

TENA MEN

-  Kifejezetten férfiak számára tervezve
-  Gyors szárazságot biztosító maggal, mely hatékonyan véd a szivárgások ellen
-  Egyedi szagmegkötő rendszerrel
-  A legkisebb TENA Men betét diszkrét, fekete színben kapható

TENA Men termékválaszték férfiaknak

Termék	Nedvszívó kapacitás	Db/ csomag	Közgyógy-ellátásra írható	Közfinanszírozás alapját képező nettó ár/támogatás összege/db	Bruttó térítési díj OEP támogatással (270 db/3 hó)	Támogatás nélküli bruttó fogyasztói ár/ csomag
Level 0 Protective Shield	140 ml	14	KGY	59 Ft / 47 Ft	4115 Ft	1049 Ft
Level 1	275 ml	24	KGY	59 Ft / 47 Ft	4115 Ft	1798 Ft
Level 2	450 ml	20	KGY	59 Ft / 47 Ft	4115 Ft	1499 Ft
Level 3	710 ml	20	KGY	59 Ft / 47 Ft	4115 Ft	1499 Ft
Level 4 (M/L)	1430 ml	10	OTC	-	-	4499 Ft

(KGY) = közgyógyellátásra írható, 80% = általános jogcímre írható

Az OTC termékek kizárólag teljes áron vásárolhatók meg a gyógyszertárakban és a gyógyászati segédeszközök boltokban. Az árak 27% ÁFA-t tartalmaznak. A vizeletfelszívó gyógyászati segédeszközök felírására jogosult: kizárólag a beteg háziorvosa, a következő szakképesítéssel rendelkező szakorvosok javaslatára: sebész, gyermeksebész, klinikai onkológia, sugárterápia, zikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció (mozgásszervi), neurológia, gyermekneurológia, belgyógyász, szülész-nőgyógyász, gyermeknőgyógyász, nefrológia, pszichiátria, gyermek- és ifjúsági pszichiátria, geriatéria, urológia. A szakorvosi javaslat máx. 12 hónapos érvényességi időtartama: 24 hónap. A szakorvosi javaslat kiadásakor egy alkalommal a felsorolt szakorvosok jogosultak az eszköz felírására. A vizeletfelszívó segédeszközök kizárólag 3 éves kortól, napi 300 ml össz-vizeletvesztés felett rendelhetők. További információkat (többek között az indikációról, rendelés jogcíméről és kiegészítő feltételekkel kapcsolatban) a gyógyászati segédeszközök társadalom biztosítási támogatásba való befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007 (III. 14.) EüM rendelet 10. sz. melléklete tartalmaz. Teljes termékválasztékunkkal kapcsolatban látogassa meg honlapunk szakmai oldalait: www.TENAHU.hu/Szakemberek. A TENA termékekről beteg az OEP honlapján található Online Segédeszköz Jegyzékben találhat bővebb információt: <http://sejk.oep.hu>.



Kontinence+: regionális együttműködés az inkontinens betegekért

A Kontinencia Világhetét minden év júniusának harmadik hetében tartják.

Az inkontinencia megfelelő kezelés nélkül általában tartós és folyamatosan romló – akaratlan vizelet és/vagy székletürítéssel jár – állapot. Az érintettek többsége, nagyjából 80%-ban a hölgyek közül kerül ki, részben a várandóssághoz, szüléshez köthető okok miatt. Jellegzetes, hogy erről – hibás egészség kulturális beidegződések miatt is – alig esik szó, noha nagyjából minden harmadik kismama hosszabb-rövidebb ideig, biztosan találkozik ezzel a problémával.

A probléma azonban a férfiakat is érinti, mégpedig az életkor előrehaladtával egyre inkább a nőkhöz hasonló arányban. Ugyanakkor ennek nem maga az idős életkor, hanem az ezzel összefüggő általános egészségi állapotromlás adja a hátterét. A WHO globális becslése szerint a 64 évnél idősebb lakosság aránya 2050-re eléri a 25%-ot. A várható élettartam növekedésével a hosszú távú ápolási és idősgondozási feladatok is mindenképpen gyarapodni fognak. A fejlett országok közül általánosságban az Európai Unió átlagéletkora nő a leggyorsabban, de abban már jelentős különbségek vannak, hogy az időskort az egyes tagországok lakosai milyen egészségi állapotban élik meg. Az EU-n belül mindkét szempontból a kelet-európai régióban a legrosszabb a helyzet. Az inkontinencia így már most az egyik legfontosabb egészségügyi és ápolási kihívás. Mégpedig elsősorban azért, mert az érintettek túlnyomó többsége ellátatlan.

Régiós szintű eszmecsere ezen a területen idáig nem volt példa. Komoly előrelépést hozott ebben a 2017. június 20-án Ljubljanában megtartott első Kontinence+ regionális konferencia. Három ország három szakértőjének véleményét ismerhetjük meg Szlovénia, Horvátország és Magyarország képviselőitől.

Igor Voljc Szlovéniában a Kontinence+ Konferenciát is szervező EMONICUM Intézet igazgatója, először őt kérdeztük.

Milyen az inkontinencia helyzet Szlovéniában?

Nagyjából ugyanolyan, mint a szomszédos régiós országokban. Nekünk sincs pontos adatunk. Hozzávetőleg és némi egyszerűsítéssel annyi azért elmondható, hogy a fiatal nők 20%-ban, a középkorúak 30%-ban, az idősek 40%-ban tapasztalnak ilyen tüneteket. Férfiak körében az előfordulás ennek körülbelül harmada – negyede lehet. Látható, hogy a dolog körüli tabu és stigma miatt sok a bizonytalanság már az epidemiológia szintjén is, ami az evidencia alapú egészségpolitikai intézkedéseket tulajdonképpen alapjaiban meg-

nehezíti. Ezért is van szükség régiós együttműködésre és tudásmegosztásra. Egy másik hasonló demográfiai adottságokkal bíró EU tagországnál már meglévő ismeret, információ nagyon sokat segíthet a döntéshozóknak.

Mi volt a Ljubljanában tartott nemzetközi konferencia fő üzenete?

Az EMONICUM aktív szerepet játszik a vezető szakemberek véleményének összehangolásában, egy leendő szlovén inkontinencia konszenzus kialakításában. A kiindulásunk maga az alapvető egészségkommunikációs jelenség: a tabu. Mivel az érintettek és a családtagjaik titkolják, nem beszélnek róla, még az orvos előtt sem, hiszen jogosan úgy élik meg, hogy az inkontinencia tünetek nyilvánvalóvá válása súlyosan stigmatizál. Ez persze egyaránt nehezíti az állapot eset szintű felismerését, népesség szinten az epidemiológiai felmérését és persze döntéshozói szinten a probléma szerkezetének feltérképezését is. A legfontosabb a nyílt, egyenes párbeszéd jelentőségének hangsúlyozása a politikai, szakmai és laikus szereplők közt. A népegészségügyi szemléletű szisztematikus megközelítés, a konszenzuson alapuló és a gyakorlatban is működőképes irányelvek kidolgozása csak így lehetséges. Egyelőre a nőgyógyászati és urológiai szakmai protokollok szerint történik az ellátás.

Mi jelenti a fő problémát a szlovén inkontinens betegek számára?

Egyfajta 22-es csapdája a helyzet. A betegek – és főként az idős betegek – úgy élik meg, hogy ha feltárják a problémát, úgymond a családjuk előtt „lebuktatják” magukat, akkor azért fognak stigmatizálódni, ha pedig takargatják – rejtgetik, akkor meg előbb utóbb szélesebb nyilvánosság előtt történik meg mindez, csak mintegy „véletlenül”. A konferencián résztvevő Age Platform Europe szerint erre az idősbárát társadalom és közgondolkodás kialakítása lehet a megoldás. Ennek lényegét az adja, hogy magukat a közszolgáltatásokat kell úgy áthangolni, hogy az az idős emberek számára is elérhető, hozzáférhető és működtethető legyen. Az idős emberekhez kell a szolgáltatásokat közel vinni, nem fordítva. Ha az inkontinenciáról beszélünk, itt is a stigmatizáció okozta társadalmi kirekesztődés megelőzésén van a hangsúly. Ennek az egészség-kommunikációs szempontokból is végig gondolt felvilágosítás éppúgy integráns része, mint a személyre szabott tüneti kezelés egységes szabálykönyve. Mégpedig azért, mert az idős ember egyben nagyszülő és szülő, aki a családjával akar lenni, és ehhez joga van. Ne felejtjük el azt sem, hogy az unokáknak is joguk van ahhoz, hogy a nagyszülőkkel lehessenek. Az egészséghez való jog ugyanakkor nem egyenlő az egészségességhez való joggal. Az utóbbi a betegnek is jár, ehhez kell a felvilágosítás, az előzőhöz pedig a megfelelő szabálykörnyezet, infrastruktúra stb.

Itt pl. a minőségi eszközök egyenlő hozzáférhetősége kulcskérdés. Ez pl. a svéd eredmények alapján már önmaga is bizonyítottan javítja a betegek életminőségét és a költség-hatékonyságot is. Persze a maximális biztonságot, szívgárgás mentességet nyújtó inkontinencia ellátáshoz a minőségi termékek mellett minőségi szolgáltatás is kell. Az eszközök helyes használata csak az eredményes ellátás irányába ösztönző támogatástechnika mellett következik be, megfelelő személyi – szakmai feltételek mellett. Ha pl. a támogatott inkontinencia védőeszközök listájának összeállításakor a segédeszközök minősége az elsődleges szempont, a darabár pedig a másodlagos. Nincs értelme olcsó darabáron közpénzből finanszírozni hibásan használt, tévesen indikált és már önmagukban sem hatékony eszközöket.

Mi volt a WHO álláspontja a Kontinencia+ Konferencián?

A WHO koherensen a szakmai-klinikai irányelvek elérhetővé tételét tartja alapvetőnek az időseddel összefüggésben eddig nem kellő prioritást kapott népegészségügyi problémák körében. Ennek megfelelően pl. a WHO a GATE és a ICOPE programon belül is a társadalmi integráció-reintegráció vonatkozásában az inkontinencia evidenciá alapú, szakmai irányelvekkel támogatott ellátása mellett áll ki. A WHO ilyen módon a regionális együttműködések alapkonceptióját is megteremti. Ezek a keretrendszerek a koordinált és hatékony kooperáció alapjait adják.

Milyen a szakmai kapcsolatuk a környező országokkal?

Szoros és baráti. Sok tekintetben közös a múltunk, és sok tekintetben közös a jövőnk is. A magyar kisebbség pl. Horvátországban és Szlovéniában is jelentős, nem egy kiváló magyar nemzetiségű szlovén szakembert ismerek jómagam is. Ez nagyon sokat segít, közel hoz bennünket egymáshoz. Az sem mellékes, hogy az összes szomszéd országban hasonló gond a társadalom öregedésével összefüggő problémák sora. Mindannyian tudjuk, hogy szoros együttműködésre van szükségünk, ebben is komoly előrelépést hozott a konferenciánk. A szomszéd országok szakmai képviselői és a betegszervezetek a szlovén egészségügyi minisztérium, a WHO és az Age Platform Europe részvételével együtt oszthatták meg gondolataikat, véleményüket, aggályait és ötleteiket. Ez a modell nagyon sikeres, sok pozitív visszajelzést kaptunk a résztvevőktől. Ezért a következő eseményünket is Szlovéniában tervezzük jövő júniusban, remélhetőleg akkor már ki-k beszámolhat a maga területén, a saját országában, saját szervezetében elért konkrét előrelépésekről is.

Mario Malnar szívügye az inkontinens betegek ellátásának javítása. Mario Malnar svéd háziorvosként immár 2 éves, horvát háziorvosként majd 2 évtizedes gyakorlati tapasztalata van. A horvát KOHOM és a globális WONCA családorvosi szakmai szervezetek vezetőségi tagja. Mario a következőket mondta:

Milyen az inkontinens betegek helyzete Horvátországban? Hogyan dolgozik a szakma az ellátás érdekében?

Nos, itt is van mit fejleszteni, szerencsére van mire alapozni is. Horvátországban a családorvosok pl. már most is közvetlenül felírhatják a pelenkát/betétet, de nem rögtön a tünetek jelentkezésétől, hanem a már igazolt tartós inkontinencia esetén. A méret és a típus kiválasztásában, személyre szabásában is vannak nehézségek. Így pl. gondot jelent, hogy csak az úgynevezett alaptípus írható fel. Az utóbbi néhány évben ezért sokkal intenzívebben tárgyalunk a kormánnyal a helyzet javítása érdekében. Egyik konkrét célunk, hogy a betegek számára a hatékony védőeszközök könnyebb és egyenlőbb hozzáférhetőségét elérjük. Jelenleg van néhány kifejezetten diszkriminatív elem is a rendszerben, ezeket pedig fel kell számolni. Ez is egy konkrét cél. Egyelőre nincsenek irányelvek, és nehézséget jelent az is, hogy korlátozott az egy betegnek rendelkezhető mennyiség. Az irányelv mentén felépülő ellátási modell kidolgozása már egy általános cél, ami más, az időseddel összefüggő népegészségügyi problémák megoldására is jó kiindulás lehet. Egyelőre lassan haladunk, de biztos vagyok benne, hogy ha kitartóak vagyunk, akkor idővel a biztosító és a minisztérium is belátja, hogy az ő érdekük is az, hogy korszerű ellátást kapjanak a betegek.

Milyenek a nemzetközi kapcsolataik?

A horvát családorvosi szövetség a KOHOM részt vesz nemzetközi együttműködésekben, így a WONCA is stratégiai partnerünk. A magyar és szlovén szakemberekkel is hagyományosan kitűnő kapcsolatot ápolunk, aminek nagy jelentősége van pl. az inkontinencia irányelv adaptálása, összeállítása kapcsán.

Mi a jó a horvát rendszerben, mit tanulhatunk Önöktől inkontinencia ellátás terén?

A horvát rendszer alapjaiban az egyik legjobb. Az, hogy a betegek a lakóhelyükhöz legközelebb juthatnak hozzá a szükséges védőeszközökhöz, támogatással, kompetens szakmai felügyelet mellett a legkorszerű ellátásszervezési alapelvek maradéktalan gyakorlati megvalósulását példázza. Máshol ennél bonyolultabb a folyamat, a betegnek akár két hónapig is kell várni, mire megfelelő védőeszközhöz jut támogatással. Gond viszont, hogy ha túlszabályozott, hogy mikor, ki milyen és mennyi eszközt kaphat, akkor a személyre szabott ellátás elve sérülést szenved. Hogy konkrét legyen: csak az alaptípus áll rendelkezésre, a jó minőségű és a gyakorlatban hatékony eszköz nem. Így pl. Horvátországban a hemiplég betegeknek egyszerűen nem érhető el az a korszerű és egy kézzel is használható nadrágpelenka típus, amit Svédországban nap mint nap használunk. A betegek kénytelenek a hagyományos, mindkét kéz funkcionálást igénylő eszközöket használni, csak hogy nyilván nem tudják. Ez a közpénz felhasználás szempontjából kontraproduktív, szakmailag hibás, hiszen dependenssé tesz olyan betegeket, akik nem lennének teljes mértékben azok, miközben a kezelés végső célja a társadalmi reintegráció lenne. Vannak azonban egészen bizarr, súlyosan etikátlan, diszkriminatív rendszer, vagy inkább egyfajta szabályozástechnikai zárvány elemek is: az enyhe-közepes inkontinenciában szenvedő férfiak is női betétet kénytelenek használni, mert sem a speciális férfi ana-

tómiára kiképzett betétek, sem a kisebb kapacitású nadrágpelenkák nincsenek a támogatási rendszerben benne. Itt a szakmai irányelv, az egészséggazdaságtan és az orvosi etika alapvető elvárásai is ugyanazt a kötelességet róják a szakmai társaságunkra. Ezért meg is alakítottuk a KOHOM inkontinencia munkacsoportját. A rossz gyakorlatok leváltása is egyfajta jó gyakorlat.

Dr. Szabó László a Magyar Kontinencia Társaság elnöke, a magyarországi helyzetről nyilatkozott nekünk:

Van-e szakmai protokoll Magyarországon az inkontinenciára vonatkozóan?

Esetszintű protokoll nincs, ugyanakkor erre nincs is szükség. Mégpedig azért, mert van egy csúcsmínőségű klinikai szakmai irányelvünk, ami alapján csúcsmínőségű gyakorlati tudást adó posztgraduális képzéseket lehet összeállítani, így pontosan az a tudás válik hozzáférhetővé, ami a betegek személyre szabott ellátásában napi rutinban szükséges. Ezt esetszintű protokollokkal az inkontinenciához hasonló indikációkkal egyszerűen lehetetlen elérni, hiszen itt az okok és a kezelés módszerei is szétágaznak. Az irányelvet 3 év alatt csiszolta készre a szakma, óriási munka volt. Ennek során a szakirodalomban fellelhető releváns evidenciákat, ajánlásokat és módszertani leírásokat egy szűkebb csapat tekintette át, mégpedig a legjobb elérhető nemzetközi gyakorlatok és guideline-ok figyelembe vétele mellett. Az így elkészült nagyjából 100 oldalnyi tömény szakmai anyagot egy nagyjából 20 fős team kapta meg szakmai véleményezésre. A rengeteg belső és külső sok körös egyeztetés eredményeként végül az elkészült, és 2016 április óta ez lett az EMMI hivatalos iránymutatása a felnőtt inkontinencia ellátásában. Az irányelv elkészítése azért vesz ennyi időt igénybe, mert minden szakmacsoport speciális tudását kell integrálni egy rendkívül tömör leiratban, alapvetően gyakorlatorientált módon. Ez pedig extrém széles látókörű, ugyanakkor nagyon mély szakmai ismeretek egyidejű meglétét igényli. Ebben az urológia, nőgyógyászat, neurológia, a rehabilitáció szempontjai is megvannak, de nem maradhat ki a gyógytornász, az ápoló és a háziorvos ismeretrendszere sem, és a geriátrai-gerontológiai alapvetések sem. A multidiszciplináris problémák sajátossága éppen ez. Itt megjegyzendő, hogy az idősellátásban éppen ezek a multidiszciplináris megközelítéssel kezelhető betegségek és gondozást igénylő állapotok kerülnek előtérbe.

Vajon a környező országokban van-e irányelv?

Nincs. Egy ekkora lélegzetű munkára ritkán vállalkoznak, ha mégis, az többnyire a komplexitás miatt kudarcba fullad, még akkor is, ha az elkészítéshez komoly anyagi háttérrel rendelnek. Ráadásul ez gyakran hiányzik. Horvátországban, Szlovéniában sincs ez másképp. Nem tudom eléggé hangsúlyozni, hogy egy ilyen csúcsmínőségű irányelv mekkora kincs. Gyakorlatilag egy megfizethetetlen értékű Hungarikum! A régiós szintű adaptációk facilitálása viszont jó megoldást jelenthet mindenki számára. Az ugyanis mindenhol elmondható, hogy keveset foglalkoznak a háziorvosok az inkontinenciával. Ennek az objektív oka az, hogy nem sok mindent tud

tenni a betegért a háziorvos, csak szakorvoshoz küldheti. A szakellátásban hosszú a betegfogadási lista, túlterheltek a szakrendelések. Az EMMI alapellátási törvénye által általánosságban is támogatott ellátásszervezési cél itt az lenne, hogy a vizsgálatok és az ellátás döntő többsége az alapellátásban történjen. Ebben az irányelv szerinti állapotfelmérés és a besorolás kulcsfontosságú. Ennek során ugyanis az is kiderül, hogy egyszerű (pl. típusos stressz inkontinencia) vagy komplikált a tünet mögött álló probléma (pl. neurogén hólyag). Az egyszerű eseteket a háziorvos terápiába vonja, és csak a valóban komplikált esetek kerülnek be a szakellátó rendszerbe. Ennek megvalósulásához az irányelven és konkrét gyakorlati tudást adó képzésen, a licencon és vizsgán kívül persze az is kell, hogy a háziorvos gyógyszer és védőeszközt közvetlenül is tudjon indikálni, hogy ott helyben és azonnal tudjon segíteni a panaszos betegén. Ha összetett az eset, vagy a kezelés eredménytelen, akkor kerüljön csak szakellátásba a beteg, ahol el tudják végezni az urodinamikai vizsgálatot. Persze a beteg tünetmentesítése akkor is meg kell kezdődjön már az alapellátásban, hiszen ez a precíz kivizsgálás előkészítésének tárgykörébe tartozó előfeltétel is. Ez alapvetően az első vonalban javasolt nedvszívó eszközök személyre szabott utalványozását, közvetlen háziorvosi felírását jelenti, mégpedig egy csökkentett támogatási kulcs mellett, az optimális betegút és compliance érdekében.

De az irányelv legalább ekkora figyelmet szentel a primer prevenciónak. A betegek legalább 2/3-a nő. A hölgyek számára alapvető lenne a gátizomtorna korai elsajátítása és folyamatos gyakorlása, akár már serdülő kortól, mintegy készülve a gyermekvállalásra is. Ez a szexuális felvilágosítás része kellene legyen, így ugyanis a várandóssághoz és szüléshez köthető inkontinencia gyakorlatilag nem is fordulna elő. Azonban jelenleg ez se a szexuális felvilágosításnak nem integráns része, se nem finanszírozott prevenció beavatkozás. Ez az optimális forgatókönyv bizony elmarad. Ha legalább az alapellátásban – pl. konkrétan a védőnők által – javasolható lenne a gátizomtorna, már az is sokat segítene.

A másodlagos prevencióban sem csak a segédeszközök felírási gyakorlatán kellene az EMMI irányelvvel összehangoltan fejleszteni. A gyógyszeres kezelés módja és gyógyszerkincse, támogatási szisztémája is megújításra szorul. Az új szerek ugyan biztonságosabbak, hatékonyabbak és sokkal kevesebb a mellékhatásuk is, ugyanakkor nem kerültek be a támogatott gyógyszerkörbe. Ezért a kollégák csak a régebbi szereket tudják adni, amit viszont a betegek – a mellékhatások miatt – többnyire nem úgy, vagy nem addig szednek, mint az optimális lenne. Ez gond. Gond az orvosnak, gond a betegnek, gond az NEAK-nak. Az irányelv itt a hatékonyabb és hatásosabb szerek támogatásba fogadását javasolja, a nedvszívó eszközöknél bemutatott sémához hasonló módon és azonos elvek mentén.

Az inkontinencia nemcsak az otthon élőket sújtja, hanem a kórházban fekvő vagy szociális intézményben élő betegeket is érinti. Az intézményekben is egyénre szabottan kell foglalkozni a problémával. Itt is fontos a gyakorlati szempontú

oktatás. A Magyar Kontinencia Társaság pl. éppen a Mario Malnar kollégám által is jónak tartott svéd példa alapján az ún. kontinencia nurse-ök képzését készíti elő. Az igencsak eredményes és hatékony svéd modell szerint először a kontinencia nurse találkozik a beteggel, el is végzi az alapvizsgálatokat, segít az elsővonalbeli nedvszívó eszköz kiválasztásában, használatának betanításában. A háziorvos már szűrve és bizonyos tréningek, edukáció megtörténte után találkozik a betegekkel, a saját kompetenciakörébe tartozó kérdésekkel foglalkozik, ilyen pl. a gyógyszerek indikációja és a differenciál diagnosztika.

Hogyan tudja a szakma abba az irányba tolni a döntéshozást, hogy megvalósuljanak a célok?

Az utóbbi időben tulajdonképpen folyamatos az egyeztetés a szakma, a betegszervezetek és az EMMI között. Ebben is óriási szerepe van egy olyan csúcsmínőségű szakmai irányelvnek, mint a miénk. Azt is meg kell érteni, hogy a napi gyakorlatba átültetni az irányelvben szereplőket időt és előkészítést igényel, nemcsak a részünkről, hanem a szükséges jogtechnikai módosítások előkészítésében is. Türellemmel kell lenni egymás felé, személyesen is meg vagyok győződve arról, hogy mindenki megteszi mindent a maga munkakörében az EMMI részéről is, ahogy a mi részünkről is. Azt is el kell fogadni, hogy itt is prioritásokat kell követni, és aszerint tudunk együtt haladni a feladatban. A döntéshozók szakmailag teljesen az ügy mellett állnak, hiszen maga az EMMI irányelve a közös kiindulópontunk. Itt már nem a célokban kell a konszenzus, hanem az implementáció konkrét módja vonatkozásában. Ez egy sokkal egyszerűbbnek látszó dolog, ugyanakkor ennek már konkrét következményeivel és felelősségével kell számolni a betegek, a szakma, de akár a költségvetési hatás tekintetében is. Nagy szerencse, hogy nekünk komoly, hazai és nemzetközi példákkal is jól alátámasztott érvünk, hogy nemcsak eredményesebbé, de lényegesen olcsóbbá tudjuk tenni az ellátást a minőségi irányelvek implementációjával. Emellett arra is vannak evidenciák, sőt WHO ajánlások is, hogy ez az alapelv minden

időskori gondozást, ellátást igénylő indikációra igaz, a demenciától az inkontinenciáig, az interdiszciplinaritás miatti magasabb koordináció szüksége miatt. Az inkontinencia persze a munkaképesség rombolása miatt komoly indirekt és direkt GDP kihatással is van a közvetlen kassza hatás mellett. Ezek a szocio-ökonomiai előnyök is ott vannak az érvelésben. Az is tény, hogy a szakorvosok túlterheltek, miközben a szakellátás költsége magas. Ha a tevékenységek átcsoportosítása megvalósul, akkor a források átcsoportosításra is lesz mód, így mindenki jobban jár. Még egy közös példa: ha a kórházakban az intézményi eszközbeszerzés az EMMI irányelvének megfelelő, akkor az már önmagában a felesleges eszközcsere számának csökkenésével annyi eszköz, mosatási és hulladékkezelési költséget takarít meg, ami az eddigi ráfordítással összemérhető. Ami egyszerűen döbbenetes.

Fontos az is, hogy sok inkontinencia műtét történik előzetes vizsgálat nélkül, pedig ez az EMMI irányelv szerint kötelező, hiszen az inkontinencia tünetek mögött konkrét és sebészetiileg kezelhető ok fennállásának megállapítása jelenti a műtét indikációját a kockázatok mérlegelése után. S ha már a műtételnél járunk a NEAK sokat költ olyan elavult műtét típusokra, amit az EMMI irányelv egyértelműen elutasít, mivel evidenciák vannak arra, hogy ezek kockázata lényegesen nagyobb, mint a hasznuk. A korszerű műtét típusokat be kell fogadni, ezeket meghatározott kritériumok szerint működő centrumokban kell végezni, természetesen a megfelelő kivizsgálás után. Ez a kórházi inkontinencia rendszer átgondolását igényli, a HBCs besorolás felülvizsgálatát.

Összefoglalva: mióta egy darab egységes irányelvünk lett, azóta tudjuk csak igazán, hogy mennyi tennivaló áll még előttünk. Itt szeretném megköszönni mindenkinek, – aki ebben részt vett és részt vesz – az áldozatos szakmai segítségét és külön köszönjük a magyar szakma nevében a szlovén, és horvát kollégák bizalmát, barátságát, véleményét és nyitottságát ennek a fontos népegészségügyi kérdésnek közös megválaszolásában.

Tudósítónktól

A Magyar Kórházszövetség elnökségével egyeztetett az államtitkár

A nyugdíj melletti foglalkoztatás és a közbeszerzési eljárásokkal kapcsolatos nehézségek voltak a fő napirendi pontjai a Magyar Kórházszövetség (MKSZ) és az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkársága közötti csütörtöki találkozóknak. A találkozó Sváb Mihály, az MKSZ elnöke számolt be a közszférában alkalmazandó nyugdíjpolitikai elvekről szóló 2012-ben született kormányhatározat tapasztalatairól. Mint elhangzott: a kormányhatározat hatályba lépése óta összesen 5 400 kérelmet nyújtottak be az egészségügyi intézmények a nyugdíjas korú dolgozók tovább foglalkoztatására. A kérelmek döntő többségét, több mint 5 ezer beadványt támogatott is a kormány, és csupán mintegy 300 volt az elutasított továbbfoglalkoztatási igények száma. Ugyanakkor arra is felhívta a figyelmet, hogy a nyugdíjazás alóli mentesség maximum 3 évre szól, s 3 év letelte után ismételt kérvényezni kell. A kötelező nyugdíjazás alóli mentesség pedig a gazdasági – műszaki személyzetre, illetve a szakrendelői asszisztensekre nem vonatkozik, miközben a kollégák pótlása egyre nagyobb feladatot ró az egészségügyi intézményekre, mert a piaci viszonyok között lényegesen jobban megfizetett gazdasági-műszaki személyzet nem az egészségügyet választja munkahelyéül. Ezért a Kórházszövetség jogszabály módosítást javasol, amelynek kidolgozásában együttműködik az ágazat vezetésével – hangzott el.

Folytatás az 50. oldalon

Menarchét követő, amenorrhéát okozó ritka virilizáló granulosa-sejtes tumor (diagnosztikus és terápiás konzekvenciák)

Dr. Bús Dorottya¹, Dr. Buzogány Mária², Dr. Nagy Gyöngyi³, Dr. Vajda György¹

Zala Megyei Szent Rafael Kórház, ¹ Szülészeti-Nőgyógyászat

² Csecsemő- és gyermekosztály, ³ Radiológia, Zalaegerszeg

A granulosa-sejtes tumorok (GCT) a petefészek ivarléc-stroma eredetű daganatai közé tartoznak, az összes petefészek daganat mintegy 7-8%-át alkotják. Az esetek 95 %-a felnőtt szubtypusba tartozik, míg mindössze 5% jelentkezik juvenilis szubtypusú daganatként. A gyermekkorban észlelt ritka juvenilis típusú daganatokat a gyakori ösztrogéntermelés miatt általában isoszexuális pubertas praecox jellemzi, igen ritkán, az esetek 2-3%-ában azonban tesztoszterontermelő, virilizáló daganatokat láthatunk. Jelen esettanulmányunkban egy 14 éves serdülőben diagnosztizált virilizáló juvenilis granulosa-sejtes tumor kapcsán tekintjük át a vonatkozó hazai és nemzetközi szakirodalmat.

Granulosa cell tumors (GCTs) are sex cord-stromal tumors of the ovary, representing 7-8% of all ovarian neoplasms. A total of 95% of all GCTs are adult-type, and only 5% are diagnosed as juvenile-type GCT. A majority of children with the rare juvenile-type GCT present with isosexual precocious pseudopuberty due to excessive oestrogen production, although virilizing, testosterone-producing, juvenile-type GCTs are rare, occurring only in 2-3% of cases. The present case study reports on the case of a virilizing, juvenile-type GCT in a 14-year-old girl, along with a review of the literature

BEVEZETÉS

A granulosa-sejtes tumor (GCT) a petefészek ritkábban előforduló, hormontermelő ivarléc-stroma eredetű daganatai közé tartozik, az összes petefészek-tumor csupán 7-8%-át alkotja [1]. Szövettani kép és átlagéletkor alapján az esetek 95%-át alkotó felnőtt és az 5%-ot alkotó juvenilis típust különböztetünk meg [2]. Ritka előfordulása miatt az irodalomban kevés a nagy esetszámot feldolgozó publikáció [3-18]. 1975 és 2012 között 451 ivarléc-stroma eredetű daganatot jelentettek az Amerikai Egyesült Államok 18 államában [3]. Az eddigi legátfogóbb tanulmányban 23 év alatt csak 125 juvenilis típusú tumort említettek, a betegek életkora újszülöttkortól 67 évig terjedt [4]. Androgéntermelő granulosa-sejtes tumorról kevesebb mint 50 említés található, melyből csupán 7 eset jelentkezett prepubertás vagy pubertás korban [5].

Az elérhető jelentősebb tanulmányok 120 granulosa-sejtes magyar esetről számolnak be 45 év alatt, androgéntermelő tumorról egyik szerző sem tesz említést [6-9].

A granulosa-sejtes tumor klinikumát felnőttkorban az alhasi fájdalom és tapintható terime mellett a hormontermel-

ésből adódó tünetek jellemzik, ezért általában lehetséges a korai diagnózis [10]. A 95%-ban előforduló adult típusú GCT elsősorban peri- vagy posztmenopauzában jelentkezik, általában 50 és 55 éves kor között. A ritka, az összes eset mindössze 5%-át alkotó juvenilis típusú GCT főként prepubertásban fordul elő, leggyakrabban 13-14 éves korban [11]. A daganat 98%-ban ösztrogént termel, melyet amenorrhéa, rendellenes méhvérvzés, leiomyoma növekedés, endometrium hyperplasia vagy carcinoma jellemez. Az esetek 2%-ában írtak le androgéntermelést, amit primer vagy szekunder amenorrhéa vagy dysmenorrhéa, hirsutismus, clitoris hypertrophia, mély hang, izomhypertrophia, férfias küllem és akne jellemez [12-14]. A laborokban emelkedett szérumszint tesztoszteron és szérumszint inhibin-emelkedést láthatunk. A daganat immunhisztokémiájában diagnosztikus az inhibin, calretinin és CD99 pozitív festődés, és az EMA negatív reakció [4].

A gyermek- és serdülőkorban jelentkező daganatokra ritkán jellemző a petefészek-eredet és a hormontermelés; az összes ovariumtumor mindössze 0,1%-a és a granulosa-sejtes tumorok 4-5%-a jelentkezik praepubertás és pubertás korban. Ezekben az esetekben a ritkán elvégezhető bimanuális vizsgálat és a kevésbé specifikus, hormontermeléssel összefüggő tünetek gyakori hiánya miatt a végső diagnózis felállítása nehezített, így jóval körültekintőbb kivizsgálást igényel [12].

A granulosa-sejtes tumorok közel 95%-a unilaterális és korai stádiumban diagnosztizált, az elsődlegesen választandó műtét eltávolítás után rendkívül jó prognózisúak (5 éves túlélés 90-95%) és az amerikai National Comprehensive Cancer Network ajánlása alapján utókezelést nem igényelnek. A magas kockázatú és késői stádiumban diagnosztizált daganatok platinabázisú adjuváns kezelés mellett is rossz prognózisúak. Radioterápia csak tüneti kezelésként mérlegelendő [15-17].

Az irodalomban szereplő késői, akár 20 év múlva jelentkező recidívák miatt hosszútávú utánkövetés szükséges, ekkor tamoxifen, GnRH analógok vagy aromatáz inhibitorok választandóak az esetleges reoperáció mellett [19]. Jelen esetrőlunkban egy 14 éves serdülőnél diagnosztizált juvenilis típusú granulosa-sejtes tumort mutatunk be.

ESETRIPORT

A 14 éves serdülő lány a Zala Megyei Kórház gyermek-endokrinológiáján és nőgyógyászati tinédzser ambulanciáján jelentkezett 18 hónapja tartó szekunder amenorrhéa és maszkulinizáció miatt. Első menstruációja 10 éves korában jelentkezett, egy évig vérzései ciklustartóak voltak, majd cik-