyancsak mérsékelhető. Már említést nyert, hogy a vérnyomáscsökkentő szerek mellett a központi idegrendszerre ható szerek okoznak leggyakrabban mellékhatásként elesést, vagy legalább is fokozzák annak kockázatát (23-25). Automatikus azonnali gyógyszer elhagyások helyett azonban igen gondosan kell mérlegelni az orvosnak, hogy ilyenkor nem mégis inkább maguk a gyógyszerelést indikáló súlyos kórállapotok (fájdalom, kognitív hanyatlás, depresszió, stb.) az okai az elesésnek (23). Alattomosabb, akár gyógyszerelés által okozott ritmuszavar néha nehezebben kerül oki tényezőként megállapításra. Ennek rendezésére ma már igen széles elektromos ritmus-szabályozó fegyvertár áll rendelkezésre.

Látási zavar korrekciója

Kiemelt feladat a megelőzésben a beteg látászavarának (látásélesség, szürkehályog, stb.) megszüntetése, vagy mérséklése, illetve ezzel párhuzamosan az idős beteg környezetében a világítási viszonyok javítása, főleg az esti órákban (26,10). Az egyébként kedvelt multifokális lencsék

viselése idős emberek esetében fokozza az elesési veszélyt, főleg, ha a beteg nem megszokott terepen kénytelen mozogni (27).

Lábbelik, szokásos mozgási útvonalak

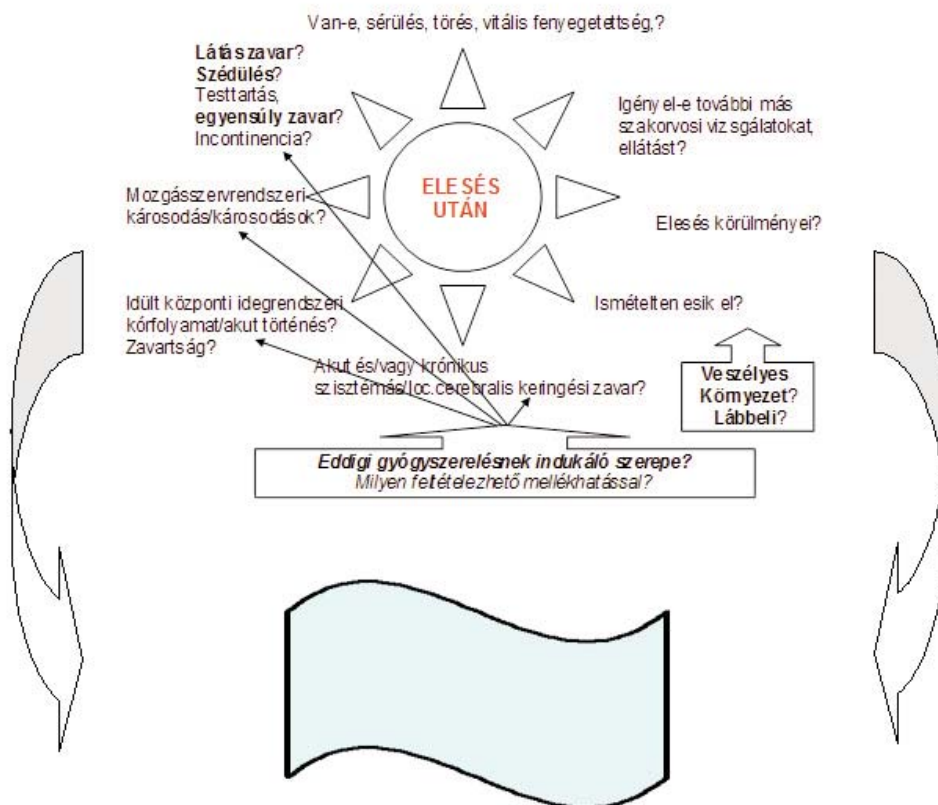
A beteg mozgásterében, megszokott útvonalában fontos a potenciális megbotlást, elcsúszást elősegítő akadályok, megcsúszó alapzatok (szőnyegek, stb) eltávolítása, csúszós felszín érdessé változtatása, talajegyenetlenségek mérséklése, ugyanakkor a lábbelik sem lehetnek csúszós talpúak, vagy a lábfejről könnyen leválóak.

Járást segítő segédeszközök

A tartás- és járászavarral rendelkező idős emberek járásjavító segédeszközzel történő ellátása mindennapos tevékenység az egészségügyben és a bentlakásos intézményekben. A segédeszközök nem megfelelő használata fokozhatja az elesési kockázatot, ezért szükség van az eszközök helyes használatának betanítására

Zavartság

Az idős betegek majdnem mindig eleséshez vezető zavartsága rendszerint nem pszichiátriai terápiás támadásponttal (exsiccosis, súlyos fájdalom, gyógyszer mellékhatások, stb) rendezhető.



**Általános prevenció:**

Alsó végtagi és törzsizomzat erősítő, illetve egyensúly javító gyakorlatok.
 Gyógyszerelés kritikai áttekintése, túlgyógyszerelés megszüntetése, redukálása
 (Ugyanakkor: megfelelő D vitamin szint és Ca bevitel biztosítása!) Keringés optimalizálása
 Látás javítása (multifokális lencse kerülése). Osteoporosis kezelése
 Betegek oktatása

Só-vízháztartás!

1. ábra: Legfontosabb orvosi lépések a) idős beteg elesése után az elesés következményeinek felismerése és rendezése, valamint elesést megint kiváltó kóroki/környezeti háttér tisztázása, megszüntetése céljából, illetve b) elesést még nem szenvedett idős beteg elesésének megelőzése érdekében

A preventív beavatkozások hatékonysága

A megelőzéssel kapcsolatos intervenciók eddigi nemzetközi tapasztalatai arra utalnak, hogy hosszútávon is az igazán hatékony beavatkozások azok, amelyek nem annyira a passzív személyi és környezeti alkalmazkodást, veszélycsökkentést preferálják, hanem az aktív, az izomerőt és az egyensúly reflexes védelmét elősegítő gyakorlatok (4,5,27,28,29). Jelentős esetszámokban szenvedő, vagy rosszul együttműködő, fokozottan demetálódott betegek esetében persze ez alig lehetséges, ezért a retrospektív, nem standardizált (gyakorlatok végrehajtottságának garantáltsága, stb.) felmérések egy része ellentmondó eredményeket is szolgáltatott e tekintetben. Igen fontos a felálláskor kialakuló kritikus vérnyomáscsökkenés többfajta beavatkozással is megkísérelendő mérséklése, a vérnyomásesést kompenzáló keringési válaszokat fékező tényezők (a balkamra kompenzáló frekven-

cia növekedését gátló béta receptor blokkoló kezelés, illetve kritikus szintű diasztolés nyomásnak a balkamrafali kompenzáló kontrakció-, így ejekciós volumen-növelő hatása ellen ható kamrai intramuralis kiséráramlást rontó hatása, stb.) kiiktatása. Természetesen a lábfejen fixen, megbízhatóan megmaradó lábbeli és a környezet jó látási viszonyai, akadály és csúszásmentesítettége ugyancsak kiemelten fontos gyakorlati követelmények az elesések elleni védelemben (4, 5, 19, 29). A súlyos és nem ritka következmény, a csípőtörés ellen a csont ütődését gyengítő csípő-védőnadrágok használata is hasznos lehet (30) megfelelő beteg kollaboráció esetén.

Irodalom

1. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med*. 2002; 18: 141-158.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Self-reported falls and fall-related injuries among persons aged > or = 65 years—United States, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2008; 57: 225-229.
3. Czerwinski E, Białoszewski D, Borowy P, Kumorek A, Białoszewski A. Epidemiology, clinical significance, costs and fall prevention in elderly people. *Ortop Traumatol Rehabil* 2008; 10(5): 419-428.
4. Az elesések kivizsgálása, kezelése és megelőzése idős korban. Készítette: A Geriátriai Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. <http://www.pharmindex-online.hu/diagnosztika-es-terapia/terapias-iranyelvek/szakterulet/geriatria-10#results>
5. Tinetti M.E., Kumar C.: The patient who falls: "It's always a trade-off." *JAMA* 2010;303(3):258-66.
6. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988; 319(26): 1701-1707.
7. Englander F, Hodson TJ, Terregrossa RA. Economic dimensions of slip and fall injuries. *Forensic Sci* 1996; 41:733-1746.
8. Takakusaki K, Tomita N, Yano M. Substrates for normal gait and pathophysiology of gait disturbances with respect to the basal ganglia dysfunction. *J Neurol* 2008; 255(Suppl 4): 19-29.
9. Scherder E, Eggermont L, Swaab D, van Heuvelen M, Kamsma Y, de Greef M, van Wijck R, Mulder T. Gait in ageing and associated dementias; its relationship with cognition. *Neurosci Biobehav Rev* 2007; 31(4): 485-497.
10. Connell BR, Wolf SL. Environmental and behavioral circumstances associated with falls at home among healthy elderly individuals. Atlanta FICSIT Group. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78: 179-186.
11. Tinetti ME.: Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med* 2003; 348(1): 42-49.
12. Kron M, Loy S, Sturm E, Nikolaus T, Becker C: Risk Indicators for Falls in Institutionalized Frail Elderly. *American Journal of Epidemiology* 2003; 158(7): 645-653.
13. Kvelde T, McVeigh C, Toson B, Greenaway M, Lord SR, Delbaere K, Close JC. Depressive symptomatology as a risk factor for falls in older people: systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61(5): 694-706.
14. Fasano A, Plotnik M. Neurologic aspects and falls. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism* 2012; 9(1): 17-20.
15. Lamb SE, Ferrucci L, Volapto S, Fried LP, Guralnik JM. Risk factors for falling in homedwelling older women with stroke. *Stroke* 2003; 34: 494-501.
16. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology* 2010; 21(5): 658-668.
17. Leveille SG, Jones RN, Kiely DK, Hausdorff JM, Shmerling RH, Guralnik JM, Kiel DP, Lipsitz LA, Bean JF. Chronic musculoskeletal pain and the occurrence of falls in an older population. *JAMA* 2009; 302(20): 2214-2221.
18. Srikanth V, Beare R, Blizzard L, Phan T, Stapleton J, Chen J, Callisaya M, Martin K, Reutens D. Cerebral white matter lesions, gait, and the risk of incident falls: a prospective population-based study. *Stroke* 2009; 40(1): 175-180.
19. Vass CD, Sahota O, Drummond A, Kendrick D, Gladman J, Sach T, Avis M, Grainge M.: REFINE (Reducing Falls in In-patient Elderly) - a randomised controlled trial. *Trials*. 2009 ; 10:83.
20. Salamon A, Biró C, Toldy E. D-vitamin hiány szerepe elesések és csonttörések patogenezisében. *Orv Hetil* 2013; 154(19): 731-736.
21. Davenport RD, Vaidean GD, Jones CB, Chandler AM, Kessler LA, Mion LC, Shorr RI. Falls following discharge after an in-hospital fall. *BMC Geriatr* 2009; 9:53.
22. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC.: Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and metaanalysis. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(12): 2234-2243.
23. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, Marra CA. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med* 2009; 169(21): 1952-1960.
24. Patrick C, Hardigan PC, Schwartz DC, Hardigan WD. Using latent class analysis to model prescription medications in the measurement of falling among a community elderly population *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2013, 13:60 doi:10.1186/1472-6947-13-60
25. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; Dec 12;12:CD005465. doi:10.1002/14651858.CD005465.pub3.
26. Salonen L, Kivela SL. Eye Diseases and Impaired Vision as Possible Risk Factors for Recurrent Falls in the Aged: A Systematic Review. *Current Gerontology and Geriatrics Research* 2012; Article ID 271481, 10 pages doi:10.1155/2012/271481.
27. Lord SR, Dayhew J, Howland A. Multifocal glasses impair edge-contrast sensitivity and depth perception and increase the risk of falls in older people. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(11):1760-1766.
28. Tinetti ME. Multifactorial fall-prevention strategies: time to retreat or advance. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56(8): 1563-1565.
29. Mahoney JE. Why multifactorial fall-prevention interventions may not work: comment on "multifactorial intervention to reduce falls in older people at high risk of recurrent falls." *Arch Intern Med* 2010;170(13): 1117-1119.
30. American Geriatrics Society. AGS/BGS clinical practice guideline:prevention of falls in older persons (2010). New York, NY: American Geriatrics Society; 2011. www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010
31. Combes M, Price K. Hip protectors: are they beneficial in protecting older people from fall-related injuries? *J Clin Nurs* 2013 Mar 29. doi: 10.1111/jocn.12193.

A családkonzultáció szerepe a demenciával élő időseket gondozó családok segítésében

Szabó Lajos egyetemi tanár

ELTE Társadalomtudományi Kar Szociális Munka Tanszék

Összefoglalás:

a szerző tanulmányában áttekintés nyújt a gondozó családok támogatásában szerepet játszó – a nemzetközi gyakorlatban elterjedt – „több komponensű” konzultációs modellekről. Ezen áttekintés kiinduló pontját képezi a gondozó családok támogatásában alkalmazható új, integratív megközelítésnek, amelyet a terjedelmi korlátok miatt egy későbbi tanulmányban kívánunk bemutatni.

Problémafelvetés:

Az időskori mentális zavarok kapcsán az idősellátás számára a depresszió mellett az időskori demenciák jelentik a legnagyobb kihívást. Az utóbbi évtizedekben azt tapasztalhatjuk, hogy a várható élettartam emelkedésével, és ezen belül a magasabb korszakokban jelentkező gyors ütemű növekedéssel a demencia előfordulása drámai méreteket öltött. Ennek nyomán egyrészt világszerte egy versenyfutás kezdődött a demencia specifikus ellátások, szolgáltatások fejlesztése területén a növekvő gondozási szükséglet és ellátási nyomások mentén, másrészt fokozott erőfeszítések jelentek meg a demenciához kapcsolódó kutatások, diagnosztikai és terápiás munka, módszertani fejlesztések, a gondozás, valamint a demenciával élők és családjaik támogatása terén. Világossá vált az is, hogy a társadalom érzékenyítése, szemléletének alakítása és befogadó készségének formálása, a közösségi részvétel, a segítség informális útjainak keresése, a hozzátartozói érdekképviselet aktív részvétele, valamint a nemzeti cselekvési programok és a határokon átnyúló együttműködések nélkül nem lehet a demenciával kapcsolatos kihívásokkal hatékonyan megküzdeni.

Miközben a demenciához kapcsolódó szerteágazó kutatások, ellátási fejlesztések látványos felfutását láthatjuk világszerte, azt tapasztalhatjuk, hogy „stratégiai irányként” előtérbe került a korai felismerés kérdése egy árnyaltabb diagnosztikai megközelítésben. Mindez feltételez egy olyan

multidiszciplináris megközelítést, amelyben a társszakmák együttműködése, közös gondolkodása meghatározó. Az ellátások fejlesztésének kiemelt szempontja a gondozási környezet formálása, valamint a hagyományos – bentlakásos otthon centrikus – intézményrendszer felváltása emberléptékű, integrált / a leépülési ív mentén a változó gondozási szükségletet követő/ ellátásokkal, és a támogatott életvitelt segítő szolgáltatások fejlesztésével. E törekvések mellett kiemelt fontosságú az időst otthonában megtartó, és az otthon közeli ellátások megerősítése. Bár ezek a törekvések a hazai ellátásfejlesztésben olykor csak töredékesen és lassan nyernek tért, látható az, hogy az utóbbi években elindultunk ezen az úton. Miközben elmondhatjuk azt, hogy a tartós gondozás /long-term care/ az idősellátás gyorsan fejlődő és egyre differenciáltabb ágává vált, és a demencia specifikus ellátások fejlődése ezen belül kiemelkedő szerepet játszik, egyre nyilvánvalóbb az, hogy az ellátás fejlesztési erőfeszítések ellenére még a legfejlettebb ellátórendszerek sem képesek megbirkózni a növekvő igényekkel, és nélkülözhetlenné válik a családok részvétele, tehervállalása a demenciával élő idősök ellátásában. Egyértelművé vált az, hogy a családok szerepvállalása amely régebben meghatározó jelentőségű volt, az új kihívások között ismét előtérbe került. Ezt tükrözi a gondozó családok szerepét áttekintő egyik jelentős tanulmánykötet Joseph Gaugler és Robert Kane szerkesztésében, amely „Family caregiving in the new normal” címen jelent meg, és címében a „new normal” azt fejezi ki, hogy a családok gondozási szerepvállalása, amely régen természetes és nélkülözhetetlen volt, ma ismét azzá válik / Gaugler és Kane 2015/.

Ha a hazai tapasztalatokra gondolunk ennek kapcsán, akkor elmondható az, hogy a demencia diagnosztizálásának megszületésekkor gyakran merül fel a bentlakásos otthoni elhelyezés mint egyetlen lehetséges megoldás, és sokszor a házi orvosok és a családdal kapcsolatban lévő idősellátási szak-

emberek is azt ajánlják a hozzátartozóknak, hogy minél előbb keressék a tartós intézményi elhelyezés lehetőségét. Ha ennek okait keressük akkor utalhatunk arra, hogy a magyar társadalomban az elmúlt több mint fél évszázadban erősen jelen volt az állami gondoskodás iránti elvárás, miközben az intézményi ellátás elérhetősége széles körben biztosított volt. Jelen körülmények között azonban a családok egzisztenciális helyzete, a munkaerőpiaci viszonyok, és a demencia specifikus otthoni közeli ellátások hiánya szintén szerepet játszik abban, hogy a családok az intézményi elhelyezés lehetőségét keresik.

A demenciával élők hozzátartozói ugyanakkor szembesülve a tartós bentlakásos otthoni elhelyezés egyre inkább tapasztalható nehézségeivel, és a gondozó családok segítségével fontos támogató hátterek hiányával, a gondozás kihívásait, a növekvő gondozási nyomást és a család mindennapi életvitelét meghatározó kötelezettségeket egyre inkább kezelhetetlen, kilátástalan helyzetként élik meg, miközben magukra maradnak. Ez a folyamat a leépülési ív mentén haladva még azoknak a családoknak az erejét is felemészti, amelyek heroikus erőfeszítéseket tesznek a demenciával élő idős családtag családön belüli gondozására.

Szembenézve ezzel a helyzettel idősellátási szakemberként felmerülhet bennünk a kérdés, hogy hogyan kezelhető az a nehézség, amely az elérhető ellátások és támogató szolgáltatások elégtelensége, valamint a családok korlátozott vállalási lehetőségei kapcsán merül fel, és amely súlyosan érinti a gondozó családok életét. A válaszokat keresve figyelmünk az időst otthonába megtartó gondozás feltételei, és a gondozó családok segítségével lehetőségei felé fordult, és ennek kapcsán a hazai viszonyok áttekintése során kísérletet tettünk a gondozó családok helyzetének, nehézségeinek feltárására, majd egy nemzetközi kitekintésben vizsgáltuk azt, hogy a felmerülő nehézségek kezelésében és a gondozó családok támogatásában milyen törekvések jelentek meg, és ezek nyomán hogyan alakítható ki a gondozó családok támogatásának egy hazai modellje.

A nemzetközi kitekintés során jól látható az, hogy a leépülés korai szakaszában lévő kliensek és családjaik segítségével más megközelítés kerül előtérbe a demenciával élőknek nyújtott közvetlen tanácsadás és támogató csoport révén / ld. Kuhn 1993., 2003., Yale 1995, 2013./ ill. a demenciával élő és a gondozó családtag együttes segítségével duális modellje mentén, mint a leépülés későbbi szakaszában, ahol a segítő munka súlypontja a gondozó család számára nyújtott támogatás / ld. Van't Leven és munkatársainak áttekintő tanulmányát – Van't

Leven et al. 2013./ Figyelembe véve azt, hogy hazai viszonyaink között a korai felismerés aránya meglehetősen alacsony, és az ellátásba kerülés jelentős arányban a mentális hanyatlás egyértelmű kibomlásához kapcsolódik, valamint az, hogy a családok is inkább a leépüléshez kapcsolódó gondozási nehézségek növekedése nyomán keresnek segítséget, érdeklődésünk középpontjába elsősorban a gondozó családok támogatása került. E tanulmányban az ehhez kapcsolódó nemzetközi törekvéseket tekintjük át.

A demenciával élő időseket gondozó családok támogatása a nemzetközi gyakorlat tükrében:

A gondozó családok segítségével elterjedt támogatási formaként megtalálhatjuk a demencia vizsgálata és a diagnózis felállítása nyomán a szakorvos által nyújtott információkat amelyek érintik a demenciára vonatkozó alapvető ismereteket és az ellátások szerepét, elérhetőségét. Ez a családtagokkal történő megbeszélés szerves része az orvos munkájának. Ezt meghaladóan találkozhatunk több alkalmat érintő strukturált pszichoedukációs programokkal, amelyek az információ nyújtáson túl a felmerülő nehézségek árnyaltabb pszichoszociális megközelítését, feldolgozását teszik lehetővé egy támogató munka keretében. A támogató szolgáltatások közül kiemelkedő jelentőségű a demencia specifikus nappali ellátás és a gondozó családot időszakosan tehermentesítő támogató szolgálat /"respite care"/ biztosítása. Ez kiegészülhet a demenciával élő otthonában nyújtott kiterjesztett házi segítségnyújtással és átmeneti gondozóházban nyújtott áthidaló gondozással. Ezek a szolgáltatások a nemzetközi gyakorlatban régóta megtalálhatók és bizonyos mértékig felbukkannak a hazai idősellátásban is. Jelentős próbálkozásokat láthatunk a hozzátartozóknak szervezett támogató csoportok és hozzátartozói érdekképviseleti szerveződések terén is. Mindazonáltal a nemzetközi gyakorlatban hatékonyan tartott támogatási modellek ennél átfogóbb, összetettebb „több komponensű” programokat képviselnek, amelyek során a leépülési ív mentén egy változást követő kontinuens támogatást biztosítanak a gondozás során felmerülő nehézségek multidiszciplináris megközelítésében az érintett társszakmák és szolgáltatások együttműködésével. Kézenfekvő volt számunkra az, hogy a gondozó családok támogatásában mi is ezen a fonalon induljunk el.

A „több komponensű” támogató programok kialakításának kiinduló pontja az az átfogó kutatási program, amelyet a Kaliforniai Egyetem munkacsoportja a 80-s évek közepén indított több mint 500

gondozó család átfogó vizsgálatával. E kutatás eredményeit feldolgozó monográfiájuk a gondozó családok nehézségeinek feltérképezésében meghatározó jelentőségű és elméleti alapját képezte a gondozó családok támogatására irányuló konzultációs modellek kidolgozásának /Aneshensel et al. 1995./. Ez a munka az egyik meghatározó forrása a gondozó családok segítésére irányuló saját elképzeléseinknek is. E kutatás során a gondozó családtagok terhelődésének, nehézségeinek feltárása nyomán a stressz kutatásokban nagy jelentőségű tranzakcionális megközelítéshez kapcsoltan a munkacsoport Pearlín „Stress process theory” néven ismertté vált elméleti modelljére építve a gondozás során szerepet játszó stressz-tényezők árnyalt elemzését végezte el /Lazarus és

Folkman 1984., Pearlín et al. 1990/.

E modell alapján a gondozó családok terhelődésében leírhatunk elsődleges és másodlagos stressz tényezőket. Az elsődleges stressz tényezők kapcsán beszélhetünk objektív és szubjektív stressz – tényezőkről, a másodlagos stressz tényezők vonatkozásában pedig szerepfeszültségekről és intrapszichés feszültségekről. E modell kiegészítéseként beszélhetünk még a szociális kontextusban megjelenő járulékos külső stressz – tényezőkről is – így pl. a gondozó családok életvitelének beszűküléséről, szociális izolációjáról, a kapcsolatok leépüléséről, státuszvesztésről. E tényezőket Aneshensel és munkatársainak áttekintése nyomán az alábbiakban foglalhatjuk össze:

Elsődleges stressz-tényezők		Másodlagos stressz-tényezők		
Objektív /a gondozott mentális romlása/	Szubjektív /a gondozó családtag reakciói/	Szerep feszültség	Intrapszichés feszültség	Járulékos /extrinsic/ tényezők
kognitív romlás	érzelmi – indukti reakciók	családon belüli nézeteltérések	szerep identitás vesztés	az életvitel, aktivitás beszűkülése
magatartás zavar	túlterhelődés	munkával kapcso- latos konfliktusok	gondozói kompe- tencia hiánya	kapcsolati vesztességek, szociális izoláció
önellátási problémák	csapdába esettség érzése	anyagi nehézségek	az élet pozitív oldalának elvesztése	státuszvesztés
ellenállás	intimitás elvesztése			

E támpontokra építve a munkacsoport kiemelkedő résztvevője – Steven Zarit – a gondozó családok támogatásának egyik első több komponensű modelljét dolgozta ki „Stressz menedzsment modell” néven. E modell alapvetően a gondozás feladatainak döntő súlyát hordozó ún. primer gondozó családtag segítését helyezi a segítő munka középpontjába egy probléma-orientált egyéni tanácsadási keretben. Ehhez kapcsolódik rendszerint egy vagy két alkalomra korlátozódó családi ülés a többi családtag bevonásával – elsősorban a primer gondozó családtag gondozási munkájának támogatására, és a demenciából adódó problémák,

nehézségek megértésének segítése céljából. Ebből a konzultációs helyzetből viszi át a primer gondozó családtagot egy 8-12 alkalomra korlátozódó, strukturált hozzátartozói támogató csoportba, ahol a gondozás mindennapi problémáit dolgozzák fel. /Zarit et. al 1985./. Zarit munkájának fontos része a primer gondozó családtag terhelődésének és a gondozott családtag magatartási – viselkedési problémáinak, és azoknak a gondozó családtagra gyakorolt hatásának felmérésére alkalmas kérdőív és értékelő skála kidolgozása is /Zarit Burden interview, Memory and Behavior Problems Checklist – in: Zarit et al. 1985./. Ezek a felmérő módszerek ma

elterjedten használatosak a gondozó családok nehézségeinek vizsgálatában.

A „ stressz-menedzsment modell” hat ülésre tervezett rövid strukturált változatát dolgozta ki a New York-i Egyetem munkacsoportja Mary Mittelman vezetésével. Céljuk az volt, hogy olyan „bizonyítékon alapuló” konzultációs módszert alkalmazzanak, amely alkalmas a bentlakásos otthoni elhelyezés várolistáin lévő kliensek családjainak támogatására. E konzultációs modell hatékonyságát empirikus vizsgálatokban igazolták /Mittelman 2003./. Figyelembe véve az elhelyezési várakozás egyre hosszabb – gyakran másfél – két éves – intervallumát, ez a modell a hazai alkalmazás számára is figyelmet érdemel.

A gondozó családok támogatásának másik elméleti pillére Rhonda Montgomery-nek, a Wisconsin-i Egyetem professzorának a gondozó családtag szerep-identitásának alakulásáról szóló elmélete, amelyet Karl Kosloskival közösen dolgoztak ki /Montgomery, Kosloski 2009./. A „szerep identitás elmélet” középpontjában az egyre növekvő gondozás nyomás mentén kibontakozó „gondozói karrier” alakulása áll. Ennek Montgomery vizsgálatai szerint öt jellegzetes stációja van:

- I. a szerep-identitás kialakulásának kezdeti fázisában a családban jelentkező gondozási feladat még nem érinti a gondozó családtag életének mindennapi szerepeit, és még nincs olyan önképe, amelyben magát gondozóként látná. A családtagról gondoskodás természetes vállalás és mellékszála a gondozó családtag életének
- II. a második fázisban a gondozói tevékenység kezd mindennapi feladatként jelen lenni és a gondozói szerep lassú kibontakozását láthatjuk, miközben az egyéb családban betöltött szerepeket még jelentősen nem érinti, és a különféle szerepek egyensúlya még fenntartható.
- III. a növekvő feladatok, gondozás nyomás következtében a korábban még tartható szerep egyensúly kezd felbilleni, és a gondozó családtag egyre többet küzd a különféle szerepeiből adódó kötelezettségeinek teljesítéséért, miközben gondozói szerep identitás egyre inkább hangsúlyt kap, és egyre inkább úgy kezd gondolni magára mint gondozóra.
- IV. A negyedik fázisban a gondozási kihívások növekedésével már a szerep egyensúlyok nem fenntarthatók és a gondozási feladatok kezelése egyre nehezebb, miközben megindul egy kiút-

keresés. Ebben az időszakban a gondozói szerep-identitás rendszerint negatív érzésekkel terhelt és növekvő egészségkockázatot hordoz. Elmondható az, hogy a gondozói szerep maga alá gyűri, ellehetetleníti a primer gondozó családtag életét, és annak sok területén szerep válságot, kudarcokat teremt.

- V. A gondozás utolsó fázisában rendszerint a demenciával élő családtag otthonában gondozása már nem fenntartható, és előtérbe kerül intézményi ellátás szükségessége. Ez felveti a gondozó családtag leválásának lehetőségét a gondozói szerepről, és a korábbi szerep egyensúlyok visszaállításának esélyét. Gyakran látjuk azonban azt, hogy ez a „visszatérés” nem zökkenő mentes, ambivalens érzésekkel, bűntudattal, olykor anticipált gyászérzésekkel terhelt, és igen gyakran láthatunk egy kapcsolati kontinuitást az intézménybe kerülés után is. A korszerű idősellátás egyik fontos törekvése az, hogy ezt a kontinuitást egy konstruktív együttműködésbe fordítsa.

A szerep-identitás elmélet gyakorlati alkalmazása során Montgomery munkacsoportja a támogató szolgálat / respite care/ és a gondozás menedzsment fontosságát emelte ki kidolgozva a szerepfeszültség, a terhelődés felmérésének, a referálási utaknak, valamint az esetmenedzszeri tevékenység tervezésének szempontrendszerét /Montgomery és Kwak 2008./. A több komponensű családkonzultációs modellek közül a szerep identitás problémáira Qualls és Williams „ A gondozó családok terápiája” című munkájukban bemutatott családkonzultációs módszer keretében épített fel egy hatékony tanácsadási gyakorlatot /Qualls és Williams 2013./. Munkájuk jelentősen hatott saját elképzeléseink kialakítására is. Miközben Qualls és Williams kiemelten foglalkozott a gondozó családokon belüli szerepviszonyokkal, a szerep feszültségek feldolgozásával, és a szerepegyensúly megteremtésével a családkonzultációs ülések keretében, kevés figyelmet fordítottak a tágabb szociális erőterben folyó támogató munkára, és nem dolgoztak hozzátartozói támogató csoport keretében sem. E korlátokat látva, és saját szociális ellátórendszerben szerzett tapasztalataink alapján mi fontosnak látjuk a forrásokkal és támogató hátterekkel folyó munkát, felhasználva a korszerű geriátriai gondozás menedzsmentben alkalmazott módszereket, és az annak gyakorlatából származó „transzdiszciplináris” megközelítést, amelynek kiinduló pontja az, hogy a gondozó családok segítségével egy stabil, nagy esetviteli és döntési mozgástérrel rendelkező kulcssegítő / „key-worker”/

megfelelő konzultációs hátterekkel hatékony, kontinens segítséget tud biztosítani / Cress 2012./.

A gondozó családok segítségével alkalmazott családkonzultáció nemzetközi gyakorlatát áttekintve elindultunk egy olyan integratív modell kialakításának útján, amely kiegyensúlyozottan próbálja felhasználni e megközelítések hatékony-

nak bizonyult elemeit egy világosan átlátható, jól strukturált keretben.

A gondozó családok támogatásának ezen integratív modelljét a terjedelmi korlátok miatt egy következő tanulmányunkban kívánjuk bemutatni. Jelen tanulmányunk célja elsősorban a nemzetközi gyakorlat bemutatása volt.

Irodalom

1. Aneshensel CS, et al. Profiles in Caregiving: The Unexpected Career – Academic Press, New York., 1995.
2. Cress KJ /Ed/. Care Managers: Working with the Aging Family – Joes and Bartlett, Sudbury MA., 2009.
3. Cress KJ. Handbook of Geriatric Care Management. Third Edition. ED. Jones and Bartlett, Sudbury MA., 2012.
4. Gaugler JE, Kane RL. /Eds/: Family Caregiving in the New Normal. Elsevier, Amsterdam, 2015.
5. Kuhn D. Alzheimer's Early Stages: first steps for family, friends and caregivers. Hunter House, Alameda CA, 2003.
6. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping – Springer Publ. Co. New York., 1984.
7. Mittelman MS, et al. Counseling the Alzheimer's Caregiver - AMA Press, 2003.
8. Montgomery R, Kwak J. T-care: tailored caregiver assessment and referral – J Social Work Education 2008; 44(3): Suppl.
9. Montgomery R, Kosloski K. Caregiving as a process of changing identity. J Am Soc Aging 2009; 33(1): 47-52.
10. Pearlin LI, et al: The stress process – Journ. of Health and Social Behavior, 1990; 22: 337-356.
11. Qualls, Sara H., Williams, Ashley A.: Caregiver Family Therapy – American Psychological Association, Washington D.C. 2013.
12. Van't Leven N, Prick AE. Dyadic intervention for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: A systemic review – Intern. Psychogeriatrics 2013. 1581-1603.
13. Yale R. Developing Support Groups for Individuals with Early-Stage Alzheimer's Disease – Health Profession Press, Baltimore 1995.
14. Yale R. Counseling People with Early-Stage Alzheimer's Disease – Health Profession Press, Baltimore 2013.
15. Zarit SH, et al. The Hidden Victims of Alzheimer's Disease: Families Under Stress – New York. University Press. NY. 1985.

Az idősödés ellenében – az arc szépségmegtartásának újabb fortélyai, „anti-aging” ígéretek a 15. Monacoi Anti-Aging Világkongresszus keretében.

Duray Éva, bőrgyógyász-venerológus-kozmetológus szakorvos

DERMA MED Rendelő, Budapest

Az immáron tradicionális Esztétikai és Anti-Aging Világkongresszus (AMWC, Aesthetic & Anti-Aging Medicine World Congress) 2017 április 6-8 között, 15. alkalommal került a Cote'd Azur-i tengerpart életvidám eleganciájáról híres városában, Monaco-ban megrendezésre, II. Albert Herceg védnöksége alatt. Az AMWC 15. évfordulójának jelentőségét a szervezők a „Kihívások és Lehetőségek” témamegjelöléssel kívánták kiemelni.

Az elmúlt másfél évtized során a rendszerint 100-120 országból regisztráló, kb. 10.000 résztvevőt és az ipar részéről több, mint 300, anti-aging-kozmetikumokat, lézer- és egyéb energia-alapú készülékeket, injekciós készítményeket, peelingeket, stb. gyártó cégeket, laboratóriumokat vendégül látó kongresszus jelentős szerepet vállal a globálisan egyre nagyobb teret nyerő anti-aging medicina elért eredményeinek alátámasztásában, a tudományos közélettel és szakmai grémiumokkal való elfogadtatásában, az érintett szakmák közötti konszenzusok létrejöttében és egyúttal a továbbképzésben.

Az Interdiszciplináris Anti-Aging Medicina Társaság (WOSIAM, World Society of Interdisciplinary Anti-Aging Medicine) vezetése alatt működő Tudományos Bizottság igyekezett olyan jellegű szekciókat, fórumokat, élő, on-site bemutatókat, aktuális problémák diskuszióját célzó kerekasztal üléseket szervezni, melyek segítségével számos lehetőség adódott mind az intenzív posztgraduális továbbképzésre, információ cserére, mind az érintett fakultással való interakciókra. A 6 paralel szekcióban zajló konferencia során az adott szakterületen legkeresettebb, nemzetközileg elismert plasztikai sebészek, esztétikai bőrgyógyászok, preventív medicina – anti-aging szakorvosok, egyéb szakterületen dolgozó „key-opinion-leader”-ek, kutatók közül jónéhányan hoztak élvonalbeli ismereteket és gyakorlati tapasztalatokat. Az alapvető esztétikai és anti-aging szakmai tudásanyag és irányelvek időszakos revízióját és naprakész korszerűsítését

célzó szekciók mellett a korábbiakhoz képest bővebb lehetőség jutott a legújabb tudományos információk, felfedezések – valamint ezek klinikai alkalmazásának bemutatására, új értelmezések, gyakorlati tippek és fortélyok, de-novo felbukkanó technológiák elemző értékelésére.

Az esztétikai és anti-aging medicina területén tevékenykedni és a gyorsan változó, bővülő ismeretekre szert tenni – inspiráló, ugyanakkor speciális kihívást jelentő feladat. Ezért lényeges, hogy a kutatási témákat és lehetőségeket, valamint a klinikai gyakorlatot érintő fejlődés eredményei és a multidiszciplináris megközelítés ismételt testközelbe kerüljenek évről évre az AMWC tematikájában.

A preventív és anti-aging medicina szekciók az öregedés-kutatás legújabb ismereteit és lehetőségeit, az ide vonatkozó technológiák klinikai bevezetését és napi alkalmazását érintették nagyrészt. Az orvoslás ugyanis napjainkban számos új kihívással néz szembe: új megbetegedések megjelenésével, újonnan bevezetett, gyorsan szaporodó számú terápiás modalitás gyors megismerésének, elsajátításának szükségességével, rapid döntéshozatali igénnyel, valamint azzal a növekvő elvárással, hogy minél több eredményt érjünk el – minél kevesebb ráfordítással.

A jövő egészségügyi modelljének új sarokkövei?

Az anti-aging workshop-ok érintették többek között a mesterséges intelligencia kérdését, valamint a personalizált medicinális megközelítést, a célzott genom-editing technológiát, az öregedési folyamatokat célzó modern biotechnológiai megoldásokból adódó új-generációs anti-aging gyógyszereket, a telomer- hossz kiszámításának (telomer-length computation) jelentőségét, a testsúlycsökkentés metabolikus funkciókra és a zsírszövet biológiájára gyakorolt hatásait, valamint azt, hogy a reggeli étkezés kihagyása, mint az intermittáló kalória bevitelt csökkentő protokollok

egyike – milyen módon fejt ki anti-aging hatást és hogyan befolyásolja a diabetesitast.

Botulinum Toxin – kihívások az új igények tükrében... Az esztétikai plenáris ülések, workshop-ok szintén igen diverz témaköröket öleltek fel, így pl. a botulinum toxin kezelések klasszikustól eltérő technikáit, új indikációkban való bőrgyógyászati és egyéb alkalmazását. A „natural look” igényét egyre inkább megfogalmazó paciensek kezelésében ígéretes előrelépést jelenthet a korábbiaknál könnyebben reprodukálható, igen precíz botulinum toxin injekciós technika, valamint az esztétikai eredmény objektív mérésére, értékelésére lehetőséget adó digitális eszközök megjelenése. Végül, de nem utolsósorban a cephalalgia, a cervicalis és háti fájdalom szindrómák menedzselésében bevezethető botulinum toxin kezelés elve és technikája is bemutatásra került.

Arcélek jelentősége: már néhány milliméter sem mindegy ... Külön szekciót szenteltek az arc komplex megfiatalítását (full face rejuvenation) és a profiloplasticát megvalósító, magasan fejlett technikáknak és technológiáknak. Több, a helyszínen pácienseken végzett élő bemutatókon demonstrálták a speciális, nehezen kezelhető facialis zónák speciális kezelési fortélyait az egyes semi-invazív, elsősorban injektábilis technikákkal, tensor szálakkal – érintve a homloki, a szemöldök, az alsó és felső palpebralis régiókat, a platysmát, az orrcsúcsot és a különleges kihívást jelentő perioralis ráncokat.

A férfias megjelenés „hot-spot”-jai – és az idősödő arc volumetriája. Részleteiben kerültek elemzésre a maskulin arc alapvető sajátosságai, melyek ismerete kulcsfontosságú, ha a kezelés során a férfi arc fiatalosabb megjelenésének elérését célozzuk. Mind a természetesnek ható optikai eredmény kialakítása, mind a potenciális szövődmények elkerülése miatt – az egyik legnagyobb érdeklődést kiváltó szekció az arc volumetriájával foglalkozott igen részletesen. Az arc felületes és mély zsír – kompartmentjeinek anatómiája, vascularisatiojának és ezek variációinak ismerete alapvetően szükséges – azon régi és újszerű technikák alkalmazása során, melyek mentén az arci hányadok arányos, harmónikus és fiatalos, az esztétikai paciens önbizalmát sokszor alapvetően befolyásoló hatása érhető el. Az esztétikai biológia egyik új területe, a regeneratív esztétika aktuális helyzetének legújabb fejleményeit érintették azok a szekciók, melyek az összeget alkalmazását pozícionálták a face-lift ill. az augmentációs kezelések sorában. Ugyancsak részben ide sorolható témakör a PRP (Platelet Rich

Plasma) terápia új indikációban való alkalmazása alopeciákban, telogen és egyéb etiológiájú effluviumokban – a hajnövekedés serkentését célozva. Izgalmas területnek bizonyult eddig önálló felhasználású esztétikai, anti-aging technikák kombinációinak bevezetése, a hatékonyság amplifikálása és az egyes kezelési lehetőségek szövődmény-kockázatának jelentős minimalizálása érdekében.

Injekciós esztétikai kezelések szövődményei – korai észlelés, megelőzés és kezelési standardok. Az injektábilis fillerek (lágyszöveti augmentációs készítmények) és a botulinum toxin alkalmazásával kapcsolatba hozható korai és késői adverz reakciók különösen fontos témakört képviselnek. Több előadás is érintette, miképpen észlelhetőek minél korábban, hogyan előzhető meg ill. menedzselhetőek a szövődmények. A polimerizált hialuronsav tartalmú, a leggyakrabban alkalmazott, Európában igen széles termék palettát felölelő feltöltő anyagok esetén felmerülő szövődmények leghatékonyabb kezelése a hialuronidáz enzim gyors, intafocalis és környéki infiltrációjával történhet – ennek biztonságossági feltételei, a pre-testing jelentősége, a beadás időzítése, dozírozása részleteiben megvitatásra került. Expert Committee közreműködésével javaslat született a jelenleg érvényben lévő, az adverz reakciók háritását célzó protokollok részleges felülbírlására, módosítására.

Az AMWC 2017 kongresszust 2 paralel zajló, 1 napos Pre-Congress Course előzte meg, ezzel a mindennapi esztétikai gyakorlat palettájának szélesítéséhez adtak további útravalót, a magas kreditpontokon túl. A Monaco Aesthetics Masterclass 2017 egyik fókuszába az „Aiming for the Perfect 10” kurzus került: a legfontosabb 10 facialis esztétikai kritérium megfogalmazásával, melyek ismerete az adaptálható technikák megfelelő szekvenciális hozzárendelésével a szépsészeti kezelések új dimenziójaként fogalmazható meg. A progresszív jellegű „Genital Rejuvenation & Cosmetic Gynecology” továbbképző kurzus az egyre növekvő funkcionális és esztétikai igényeket kielégíteni célzó régi és forradalmian új technikáknak egyre szélesedő skáláját vonultatta fel.

És amiről kevésbé vagy szűkösen esett szó....

Továbbképzési standardok, kompetencia szintek – hol állunk a szabályozás területén? A szakorvosi képesítések megszerzésének tradicionálisan meghatározott, megszokott menetével ellentétben az orvosi esztétikai ismeretek és kvalifikáció meg-

szerzése és folyamatos szinten tartása jelenleg világszerte kevésbé, és semmiképpen nem egységesen szabályozott, másképpen strukturált, országonként változó – és minden bizonnyal a jövőben további módosításokra szorul. Az egyes szépmézeseti beavatkozások végzéséhez elvárt elméleti képzés szintje egyes országokban, pl. Angliában már szakhatóságilag meghatározott – bár csak 2015 óta – ugyanakkor a szükséges gyakorlati tapasztalat minimum szintjére vonatkozó irányelvek még nem kerültek kidolgozásra (pl. injektabilis fillerek, botulinum toxin kezelés, PDO szálak alkalmazására vonatkozó kompetenciák). Nincs tehát egyértelműen lefektetett út, mely irányadó volna az esztétikai orvosi kompetenciák megszerzését és a továbbképzést illetően. Az orvos egyénileg kell megszervezze elméleti és gyakorlati tréningjeit. Ugyanakkor a biztonságosság kérdése különös súllyal esik latba ezen az új területen, részben a kielégítő szabályozás hiánya miatt, részben azért, mert az orvosi esztétika az egyik legdinamikusabban változó terület, ahol az up-to-date tudásanyag, a legbiztonságosabb termékek ismeretének hiányában igen rövid időn belül szakmai „dinoszaurusszá” válhatunk. Mind az ipar szereplői, mind a gombamódra szaporodó esztétikai oktatási és tréning központok nagyszámú kurzust, workshop-ot ajánlanak „csillogó” internetes felületeiken, melyek között nem könnyű eligazodni. A gyakorlati szempontból értékes kiscsoportos tréningek mellett ugyancsak megfontolandó a mentorálás lehetőségét keresni: esztétikai klinikákon, nagyobb múltú intézményekben történő egyéni gyakorlás, tapasztalt tréner felügyelete mellett. A kongresszusokon való részvétel és az identikus területen dolgozó kollégákkal való folyamatos networking ilyen kautélák mellett hatványozott jelentőségűvé válik – rendszeresen megosztva a tapasztalatokat egymással.

A különböző továbbképzéseken megszerzett kvalifikációk jelentése sokszor nem egyértelmű: a kézhez kapott igazolás diplomának, kompetencia szintet igazoló fokozatnak, oklevélnek, tanusítványnak, egyébnek felel meg?

A beavatkozások jellegével összefüggésbe hozható kompetencia szintek meghatározása országonként szintén változó lehet, Angliában, számos Európai országban, az USA-ban – bár nem harmonizáltan – de aránylag jól körülírt, strukturált, míg más régiókban kevésbé egyértelmű, mely a szakterület presztízsét (is) negatívan befolyásolhatja.

Evidenciák és az esztétikai orvoslás – szakmai ajánlásokra várva... Kevés szó esett a rendelkezésre álló evidenciák kérdéséről: az evidencia-

alapú megközelítés milyen mértékben valósulhat meg az esztétikai orvoslás/sebészet területén? A bizonyítékokra támaszkodó orvoslás több mint 20 éve fogalmazódott meg a klinikai gyakorlat és oktatás újszerű paradigmájaként: a kutatási eredmények legjobb bizonyítékainak explicit, megfontolt felhasználását ambicionálva – és összhangba hozva a beteg igényeivel és az adott klinikai szituációval – a létrejövő diagnosztikus és terápiás döntéshozatal során. A tradicionális megközelítéssel szemben, mely az orvoslást anekdotikus, „mesterektől” elsajátítható szakmaként definiálja, és a döntéshozatalt (dg., th, prognosis, rizikó faktorok) a klinikai tapasztalatra, gyakorlatra alapozza, hangsúlyt adva a patofiziológiai megközelítésnek és az „expert opinion” követésének – az EBM (Evidence Based Medicine) a szisztematikus, reprodukálható, tárgyilagos kutatási eredményeket helyezi a fókuszba, mindennapi klinikai felhasználásra. Megfogalmazott célja a biztonságosabb, konzisztensebb és költséghatékonyabb orvosi működés elősegítése. Az új fogalmat zászlójukra tűző munkacsoportok tevékenységének eredményeképpen jöttek létre többek között azok a nemzetközi és nemzeti infrastrukturák, konszenzus csoportok, melyek a klinikai gyakorlat irányelveit és szakmai javaslatokat hivatottak kidolgozni és rendszeresen megújítani. A mára már számos kritikával is illetett megközelítésnek azonban vitathatatlan érdeme, hogy a medicinális gyakorlat alapjául szolgáló kutatás módszertanát, metodikai standardjait és publikációs kritériumrendszerét koherens mederbe terelte. Ennek megfelelően a „best evidence” magas minőségű, randomizált, homogénizált betegcsoportokon végzett, kontrollált vizsgálatokból kell származzon. Ha ez nem áll rendelkezésre, akkor a nem szisztematikus klinikai megfigyelés, ha ez sem érhető el, akkor patológiai elemző magyarázat a mérvadó. Az evidencia szintek, valamint az irányelvek, javaslatok (recommendations) ereje a fentiekben alapul. Az AMWC kongresszusok tematikájában évről évre növekvő számban szerepelnek egyre magasabb minőségű klinikai vizsgálati eredményeket sorakoztató orális kommunikációk és poszterek – a számos gyakorlati workshop és az ipar által szervezett bemutatók, valamint a KOL-kel fémjelzett plenáris ülések mellett – azonban a study-k többségében kis számú páciens került bevonásra, kevés a randomizált, kettős-vak, összehasonlító vizsgálat, nagy többségük nem-szisztematikus klinikai megfigyelésként vagy esetismertetésként kerül bemutatásra. Megjegyzendő, hogy az esztétikai medicina – és az esztétikai plasztikai sebészet – területén általánosságban nem könnyű az EBM alkalmazása a klinikai gyakorlatban,

részben a szakértői vélemények meghatározó befolyása, részben az eredmények nagyrészt szubjektív jellege miatt.

Részben a fent jelzettekből fakadóan, részben az esztétikai medicina relatíve rövid múltja, és a szakterület erősen multidiszciplináris jellege miatt még kevés a szakmai konszenzuson alapuló irányelv (Consensus Recommendations). Pozitív eredményként értékelhetők pl. a 2015 és 2016 során napvilágot látott, a Global Aesthetics Consensus Group által megfogalmazott irányelvek, melyek

1. a botulinum toxin type-A esztétikai indikációban történő alkalmazását,
2. a hialuronsav tartalmú fillerekkel kapcsolatos szövődmények megelőzését és kezelését, valamint
3. a botulinum toxin type-A és a hialuronsav fillerek kombinált alkalmazásának optimalizálását érintik.

Az esztétikai paciens mint speciális kihívás – néhány szóban a testképzavarról...

Az esztétikai medicina multidiszciplináris jellegének dacára elenyésző volt a pszichiaterok, pszichoterapeuták, pszichológusok részvétele az idei kongresszuson – bár a megelőző évek során az AMWC szervezői igen nagy érdeklődésre számot tartó egy-egy szekciót is szenteltek az olyan témaköröknek, mint pl. „Body Dysmorphic Disorders in Aesthetics and Legal Implications”, „How to Manage the Unsatisfied Patient?”, „Avoiding Psychological Pitfalls in Aesthetic Procedures”, stb. A fizikai megjelenés, body image kritikus percepciója manapság általános jelenség, a szépséget beavatkozások társadalmi elfogadottsága egyre nagyobb, különösen egy olyan globalizálódó kulturális környezetben, ahol az attraktív külsőnek magas a presztízse és a jó életminőség egyik szignifikáns meghatározója. Éppen ezért nem könnyű észlelni az esztétikai mindennapi gyakorlat során a testkép zavarban (Body Dysmorphic Disorder, BDD) szenvedő pacienseket. A Mentális Kórképek Diagnosztikai Kézikönyve szerint a BDD definíciója: a fizikai megjelenés egy vagy több, az egyén által felismerni vélt defektusa vagy hibája, mely csak minimális mértékű, vagy mások által nem észlelhető, azonban az egyén számára jelentős aggodalommal, szorongással jár, társadalmi érintkezéseit és foglalkozásának megfelelő gyakorlását negatívan befolyásolja, és kényszeres, ismétlődő cselekvésekkel (pl. tükörbe nézegetés), vagy speciális mentális tevékenységekkel (pl. mások küllemével való összehasonlítás) társul. A BDD relatív gyakori somatoform kórkép, a populáció 1-2%-át érinti, azonban a fellelhető adatok szerint az esztétikai kezelésekre,

műtétekre jelentkező paciensek 12-15(!) %-át érinti. A szépséget beavatkozásokat végző orvosok a felmérések szerint ugyan ismerik a kórképet, azonban ennek prevalenciáját saját praxisukban rendszerint alábecsülik. Ugyanakkor a BDD-ben vagy egyéb személyiség zavarban szenvedő betegek sokkal gyakrabban elégedetlenek a szépséget beavatkozások eredményeivel és rendszerint számos esztétikai kezeléssel mennek keresztül. A BDD prediktoraiként említhető a „surgiholic” attitűd, a kezelésekkal és az orvossal, a személyzettel szemben támasztott eltúlzott, a realitást nélkülöző elvárások, a minimális deformitások korrekciójának igénye, az obszesszív vagy nárcisztikus személyiség jegyek, és életvezetésükben fellelhetőek a családi vagy kapcsolati zavarok. Legtöbbjük a fiatalabb korosztályból kerül ki. Mivel a kezelőorvos számára komoly jogi vagy akár fizikai veszélyt is jelenthetnek a súlyosan érintett paciensek, a BDD és egyéb személyiség-zavarok pre-operatív, pre-intervencionális észlelése kitüntetett jelentőséggel bír. A legtöbb irodalmi hivatkozás a BDD diagnózisát az esztétikai beavatkozások ellenjavallataként említi (bár érdekes módon az igen enyhe esetekben részben megengedő) és pszichiatriai kezelés szükségességét fogalmazza meg, az esetlegesen felesleges és káros, adott esetben az orvos számára veszélyes esztétikai beavatkozás helyett. Ennek ellenére a kórkép felismerését, hatékony szűrését segítő ajánlások, algoritmusok még váratnak magukra. A publikációk alapján fellelhető néhány ajánlás elsősorban egyes kérdőívek alkalmazására (BDDQ-DV, Body Dysmorphic Disorder Questionnaire – Dermatology Version), ill DCQ (Dysmorphic Concern Questionnaire) szorítkozik. Az USA-ban újabban a plasztikai sebészek jogi tanácsadókkal való igen szoros kollaborációja indult el, a pszichiaterokkal, pszichológusokkal gyakorta kialakított együttműködés mellett, ugyanakkor az esztétikai medicina más szakterületekről érkezett szereplőinek figyelmét mind az AMWC elkövetkező rendezvényein, mind az egyéb jellegű esztétikai, anti-aging továbbképzési fórumokon fokozottabban szükséges ráirányítani a bőr/ arc/ testszépséget beavatkozások pszichológiai aspektusaira.

Érdekesebb egyéb résztemák a kultakaró időskori megóvására fókuszálva...

Nutrigeroprotectivhatás a FOXO3 génen. A csökkent kalória bevitt biztosító étrendek (calory restriction, CR) állatmodelleken történő tanulmányozása és embereken való előzetes vizsgálatai alapján kimondható, hogy a kalória bevitel korlátozása olyan jól reprodukálható és alátámasztott

módszer, mely lassítja az öregedési folyamatokat és kedvezően befolyásolja az élettartamot és az egészségben eltöltött élet hosszát. Az evolúciós spektrum számos speciese esetén megfigyelhető a hatása, azonban ennek mindennapi gyakorlati alkalmazása az ember esetében speciális feladatnak, kihívásnak bizonyulhat. Ezért kecsgető alternatívaként jöhetnek szóba a CR-mimetikumok, melyek segítségével a kalória restrikció előnyei a táplálék bevitel csökkentése nélkül is elérhetőek. CR-mimetikus hatásúak nagy valószínűséggel a jól ismert resveratrol, metformin, rapamycin és más olyan molekulák, melyek a mTOR nutrienst érzékelő folyamat (nutrient sensing pathways) szabályozásával hatnak. Egyéb típusú CR-mimetikumok pedig egy másik kulcsfontosságú regulációs mechanizmust, az insulin-FOXO utat aktiválják, mely a törzsfajlás során a férgektől az emlősökig megtalálható. Az Okinawai-centenáriók hagyományos étrendjének tanulmányozása izgalmas terület lehet, hiszen élettartamuk kb 50%-a során érvényesül a CR jelensége. Az eddigi rendelkezésre álló adatok alapján alátámasztható az enyhe, 10-15%-os CR, valamint a CR-mimetikus hatású élelmiszerek fokozott bevitelének anti-aging hatása. Ilyenek többek között az édes burgonya, szója termékek, zöld tea, tengeri eredetű karotinoidokban gazdag élelmiszerek és a kurkuma – melyek a FOXO3 gén befolyásolása révén hatnak.

Új technológiák az EBD (Energy Based Devices) területén. Bőrfeszítés injektábilis radiofrekvenciával (RF), a nem-sebészeti „csoda”.

Az utóbbi időben napvilágot látott, rapidan növekvő számú nem-sebészeti elven működő bőrfeszítő fejlesztések között szerepel az egyik magas hatásfokú, és több támadásponton ható minimálisan invazív technika, az ún. injektábilis RF. A Thermi elnevezésű, hőhatáson alapuló technológia az arcbőr elaszticitását és több facialis régió aspektusának multiplex etiológiájú, az öregedéssel kapcsolatos eltérését javítja, jelentősebb downtime nélkül. A hő-kontrollált injektábilis RF számos mechanizmust érint, így indikációs köre relative széles: hatást gyakorol az idegvégződésekre, mérsékelve ezzel a dinamikus és tónusos ránccokat (Thermirase), fokozza a dermalis kollagen és elasztin szintézist (Thermismooth) és subdermalisan is hat a SMAS területében (Thermitight) – ezzel javítva a bőrfeszességet.

Probiotikumok és a bőr: aktualitások. A mikrobiomnak az általános egészségi állapotot, így a bőr egészségét befolyásoló szerepe igen nagy hangsúlyt kapott nemcsak a kongresszuson, hanem az

utóbbi időben mind a tudományos publikációkban, mind a nagyközönség által olvasott hírekben. A bőr rezidens mikrobiom-ja cm²-enként kb egy milliárd mikrobát hordoz – baktériumok, gombák, vírusok, atkák változatos közösségeit magában foglalva. A bélcsatorna és a kültakaró mikrobiomja ismerten szerepet játszik egyes bőr gyulladásos folyamatokban, és egyértelműen összefüggésbe hozható számos dermatosissal, így az acneval, rosaceával, atopiás dermatitissal és a psoriasissal. Több olyan evidencia látott napvilágot, mely a bélcsatornabeli microbioták és a bőr öregedésének összefüggését valószínűsítik, valamint felvetik az orális prebiotikumok és probiotikumok jótékony szerepét a bőr egészségének és esztétikus megjelenésének fenntartásában, menedzselésében.

Tradicionális technikák újszerű alkalmazása az arc rejuvenációs kezelésében: felső szemhéji körkéses blepharoplastica és mélyhám- lasztás kombinációja (Sterling módszer). A mélyhám- lasztás tradicionálisan alkalmazott, ismert metodikája a facialis rejuvenációs arzenálnak, mely megfelelő biztonságossággal applikálva – hosszútávú, szignifikáns esztétikai eredményt ad. A periorbitalis és palpebralis bőr azonban igen vékony, és az öregedés során kialakuló laxitas az önállóan alkalmazott kémiai hám- lasztással nem oldható meg. A Sterling-módszer során egy ülésben kerül sor a mély-peelingre, valamint a szemhéj bőréből punch-biopsiás körkés segítségével apró ellipticus bőr-excindatumok kimetszésére a felső szemhéji redő mentén. A beavatkozást követően igen jó az esztétikai végeredmény, és hegesedés csak igen minimális mértékben látható.

Az időskor és a művészet

Majercsik Eszter, főorvos

Szent Margit Kórház Budapest

A művészet a valóság, olykor a képzelet visszatükröződése a művész látásmódján át.

Az emberi élet öröme, bánata, a születés, a halál, a betegségek ábrázolása gyakran jelenik meg a műalkotásokban, jelezve azt a kapcsolatot, ami az objektív tudomány és a szubjektív művészet között létezik. Az öregedés ábrázolásának vizsgálata során elsősorban a külső megjelenés változásával, a betegségek, életkörülmények, a saját sors történet bemutatásával találkozunk.

Öregedés – az idő múlása

Az öregedés időben lejátszódó élettani változások természetes folyamatait jelenti, egyéni különbségekkel. Az idő múlása nyomot hagy az emberen. Ezt Jókai Mór így írta le: „Ostoba piktor az idő, mentől tovább dolgozik az arcképünkön, annál jobban elrontja azt.” A festők fiatalkori és időskori önarcképeit összehasonlítva szembetűnő ez a változás. A holland festő, Rembrandt közel hatvan portrét festett önmagáról, kezdetben a sikeres fiatalembert látjuk a képen, negyven évvel később pedig a megtört idős művészt.



Rembrandt: Önarckép, 1629.
(Germanisches Nationalmuseum, Nürnberg)

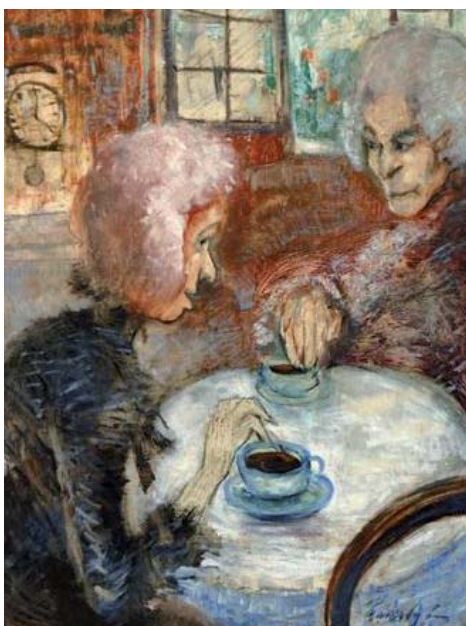


Rembrandt: Önarckép Zeuxisként, 1668.
(Wallraf-Richartz Museum, Köln)



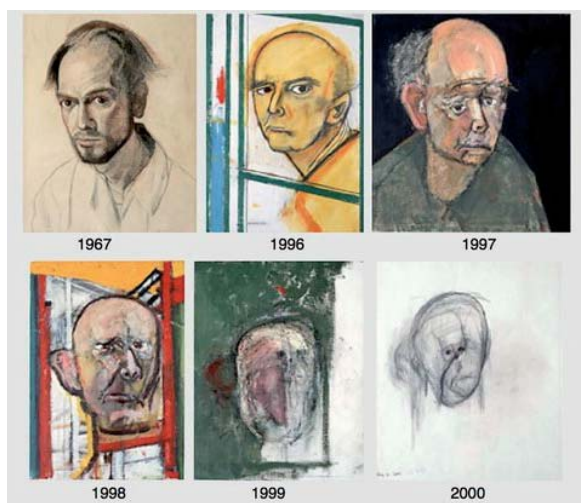
Az öregedés során megjelenő külső változások jól láthatók Albrecht Dürer (1471-1528) anyjáról készült szénrajzán. A ráncos homlok, az eltűnt zsírpárnák miatt csontos arc és nyak mellett a képen a széttérő kancsalság is látható.

Külső megjelenésben az öszülés, a hajlott hát, görcsös ujjak, a fogak elvesztése miatt a beesett arc azok a leggyakoribb jelek, melyek a képi ábrázolásokon megtalálhatók.



Gulácsy Lajos: *A púpos vénkisasszony régi emlékeit meséli Herbetnek* (1911) című képen az idő múlására a háttérben látható óra emlékeztet, és az idősödés külső jelei is jól nyomon követhetők. A kép érdekessége, hogy 2007-ben egy árverésen 120 millió forintért kelt el.

Az öregedés során fellépő betegségek között a szellemi hanyatlás kialakulása igen jelentős. A demencia előfordulása az életkorral exponenciálisan növekszik.



William Utermohlen (1934-2007) angol származású festő önarcképsorozatát készítette a saját szellemi leépüléséről. 1995-ben diagnosztizáltak nála Alzheimer-kórt, az évente készült képeken állapotának romlását láthatjuk. 2007-ben halt meg, tizenkét évi betegség után.

Öregedés – a múlt-jelen-jövő viszonya megváltozik

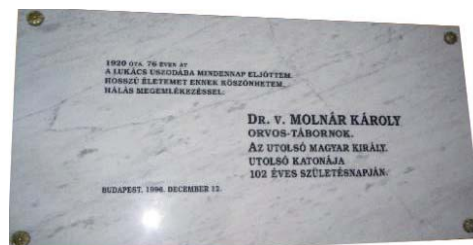
Az élet során először egy hosszú út áll előttünk, és egy rövid mögöttünk, majd egyre hosszabb mögöttünk és egy rövidebb előttünk.

Lev Tolsztoj (1828-1910) ezt úgy fogalmazta meg, hogy: „Az élet értéke fordítottan arányos a haláltól való távolság négyzetével.” Matematikailag ez levezethető, mindenki fél az elmúlástól, az életből hátralévő évek nagyon értékesek, mivel nem lehet tudni a számukat. Az emberek ösidők óta keresik a fiatalság forrását, ezt ábrázolja Lucas Cranach képe (1546).



A medence közepén lévő kút a fiatalság forrása, a kép bal oldalán a belépő idősödő emberek megfürödve a jobb oldalon ifjúként távoznak. Ezt a fiatalító forrást ugyan eddig nem találták meg, de a víz és a rendszeres úszás jótékony hatásának bizonyítékként a Lukács uszoda falán találhatunk egy táblát:

„A LUKÁCS USZODÁBA MINDENNAPOK ELJÖTTEM,
HOSSZÚ ÉLETEMET ENNEK KÖSZÖNHETTEM
HÁLÁS MEGEMLÉKEZÉSEL”



Az öregedés folyamata személyiségfüggő.

Az elfogadó, vagy konstruktív típusba tartoznak a nagymama szerepet vállalók, akiket szerető család vesz körül,



mint ezt látjuk Rippl-Rónai József: Alvó nagymama (1890) című képén.

Baltes szelektív optimalizációnak nevezte azt a folyamatot, mely során tudatos kompenzációval élheti át az ember az öregedést. Artur Rubinstein (1887-1982) hozta példaként, aki a repertoárját szűkítette azon darabokra, amiket a legjobban tudott, a gyors részek előtt pedig lassított, ezzel kontraszthatást ért el.



Az öregedés folyamatáról a legtöbb esetben a gyengeséget, a testi és lelki erőtlenséget, betegségeket ábrázolják. Kevés a vidám, derűs időst ábrázoló alkotás.



*A függőségi típusba tartozó idősök példája
Fényes Adolf: Özveggy című képe (1899).
A feketeruhás, kezét összekulcsoló asszony
a környezetétől vár segítséget.*

A védelembe vonulók nem fogadnak el segítséget, magányosan élnek, miközben kapcsolatuk lassan megszűnik a külvilággal. Ezt látjuk Rippl-Rónai József: Amikor az ember a visszaemlékezéseiből él (1904) című képén. A múltra talán csak a széken lévő piros mintás kendő emlékezteti a kis szobában magányosan üldögélő embert.

Az Idősgyógyászat folyóirat szerzői útmutatója

A folyóirat célja

Az IDŐSGYÓGYÁSZAT összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos kutatási munkákat és eseti ismertetéseket közöl az elméleti és klinikai kutatások, elemzések, epidemiológiai feldolgozások területéről, minden szakterület időskori vonatkozásában. Fontos része a folyóiratnak a fórum, mely az egyoldalas „Levelek a szerkesztőhöz” formájában fog megjelenni.

Előnyben részesülnek azok a közlemények, amelyek a gerontológia és geriátria mindennapos orvosi, szociális ellátási, gondozási tevékenységével foglalkoznak. Mindemellett közlésre kerülnek a PhD tézisek, könyvismertetések, aktualitások, beszámolók is az idősgyógyászattal kapcsolatban.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti meg. A dolgozatok elbírálása (a szerzők neveinek és munkahelyének feltüntetése nélkül) szakértői, két független lektorral végzett bírálat szerint történik. A formai vizsgálat és a lektori válaszok alapján a kéziratok szerzői egy hónapon belül választ kapnak a közlés lehetőségéről, illetve elutasításáról.

A kézirat útmutató szerinti összeállítása meggyorsítja a szerkesztőségi feldolgozást. A közlemények végső elfogadása csak abban az esetben történik meg, ha azok a megjegyzések és szempontok alapján teljes mértékben megfelelnek az útmutatónak.

A kéziratok beküldése

A kéziratokat a Szerkesztőségi Titkárság címére kérjük küldeni: rita.pfeffer@gmail.com, a főszerkesztőnek, vagy a felelős szerkesztőnek címezve. Postacím: 1115 Bp. Halmi u. 20-22.

A kéziratokkal kapcsolatos általános követelményként az „International Committee of Medical Journal Editors” elektronikus változatának (<http://www.ICMJE.org>) előírásai érvényesek.

A kézirat benyújtásának feltételei:

1. a dolgozatot korábban még nem publikálták (kivéve előadás-kivonat vagy PhD-tézis formájában),
2. a kéziratot valamennyi szerző jóváhagyta

3. a dolgozat nem sérti a Helsinki Deklaráció (1964, és 1975-2013 közötti kiegészítései) előírásait
4. a humán vizsgálatok az illetékes etikai bizottság jóváhagyásával történtek
5. a laboratóriumi állatkísérletek a vonatkozó szabályzatok szerint történtek.

A kéziratok szerkezete

A kéziratnak a következőket kell tartalmaznia: 1. címdoldal; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), keywords; 4. rövidítések jegyzéke (amennyiben szükséges); 5. kézirat szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok, számozással és címmel; 8. ábrajegyzék és ábrák. Az oldalszámozást a címdoldaltól kezdve folyamatosan kell megadni.

A címdoldalon legyen a kézirat címe magyar és angol nyelven, amely rövidítést nem tartalmazhat; a szerzők neve (titulussal együtt), valamint a szerzők munkahelyének pontos, hivatalos megnevezése, a helységnevével együtt (a munkahelyi vezető megnevezése nélkül); a levelező szerző postai és e-mail címe, telefonszáma.

Az összefoglalást, amely nem tartalmazhat rövidítéseket, magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön oldalon. Eredeti közlemény esetén a „Bevezetés”, „Célkitűzés”, „Módszerek”, „Eredmények” és „Következtetések” szerkezetben. Az összefoglalás nem haladhatja meg 150 szó terjedelmet. A maximum 5 kulcsszó kiválasztásakor javasolt a <http://www.nlm.nih.gov/mesh/> forrást alkalmazni.

A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni ábécé sorrendben. A bevezetés külön alcímet nem kap, ezt követően a szöveges rész a „Módszer”, „Eredmények” és „Megbeszélés” részekre tagolódik. A konkrét szöveges rész az összefoglaló közleményeknél a 15 oldalt, minden más típusú közleménynél a 10 szabvány oldalt (1800 karakter/oldal) nem haladhatja meg, 1,5-es sorközzel, 12-es betűmérettel gépelve (Times New Roman betűtípussal).

A hivatkozásokat (arab számmal) a szövegbéli megjelenés sorrendjében, szögletes zárójelben kell megadni. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után „et al.” vagy „és mtsai” írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni és a nem angol nyelven publikált hivatkozások címét angolra fordítva is meg kell adni. Az idézett hivatkozások száma csak kivételesen indokolt esetben haladhatja meg az 50-et.

Példák a hivatkozásokra:

a/ folyóirat:

Salminen M, Nordling P, Strandberg M, et al. Mortality and predictors of mortality in Finnish hip fracture patients: A 4-year follow-up study. *European Geriatric Medicine* 2016; 7(6): 506-507.

b/ könyv: Hypertonia és kardiovaszkuláris prevenció. Szerk. Farsang Cs. Medintel Könyvkiadó, Budapest, 2013.

A táblázatok címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen. Valamennyi ábra címét és a hozzájuk tartozó esetleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni. A beküldött képfájlok (nem a Word-be másolva) grafikai minőségét külön program ellenőrzi (Power Point; min. 300 dpi felbontású jpg, tif, külön fájlban). Valamennyi gyógyszer esetén a nemzetközileg elfogadott kémiai nevet kell használni. Márkanév csak az „Anyag és módszer” fejezetben szerepelhet. Meg kell adni a kémiai összetételt és a gyártó nevét is. A köznyelvben meghonosodott idegen szavak (a latin írásmód szerinti szóösszetételek kivételével) írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimologikus írásmód követendő. A megjelenő munkák helyesírásánál „A magyar helyesírás szabályai” (Akadémiai Kiadó, Budapest, 12. kiadás, 2015) és az Orvosi helyesírási szótár (Akadémiai Kiadó, Budapest, 1992) által ajánlott írásmódot tartjuk irányadónak.

A kézirat végén kérjük megadni az alábbiakat:

Nyilatkozat arról, hogy a közlemény más folyóiratban korábban nem jelent meg, és máshova beküldésre nem került. Nyilatkozatot kérünk arról, hogy a levelező szerző elolvasta a jelen szerzői instrukciókat, hogy a szerző(k) milyen anyagi támogatásban részesültek. Ez akkor is kötelező, ha a közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült. Nyilatkozat kell a szerzői munkamegosztásról. Kérjük felsorolni, hogy melyik szerző (monogrammal jelölve), mivel járult hozzá a kézirat elkészítéséhez és itt nyilatkozzanak arról is, hogy a cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta. Érdekeltségek: Kérjük, hogy a szerzők sorolják fel minden tényleges, illetve lehetséges érdekességüket (pénzügyi, személyes vagy egyéb), amely a kézirat beérkezését megelőző három évben hatással lehetett a cikk megírására. Amennyiben a szerzők nem rendelkeznek érdekeltségekkel akkor a „A szerző(k)nek nincsenek érdekeltségei(k).” mondatot kérjük feltüntetni.

A szerkesztőség kéziratokat nem őriz meg és nem küld vissza a szerzőnek. Másodközlés esetén az eredeti Kiadói engedély szükséges.