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. Lelbach 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 2498-8057

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

BEKÖSZÖNTŐ

Prof. Dr. Kiss István: Beköszöntő 3

ORVOSTÖRTÉNETI KÖZLEMÉNY

Prof. Dr. Beregi Edit: 50 éves a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság. Rövid történeti áttekintés (1954-1993) I. rész 4

AZ 50 ÉVES MAGYAR GERONTOLÓGIAI ÉS GERIÁTRIAI TÁRSASÁG XXXIX. KONGRESSZUSA

Program 9

Felkért előadók 19
Előadók életrajza és előadáskivonata

Beküldött 95
előadáskivonatok, poszterek

Beköszöntő

Kiss István alapító főszerkesztő

IDŐSGYÓGYÁSZAT folyóirat Szerkesztősége

Tisztelt Olvasó !

Egy új szakmai folyóirat elindulása mindig nagy izgalommal törti el az alkotásában résztvevőket és kíváncsi érdeklődés nyilvánulhat meg az olvasó részéről. Nos, a geriátria szakmát ezek még inkább érintik. Mondhatjuk úgy is, hogy gyerekcipőben jár, hiszen Európában 1997-ben, Magyarországon pedig 2000-ben vált önálló szakmává. Az elmúlt 15 év hazánkban a geriátria szempontjából felemásan telt. Kevés a szakember és az idősgyógyászattal foglalkozó interdiszciplináris fórum, ugyanakkor (egyfajta elismerésként is) ráépített szakvizsgából alapszakvizsgává vált. Mindezt azonban nem követte az a lehetőség, hogy egy geriáter szakember hol helyezkedjék el. Bár a megfogalmazott elvárás az volt, hogy a krónikus osztályokon, az idősotthonokban, szociális intézményekben mindenütt legyen geriáter szakember, lehetőleg vezető állásban, ez még nem valósult meg hazánkban. Igy aztán a következmény az lett, hogy nagyon kevesek jelentkeztek geriátriai szakképzésre.

Hazánkban nagyon sok helyen, nem csak orvosi területen folyik idősgyógyászati, az öregedéssel foglalkozó kutatás és tevékenység. Ahogy az lenni szokott a komoly munkát végző iskolák nem igazán követik egymás munkásságát, nem ismerik egymást. Pedig erre igen nagy szükség lenne. Egyrészt az információ és a tudás átadása, másrészt az együttműködés igényli ezt a fajta ismeretet is. Különösen egy olyan szakterületnél, ahol nem mindegy, hogy csak a saját szakmán belül (pl. kardiológia, nefrológia, gasztroenterológia stb.) látják el az idős betegeket, vagy egy interdiszciplináris, integratív – geriátriai – megközelítéssel.

Magyarországon a 8,3 millió felnőtt lakosból kb. három millió 65 éven felüli idős ember él. Betegségük, ellátásuk rendkívüli terhet ró az egészségügyi és szociális rendszerre egyaránt. A háziorvosoktól a szakellátókig terjedően ezért fontos a megfelelő tudás és szakmai háttér biztosítása. Ebből egy szeletet próbál megvalósítani a most induló IDŐSGYÓGYÁSZAT folyóirat. Az összefoglaló közlemények, eredeti kutatások, esetbemutatások mellett, kiemelt cél a szociális rendszer területéről szóló ismertetések, a gyógyászati segédeszközök lehetőségeinek bemutatása, az aktuális hírek mellett. A folyóirat feladat a szakmai irányelvek megjelentetése (külföldi, magyarra fordítva, magyar irányelv és a diagnózist segítő gyors tesztek ismertetése.

Mindezt jelenleg on-line formában valósítjuk meg, az újság és a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság (MGGT) honlapján, regisztrációt követően.

Az olvasó most ettől eltérően a nyitó számot nyomtatva is kezébe kapja, mert ez a szám rendhagyó módon, egyben a folyóirat szupplementuma is. A Szupplementum Tartalmazza az MGGT megalakulásának 50. évfordulóját is ünneplő XXXIX. Kongresszus programját és az előadások kivonatait.

Várjuk az olvasói visszajelzéseket és a beküldött kéziratokat minden területről, köszöntve minden olvasót.

2016. szeptember

Prof. Dr. Kiss István
alapító főszerkesztő

50 éves a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság. Rövid történeti áttekintés I. rész (1954-1993)

Beregi Edit

1. Előzmények

Régóta foglalkoztatja az embereket az öregedés problémája. Sok közlemény jelent meg a régebbi időben is különösen az élettartam meghosszabbításáról és a megfiatalítás kérdéséről. A cikkekben javasolt eljárásokat azonban nem támasztották alá megfelelő kontrollok és szisztematikus megfigyelések [1].

Említésre méltó Magyarországon Köleséri 1692-ben megjelent könyve [2], amelyben felhívta a figyelmet arra, hogy a higiéniás körülmények változtatásával az öregedés szabályozható. Több szerző foglalkozott még evvel a témával.

Verzár Frigyes 1918-tól a Debreceni Tudományegyetem Kórtani és Élettani Intézetének vezetője volt, amikor megbízást kapott a Tihanyi Biológiai Intézet megszervezésére, amelynek 1926-tól ugyancsak vezetője lett. Munkájával nemzetközi elismertséget szerzett, és meghívták a Baseli Egyetemre. Baselban a kísérleti gerontológiai kutatások elindítója és megalapítója lett [3]. Még tihanyi tartózkodása idején Haranghy László az intézetben dolgozott, és ott kezdte meg Verzár irányításával a halak víztisztító szerepének vizsgálatát, amely vizsgálatokat Nápolyban folytatta. 1938-ban [4] publikálta munkáját a tengeri kagylók korral összefüggő víztisztító szerepéről.

Korányi már 1937-ben jelentős megállapítást tett, amikor megállapította, hogy idős korban csökken a szervezet adaptációs képessége és ez az öregedés első jele [5]. Javaslatára 1937-ben Budapesten megszervezték az első Gerontológiai Kongresszust.

Haranghy László Schill Imrével együtt 1952-ben tervezte egy Gerontológiai Kutató Intézet létrehozását a Rókus kórházban, ez azonban Schill Imre halála miatt nem valósult meg.

Sokan felvetik, hogy miért kell a 20. és 21. században olyan sokat foglalkozni az öregedéssel, hiszen a régebbi időben is éltek idősek, és ez nem okozott problémát. Erre a válasz egyszerű. Régebben az idősek nagy része nem remélhette, hogy megéri az öregkort, ma azonban számíthatnak arra, hogy megöregszenek. A 20. században az öregkorúak száma jelentősen emelkedett,a születéskor várható élettartam meghosszabbodott. Ez összefüggésben van a közegészségügy javulásával, a védőoltások bevezetésével, és az újonnan felfedezett antibiotikumok adásával, amelynek következtében a magas halálozású fertőző betegségek megszűntek. Emellett a gyógyszerkutatások sikere, a korszerű táplálkozás, a diagnosztikus eszközök fejlődése (amelyek lehetővé tették a betegségek korai felismerését és a kezelés eredményességének követését) a műtéti eljárások fejlődése, mindezek a chronicus megbetegedések eredményes kezeléséhez vezettek [6] *(1. táblázat)*.

Az időskorúak száma tehát jelentősen megnövekedett és ez több problémát vetett fel mind az egyén, mind pedig a társadalom számára. Ezért már az 1930-as évek végén megindult a küzdelem, hogy elfogadják a gerontológiát, mint önálló tudományágat. Ennek a mozgalomnak az eredménye volt az, hogy 1950-ben megalakult a Nemzetközi Gerontológiai Társaság. Egyidejűleg számos országban is létrejöttek öregedéskutatással foglalkozó társaságok [1].

2. A Magyar Gerontológiai Társaság megalakulása.

A gerontológiai kutatások magyarországi elfogadásának első jele az volt, hogy 1954-ben megalakult a Magyar Tudományos Akadémia Gerontológiai Bizottsága Haranghy László elnökletével. A Bizottság tudományos üléseket és továbbképző tanfolyamokat szervezett. Négy év múlva ezt a feladatot az újonnan megalakult Magyar Biológiai Társaság Gerontológiai Szekciója vette át, elnöke Haranghy László, főtitkára Beregi Edit lett. Haranghy igyekezett konferenciák szervezésével a Gerontológiai Szekció nemzetközi kapcsolatait szélesíteni és így 1956-ban Magyarország belépett a Nemzetközi Gerontológiai Társaság tagjai közé. A Gerontológiai Szekció tagjai több ízben részt vettek a szervezet nemzetközi konferenciáin.

Az MTA Gerontológiai Bizottsága valamint a Magyar Biológiai Társaság Gerontológiai Szekciója egyaránt szorgalmazta a gerontológiai kutatások fejlődése érdekében egy Gerontológiai Intézet létrehozását. Ez 1965-ben megvalósult és Budapesten megalakult az első Gerontológiai Kutató Csoport.

Ország vagy társaság	Megalakulás ideje	Tagok száma
Argentína	1945	14
Ausztrália	1949	12
Belgium	1948	20
Kanada	1949	7
Csehszlovákia	1948	6
Dánia	1939, 1946	14
Finnország	1948	56
Franciaország	1939	22
Franciaország új néven: French Society of Gerontology	1946	
Nagy Britannia British Society for Research and Aging	1939	45
Nagy Britannia új néven: the British Society for Research and Aging	1946	
Nagy Britannia Society for the Care of the Elderly	1947	40
Nagy Britannia Scottish Branch of the British Society for Research and Aging	1947	8
Olaszország	1949	24
Hollandia	1947	69
Spanyolország	1948	51
Svédország	1946	28
Svájc	1947	26
Amerikai Egyesült Államok Club for Research on Aging	1939	28
Amerikai Egyesült Államok Gerontological Society, Inc.	1945	217
Amerikai Egyesült Államok American Gerontological Society	1942	2000 (becsült létszám)

1. Táblázat: Az öregedés kutatásával foglalkozó társaságok 1949 (Dr. Korenchevsky alapján) [1]

A Magyar Gerontológiai Társaság (MGT) 1966. december 4-én alakult meg.

Az első megválasztott vezetőségi tagok a következők voltak: Elnök: Haranghy László, főtitkár: Kerényi Tibor. Tagok: Banga Ilona, Beregi Edit, Gerő Sándor, Pataky Zsigmond, Sikó Zsuzsanna, Toók Árpád és Tóth Sándor.

Az első közgyűlés tiszteletbeli tagokká választotta: Chebotarev, D.F. akadémikust (Kijev), Rochlin, D.G. akadémikust (Leningrád) és Verzár Frigyes akadémikust (Basel). A Magyar Gerontológiai Társaság (MGT) működését 1967-ben engedélyezték és akkor szűnt meg a Magyar Biológiai Társág Gerontológiai Szekciója. Ezután az MGT átvette feladatát.

1970-ben volt Tisztújító Közgyűlés, ahol ismételten Haranghy Lászlót választották elnöknek, főtitkárnak pedig Beregi Editet.

1975. december 8-án Haranghy László tragikus halála miatt új vezetőség választásra került sor.

1976-ban a Tisztújító Közgyűlés Beregi Editet elnöknek, Hun Nándort főtitkárnak, Vértes Lászlót mb. főtitkárnak, majd Hun Nándor halála után főtitkárnak választották.

1982-ben az ismételten megtartott Tisztújító Közgyűlés Beregi Editet elnöknek, Gergely Istvánt alelnöknek, Vértes Lászlót főtitkárnak és Regius Ottót pénztárosnak választják. Ők hárman 1993-ig folyamatosan a Társaság tisztségviselői.
1985-1989-ig Pénzes Lászlót választja a Tisztújító Közgyűlés elnöknek.
1989-1993-ig ismét Beregi Editet választják elnöknek.
1993-1999-ig Iván László az MGT elnöke.
1999-től Császár Albert az MGT elnöke, Boga Bálint alelnök, főtitkár Vértes László és Regius Ottó pénztáros.

3. A Magyar Gerontológiai Társaság tevékenysége.

A Magyar Gerontológiai Társaság az öregedés biológiai változásaival, orvosi, klinikai problémáival és az öregkorúak szociális helyzetével foglalkozik. Ezekben a témakörökben havonta tart tudományos üléseket és konferenciákat. Tudományos üléseit számos hazai társasággal együttműködve rendezte.
1956-ban Magyarország belépett a Nemzetközi Gerontológiai Társaság/NGT/ tagjai közé és több ízben rendezett a nemzetközi szervezetekkel közös vitafórumot, konferenciát.
Emellett az MGT részt vett az orvostovábbképzés keretében 2 hetes gerontológiai tanfolyamok szervezésében. Tagjai közül többen tartottak speciális kollégiumot orvostanhallgatók részére
1998 óta a gerontológia / geriátria kötelező tárgyként szerepel az orvostanhallgatók tanrendjében.
2000 óta van geriátriai szakképesítés.
A magyar gerontológusok tudományos elismerését jelenti, hogy több ízben felkérték a MGT-t nemzetközi konferenciák rendezésére. Ezen kívül nemzetközi kitüntetéseket kaptak magyar gerontológusok, nemzetközi szervezetekben tisztségviselők és felkérték őket nemzetközi szaklapokban szerkesztő bizottsági tagnak.

4. Az idősek problémájával foglalkozó újabb szerveződések

1988-ban alakult a Gerontológiai Kollégium, amely idősügyi kérdésekben tanácsadó. Elnöke először Beregi Edit, őt követték Hazafi Klára, Iván László és Császár Albert.
1996-ban alakult az Idősügyi Tanács először miniszteri, majd miniszterelnöki irányítással.
1997-ben indult az Idősek Akadémiája (Battyány-Strattman Akadémia) Iván László vezetésével, ahol az idős emberek előadásokat hallgathatnak az öregedés problémáiról.

5. Az MGT által szervezett nemzetközi rendezvények

1968. november 11-13. A Semmelweis Ünnepi Hét keretében az MGT nemzetközi részvétellel kongreszszust rendezett Budapesten.
1972. június 29-30. Szatellita Szimpózium rendezése Budapesten a Nemzetközi Gerontológiai Társaság felkérésére a Kijevben megrendezésre került IX. Gerontológiai Világkongresszus előtt.
1976. október 6-8. Az MTA-val közös rendezésben a Magyar Gerontológiai Társaság Kongresszusa nemzetközi részvétellel Budapesten.
1983. szeptember 1-3. A 7. Európai Gerontológiai Alapkutatási Szimpózium és a 10. Európai Klinikai Gerontológiai Kongresszus, Budapest.
1988.augusztus 25-27. A Nemzetközi Psychogeriátriai Társaság (IPA) munkaértekezlete Budapesten.
1993. július 4-9. A XV. Nemzetközi Gerontológiai Világkongresszus, Budapest.

6. Nemzetközi gerontológiai szervezetekbe választott magyar tisztségviselők

1972-1975 között magyar gerontológust választottak a Nemzetközi Gerontológiai Társaság Európai Klinikai Szekciójának Végrehajtó Bizottságába, 1975-1981-ig ugyanezen társaság tiszteletbeli főtitkárának, majd 1981-1985-ig elnökének (Beregi Edit). 1989-ben Magyarország elnyerte a Gerontológiai Világkongresszus rendezési jogát. Megválasztják Beregi Editet President Elect-nek, majd 1993-1997-ig a Nemzetközi Gerontológiai Társaság elnökének.
1993-1997-ig Budapesten működik a Nemzetközi Gerontológiai Társaság Titkársága, melynek tagjai az elnök mellett Gergely István főtitkár és pénztárosként Fülöp Tamás és Imre Sándor.

7. Magyar gerontológusok nemzetközi kitüntetése

A magyar gerontológusok tudományos munkásságának külföldi elismerését jelenti, hogy nemzetközi kitüntetéseket kaptak.
1957-ben Haranghy László elnyerte a CIBA Alapítvány díját „A lép és csontvelő senilis elváltozása" című munkájával.
1969-ben Beregi Edit a Karger Alapítvány gerontológiai alapkutatásokra meghirdetett díját nyerte el Alex Comforttal (Anglia) megosztva. Beregi Edit ezt a díjat „Összehasonlító morphológiai tanulmányok fiatal és öreg állatok allergiás reakciójában" című munkájával nyerte el.

Beregi Edit 1989-ben Acapulcoban (Mexikó) megkapta a „Third Age Award" kitüntetést gerontológiai munkásságának elismeréséként, 1997-ben pedig „ Az idősek szolgálatában végzett kutatásaiért és orvos-geriátriai munkásságáért" a Brit Geriátriai Társaság érdemérmét vehette át Londonban. 2001-ben Vancouverben a Nemzetközi Gerontológiai Társaság Elnöki Érdemérmét kapta meg a Nemzetközi Gerontológiai Társaságban végzett munkásságáért.

8. Gerontológiai kutatásokat végző intézetek megalakulása

Gerontológiai kutatások fő profilként két intézetben folytak:
A Gerontológiai Kutató Csoportban (Budapest) és a Verzár Nemzetközi Kísérleti Gerontológiai Laboratóriumban (Debrecen).
A Gerontológiai Kutató Csoport 1965-ben alakult, mely 1967-ig az ORFI, majd 1967-től a Semmelweis Orvostudományi Egyetem (SOTE) keretében működött [7]. Tudományos igazgatója Haranghy László, igazgatója Beregi Edit volt. 1978-ban a Gerontológiai Kutató Csoport a SOTE Gerontológiai Központja lett, a Központ igazgatója 1993-ig Beregi Edit. 1991-től a SOTE Gerontológiai Központja a WHO kollaborációs központja lett „Egészséges Öregedés" kérdésében. 1993-tól 1998-ig a SOTE Gerontológiai Központ igazgatója Iván László, 1998-ban Császár Albert lett az igazgató, majd 1999-ben a SOTE Gerontológiai Központ megszűnik.
A Verzár Kísérleti Gerontológiai Nemzetközi Laboratórium (VILEG) 1979-ben kezdte meg működését Debrecenben Zs. Nagy Imre vezetésével. 1997-ben a Laboratórium helyén megszervezésre került a Gerontológiai Tanszék, igazgatója Zs. Nagy Imre egyetemi tanár, majd őt követte Imre Sándor.
E két intézet mellett még számos egyetemi klinikán, intézetekben folytak gerontológiai kutatások, alapkutatások területén, klinikai és szociálpolitikai kérdésekben.

Irodalom

1. Shock , N.W. with the assistance of Baker, G.T.: Testing the Waters:The International Association of Gerontology a Chronicle 1950 to 1986. Springer Publishing Company, New York, 1988, 1-11 o.
2. Koleseri, S.: Tractus brevis de mediis quibus vitae sanitatis conserverentur et prolongaretur. National Press, Budapest 1693.
3. Árvay, S.: Verzár, F Frigyes (1886-1979), Orvosi Hetilap (1979), 120, 17 999-1000
4. Haranghy, L.: Experimentelle Beitrage zu Kenntnis Wasserreinigungs der Seemuscheln. Publicatione della Stazione Zoologica di Napoli. 1938,17:58-91.
5. Korányi, S.: Öregedés; Orvosképzés 1937,356-366.
6. Beregi, E: Idősek a 21.században; Magyar Tudomány 1997,1:29-33.
7. Beregi, E.: Gerontológia Magyarországon. A Magyar Gerontológia Történeti Vázlata; Orvostörténeti Közlemények, Budapest 2003,147-153.

Prof. Dr. Beregi Edit

1950. Orvosdoktori diploma a Budapesti Pázmány Péter Orvostudományi Egyetemen "Summa cum laude" jelzéssel.
1954. Kórbonctan, kórszövettan szakképesítés.
2000. Geriátriai szakképesítés.
1956. Kandidátusi tudományos fokozat elnyerése "Új módszerrel létrehozott kísérleti glomerulo– nephritis" című disszertációval.
1969. Az Orvostudomány Doktora tudományos fokozat elnyerése "Fiatal és idős állatok allergiás reakcióinak összehasonlító morphológiai vizsgálata" című disszertációval.

1950-1960. Egyetemi tanársegéd a budapesti egyetem I. Kórbonctani Intézetében, majd a II. Kórbonctani Intézetben. Utóbbiban 1953-1956-ig aspiráns.
1961-1965. Az Állami Geriátriai Kórház igazgatója azzal a megbízatással, hogy szervezze meg a Gerontológiai Intézetet, mely 1965-ben kezdte meg működését. Először az ORFI Gerontológiai Kutató Csoportjaként, majd 1967-től a SOTE Gerontológiai Kutató Csoportjaként működött, amelynek továbbra is az igazgatója volt.
1978-1993. A SOTE Gerontológiai Kutató Csoportja a SOTE Gerontológiai Központja lessz, amelyben egyetemi tanár és igazgató.
1989-1996. A WHO Kollaborációs Központjának vezetője "Egészséges Öregedés" témában.
1993-1996. A SOTE Gerontológiai Központ professzora.
1996. Nyugdíjazás.
1960-1978. A Pest Megyei Rókus Kórház Patológiai osztályának főorvosa is.

Gerontológiai-geriátriai munkássága alapján kapott kitüntetések

1970. A Karger Alapítvány (Svájc) díja Alex Comforttal (Anglia) megosztva, gerontológiai alapkutatások terén végzett munkásságáért.
1989. "A harmadik életkor" kitüntetés, Acapulco, Mexico
1997. Az Angol Geriátriai Társaság kitüntetése "Öregségkutatás és a Geriátriai Orvostudomány Szolgálatában" végzett munkásságáért.
2001. "Presidental Medal" Vancouver, Canada, a Nemzetközi Gerontológiai Társaságban végzett munkásságáért.

Gerontológiai-geriátriai megbizatásai

1976-1985-ig és 1989-1993-ig a Magyar Gerontológiai Társaság Elnöke, jelenleg örökös elnök

1975-1981. A Nemzetközi Gerontológiai Társaság Európai Klinikai Szekciójának Főtitkára.
1981-1985. A fenti társaság Elnöke.
1989-1993. A Nemzetközi Gerontológiai Társaságban President Elect.
1993. Megszervezi munkatársaival Budapesten a Gerontológiai Világkongresszust mintegy 3200 résztvevővel.
1993-1997. A Nemzetközi Gerontológiai Társaság Elnöke.
1984-1994. A "Verzár Díj" (Bécs) Bizottsági tagja.
1985-1993. A Nemzetközi Psychogeriátriai Társaság (USA) Igazgató Tanácsának tagja.
1986-1990. A Sandoz Alapítvány (Svájc) Gerontológiai Kutatásokat elbíráló bizottság tagja.
1982-2002. A Federation International des Associations des Personnes Aggées (Paris) Tudományos Bizottságának tagja.
1985-2001. Az International Federation on Aging (Kanada) Igazgató Tanácsának tagja.

Tudományos munkássága

1969. óta az orvostudomány doktora. Éveken keresztül a TMB tagja volt. 241 tudományos közleménye jelent meg nemzetközileg elismert folyóiratokban, 8 könyve és 22 könyvfejezete.

Tudományos munkásságának három fő iránya:

1. A sejtekben fellépő korral járó elváltozások vizsgálata. Itt főként a lymphocytákban és a haránt-csíkolt izomsejtekben észlelt elváltozásokkal foglalkozott. Ennek során megállapította, hogy elsősorban a mitochondriumokban fellépő morphológiai változások a jellemzők és ezeknek a mitichondriális elváltozásoknak szerepük lehet az immunreakciók korral járó változásaiban, valamint az izomerő csökkenésében.
2. A Magyarországi 100 évesek vizsgálata. 1960-ban Haranghy Professzor irányításával a vizsgálatokat megszervezte. Az országban akkor 34 százéves egyén élt. A vizsgálati eredmények 1965-ben az Akadémiai Kiadó kiadványában kerültek publikálásra. 1987-ben a vizsgálatokat megismételték, ekkor már 218 százéves élt az országban. A vizsgálatok eredményét 1990-ben a Karger Könyvkiadó (Svájc) angol nyelven publikálta.
3. A vesebetegségek vizsgálata vesebiopsiás anyagban histológiai, immunhistológiai és elektronmikroszkópos eljárással a megfelelő kezelés beállítása céljából. Az eredmények több közleményben és az Akadémiai Kiadó kiadványában könyv formájában 1978-ban és 1988-ban is megjelent.

AZ 50 ÉVES MAGYAR GERONTOLÓGIAI ÉS GERIÁTRIAI TÁRSASÁG XXXIX. KONGRESSZUSA

2016. szept. 29 - okt. 1.

Köszöntjük a Résztvevőket a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság (MGGT) ez évi, rendhagyó Kongresszusán!

Ünnepi Kongresszust szervezünk Budapesten, 2016. szeptember 29-október 1. között, a Millenium Hotelben. A Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság idén ünnepli megalakulásának 50. évfordulóját, amelynek ünnepségével kezdődik a XXXIX. Kongresszus. A bevezető Prof. Dr. Beregi Edit alapító elnök köszöntése lesz, akinek 90. születésnapját is megünnepeljük. A Kongresszus záró napján, október elsején pedig a WHO által 1991-ben alapított „Idősek Világnapja"-nak a megemlékezését tartjuk. Magyarországon 15 éve került a szakmacsoportok közé a geriátria, szakvizs
ga formájában is. Az elmúlt 15 év alapozta meg az igényt arra, hogy a geriáter szakemberek tudományos és szakmapolitikai tudásukat, gondolataikat saját folyóirat hasábjain is megoszthassák egymással. Erre teremt lehetőséget a Kongresszus nyitó napjával egybeesően megjelenő új magyar orvosi szaklap, a Társaságunk hivatalos folyóirata, az „Idősgyógyászat".
Immáron második alkalommal rendezzük az MGGT Kongresszusát a Szociális Klaszterrel együttesen. Az orvos mellett meghívjuk a geriátriai szakápolókat és a szociális munkásokat is az időskori folyamatok és az idősgyógyászat aktualitásainak áttekintésére és munkamegbeszéléseire. A gyógyszerészi gondozás keretében évek óta fő téma az idősgyógyászat. A további párbeszéd és az egymástól való tanulás lehetőségét megteremtve hívtuk meg résztvevőnek a gyógyszerészeket is.
Terveink szerint a geriátria oktatásáról, az időskori élethossz-életminőség lehetőségeiről, az idősgyógyászat szakmai kérdéseiről és a krónikus ellátásról tudunk beszélgetni egy Kerekasztal-Fórum keretében, az érintett területek államtitkárainak, helyettes államtitkárainak meghívásával.
Mindezek mellett a Kongresszus összefoglaló képet szeretne nyújtani a hazai idősgyógyászati kutató műhelyek, munkacsoportok, iskolák munkájáról, a molekuláris ismeretektől a betegágyig terjedően. Kifejezett hangsúlyt helyeztünk a határterületek és más szakmák geriátriai „ érintettségének" átfogó bemutatására akadémiai, professzori szakmai kiválóságok meghívásával. A cél, az ismeretek megosztása, a szinten tartó tudás átadása, illetve a továbbképzés a geriátria területén, hogy egymást értő szakemberekké válhassunk, ahogy ezt a Kongresszus fő gondolatában is megfogalmaztuk.
A felkért előadásokat követően a szakterület/téma szerint kapcsolódó poszter előadások/szabadelőadások kerülnek bemutatásra és megtárgyalásra, illetve tematikus témablokkokat is szervezünk egy-egy szakterület részletesebb áttekintésére. Nagy szerepe lesz a geriátria hazai „jó klinikai gyakorlat" bemutatásának, valamint a szakdolgozói tapasztalatok összegzésének is.
A korábbi időszakok fényképgyűjteményének bemutatásával szeretnénk emlékezni az elmúlt időszak kiemelkedő társasági eseményeire egy nyitó vacsora keretében, ahol már nem csak a tudomány játszik fő szerepet…

Tisztelettel:

Prof. Dr. Kiss István
az MGGT elnöke
az MGGT XXXIX. Kongresszusának elnöke

A kongresszust a Semmelweis Egyetem akkreditálta (18 pont a hallgatóknak és 10 pont az előadóknak).

Időskori folyamatok elméleti megismerése, gyógyítási-gondozási kihívások az egymást értő s zakemberek számára

az 50 éves Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság XXXIX. Kongresszusa, a Szociális Klaszterrel együttes szervezésben

PROGRAM

2016. szeptember 29. csütörtök

10:00-10:30 **ÜNNEPI MEGNYITÓ**
Elnökség: **Dr. Kiss István, Dr. Székács Béla, Dr. Boga Bálint, Dr. Császár Albert, Dr. Iván László, Dr. Egervári Ágnes**
Beregi Edit professzor asszony, társaságunk örökös tiszteletbeli elnökének köszöntése

10:30-11:30 **TUDOMÁNYOS ÜLÉS**
Üléselnök: **Prof. Dr. Székács Béla**

Dr. Rosivall László egyetemi tanár, az MTA doktora
Semmelweis Egyetem Kórélettani Intézet, Budapest
Só és vízháztartás időskorban
Dr. Kempler Péter egyetemi tanár, az MTA doktora,
a Magyar Diabetes Társaság elnöke
Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest
Társszerzők: Dr. Putz Zsuzsanna, Dr. Tabák Gy. Ádám, Dr. Kiss Zoltán, Dr. Wittmann István, Abonyi-Tóth Zsolt, Dr. Rokszin György, Dr. Jermendy György
A 2-es típusú diabetes mellitus prevalenciája, szövődményei és költségei hazánkban, valamint az időskori cukorbetegség sajátosságai
Dr. Gulácsi László tanszékvezető egyetemi tanár
Budapesti Corvinus Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Budapest
Idősödés egészségügyi közgazdaságtan; hazai eredmények

11:30-11:45 Szünet

11:45-13:00 **TUDOMÁNYOS ÜLÉS**
Üléselnök: **Prof. Dr. Kiss István**

Dr. Kálmán János tanszékvezető egyetemi tanár, az MTA doktora
Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Pszichiátriai Klinika, Szeged
Mire jó az öregek nyelve?
Dr. Vécsei László tanszékvezető egyetemi tanár, az MTA rendes tagja
Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Neurológiai Klinika, Neurológiai Tanszék, Szeged
Öregedés és neurológiai kórképek: pathobiokémia és a klinikai tünettan kapcsolata
Vellai Tibor tanszékvezető, egyetemi tanár, az MTA doktora
Eötvös Loránd Tudományegyetem TTK Genetikai Tanszék, Budapest
Az öregedési folyamat szabályozása és mechanizmusa

13:00-14:00 Ebédszünet

14:00-15:45 **TUDOMÁNYOS ÜLÉS**
Üléselnök: **Prof. Dr. Járai Zoltán**

Dr. Paragh György egyetemi tanár, igazgató, az MTA doktora
Debreceni Egyetem K.K. Belgyógyászati Intézet, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen
A zsíranyagcsere időskori változása és befolyásolási lehetősége
Dr. Rácz Károly egyetemi tanár, az MTA doktora, a Magyar Belgyógyász Társaság elnöke,
Dr. Szűcs Nikolett egyetemi adjunktus
Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest
Anti-aging hormonok
Dr. Tóth Kálmán tanszékvezető egyetemi tanár, az MTA doktora,
a Magyar Kardiológusok Társaságának elnöke, **Dr. Habon Tamás** egyetemi docens
Pécsi Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs
Az időskor leggyakoribb kardiológiai betegségei, s azok ellátása
Hanák Péter egyetemi tanár
Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Irányítástechnika és Informatika Tanszék, Budapest
Életvitelt segítő informatika

15:45-16:00

15:45-16:00 Szünet

16:00-17:00

TUDOMÁNYOS ÜLÉS
Üléselnök: **Dr. Egervári Ágnes**

Mester Dániel főosztályvezető
EMMI, Szociális és Társadalmi Felzárkózási Stratégiai Főosztály
Szociális ágazat szerepe az idősellátás területén
Dr. Gresz Miklós orvos-közgazdász, egészségbiztosítási szakorvos
Állami Egészségügyi Ellátó Központ Elemzési és Értékelési Osztály, Budapest
A hosszú távú ellátások kapacitás- és igénybevételi adatainak elemzése
Dr. Vajer Péter igazgató, egyetemi adjunktus, **Bezzegh Péter** hálózati koordinátor
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) Alapellátási Intézet;
A kiterjesztett alapellátás lehetőségei az idősellátásban

17:00-17:15 Szünet

17:15-18:30 **TUDOMÁNYOS ÜLÉS**
Üléselnökök: **Prof. Dr. Császár Albert, Dr. habil. Benkő Sándor**

Dr. Berényi Tamás klinikai főorvos
Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Sürgősségi Orvostani – Oxyologia Tanszéki Csoport, Budapest
Az idősek sürgősségi ellátása
Antal Emese dietetikus, szociológus
Táplálkozás-Életmód-Testmozgás Egyesület (TÉT Platform Egyesület), Budapest
A jövő csupa múltból áll – Táplálkozás és folyadékbevitel az élet alkonyán
Dr. Székács Béla egyetemi tanár, az MTA doktora, az MGGT előző elnöke
Semmelweis Egyetem ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika, Geriátriai Tanszéki Csoport, Budapest
Időskori érállapot – terápiás dilemmák a következmények progressziójának lassításában

Dr. Kiss István egyetemi tanár, tanszéki csoportvezető,
az MGGT és a Magyar Hypertonia Társaság elnöke
Semmelweis Egyetem ÁOK Geriátriai Tanszéki Csoport, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Nephrologia-Hypertonia Profil és Aktív Geriátria Részleg, B.Braun Avitum Dialízis Hálózat, 1.sz. Dialízisközpont, Budapest
Időskor és hypertonia betegség

18:30-18:45 Szünet

18:45-19:30 MGGT KÖZGYŰLÉS

19:30 Vacsora

2016. szeptember 30. péntek

09:00-10:00 TUDOMÁNYOS ÜLÉS
Üléselnökök: **Dr. Boga Bálint, Dr. Ferencsik Mária**

Regius Ottó a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság vezetőségének örökös tiszteletbeli tagja
Társszerző: Dr. Beregi Edit, Dr. Kiss István
Visszatekintés az MGGT elmúlt 50 évére
Dr. Boga Bálint főorvos, az MGGT volt elnöke
Az „aktív idősödés" paradigma kialakulása és fejlődése
Dr. Majercsik Eszter osztályvezető főorvos
Szent Margit Kórház Krónikus Osztály, Budapest
Geriátria a művészetben

10:00-10:15 Szünet

10:15-12:00 IDŐSÜGYI EGÉSZSÉGPOLITIKA, SZOCIÁLIS KÉRDÉSEK KEREKASZTAL BESZÉLGETÉS
Moderátor: **Dr. Kiss István, Dr. Egervári Ágnes**

10:10-10:25 **Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán** egészségügyért felelős államtitkár (egyeztetés alatt)
10:25-10:40 **Czibere Károly** szociális ügyekért és társadalmi felzárkóztatásért felelős államtitkár
10:55-11:10 **Beneda Attila** család- és népesedéspolitikáért felelős helyettes államtitkár
11:10-12:00 **Kerekasztal beszélgetés – kérdések és válaszok**
Moderátor: Prof. Dr. Kiss István

12:00-12:45 Ebédszünet

12:45-14:00 TUDOMÁNYOS ÜLÉS
Üléselnökök: **Dr. habil. Pétervári Erika és Dr. habil. Balaskó Márta**

Dr. Koller Ákos egyetemi tanár, Tudományos Tanács elnöke
Testnevelési Egyetem, Budapest
Az artériás simaizom öregedése: Lehet, hogy igaza volt B. Folkow-nak?
Dr. Szegedi János c. egyetemi docens, orvosigazgató
B. Braun Avitum Hungary Zrt. 2. sz. Dialízisközpont, Nyíregyháza
Az időskor és a veseelégtelenség

Dr. Járai Zoltán egyetemi tanár, profilvezető főorvos
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Kardiológiai Profil, Budapest
Pitvarfibrilláció és szellemi hanyatlás
Dr. Hortobágyi Tibor Professor of Movement and Healthy Ageing
Center for Human Movement Sciences University Medical Center A. Deusinglaan 1, Groningen, Netherland
Fizikai aktivitás és testedzés a demencia megelőzésében és lefolyásának lassításában

14:00-14:15 Szünet

14:15-15:15 **TUDOMÁNYOS ÜLÉS**
Üléselnökök: **Prof. Dr. Székely Miklós, Prof. Dr Nyakas Csaba**

Dr. Császár Albert egyetemi tanár, osztályvezető főorvos, az MTA doktora, az MGGT volt elnöke
MH Egészségügyi Központ Honvédkórház, II. sz Belgyógyászati Osztály, Budapest
Időskorban is szükséges a koleszterincsökkentő kezelés
Dr. Nyakas Csaba egyetemi tanár, az MTA doktora
Sport- és Természettudományi Kutató Központ, MTA Agyélettani Kutató Csoport, Testnevelési Egyetem, Budapest
Preklinikai gerontokineziológia: a mozgás és tanulás neurobiológiai kapcsolata
Szabó Lajos c. egyetemi tanár
Eötvös Lóránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar Szociális Munka Tanszék, Budapest
A szociális munka útkeresése a hazai idősellátásban

15:15-15:30 Szünet

15:30-17:00 **TUDOMÁNYOS ÜLÉS**
Üléselnök: **Prof. Dr. Bakó Gyula**

Dr. Telekes András c. egyetemi tanár, osztályvezető főorvos
Bajcsy Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet Onkológiai Osztály, Budapest
Idős betegek onkológiai ellátása és fájdalomcsillapítása
Dr. Bakó Gyula tanszékvezető egyetemi tanár, az MTA doktora
Debreceni Egyetem K.K. Belgyógyászati Intézet - III. sz. Belgyógyászati Klinika Geriátriai Tanszék, Debrecen
Az idősek gyógyszerelésének speciális szempontjai, kiemelten a Beer lista és a FORTE elv alkalmazásának jelentősége
Dr. habil. Pétervári Erika egyetemi docens
Pécsi Tudományegyetem ÁOK Transzlációs Medicina Intézet, Pécs
Az elhízás hatása az időskori szarkopénia kialakulásában
Dr. habil. Balaskó Márta egyetemi docens
Pécsi Tudományegyetem ÁOK Transzlációs Medicina Intézet, Pécs
Táplálkozási tényezők és a fizikai aktivitás szerepe az időskori kardiometabolikus eltérések megelőzésében
Dr. habil. Hegedűs Katalin egyetemi docens, oktatási igazgatóhelyettes
Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
Az életvégi döntések lehetőségei időskorban

17:00-17:15 Szünet

17:15-18:30 **TUDOMÁNYOS ÜLÉS**
Üléselnökök: **Dr. Császár Tamás és Dr. Zékány Zita**

Dr. habil. Kereszty Éva PhD, tanszékvezető
Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Igazságügyi Orvostani Intézet, Szeged
Forenzikus geriátria – Az időskorúakat érintő törvényszéki orvosszakértői problémák
Dr. Zékány Zita osztályvezető főorvos
Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Krónikus Belgyógyászati Osztály, Gyula
Prion betegek a krónikus osztályon
Dr. Császár Tamás c. egyetemi docens, osztályvezető főorvos
Zala Megyei Szent Rafael Oktatókórház, Geriátria, Krónikus Belgyógyászat és Rehabilitációs Osztály, Zalaegerszeg
D-vitamin ellátottság 75 év feletti idős betegek körében
Dr. habil. Imre Sándor egyetemi tanár, kutatócsoport vezető
Debreceni Egyetem K.K., Gerontológiai Kutatócsoport, Debrecen
90 évesnél idősebb debreceni lakosok pszichológiai és szociológiai vizsgálatának meglepetései
Dr. Kovács Éva PhD, egyetemi adjunktus
Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Budapest
A gyógytornász szerepe az időskori elesések megelőzésében

18:30-18.45 Szünet

18:45-19:35 **SZABAD ELŐADÁSOK**
Üléselnökök: **Prof. Dr. Székács Béla, Prof. Dr. Nyakas Csaba**

Mayer Richárdné, Dr. Egervári Ágnes
Boldog Gizella Alapítvány, Biatorbágy
Lakóhely közeli egészségszolgáltatásként végzett esésmegelőző gyógytorna tapasztalatai idős, demenciával élő ellátottak esetében a biatorbágyi Gizella Otthonban
Dr. Martony Zsuzsa, Dr. Székács Béla
Szent Imre Oktató Kórház Geriátriai és Gerontopszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest
Idős beteg elesése, fejbeütődéssel: kiemelt diagnosztikai figyelem első és minden sorban a betegért, mellékesen pedig az igazságügyi szféra kapujának elkerülésére is – mégis lehet nem várt fordulat?
Dr. Szabó Rita
Országos Epidemiológiai Központ, Budapest
A bentlakásos szociális intézmények higiénés helyzete, 2015
Dr. Takács Katalin Gyöngyi, Dr. Sipos Dávid, Dr. Feiszt Zsófia, Dr. Huszár Judit, Dr. Péterfi Zoltán
PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Geriátriai Osztály, Pécs
A széklet transzplantáció életet menthet
Dr. Csiki Zoltán, Mile Marianna, Kun Csaba, Bakó Gyula
Debreceni Egyetem, Belgyógyászati Klinika, Geriátriai Tanszék, DE, Kardiológiai Klinika
Időskorban először jelentkező Raynaud-szindróma mint az addig tünetmentes koronária sclerosis első tünete

Megbeszélés/vita

19:40-20:05 **POSZTER MEGBESZÉLÉS / POSZTER SÉTA KÉT PÁRHUZAMOS SZEKCIÓBAN (3+5')**

A SZEKCIÓ
Moderátor: **Prof. Dr. Székács Béla**

1. Jónásné Sztruhár Izabella
Fővárosi Önkormányzat Pesti Úti Idősek Otthona, Budapest
Prevenció, kuráció, rehabilitáció – a gyógytornász - fizioterapeuta szerepe a geriátriában
2. Szabó Helga, Dr. Kereszty Éva
SZTE Igazságügyi Orvostani Intézet, Szeged
Szociális otthonban bekövetkezett halálesetek igazságügyi orvosi vonatkozásai
3. Koncsek Krisztina, Pósa Gabriella, Szilágyi Levente, Aranyné Molnár Tímea, Finta Regina, Barnai Mária
SZTE ETSZK Fizioterápiás Tanszék
60 év feletti korosztály funkcionális fittségi állapota. Objektív és szubjektív tapasztalatok – előtanulmány

B SZEKCIÓ
Moderátor: **Prof. Dr. Nyakas Csaba**

4. Mészáros Lászlóné
Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága Geriátriai Munkacsoportja
A mozgás jelentősége az időskorúak rehabilitációjában
5. Dr. Sipos Dávid, Dr. Péterfi Zoltán
PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika Infektológiai Tanszék, Pécs
C. difficile okozta colitis – Az idős kor egyik legrettegettebb infektológiai kórképe (Van megoldás?)
6. Dr. Tóth Margit
Zala Megyei Szent Rafael Kórház Zalaegerszeg Geriátria, Krónikus Belgyógyászati és Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Zalaegerszeg
Szédülés és elesések idős korban

2016. október 1. szombat

IDŐSEK VILÁGNAPJA

9:00-10:15 **TUDOMÁNYOS ÜLÉS**
Üléselnökök: **Prof. Dr. Imre Sándor, Dr. Zöllei Magdolna**

Dr. habil. Benkő Sándor főorvos, egyetemi magántanár
Szegedi Tudományegyetem ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály, Szeged
Molekuláris biológiai kutatás az öregedés, membránfluiditás, stresszválasz témakörben
Dr. Zöllei Magdolna c. egyetemi docens, osztályvezető főorvos
Szegedi Tudományegyetem ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály, Szeged
Társszerzők: Dr. Benkő Sándor, Barabás Katalin
A gerontológia és geriátria graduális és posztgraduális oktatásának tapasztalata a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi, valamint az Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán

Dr. Ferencsik Mária főorvos
Szegedi Tudományegyetem ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály, Szeged
Társszerzők: Dr. Kuk Ilona, Dr. Varga Gabriella, Dr. Zöllei Magdolna
Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály együttműködésének tapasztalatai – esetismertetésen keresztül bemutatva
Dr. Lelbach Ádám c. egyetemi docens
Dr. Rose Magánkórház és Rendelőintézet, Budapest
Gerontechnológia: idősek (ön)ellátását segítő technológiai újítások - robotok

10:30-10:45 Szünet

10:45-11:15 IDŐSEK VILÁGNAPJA ÜNNEPSÉG
Üléselnökök: **Prof. Dr. Kiss István, Dr. Egervári Ágnes**

Dr. Bene Ildikó országgyűlési képviselő, az Idősek Tanácsának tagja
Idősekről másképpen, idősekkel másképpen

11:15-12:25 TUDOMÁNYOS ÜLÉS
Üléselnökök: **Dr. Majercsik Eszter, Dr. Huszár Judit**

Dr. Egervári Ágnes főigazgató, elnök
Katolikus Szeretetszolgálat; Szociális Klaszter
INDA stratégia: interprofesszionális képzési programok jelentősége
Dr. Vajda Norbert szociálpolitikus, szakmai igazgató
Katolikus Szeretetszolgálat
Demenciával élők otthonápolása és a hazai szolgáltatásszervezés
Dr. Fekete Márta orvosszakértő
Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest
Mit nem tudunk a demenciáról?
Dr. Pék Győző tanszékvezető egyetemi docens
Debreceni Egyetem BTK Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék, az MTA DAB Geriátriai Munkabizottság titkára, Debrecen
Demenciával élők hozzátartozóinak támogatási lehetőségei

12:25-12:35 Szünet

12:35-13:35 SZABAD ELŐADÁSOK
Üléselnökök: **Prof. Dr. Székács Béla, Prof. Dr. Nyakas Csaba, Dr. Telkes Zoltán**

Aranyné Molnár Tímea, Koncsek Krisztina, Pósa Gabriella, Finta Regina, Szilágyi Levente, Dr. Surányi Andrea, Dr. Fekete Zoltán, Süli Noémi
SZTE ETSZK Fizioterápiás Tanszék, Szeged
Az időskori inkontinencia újszerű mozgásterápiás kezelése – Esetismertetés
Dr. Besenyei Attila, Dr. Székács Béla
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest
Időskori elhízás – diéta és fizikai aktivitás terápiás optimumai – kísérő telomer módosulások
Plachy Judit, Ihász Ferenc, Szakály Zsolt, Bognár József
Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar
Mozgásprogramok pozitív hatása a 60 év fölötti, fizikailag inaktív, közösségben élő nők egészségügyi státuszára, életminőségére, fittségi mutatóira

Boros Edit, Papp Anita Tímea
SZTE ETSZK, Ápolási Tanszék, Szeged
Pillanatkép az időskori elesésről a Dél- alföldi régióban
Dr. Blaskovich Erzsébet
Szent Lukács Kórház, Krónikus Belgyógyászati Osztály, Dombóvár
A sokoldalú Trimetazidine (TMZ) idősgyógyászati vonatkozásai
Dr. Székács Béla, Besenyei Attila, Dr. Kiss István
Semmelweis Egyetem ÁOK, Geriátriai Tanszéki Csoport, Budapest
Idősek hosszabb PPI kezelésének indikációja előtt gondosan mérlegelendő 9 „árnyoldal"

Megbeszélés/vita

13:35-14:15 POSZTER MEGBESZÉLÉS / POSZTER SÉTA
KÉT PÁRHUZAMOS SZEKCIÓBAN (3+5')

A SZEKCIÓ
Moderátor: **Prof. Dr. Székács Béla, Dr. Telkes Zoltán**

7. Kósa Lili, Tóth Eliza Eszter, Gangl Judit, Ihász Ferenc
Széchenyi István Egyetem Apáczai Csere János Kar, Győr
A keringési rendszer életkor függő változásainak jellemzése
8. Csányi Luca
Magyar Evangélikus Testvérközösség Budaörsi Idősek Otthona, Budaörs
„Úton az önállóság felé" A gyógytornász munkájának bemutatása három eseten keresztül
9. Finta Regina, Albertné Koncsek Krisztina, Szilágyi Levente,
Aranyné Molnár Tímea, Pósa Gabriella
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Szeged
Egyensúlyi állapotfelmérés inaktív idősek körében

B SZEKCIÓ
Moderátor: **Prof. Dr. Nyakas Csaba**

10. Dr. Lelbach Ádám, Dr. Koller Ákos
Dr. Rose Magánkórház és Rendelőintézet, Budapest; PTE ÁOK, Transzlációs Medicina Intézet, Pécs
A Janus arcú versenysport: az öregedési mechanizmusok, a metabolikus szindróma és a kardiovaszkuláris rizikófaktorok szerepe
11. Szilágyi Levente, Koncsek Krisztina, Pósa Gabriella, Aranyné Molnár Tímea, Finta Regina
SZTE ETSZK Fizioterápiás Tanszék, Szeged
Pulzushullám terjedési sebesség mérése idősödő populációban, összefüggések a testösszetétellel-előtanulmány
12. Téglás Tímea, Bretz Károly, Dr. Nyakas Csaba
Testnevelési Egyetem, Természettudományi Kutató Intézet, Budapest
Az aktív és a passzív testedzés hatása idős patkányokban
13. Tóth Eliza Eszter, Ihász Ferenc, Gangl Judit, Kósa Lili
Széchenyi István Egyetem, Győr
Testalkotók (zsír-izom) arányainak életkorfüggő változásai
14. Tóth Kata, Regien G. Schoemaker, Eddy van der Zee, Dr. Nyakas Csaba
Molekuláris Neurobiológiai Intézet, Groningeni Egyetem, Hollandia
Kardiális, neuroimmun, viselkedésbeli és kognitív változások szívelégtelenség után idős patkányokban

14:15-14:30 TESZTÍRÁS ÉS KONGRESSZUS ZÁRÁSA

FELKÉRT ELŐADÓK

Az előadók önéletrajzai és előadáskivonatai

Antal Emese Eszter

Születési hely, idő: Győr, 1973. október 24.
Állampolgárság: magyar
Telefon: 06-30/2121-140
E-mail: diet.emese.antal@gmail.com

Tanulmányok

2003- Rheinischen Friedrich-Wilhelms Egyetem, Táplálkozástudományi Intézet, Bonn, Németország, doktorandusz hallgató konzulens: Prof. Dr. Peter Stehle, téma: The impact of socioeconomic factors on hospital undernutrition (Szocio-ökonómiai faktorok hatása a kórházi alultápláltságra)

1997-2001 Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest, Szociológia Intézet szociológus

1993-1997 Pécsi Orvostudományi Egyetem, Pécs Egészségügyi Főiskolai Kar dietetikus

1988-1992 Révai Miklós Gimnázium, Győr

Szakmai tapasztalatok

- 2016 – oktató, Budapesti Gazdasági Egyetem, Kereskedelmi, Vendéglátóipari és Idegenforgalmi Kar, Vendéglátás Intézeti Tanszék
- 2015- szakmai vezető, TÉT Platform Egyesület
- 2015- szakértő, Action2020 munkacsoport
- 2013-2015 tudományos munkatárs, Európai Hidratációs Intézet
- 2012-2015 főtitkár, Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége
- 2005-2012 Elnök, Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, 1000 taglétszámú szervezet munkájának irányítása, konferenciák szervezése, felmérések készítése, egészségnevelő projektek koordinálása
- 2008-2010 dietetikus képviselő, ESPEN (Európai Klinikai Táplálási és Anyagcsere Társaság, Oktatási és Klinikai Gyakorlat Csoport)
- 2008- Táplálkozási Fórum tagja
- 2006 vendég előadó Semmelweis Egyetem, Gyógyszerügyi Szervezési Intézet, magyar és angol hallgatóknak
- 2002-2005 egyéni vállalkozó táplálkozás epidemiológiai kutatások irányítása és analizálása, tudományos táplálkozástudományi előadások tartása
- 2002-2005 doktorandusz hallgató, doktori kutatás végzése, Bonn, Németország
- 1998- 2001 Projekt co-ordinator, Szívbarát Program tudományos kongresszusok szervezése, tudományos kiadványok szerkesztése, táplálkozás epidemiológiai kutatások irányítása és analizálása, egészséges táplálkozási program irányítása
- 1997-1998 Dietetikus, Petz Aladár Megyei Kórház Személyes és csoportos táplálkozási tanácsadás Egyénre szabott diéta kialakítása a betegség figyelembevételével

Külföldi tanulmányok

Ain Shams Egyetem, Kairó, Egyiptom, 1996 (belgyógyászat gyakorlat), Észak-Karéliai Intézet, Joensuu, Finnország, 1997 (nemzetközi táplálkozási tanácsadás), Jyväskylä Intézet, Jyväskylä, Finnország, 1997 (nemzetközi táplálkozási tanácsadás), Hohenheim Egyetem, Stuttgart, Németország, 2000 (EU-TEMPUS-Phare ösztöndíj), Táplálkozástudo-mányi Intézet, Karlsruhe, Németország, 2000, (EU-TEMPUS-Phare ösztöndíj).

Szakmai szervezetekben betöltött szerep:

Tudományos Tanácsadói Testületi tagság: Magyar Elhízástudományi Társaság, Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság, EDUvital Nonprofit Egészségnevelési Társaság
Vezetőségi tag a Magyar Táplálkozástudományi Társaságban, tagság a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségében (Külső Kapcsolatok munkacsoport), Magyar Mesterséges Táplálási Társaság, ESPEN (European Society of Clinical Nutrition and metabolism), Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.

Díjak

A Miniszterelnöki Hivatal és az Oktatási Minisztérium ösztöndíja "A magyar egyetemi oktatásért és kutatásért", 2000, a kairói Ain Shams Egyetem ösztöndíja, 1996, a pécsi Egészségügyi Főiskola ösztöndíja Finnországba, 1997, az Európai Unió TEMPUS-Phare ösztöndíja Németországba, 2000, a Magyar Táplálkozástudományi Társaság „Sós József" díja, 2011, a Magyar Elhízás-tudományi Társaság Obezitológusa – tiszteletbeli cím, 2013, az Emberi Erőforrások Minisztériumának dicsérete kiváló szakmai tevékenység elismerésére, 2016.

Nyelvismeret: angol – folyékonyan írásban és szóban, német – folyékonyan írásban és szóban

Hobbi: tenisz, zenehallgatás, könyvek

A jövő csupa múltból áll – Táplálkozás és folyadékbevitel az élet alkonyán

Antal Emese, dietetikus, szociológus

szakmai vezető, TÉT Platform Egyesület

Az egészséges és aktív életmódnak egész életünkben nagyon fontos szerepet kell betöltenie. Az idő előrehaladtával a különböző testi funkciók romlásának bekövetkeztével az étrendben is változtatások szükségesek. Egészséges, kiegyensúlyozott táplálkozással és megfelelő folyadékbevitellel megelőzhető számos betegség kialakulása, vagy a már kialakult egészségi állapot fenntartható.

A szervezetünk energiaigénye 30 és 80 éves kor között csaknem egyharmadával csökken. Ennek döntő oka az alapanyagcsere (a szervezet életfunkcióinak fenntartásához szükséges minimális energia) lassulása, valamint a fizikai aktivitás mérséklődése.

Időskorban az egészségmegőrző étrend összeállítása során alapvetően ugyanazokat a szempontokat kell figyelembe venni, mint az egészséges felnőttek táplálkozása esetében. Az étrend legyen változatos, napi rendszerességgel tartalmazzon gabonaféléket, zöldségeket, gyümölcsöket, továbbá tejet és tejtermékeket, sovány húsokat, húskészítményeket. Hetente tanácsos fogyasztani legalább egyszer (de inkább többször) halat, maximum 3-4 db tojást, 10 naponta száraz hüvelyeseket, időnként kisebb mennyiségben olajos magvakat, egy-egy főétkezéshez édességeket.

Az egészséges felnőtt táplálkozásához viszonyítva vannak azonban különbségek is. Az idősebb emberek napi fehérjeszükséglete nagyobb, ugyanis szervezetükben a fehérje értékesítése már nem tökéletes. A tengeri halak fogyasztása azért nagyon hasznos idős korban, mert a bennük található omega-3 zsírsavak csökkentik a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát. Túlsúly esetén érdemes a nyersanyagok válogatásra, ételkészítésre odafigyelni. A rostbevitelnek különösen a székrekedés kialakulásának megelőzésében van jelentősége, ami ebben a korosztályban nagyon gyakori probléma a renyhébb bélműködés és a csökkent fizikai aktivitás miatt. Mindemellett bizonyos rostok a magasabb vérzsír értékeket is kedvezően befolyásolhatják (pl. zabkorpában lévő rostok).

A szervezet víztartalma a kor előrehaladtával egyre csökken. Az újszülött szervezete átlagosan 70%, a felnőtté 60%, míg az idős embereké csupán 50% vizet tartalmaz. Optimális esetben a test vízleadása és vízfelvétele között egyensúlyi állapot áll fenn. Összesen napi 2-2,5 l az ajánlott folyadékbevitel, amely italokból és ételekből fedezhető.

Vannak olyan tápanyagok, amelyek fogyasztására időskorban különös figyelmet kell fordítani. Ezek az összetevők az étrenddel is fedezhetőek, az alábbi táblázat azokat a nagy víztartalmú élelmiszer-csoportokat foglalja össze, amelyek nagy segítséget nyújtanak a megfelelő folyadékmennyiség elfogyasztásában.

Az egészséges táplálkozás és folyadékbevitel időskorban

speciális feladat időskorban	*tápanyag*	*magas víztartalmú élelmiszerek*
fehérjehasznosulás romlik gyulladások során fokozódik a szervezet fehérje igénye	fokozott fehérjeigény	tej, joghurt, kefir (tejtermékek)
székrekedés (renyhébb bélműködés, csökkent fizikai aktivitás)	rostban gazdag táplálkozás	zöldségek, gyümölcsök
idegrendszer megfelelő működéséhez lényegesek, így a memóriára is pozitív hatással lehetnek	fokozott B6-vitaminbevitel	tej, joghurt, kefir
fogak hiánya miatt pürésíteni kell, ami hosszabb főzést igényelhet; a C-vitamin hőérzékeny	C-vitamin-bevitelre figyelni kell	friss gyümölcsök, saláták, frissen préselt natúr gyümölcs- és zöldséglevek
elégtelen D-vitamin bevitel és a D-vitamin hasznosulásának csökkenése	D-vitamin-bevitelre figyelni	tej, tejtermék halak
csontritkulás megelőzés érdekében	fokozott kalciumbevitel, D-vitaminnal	joghurt, kefir
anyagcsere folyamatokhoz szükséges	vas	tej, joghurt, kefir, hal
anyagcsere folyamatokhoz szükséges	cink	tej, joghurt, kefir, hal

Forrás: Antal Emese, MDOSZ: Időskori folyadékfogyasztás, Táplálkozási Akadémia Hírlevél, 11., 2013

Nem kell az idős emberekre mindenáron új szokásokat erőltetni, hanem a meglévő ételeik, italaik megválogatásával, étkezési szokásaik figyelembe vételével egészségesebb étrend összeállítására kell tanítani őket. Ezeket valószínűleg könnyebben és megbízhatóbban fogják betartani.

Prof. Dr. Bakó Gyula

(Balassagyarmat, 1951. március 23. -)

1975-ben általános orvosdoktori diplomát szerzett a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. Egy évig az Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstani Intézetben tudományos ösztöndíjas gyakornok, majd 1976. szeptember 01-től az I. sz. Belgyógyászati Klinikán tudományos segédmunkatárs. 1982-től tudományos munkatárs, 1987-től tudományos főmunkatárs. 1981-ben belgyógyászat, 1984-ben klinikai farmakológiai, 1992-ben endokrinológiai, 1993-ban allergológiai és klinikai immunológiai, 2003-ban geriátria szakvizsgát szerzett. 1994-ben habilitált. 2004-ben szerezte második diplomáját, mint Egészségügyi Szakmenedzser.
1995. október 01-től a III. sz. Belgyógyászati Klinikára került egyetemi docensi munkakörbe. 1999. július 01-től egyetemi tanár. 2001. július 01-től megbízást kapott a Geriátriai Tanszék vezetésére, mely 2015 Június 30-án járt le az egyetem SZMSZ értelmében további meghosszabbítás nélkül. 2001-2003-ig a III. sz. Belgyógyászati Klinika igazgatói teendőit is ellátta. 1998-2003-ig a klinika Minőségügyi Csoportjának a vezetője.
1987-ben védte meg kandidátusi értekezését a „TSH RECEPTOR ELLENI ANTITESTEK ÉS A TSH RECEPTOR, KÖLCSÖNHATÁSAIK ÉS KLINIKAI JELENTŐSÉGÜK BASEDOW KÓRBAN" címmel. 1995-ben az MTA doktora címet nyerte el „A BASEDOW-GRAVES KÓR RELAPSUSÁNAK ELŐREJELZÉSE ÉS A TÁRSULT OPHTHALMOPATHIA KEZELÉSE" című disszertációjával.
2001-ben elindította a geriátriai szakrendelést, melynek fő célkitűzése a geriátriai betegekre jellemző polimorbiditási mutatók epidemiológiai feldolgozása a régióban.

A geriátria oktatását 2003 óta szervezi a DEOEC, majd DE ÁOK-n. A tanév első szemeszterében angol nyelven, a második szemeszterben magyar hallgatók számára hirdeti meg geriátriai alapismeretek kurzusát 20-20 előadással.
14 könyv szerzője, ill. szerkesztője, 46 könyvfejezetet írt, közleményeinek száma 97, IF: 41,757 Cit: 153 független, 268 összes.

Több hazai és nemzetközi tudományos társaság munkájában vesz részt, tagja többek között vezetőségi tagja Európai Geriátria Oktatók szekciójának (EUMS, GMS). Alelnöke a Magyar Geriátriai és Gerontológiai társaságnak (2010) és tagja a Preventiv Gerontológiai és Geriátriai Társaságnak (2001). Az Orvosi Szakmai Kollégium Geriátriai és Krónikus Ellátás Tagozatának elnöke (2011).
Szerkesztőségi tagja volt az Archives of Gerontology and Geriatrics (Elsevier, Science Direct) és a Magyar Gerontolológia című lapnak.

Kitüntetései:

Népköztársasági Ösztöndíj (1974)
Weszprémi Emlékérem (1975)
Az Orvosi Hetilap Markusovszky díj (1986)
Socius Honorarius oklelvél (2009) Magyar Művészetterápiás Társaság.
A Debreceni Nukleáris Medicina Fejlesztéséért emlékérem (2009)
A Magyar Érdemrend Tisztikeresztje (2015)

Az idősek gyógyszerelésének speciális szempontjai, kiemelten a Beer lista és a FORTE elv alkalmazásának jelentősége

Bakó Gyula tanszékvezető egyetemi tanár

az MTA doktora Debreceni Egyetem ÁOK. K.K. Belgyógyászati Klinika
Geriátriai Tanszék

Az idős emberek nagy gyógyszerfogyasztók, és az orvosok is előszeretettel adnak gyógyszereket az időseknek. Az idős ember és az orvos kapcsolata, nemcsak Magyarországon, de máshol sem nevezhető mindig ideálisnak. Jellemző az „egy panasz, egy gyógyszer" megoldás. Ez a megoldás sokkal könnyebb, mint az időigényes foglalkozás bajaikkal, a panaszok pontos meghallgatása és a diagnózis megállapítása. Az idős embert a polymorbiditás (=multimorbiditás), terápiájukat a polypragmázia (nagyszámú gyógyszer használata) jellemzi.
Az öregedés különböző fiziológiás (élettani) és patofiziológiás (kórélettani) változásokat idéz elő a szervezetben. Ezek a változások akkor is velejáró eltérései lehetnek az öregedésnek, ha az idős embernek semmilyen betegsége nincs. Nem mindig tudjuk elválasztani pontosan, hogy meddig tart a fiziológiás, természetes öregedés, és mikortól kezdődik a kóros öregedés. Ezeknek az elváltozásoknak az ismerete alapvető a helyes gyógyszeres kezelés szempontjából időskorban.
Az orvos csak jól megalapozott indikációval alkalmazhat gyógyszeres kezelést. Ismernie kell a beteget, a betegséget és a gyógyszereket is. A gyógyszerek dozírozását egyénre szabottan kell alkalmazni. Időskorban általában a gyógyszerdózisok csökkennek. Az idős emberekben a gyógyszerhatások is lassabban jelennek meg, ezért a gyógyszerváltásokat nem érdemes elkapkodni.
A polypragmasia veszélyei nagyobbak, mint fiatalkorban, tehát csak a legszükségesebb gyógyszereket adjuk. Viszont ami szükséges, azt adjuk a megfelelő hatásos dózisban. Legyünk elővigyázatosak, mindig értékeljük mennyi a rizikó, mennyi a nyereség a gyógyszerek adásával.
Az általános kezelési elveken túl 1997-ben szakértők hozták létre, majd 2002-ben pontosították az un. Beers listát. Ez az összeállítás 48 gyógyszert /gyógyszercsoportot tartalmaz, melyeknek alkalmazását a szakértőcsoport idősek számára nem tanácsolja. A kritérium rendszert 2010-ig 7 európai ország vezette be és az EUGMS is támogatja. A program javított formája az un. STOPP/START program. A STOPP kritériumok szervrendszerek szerint listázzák azokat a gyógyszereket/hatóanyagokat, melyek alkalmazása a kifejezett mellékhatások, vagy káros hatások miatt tilos. A START rendszer azokat a gyógyszereket listázza szintén szervrendszerek szerint, melyek alkalmazása megfontolandó, ha bizonyos feltételek fennállnak és nincs ellenjavallat.
Az eddigi tanulmányok megerősítik, hogy a Beers lista STOPP/START programjának alkalmazása az idősek gyógyszeres kezelésében alkalmasabb a mellékhatások/ káros kölcsönhatások elkerülésére, mint az általánosan alkalmazott gyógyszerelés, mely nem veszi figyelembe az idős beteg fiziológiás/pathológiás sajátosságait.
Wehling megalkotta a FORTA (Fit fOR The Aged) klasszifikációt (az angol verzió 2009-es).
Ez a megközelítés elsőként ötvözi az egyes kezelési módszerek vagy gyógyszerek egyaránt pozitív és negatív oldalait is.

A FORTA a gyógyszerek vagy gyógyszercsoportokat 4 kategóriába sorolja:

- „A" kategória (absolutely/nélkülözhetetlen)= nélkülözhetetlen gyógyszerek, melyek bizonyos indikációban idős betegekben is egyértelműen előnyösek a kockázat- haszon becslés tekintetében
- „B" kategória (beneficial/előnyös)= gyógyszerek, melyeknek bizonyítottan, vagy nyilvánvalóan effektívek idősekben, de hatékonyságuk mértéke korlátozott, vagy a biztonságosság tekintetében körültekintést igényelnek
- „C" kategória (careful/kérdéses)= gyógyszerek, melyek kockázat- haszon értékelése idős betegek esetében kérdéses, ezért ezeket kell elsőként elhagyni, és helyettük alternatívákat kell keresni és találni; a hatás és mellékhatás intenzív monitorozása elengedhetetlen
- „D" kategória (don't/kerülendő)= idős betegeknél kerülendők, majdnem mindig elhagyandók, alternatívát kell keresni és találni.

A FORTA lista több, mint 20 fő indikációs csoport mentén rendszerez több, mint 200 gyógyszert, amiket leggyakrabban írnak fel idős betegek hosszú távú kezelése kapcsán. A FORTA mindennapi klinikai alkalmazásához ajánlott használati útmutatókból kiderül, hogy a FORTA egy olyan implicit módszer, mely megköveteli a beteg mélyreható ismeretét, amit bele kell foglalni a komplex döntési folyamatba ahhoz, hogy az idős beteg optimális gyógyszeres kezelést kapjon.

Dr. habil. Balaskó Márta

Dr. Balaskó Márta jelenleg a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Transzlációs Medicina Intézet habilitált egyetemi docense. 1968. március 13-án született Pécsett. Középiskolai tanulmányait a pécsi Nagy Lajos Gimnáziumban végezte, ahol 1986-ban „Nagy Lajos Díj"-at nyert. 1992-ben a Pécsi Orvostudományi Egyetemen szerzett orvosi diplomát „summa cum laude" minősítéssel. Egyetemi évei alatt több külföldi ösztöndíj nyertese, Svédországban és Dániában töltött szakmai gyakorlatokat. Ezután a Kórélettani Intézet Szelényi Zoltán és Székely Miklós professzorok által vezetett Hőszabályozási Munkacsoportjában kezdte meg kutatói és oktatói tevékenységét. 1995-től két éven át kutatott Michel Cabanac professzor irányítása mellett a québec-i Laval Egyetem Élettani Intézetében (Kanada). 1998-ban és 1999-ben elnyerte a Magyar Idegtudományi Társaság, illetve a Magyar Élettani Társaság Ifjúsági Díját. 2000-ben a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán védte meg PhD értekezését. „A kísérletes endotoxin-láz pathogenezise patkányban: központi idegrendszeri neuropeptidek és abdominalis idegi afferentáció szerepe." – címmel. 2011-ben habilitált a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán, 2013 decemberében nevezték ki a Kórélettani és Gerontológiai Intézet docensévé.

Az Intézet Légzésfiziológiai Laboratóriumának vezetője.

Tudományos közleményeinek száma 45, összesített impakt faktora 67,423, független citációinak száma 342. Kutatási területe az energia háztartás életkor- és testösszetétel-függő szabályozási eltéréseinek vizsgálata rágcsálókban.

A Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság (MGGT) mellett, számos hazai és nemzetközi tudományos szervezet tagja. 2014-től a Magyar Élettani Társaság (MÉT) vezetőségi tagja, 2015-től elnökségi tag. Nemzetközi szaklapok rendszeres bírálója. Számos TDK hallgatója tartott díjazott előadásokat hazai és nemzetközi konferenciákon, illetve nyújtott be díjazott dékáni pályamunkákat. Jelenleg 2 PhD-hallgató témavezetője.
Aktívan részt vállal a graduális orvos és fogorvos képzésben a magyar, az angol és a német évfolyamokon is.
2014-ben és 2015-ben „Kiváló Gyakorlatvezető" elismerést nyert. Mind-három nyelven sikeres elektív, illetve fakultatív kurzusok vezetője. Angol és francia nyelvből általános „C" típusú felsőfokú, német nyelvből szakmai (PROFEX) „C" típusú felsőfokú nyelvvizsgával rendelkezik.

Táplálkozási tényezők és a fizikai aktivitás szerepe az időskori kardiometabolikus eltérések megelőzésében

Balaskó Márta egyetemi docens

PTE ÁOK Transzlációs Medicina Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12.

A világ népességének progresszív elhízása, illetve fokozott öregedése egyre nagyobb kihívást jelent az egészségügyi, társadalombiztosítási és szociális ellátó rendszerek számára. Magyarország sajnos mindkét trend tekintetében az élvonalban van. Túlsúlyos, illetve elhízott a felnőtt lakosság több mint fele. A középkorú nőknél ez az arány még 53%, de 65 év felett eléri a 65%-ot. A túlsúlyos és elhízott középkorú és idősebb férfiak aránya pedig meghaladja a 70%-ot. Hazánk korfája öregedő társadalmat ír le, amelyben a 60 év feletti korosztály aránya 2015-re elérte a 25%-ot (a 65 év felettiek pedig a 18%-ot), ráadásul az idős népességben a biológiai öregedés is gyorsabb ütemű, mint a fejlettebb országokban.

Az öregedés során a test zsírtartalma jellemzően nő az aktív szövetek (pl. izomzat) rovására. Ugyanakkor a bármely okból bekövetkező elhízás a következményes inzulin- és leptin-rezisztencián, gyulladáskeltő, valamint más metabolikus (diszlipidémia, károsodott cukorterhelés) és endokrin (kortizol és ösztrogén szint-emelkedés) eltéréseken keresztül maga is gyorsítja az öregedési folyamatokat. Sürgető feladat olyan, mindenki számára elérhető életviteli módszerek kidolgozása, amelyek segítenek megelőzni, illetve kezelni az elhízást és meghosszabbítják az idős korosztályok egészségben eltöltött, aktív éveit.

Az öregedést befolyásoló tényezők között kiemelkedik az egészséges testtömeg megtartása, illetve visszaállítása, az egészséges diétával kombinált, mérsékelten (30% körüli) csökkentett kalóriabevitel, a kardiorespiratorikus edzettség, illetve a rendszeres, optimális fizikai aktivitás, mint biztonságos és hatékony módszerek, amelyek mind a fizikai, mind a szellemi hanyatlást jelentős mértékben késleltetik.

Az elhízottak körében sajnos nagyon alacsony a tartós fogyást elérők és megtartók aránya. Magyarországon az átlagos napi kalória bevitel ma is meghaladja a 3400 kcal-t, amely világviszonylatban magasnak számít. A felnőtt lakosság körében a napi energia bevitel több mint 11%-a származott telített zsírokból, amely ennek a magas kalóriatartalmú diétának az egészségtelen összetételére utal. Jóléti társadalmakban a fizikai aktivitás általános szintje is folyamatosan csökken. Magyarországon a lakosság 67%-a napi 10 percet sem sportol, a naponta rendszeresen sportolók aránya 4,5%. Ez sajnálatos jelenség, mert a fizikai aktivitás segít megtartani a normális testtömeget, megelőzni a középkorúak elhízását. A rendszeres sport késlelteti a korfüggő izomsorvadás (szarkopénia) és csontritkulás kialakulását. Az alapanyagcsere fokozása mellett, az edzett izom, tartós munka során képes zsírt égetni, hozzájárulhat a diszlipidémia és az inzulinrezisztencia megelőzéséhez. A rendszeres sport hozzájárulhat az esszenciális hipertónia betegség megelőzéséhez is. A rendszeres fizikai aktivitás protektív hatású az időskori központi idegrendszeri degeneratív betegségekkel (mint az Alzheimer kór) szemben, mérsékli a stressz-hatásokat, véd a depresszió ellen is.

Újabb kutatások aláhúzzák az intenzív fizikai terhelés által megszerezhető kardiorespiratorikus edzettség jelentőségét a szív-érrendszeri és metabolikus betegségek, mint 2-es típusú diabetes mellitus megelőzésében. A mérsékeltebb, bár rendszeres fizikai aktivitás önmagában elsődlegesen a szív-érrendszeri betegségek megelőzését segíti elő, míg a testtömeg csökkenéshez vezető diéta (edzés nélkül) főként a cukorbetegség megelőzésében bizonyult hatékonynak. A legjobb eredmények természetesen a módszerek hosszú-távú, kombinált alkalmazásával érhetők el.

A komplex háttérmechanizmusok részben ismertek, az oxidatív stressz csökkenésétől, a gyulladásos mediátorok visszaszorulásán, az inzulin- és leptinrezisztencia javulásán át az egyéb kóros endokrin folyamatok lassulásáig. Ezen háttérmechanizmusokat a táplálkozási tényezők és a változó minőségű és mennyiségű fizikai aktivitás, különböző mértékben képesek befolyásolni, melyek ismerete segíthet az optimális, öregedést késleltető, egyéni stratégiák kidolgozásában.

Dr. habil. Ifj. Benkő Sándor

2009-től Szegedi Tudományegyetem I. Belgyógyászati Klinika
Geriátria és Krónikus Belgyógyászati Osztály
egyetemi magántanár, főorvos
1995-2009 SZMJVÖ Szakellátás, szakfőorvos, főtanácsos, habil. Med.
1974-1995 SZOTE II. Belgyógyászati Klinika, gyakornok, tanársegéd

Tanulmányok

1987. London King's College, British Council, kutatói ösztöndíj
1983. Holland Rákkutató Intézet-Amsterdam, kutatói ösztöndíj
1981. Berlin Charitee Haematológia, asszisztens csere
1968-1974 Szegedi Orvostudományi Egyetem ÁOK, általános orvos,
molekuláris biológia

Szakvizsgák

2001. geriátria
1979. belgyógyászat

Tudományos fokozat

2002. egyetemi magántanár
2000. habilitáció
1998. Ph.D, sejt molekuláris biológia – summa cum laude

Oktatói tevékenység

1974-től SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika, II. Belgyógyászati Klinika, posztgraduális képzés, SZTE Fogorvosi Kar,
SZTE ETSZK
belgyógyászat, geriátria-gerontológia (magyar, angol)
2003. SZTE ÁOK I. Magatartástudományi Intézet Gerontológiai-Geriátriai Részleg, mb. vezetője, oktatója

Releváns egészségügyi szakmai minőség-fejlesztési tevékenységekben való jártasság bemutatása:

2014- GYEMSZI-OBDK geriátria és krónikus betegségek országos minőségügyi továbbképzések megszervezése, szakmaspecifikus irányítás
1995-2009. SZMJVÖ szakellátás főtanácsosa, továbbképzések megszervezése, szakmaspecifikus irányítás
1981-től MTA SZBK Biokémiai Intézet, közös publikációk, előadások, kongresszusok

Molekuláris biológiai kutatás az öregedés, membránfluiditás, stresszválasz témakörben

Benkő Sándor[1], Balogh E. Gábor[2], Péter Mária[2], Török Zsolt[2], Gombos Imre[2], Glatz Attila[2], Horváth Ibolya[2], Vígh László[2]

[1]SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika, Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály, Szeged; [2]MTA SZBK Biokémiai Intézet, Molekuláris Stresszbiológiai Kutatócsoport, Szeged

Mivel az öregedés következményeként sejtjeinkben "hibás" (pl. oxidatív stressz által sérült) fehérjék szaporodnak fel, ezért a megfelelő protein homeosztázis ("proteosztázis") fenntartását biztosító ún. dajkafehérjéink (molekuláris chaperonok) expressziója, működése az öregedési folyamatokban kulcsszerepet töltenek be. A stresszfehérje molekuláris chaperonok (pl. Hsp70, Hsp60, Hsp27) szintje ui. csökken az életkorral, ennek legjobb bizonyítéka, hogy az aberrált fehérjék által kiváltott, ismert neurodegeneratív betegségek gyakorisága öregedéssel közismerten növekszik.

Az SzBK Molekuláris Stresszbiológia Csoportja új megközelítésben tárgyalta a fentieket. Munkáink során bizonyítottuk, hogy a sejtes stresszválaszadó képesség redukciója az öregedés során szoros összefüggésben van a sejtmembránok finomszerkezeti ill. lipidösszetételbeli változásaival, a membránfluiditás csökkenésével. A membránjaink "minősége" és a stresszfehérje (Hsp) válasz közötti kapcsolat felderítéséhez különböző in vivo membránmódosító eljárásokat (pl. katalítikus lipid hidrogénezés vagy kémiai fluidizáló ágensek használata) vezettünk be. Az általunk elsőként kidolgozott hidrogénezési technikával a sejtfelszíni membránok szabályozottan rigidizálhatók (Benkő et al., BBA, 1987), az amfifil benzilalkohol (BA) a membránokat fluidizálja. Kísérleteink során a hidrogénezés élő sejteken jelentősen csillapította, míg a BA kezelés már izotermális körülmények között (37°C) is jelentősen aktiválta a Hsp70 dajkafehérje expresszióját. Összehasonlítottuk kvantitatív valós-idejű PCR-rel, hogyan változik a különböző hősokk gének expressziója membráneredetű stressz során, ill. különböző hőmérsékleteken. Az indukciók nagysága alapján a BA kezelés a 41 °C-os ún. „enyhébb" (lázszerű) hősokkhoz áll a legközelebb, bár a kétféle stresszor hatása nem teljesen azonos. A membránperturbáció által módosítható stresszválasz univerzalitását jól igazolta, hogy azt a legkülönbözőbb sejtekben megfigyelhettük (Balogh et al., FEBS J., 2005; Nagy et al., PNAS, 2007) és legújabban kiválthattuk a sejtmédiumból hozzáférhető lipidek arányának módosításával is (Péter et al., Mol.Mem. Biol, 2012). Az irodalomból ismert, hogy a hsp-gének stresszindukált expresszióját a Hősokk Faktor 1 (HSF1) transzkripciós faktor irányítja a hsp-gén promóterekben található hősokk elemeken keresztül. A HSF1 membráneredetű stresszfehérje indukcióban betöltött központi szerepét alátámasztotta, hogy HSF1-et nem tartalmazó HSF1 -/- egér embrionális fibroblaszt sejtekben a hsp indukció nagyon kismértékű a HSF1 +/+ sejtekhez képest.

Annak tisztázása érdekében, hogy az élettani szempontból is nagyon lényeges hőstressz hogyan modulálja az elsődleges stresszérzékeléssel összefüggő membrán mikrodoméneket, karakterizáltuk a hő- és BA-indukálta stressz hatására bekövetkezett membrán-lipid változásokat (Balogh et al., BBA, 2010). A raftképző tulajdonsággal rendelkező lipidek (koleszterol, ceramid és telített membránlipidek) ill. bizonyos lipid molekulaspecieszek akkumulációja jól megmagyarázta a korábban fluoreszcens mikroszkópiával tapasztalt rendezett plazmamembrán domének kondenzációját (Nagy et al., PNAS, 2007; Balogh et al., PLoS ONE, 2011). Az átrendeződött lipid-raftokban lokalizált különböző fehérjék a lipidkörnyezetük változására úgy módosítottak bizonyos jelátviteli útvonalakat, hogy a plazmamembrántól a sejtmagba irányuló jeltovábbítás, hősokk gének aktiválódásához vezetett.

Végezetül rá kívánunk világítani a stresszválasz itt vázolt membránelméletének (Vigh et al., TiBS, 2007; Török et al, BBA, 2014;) néhány alkalmazási lehetőségére. Ezek között is kiemeljük azoknak a gyógyszerjelölteknek a kutatását-fejlesztését (Crul et al., Curr. Pharm. Des., 2013; Escriba et al, Progr. Lipid Res., 2015;), amelyek a membrán- ill. lipidkárosodással, valamint stresszválaszadó képesség csökkenéssel együttesen járó ismert betegségeket (kettes diabétesz, AD) célozzák.

Dr. Berényi Tamás

Sürgősségi Orvostani - Oxyologia Tanszéki Csoport, Sürgősségi Betegellátó Osztály

Aneszteziológus és intenzív terápiás (1984), valamint sürgősségi orvostani szakorvos (2002), egészségügyi menedzser specialista, egészségügyi szakértő. A szakfelügyeleti rendszerben jelen átalakításig országos szakfelügyelőként vett részt. A Semmelweis Egyetem Sürgősségi grémiumának megalakulása óta tagja. Aktív szerepet vállal mind az ápolói, mind az orvosi graduális és posztgraduális képzésben. A szakvizsgabizottság elnöke. Vezető szerepe volt a Szent Imre Kórház sürgősségi rendszerének kiépítésében, üzemeltetésében, jelenleg a Semmelweis Egyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika Sürgősségi Orvostani – Oxyologia Tanszéki Csoport csoportvezető-helyettese. A hazai sürgősségi ellátás programjának egyik leírója.

Megalakulása óta tagja a Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság Közhasznú Egyesületnek, 2010-től elnöke. Aktív tagja többek között az EuSEM-nek, az ACEP-nek, az IFEM-nek, az ERC-nek, az ESICM-nek. A UEMS-ben hazánk sürgősségi képviselője. A Magyar Resuscitatios Társaság egyik alapítója.

Az idősek sürgősségi ellátása

Berényi Tamás klinikai főorvos

Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika

A sürgősségi ellátás a betegekhez rendelt, idővel gazdálkodni képes, standardizált szakmai és szervezeti allokációra épülő szemlélet. Akut jellegű ellátáson belül ez a korszerű szemlélet egységében garantálja a betegek biztonságát és az ellátórendszer hatékonyságát. Alkalmazhatósága kortól, nemtől, korfolyamattól, de még az ellátás helyétől, időpontjától is független. A sürgősségi ellátást egy folyamatosan nyitott felületként kell elképzelni, ahol a beteg aktuális állapotának megfelelni képes csapat végzi a betegellátását. A felület üzemeltetése, a probléma súlyossági fokának felismerése, a primer állapotstabilizálás, és az ellátói csapat beteghez rendelése, egyben a definitív ellátásban való részvétel a sürgősségi orvostan feladata. Ez az a medicinális tevékenység nem elsődlegesen definitív kórfolyamatok, hanem tünetegyüttesek ellátására és a tünetegyüttesek rizikó szintjének helyes értékelésére irányul. Ebben a specifikus stratifikációs folyamatban a kor magában hangsúlyos rizikótényezőként szerepel, jelezve a szélsőséges korcsoportok veszélyeztetettségét.

Az időskor, magában azért is rizikó tényező, mert az ebben a korcsoportban nagyobb gyakorisággal megmutatkozó betegségek, az összetett gyógyszerhatások és a szervezet öregedési folyamata, fiziológiásan változó reaktivitása a klasszikus tünettant jelentősen modulálja. Ezt a releváns tényt kell hangsúlyosan figyelembe venni a betegek allokációja, sürgősségi ellátásban triázsnak nevezett folyamat során. A klasszikus triázs rendszerekben, így a hazai Magyar Sürgősségi Triázs Rendszerben (MSTR) is a kor meghatározó moduláló tényezőként szerepel.

Az utóbbi évtizedek demográfiai hangsúlyai és az ehhez társuló epidemiológiai mutatók is indokolják, hogy az idős emberek akut jellegű ellátásával, hangsúlyának megfelelően foglalkozzunk ezzel a betegcsoporttal. Talán ezek az elvárások és az ellátórendszerek sajátosságai járultak hozzá, hogy egy integratív, önálló diszciplínán, a sürgősségi orvostanon belül, a gyermek sürgősségi ellátás mellett, szubdiszciplináris szinten beszélünk az időskori sürgősségi ellátásról.

Az öregedés folyamatában számos perkondicionáló tényező vetül össze zajló krónikus kórfolyamattal, kapcsolódó multiplex gyógyszerhatással és az öregedésből adódó csökkenő rezervvel. Az öregedés folyamatával változó farmakológia hangsúlyok (kinetika, hasznosulás, megoszlás, klírensz, dinamika) és az összetett, gyakorta iatrogén szintű (prescribing cascade) gyógyszer együtthatások komplexitása az idős betegek akut ellátási csapatában jelöli a klinikai farmakológus helyét, szerepét. A primer panasz, tünetegyüttes felismeréséhez speciális kommunikációs technika, az inputot meghatározó speciális állapotok gyors értékelési készsége (látás, hallás, mentális állapot) szükséges. Az idős korra jellemző fiziológiás- és kórfolyamatok a sürgősségi fókuszált, perfúziós-oxigenizációs egyensúlyt megítélő vizsgálatok átértékelését teszi szükségessé – tudatállapot (pl. delírium), fájdalom (pl. annak gyakori hiánya), légút (pl. prothesis, microstomia), keringés (pl. normoton shock állapot), termoreguláció (pl. hipoterm hajlam), potenciális trauma gyakoriságának vélelmezése szintjén. Az időskori-tünetegyüttes (G-syndrome), a kontinencia zavarok, az alvásproblémák, a delírium, a demencia, a gyakori elesés, az oszteoporózis és a súlyvesztés magában nem sürgősségi tünetegyüttes, azonban számos sürgősségi kórfolyamat alapját képezheti.

Az akut jellegű kórfolyamatok értékelése és ellátása során a korral, esetünkben az öregedéssel járó élettani és kórélettani ismeretek helyes alkalmazása meghatározó tényező. Abban az ellátási formában ahol párhuzamosan több akut jellegű beteg menedzselése történik és ahol az idő helyes vezetésének, kimenet szempontjából meghatározó szerepe van, nagy a hibázás lehetősége és súlya is egyben. Ezért is hangsúlyos, hogy a sürgősségi ellátás felületén csapat szintű legyen a tevékenység. Ennek a csapatnak részévé kell tenni a beteget, hozzátartozóit és mindazon szakterület képviselőit, akik adott beteg, adott kórállapotában szakértelmükkel, készségükkel hozzá tudnak járulni a közös cél hatékony eléréséhez. idős betegeink esetében ennek csapatnak meghatározó tagjai a geriáter szakorvosok, éppen úgy, mint a klinikai farmakológusok. A sürgősségi felület tervezése és üzemeltetése során figyelembe kell venni az egyes betegcsoport speciális ellátási igényét – így van ez a növekvő számú idősek ellátásával is. Ápolói és orvosi szinten, már képzés során hangsúlyt kell fordítani az időskorú betegekkel való kommunikáció, etikai kérdések kezelésének és ellátási specifikumok készség szintű elsajátítására. A sürgősségi felületet, szervezetileg és kubatura szintjén is, fel kell készíteni életvégi helyzetek megoldására is. Rendszer szintjén funkcionális kapcsolatot kell kiépíteni az ellátási folyamat megelőző (belépő) és követő (kilépő) egységeivel, beleértve a szociális rendszert is, átjárást biztosítva az ott tevékenykedő Kollegák számára.

Az akut jellegű ellátás kihívásaira a beteghez integrált ellátási rendszer számos ponton ad hatékony választ. Ennek a rendszernek biztosít felületet a sürgősségi ellátás. Ezen a felületen csapat jelleggel számos szakterület képviselőjének kell tevékenyen megjelennie. A klasszikus csapatmunka, a benne rejlő „bus factor" mind, mind hatékonyságot, hasznosságot szolgáló tényező. Idős betegink ellátásának akut fázisában ez a csapat jelleg biztosíthatja csak az optimális, kimenetet mennyiségi és minőségi szempontból is meghatározó döntést. Újabb és újabb specifikumok, szub-szubspecializtások megjelenése helyett, ennek a szemléletnek a térnyerését javaslom támogatni. Ebben a megközelítésben, idős betegeink érdekében a geriater szakorvosoknak meghatározó szerep jut a „sürgősségi" csapatban és ezáltal a sürgősségi orvosok is betölthetik meghatározó integratív szerepüket.

Dr. Boga Bálint

Dr. Boga Bálint (1938)

1962-ben végeztem a Budapest Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán. Belgyógyász, klinikai onkológus és geriáter szakorvos vagyok. Belgyógyászként eleinte hematológiával foglalkoztam.

1980 és 1992 között geriátriai, onkológiai és angiológiai feladatokat ellátó krónikus osztály vezetője voltam a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórházban, majd 1992-2003 között a Károlyi Sándor Kórházban aktív, gasztroenterológiai profilú osztály vezetője.

2003 óta a hospice-ellátásban dolgozom, két főiskolán gerontológiai tárgyat oktatok.

1983 óta vagyok a Magyar Gerontológiai (most: és Geriátriai) Társaság tagja,
1990-től a Vezetőség tagja,
2005-2010 között alelnöke, majd elnöke voltam.

1985-ben elnyertem a Haranghy László díjat. A fő kutatási és elemzési területem az idősek egészségügyi és szociális helyzetének, ellátásának kapcsolata, határterületi kérdések.

További gerontológiai vonatkozású megbízatásaim voltak:

Hazai: M. Szociálpolitikai Társaság alelnöke, szociális PHARE-program irányító bizottságának tagja, UNI-CRI program részvevője, a MTA Felnőttoktatási Albizottságának tagja;
Nemzetközi: Európa Tanács geroedukációs, az EK COST A5 gerontechnológiai projektjének résztvevője, az International Federation on Ageing igazgató tanácsának tagja. Több gerontológiai témájú külföldi tanulmányúton, kongresszuson vettem részt (a budapesti világkongresszusnak, 1993-ban, egyik szervezője voltam).

Közel száz szakmai előadásnak, kb. 60 szakdolgozatnak, 8 könyvrészletnek szerzője voltam.

Saját önálló szakkönyvek:
Klinikum és farmakoterápia időskorban (orvosi rész főszerkesztője), Pillantás a dombról (19 fejezet a gerontológia területéről).

Főbb kitüntetéseim:
Egészségügy Kiváló Dolgozója, Magyar Köztársaság Érdemrend Kiskeresztje, Batthyány-Strattmann Díj, Újpest Díj.

Az "aktív idősödés" paradigma kialakulása és fejlődése

Boga Bálint főorvos, az MGGT volt elnöke

Magyar Hospice Alapítvány

Az idősödés biológiai folyamata a funkcióképesség és következményeként a tevékenység csökkenésével jár. Az emberiség történetében már a korábbi periódusokban is találkozunk az aktivitás valamilyen formában való fenntartására irányuló javaslatokkal, mely a hanyatlás ellen hat (Cicero, Zerbi, Hufeland).
A 20. század a gerontológia tudománya megszületésének korszaka, különösen a 2. világháború után fejlődött. Kiinduló pontnak tekinthető az ún. „disengagement" (kivonulási) teória (1961, Cumming, Henry), amely az idősek számára az aktív évek után a passzív nyugalmat javasolja. Ezt követően hamarosan megjelent ennek ellentéteként az aktivitási (Havighurst), valamint a kontinuitási (Atchley) teória, amelyek a megmaradó funkciók gyakorlását és új tevékenységek indítását tartják célszerűnek idősek számára, az öregedési folyamatok lassítása céljából. Ez az elv egyre szélesebb körben polgárjogot nyert. A fizikai és szellemi aktivitás („active ageing") biológiai és pszichológiai hatásmechanizmusok révén pozitív szomatikus, lelki és szociális hatásokat eredményez.
1990-ben jelent meg a "sikeres idősödés" (successful ageing) társuló paradigma az öregedéstudomány és a gyakorlat világában (Baltes), úgy mint egyes időseknél az életmód következtében elért pozitív kimenetel és ennek alapján javasolt életvezetési rezsim.
Most általában a részletesebben kidolgozott formulát idézik (1998, Rowe, Kahn). Ebben az aktivitás több összefüggésben szerepel.
Az aktivitás a folyamat, a sikeresség pedig az eredmény. Az aktív idősödés igazán paradigmává akkor vált, amikor a nemzetközi szervezetek magukénak vallották és meghirdették, mint követendő szakmapolitikát (WHO, ENSZ, Európai Unió).

Kiemelendő a 2002 évi madridi WHO-csúcs, ahol definiálták az aktív öregedés fogalmát („egészség, részvétel, biztonság optimalizálása az életminőség javítása céljából"). Az EU 2012-t az aktív idősödés évének jelölte ki. Az alap-paradigma az utóbbi évtizedekben két irányban teljesedett ki. Egyrészt pszichológiai és spirituális tényezőkkel kiegészítés szükségességét tartották elengedhetetlennek (Wong, Tornstam: gerotranszcendencia). Moody bevezette a „tudatos idősödés" (conscious ageing) fogalmát, amely a sikeres idősödés fogalmához illeszti az autonómia, életelégedettség, az élet értelmének kérdéskörét. Másrészt az ún. „spektrum modellben" pedig a szerzők (Martin, Dillen) az elvek konkrét, egyedeknél alkalmazható módszertanát írták le.

Dr. Császár Albert

Születési idő: 1953.06.16.

Egyetem: Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, 1979

Szakképesítések:
1983 Kórbonctan, kórszövettan
1987 Belgyógyászat
2000 Geriátria
2006 Klinikofarmakológia

Munkahelyek:
1979-1983 Semmelweis Orvostudományi Egye-tem I. sz. Patológiai és Kísérletes Rák-kutató Intézet, egyetemi tanársegéd
1983-1999 Semmelweis Orvostudományi Egyetem ÁOK, III. sz. Belgyógyászati Klinika, egyetemi adjunktus
1999 Semmelweis Egyetem ÁOK, Gerontoló-giai Központ, egyetemi tanár, igazgató
1999-2000 Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika, egyetemi tanár, klinikaigazgató
2000-2001 Semmelweis Egyetem Egészségtudo-mányi Kar, Belgyógyászati és Geriátriai Klinika, egyetemi tanár, klinikaigazgató
2001-2007 Országos Gyógyintézeti Központ, Belgyógyászati Osztály, osztályvezető főorvos
2007- HM Állami Egészségügyi Központ, majd MH EK Honvédkórház II. Belgyógyászati Osztály, osztályvezető főorvos

Tudományos fokozat:
1993 Orvostudomány kandidátusa
1998 Habilitációs fokozat
1999 MTA doktora

Egyéb érdemek:
Széchenyi Professzori Ösztöndíj 2002
6 PhD végzett hallgató mentor-tevékenysége (Semmelweis Egyetem)

Tudományos Ösztöndíjak:
1989-1990 Soros Ösztöndíj, Innsbrucki Egyetem, Biológiai és Genetikai Intézet, Ausztria
1990-1991 Osztrák Állami Ösztöndíj, ugyanott
1991 DAAD Ösztöndíj, Regensburgi Egyetem, Orvoskémiai és Genetikai Intézet, Németország
1993 Nemzetközi Atherosclerosis Társaság Ösztöndíj, Fort Worth Egyetem, Biokémiai Intézet, Dallas, USA
1995 Fogarty Ösztöndíj, Rockefeller Egyetem, Genetikai Intézet, New

Szakmai publicisztkai munka:
Könyv szerkesztés: 4 db
Könyv fordítás: 1 db
Könyvfejezet: 9 db
Impakt faktorral rendelkező angol közlemény: 51
Magyar nyelvű közlemény: 198
Impakt faktor: 134,2 (MTMT, 2016)
Idézettség (önidézettség nélkül): 1682 (MTMT, 2016)
Hirsch index: 20
Díj: 2010: Magyar Hypertonia Társaság, „Az Év Legkiemelkedőbb Angol Nyelvű Közleménye" (Balogh S., Kiss I., Császár A: Toll-Like Receptors: Link between „Danger" Ligands és Plaque Instability. Current Drug Targets 2009, 10(6):513-518,)
Orvostudományi folyóirat szerkesztő:
1998 - Hypertonia és Nephrologia c. lap – szerkesztő bizottsági tag
2000-2004 Lege Artis Medicinae – szerkesztőbizottsági tag
2000-2007 Current Atherosclerosis Report, Magyar Kiadás - főszerkesztő
2005-2010 MOTESZ Magazin - szerkesztőbizottsági tag

2011- World Journal of Pharmacology – szerkesztőbizottsági tag
2011- ISRN Vascular Medicine – szerkesztőbizottsági tag

Szakmapolitikai tevékenység:
1994-2002 Magyar Atherosclerosis Társaság – főtitkár
1994-2002 Magyar Orvostudományi Társaság Szövetsége (MOTESZ) elnökségi tag, főtitkár helyettes
2000-2004 Geriátriai Szakmai Kollégium – elnök
2000-2005 Magyar Gerontológiai Társaság – elnök
2003- Magyar Kardiológusok Társaság Metabolikus Munkacsoport – vezető
2009-2014 Magyar Hypertonia Társaság – vezetőségi tag
2008-2014 MOTESZ Orvosszakmai és Finanszírozási Bizottság - tag
2012- MAB referens
2013- EMA nemzetközi konzultáns

Időskorban is szükséges a koleszterincsökkentő kezelés

Császár Albert egyetemi tanár

osztályvezető főorvos, MH Egészségügyi Központ Honvédkórház, II. sz Belgyógyászati Osztály

A kardiovaszkuláris primer prevenció vonatkozásában 75 éves korig a mérsékelt hatékonyságú statin kezelés (2,6 mmol/l célérték, vagy 30-50%-os LDL-C csökkentés javallt), míg 75 év fölött ebben az esetben a már tartó kezelés 80 éves korig folytatható, amennyiben a kezelés tolerálható.
Szekunder prevencióban 75 éves életkorig erőteljes statin kezelés indokolt (1,8 vagy 2,6 mmol/l LDL-C célérték, vagy >50% LDL-C csökkentés). 75 év felett a 2,6 mmol/l célérték és a 30-50%-os LDL-C csökkenés, azaz a mérsékelt intenzitású statin dózis javasolt 80 éves korig.
Tehát a 75. év mind a primer, mind a szekunder prevenció vonatkozásában egy határvonalat jelent.
A másik mérföldkőnek a 80. életév tekinthető, amikor is mind a primer, mind a szekunder prevenciót érintve nem ajánlott a kezelés.
A rizikó stratifikációtól eltekintve mindenképpen hangsúlyozandó, hogy az idősek általános állapotának, körülményeinek megítélése az előbb említett két határvonalon túlmenően is az individualizált terápia elmaradhatatlan részét jelenti. A 65 év felett is már előforduló, de 75 év felett mindenféleképpen fennálló komorbiditás lehetősége, valamint a polifarmácia megléte szükségessé teszi a lelkiismeretes megítélést, azaz a máj, a vese és a mentális funkciók ellenőrzését, valamint a mellékhatásokra való odafigyelést.

Dr. Császár Tamás

Családi állapot: nős
Születési idő: 1951.03.02.
Születési hely: Budapest
Lakcím: 8900 Zalaegerszeg, Berzsenyi D. u. 13.
Telefon: +36 30 9868199

Tanulmányok:

1970 -1976 Semmelweis OTE Budapest
1981 Belgyógyászat szakvizsga
1988 Német középfokú nyelvvizsga
1999 Mozgásszervi rehabilitáció szakvizsga
2000 Geriátria szakvizsga
2007 Európai Számítógép-használói Jogosítvány

Munkahely:

1976.09.20 – 1994.07.31.

Zala Megyei Kórház I. Belgyógyászat

1994.08.01- osztályvezető.főo.
Zala Megyei Kórház Geriátria, Krónikus Bel és Mozgásszervi Rehabilitáció

2007-től aktív geriátriai tevékenység 10 ágyon

2012.07.01- Nyugat-Magyarországi Regió Geriátrai Centruma: 15 ágy aktív geriátria, 45 ágy krónikus utókezelés, 5 ágy mozgásszervi rehabilitáció. Szakmai szempontból az ellátórendszerhez 24 ágyas Ápolási osztály is tartozik. A Geriátria progresszivitási szintje: II.

2013.10.01- Az osztály geriátria szakirányra rész-akkreditált szakképző hely

Szakmai tevékenység:

2000-től Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság Vezetőségének tagja harmadik ciklusban

2000 - Geriátriai Szakmai Kollégiumi Tanács tagja harmadik ciklusban

1996.09.01- Magyar Belgyógyász Társaság és az ORFM Társaság tagja

2013.10.01. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar ZKK óraadó oktatója gerontológia és geriátria tantárgyban Nyugat-Magyarországi Régió geriáter szakfelügyelő főorvosi kinevezés

Kitünetések:

1984 Főigazgató Főorvosi Dicséret
1987 Intézmény Kiváló Dolgozója
1993 Nívódíj tudományos munkáért
1999 Nívódíj tudományos munkáért
2003 Nívódíj tudományos munkáért
2003 Oklevél a Zala Megyei Kórház 150 éves évfordulója alkalmából
2010 Zala Megyei Kórházért elismerés
2010 Miniszteri Dicséret
2015 PTE címzetes egyetemi docensi kinevezés

Tudományos tevékenység:

12 első szerzős és 2 társ szerzős közlemény, kb. 70 előadás kongresszusokon, konferenciákon, továbbképzéseken.

.

D-vitamin ellátottság 75 év feletti idős betegek körében

Császár Tamás c. egyetemi docens, osztályvezető főorvos

Zala Megyei Szent Rafael Oktatókórház, Geriátria, Krónikus Belgyógyászat és Rehabilitációs Osztály, Zalaegerszeg

Bevezetés: A D-vitamin fontos szerepet játszik a kalciumháztartásban, de az immunológiai és a sejtanyagcsere folyamatokra is nagy hatással van. Az idős korban – 75 év felett – sem a táplálékkal bevihető, sem a bőrben képződő D-vitamin mennyisége nem kielégítő. Idős korban gyakran fordul elő D-vitaminhiány, erről azonban hazai adat alig fordul elő. ***Célkitűzés:*** A szerző idős korú betegek D-vitamin szintjének felmérését tűzte ki célul a megfelelő D-vitamin ellátottság biztosítására számukra leginkább kedvező hónapokban saját beteganyag elemzése alapján. Módszer: 2015 május-június-július hónapokban a Geriátria Centrumba felvett 108 idős betegben határozták meg a szérum totál D-vitamin szintjét. ***Eredmények:*** A betegek átlag D-vitamin szérumszintje 13,3 ng/ml volt. Csupán a betegek 2%-ában volt megfelelő a D-vitamin ellátottság (több, mint 30 ng/ml). A vizsgált betegek 6,7%-ánál D-vitamin hiány állt fenn (15-30 ng/ml között). A betegek 91%-ánál súlyos (kisebb, mint 15 ng/ml) D-hipovitaminózis volt igazolható. ***Következtetések:*** Az időskorú betegek D-vitamin ellátottsága még a legkedvezőbb évszakban sem megfelelő. Idős korban ajánlott a D-vitamin szint ellenőrzése és szükség esetén pótlása a rendelkezésre álló napi 1000 illetve 3000 NE-t tartalmazó D-vitamin készítménnyel. Legújabban a 30000 NE tartalmú D-vitamin feltöltő – 3 hónapon át hetente egyszeri – majd ezt követően havonta egyszer történő adásával.
Kulcsszavak: idős kor, D-vitamin ellátottság, D-vitamin pótlás

A D-vitamin hiánya világszerte jellemző egészségügyi probléma, Európában 40-70%-ra tehető a gyakorisága. Szervezetünk három D-vitamin forrása: a táplálékkal felvehető D2 vitamin (ergoszterol), a bőrben UV-sugarak hatására képződő D3 vitamin (kolekalci-ferol) és a per os bevitel. Ahhoz , hogy aktívvá váljanak, előbb a májban, majd a vesében enzimek segítségével át kell alakulniuk hatékony D-vitaminná. A táplálék D-vitamin forrásai a halmáj olajok, máj, tojás, tej és tejtermékek, margarinok, méz, csiperkegomba, zabpehely, élesztő, búzacsíra. A D-vitamint azonban táplálékkal nem lehet kellő mennyiségben a szervezetbe juttatni. A napfény hiányából eredő D-vitamin hiány az állandó éjszakai műszakban dolgozókat, a zárt ruházatot viselőket, az északi országokban élőket – ahol hosszúak és hidegek a telek –, az időseket és az ápolási, gondozási otthonokban élőket veszélyezteti.
Az idősödéssel mind kevesebb D-vitamin kerül a szervezetbe. A csontok állapota romlik, csökken az izomerő, következménye a gyakori elesés. D-vitamin szükséges a csonttömeg fenntartásához, az izomerőhöz és az egyensúlyhoz. A D-vitamin csökkenti az esések kockázati tényezőit és a csípőtáji törések számát. Központi szerepe van a fertőző betegségek kivédésében, a szervezet védekezésében, az emlő-, és vastagbélrák , a szív és érrendszeri betegségek, a diabetes, a depresszió megelőzésében.

D-vitamin szint meghatározás indokai: D-vitamin hiányos betegek azonosítása és a D-vitamin pótlás eredményének monitorozása. A labor az össz-25-OH-D vitamin szintjét határozza meg. A normál érték: 30,1-55,0 ng/ml. Súlyos a D-vitamin hiány 15ng/ml alatt, enyhe D-vitamin hiányt jelez a 15-30ng/ml közötti érték. Optimálisnak a 30-55 ng/ml közötti szint felel meg.

D-vitamin szint mérése javasolt:
- idősotthonban élők, idősek többszöri elesése,
- osteoporosis, hyperparathyreosis, diabetes mellitus,
- felszívódási zavarokkal járó betegségek, krónikus obstruktív tüdőbetegség,
- krónikus vese-, májbetegség, antikonvulzívumok, glükokortikoidok tartós szedése esetén.

A Zala Megyei Kórház Geriátria Centrumban 2015. május-június-július hónapokban 103 idős betegnél (75 nő, 28 férfi) történt a 25-OH-D vitamin szint meghatározása immunkémiai módszerrel (Roche Modular E). A betegek átlagéletkora nőknél 83,5 év, férfiaknál 81,7 év. Az átlagos D-vitamin szint 13,03 ng/ml volt (nőknél 13,81ng/ml, férfiaknál 12,24 ng/ml). Csupán a betegek 2%-ában - 2 betegnél - volt megfelelő a D-vitamin ellátottság, akik osteoporosis miatt napi 1000 NE D3-vitamint és 600 mg kalcium-citrátot szedtek. A betegek 6,7%-ánál – 7 betegnél – enyhe D-vitamin hiány állt fenn. A betegek 91%-ánál – 94 betegnél – súlyos D-hipovitaminózis igazolódott a nyári hónapok ellenére.

Következtetések
Fokozott kockázatnak kitett egyéneknél, időseknél egész évben – a nyári hónapokban is – javasolt a napi 1000 NE, azaz havonta 30000 NE Vitamin D3 adása. Téli és tavaszi hónapokban megelőzés céljából 2 hetente 30000 NE bevitele javasolt. Egy átlagos felnőttnek naponta 1500-2000 NE a D-vitamin szükséglete. Terápiás célból, súlyos D-vitamin hiány esetén feltöltő dózisként hetente 30000 NE adandó három hónapon át, majd havonta egyszer 30000 NE. A D-vitamin terápia alatt naponta 600-1200 mg kalciumbevitel szükséges.

Dr. Egervári Ágnes

dr Egervári Ágnes neurológus, neuropathológus, szociális szakember.
Közel 20 éve foglalkozik hivatásszerűen idősgondozással: 115 férőhelyes tartós és átmeneti bentlakásos idősellátást, demens betegek nappali és bentlakásos gondozását, fogyatékkal élők számára támogató szolgálatot valamint szakápolást működtető civil intézmény (Boldog Gizella Alapítvány) létrehozása, szakmai és gazdasági működtetése fűződik a nevéhez.
Számos szociális és egészségügyi – szociális határterületi szakmai és szakmapolitika projekt kidolgozója/ résztvevője (2007-11 HGCS I-III, sztenderdizációs projekt)
Rendszeresen oktat graduális és posztgraduális szociális és egészségügyi képzésekben, szerepel hazai és nemzetközi rendezvényeken.
Tagja a Szakmai Kollégium Geriátriai és Krónikus Ellátás Tagozatának valamint az Idősügyi Szakmai Kollégiumnak. A Szociális Klaszter Egyesület elnöke, a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság vezetőségi tagja és az ELTECA (európai LTC szakmai szervezet) alapító tagja.
2015 óta a Katolikus Szeretetszolgálat főigazgatója

INDA STRATÉGIA: Interprofesszionális képzési programok jelentősége

Egervári Ágnes főigazgató, elnök

Katolikus Szeretetszolgálat, Szociális Klaszter

HÁTTÉR, CÉLKITŰZÉS:

Napjaink egyik legnagyobb népegészségügyi kihívása világszerte a demencia. Még ma is gyakran az öregedés természetes részeként kezelik a szellemi hanyatlást, noha a korral együtt járó feledékenység és a demencia szindrómák között óriási a különbség. A hiányos ismeretekkel összefügg, hogy a betegség tabu és gyakori a stigmatizáció.
Nemzetközi tapasztalatok és jó gyakorlatok azt igazolják, hogy a demenciával élők korai diagnózisa és gondozásba vétele, a gondozó családoknak nyújtott megfelelő támogatás jelentősen késlelteti a bentlakásos intézményi ellátás igénybevételét és számos kórházi felvételt megelőzhet. Olyan segítő szakemberekre van szükség, akik széleskörű gyakorlati ismeretekkel rendelkeznek a betegségről, a mindennapi életet ellehetetlenítő kísérő jelenségekről, eligazodnak az ellátó rendszer különböző szintjein és személyre – élethelyzetre szabott megoldásokat kínálnak a betegnek és otthoni gondozójának

MÓDSZER(EK):

A Katolikus Szeretetszolgálat három évizedes tapasztalattal rendelkezik a demenciával élők gondozásában, a szociális módszertanban. A témakörben eddig rendelkezésre álló kevés, érzékenyítőnek nevezhető képzés – elsősorban a szociális ellátórendszeren belül foglalkoztatottak továbbképzési lehetőségeként – nem teszi lehetővé valós kompetenciák kialakítását. A demenciához kapcsolódó interprofesszionális szolgáltatások megalapozása projekt (TÁMOP-5.4.12-14/1-2015-0007) keretében megterveztünk és elindítottunk egy olyan komplex szakképzési és továbbképzési programot ami erre a hiányterületre kíván reagálni.

A képzés központi eleme az interprofesszionalitás. A szakmai program új szemléletű, gyakorlati megalapozottságú tananyagra épül, amely egészségügyi és szociális szakemberek továbbképzésében, valamint hozzátartozók, önkéntes segítők ismeret bővítésében egyaránt jól alkalmazható.
A program során interaktív tananyagfejlesztés, valamint módszertani anyagok,ajánlások kifejlesztése is megvalósult, amelyek a jelenlegi szolgáltatástartalmak korszerű elemekkel történő bővítésére fogalmaznak meg javaslatokat a szociális és egészségügyi ellátás területén dolgozó szakemberek számára.

EREDMÉNYEK, KÖVETKEZTETÉSEK:

2015 -ben 350, a szociális ellátórendszerben dolgozó szakembert készítettünk fel tanfolyami keretben arra, hogy képesek legyenek felvilágosítást adni és szakszerű támogatást nyújtani, megalapozott tudásuk legyen a demenciával járó fizikai, pszichés és szociális változásokról. Ezek a szakemberek közös szókincsre, fogalomrendszerre tettek szert, amely nagyban megkönnyíti az egyes területek közötti átjárást és egymás megértését, az interprofesszionalitás megvalósulását.
Ez a program alapozta meg a demencia szakgondozó elnevezésű új OKJ szakképzés kidolgozását.
A szakmai és vizsga követelményrendszer, az elkészült módszertani anyagok tapasztalataink alapján alkalmasak az eltérő alapképzettségű szakemberek szemléletének formálására.
Az egészségügyi és a szociális ellátórendszer valamint a család és a közösségek erőforrásainak összekapcsolása számos előnnyel jár; javítja a betegek és a gondozó családok életminőségét a hosszú kórlefolyás során. A gondozási lehetőségekről való ismeretek bővülése és a stigmatizáció csökkenése az egész társadalom számára fontos; költséghatékony gondozási modellek megvalósulását eredményezi. A Katolikus Szeretetszolgálat oktatási és módszertani központjában elérhető, akkreditált szociális és egészségügyi képzéseink iránt tapasztalt folyamatos érdeklődés alátámasztja mindezt.

Dr. Fekete Márta

Tanulmányok, végzettség:

2014- Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástani Doktori Iskola
2013. Semmelweis Egyetem, egészségbiztosítás szakorvosa képesítés
2010. Károly Róbert Főiskola, rehabilitációs gazdasági menedzser képesítés
2003. Semmelweis Egyetem, aneszteziológus és intenzív terápiás szakorvos képesítés
1999. Szegedi József Attila Tudományegyetem, Gazdaságtudományi Kar; egészségügyi közgazdasági és menedzser szakokleveles orvos képesítés
1998. Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Általá-nos Orvostudományi Kar, általános orvos képesítés

Szakmai tapasztalat:

2014- Nógrád Megyei Kormányhivatal, Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv, orvosszakértő
2013-2014. Richter Gedeon Nyrt. – központi ideg-rendszeri kórképek gyógyszerfejlesztésének támogatása
2007-2013. Aegon Magyarország Általános Biztosító Zrt., vezető kockázatelbírálási orvosszakértő
2006-2007. Szent Rókus Kórház és intézményei, klinikai igazgatóhelyettes
2004-2005. XIII. kerületi Egészségügyi Szolgálat, orvosigazgató
1998-2004. Magyar Honvédség Központi Honvéd-kórház, aneszteziológia és intenzív terápiás ellátás

Mit nem tudunk a demenciáról?

Fekete Márta orvosszakértő

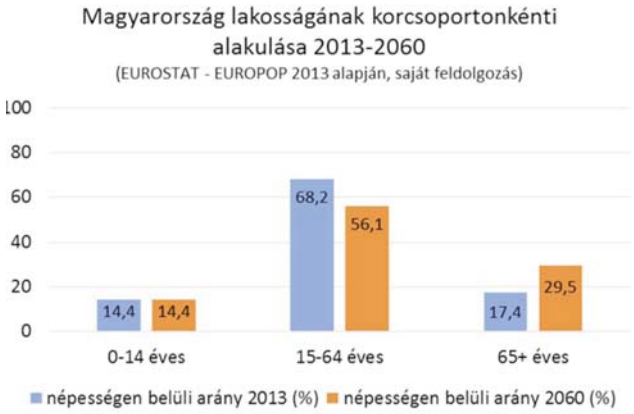
Budapesti Corvinus Egyetem – Gazdálkodástani Doktori Iskola

Mi is az, hogy demencia? Hány embert érint? Hogyan élnek ők? Kik segítik őket? Hogyan kellene segíteni őket és családjaikat? Mennyibe kerül ez a segítség? Egyáltalán tudjuk-e, hogy a demencia mekkora teher a társadalomnak?

Csak néhány kérdés azok közül, melyek megválaszolás vagy a válaszok széles közönséggel való megismertetése egyaránt szükséges lenne ahhoz, hogy a demenciával élők és családjaik mindennapjain javíthassunk, és mindezt gazdaságilag is fenntartható formában tegyük. Tekintettel arra, hogy a nemzetközi becslések szerint legalább 100 ezer ember él hazánkban demenciával, így az érintett több százezer hozzátartozót és a speciális gondoskodási szükségletet figyelembe véve komoly társadalmi problémával állunk szemben.

A demencia – legtöbb esetben – idős korban jelentkező tünetegyüttes, így a demográfiai trendek alapján előre jelezhető a prevalencia alakulása. Hazánk az Európai Unió Statisztikai Hivatalának (Eurostat) becslése szerint, mely alapul szolgált az Európai Bizottságnak a társadalom elöregedésével foglalkozó tanulmányához is, kiemelten érintett a koreloszlás kedvezőtlen változásában. A 2060-ra vonatkozó előrejelzés az idősek, különösen a 80 év felettiek arányának drámai növekedését mutatja az őket anyagi és fizikai értelemben is ellátni képes aktív korúakhoz, tehát a 15-64 éves korosztályhoz képest.

1. ábra: Magyarország népességének korcsoportonkénti eloszlása 2013-ban és 2060-ban

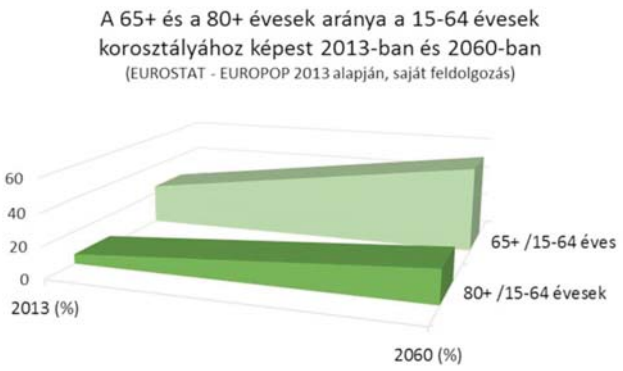


EURODEM, EuroCoDe

Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060) - http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf

2060-ra az előrejelzés szerint a 65 év felettiek aránya jelentősen, közel duplájára emelkedik, és ez az aktív korúak arányának hasonló mértékű csökkenése mellett lesz tapasztalható.

2. ábra: A 65 és a 80 év felettiek arányának alakulása a 15-64 éves korosztályhoz képest 2013-ban és 2060-ban



Eszerint, míg minden 65 év felettire 2013-ban még 4 aktív korú jutott, addig 2060-ra már csak 2 jut; és ez a változás még drámaibb a 80 év feletti korosztály tekintetében, mert míg 2013-ban több mint 16 aktív korú jutott egyetlen 80 év felettire, addig 2060-ban már csak 5 jut majd.

Az idősek arányának jelentős növekedése számos társadalmi és gazdasági következménnyel jár, ugyanakkor a demenciára fókuszálva előrevetíthető, hogy várhatóan a mostaninál jóval magasabb betegszámmal kell számolnunk, akiknek az ellátását jóval kevesebb aktív korú tudja majd bármely szempontból támogatni, tehát rájuk arányaiban az eddigieknél sokkal nagyobb teher hárul.

A demenciával élő betegek egy részét családja otthon ápolja, felügyeli, míg vannak, akik idősotthonokban élnek, mások pszichiátriai betegeknek fenntartott intézményekben kapnak tartós ellátást. A demenciával élő betegek gondozásában a szociális és egészségügyi ellátó rendszer együttműködésére kifejezetten nagy szükség lenne. Igaz ez a családi körben történő ápolás, gondoskodás támogatása és az intézményben történő ellátás esetére is.

Ma nem ismert, hogy hazánkban a demenciával élők milyen arányban részesülnek bármelyik ellátási formában, hisz a betegek száma sem ismert pontosan. Nem tudjuk, hogy az otthoni ápolás leginkább mely családtagokat érinti, mekkora időtartamban, milyen – akár fizetett munkától vagy más – tevékenységtől elvéve az időt végzik a gondoskodást. Nincs tehát semmilyen szocio-demográfiai összképünk az érintett családokról, hozzátartozókról, ahogy nincs ismeretünk az anyagi helyzetükről és egészségi állapotukról sem. Mindezen információk szükségesek lennének ahhoz, hogy valóban az igényeknek és szükségleteknek megfelelő támogatási formákat nyújtson az állam.

Dr. Ferencsik Mária

Dr. Ferencsik Mária főorvos
Anyja neve: Holló Erzsébet
Születési hely, idő: Miskolc, 1954.02.26.

Szakképesítések:

Geriátriai szakorvos 2000
Belgyógyász szakorvos 1992
Klinikai Laboratóriumi ismeretek 1987

Munkahelyei:

- 2007. október 1 től jelenleg is – SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika, Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály - főorvos
- 2005.07.01-2007.09.30-ig Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzati Kórház Orvosigazgatója
- 1993.05.02-től adjunktusként, majd 2001.07.01-től részlegvezető főorvos a Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórháza Gerontológiai és Krónikus Belgyógyászati Osztályán
- 1988.05.01-1993.05.01-ig SZOTE II. sz. Belgyógyászati Klinika szakorvos haematológiai munkacsoport
- 1980.10.01-1988.04.31-ig SZOTE Anatómiai és Fejlődéstani Intézet egyetemi tanársegéd

Oktatói tevékenység:

- 2013 - Geriátriai szakápolói oktató GYEMSZI
- 2000- GRADUÁLIS ÉS POSZTGRADUÁLIS GERIÁTRIAI SZAKORVOSKÉPZÉSBEN VALÓ RÉSZVÉTEL
- 1998-2011 Kossuth Zsuzsanna Gimnázium és Egészségügyi Szakközépiskola HÍD program – geriátria oktatás
- 1996-1998 SZTE Családorvosi Tanszék – geriátriai továbbképzés családorvosok számára
- 1994-1998 Kossuth Zsuzsanna Gimnázium és Egészségügyi Szakközépiskola Szakápolói tagozat – belgyógyászat oktatása
- 1995- SZTE Egészségügyi Főiskolai Kar Védőnői Szak Geriátriai blok elméleti-gyakorlati oktatása, valamint a diplomás ápolóknál 1996 óta gyakorlati oktatás
- 1993-1997 SZTE ÁOK orvostanhallgatóknak III. évben belgyógyászat propedeutika gyakorlati oktatás

Szakmai közéleti tevékenység:

- 2002.10.20- Csongrád Megyei Orvosi Kamara titkára
- 1998-tól Országos Orvos Kamarai küldött
- 1993-tól Gerontológiai Társaság tagja
- 2009-től a Geriátriai Szakmai Kollégium tagja
- 2009-től a Geriátriai Társaság vezetőségi tagja

Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály együttműködésének tapasztalatai-esetismertetésen bemutatva.

Ferencsik Mária, Kuk Ilona, Varga Gabriella, Zöllei Magdolna

Szegedi Tudományegyetem ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály, Szeged

Háttér: A Szegedi Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinikájához 2007. október 01.-én integrálódott – korábban az SZ.M.J.V. Önkormányzat Kórházában létrehozott – Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály látja el a Dél-Alföldi régió idősödő és krónikus betegségben szenvedő betegeinek jelentős részét.

Célkitűzés: 2010.-2015. években áttekinteni a betegforgalmi adatokat a Geriátriai és a Krónikus Belgyógyászati osztályon.

Módszer: Geriátriai osztály betegforgalmi adatai

Eredmények: A Geriátriai osztályon kezelt betegek CMI: 1,056. Két ellátott eset kapcsán szeretnénk bemutatni az akut, a krónikus és a rehabilitációs ellátást is igénybe vett betegek kórtörténetéti adatait.

A betegek terhelése szempontjából az a célszerű ellátási forma, ahol a szolgáltatás teljes vertikumát megkapja.

A környezet és az ellátó személyzet is állandó, a hozzátartozók is a gyógyító folyamat részesei.

Év	Ágyszám	Esetszám	Ápolási napok száma			Ágykihasználtság %
			Teljesíthető	Teljesített	Egy esetre jutó	
2010.	15	484	5475	4469	9,2	81,6%
2011.	15	574	5475	5181	9,0	94,6%
2012.	15	572	5490	5221	9,1	95,1%
2013.	15	546	5475	4951	9,1	90,4%
2014.	15	568	5475	5178	9,1	94,6%
2015.	15	600	5475	4632	7,7	84,6%

Dr. Gresz Miklós

Dr. Gresz Miklós

1981-ben szerzett általános orvosi diplomát.
1985-ben általános sebészi,
2005-ben egészségbiztosítási szakvizsgát tett.
1999-ben Felsőfokú általános menedzser végzett-séget szerzett.
2000-ben a Budapesti Közgazdasági Egyetemen Okleveles orvosközgazdász diplomát kapott.
1981-1990-ig általános sebészeten,
1990-2001-ig az Országos Mentőszolgálat Kórháza Traumatológiai osztályán dolgozott.
2001-2011 az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Finanszírozási Főosztályán, azóta a GYEMSZI/ÁEEK elemzőjeként köztisztviselő.

Munkája mellett részt vesz a szakorvosképzésben, valamint a finanszírozási rendszer és a betegellátási jelentések elemzésével foglalkozik, mely témákban több előadást tartott, cikkei jelentek meg.

A 65 éven felüliek ellátásának sajátosságai az OEP adataiban

Gresz Miklós orvos-közgazdász

Központi Adattárház és Elemzési Főosztály, Állami Egészségügyi Ellátó Központ

A kardiovaszkuláris primer prevenció vonatkozásában 75 éves korig a mérsékelt hatékonyságú statin kezelés (2,6 mmol/l célérték, vagy 30-50%-os LDL-C csökkentés javallt), míg 75 év fölött ebben az esetben a már tartó kezelés 80 éves korig folytatható, amennyiben a kezelés tolerálható.
Szekunder prevencióban 75 éves életkorig erőteljes statin kezelés indokolt (1,8 vagy 2,6 mmol/l LDL-C célérték, vagy >50% LDL-C csökkentés). 75 év felett a 2,6 mmol/l célérték és a 30-50%-os LDL-C csökkenés, azaz a mérsékelt intenzitású statin dózis javasolt 80 éves korig.
Tehát a 75. év mind a primer, mind a szekunder prevenció vonatkozásában egy határvonalat jelent.
A másik mérföldkőnek a 80. életév tekinthető, amikor is mind a primer, mind a szekunder prevenciót érintve nem ajánlott a kezelés.
A rizikó stratifikációtól eltekintve mindenképpen hangsúlyozandó, hogy az idősek általános állapotának, körülményeinek megítélése az előbb említett két határvonalon túlmenően is az individualizált terápia elmaradhatatlan részét jelenti. A 65 év felett is már előforduló, de 75 év felett mindenféleképpen fennálló komorbiditás lehetősége, valamint a polifarmácia megléte szükségessé teszi a lelkiismeretes megítélést, azaz a máj, a vese és a mentális funkciók ellenőrzését, valamint a mellékhatásokra való odafigyelést.

Prof. Dr. Gulácsi László

Gulácsi László, tanszékvezető egyetemi tanár, Budapesti Corvinus Egyetem, Egészségügyi Közgazdaságtan Tanszék (http://hecon.uni-corvinus.hu), HunHTA (Hungarian Office for Health Technology Assessment).

Gulácsi László orvos (DOTE), szakorvos (Társadalomorvostan), valamint a matematikai közgazdaságtan, a szociológia (Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem), a programozó matematika (KLTE), valamint az egészség-gazdaságtan (University of York) terén szerzett egyetemi oklevelet. A Pécsi Tudományegyetemen habilitált.

A Medical University of Amsterdam, a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem és a Debreceni Orvostudományi Egyetem PhD fokozataival rendelkezik.

Az „European Journal of Health Economics", a „Society and Economy" szerkesztő bizottságának tagja, a Value in Health Regional Issues (ViHRI) Editorial Advisory Board és az „Orvosi Hetilap" rovatgondozó munkatársa.

Az Egészség Akadémia, Nemzetközi és Hazai Szerkesztőbizottság Tanácsadó Testületi tagja, Academic Editor PLOS ONE Editorial Board.

Az eddigiekben 12 könyvet, 66 könyvfejezetet és több mint 270 tudományos folyóiratcikket publikált az egészségügyi közgazdaságtan, egészségügyi technológiaelemzés, népegészségügy és a minőségfejlesztés terén magyarul és idegen nyelven.

IF: 160,84 Citáció: 1228, Hirsch index 19. Q1: 38, ebből D1: 11; Q2 12; Q3: 15; Q4: 4.
2015 szeptemberéig 6 Ph.D. tézis sikeres témavezetője volt, jelenleg 4 Ph.D. hallgatója van.

Publikációs lista:

https://vm.mtmt.hu//search/slist.php?lang=0&AuthorID=10003170
(további információk: hecon.uni-corvinus.hu)

Idősödés, időskor: egészségügyi közgazdaságtani szempontok

Gulácsi László tanszékvezető egyetemi tanár

Egészségügyi Közgazdaságtan Tanszék, Budapesti Corvinus Egyetem

Az idősödés es az idős kor többféle kihívás elé állítja az egészségügyet, ezek közül hármat emelek ki: idősödő aktív munkavállalók, idősek integrált ellátása es a finanszírozás.

Idősödő aktív munkavállalók, fenntartható foglalkoztatás

A fejlett országokban folyamatosan emelkedik a nyugdíjkorhatár. A jelenleg munkába álló generáció már várhatóan 70 eves kora kőrül megy nyugdíjba. Az ötven év feletti generáció eseten egyre több olyan aktív munkavállalóval számolhatunk, akiket különféle krónikus megbetegedésük miatt azért is gyógykezelni és gondozni kell, hogy munkaképességük megfelelő szinten fennmaradjon. Ez egyben azt is jelenti, hogy ennek a célnak az elérése érdekében olyan egészségügyi eljárások, beavatkozások is költség-hatékonnyá vállhatnak, amelyek alacsonyabb nyugdíjkorhatár esetén nem költséghatékonyak.

Integrált ellátás iránti igény

Jelen konferencia előzetesében is különböző krónikus megbetegedés illetve allapot került felsorolásra. Az idősödő és az idős kor azonban nem csak abban különbözik a fiatalabb kortól, hogy krónikus megbetegedések fordulnak elő, hanem abban is, hogy ezek közül több is fennáll egyszerre egy beteg esetén. Gyakran előfordul, hogy egy beteg többféle megbetegedése esetén nehéz összeegyeztetni a terápiákat esetleg az a terápia, ami az egyik betegség eseten kívánatos kontraindikált a másik betegség fennállása miatt, vagy esetleg "csak" kevesebb figyelmet kapnak a társbetegségek.
A hagyományosan felépülő egészségügy, azaz egymástól független orvosok, szakorvosok, intézmények laza láncolata ezen esetekben nem tud hatékonyan működni. Fontos kihívás hogy az integrált ellátás esetén sokkal nehezebb (lehetetlen) a 'legjobb gyakorlat' kijelölése, nagyon megnő a dokumentáció, datgyűjtés és feldolgozás iráni igény, ami képzett szakemberek jelentős számát igényli.

Finanszírozás

Számos olyan megbetegedés, állapot van, amely esetén a jelenleg ismert legfontosabb tényező az idősödés, időskor. A demográfiai trendekből az ilyen betegségben szenvedők száma is évtizedes távlatokban jól előre jelezhető. A jelenlegi egészségügyi rendszerünkben nem látszik, a növekvő számú beteg, az idősödő és az idős lakosság egészségügyi ellátása hogyan tehető hosszú távon fenntarthatóvá, finanszírozhatóvá. Többen felvetik valamiféle időskori, esetleg az ápolás biztosítás kialakításának a szükségességet, ez azonban rendszeridegen egy olyan állami egészségügyben, amely hazánkban is működik. A beteg önrész növelése nem javasolható, hiszen az idős korosztály anyagi teherviselő képessége (nyugdíja) a következő évtizedekben sem lesz jobb. Az orvos/ápolás szakmai tervek, megoldások kialakítása során ezért célszerűnek látszik hosszútávú finanszírozhatóság kérdésének a folyamatos figyelembevétele.

Hanák Péter

Dr. Hanák Péter (villamosmérnök, 1984, BME) 1969. óta dolgozik oktatóként, kutatóként a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen (BME), jelenleg az Egészségipari Mérnöki Tudásközpont (EMT) vezető tanácsadójaként.
2005-2012-ig magyar delegáltként, illetve szakértőként vett részt az európai Infokommunikációs rendszerekkel segített életvitel közös program (Ambient Assisted Living [AAL] Joint Programme) vezető testületében.
A BME EMT több olyan kutatás-fejlesztési és innovációs projektjében vett részt, amelyek témája az infokommunikációs eszközökkel segített életvitel, illetve az egészségipari innováció volt.
2011 és 2015 között a BME EMT által vezetett, A szellemi frissesség megőrzése és mérése (M3W; https://m3w-project.eu) AAL-projekt informatikai vezetője volt; a projekt hivatalos befejezése óta az elkészült rendszer továbbfejlesztésével és karbantartásával foglalkozik (https://kognito.eu).
2008 óta a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kara egészségügyi szervező alapképzésében a BME Villamosmérnöki és Informatikai Kara által tanított számítástechnikai-informatikai tantárgyak oktatásának felelőse.
2007-ben felelős szerkesztője volt egy, az életvitelt segítő infokommunikációs technológiákról és alkalmazásokról szóló tanulmánynak, majd 2009-től az (általa kezdeményezett) eVITA Nemzeti Technológiai Platform keretében elkészült stratégiai kutatási és megvalósítási terveknek. 2008-ban fő szervezője volt a Budapesten megrendezett eVITA 2008 Konferencia és Kiállításnak, 2008 és 2013 között egyik vezetője volt az eVITA Nemzeti Technológiai Platformnak (http://emt.bme.hu/drupal/evitaplatform/).
Hanák Péter Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Egészségipari Mérnöki Tudásközpont
H-1111 Budapest, Egry József utca 18., V1.C210

Életvitelt segítő informatika

Hanák Péter egyetemi tanár

Budapesti Műszaki Egyetem, Egészségipari Mérnöki Tudásközpont
hanak@emt.bme.hu

Az informatika alkalmazása az egészségügyben és az életvitel segítésében jelentős elmaradásban van más ágazatok – pénzügyek, médiaipar, szállítás és közlekedés, gyáripar stb. – mögött, a világ gazdaságilag legfejlettebb országaiban is, nemcsak Magyarországon. Széles körben elterjedt nézet szerint nem sokáig marad ez így: ez a terület lesz az, ahol az informatikai megoldások használata általánossá válik a következő egy-két évtizedben. A változást az informatikai eszközök fejlődése – mindenkor és mindenki által elérhető adattárolási kapacitások, szinte korlátlan adatátviteli sebességek, olcsó mobil eszközök és ingyenes közösségi hálózatok – csak serkenti, elkerülhetetlenné az teszi, hogy az átlagéletkor jelentős és folyamatos növekedése miatt a rászorulók száma jelentősen megnő az eltartók és ellátók számához képest, és ezért az időskorúak egészségügyi és szociális ellátása megoldhatatlanná válik informatikai segítség nélkül.
Az Európai Unióban már a kétezres évek eleje óta egyre növekvő mértékű kutatási és innovációs támogatásokkal serkentik az egészségügyi és az életvitelt segítő alkalmazások fejlesztését, azonban az áttörés mindeddig elmaradt. Bár idős korban az egészségügyi ellátás és a napi életvitel segítése elválaszthatatlan egymástól, az előadás az időskorúak életvitelét segítő informatikai alkalmazásokra fókuszál. Ilyen alkalmazások kutatása-fejlesztése főleg az alábbi területeken folyik:

- napi életviteli tevékenységek követése, elmaradt vagy szokatlan események felismerése és jelzése;
- lakóhely elhagyása esetén közlekedés segítése, személykövetés;
- emlékeztető napi tevékenységek elvégzésére (pl. gyógyszerszedés, terápiák, találkozók);
- egyszerű élettani paraméterek (pl. vérnyomás, testsúly, vércukor) értékének gyűjtése;
- esésdetektálás, esésmegelőzés;
- rosszullét, vészhelyzet jelzése;
- járást segítő intelligens eszközök (ún. mesterséges külső vázak, járógépek, exoszkeletonok);
- otthoni segítő robotok;
- virtuális társas együttlét (társasjátékok és más közös tevékenységek);
- kognitív képességek megőrzése és mérése számítógépes játékokkal, tesztekkel;
- bevásárlás, ügyintézés segítése;
- orvosi leletek, receptek, zárójelentések, terápiás előírások online elérése.

Az áttörés eddigi elmaradásának számos oka van, közülük megemlítünk néhány alapvetőt:

- a leginkább rászorulók közül aktív korukban kevesen használtak még számítógépet a munkahelyükön – ez megváltozik a következő egy-két évtizedben;
- az egészségügyi és szociális ellátásban dolgozók nagy része maga is idegenkedik attól, hogy informatikai eszközökkel tartson kapcsolatot a páciensekkel, gondozottakkal;
- a kutatás-fejlesztési projektek túl bonyolult prototípus-rendszereket eredményeztek;
- a kísérleti informatikai alkalmazások használhatósága és megbízhatósága elmarad a várakozásoktól – nagyrészt az előző pontban említettek miatt;
- nagyon kevés a gyakorlatban valóban jól használható informatikai alkalmazás; azokat is csak kevesen ismerik, amelyek léteznek, elérhetők, előfizethetők vagy megvásárolhatók; eletvitelt-SegitoInformatika-mggt2016-hanakPeter 2016-08-17 1/2
- Európában hozzászoktunk ahhoz, hogy az egészségügyi és a szociális ellátás többé-kevésbé „ingyenes", ezért nem szívesen költünk ilyen eszközökre a saját zsebünkből;
- a nagyon elesettek személyes gondozását nem válthatja ki semmiféle informatikai alkalmazás;
- nem sikerült még hosszú távon működőképes üzleti modellt találni az életvitelt segítő informatikai eszközök értékesítésére.

Az előadás első része példákkal illusztrálja, hol tart ma az időskorúak mindennapi életvitelét segítő informatikai megoldások kutatása, fejlesztése, mely területeken folyik ilyen tevékenység, milyen tényezők akadályozzák a (prototípus-)megoldások gyakorlati elterjedését, és milyen termékek használhatók ingyen, havidíjas szolgáltatásként, vagy vásárolhatók meg a piacon.

Az előadás második része a kognitív képességek megőrzésére és a változásuk mérésére szolgáló online játékokkal foglalkozik. (Az ún. játékosítás – angolul: gamification – játékos elemek és játéktervezési technikák alkalmazását jelenti különféle tevékenységek szórakoztatóvá tételére a marketingtől kezdve az oktatáson át az egészségügyig.)

A kognitív képességek időskori hanyatlása ismert jelenség, azonban az átlagéletkor növekedésével rohamosan nő azok száma, akiknél a normálisnak tekinthető hanyatlás kórossá válik, azaz enyhe kognitív deficit vagy demencia lép fel. Az időskori demencia előfordulási gyakoriságát mutatja az *1. táblázat* életkorcsoportok szerint, néhány országban, a 2016-ban elérhető legfrissebb felmérések és becslések alapján. A betegség nőknél gyakrabban fordul elő. Mindkét nemnél erősen emelkedő tendenciát jeleznek a közép és hosszú távú előrejelzések.

Az utóbbi tíz évben egyre több kutatóhelyen vizsgálják, hogy online számítógépes játékokat használó tréningekkel lehet-e szinten tartani a kognitív képességeket, vagy legalább lassítani a romlásukat. Más kutatók azt vizsgálják, hogy a játszás során számítógéppel gyűjtött adatokat hogyan lehet felhasználni diagnosztikai célokra, azaz a krónikus kognitív hanyatlás korai felismerésére, ui. a korai fázisban nagyobb az esély a folyamat megállítására, illetve fékezésére. A Semmelweis Egyetem és a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem egyik közös projektjében (M3W * A szellemi frissesség megőrzése és mérése) mi is ilyen vizsgálatokat végeztünk, további partnerek közreműködésével. Az előadás az M3W projekt eredményeinek rövid bemutatásával ér véget.

1. táblázat: Időskori demencia előfordulási gyakorisága néhány országban

Egyesült Államok[1]		*Egyesült Királyság*[2]		*Németország*[3]		*Magyarország*[3]	
Életkor	*Gyakoriság*	*Életkor*	*Gyakoriság*	*Életkor*	*Gyakoriság*	*Életkor*	*Gyakoriság*
<65	4%	60–64	0,9%	60–64	0,56%	60–64	0,58%
65–74	15%	65–69	1,7%	65–69	1,70%	65–69	1,56%
		70–74	3,0%	70–74	3,38%	70–74	3,52%
75–84	43%	75–79	6,0%	75–79	7,93%	75–79	7,33%
		80–84	11,1%	80–84	15,29%	80–84	15,74%
85+	38%	85–89	18,3%	85+	33,02%	85+	20,73%
		90–94	29,9%				
		95+	41,1%				
Mind	1,58%	*Mind*	1,25%	*Mind*	1,96%	*Mind*	1,50%

1 Forrás: 2015 Alzheimer's Disease – Facts and Figures. <https://www.alz.org/facts/downloads/facts_figures_2015.pdf>

2 Forrás: Dementia UK: Update, November, 2014. <https://www.alzheimers.org.uk/dementiauk>

3 Forrás: The prevalence of dementia in Europe, 2013. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe> és Eurostat <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Dr. habil. Hegedűs Katalin

1952-ben született Budapesten. 1976-ban szerzett diplomát az ELTE Bölcsészettudományi Karán magyar szakon, majd a Magyar Tudományos Akadémia ösztöndíjasaként szociológiai és történelmi, valamint mentálhigiénés tanulmányokat folytatott. 1987-ben egyetemi doktori címet, majd 1994-ben kandidátusi fokozatot szerzett. A Dr. Kopp Mária vezetésével 1993-ban létrejött Magatartástudományi Intézet egyik alapító tagja lett és azóta is ebben az intézetben dolgozik, jelenleg egyetemi docensként. 2001 óta az Intézet oktatási igazgatóhelyettese. Orvosi etikát, orvosi kommunikációt oktat és vezeti a Tanatológia/palliatív terápia kurzust.
1990-tól foglalkozik a halál, haldoklás kérdéskörével. Bekapcsolódott a Dr. Polcz Alaine által vezetett Magyar Hospice Alapítvány munkájába. 1995-ben alapító tagja lett az országos hospice szervezetnek, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesületnek. 6 évig volt az Egyesület elnöke és 8 éven keresztül az európai szervezet (European Association for Palliative Care) vezetőségi tagjaként is dolgozott egyedüli szakértőként a kelet-európai régióból.
Ezalatt folyamatosan – több kórházban is – foglalkozott végstádiumú betegekkel, jelenleg elsősorban gyászolókkal foglalkozik.
Két kutatási programot vezet a Semmelweis Egyetemen:

1. A haldokló betegek hospice szellemű ellátása. A haldoklók jogai, az eutanázia kérdései. A haldoklás és gyász kommunikációs és mentálhigiénés aspektusai.
2. A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota.

Témájában elnyerte a Széchenyi Professzori Ösztöndíjat. A fenti témákban TDK és PhD témavezetői tevékenységet is folytat. Tudományos publikációinak száma 216.
A Kharón folyóirat főszerkesztője, több folyórat szerkesztőbizottságának tagja (pl. Lege Artis Medicinae, Psychoonkologia). 2008-ban egy tanulmányáért elnyerte a LAM díjat. 2012-ben megkapta a Batthyány Strattmann László díjat, 2014-ben pedig a Polcz Alaine emlékérmet. 2015-ben habilitált a Semmelweis Egyetemen egészségpszichológiából.

Az életvégi döntések lehetőségei időskorban

Hegedűs Katalin egyetemi docens

igazgatóhelyettes, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Az életvégi döntési helyzetek összefüggenek a beteg szenvedésével illetve az emberi méltósága sérülésével. Ez a döntési lehetőség az összes idős, különböző krónikus betegségekben szenvedő embert érintheti. A kulcskérdés az, hogy megfelelő időben, még a beteg döntési képessége birtokában tud-e nyilatkozni bizonyos kezelések elfogadásáról vagy elutasításáról – arra az esetre vonatkozóan, amikor már nem lesz képes nyilatkozni. Ebben a kommunikációs folyamatban a betegnek és a családjának szakszerű segítségre van szüksége.
Egy kezelés orvosilag haszontalannak tekinthető, ha nem hosszabbítja meg a beteg életét vagy nem mérsékeli a szenvedéseit. Előfordul, hogy a kezelés csillapítja a beteg szenvedéseit, de csak az élete megrövidítése árán vagy meghosszabbítja a beteg életét, de csak fájdalmai, szenvedései növelésével.
Ilyenkor a kezelés orvosilag hasznos az egyik szempontból, de káros a másik szempontból. Ezekben az esetekben a betegnek kellene döntenie arról, hogy melyik szempont kapjon elsőbbséget.
Az életvégi döntéseket egyre inkább befolyásolják a betegjogok, elsősorban az önrendelkezési jog. Az emberek szeretnének egyénileg dönteni a saját sorsukról az életük végén. Három döntési helyzetet emelünk ki: (1) az életmeghosszabbító kezelésekről való lemondás, (2) az életvégi ellátás tervezése és (3) a hospice-palliatív ellátás.
Az életmeghosszabbító kezelésekről való lemondás törvényi háttere adott az egészségügyi törvényben és az azt követő miniszteri rendeletekben (az 1997. évi CLIV törvény 20.-23.§-aiban és a 117/1998. (VI. 16.) sz. Kormányrendeletben). Ez utóbbi az un. élő végrendeletet

is szabályozza, amelynek az egyszerűsítése 2014-ben megtörtént az Alkotmánybíróság döntése alapján.
Ez a lehetőség kevesek számára ismert. Ezen próbál segíteni a 2014-ben alakult Életvégi Tervezés Alapítvány (www.eletveg.hu). A jogszabályok alapján, orvosi és közjegyzői segítséggel – egy részletes segédletet állítottak össze az élő végrendelet előkészítéséhez a betegek és a hozzátartozók számára. Elsősorban a 70 év felettiek és az életet is veszélyeztető állapotú, krónikus betegek számára ajánlják az életvégi tervezést, lehetőleg a háziorvos bevonásával. Az alábbi kérdésekre igyekszik választ adni: Kivel beszéljük meg az előzetes rendelkezést (élő végrendeletet)? Mit takar a helyettes döntéshozó elnevezés? Szükséges-e a rendelkezéshez pszichiátriai szakvélemény? Mikor érdemes megfontolni, hogy az orvosi beavatkozások korlátozását kérje? A dokumentum mellékletében találhatók azok a legfontosabb pontok, amelyekről érdemes nyilatkoznia a végrendelkezőnek – pl. a cardiopulmonális újraélesztésről, mesterséges táplálásról, a keringési rendszer támogatásáról és a dialízis-kezelésről, három-három alaplehetőség közül választva.
A dokumentum mérőeszközöket is közöl a beteg döntésképességének vizsgálatára.
Az élete végén levő beteg – ideális esetben – hospice-palliatív ellátásba kerül (www.hospice.hu), de a korlátozott lehetőségek miatt a legtöbb végstádiumú beteg egyéb (pl. krónikus, ápolási) kórházi osztályokon és szociális intézményekben található. Szerencsés esetben a családtagjai otthon ápolják, esetleg otthoni szakápolási vagy hospice szolgálat, illetve szociális gondozó szolgálat bevonásával. Az utóbbi időben egyre nagyobb jelentőséget kap az otthoni szakápolás és a hospice-palliatív ellátás. A tapasztalatok szerint mind a szakemberek, mind a hozzátartozók keveset tudnak ezekről az ellátási formákról, ezért ezekre térünk részletesen kitérünk az előadás során. Mindkét ellátási forma térítésmentes a beteg számára.
Az életvégi ellátás mind az egészségügyi, mind a szociális területen sok aspektusból még mindig megoldatlan. Ennek – az életvégi döntési lehetőségekre is kiható - részleteit és egyben a kérdés megoldásához megfelelő vitaalapot teremtve érdemes áttekinteni az alábbi SWOT analízist.

1. táblázat: Az életvégi döntési lehetőségek hátterének vizsgálata SWOT analízissel

Erősségek	Gyengeségek
- megfelelő jogszabályi háttér - létező palliatív ellátási formák - a finanszírozás részben megoldott - az életminőség javítása mérhető - létező palliatív adatbázis - alapképzések sok résztvevővel - az orvos- és ápolóképzésbe bekerült a téma - jól kidolgozott oktatási anyagok	- gyenge a kapcsolat a palliatív ellátást végző egészségügyi és szociális intézmények között - egészségügyi finanszírozási korlátok, bizonyos betegcsoportok kizárása - területi egyenlőtlenségek, alacsony ágyszám, várólisták - nem megfelelő szükségletfelmérés - szakemberhiány, a valódi multidiszciplinaritás hiánya - kevés komplex ellátást nyújtó intézmény, illetve mintaintézmény - az orvosok palliatív terápiás és fájdalomcsillapítási ismeretei alacsonyak
Lehetőségek	**Veszélyek**
- a döntéshozók nagyobb elköteleződése a téma iránt - az egészségügyi és szociális integráció megvalósítása - a finanszírozási szabályok pontosítása - egységes adatbázis megvalósítása	- halál-tabu, a szemlélet nehezen változik - tévhitek, ebből fakadó idegenkedés az egészségügyben és a társadalomban - kiégés a dolgozók körében

Prof. Dr. Hortobágyi Tibor

Prof. Tibor Hortobágyi received his doctoral degree in kinesiology at the University of Massachusetts, Amherst, MA, USA in 1990. His research focuses on how age affects neuromuscular and cognitive function and how regular physical activity and systematic exercise can help increase healthspan.

Currently, Prof. Hortobágyi, PhD, is a Professor of Movement and Healthy Ageing at the Center for Human Movement Sciences, University Medical Center, Groningen, The Netherlands.

Motor biomarkers to predict cognitive decline and physical activity to delay disease onset and progression in old adults

Tibor Hortobágyi

Center for Human Movement Sciences, University Medical Center Groningen, The Netherlands

There is nearly a parallel increase in the number of old adults and the incidence of age-associated dementia. An early identification of individuals at risk for cognitive decline would help selecting those who benefit most from interventions in an effort to delay dementia onset and disease progression. Pathophysiological processes of dementia may start several years or even decades before the eventual diagnosis. Patients progress from a preclinical phase during which the disease might have already started in the brain without overt clinical symptoms, followed by a period characterized by the presence of Mild Cognitive Impairments, culminating in a diagnosis of dementia. In the absence of a cure, key strategies of disease management include early diagnosis, delaying disease onset, and a slowing of disease progression. Therefore, identifying markers that predict dementia is a subject of current interest. Current models predicting cognitive decline include neuropsychological and/or biological markers.

Part I of the presentation will examine studies that use motor biomarkers to predict old-age dementia. There is evidence that specific metrics of walking could predict as well or even more accurately future presence of cognitive dysfunction as costly imaging and invasive data derived from cerebrospinal fluid. Data from an increasing number of longitudinal studies suggest that there is an overlap between brain structures that are active in cognitive and also in locomotor tasks.

In 20 longitudinal studies with an average follow-up time of 4.5 years, gait speed (n = 18 studies), step frequency, variability and step-length (n = studies) predicted cognitive decline with reasonable accuracy. Gait slowing (0.68–1.10 m/s) preceded cognitive decline and the presence of dementia syndromes (maximal odds and hazard ratios of 10.4 and 11.1, respectively). Measures of walking ability could serve as additional markers to predict cognitive decline. However, gait speed alone might lack specificity and the inclusion of dynamic gait parameters in clinics could increase specificity of identifying patients with suspected cognitive decline.

Part II will summarize the favorable effects of physical exercise on cognitive function in old adults with and without ementia. Both older and younger exercising animals learned and retained motor and cognitive skills faster than sedentary controls mediated by improved morphology and function of the hippocampus through cell proliferation in the dentate gyrus. Increase in cell proliferation was in turn associated with exercise-induced vascularization in the cerebellum, motor cortex, hippocampus, and frontal cortex. Chronic exercise also increased the number of synapses in the hippocampus, enhanced indices of long-term memory formation, and elevated the rate of gene expression for molecules associated with learning and memory such as brain-derived neurotrophic factor and serotonin.

Dr. habil. Imre Sándor

Dr. Imre Sándor Gyula (sz. 1941 09 18, Kaposvár) laboratóriumi és geriáter szakorvos a DOTE Kórélettani (1965 – 1999), majd a DEOEC Immunológiai Intézetében (1999 – 2001) dolgozott, 1998 – tól habilitált egyetemi docensként.
A DEOEC Gerontológiai Tanszékének (2001 – 2002), majd annak megszünte után, nyugdíjazásáig (2003 – 2005) a Belgyógyászati Intézet III. sz. Belgyógyászati Klinika Gerontológiai Kutatócsoportjánakvezetője.

Számos kitüntetésben részesült, a legjelentősebbek a Magyar Gerontológiai Társaság Haranghy pályázatán a megosztott
I. díj (1989), a Nemzetközi Gerontológiai Társaság Elnökének Díja (1997), az Emberi Erőforrások Minisztériumának Idősekért Díja (2015).
2007 – ben a Medicina Kiadó felkérésére a négy egyetem oktatóinak bevonásával gerontológiai tankönyvet szerkeszt A klinikai gerontológia alapjai címmel.

90 évesnél idősebb debreceni lakosok pszichológiai és szociológiai vizsgálatának meglepetései

Imre Sándor egyetemi tanár, kutatócsoport vezető

DE OEC Belgyógyászati Intézet Gerontológiai Kutatócsoport, Debrecen

Az ENSZ előrejelzése szerint az idős populáción belül a 90 év felettiek számarányának növekedése lesz a legnagyobb mértékű. Vizsgálataink kezdetekor számarányuk a lakosság 0,4% -át tette ki, ami Debrecenre vonatkoztatva 834 főt jelentett. Az elmúlt években ezen populáció több, mint negyedét (228 fő) tudtuk bevonni vizsgálatainkba.

Módszerek: A 159 kérdést tartalmazó – szociodemográfia, táplálkozás, egészségi állapot, fizikai aktivitás, identitás panelekből álló – szociológiai kérdőív kitöltése, a depresszió (rövidített, 15 tételes Geriatric Depression Scale, azaz GDS) és a mentális tevékenység (Mini – Mental State Examination, azaz MMSE) vizsgálata.

Eredmények és következtetések: A megvizsgált személyek több mint háromnegyedének MMSE értékei jónak és kiválónak bizonyultak.

Az önértékelésen alapuló egészségi állapotot 61.4%-uk pozitívan ítélte meg, jónak, nagyon jónak vagy kitűnőnek minősítette.
A depresszió, mint betegség csak 18.4%-nál volt valószinűsíthető.
Nem csak az derült ki, hogy a jobb egészségi állapotban levőket nagyobb arányban támogatta a családjuk, de az is, hogy a jobb egészségi állapotban levők nagyobb arányban támogatták családjukat. Mi a legfontosabb érték az életben? Magasan legtöbben (42.1%) a családra szavaztak. Mivel magyarázzák hosszú életüket? Mindig szerettem dolgozni (18%), mindig bíztam a gondviselésben (17.1%), mindenben mértéket tartottam (15.8%) – volt a 3 leggyakoribb válasz.
A ma élő fiatalok részére a legidősebb nemzedék hosszútávú életstratégiája üzenetként értékelhető.

Prof. Dr. Járai Zoltán

1991-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Ezt követően a Szent Imre Kórház, a Medical School of Virginia Commonwealth University és a Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinikájának munkatársa különböző beosztásokban, jelenleg a Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Kardiológiai Profiljának profilvezető főorvosa, címzetes egyetemi tanár, a Semmelweis Egyetem habilitált doktora. Belgyógyász, kardiológus, angiológus, klinikai farmakológus szakorvos, emellett licensze van hypertonológiából és obezitológiából.

Az Európai Hypertonia Társaság klinikai hypertonológusa. A Magyar Hypertonia Társaság tagja alapításától fogva, 2009 óta a társaság főtitkára. A Magyar Kísérletes és Klinikai Farmakológiai Társaság vezetőségi tagja, a Magyar Kardiológusok Társasága budapesti titkára, a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság vezetőségi tagja és a European Society of Hypertension tagja.
2010 óta a Szakmai Kollégium Kardiológiai Szakmai tanácsának titkára.
Tudományos publikációinak impakt faktora meghaladja a 131-t, független idézettsége az 2300-at.

Pitvarfibrilláció és szellemi hanyatlás

Járai Zoltán c. egyetemi tanár

profilvezető főorvos, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Kardiológiai Profil

A pitvarfibrilláció a leggyakoribb, tartósan fennálló szívritmuszavar. Prevalenciája az átlagpopulációban 1-2% között mozog, de a kor előrehaladtával ugrásszerűen nő: míg a 70 éves kor feletti korosztályban gyakorisága eléri az 5%-ot, addig 80 éves kor felett gyakorisága meghaladhatja akár a 10%-ot is. A pitvarfibrilláció és a stroke közötti kapcsolat egyértelmű és jól dokumentált, emiatt az esetek döntő többségében (idős korban kontraindikáció hiányában mindig) véralvadásgátló kezelés beállítása szükséges.
Az ismert, hogy idős korban a szellemi hanyatlással járó kórképek, elsősorban a demencia az egyik legfontosabb neurológiai kórkép. 2040-re előrejelzések szerint a Földön közel 100 millió ember fog időskori demenciában szenvedni.

A pitvarfibrilláció és a szellemi hanyatlással járó kórképek közötti kapcsolat mibenlétének tisztázására az utóbbi években több vizsgálat és metaanalízis is próbált választ adni. Cerebrális microinfarctusok és microhaemorrhagiák, a tachyarrythmia miatt kialakuló cerebrális hypoperfúzió, a pitvarfibrilláció során állandóan változó hemodinamikai viszonyok (előterhelés, perctérfogat), valamint a szisztémás gyulladásos folyamatok egyaránt szerepet játszhatnak a két kórkép közötti kapcsolat kialakításában. Összefoglalva a rendelkezésre álló adatokat, az egyértelműnek tűnik, hogy a pitvarfibrilláció a kognitív hanyatlás fokozott kockázatával jár. Az összefoglaló előadás ezen evidenciák és a feltételezett pathomechanizmusok összefoglaló ismertetését tűzte ki célul.

Prof. Dr. Kálmán János

2014. októbere óta tanszékvezető egyetemi tamár az SZTE Pszichiátriai Klinikán. Tudományos érdeklődés: biológiai pszichiátria, pszichofarmakológia, gerontopszichiátria. Pszichiátria, gyermek- és serdülő pszichiátria, klinikai farmakológia, igazságügyi pszichiátria és rehabilitáció szakvizsgája van. 1989 óta oktat magyar és angol nyelven pszichiátria tantárgyat graduális orvos- és fogorvosképzésben. Az Alzheimer's Disease International által szervezett ADI 2016 nemzetközi konferencia tudományos szervező-bizottságának hazai 1997: PhD; 2008: MTA doktora (mindkettő az Alzheimer-kórral kapcsolatos preklinikai és klinikai kutatási eredményekből). 8 könyvfejezet, 160-nál több lektorált cikk (ebből több mint 100 angol nyelvű), 300-at meghaladó kumulatív impaktfaktor, 1100 feletti hivatkozás. 3,5 év külföldi kutatói munka (USA, Skócia, Németország). Folyamatban levő legfontosabb pályázatai: EU FP7 NILVAD (2012-2017), NAP (2013-2017).

Prof. Dr. Kempler Péter

Dr. Kempler Péter egyetemi tanár, az MTA doktora, klinikai érdeklődési területe a diabetes mellitus, kutatási területe a neuropathia diabetica. 1982-ben, eredetileg tudományos diákkörös hallgatók bevonásával létrehozta hazánkban az első neuropathia munkacsoportot, melyben azóta 79 TDK-s hallgató dolgozott. 2002 óta minden évben üléselnöki felkérést kapott az Európai Diabetes Társaság kongresszusaira, az EASD Neuropathia Munkacsoportja, a NEURODIAB Executive Board tagja volt hat éven keresztül. Jelenleg a Közép-Európai Diabetes Társaság és az ADIT (Advances in Diabetes and Insulin Therapy) vezető testületének, valamint a Morgagni Prize Selection Committee-nek a tagja.

Publikációi sorában 195 hazai folyóiratban és 71 nemzetközi folyóiratban megjelent cikk, továbbá 619 megjelent előadáskivonat szerepel. Nemzetközi citációinak száma 2633.

A Magyar Diabetes Társaság elnöke, a Semmelweis Egyetem Diabetológiai Licenc Grémium elnöke.

Összesen 26 különböző kitüntetése sorában két alkalommal részesült a Semmelweis Egyetem Kiváló Tudományos Nevelője elismerésben, 2007-ben Mestertanár Aranyérem kitüntetést kapott. 2014-ben elnyerte az ÁOK Kutatói és Oktatói Merit díját.

A 2-es típusú diabetes mellitus prevalenciája, szövődményei és költségei hazánkban, valamint az időskori cukorbetegség sajátosságai

Kempler Péter[1], Putz Zsuzsanna[1], Tabák Gy. Ádám[1], Kiss Zoltán dr.[2], Wittmann István[2], Abonyi-Tóth Zsolt[3,4], Rokszin György[4], Jermendy György[5]

[1]Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest; [2]Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum, Pécs; [3]RxTarget Kft., Szolnok; [4]Szent István Egyetem, Budapest; [5]Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest;

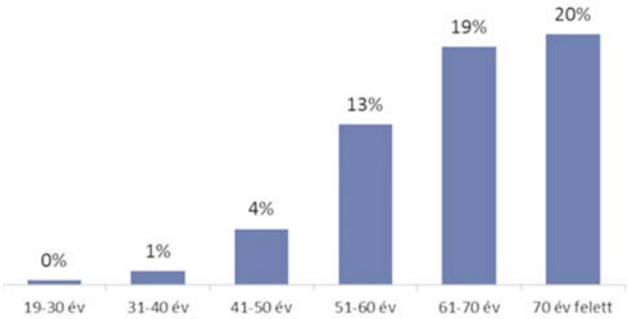
A Magyar Diabetes Társaság retrospektív vizsgálatának célja az OEP adatbázisának másfél évtizedre (2000-2014) visszatekintő, diabetológiai szempontból történő elemzése volt, azzal a céllal, hogy adatokat nyerjünk a cukorbetegséggel kapcsolatos morbiditási és mortalitási mutatók alakulásáról. Emellett adatokat gyűjtöttünk az ellátás költségvonzatáról, a kórházi kezelés jellemzőiről, ill. a terápiás szokások alakulásáról is. A cukorbetegek száma a vizsgált periódusban folyamatosan emelkedett, 2001-ben 475.000, 2014-ben 772.000 volt, az emelkedés mértéke 71% volt. 2014. évi adatok alapján a betegek 6%-a volt 1-es típusú cukorbeteg, 94%-uk 2-es típusú diabetesben szenvedett. Korcsoportonként vizsgálva a 2-es típusú diabetes prevalenciája az életkorral növekszik, a 60 évnél idősebbek körében 20%. Tíz év alatt a szívinfarktus kockázata 31%-kal, a stroke kockázata 26%-kal, a cukorbetegek halálozása 6%-kal csökkent, ugyanakkor napjainkban is 30.000 diabeteses beteg hal meg évente. A cukorbetegek költségterhe növekedett, ennek azonban egyetlen oka a betegek számának emelkedése, az egy betegre jutó költség nem emelkedett. Változott a költségek összetétele: emelkedett az antidiabetikumokra jutó hányad, ugyanakkor ezzel párhuzamosan csökkentek az egyéb költségek, elsősorban a fekvőbeteg-ellátás költségei. Az antidiabetikumok költsége azonban 2014-ben is a teljes költségteher mindössze 12%-át tesz ki.

Bemutatjuk a Hungarostudy (2002) és egy 1000 fő körében végzett felmérés adatait is, melyek ugyancsak a cukorbetegség előfordulását vizsgálták idősekben. E két vizsgálatban öt éves korcsoport-beosztást alkalmaztak, és ily módon dokumentálható volt, hogy a 75 évnél idősebbek körében a diabetes-prevalencia már valamelyest csökkenést mutat, vélhetően azért, mert ezek a betegek már nincsenek életben.

Az előadás a továbbiakban igen röviden foglalkozik az időskorú cukorbetegek kezelésének speciális problémáival. Az időskorú cukorbetegek elsősorban a funkcionális állapotot és az önellátás képességét preferálják. A rossz életminőség meghatározói egyrészt a végállapotú szövődmények, másrészt a sok esetben indokolatlanul bonyolult kezelési rendszerek. Idős betegek esetében különösen fontos a beteg és a kezelőorvos egyenrangú kapcsolata, a megfelelő információáramlás és a kezelési lehetőségek reális áttekintése. Előfordulhat, hogy sem az orvos, sem a beteg által hozott döntések nem korrelálnak a beteg preferenciáival. 65 évnél idősebbek körében a sürgősségi osztályra történt felvételt szükségessé tevő gyógyszeres kezelések sorában az első négy gyógyszercsoport között szerepelnek mind az inzulinok, mind az orális antidiabetikumok.

Az időskor a hypoglycaemia fokozott kockázatával jár, részben azért, mert a diabetes tartama és az életkor korrelál. A hypoglycaemia tünetei közül időskorban gyakrabban jelentkeznek a neuroglycopeniás jelek, pl. gyengeség, álmosság, a koncentrálóképesség romlása, szédülés, zavartság, látászavar, elkent beszéd. E tüneteket gyakran egyéb neurológiai események, elsősorban vascularis encephalopathia, TIA, vertebrobasilaris keringészavar következményének tulajdonítják. Időskorban jellemzően csökken a hypoglycaemiaérzet, részben azzal összefüggésben, hogy az autonóm funkció is életkorfüggő.

1. ábra: A 2-es típusú diabetes mellitus korcsoportonkénti előfordulása 2011-ben Magyarországon (az OEP adatbázis és a 2011. évi népszámlálás adatai alapján).



Dr. habil. Kereszty Éva

1963. március 21

SOTE ÁOK, Általános orvos 214/1987	1987.09.14
ELTE ÁJTK, jogász 84/1993	1993.07.10
PhD állam- és jogtudomány	2005.12.15
Habilitáció - állam- és jogtudomány	2012.
ELTE címzetes egyetemi tanár	2016.

szakképesítések

igazságügyi orvostan szakorvosa – 438/2002 – 2002. április 24.

egészségbiztosítás szakorvosa – 127/2005 – 2005 március 2.

közigazgatási szakvizsga – 529/2000 – 2000. május 16.

Egészségügyi szakmai anyaggal bővített középfokú angol nyelvvizsga (C2 szint) 14704/1985, 1985.02.08

1989. Semmelweis Orvostud. Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézet - orvosgyakornok
1991. Országos Igazságügyi Orvostani Intézet, orvos munkatárs, orvosszakértő
1995. Népjóléti Minisztérium, Miniszteri Kabinetiroda – miniszteri főtanácsadó
1997. Népjóléti Minisztérium – egészségpolitikai helyettes államtitkár
1998. Egészségügyi Minisztérium – Egészségügyi Jogpolitikai Iroda – főosztályvezető
2001. Egészségügyi Minisztérium – Egészségpolitikai Főosztály - főosztályvezető
2001. Egészségügyi Minisztérium Közigazgatási Államtitkárság – szakmai főtanácsadó
2002. Egészségügyi,Szociális és Családügyi Minisztérium, Egészségpolitikai Főosztály – főcsoportfőnök, főosztályvezető
2005. Egészségügyi Minisztérium – közigazgatási szakmai főtanácsadó
2006. ELTE ÁJK Közigazgatási Jogi Tanszék – egyetemi docens
2008. SZTE Igazságügyi Orvostani Intézet, egyetemi docens, mb. majd kinevezett intézetvezető, orvosszakértő

Forenzikus geriátria - Az időskorúakat érintő törvényszéki orvosszakértői problémák

Kereszty Éva

Szegedi Tudományegyetem Igazságügyi Orvostani Intézet

Az igazságügyi orvostan – különösen annak klinikai területei – átfogóan foglalkozik mindazon kérdésekkel, amelyek jogi elbírálást igényelnek vagy jogsértőek és a végeredmény megítélése vagy bármely részkérdés bizonyítása orvosi ismereteket vagy orvosi módszereket igényel.

Hagyományosan a halálesetek és sérülések vizsgálata jelentette a forenzikus orvoslás alapját, az idős betegek esetében ezek a kérdések is speciális elbírálást igényelnek. Polimorbid beteg esetében a hirtelen vagy váratlan halál, a megelőzhető halál, az elkerülhető vagy megelőzhető balesetek, patológiás balesetek, az állapotrosszabbító társbetegségek jelentősége mellett kiemelt figyelmet kell fordítani az elhanyagolás miatti halálesetekre, az állapotnak nem megfelelő gyógyszerelés esetleges toxikus hatására vagy akár az idősek bántalmazására akár családon belül, akár az idősek áldozattá válásának kriminológiai tapasztalatai alapján. Az időskori pszichiátriai és viselkedési változások, a fizikai és szellemi leépüléses folyamatok számos polgári jogi kérdést vetnek fel a szerződési képesség, végrendelkezés szempontjából, de ugyanilyen fontos lehet a közéletben való részvétel, közszereplés, munkavállalás során.

Számos szociális ellátás az érintett személy egészségi állapotától függ, ennek elbírálása az esetek egy részében az igazságügyi orvostan, illetve az ebből részben önállóvá vált egészségbiztosítási orvostan feladata. Hasonló problémákat vet fel a kártérítések problémája, amikor balesetet követően vagy vélt/valós egészségügyi ellátást követően a beteg vagy hozzátartozója elégedetlen az ellátással, és szakértői szempontból a korábbi állapothoz képest bekövetkezett romlási mérték balesettel, ellátással való összefüggését kell feltárni.

Az előadás szisztematikus áttekintést ad a fentebb összefoglalt szakértői ügyek geriátriai vonatkozásairól és a geriátriai szempontú szakértői megítélésről, és ennek intézeti tapasztalatairól.

Prof. Dr. Kiss István

1977-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem (SOTE) Általános Orvostudományi Karán, summa cum laude minősítéssel. 1977-90 között a SOTE II.sz. Belgyógyászati Klinikáján, a hypertonia-nephrologia részlegen dolgozott, osztályvezető, majd részlegvezető egyetemi adjunktusként. 1982-ben szakvizsgát tett belgyógyászatból, 1990-ben nephrologiából, 2003-ban klinikai farmakológiából, 2009-ben geriátriából. 1998-ban hypertonologus, 2003-ban lipidológus, 2013-ban obezitológus képesítést szerzett „honoris causa" formában. 2014-ben tett licencvizsgát hipertonológiából, lipidológiából és obezitológiából. 1991-ben védte meg kandidátusi disszertációját, 2007-ben habilitált a belgyógyászat/nephrologia szakterületén. 1980-tól folyamatosan részt vett az orvostanhallgatók, 1990 óta pedig a belgyógyász, nephrologus szakorvos jelöltek, valamint a rezidensek képzésében és vizsgáztatásában.

1990-től a Szent Imre Egyetemi Oktatókórházban dolgozik, az I.sz. Belgyógyászati Osztályon, másodfőorvosként, majd osztályvezető főorvosként. 2005-től a Kórházban létrehozott Belgyógyászati Szakmák Mátrix Intézetének intézetvezetője és a Nephrologia-Hypertonia Profil profilvezető főorvosa. 2005-2010 között Kórház orvos-igazgató helyettesi, mb. orvosigazgatói feladatait látta el időszakosan. 2010-2013 között a Kórház kinevezett tudományos igazgatója, 2011-2013 között a Tudományos Tanács elnöke. Jelenleg az Aktív Geriátriai részleg vezetője.

1991-től a B.Braun Avitum Hungary Zrt. Dialízis Hálózat 1sz. Dialízisközpontjának orvos-igazgatója, 19991-től a Dialízishálózat társ-orvosigazgatója. 2007-től a Dél-Budai Nephrologiai Központ vezetője.

2008-ban pályázattal nyerte el a Semmelweis Egyetem ÁOK, II. Belgyógyászati Klinika Geriátriai Tanszéki Csoportjának vezetését, egyetemi docensként. 2010-től egyetemi tanárrá nevezték ki.

A Magyar Hypertonia Társaság titkára, főtitkára, elnökhelyettese 1993-2009 között. 2009-től a Társaság elnöke, újraválasztva 2017-ig. 2004-2010 között a Belgyógyászati Szakmai Kollégium tagja, a Nephrologiai Szakcsoport titkára. 2005-2013 között a nephrologia országos szakfelügyelője. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Geriátria és krónikus ellátás Tanácsának elnöke 2011-től. 2015-től a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság elnöke. A Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetségének elnökségi tagja 2002-2016 között, volt elnöke (2008-2010).

Számos hazai és nemzetközi folyóirat szerkesztőbizottságának a tagja (Hypertonia és Nephrologia, Orvosi Hetilap, Lege Artis Medicinae, Háziorvos Továbbképző Szemle, Focus Medicinae, Metabolizmus, Gyógyszerészképzés, Kidney and Blood Pressure Reports), a LAM és a Korszerű Kaleidoszkóp főszerkesztője, az Idősgyógyászat folyóirat alapító főszerkesztője.

543 tudományos közlemény, 124 könyv, könyvfejezet szerzője és társszerzője (Hirsch index: 16, független idézettség 779, összes 1074). 1571 előadás szerzője, társszerzője. Jelenlegi kutatási területei: dializált betegek gén polimorfizmusa, renalis anémia, hypertonia epidemiológia és az antihypertenzív kezelés hatékonysága, az időskor népegészségügyi vonatkozásai, az időskor krónikus nem fertőző betegségei.

Kitüntetései és elismerései mellett (Markusovszky Emlékérem, Gömöri Pál Emlékérem, Török Eszter Emlékérem, Metabolizmus Díj, K. Mátyus István Emlékérem, Korányi Sándor Díj, Nephrologiáért Díj, Gyógyszerészetért Emlékérem, MOTESZ Díj)

2008-ban az egészségügyi miniszter Batthyány-Strattmann László Díját vehette át.

Időskor és hypertonia betegség

Kiss István egyetemi tanár, tanszéki csoportvezető

Geriátriai Tanszéki Csoport, Semmelweis Egyetem, ÁOK, II. Belgyógyászati Klinika
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Nephrologia-Hypertonia Profil és Aktív Geriátriai Részleg;
B.Braun Avitum Dialízis Hálózat, 1.sz. Dialízisközpont

Hazánkban a hypertoniás egyének száma eléri a felnőtt lakosság 40%-át, ami megközelítően 3,5-4 millió beteget jelent. Ezen belül a KSH adatai, megegyezően az európai átlaggal azt mutatják, hogy az életkor előrehaladtával nő a hypertoniások aránya, így a 75 év feletti korosztályban már 80% az előfordulási gyakoriság.

Tekintettel arra, hogy az időskori hypertonia leggyakoribb formája az izolált szisztolés hypertonia, a gyógyítók jelentős kihívásokkal néznek szembe. A szisztolés vérnyomás jelentős csökkentése szükséges, de a diasztolés vérnyomás mérséklése nem kívánt. A vérnyomáscsökkentésre másképpen reagál az idősödő, ateroscleretikus érfal és a szabályozó rendszer is. Mindezek nem könnyítik meg a gyakorló orvos feladatát. Fontos előrelépés volt a 2013-ban megjelent európai, majd a 2015-ben napvilágot látott magyar szakmai irányelv, amelyben már nem törvényszerű elvárás idősek esetében a 140/90 Hgmm alatti vérnyomás. Akinél gond nélkül lehet csökkenteni, annál a kardiovaszkuláris kockázat jelentősen nő, de akinél a csökkentés további problémát okoz (alacsony diasztolés nyomás, hypotonia stb.), ott megengedett a 140-150 Hgmm közötti szisztolés érték is. Ma már nem csak a célvérnyomásérték elérése fontos, hanem a vérnyomás variabilitás vizsgálata is meghatározó lehet (pl. a vizittől vizitig terjedő időszakra).

A választott terápia bázis gyógyszerei a kalciumantagonista és diuretikum, kiegészítve a renin-angiotenzin rendszert gátló gyógyszerek valamelyikével (ACE-gátló vagy ARB). Természetesen fontos, hogy figyeljünk az időskori fokozott szimpatikus idegrendszeri aktivitásra, illetve annak csökkentésére is.

Ritkán gondoljuk át megfelelően a gyógyszerkölcsönhatásokat, pedig az idősek esetében a polifarmácia és polipragmázia miatt ez különösen fontos lenne. A nem szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID) széles tárházából igen sokféle készítményt szednek az idősek mozgásszervrendszeri elváltozásaik és a panaszok miatt. Ugyanakkor az NSAID gyógyszereknek bizonyított az a hatása, hogy csökkentik a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek hatékonyságát. Együttes szedésükkor fokozott vérnyomásellenőrzés és esetleg a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek adagjának megemelése vállhat szükségessé.

A nem fertőző krónikus betegségekben szenvedők gondozása ugyancsak szakembert próbáló feladat. A hypertonia betegségben a gyógyszerszedés hűsége alapvető, ami mérhető az adherenciával és/vagy a perzisztenciával. A gyakorló orvosnak hiányzik azonban a megfelelő kommunikációs készsége és nincs is ideje egy idős emberrel sokat beszélgetni. A telemedicinális rendszerek ezek részleges pótlását teszik lehetővé, esetenként kiváltva egy orvosi vizitet is. Számos nemzetközi és hazai vizsgálat igazolta, hogy az otthoni vérnyomásmérés értéke a legmegbízhatóbb és az értéknek automatikus elküldése a feldolgozó központba hozzáadott értékként jelenik meg a gondozás folyamatában. Ezeket a lehetőségeket egyre inkább ki is kell használjuk.

A Magyar Hypertonia Társaság Regisztere komplex képet mutat az idős hypertoniás betegek jellemző tulajdonságairól. Ez is felhasználható lehetőség a kezelés és gondozás folyamatában.

Prof. Dr. Koller Ákos

Prof. Dr. Koller Ákos, PhD, MTA doktora
Testnevelési Egyetem, Természettudományi Intézet
Tudományos Tanács elnöke

Részállás: Semmelweis Egyetem, Kórélettani Intézet, Idegsebészeti Klinika, Pécsi Tudományegyetem.

Személyi adatok
Születési hely, idő: Balassagyarmat, 1951. február 3.
Munkahelyi cím:
Testnevelési Egyetem, 1123 Budapest, alkotás u. 44.
E-mail: koller@tf.hu
Mobil: +36 70 902 0681

Egyetemi tanulmányok, tudományos fokozatok, címek

Orvosi diploma: 1975 Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Általános Orvostudományi Kar
Kandidatúra/PhD: 1995 Magyar Tudományos Akadémia Doktori Tanácsa
Értekezés címe: Az endotél szerepe az arteriolás érhálózat működésének optimalizálásában.
Habilitáció: 1996 Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged
MTA Doktora: 1998 Magyar Tudományos Akadémia Doktori Tanácsa
Értekezés címe: A hemodinamikai erők és az endotél szerepe a mikroerek ellenállásának szabályozásában.
Érdeklődési területem a kardiovaszkuláris rendszer, azon belül a mikrocirkuláció és mikroerek (endothélium és simaizom) működésének szabályozása, különös tekintettel a hemodinamikai erők szerepére. A mikorerek jelentősen adaptálódnak a hemodinamikai erők változásaihoz hipertóniában és fizikai aktivitás során. Az ezekért felelős mechanizmusok feltárása fontos a mikroerek egészséges és kóros működésnek megértéséhez.

Kutatási területeim: A tréning hatása a mikroerek működésére és az endothélium által termelt értágító anyagok szerepe. A fizikai terhelés kardiális és mikrovaszkuláris hatásai. Az endotél diszfunkció mechanizmusai a különböző kardiovaszkuláris betegségekben. A mikrovaszkuláris oxidatív stressz és a vaszkuláris gyulladás a kardiovaszkuláris betegségekben. A koronária és az agyi vérkeringés eltérései öregedésben, kóros állapotokban: hipertónia, diabetes mellitus, elhízás.
Az agyi vérkeringés autóregulációjának mechanizmusai és károsodása traumás sérüléseknél.

Jelenlegi kutatási támogatások:
2013-2017: Országos Tudományos Kutatási Alap: A cerebrovaszkuláris ellenállás áramlásfüggő szabályozása
2014-2015: Magyar Hypertonia Társaság Kutatási pályázat
2013-2017: Fp7-Seventh Framework Programme MC-ITN-SMARTER, Support for training and career development of researchers (Marie Curie). Mentor.

Közlemények /2015:

Barth Z, Nomeland Witczak B, Schwartz T, Gjesdal K, Flatø B, Koller A, Sanner H, Sjaastad I. In juvenile dermatomyositis, heart rate variability is reduced, and associated with both cardiac dysfunction and markers of inflammation: a cross-sectional study median 13.5 years after symptom onset. Rheumatology (Oxford). 2016 Mar;55(3):535-43. doi: 10.1093/rheumatology/kev376. Epub 2015 Oct 24. PubMed PMID: 26500284.
Pries AR, Badimon L, Bugiardini R, Camici PG, Dorobantu M, Duncker DJ, Escaned J, Koller A, Piek JJ, de Wit C. Coronary vascular regulation, remodelling, and collateralization: mechanisms and clinical implications on behalf of the working group on coronary pathophysiology and microcirculation. Eur Heart J. 2015 Dec 1;36(45):3134-46. doi: 10.1093/eurheartj/ehv100. Epub 2015 Jun 25. PubMed PMID: 26112888.
Nemeth Z, Cziraki A, Szabados S, Horvath I, Koller A. Pericardial fluid of cardiac patients elicits arterial constriction: role of endothelin-1. Can J Physiol Pharmacol. 2015 Sep;93(9):779-85. doi: 10.1139/cjpp-2015-0030. Epub 2015. Apr 17. PubMed PMID: 26322806.
Bugiardini R, Dorobantu M, Vasiljevic Z, Kedev S, Knežević B, Miličić D, Calmac L, Trninic D, Daullxhiu I, Cenko E, Ricci B, Puddu PE, Manfrini O, Koller A, Badimon L; ISACS-TC Investigators. Unfractionated heparin-clopidogrel combination in ST-elevation myocardial infarction not receiving reperfusion therapy. Atherosclerosis. 2015 Jul;241(1):151-6. doi: 10.1016/j.atherosclerosis. 2015.04.794. Epub 2015 Apr 27. PubMed PMID: 25988359.
Toth P, Tarantini S, Springo Z, Tucsek Z, Gautam T, Giles CB, Wren JD, Koller A, Sonntag WE, Csiszar A, Ungvari Z. Aging exacerbates hypertension-induced cerebral microhemorrhages in mice: role of resveratrol treatment in vasoprotection. Aging Cell. 2015 Jun;14(3):400-8. doi: 10.1111/acel.12315. Epub 2015 Feb 9. PubMed PMID: 25677910; PubMed Central PMCID: PMC4406669.
Springo Z, Tarantini S, Toth P, Tucsek Z, Koller A, Sonntag WE, Csiszar A, Ungvari Z. Aging Exacerbates Pressure-Induced Mitochondrial Oxidative Stress in Mouse Cerebral Arteries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2015 Nov;70(11):1355-9. doi: 10.1093/gerona/glu244. Epub 2015 Jan 28. PubMed PMID: 25631392; PubMed Central PMCID: PMC4612385.

Közlemények /2016:

Ivic I, Vamos Z, Cseplo P, Koller A From Newborn to Senescence Morphological and Functional Remodeling Leads to Increased Contractile Capacity of Arteries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016 May 17. pii: glw085. [Epub ahead of print] PMID:27190209
Szénási A, Dörnyei G, Rácz A, Debreczeni B, Koller A. Regulation of vasomotor tone of small skeletal muscle veins by intrinsic mechanisms]. Orv Hetil. 2016 May;157(21):805-812. Hungarian. PMID:27177786
Cseplo P, Vámos Z, Torok O, Ivic I, Toth A, Buki A, Koller A. Hemolysed blood elicits - calcium antagonist and high CO2 reversible - constrictions via elevation of Ca2+ in isolated cerebral arteries. J Neurotrauma. 2016 Mar 28. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 27018759
Bugiardini R, Cenko E, Ricci B, Vasiljevic Z, Dorobantu M, Kedev S, Vavlukis M, Kalpak O, Puddu PE, Gustiene O, Trninic D, Knežević B, Miličić D, Gale CP, Manfrini O, Koller A, Badimon L. Comparison of Early Versus Delayed Oral β Blockers in Acute Coronary Syndromes and Effect on Outcomes. Am J Cardiol. 2016 Mar 1;117(5):760-7. doi: 10.1016/j.amjcard.2015.11.059. Epub 2015 Dec 13. PMID:26778165

Az artériás simaizom öregedése: Lehet, hogy igaza volt B. Folkow-nak?

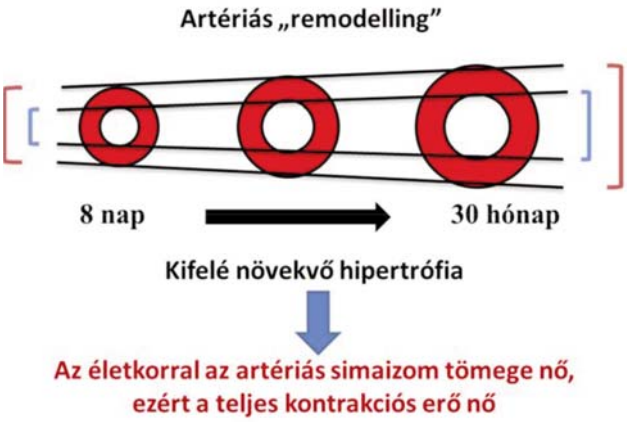
Koller Ákos egyetemi tanár

Természettudományi Intézet, Testnevelési Egyetem, Budapest
Kórélettani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest
Kórélettani Intézet, ÁOK, Pécsi Tudományegyetem, Pécs

Bevezetés Az egyedfejlődés és öregedés során az erek jelentős morfológiai és funkcionális változáson mennek keresztül. Kevés adat van azonban arról, hogy az újszülött kortól a nagyon öregkorig, hogyan változik a perifériás ellenállásért felelős artériás erek falvastagsága és kontrakciós képessége és hogy ezek a változások vajon a szisztémás nyomásváltozással összefüggésben vannak-e. Feltételeztük, hogy a morfológiai átalakulás miatt az artériák kontraktilis ereje fokozatosan megnő az életkor függvényében, különösen idősebb korban.

Módszerek Állatkísérletekben, újszülött kortól öregkorig, mértük a patkányok artériás vérnyomását, az izolált artéria carotis-ok morfológiai (szövettani) és funkcionális jellemzőit.

Eredmények Az artériás vérnyomás jelentősen nőtt 0,25-től 6 hónapos korig, amikor elérte azt a szintet, ami megmaradt 30 hónapos korig. Az életkorral nőtt az érátmérő és a falvastagság, főként a simaizom réteg miatt, ami egy kifelé növekedő hipertrófiát hozott létre (outward remodeling) *(Lásd: ábra)*. Ugyanakkor, korral a fali feszültség fokozatosan csökkent. Az artériák receptor nélkül közvetített kontrakciós ereje (KCl, 60 mM hatására) fokozatosan nőtt a három egymást követő korcsoportban, míg a kontraktilitás kezdetben növekedett 2 hónapos korig, majd nem változott tovább az öregedés során. A noradrenalin által kiváltott kontrakciók kezdetben nőttek fiatal korban, majd nem változtak tovább az idősebb korban (Ivic I, Vamos Z, Cseplo P, Koller A. From newborn to senescence morphological and functional remodeling leads to increased contractile capacity of arteries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016 May 17. pii: glw085. [Epub ahead of print] PMID:27190209.



Következtetések Egészséges egyedfejlődés és öregedés során az artériás falvastagság – főleg a simaizom réteg miatt – jelentősen megnő, ami hozzájárul a teljes kontrakciós képesség fokozatos növekedéséhez. Úgy tűnik, hogy az artériák morfológiai és funkcionális „remodelling”-je független a szisztémás artériás vérnyomás változásától, ami arra utal, hogy más mechanizmusok (genetikai és epigenetikai) megakadályozzák az esetleges perifériás keringési ellenállás növekedése miatti vérnyomás növekedését. Ez a következtetés alátámasztani látszik Bjorn Folkow korábbi koncepcióját: "az érfal és érátmérő arány növekedése (a megnövekedett simaizom réteg miatt) a kontrakciós erő megnövekedéséhez vezet, ami fontos tényező lehet hipertónia pathogenezisében". Azaz, különösen az idősebb korban megfigyelhető artériás „remodelling” a hipertónia kialakulásának rizikó tényezője lehet.

Támogatás: NKFI-OTKA K108444, FP7-Marie Curie-SmART projekt, Magyar Hypertonia Társaság.

Dr. Kovács Éva

1990-ben általános orvosi diplomát, majd 1992-ben gyógytornász diplomát szerzett.
Ezt követően egy mozgásszervi osztályon 5 évet, majd az otthonápolásban 10 évet dolgozott. Két évet töltött el a Vakok Állami Intézetében a mozgásterápiás csoport vezetőjeként.

2006 óta vesz részt a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán folyó oktatásban, két évig külsős oktatóként, majd az Alapozó Egészségtudományi Intézet, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék tanársegédjeként, 2015-től adjunktusaként.

Kutatási területe a geriátriai fizioterápia, azt vizsgálva, mi a szerepe a rendszeres fizikai aktivitásnak, a mozgásban gazdag életmódnak a funkcionális kapacitás, az önellátási képesség, a magas életminőség megőrzésében.

2014-ben megvédett PhD disszertációjában a tudományos érdeklődésének egy szűkebb területén kifejtett kutatásainak eredményeit dolgozta fel „Esésmegelőző mozgásprogramok az idősellátásban" címmel.

A gyógytornász szerepe az időskori elesések megelőzésében

Kovács Éva egyetemi adjunktus

SE, ETK, Morfológiai és Fiziológiai Tanszék

Az otthonélő 65 év feletti idősek 30%-a, a 80 év feletti idősek 50%-a évente legalább egyszer elesik. Idősotthonokban 60% az eleső idősek aránya. Minden ötödik elesés egészségügyi ellátást igénylő sérüléssel is jár.[1] Hatékony megelőző beavatkozások alkalmazása nélkül a gyakoriságuk és súlyos következményeik miatt jelentős népegészségügyi problémát fognak jelenteni az időskori elesések. Ezért az esésmegelőzés az időskorúakkal foglalkozó szakemberek, így a gyógytornászok fontos feladatának tekinthető.
A mozgás központi szerepet játszik az időskori elesések megelőzésében: az esési kockázatot fokozó strukturális- és funkcionális károsodások megelőzésével; a károsodások súlyosbodásának megállításával vagy lassításával; a már hanyatló funkciókkal élő idős ember funkcionális képességeinek olyan mértékű javításával, ami képessé teszi őt az életvitel alapvető mozgásaiban a lehető legteljesebb önállóságra, a további elesés elkerülése mellett.[2]
Egy Cochrane együttműködésben készített metaanalízis eredménye szerint a multimodális mozgásprogramok csoportban végezve 29%-kal (OR: 0,71; 95% CI: 0,63-0,82), egyénileg, önállóan végezve 32%-kal (OR: 0,78; 95% CI: 0,64-0,94) csökkentik az elesés gyakoriságát.[3] A mozgás esésmegelőző hatásosságának magyarázata, hogy a jól megtervezett gyakorlatokból álló mozgásprogram egyszerre több, az elesés hátterében álló rizikófaktort is befolyásol: javítja az izomerőt, a mozgásterjedelmet, a reakcióidőt, a poszturális szabályozást.[4]

A mozgásprogramok hatásosságát jelentősen befolyásolja a program gyakorlatainak típusa és a program dózisa.[5] A gyakorlattípusok közül az ún. multimodális mozgásprogramok a leghatásosabbak, melyek egyszerre tartalmaznak közepesen nehéznek vagy nehéznek tekinthető egyensúlyfejlesztő gyakorlatokat, izomerősítő és nyújtó gyakorlatokat valamint járástréninget. Az eséscsökkentő hatás 6 hónapon át összesen legalább 50 órányi mozgásprogramon való részvétel után várható. A nemzetközi gyakorlatban ezt a dózist – mely heti kétszer 60 perces, vagy heti 3-szor 40 perces foglalkozást jelent – otthon, önállóan végzett, valamint csoportban végzett gyakorlatok kombinációjával érik el.
A bizonyítottan hatásos esésmegelőző mozgásprogramok és a fizikai aktivitási formák összessége egy fokozatosan nehezedő, egyre nagyobb terhelést jelentő kontinuumnak tekinthetők, melynek az egyik végén azok a programok vannak, melyek az alacsony eséskockázatú, jó fizikális képességű idősek részére jelentenek rendszeres mozgást, a másik végén pedig azok, melyek a magas elesési kockázatú idősek esésmegelőzését célozzák.
Az alacsony kockázatú időseknek azok a közösségi mozgásprogramok javasolhatók, melyek az idős szervezet aktuális funkcionális kapacitásának figyelembevétele mellett jelentenek mozgáslehetőséget: az intenzív gyaloglás, kocogás, kirándulás, a közösségi tánc, a tai chi, a kortárs közösségben űzött sportok, pl. tenisz, labdajátékok.[6]

Az alacsony kockázatú idősek részére ajánlott mozgásprogramokra példa a főváros XI. kerületében megvalósított 60 plusz program: a kerületben élő idősek ingyen vagy kedvezményes áron vehetnek részt gyógytornász által vezetett geriátriai tornafoglalkozásokon, Nordic Walking tréningeken vagy egyéb mozgásfoglalkozásokon.

A kontinuum egy közbülső lépcsőjét adják a közepes kockázatú idősek részére felkínálható programok, melyre példa az Adaptált Fizikai Aktivitás szempontrendszere által összeállított foglalkozás, mely olyan strukturált gyakorlatokból épül fel, melyek az alsóvégtagok és a törzs izmait erősítik, valamint a mindennapi élet aktivitásainak egyensúlyhelyzeteit gyakorolják (pl. székről felállás, nyújtózás a fej fölötti magasságban, tárgy felemelése a talajról). A mozgásprogram gyakorlatait a résztvevők képességeihez adaptáljuk: könnyítjük, vagy a képességek javulásával progresszíven nehezítjük.

A magas esési kockázatú idős embereket olyan prevenciós programba kell bevonni, melynek egyes elemei egy részletes kivizsgálás eredményén alapulnak. A programnak mindig része egy olyan tornafoglalkozás melynek gyakorlatai a poszturális kontrollban szerepet játszó szervrendszerek funkciójának javítását célozzák. Ilyen, kifejezetten a nagy elesési kockázatú, 80 év feletti, korábban már elesést elszenvedő idősek részére ajánlott program az Otago Tornaprogram, ami jól kombinálható a közepes kockázatú idősek csoporttornájával is.[7] Ez a komplex gyakorlatsor – amelyet az új-zélandi Otago Egyetem kutatói fejlesztettek ki - egyszerű, az egyéni képességekhez könnyen hozzáigazítható mozgásokból épül fel, melyek az egyensúlyt, az izomerőt és a járást fejlesztik.

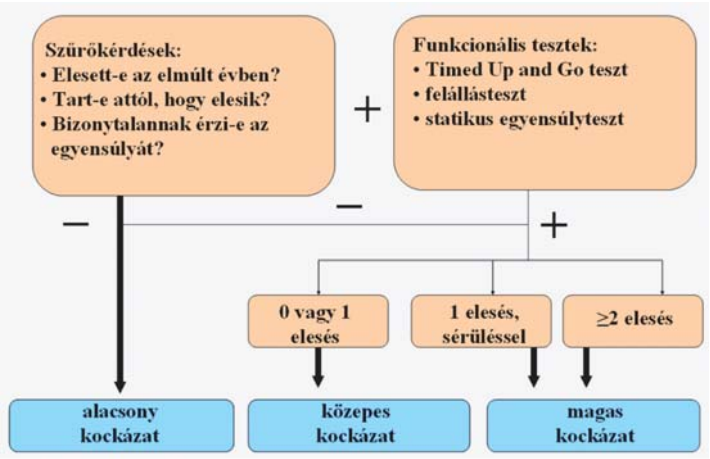
A geriátriai szakirodalomban az idősek eséskockázatának meghatározására több – egymással összhangban álló – algoritmus fellelhető, melyek szerint az elesésre vonatkozó szűrőkérdésekre adott válaszok alapján ajánlott tovább vizsgálni a járást, az izomerőt és az egyensúlyt, a geriátriában leggyakrabban alkalmazott funkcionális tesztekkel: a Timed Up and Go teszttel, az ún. 30 másodperces felállásteszttel, és a statikus egyensúlytesztekkel. [8]

Ha az idős ember ezekben a tesztekben az életkori normálértékeknek megfelelően tejlesít, akkor alacsony kockázatúnak tekinthető éppúgy, mintha a szűrőkérdésekre nemleges választ adott volna. Ha a normálértékekhez képest elmarad a kivitelezés, akkor egy második szinten tovább vizsgálva, az elesések száma és következményei alapján a magas- vagy a közepes kockázatú csoportnak megfelelő prevenciós programot kell részére felkínálni (ábra).

Összefoglalva: Az időskori elesések megelőzéséhez, mely több szakterület képviselőinek közös munkája, a gyógytornász a következő lépésekkel járulhat hozzá:

- a szűrési szakaszban szűrőkérdésekkel, funkcionális tesztekkel képes megítélni, hogy az adott idős embernek melyik mozgásprogram a megfelelő,
- figyelembevéve azt, hogy az adott idős ember esetében milyen krónikus betegségek és egyéb rizikótényezők jelentenek eséskockázatot, valamint, hogy milyen az adott idős ember aktuális funkcionális képessége, terhelhetősége, biztonságos és hatásos esésmegelőző mozgásprogramot képes összeállítani és levezetni,
- ha az idős emberrel bizalmon alapuló kapcsolatot sikerül kialakítania, az sokat segíthet abban, hogy az idős ember örömmel, rendszeresen és hosszútávon vegyen részt a mozgásprogramban, valamint megfogadja a környezete átalakítására és az életmódjára vonatkozó tanácsokat.

1. Boros E. Rehabilitáció 2010. 20(4): 243-249.
2. Rose DJ. J Rehabil Res Dev 2008; 45:1153-1166.
3. Gillespie LD., et al. Cochrane Database Syst Rev 2012. Sep 12;9:CD007146.
4. Howe TE., et al. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;(11):CD004963.
5. Sherrington C, Tiedemann Journal of Physiotherapy 2015; 61:54-60.
6. Beattie BL. J Geriatr Phys Ther 2014; 37:31-34.
7. Gardner MM., et al. Age Ageing 2001; 30:77-83.
8. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control. http://www.cdc.gov/steadi/materials.html



Eséskockázat felmérése [8]

Dr. Lelbach Ádám

Egyetemi tanulmányat 1989 és 1995 között a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen végezte, Ausztriában, Németországban és Norvégiában töltött hosszabb szakmai gyakorlatokat. Ezt követően a Semmelweis Egyetem II. számú Belgyógyászati Klinikáján dolgozott. Tudományos aspiránsként a Német Szövetségi Köztársaság tudományos ösztöndíját elnyerve (DFG - Deutsche Forschungsgemeinschaft) - 1998 és 2000 között a „Molekuláris-, és celluláris hepatogasztroenterológia" különleges kutatási terület (SFB - Sonderforschungsbereich) keretében – Göttingenben végezte kutatásait, ezen belül a Burckhardt professzor irányítása alatt álló „Belszervek klinikai-, celluláris-, és molekuláris biológiája" nemzetközi tudományos aspiráns- és kutatócsoport tagjaként a Göttingeni Egyetem Belgyógyászati Centrumának Endokrinológiai és Gasztroenterológiai Klinikáján végezte munkáját, amely Intézetbe 2002-ben ismételten meghívták vendégkutatónak (Gastwissenschaftler). 2003-ban belgyógyászatból, 2005-ben pedig gasztroenterológiából tett sikeres szakvizsgát. 2005-ben az IGF (inzulinszerű növekedési faktor) rendszer-, gyulladásos cytokinek és a máj kapcsolatáról írt disszertációját sikeresen megvédte és Ph.D. fokozatot szerzett. A gyógyító- és kutató munka mellett magyar nyelven kívűl angol-, és német nyelven is oktat. 2006-ban amerikai állami ösztöndíjat elnyerve az Amerikai Egyesült Államokban a Massachusetts-i Egyetem Belgyógyászati Klinikájának Hepatológiai részlegén kutatott, majd 2007 óta a Dr. Rose Magánkórház vezető belgyógyásza, a Járóbeteg Szakellátás vezetője, valamint a V.I.P. és nemzetközi betegellátás vezetője, az elmúlt évtizedben több, mint 90 országából látott el pácienseket. 2009-ben a németországi (Köln) székhelyű Lambert tudományos kiadó felkérésére és gondozásában "Acute Phase Mediators and the IGF System" (Akutfázis mediátorok és az IGF rendszer) című monográfiája jelent meg. Az elmúlt évtizedben szakmai érdeklődése kiterjedt az öregedési folyamatok biológiai és élettani mechanizmusainak, ezek esetleges terápiás intervenciójának kutatására, Székács Béla professzorral jelentek meg a témában közös közleményei, illetve 2005-ben Magyarország első Geriátriai-idősgyógyászati tankönyvében és legutóbb 2015-ben a Debreceni Egyetem Gerontológiai elektronikus tankönyvében jelentek meg fejezetei.

2011-ben Budapesti Műszaki- és Gazdaságtudományi Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Master of Business Administration mesterszakon közgazdász diplomát szerzett (M.Sc./M.B.A.), szakdolgozatát a különböző egészségügyi és szociális rendszerek és a magyar egészségügy összehasonlító elemzésével kapcsolatban írta. 2010-től a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Kórélettani és Gerontológiai Intézetének vendégoktatója geriátria és hipertónia témakörben, 2015-ben hipertónia licence vizsgát tett. 2015-től a Pécsi Tudományegyetem címzetes egyetemi docense. Az elmúlt két évtizedben hazai és nemzetközi kongresszusokon, tudományos üléseken jelentős számú felkért előadást, valamint poszter prezentációt tartott magyar, angol és német nyelven. Rendszeresen foglalkozik tudományos kutatással, tudományos kollaboráció keretében jelenleg Koller Ákos professzorral a (verseny)sport és az öregedési folyamatok kapcsolatát kutatja, illetve érdeklődése az utóbbi időben kiterjed a gerontechnológia területére is, ezzel kapcsolatosan is több tudományos fórumon szerepelt meghívott előadóként.

Gerontechnológia: idősek (ön)ellátását segítő technológiai újítások - robotok

Lelbach Ádám c. egyetemi docens

Dr. Rose Magánkórház és Rendelőintézet, Budapest

Célkitűzések Az idősek ellátása, az idős betegek hosszú távú ápolása igen megterheli az egészségügyi és szociális ellátó rendszereket és költségvetéseket. Az (ön)ellátást segítő, az ápoltak életminőségét javító és környezetük munkáját könnyítő és segítő technikai fejlesztések igen nagy fontosságúak.

Módszerek: az informatikai, mérnöki és orvosi adatbázisok felhasználásával kerestük az innovatív technológiák és kapcsolódó robotika lehetséges szerepét az idősellátás kihívásának mérséklésében.

Eredmények, következtetések: az innovatív technológiák fejlesztése és bevezetése fontos segítség lehet az időskor speciális testi és kognitív eltéréseinek ellensúlyozására. A geron-technológiai újítások, melyek a technológia és a környezet olyan alakítását célozzák (pl. idősbarát intelligens otthonok), melyek a független életvezetést és a társadalomban történő aktív szerepvállalást segítik, a speciális számítógépes és mobiltelefon applikációk, a telemedicína elterjedése, valamint olyan korszerű eszközök, mint a modern megfigyelő- és hangfelismerő rendszerek, telepresence robotok, intelligens kognitív eszközök, élettani és környezeti szenzorok és korszerű integrált szenzor hálózatok, olyan termékekként kerülnek a hétköznapi használatba, mint például az elesé-seket megakadályozó rendszerek, a sétáltató robotok és nagy segítséget nyújthatnak az idősek ápolásának könnyítésében és széleskörű alkalmazásra számíthatnak a jövőben.

Dr. Majercsik Eszter

1979-ben szereztem orvosi diplomát a SOTE Általános Orvosi Karán.
1986. április 1-től dolgozom a Szent Margit Kórházban belgyógyászként.
1996. július 1-től a Krónikus Osztály vezető orvosa, 2001. július 1-től osztályvezető főorvosa vagyok.
1990-ben belgyógyászatból, 2000-ben geriátriából szakvizsgáztam.
1998-ban a SOTE Egészségügyi Menedzserképző Intézetben másoddiplomát szereztem. 2004-ben tudományos fokozatot szereztem (PhD), témám az idősek életminőségét meghatározó tényezők vizsgálata volt.

Szakmai érdeklődésem az idősgyógyászat, az idősek ellátása, gondozása. Eddigi pályám során folyamatosan mindig ezzel foglalkoztam. Már az egyetemi tudományos diákköri tevékenységemben is a témába vágó szakdolgozattal nyertem díjat.

1995-től tagja vagyok a Magyar Gerontológiai Társaságnak, 2009-től a Társaság vezetőségi tagja vagyok.

Szakmai Kollégiumi tagság: Geriátria és Krónikus Ellátás Szakmai Kollégium.

Geriátria a művészetben

Majercsik Eszter osztályvezető főorvos

Szent Margit Kórház Krónikus Osztály

„Ostoba piktor az idő, mentől tovább dolgozik az arcképünkön, annál jobban elrontja azt.„ /Jókai Mór/

A művészet a valóság visszatükrözése az alkotó látásmódján keresztül.
Az emberi élet öröme, bánata, a születés-halál, az egészség-betegség gyakori témái a műalkotásoknak. Az öregedés ábrázolásának fő területei: a külső megjelenés, az életkörülmények változása, a bölcsesség, a veszteségek, a magány megjelenítése, és jellemző az önarckép, a saját sorstörténet bemutatása is.

Az előadás e témák mentén foglalkozik azzal, hogy a művészetben a geriátria jelenségei, tematikus problémakörei és sajátosságai hogyan jelennek meg.
A művészet lehetőséget ad csúcsteljesítmény elérésére időskorban is, míg a tudományban, sportban ez kevésbé valósítható meg. A művészi cél elérése iránti vágy életben tartja az alkotót.

Az időskori művészek példája mutatja, hogy az alkotás vágya az élet végéig megmarad.

Mester Dániel

Mester Dániel
szociálpolitikus

Szakmai tapasztalat
EMMI - Szociális és Társadalmi Felzárkózási Stratégiai Főosztály, főosztályvezető 2014.10.01 –

Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal - osztályvezető, programvezető, kutató szociológus
2012.04.01 – 2014.09.30

Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet/Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet – tanácsadó, kutatásvezető, csoportvezető, referens 2007.04.01 – 2012.03.31

Intervoks Bt. - kutató 2001.09.01 – 2007.03.31
Tanulmányok
Eötvös Lóránd Tudományegyetem - szociálpolitikus Egyetem/MSc/MA 1995-2000

Publikációk

- A szociális ellátórendszer jellegzetességei, korprofilja és területi megoszlása (Társszerzők: Goldmann Róbert, Gyetvai Gellért) TÁRKI in: Társadalmi Riport 2016 (2016)
- A szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások igénybevevői 2012 (Társszerzők: Goldmann Róbert, Mód Péter) NRSZH (2013)
- Központi Szociális Információs fejlesztések (Társszerzők: Bencsik B. – Goldmann R. – Heidl B. – Kása K. – Ráczné Lehoczky Zs.) NRSZH (2013)
- Kutatás a társadalmi felelősségről, és az önkéntességet nem végzők attitűdjeiről (Társszerzők: Mészáros Z. – Kostyál Á.) NCSSZI (2011) in: Köztár.hu (szerk. Mester Dániel)
- Nemzeti Szociálpolitikai Koncepció 2011-2020 (Társszerzők: Czibere K. – Sziklai I. – Vörös Gy. – Sidlivics F. – Skultéty J. – Beszterczey A.) Schweitzer Albert Református Szeretetotthon Módszertani Osztálya, (2011)
- Employee involvement in companies under the European Company Statutue, (2011) pp. 92. See: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/78/en/1/EF1078EN.pdf (with Rehfeldt – Voss – Pulignano – Kelmen – Telljohann – Fulton – Neumann – Schütze - Wilke)
- Támogatások és ellátások változása 2001-2008 között (Társszerzők: Goldmann R. – Mód P. – Nagy K. – Papházi T. – Varga A.) SZMI, (2010) szmi.hu/szoctam 396 old.
- A szociális szolgáltatási rendszer folyamatai 2002-2007 között. (szerk. Mester Dániel) SZMI, 2010.
- Szociális ágazati információs stratégia 2008, Kapocs 2008/39, 30-38. old. (Társszerzők: Goldmann R. – Mód P.)
- A szociális és gyermekvédelmi szolgáltatások sztenderdjeinek felülvizsgálata és modellezése során szerzett tapasztalatok Kapocs 2008/36, 29-35. old.
- Munka közben – a sztenderdizáció tapasztalatairól és a szociális szolgáltatások szakmai szabályozó rendszerének kidolgozását célzó fejlesztés soron következő feladatairól, Kapocs 2008/36, 2-9. old. (Társszerző: Kozma J.)
- Munkáltatói vélemények a távmunka bevezetésének előfeltételeiről és gyakorlatáról. Társadalomkutatás 2004/22, 203-243. old. (Társszerzők: Makó Cs. – Keszi R.)
- eWork– Status Report on New Ways to Work in the Knowledge Economy, Hungary. In: eWork 2002 Status Report on New Ways to Work in the Knowledge Economy, (2002) pp. 137-139. Brussels. (with: Makó, Cs. – Tamási, P.)
- Report on the Telework Pilot in Hungary – (E3Work Final Report on the Attitudes of Supervisors and Teleworkers in the Pilot Group at Hungatel). (2002) See: www.e3work.com (with: Makó Cs. – Illéssy M.)
- Shortly Summary of Telework Situation in Hungary (in) eWork in Europe, The EMERGENCE 18 – Country Employer Survey, Bringham: Institute for Employment Studies Report, (2001) 83. oldal (with: Makó. Cs.)
- e-Work 2001: Shortly Summary of Telework Situation in Hungary. In: In the Knowledge Economy': Information Society Technologies, (2001) pp. 129-130. Brussels. (with: Makó, Cs.)
- Távmunka 2000–2001. Foglalkoztatáspolitikai döntéseket megalapozó kutatások. ITTK Infinit Kutatási Jelentések, 2001, 11–12. szám, 18–58. old. (Társszerzők: Eckert B. – Molnár Sz. – Wesselényi A.

Szociális ágazat szerepe az idősellátás területén

Mester Dániel

főosztályvezető, EMMI, Szociális és Társadalmi Felzárkózási Stratégiai Főosztály

A legfrissebb adatok alapján 2015-ben 1,76 millió a 65 év feletti személy élt Magyarországon. A magyar népesség 18 százaléka 65 év feletti. A 20. század vége óta tapasztalható komoly demográfiai kihívás az elöregedő társadalmak megjelenése. Az elöregedés jelensége, valamint emellett az igények és szükségletek változása nem csak a munkaerőpiac, így az ország gazdasági helyzetét befolyásolja, de emellett komoly terhet ró a szociális és egészségügyi ellátórendszerekre.

A szociális ellátórendszer számos szolgáltatással támogatja az segítségre szoruló, gondozási szükséglettel rendelkező idős népességet. A leggyakrabban igénybe vett szociális alapszolgáltatás közé tartozik a házi segítségnyújtás, továbbá a különböző nappali ellátást biztosító intézmények. Ápolási és gondozási szakellátási tevékenységet időseknek és/vagy demens személyeknek bentlakásos intézményekben nyújtanak.

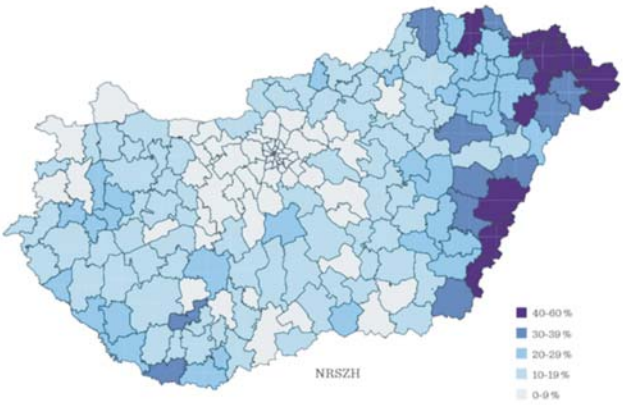
Előadásom során három oldalról járom körbe az időskorúak szociális ellátását. Az intézményi – igénybevevői – humán szolgáltatásnyújtói oldalról világítom meg a szociális ellátórendszer ezen kiemelkedő szegmensét, amelyet most röviden – előadásom során majd részletesebben – fejtek ki.

2016-ban országos szinten 6271 szolgáltatás működött időskorú személyek számára. A legtöbb időskorú személyek ellátását végző szolgáltatás, mintegy 662 darab Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében található. Az időskorúaknak nyújtott szolgáltatásokat elsődlegesen az önkormányzatok tartják fenn, biztosítják (74 %). Az egyház szerepe elsődlegesen a bentlakásos intézmények esetében jelentős. Pest megyében található a legtöbb tartós bentlakást biztosító intézmény (90), szorosan követi Szabolcs-Szatmár-Bereg megye (88). Az alapszolgáltatások közé tartozó nappali ellátást biztosító intézmények Borsod-Abaúj-Zemplén megyében találhatóak meg legnagyobb számban (114) Az igénybevevői oldalról vizsgálva azt láthatjuk, hogy a 65 év feletti populációból mintegy 290 ezren vesznek igénybe valamilyen szociális szolgáltatást, ami mindössze 16 százalékát jelenti e kohorsznak. Az ellátásokat igénylők 57 százaléka veszi igénybe az alapellátásokat. Az alapellátások esetében is elsődlegesen a házi segítségnyújtást veszik igénybe a legtöbben (76%), míg a szakellátás tekintetében a bentlakásos elsődlegesen ápolást végző intézményekben, valamint a tartós bentlakásos intézményekben lakik a szolgáltatásokat igénybe vevők 2/3-a.

Az adatok alapján azt mondhatjuk el, hogy a releváns népesség hányadában nézve Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legmagasabb a házi segítségnyújtást igénybevevők aránya, az ellátottsági szint itt majdnem 25 százalék, ezt követi Békés megye 22 százalékos ellátottsági szinttel.

Alábbi ábrán jól látszik, hogy a szociális szolgáltatások igénybevétele a releváns népesség hányadában 40-60 százalék közötti a keleti országrészben.

Ábra: Az október 15-21-ei héten szociális szolgáltatást igénybevevő 62 év felettiek aránya járásonként, a hasonló korú állandónépességben (%)



Végül érdemes megemlíteni, hogy a rendszer működését munkájával több, mint 23 000 személy végzi. Valamivel többen dolgoznak a szakellátási rendszerben (54%), mint az alapellátásban (46%). Idősellátásban dolgozók iskolai végzettség szerinti megoszlását tekintve a munkavállalók mintegy fele rendelkezik legfeljebb középfokú végzettséggel (8 általános iskolai osztállyal, szakközépiskolai, szakiskolai vagy szakmunkásképző). Bármilyen felsőfokú szintű végzettsége az idősekkel foglalkozóknak mindössze 10 százalékának van. Az idősek ellátásával foglalkozó humánerő térbeli elhelyezkedése részben illeszkedik a szolgáltatások térbeli elhelyezkedéséhez, amennyiben többségük az ország keleti részében foglalkoztatott.

Prof. Dr. Nyakas Csaba

Orvosi diplomáját a Pécsi Orvostudományi Egyetemen szerezte 1968-ban. Idegélettani pályafutását a nemzetközileg is elismert Lissák Kálmán élettani iskolában (Élettani Intézet, POTE) kezdte a neuroendokrin munkacsoportban Prof. Bohus Béla és Prof Endröczy Elemér mellett. Ezt követően a hetvenes években az Orvostovábbképző Intézetben, majd a jogutód intézményekben (mint pl. Haynal Imre Egyetem) folytatta kutató és klinikai laboratóriumi munkáját (klinikai laboratóriumi szakorvos 1977-től) az endokrinológia és az idegtudományok területein. 1979-ben lett az orvostudomány kandidátusa, majd 1994-ben az orvostudomány doktora. 1995-től egyetemi tanár, 2003-tól a Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Karára került egyetemi tanárként, ahol szakvezetőként beindította a humánkineziológus MSc képzést 2008-ban. 2003-tól vezetője az MTA-SE Agyélettani Kutatócsoportjának. Párhuzamosan mozgás- és táplálkozástudományi kutatásokkal egészítette ki gyakorlatát és kutatásait. Jelenleg professzor emeritus, 2016-tól a Semmelweis Egyetemen, ahol a Magatartás-élettani Kutatólaboratóriumon belül transzlációs állatkísérletes modellek fejlesztését végzi. Több holland egyetemen volt vendégkutató, majd vendég-professzor és töltött hosszabb időszakokat az Amsterdami Szabad Egyetemen, az Utrechti Egyetemen, majd 1983-tól a Groningeni Egyetemen, ahol egyetemi tanár lett 2001-ben 2015-ig. 2016-tól pedig vendég-professzorként vesz részt közös PhD képzésben és számos kutatási programban. Ezen az egyetemen kezdett el foglalkozni az agy öregedésével, döntően állatkísérleti kutatásával, de neuropatológiai vizsgálatokat is folytatott. Fő kutatási területe az egészséges öregedés, ezen belül az agy egészséges öregedése. A neurobiológia kapcsolt tématerületei: tanulás és memória, perinatális hatások (hipoxia, táplálkozási faktorok hatása az agy öregedésére), a kolinerg agy és öregedése, neuroprotekció neurobiológiája, neurofarmakológiája, neuroimmunológia, stb. Tudományos közlemények száma 210 felett, ebből 160 nemzetközi, idézettség 5000 felett, Hirsch index 40, g index 66.

Preklinikai gerontokineziológia: a mozgás és tanulás neurobiológiai kapcsolata

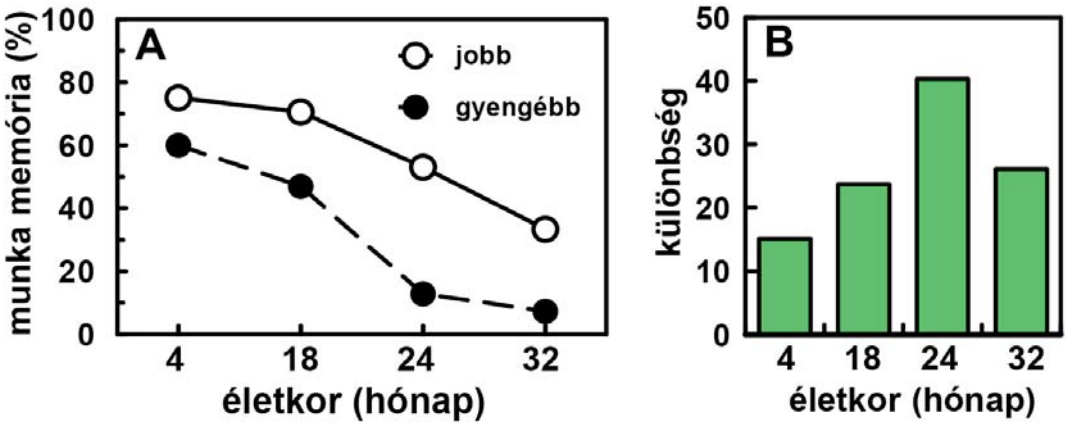
Nyakas Csaba[1,2] egyetemi tanár, Tóth Kata[2], Téglás Tímea[2], Felszeghy Klára[2], Lévay György[1,3]

[1]Magatartás-élettani Kutatólaboratórium, ETK, Semmelweis Egyetem; [2]Doktori Iskola, Testnevelési Egyetem, Budapest; [3]Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Nyrt.

Háttér-célkitűzések Az agy öregedése mind a motoros, mind a kognitív rendszerek funkcióit érintik, melyek között szoros anatómiai és funkcionális kapcsolat állapítható meg. Ennek alapján mind a mozgás terápia, mind a mozgás diagnosztika lényeges az agyi teljesítmény fokozása (prevenció) illetve értékelése (predikció) szempontjából. Állatkísérletekben a kognitív teljesítményt vizsgáló módszerek különböző mértékben vonják be a motoros szabályozást, a Morris vízi útvesztő (MWM-Morris warter maze) igen jelentősen, míg az új tárgy felismerési teszt (NOR-novel object recognition), vagy a passzív elhárító tanulás (PAL-passive avoidance learning) minimálisan. A pszichomotilitás tesztelése nyílt-mező (OF-open-field) tesztben számos más agyi funkciót is reflektál, pl. emóciót, ami lényeges része a tanulásnak. Az egyik további módszertani kiindulási pont az idősödéssel járó neuronális teljesítmény értékelése az individuális szórás fokozódásának figyelembe vételével *(ábra)*.

A vizsgálatok célja: (1) az optimális életkor szakasz kiválasztása, mely legalkalmasabb a további agyi és szomatikus öregedés minőségének predikciójára és így a prevenciós lehetőségekre *(lásd Ábra)*, (2) a motoros és kognitív funkciók interakcióinak vizsgálata az életkor folyamán elsősorban a különböző időperiódusú és intenzitású testedzési formák hatásának eredményeképpen, (3) a komplex 'életmód' kezelés hatása az öregedő agy működőképességére, (4) a magatartási (kognitív, stb.)

Ábra: A: a populáció jobban és gyengébben teljesítő 50-50%-ának munka memória teljesítménye az életkor függvényében.
B: A munka memória teljesítményben (A panel) mutatkozó különbségek nagysága, melyek a globális agyi teljesítmény individuális szintű szóródását mutatják (ez legmarkánsabb a 24 hónapos kor körül).



változások molekuláris és celluláris mechanizmusainak feltárása, (5) a motoros és kognitív működés összhangjának anatómiai és immunológiai szerveződése, (6) a transzlációs állatkísérletes idősödési modell továbbfejlesztése, neurofarmakológiai hatások mechanizmusának továbbvizsgálata a kognitív teljesítményre az eltérő mozgásaktivitási igény függvényében.

Módszerek (1) Wistar patkányok vizsgált életkorai: 4,18,24 és 32 hónapos korok. (2) A életkori vizsgálatok előtti testedzések ideje változó volt: 12 hét, 6 hónap vagy teljes életszakasz. (3) A testedzési módszerek: (a) futópad, mérsékelten intenzív krónikus edzés, (b) forgódob egyensúly fejlesztésre, c) szociális indíttatású motoros aktivitás inger-dúsított környezetben. (4) Magatartási módszerek: MWM, NOR, PAL, OF (mozgásintenzitás függő motoros tesztek is, lásd fenn). (5) Neuronális kapcsolatok vizsgálata: (a) anatómiai lokalizációk: hippocampus, primér motoros és szomatoszenzoros kéreg, (b) celluláris-molekuláris vizsgálatok: kolineg neuronális rendszer (kolinerg rostdenzitás mérése anti-ChAT immunfestés után), neurogenézis (DCX) és neurotrofin (BDNF) morfológiai és biokémiai meghatározások, anyagcsere és energetikai háttér: Akt (PKB), AMP kináz, Glukóz transzport, (6) neuroimmun vizsgálatok: a) mikroglia aktiváció mérése IBA1 immunfestés után, neuronális TNFα és NNFα 2-es receptor (R2) immuncitokémia hippocampusban, (7) szubkrónikus neurofarmakológiai (antidemenciás, donepezil és memantin) kezelések hatása.

Eredmények (1) A hosszabb időtartamú (6 hónap, de főleg az élethosszig tartó) és a komplexebb testedzés (többfajta motoros tréning kiegészítve szociális interakcióval) erőteljesebb javulást mutatott az idősödő állatok kognitív teljesítményében. (2) A kolinerg idegrendszer mérsékelten reagált, a hippocampusban nem, de a neocortex régiókban nőt az immunpozitív rostdenzitás. (3) az egész élethossz folyamán fennállt testedzés a 24 hónapos korra jelentősen fokozta (a) a neuronális plaszticitást (trofikus hatás fokozott neurogenézissel és BDNF szintézissel) a hippocampusban, (b) az idős neuronok energetikai kapacitását, az endotheliális glukóz transzportot. (4) A hippocampus CA1 régiókban a piramis sejtek dendritikus régójánban fokozódott a mikroglia immunsejtek denritikus arborizációja, a piramis sejtek TNFαR2 termelése.

Következtetések Megállapítható, hogy a motoros és kognitív agy számos szempontból anatómiailag és funkcionálisan is szorosan kapcsolódik, melyet alátámasztanak (1) a rendszeres testedzések neurobiológiai hatásai a tanulásban kiemelt anatómiai struktúrákban, főleg a hippocampusban, és (2) a mikroglia immunreakció sajátos módosulása, ami nagy valószínűséggel a krónikus immunfolyamatokon belül, melyek jellemzőek az idősödő agyra, a neuroprotektív irány erősödését mutatják. Az immunválasz(ok) megértése további kutatásokat is igényel.

Kutatás támogatás: OTKA K 116511.

Prof. Dr. Paragh György

Név:	Dr. Paragh György
Születési hely, idő:	Tiszafüred, 1953. augusztus 14.
Lakcím:	4032 Debrecen, Kéky Lajos u. 16.
Családi állapot:	házas
Felesége neve:	Dr. Remenyik Éva
munkahelye:	DEOEC Bőrgyógyászati Klinika
Gyermekei:	Paragh György 1978., Paragh Judit Éva 1982., Paragh Lilla 1986.
Munkahely:	Debreceni Egyetem Klinikai Központ Belgyógyászati Klinika, Anyagcsere-betegségek Tanszék

Beosztás, vezetői tevékenység:
klinikai orvos 1978-tól, egyetemi tanársegéd 1983-tól, egyetemi adjunktus 1989-től, egyetemi docens 1993-tól, egyetemi tanár 2001. július 1-jétől, 2001. július 1-től Anyagcsere-betegségek Tanszék, tanszékvezető, 2012. július 1-től a Belgyógyászati Klinika igazgatója, 2003. augusztus 1-től – 2012. június 30-ig I. sz. Belgyógyászati Klinika, orvosszakmai igazgató, 2000-2004-ig oktatási dékánhelyettes, 2004. augusztus 1.-től – 2007-ig az ÁOK dékánja, 2005-2006. belgyógyászat szakterületen megyei szakfelügyelő főorvos, 2006-2013. országos szakfelügyelő főorvos, 2007. július 01-től – 2013. június 30-ig a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum megválasztott centrumelnöke, 2012-2013. Egyetemi Klinikák Szövetség elnöke, 2014. január 1. a DE KK Belgyógyászati Intézet igazgatója, 2015-től a belgyógyászati szakmai grémium elnöke.

Orvosi diploma: Általános orvos – 1978.
Szakvizsgák: Belgyógyász szakvizsga – 1983., Kardiológus szakvizsga – 1989., Endokrinológiai szakvizsga – 2001., Lipidológus szakképesítés – 2003., Sürgősségi orvostan szakorvosa – 2007., Belgyógyászati angiológia minősített orvosa - 2008.

Nyelvismeret: Angol-középfokú állami nyelvvizsga, 1986., Orosz-alapfokú állami nyelvvizsga, 1987.
Orvostudomány kandidátusa: A monocita-makrofág sejtek LDL receptorainak jelentősége egyes hypercholesterinaemiával járó kórképekben. Oklevél száma: 12327. – 1988.
MTA doktora: Lipidanyagcsere vizsgálatok atherosclerosisra hajlamosító anyagcsere betegségekben. Oklevél száma: 3911. - 2000
Habilitáció: 1998.

Kutatási terület: Lipid anyagcsere-zavarok. Az atherosclerosis rizikótényezői. A szekunder hyperlipoproteinaemiákban észlelt minőségi lipoprotein változások. Az antioxidáns rendszer szerepe az atherogenesisben. Obesitas, diabetes mellitus szerepe a lipid anyagcserében és az atherosclerosisban. Az adipokinek szerepe a metabolikus szindrómában és 2-es típusú diabetes mellitusban.
Tanulmányutak: Rostocki Egyetem Kardiológiai Osztálya, Rostock (1985), Madrid, Spanyolország (1992), Houston, USA (1993), Linköping, Svédország (1997), Thessaloniki, Athén, Görögország (1997).

Közéleti tevékenység: 2007-2013 a DEOEC centrumelnöke, 2004-2007 DEOEC Általános Orvostudományi Kar dékánja, 2000-2004 a DEOEC Általános Orvostudományi Kar oktatási dékánhelyettese, 2000-2004-ig ÁOK Oktatási Bizottság vezetője, 2004-2013-ig Habilitációs Bizottság tagja. 2013-tól a Habilitációs Bizottság elnöke, 1992-2000-ig Egyetemi Felvételi Bizottság, 1985-1997-ig DOTE Oktatási Bizottság, 1985-1999-ig Tanulmányi Albizottság, 1997-1999-ig DOTE Curriculum Bizottság, 1999-2000-ig Tanulmányi Albizottság elnöke, Egyetemi Szenátus tagja, Egyetemi Tanács tagja, Kari Tanács tag, Intézeti Tanács tagja, 2013- Habilitációs Bizottság elnöke.

Társasági tagság: Magyar Atherosclerosis Társaság, főtitkár, Magyar Belgyógyász Társaság vezetőségi tagja, Magyar Diabetes Társaság vezetőségi tagja (2004-2008), Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság, Magyar Kardiológus Társaság, Magyar Nephrologiai Társaság, MBT Északkelet-magyarországi Belgyógyász Szakcsoport Elnöke

Tudományos és oktatási közlemények összesen: 556, Könyv/könyvrészlet 11.
Impakt faktor: 384,5; Hivatkozások száma 3511, független hivatkozás: 2813

Szakmai közéleti tevékenység: MOTESZ Oktatási Bizottság, Északkelet-magyarországi Belgyógyász Társaság főtitkára (1997-2010), Északkelet-magyarországi Belgyógyász Társaság elnöke 2010-től, Debreceni Akadémiai Bizottság Anyagcsere és Endocrin Munkabizottsága, elnök, MTA I. sz. Doktori Bizottság tagja (2009., 2011-), OTKA Klinikai Orvostudományok zsűri elnöke (2009-2010., 2011.02.01.-2012.01.31.), Belgyógyászati Szakmai Kollégium Anyagcsere Munkabizottság, Belgyógyászati Szakmai Kollégium, Táplálkozási Fórum, MTA Köztestület - közgyűlési képviselő (2009-2016.), MTA Jelölőbizottság tagja (2013-2016.), Országos Tudományos Diákköri Tanács – XXX. Országos Tudományos Diákköri Konferencia Orvos-és Egészségtudományi Szekció ügyvezető elnöke – 2010.01.01.-2012.12.31., Egészségügyi Szakmai Kollégium Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcsere-betegségek tagozatának tagja 2011. május 13-tól, Operatív Gyógyszerterápiás Bizottsági tag – 2011-2016., Országos Gyógyszerterápiás Tanács tag – 2012-2016., Egyetemi Klinikák Szövetség elnöke – 2012-2013., Hungarikum Védjegy Tanusító és Jogvédelmi Szakbizottság tagja 2013-tól, Hungarikum Bizottság Egészség és Életmód Szakbizottság elnöke 2013-tól.

Egyéb szakmai tevékenység: Metabolizmus c. folyóirat főszerkesztője , MOTESZ Magazin szerkesztőbizottsági tag, LAM Tudományos Tanácsadó Testületének tagja 2010-től

Kitüntetések, díjak: „Kiváló Munkáért" kitüntetés (1988), „DOTE Kiváló Oktatója" kitüntetés (1993), „Magyar Felsőoktatásért" emlékérem (1996), „Év oktatója" díj (2004, 2005, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2013, 2015), „Az Év Legkiemelkedőbb Nephrologiai Tudományos Közleménye" díj (2002-ben, 2006-ban és 2008-ban). A Magyar Nephrologiai Társaság által alapított díj, „Metabolizmus díj" (2005), Orvosi Hetilap Markusovszky Lajos Díj (2006, 2008, 2010.), Szent-Györgyi Albert-díj (2008), Tangl Ferenc Emlékérem – Magyar Táplálkozástudományi Társaság (2008), A nukleáris medicináért emlékérem – DEOEC (2008), Petrányi Gyula Díj – MBT Észak-kelet magyarországi Szakcsoport (2009), Orvosi Hetilap Markusovszky Lajos Emlékérem (2010), „Pro Auditoribus Universitatis Debreceniensis" Díj DEOEC HÖK (2010), Tiszafüred Város Díszpolgára (2011), Mátyus István dr. Medallion (2012), 25 éves a Debreceni Idegen Nyelvű Orvosképzés award (2012), „Év legjobb klinikai témájú tudományos közleménye" díj (2012).
„Egészséges Életért" MOMOT díj (2013)

Témavezetés: 15 PhD fokozatot szerzett hallgató

A zsíranyagcsere időskori változása és befolyásolási lehetősége

Paragh György egyetemi tanár

igazgató, Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Betegségek Tanszék

Időskorban előforduló lipidabnormalitások két szempontból is meghatározók. Egyrészt a lipidabnormalitások egy része idős korban szekunder, mely az alkalmazott gyógyszeres kezeléssel, az időskorban gyakrabban jelentkező 2-es típusú diabetes mellitussal, hypothyreosissal, krónikus veseelégtelenséggel magyarázható. Nyilván ilyen esetben elsődleges feladat a primer betegség kezelése és ez a lipidabnormalitás megszűnéséhez vezethet. Másrészt azon idős betegek, akiknek primer hyperlipidaemiájuk van, a több évtizedes expozíciós idő miatt már valamilyen érelmeszesedésben szenvednek és ez meghatározhatja a betegek rövid és hosszú távú életkilátását, illetve életminőségét. Ezek a betegek a kialakult érelmeszesedés következtében az igen nagy kardiovaszkuláris rizikócsoportba tartoznak és ebben a csoportban az intenzív lipidcsökkentő kezelés előnyös lehet. Ugyanakkor ismert az is, hogy a lipidcsökkentő gyógyszerek nem kívánt mellékhatása is kifejezettebbek lehetnek idősebb egyéneknél azért, mert az egyéb gyógyszerekkel történő kölcsönhatás, vagy a társuló betegségek fokozhatják a lipidcsökkentők iránti intoleranciát. A korábbi nagy, primer (WOSCOPS, AFCAPS/TESCAPS) és szekunder (4S, CARE, LIPID, HIT) prevenciós tanulmányokban kezelt 60 év feletti betegeinek az alcsoport elemzései azt mutatták, hogy az idős betegek előnye ugyan olyan, mint a fiatal betegeké a lipidcsökkentő kezelés kardiovaszkuláris rizikócsökkentése szempontjából. Az 5804 idős beteget magába foglaló PROSPER tanulmány azt mutatta, hogy az LDL-C 34%-kal, a kardiovaszkuláris halálozás 19%-kal, a koronária eredetű halálozás 24%-kal, a TIA 25%-kal csökkent. Korábban felvetődött az a kérdés, hogy a lipidcsökkentő kezelés esetleg ronthatja-e az idős betegek kognitív funkcióját. A HPS, PROSPER tanulmány idős betegeinek az elemzése ezt nem támasztotta alá, sőt bizonyos tanulmányok arra hívjál fel a figyelmet, hogy statinnal kezelt Parkinsonos idős betegeknél csökkenteni lehetett a levodopa dózisát. 2016-ban 30 kohort tanulmány mintegy 68 094 idős betegének összhalálozását elemezve azt találták, hogy inverz kapcsolat volt az LDL-C és a halálozás között. Egyik magyarázatként azt feltételezik, hogy az LDL a mikroorganizmusok széles spektrumához kötődik és így képes inaktiválni azokat. A másik elképzelés az, hogy a magas LDL-C védő hatást fejt ki a daganatképződéssel szemben mivel a daganatok kialakulásában legtöbbször vírusok játszanak oki szerepet. Ugyanakkor jól ismert az, hogy a kardiovaszkuláris rizikófaktorok közül az egyik fő rizikófaktor a magas LDL-C szint. Minél hosszabb idejű expozíciónak van kitéve az érfal, annál nagyobb mértékű károsodás, érelmeszesedés figyelhető meg. Arra is felhívták a korábbi vizsgálatok a figyelmet, hogy a kor előrehaladtával egyre gyakoribb a vulnerabilis plakk, mivel csökken a plakkok simaizom tartalma és nő a gyulladásos komponensek jelenléte. 61 prospektív tanulmány adatait elemezve, mely nyugat-Európa, észak-Amerika, Ausztrália és kelet-Ázsia populációját jellemezte, azt találták, hogy 1 mmol/l összkoleszterin csökkenés csökkentette a kardiovaszkuláris halálozást és ez a csökkenés a 80-89 éves korosztályban is megfigyelhető volt, habár kisebb mértékben, mint a 40-49 közötti korosztályban. A 2013-as American College of Cardiology and American Heart Association ajánlása azt javasolja, hogy intenzív lipidcsökkentő terápia szükséges a 75 évnél idősebb egyéneknél mind primer és szekunder prevencióban. Az idős egyének lipidcsökkentő kezelésénél figyelembe kell venni azt, hogy az életkor nem döntő szempont a kezelés megválasztásakor. Ha egyéb életkilátásokat kedvezőtlenül befolyásoló tényező is jelen van az agresszív lipidcsökkentő terápia értelmetlen, vagy akár káros is lehet. Időskorban gyakori a többféle gyógyszer napi szedése, mely csökkenti a beteg kompliancét és gyakoribbak a gyógyszerek közötti interakciók. A lipidcsökkentők szedése jelentős anyagi megterhelést jelent az alacsony jövedelemforrással rendelkező nyugdíjas korosztály számára. Amennyiben ezen szempontokat figyelembe véve indikáljuk a lipidcsökkentő kezelést, egyre több betegnél elérhetjük azt, hogy csökkenjen a kardiovaszkuláris halálozás, vagy a kardiovaszkuláris betegségek következtében az életminőség romlása.

Pék Győző

A Pannonhalmi Bencés Gimnáziumban érettségizett 1973-ban. A KLTE Bölcsészettudományi Karának pszichológus szakán 1981-ben szerzett diplomát. Pszichológusként első munkahelye a Hajdú-Bihar Megyei Tanács Szociális Központja volt. 1983. április 1-jétől kezdett a DOTE-n dolgozni. Munkáját az Ideg-és Elmegyógyászati Klinikán pszichológus tanársegédként kezdte. 1985-ben klinikai szakpszichológusi vizsgát tett. 1992-1997 között adjunktusként vezette a DOTE Orvosi Pszichológiai Oktatócsoportját, majd a DOTE Magatartástudomány Intézetében dolgozott ami jelenleg a DE OEC NK intézete. Itt dolgozott 2007. december 31.-ig. 2002-2007 között, mint igazgató-helyettes is tevékenykedett, illetve 2007 második felében az intézet Orvosi Pszichológia és Kommunikáció részlegének vezetését is átvette. 1994-ben „egyetemi doktori" (dr. Univ.) minősítést szerzett. 1997-ben Ph.D. tudományos minősítést szerzett gerontopszichológiai témakörből és megszerezte a családterapeuta képesítést. 1998-ban felsőoktatási menedzser szakirányú diplomát szerzett.

2008. január 1.-től megbízott tanszékvezetőként, mint egyetemi adjunktus, 2008. július 1.-től kinevezett tanszékvezetőként, mint egyetemi docens vezeti a DE BTK Pszichológiai Intézetének Személyiség és Klinikai Pszichológiai Tanszékét. Habilitációs eljárását 2009-ben fejezte be. Debrecenben él, nős, két fiúgyermek apja.

Tudományos tevékenység Eddigi tudományos tevékenység egyik fő területe a gerontopszichológia. 1994-ben megvédett egyetemi doktori (dr. univ.) és 1997-ben született PhD fokozata is gerontopszichológiai témából készült. Adaptálta és számos klinikai vizsgálat folyamán kipróbálta a Nürnberger Alters Inventar nevű gerontopszichológiai tesztsorozatot. Elemezte és bemérte a teszteket validitás és reliabilitás szempontjából, illetve elemezte egyes tesztek belső konzisztenciáját. Alkalmazta a NAI-t gyógyszerhatás vizsgálatokban is, mint a kognitív funkciók változásának mérésére is alkalmas mérőeszközt. Elemezte a nyitott szívműtétek következtében kialakuló kognitív diszfunkciókat.

Foglalkozott a depresszió, a mentális állapot és a kognitív funkciók kapcsolatával, vizsgálta a depresszió és dementia elkülönítésének lehetőségeit. Foglalkozott az idős személyek önálló életvitelnek, függetlenségnek és az önértékelésnek, illetve a szociális, instrumentális aktivitásnak, ápolásszükségletnek az összefüggéseivel. Kiterjesztette a vizsgálatokat a testi állapotot jellemző paraméterek – az immunreguláció és a tápláltság – és a kognitív működések közötti összefüggések feltérképezésére. A gerontopszichológiai tudományos tevékenységből 14 közlemény született, ebből öt könyvfejezet, a többi klinikai kutatási témakör.

Tapasztalatokat szerzett gyógyszerhatékonyság vizsgálatok kognitív funkciókat mérő tesztbattériáinak kidolgozásában és klinikai kipróbálásában. Összegző tanulmányokban foglalkozott az időskori depresszió és szorongás mérésének pszichometriai lehetőségeivel, az alkalmazható diagnosztikai kérdőívekkel és tünetbecslő skálákkal. Kidolgozta a gerontopszichológiai szaktevékenység protokollját. Foglalkozott a civil szervezeteknek az idősek lelki egészségének fenntartásában is megmutatkozó szerepével. Tevékenységének részei az időskorúakkal folytatandó orvosi kommunikációról írt könyvfejezetek és az időskor egészségpszichológiájával foglalkozó összefoglaló tanulmány is. Foglakozott a neurózis szakgondozás szervezési kérdéseivel és tudományos tevékenységei közé tartozott egyes krónikus bőrbetegségek pszichoszomatikus szempontjainak vizsgálata, ami a betegségek pszichológiai profiljának megrajzolásához vezetett.

Külföldi tanulmányutak és munkakapcsolatok 1994-ben tanulmányúton vett részt a heidelbergi Ruprecht-Karls Egyetem Orvosi Pszichológiai Központjában.

1995–ben továbbképzésen vett részt az University of Rochester-en. Az Orvosi Pszichológiai Oktatócsoport tudományos kapcsolatépítése keretében a göttingeni Georg-August Egyetem, a heidelbergi Ruprecht-Karls Egyetem és a University of Rochester (USA) munkatársaival működött együtt.

1996-ban és 2001-ben tanulmányúton vett részt az University of Limburg-on, Maastrichtban, 1996-ban, 1997-ben az University Strathclyde-on, Glasgowban,

1997-ben Bristolban, Exeterben és Manchesterben.

Az oktatási módszerek, a kreatív gondolkodás, az oktatásszervezés témakörében az University of Strathclyde (UK), Centre of Academic Practice-el 1997-ben közös kutatást indított és 2000-2001 között RSS (Soros Foundation, Open University) csoportos támogatást nyert a medikusok kommunikációs készségének fejlesztése, attitűdük vizsgálata és az oktatóbetegek alkalmazásának témaköreiben.

Az oktatásfejlesztés, módszertan és szervezés témakörében nemzetközi kooperáció (Tempus Euroskill) keretében spanyol, portugál és holland egyetemeken járt rövid tanulmányúton és részt vett egy közös, egész Európára kiterjesztett felmérésben az orvosi készségek oktatásáról és ebben a témakörben írt oktatási, módszertani kézikönyv megírásában („Medical Skills"), amely négy nyelven jelent meg (1999-ben).

Az Atlantis projekt oktatási együttműködés keretében 2010-ben és 2011-ben ösztöndíjjal tanulmányutakon és konferencián vett részt a Marshall egyetemen (Huntinton West Wirginia, USA) ahol tantermi előadásokat is tartott.

Tudományos közéleti tevékenység Tagja a Magyar Családterápiás Egyesületnek, a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaságnak, a Magyar Pszichológiai Társaságnak. 1996. novemberétől az MTA Debreceni Akadémiai Bizottság Orvostudományi és Biológiai Szakbizottság Geriátriai Munkacsoportjának titkára és ezen a területen számos tudományos rendezvény előadója, illetve szervezője. 1994-1996 között vezetőségi tagja a Magyar Pszichológus Kamarának. 1996-98 között tagja a Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégiumnak. 2001 óta a Preventív Gerontológiai és Geriátriai Társaság felügyelő bizottságának elnöke. Rendszeresen vesz részt előadóként hazai és külföldi konferenciákon és kongresszusokon.

Elismerések: 2005 – A Debreceni Egyetem Rektorának elismerő oklevele, 2011- A DE, TTK Bölcsészettudományi Kar elismerő oklevele

Oktatás A DOTE-n, illetve a DE OEC-n 1983-tól 2007-ig rendszeresen részt vett az orvosi pszichológiai és kommunikáció, illetve 1992-ig a pszichiátria oktatásában. Gyakorlatokat vezetett és 1986 óta tartott rendszeresen tantermi előadásokat orvosi pszichológiából és kommunikációból. 1992-ben bekapcsolódott az OEC angol nyelvű oktatási programjába és rendszeresen tartott angol nyelvű előadásokat és gyakorlatokat. Az Orvosi Pszichológiai Oktatócsoport vezetőjeként 1992 és 1997 között oktatásszervezéssel és curriculum fejlesztéssel is foglalkozott, és ezt a tevékenységet a Magatartástudományi Intézetben is folytatta. Tanított a klinikai és mentálhigiénikus szakpszichológus képzésen, mint a gerontopszichológia témakör előadója. 2002-ben bekapcsolódott a DE OEC Egészségügyi Menedzserképző Központ által indított egészségügyi szakmenedzser szakirányú továbbképzésbe, mint a vezetői és személyes készségfejlesztés tárgy szervezője és vezető oktatója. Rendszeresen oktat a Népegészségi Iskola graduális és posztgraduális képzésein, és az OEC Szak- és továbbképzési Központ posztgraduális képzésein. PhD kurzust vezetett két akadémia évben a Pécsi Tudományegyetem Pszichológiai Intézetének Alkalmazott Pszichológia Doktori Iskolájában és előadóként részt vesz az OEC Interdiszciplináris Doktori Iskola pszichológiai tárgyú kurzusaiban. Tanszékvezetőként többek között oktatásszervezői, curriculum fejlesztési és oktatási feladatokat is ellát. A felnőtt oktatásban 15 éves tapasztalata van. Hat éven keresztül vezetett önsegítő csoportot a demenciában szenvedő hozzátartozóikat gondozók számára.

„FLOW" élmények jelentősége időskorban

PÉK Győző[1] tanszékvezető egyetemi docens, KASSAI Anett[2], PAPP Gábor[3],

[1]DE BTK Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék/viktorbaker55@gmail.com
[2]DE BTK Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék / kassaianett@gmail.com
[3]DE BTK Pszichológiai Intézet, Szociál- és Munkapszichológiai Tanszék/ papp.gabor@arts.unideb.hu

ÖSSZEFOGLALÓ
Kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy időskorban van-e összefüggés az optimális élmény megtapasztalása, a proaktív megküzdési stratégia, a vallásosság és a koherencia érzés között. Emellett fontos tényező volt számunkra a hangulati élet és a fentebb felsorolt dimenziók közötti kapcsolat feltárása is. A szakirodalmi háttér feldolgozása során az idős populáción végzett vizsgálatok áttekintésére fókuszáltunk a releváns irodalmi források feldolgozása mellett. Kutatásunkban 51 idős ember vett részt. Eredményeink bizonyították, hogy a magas flow élményekkel járó tevékenységek kialakítása hozzájárulhat a hangulati élet stabilizálásához, valamint pozitív kapcsolatban van a proaktív megküzdési stratégiákkal. A vallásosság és koherencia élmények azonban nem állnak szignifikáns kapcsolatban a többi vizsgált változóval. A flow élmény időskori fenntartása és keresése a tevékenységek optimalizálását, valamint az időskori integráció kialakítását is elősegítheti. A flow olyan tevékenységekhez kötött, amelyek nem jelentenek túlzottan magas központi idegrendszeri aktivitást-arousalt-, így az érzelmi szabályozást is segítik.

KULCSSZAVAK: flow, időskor, proaktív megküzdés, depresszió, vallásosság

MEGBESZÉLÉS
Eredményeinkből kiemelendő az, hogy a preferált, optimális élménnyel járó szabadidő és munkatevékenység nagy valószínűséggel stabilizáló szerepet tölt be az idős emberek hangulati életében. A fokozott flow élmény átélése alacsonyabb depresszió szinttel jár együtt.
Feltételezhetjük, hogy a flow-al telített tevékenységek segítik az idős embert a jövőbe mutató törekvések, célkitűzések megvalósításában. A proaktív megküzdési stratégia alkalmazása és az optimális élményhez vezető tevékenységek egymást erősítik. A flow élményekkel kapcsolatos tevékenységek fenntartása és kialakítása nemcsak a fiatal, de az idős embert is segítheti az önmegvalósításban. Az idői perspektívák pozitív kezelése az idős emberek számára is fontos tényező maradhat és ebben a proaktív megküzdési stratégiák őket is segítik.
A vallásosság és a koherencia érzés nincs közvetlen kapcsolatban a flow élményeket eredményező tevékenységekkel és a hangulati élettel sem. Mindkét vizsgálati alcsoportnál az olvasás bizonyult a leginkább preferált olyan tevékenységnek, ami flow élménnyel jár, az előfordulási gyakoriság sorrendisége már eltérő volt a két alcsoport között. Az intézetben élők csoportja számára a szervezett társas tevékenységek, mint amilyen a speciális intézeti rádiós műsorszolgáltatás, facilitálják a flow élményekkel járó elfoglaltságok kialakítását és fenntartását, a legfontosabb ezek közül a közös éneklés. Az önálló életvitelt folytatók alcsoportjában fontos helyet kap a gazdálkodással kapcsolatos munkatevékenységek, mint a kertészkedés és állattartás. Ezek a tevékenységek egyben az önállóság fenntartását is segíthetik.
Az idősek flow élményeivel kapcsolatban viszonylag kevés szakirodalmi adat áll rendelkezésünkre. Előző vizsgálatunk, amit fiatal és középkorú felnőttek körében végeztünk, megerősítette, hogy fordított kapcsolat van a flow élmények gyakorisága, intenzitása, és a depresszió mértéke között (Nagyné, 2012). Jelen kutatásunk részben hasonló eredményt hozott, meggyőzően bizonyította, hogy a magas flow élményekkel járó tevékenységek kialakítása és fenntartása többszörös előnnyel járhat az idős ember számára. Hozzájárulhatnak a hangulati élet stabilizálásához, segíthetik az időskori önmegvalósítást, pozitív kapcsolatban vannak a proaktív, jövőbe mutató - proaktív- megküzdési stratégiákkal.
Vizsgálatunkban szelektív csoportokkal dolgoztunk. Egyrészt a résztvevők mentesek voltak a közepes vagy súlyos fokú demenciától, elfogadható kommunikációs és társas aktivitás, és kooperációs készség jellemezte őket. Feltehetően abba a csoportba tartoznak, akiknél kedvezőbb életút prototípus rajzolható meg az öregkor vonatkozásában is. Jellemző rájuk a jobb életminőség, a fizikai és mentális egészség viszonylagos fenntartása. A vallásosabb orientáció a református egyház által fenntartott intézményben élő időseknél nem mutatott közvetlen pozitív hatást a flow élmények megjelenésére és a proaktív megküzdési stratégia alkalmazására. Magának az intézménynek a vallásos orientációból adódó értékrendje, klímája és szervezési, gondozási színvonala feltehetően mediáló tényezőként jelenik meg a gondozottaknál. A közvetítő hatás tényezőinek azonosítása, elemzése további kutatások témái lehetnek. Eredményeinket a Dinamikus Integráció Teóriája (DIT) keretében is értelmezhetjük (Labouvie-Vief, 2009), tehát az időskori érzelemszabályozásban megjelenő automatizmus fontosságát kell kiemelni. A flow élmény időskori fenntartása és keresése a tevékenységek optimalizálását eredményezheti. Fontos szerepe van az optimális élménynek az időskori integráció kialakulásában. A flow olyan tevékenységekhez kötött, amelyek nem jelentenek túlzottan magas központi idegrendszerei aktivitást-arousalt-, így az érzelmi szabályozást is elősegítik az idős emberek számára.
Kutatásunk egyrészt a magasabb vizsgálati elemszám kialakításának irányába mutat. Emellett az idősek tevékenységeinek átgondoltabb megszervezésének hatásvizsgálatait is fontos lehet elvégezni az eredmények hasznosítása céljából. A proaktív stratégiák alkalmazásának és a flow kapcsolatának időskorban való összekapcsolódását szintén érdemes a további, részletesebb vizsgálatok tárgyává tenni.

Dr. habil. Pétervári Erika

Dr. Pétervári Erika egyetemi docens 1974. május 24-én született Győrben. Három gyermek édesanyja. Középiskolai tanulmányait Tamásiban végezte, majd 1998-ban szerzett általános orvosi diplomát a Pécsi Orvostudományi Egyetemen. Már orvostanhallgatóként érdeklődést mutatott a gerontológia és a geriátria iránt. Az egyetemi évek alatt több külföldi ösztöndíj nyertese. 1998-tól dolgozik oktatóként és kutatóként a Pécsi Tudományegyetem ÁOK Kórélettani és Gerontológiai Intézetében, ami 2016-tól a Transzlációs Medicina Intézet nevet viseli. Szelényi Zoltán és Székely Miklós professzorok energetikai-hőszabályozási munkacsoportjában kezdte meg kutatói tevékenységét. Állatkísérletei a testhőmérséklet, az energiaforgalom és testtömeg szabályozásának, illetve kóros változásainak vizsgálatára irányulnak, ezt az utóbbi évtizedben az experimentális gerontológia, az időskori változások tanulmányozásával bővítette. 2006-ban maximális pontszámmal védte meg védte meg PhD disszertációját „Neuropeptidek szerepe egyes adaptív energetikai folyamatokban" címmel. 2013-ban habilitált, jelenleg docensként végzi munkáját. Tudományos közlemé-nyeinek összesített impakt faktora 76,152; független idézeteinek száma 254. Irányításával 16 sikeres államvizsgadolgozat, 4 díjnyertes dékáni pályamunka és számos díjnyertes TDK-előadás született, jelenleg két PhD hallgató munkáját is irányítja. A kórélettan és a gerontológia magyar nyelvű oktatása mellett meghatározó oktatói tevékenységet folytat az intézet német nyelvű orvos- és fogorvosképzésében is. Országosan használt egyetemi tankönyv és az országos digitális tankönyvtárban elérhető e-book fejezeteinek szerzője. Számos hazai és nemzetközi tudományos szervezet tagja, a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság, valamint a Magyar Élettani Társaság vezetőségi tagja. Nemzetközileg elismert folyóiratok rendszeres bírálója, hazai és külföldi kollaboratív kutatások aktív résztvevője.

Az elhízás hatása az időskori szarkopénia kialakulásában

Pétervári Erika egyetemi docens

Pécsi Tudományegyetem ÁOK Transzlációs Medicina Intézet, Pécs

Az öregedő európai társadalmakban mind nagyobb jelentőséget kapnak az élettani és kóros öregedési folyamatokra irányuló gerontológiai kutatások. A társadalmi korfa öregedő tendenciája hazánkban különösen fontos, mivel nálunk az idősödő korosztály biológiai, funkcionális öregedési üteme gyorsabb, mint a legfejlettebb országokban. Az életkorral fiziológiásan is változik a testtömeg és a testösszetétel, amelyek hosszú távú szabályozásában alapvetően kétféle tendencia érvényesül: középkorúakban az elhízásra való hajlam jellemző, majd késő öregkorban részben a táplálékbevitel csökkenése, az ún. időskori anorexia miatt fogyás dominál, ami döntően az izomtömeg és az izomerő egyre gyorsabb vesztéséből adódik, és az időskori szarkopénia kialakulásához vezet. Az öregedési folyamat végén már a zsírtömeg is csökkenhet valamelyest, de az izomtömeg vesztése funkcionálisan jelentősebb, míg a zsír (főleg a viszcerális és intramuszkuláris zsír) aránya ekkor is magasabb marad. Mindkét tendencia rontja az egészségi állapotot és rövidíti a várható élettartamot. Kombinációjuk, a még jelentős zsírraktárak mellett megjelenő izomsorvadás, az ún. szarkopéniás obezitás esetén szinergista módon hatva különösen nagy népegészségügyi kockázatot jelentenek.

Az időskori szarkopénia következtében nemcsak az izom kontraktilis funkcionális kapacitása, például a járásképesség csökken, hanem az egész szervezet metabolikus, endokrin és immunrendszert érintő funkciói károsodnak. Ezek nem csupán törékenységet (frailty), az önellátó képesség elvesztését és az immobilizáció fizikai következményeit jelentik, hanem pszichés zavarokat és az elkerülhetetlen szenzoros depriváció által súlyosbodó kognitív zavarokat is. Mindezek ördögi köröket képezve nagyobb mortalitáshoz vezetnek, amelyeket a gyakoribbá váló gyógyszerkölcsönhatások tovább komplikálnak és az öregedő populáció egyik legnagyobb kihívását jelentik.

Klinikai és kísérletes vizsgálatok szerint az elhízás az aktivitás és a mozgékonyság csökkenése mellett számos mechanizmus révén elősegítheti a szarkopenia kialakulását és súlyosbíthatja következményeit. A viszcerális obezitáshoz kapcsolódó inzulinrezisztencia az izomfehérjék bontása és mitochondriális működészavarok révén elősegíti a szarcopenia kialakulását, a következményes metabolikus szindróma sokkal súlyosabb kardiometabolikus kockázatot hordoz. Inzulin-érzékenyítők adása viszont csökkenti az izomvesztést. Az öregedéssel járó neuroendokrin, neurodegenereratív és gyulladásos folyamatok (ún. inflammaging) a zsírszövetből származó proinflammatorikus citokinek és fokozódó oxidatív stressz révén felgyorsulhatnak és fontos szerepet játszanak az időskori szarkopénia kialakulásában. Újabb állatkísérletes adatok az időskori anorexia és fogyás hátterében szerepet játszó neuropeptiderg szabályozási folyamatok korai megjelenését igazolták obesitasban. Saját vizsgálataink is az energiaegyensúly szabályozásában fontos katabolikus, azaz táplálékfelvételt csökkentő és anyagcserét növelő peptidek közül a jóllakottságot akutan jelző legfontosabb gasztrointesztinális hormon, a cholecystokinin, a krónikus, tápláltsági állapotot jelző legfontosabb perifériás szignál, a döntően zsírszövetből származó és a hypothalamusban ható leptin, valamint az általa serkentett centrális melanokortin rendszer aktivitásának jellegzetes korfüggő változását mutatták ki. A mediátorok anorexigén hatása középkorúakban csökken, időskorban viszont újra felerősödik, ami hozzájárulhat mind a középkorúak elhízása, mind az időskori anorexia és szarkopénia kialakulásához. Zsírdús diéta és a fiatalon kialakuló elhízás felgyorsítja ezeket a folyamatokat és az energiaháztartás szabályozásának öregedését: állatmodellünkben egyrészt már fiatalabb életkorban előidézte a középkorúakra jellemző cholecystokinin- és leptinrezisztenciát (ezáltal a fokozódó elhízáshajlamot), másrészt már középkorúakban előidézte, azaz előrehozta az egyébként öregkorban újra megjelenő fokozott peptidérzékenység kialakulását. Tehát az elhízás által kiváltott regulatórikus eltérések elősegítik az időskori anorexia és következményes sarcopenia kifejlődését, hiszen elhízott középkorú állatokban az anorexigén mediátorok hatékonysága korán nőtt, a kialakult anorexia elsődlegesen az izomszövet vesztését segíthette elő, felgyorsítva a szarkopénia kialakulását. Tartós kalóriarestrikció ezzel szemben késlelteti ezeket korfüggő változásokat. Másrészről viszont az izomzat fogyásának szerepét is feltételezik a korfüggő elhízás és az inzulinrezisztencia kialakulásában, a szarkopéniás izomzatból származó mediátorok diszregulációja, a katabolikus és proinflammatorikus myokinek dominanciája, illetve a metabolikusan aktív izomzat vesztésével csökkenő anyagcsere is elősegítheti az elhízást.

A testmozgás és diétás ajánlások kedvezően befolyásolhatják a fenti folyamatokat. Míg fiatalokban a kalóriabevitel redukciója és a testsúly csökkentése egyértelműen javasolt lehet, idősekben már nem, sőt késő öregkorban kerülendő. A relatíve nagyobb testtömeg és megfelelő izommennyiség javítja a túlélési esélyt (az életkorral mérsékelten növekszik az optimális testtömegindex), ami proteinben kissé gazdagabb diétával és speciális (erősítő) izomgyakorlatokkal biztosítható.

Prof. Dr. Rácz Károly

Születési hely, idő: Budapest, 1950. október 29.
Munkahely: Semmelweis Orvostudományi Egyetem
II. sz. Belgyógyászati Klinika
1088 Budapest, Szentkirályi u. 46.
Tel: 266-0926, Fax: 266-0926,
Email: racz.karoly@med.semmelweis-univ.hu

Orvosi diplomáját 1976-ban a Semmelweis Orvostudományi Egyetem szerezte. Belgyógyász és endokrinológus szakképzettségekkel rendelkezik. PhD értekezését 1985-ben a montreali McGill Egyetemen védte meg, a Semmelweis Egyetemen 1995-bn habilitált, az MTA orvostudományok doktora címet 1997-ben nyerte el.

1978 óta dolgozik jelenlegi munkahelyén a Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinikán, jelenlegi beosztása egyetemi tanár. 2009 – 2015 között a II. sz. Belgyógyászati klinika igazgatói feladatait látta el. 2015 óta a Pázmány Péter Katolikus Egyetem – Semmelweis Egyetem Bionikai Innovációs Központ Tudományos Tanácsának elnöke, 2016 óta a Központ tudományos igazgatója.

2002 óta a Semmelweis Egyetemen a "Hormonális szabályozó mechanizmusok" című doktori program vezetője, 2004 óta a Semmelweis Egyetem Endokrinológia Grémiumának elnöke. 2009-2015 között a Semmelweis Egyetem Doktori Tanácsának elnöke, 2013-2015 között az Országos Doktori Tanács társelnöke volt.
1982-1986 között a montreali Clinical Research Institute-ban, 1989-1991 közötti a párizsi College de France-ban végzett kutatómunkát. 1977-2001 között Széchenyi Professzor Ösztöndíjat nyert.

Tudományos érdeklődésének középpontjában az agyalapi mirigy és a mellékvese betegségek patofiziológiája és az örökletes endokrin kórképek molekuláris biológiájának kutatása áll. Tudományos közleményeinek száma 298 (ebből angol nyelvű 164), szerkesztett könyveinek száma 2, könyvfejezeteinek száma 12. összes idézettsége: 4012, H-indexe: 32.

Szakmai társaságokban az alábbi tisztségeket töltötte/tölti be: 1998 óta a Magyar Belgyógyász Társaság vezetőségi tagja, 2006-2010 között főtitkára volt, jelenleg 2010-től elnöke. 2005-2009 között a Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság főtitkára, 2009-2013 között elnöke volt.

2010-től látja el az Orvosi Hetilap főszerkesztői feladatait, 2006 óta a Magyar Belorvosi Archivum, 2011 óta a World Journal of Diabetes szerkesztőbizottságának tagja.

2002-ben Pro Sanitate Díj,
2010-ben Batthiány-Strattman Díj,
2014-ben Semmelweis-díj és
2015-ben MOTESZ Díj kitűntetésekben részesült.

Anti-aging hormonok

Rácz Károly egyetemi tanár, Szűcs Nikolett egyetemi adjunktus

Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika

Az idősödéssel együtt járó kedvezőtlen változások enyhítésére, megállítására, ill. megelőzésére az anti-aging medicina az elmúlt évtizedekben új iparággá vált, melynek legelterjedtebben ajánlott termékei az ún. anti-aging hormon-készítmények. Az agyalapi mirigy, mellékvese és gonádok hormonszekréciója az életkor előrehaladtával csökken. Ezek a hormonális változások időben egybeesnek és összefüggésbe hozhatók a bőr öregedésével, az izomtömeg és a csontok ásványianyag tartalmának csökkenésével, az erectilis diszfunkcióval, valamint a hangulat és intellektus zavaraival. Az anti-aging stratégia szerint az agyalapi mirigy, mellékvese és gonád hormonok idősödéssel összefüggő csökkenése hormon-pótló kezeléssel megszűntethető, ill. megelőzhető, és ezáltal az időskorúak életminősége jelentősen javítható.

A legrégebben alkalmazott és legjobban megismert készítmények a menopauza vasomotor tüneteire, a hüvelyszárazság kezelésére és a szexuális vágy növelésére alkalmazott ösztrogén ill. ösztrogén és progesztin kombinációk. Alkalmazásukat a Women's Health Initiative vizsgálat eredményeinek publikálása jelentősen visszavetette (emlőrák, stroke és kardiovaszkuláris betegség kockázatának növekedése, ill. ösztrogén és progesztin kombináció esetén thromboembólia). A jelenlegi ajánlások többsége szerint a hormonpótló szerek a lehetőség szerinti legkisebb adagban és legrövidebb ideig alkalmazandók a menopauzával összefüggő tünetek enyhítésére.

Férfiakban a szérum tesztoszteron szint évente 0,5-1%-kal csökken, valódi időskori hypogonadismus (andropausa) azonban viszonylag ritka, előfordulása 70-79 év közötti férfiakban kb. 5%. Idős férfiakban a tesztoszteron pótlása növeli az izomtömeget, az izomerőt, javítja a csontok ásványianyag tartalmát és kedvező hatású a kognitív működésre. Egyes vizsgálatok szerint a tesztoszteron készítmények növelik a kardiovaszkuláris kockázatot, más vizsgálatok szerint férfiakban az alacsony tesztoszteron szint is nagyobb kardiovaszkuláris kockázattal jár. Gyakori mellékhatásuk a polyglobulia. A tesztoszteron készítményeknek a prosztatarák kockázatát növelő hatását az újabb vizsgálatok nem erősítették meg, de alkalmazásuk aktív prosztatarákban kontraindikált. A szakmai ajánlások többsége szerint időskorban tesztoszteron pótlás csak valódi hypogonadismus esetén indokolt.

A mellékvesekéregben és a gonádokban képződő dehydroepiandroszteron mennyisége szintén jelentősen csökken az életkor előrehaladtával. A dehydroepiandroszteron ún. gyenge androgén; hatását döntően a perifériás szövetekben tesztoszteronná átalakulva fejti ki. Idős egyénekben összefüggést mutattak ki a nagyobb dehydroepiandroszteron szint és a nagyobb izomtömeg ill. izomerő, valamint az elesések kisebb kockázata között. Magasabb dehydroepiandroszteron szint a csontok magasabb ásványianyag tartalmával társul, míg alacsonyabb dehydroepiandroszteron szint növeli az atherosclerosis, a kardiovaszkuláris betegségek és a depresszió kockázatát. Alacsony dehydroepiandroszteron szint esetén nagyobb mortalitást találtak. A dehydroepiandroszteront számos országban étrend-kiegészítőként forgalmazzák, más országokban vényre rendelhető vagy alkalmazása tiltott. Adagolásakor az izomzatra. a hangulatra, a szexuális vágyra és a csontok ásványi anyag tartalmára gyakorolt kedvező hatásról számoltak be. Mellékhatásként androgén-hatásnak megfelelő tüneteket (acnék, nőkben hirsutismus) figyeltek meg, de hosszútávú alkalmazásának biztonságosságáról nincsenek adatok.

A növekedési hormon szintje a fiatal felnőttkori legmagasabb értéket követően az életkor előrehaladtával fokozatosan csökken és időskorra kifejezetten alacsonnyá válik. A felnőttkori növekedési hormon hiány tünetei és az időskori változások nagymértékű hasonlósága (elhízás, atherogén lipid-profil, kardiovaszkuláris kockázat növekedése, izomtömeg csökkenése, száraz és vékony bőr, csontozat asványianyag csökkenése, kognitív működés zavar, életminőség romlása) ösztönözte időskorúakban a humán rekombináns növekedési hormon készítmények off-label alkalmazását. A felnőttkori növekedési hormon hiányos betegeken szerzett kedvező tapasztalatokkal ellentétben a humán rekombináns növekedési hormon készítmények anti-aging célú alkalmazásának hatékonysága és biztonságossága napjainkban még vita tárgya.

Regius Ottó

Születési hely, idő: Budapest, 1941. 11. 01.
Cím: 1026 Budapest, Torockó 6/a
Telefon: 06-30-407-0241
E-mail: oregius41@yahoo.com

Tanulmányok:
1974-1978 Ho Shi Minh Tanárképző Főiskola, Eger Diploma. Biológia-rajz szak
1960-1962 Nyomdaipari Szakiskola fotó-retus szak
1956-1960 Corvin Mátyás Gimnázium, Budapest Érettségi

Szakmai tapasztalatok:
2005. december 31. - 2008. szeptember 15. Nemzeti Idősellátási Stratégiai Munkacsoportban egészségügyi munkacsoport vezető
2001. március 15. - 2005. október 15. Egészségügyi Minisztérium Vezető főtanácsos, gerontológiai szakértő
Főbb tevékenységi területek: idősellátás fejlesztése, Nemzeti Fejlesztési Terv készítése, kistérségi fejlesztések
2000. augusztus 1. -2001. március 15. Egészségfejlesztési Kutató Intézet Munkatárs A „Gerontológiai Project" témafelelőse
2000. január 1. – 2000. július 31. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Belgyógyászati és Geriátriai Klinikája Tudományos munkatárs
1965. június 15. –1999. december 31. SOTE Gerontológiai Központ Igazgatóhelyettes 1993. szeptember 1.
Tudományos munkatárs 1980.
Tudományos segédmunkatárs 1978

- 1994-ben és 1995-ben elnyertem az OEP Kockázatkezelő Kuratóriumának pályázatát a „Helyes életmód Kialakítása idős korban", mely preventív módszerek bevezetését célozza meg
- 1993-ban részt vettem a gerontológiai Világkongresszus szervezésében, mint a nemzetközi programbizottság tagja. A kongresszus sikeresen zárult 3500 regisztrált résztvevővel.
- 1988. Tanulmányút a berlini Max Planck Intézetben. A cholesterin és a táplálkozási szokások összefüggése.
- 1987-ben koordinátora voltam a „Magyarországi 100 évesek vizsgálatának", melyet a Központi Statisztikai Hivatallal szerveztünk, és az ország 52 településén 123 idős egyén egészségi állapotának felmérését végeztünk el
- 1986-ban WHO ösztöndíjasként a „Környezeti ártalmak és rizikó faktorok hatása az öregedésre" témákat tanulmányoztam Svédországban, és Ausztriában
- 1980-tól részt vettem a SOTE Bőrklinikán a magyar AIDS-kutatásban
- Munkakapcsolatot alakítottam ki a Kijevi Gerontológiai Intézettel, „Az öregedés befolyásolhatósága immunológiai módszerekkel" témában /Frolkis és Butenko/ munkacsoportban, és a mindenkori OTKA és ETT pályázatokban.
- Mint biológus, láttam el munkámat az intézet szövettani laboratóriumában. Vizsgáltuk a lymphaticus szervek morphológiai sajátosságait idős és fiatal kísérleti állatok nyirokszerveiben, majd később a humán keringő lymphocytákban, az életkorral összefüggő változásait.

Oktatási tapasztalat:
A Gerontológiai Központ 1983-tól az időskorban kialakítandó helyes életmód, család, környezet, biológiai és funkcionális változások az öregedés során témákra összpontosítottam.

Előadásokat tartottam:

- Háziorvosok kreditpont szerző posztgraduális képzésében
- Szociális munkás és házi ápolási szakdolgozók részére
- Graduális képzésben a VI. éves orvostanhallgatók gerontológiai oktatásában
- nyugdíjas klubokban, ill. otthonokban az egészségnevelésről
- 1997-2005 együttműködés a Strasbourgi Továbbképző Központtal Képzők képzője c. programjában.

Társasági tagságok és témakörök:

- Geriátriai Szakmai Kollégium tag
- Magyar Gerontológiai Társaság főtitkár-pénztáros
- Magyar Szimbólumterápiás Egyesület vezetőségi tag
- Latin-Amerikai Országok Gerontológiai Szövetsége h.c. vezetőségi tag

Kitüntetések és tudományos fokozatok:

- SOTE „Kiváló Dolgozó" három alkalommal
- A Magyar Népköztársaság Minisztertanácsa Kiváló Munkáért Kitüntető jelvény adományozása 1986. április
- SOTE Rektori Dicséret 1990

Nemzetközi és hazai kongresszusok:
1981-óta rendszeresen aktív résztvevője vagyok nemzetközi és hazai kongresszusoknak, néhány fontosabb kiemelve:

- 2005 Strasbourg „Geriátriai szakoktatás fejlesztése" című szimpózium /meghívott vendégként/
- 2005 Luxembourg EU.SPC-LTC „A krónikus ápolás – idősellátás hazai beszámolója" konferencia, az Egészségügyi Minisztérium küldöttjeként
- 2004 Bécs EUGMS I. Európai Kongresszus /meghívott vendégként/
- 1997 Hawaii Világkongresszus, poszter
- 1993 Budapest XV. Gerontológiai világkongresszus szervezése, nemzetközi program-bizottsági tag, előadás
- 1991 Madrid, 2. Európai Gerontológiai Kongresszus,/ előadás
- 1989 Mexikó Acapulco /meghívott vendégként/ előadás
- 1985 New York világkongresszus előadás és poszter
- 1981 Hamburg XII. Gerontológiai Világkongresszus, előadás
- Ezen túl 1980-tól 8 alkalommal előadással szerepeltem a két évenként megrendezett Bécsi Kísérletes Gerontológiai szimpoziumon
- 1980-tól 6 alkalommal a Szovjetúnió Gerontológia Társaságainak szintén 2 évenként megrendezett nemzeti kongresszusán, mint meghívott előadó.

Publikációk:

- 62 megjelent közlemény szerzőként illetve társszerzőként
- 54 tudományos előadás

Nyelvismeret:
Német középfokú államilag elismert szakmai nyelvvizsga
Angol alapfokú államilag elismert nyelvvizsga

Egyéb ismeretek:
Számítástechnikai ismeretek: Word, Excel, PowerPoint, Outlook Express, Internet

Képességek:
Nyitottság, segítőkészség, pontosság, megbízhatóság, Szervezőkészség, kreatív gondolkodás, jó kommunikációs készség

Szabadidő:
Színház- és filmművészet, zene, fotózás
Utazás, természetjárás

Visszatekintés az MGGT elmúlt 50 évére

A Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság 50 éves tevékenysége a tudomány és a társadalom tükrében.

Regius Ottó a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság vezetőségének örökös tiszteletbeli tagja, társszerző: Prof. Dr. Beregi Edit, Prof. Dr. Kiss István

A szerzők elemezték az eltelt 50 év munkáját, eredményeit, sikertelenségeit, vizsgálták, mennyiben felelt meg a Társaság a tudományos és társadalmi elvárásoknak.
Segítségül vették a szervezet alapszabályát és ennek figyelembevételével mérlegelték az eltelt évek munkáját. Vizsgálták, hogy a kitűzött célokat mennyire sikerült megvalósítani, mit tettek azok elérése érdekében.
Különös figyelmet szenteltek az egyes elnökök tevékenységét az alapítóktól napjainkig. A tudományos eredmények vizsgálatánál fontos szerepet kaptak a megjelent közlemények, a hazai és nemzetközi rendezvények.
Az MGGT nemzetközi kapcsolatai igen fontos szerepet játszottak a társaság életében, melyeket a mai napig ápolnak.
A vizsgálat kitért a Szakmai Kollégiumokkal, a szociális szférával, a társadalommal történő együttműködésekre, valamint arra, hogy mennyire jutottak el a tudományos eredmények, megállapítások a mindennapi életbe, az emberekhez.
Az eredmények és a megállapítások arra bíztatnak, hogy folytatni kell a munkát, a sikerek meghatározóbbak, mint a sikertelenségek. Ehhez szükséges a továbbiakban is annyi lelkesedés és kitartást, mint amivel az alapítók nekivágtak a munkának.

Prof. Dr. Rosivall László

Dr. Rosivall László (1949) Széchenyi és Khwarizmi díjas egyetemi tanár, 1973-ban orvosi diploma (summa cum laude) a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Kandidátus (1980), a tudományok doktora (1987). 1994/95-ben a Semmelweis Egyetem rektora. Jelenleg a SE Kórélettani Intézet és a Teheráni Orvostudományi Egyetem professzora, a Semmelweis Egyetem Elméleti Orvostudományok Doktori Iskolájának, valamint a Nemzetközi Nephrologiai Kutató és Képző Központ vezetője, az Európai Tudományos és Művészeti Akadémia rendes tagja, a Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem díszdoktora, a Lengyel Nephrologiai Társaság tiszteletbeli tagja. A bergeni, az alabamai, a Dél-kaliforniai, a Harvard, a montpellier-i, a heidelbergi, a Tulane Egyetemek korábbi vendégkutatója, -professzora. A Magyar Vese Alapítvány (1987) és a Nemzetközi Nephrologiai Iskola (1994) alapítója.

Az első hazai Nephrologiai PhD program alapítója (1994), melyben eddig 58 PhD végzett, ebből 26-nak téma-vezetője. Irányításával 2 kandidátusi disszertáció is született. A cigány orvosképzés (pápai áldás, 2014) és az orvosi jelnyelv oktatás (Európai Nyelvi Díj, 2012) elindítója és vezetője. A Nephrologia I-II (1994), kötelezően választható tantárgy, illetve a Művészet Kórélettana (2016) kurzus elindítója, vezetője.

Érdeklődési terület: A veseműködés és a vérnyomás szabályozás élet-és kórélettana a molekuláris szinttől a betegekig. Többek között új modellt dolgozott ki az intrarenális mikrocirkuláció felépítésére. Nevéhez fűződik a glomerularis filtrációt szabályozó "short-loop" mechanizmus leírása. A gyomorfal mikrocirkulációjának vizsgálatára először alkalmazta a mikropunkciót, és mérte meg a kettős kapilláris rendszerben a filtrációs és a reszorbciós erőket.

Elsőként ismerte fel és írta le az endotheliális nanocsatornákat a renalis afferens arteriola distalis szakaszán kísérleti emlősállatokban, illetve emberben és igazolta, hogy ezek száma függ a szervezet aktuális állapotától (például kor, a stressz, az angiotenzin). Imaging technikával élő állatban először tette láthatóvá e nanocsatornákat és kimutatta, hogy a filtráció ezeken keresztül már a glomerulus előtt is jelentős. Kutatási eredményeivel újraértelmezte a juxtaglomerularis apparátus morfológiáját és funkcionális jelentőségét.

Tudományos társaságok: A Nemzetközi Kórélettani Társaság kincstárnoka, az IFKF alapító vezetőségi tagja, az ISN volt vezetőségi tagja, a MÉT, a MANET, az MHT vezetőségi tagja.

Physiology International (Acta Physiologica Hungarica) főszerkesztője. Szerkesztő Bizottsági tagja 10 külföldi és 5 hazai tudományos folyóiratnak.

Legfontosabb közéleti funkciói: OTKA Élettani Bizottság tagja, titkára, elnöke, kollégiumi tagja, MTA Doktori Bizottság tagja, számos nemzetközi és hazai kongresszus szervező és/vagy tudományos elnöke, MÖB Orvos- és Egészségtudományi Szakkollégium tagja, MTA Bolyai János Szakértői Kollégium tagja, alelnöke, Nemzeti Fenntartható Fejlődési Tanács tagja, majd az Egészségügyi és Szociális Bizottsága Stratégiai Munkabizottság tagja, MOK Budapesti Területi Szervezete Etikai Bizottságának tagja, Semmelweis Emlékbizottság elnöke.

Publikációi: eredeti közlemény 173 (ebből magyar nyelvű: 40), összes impakt faktor: 367,743 Hirsch-index 32, összes idézettség: 3607, idézhető előadás: 447, könyv: 3, kismonográfia 1, nemzetközi folyóirat supplementum szerk: 2, könyvfejezet és jegyzet: 77, szabadalom: 2.

Új eredmények a só-víz háztartás szabályozásában

Rosivall László

Nemzetközi Nephrologiai Kutató és Képző Központ, Kórélettani Intézet

A só az élet kialakulásában és fenntartásában, sőt a történelem során a gazdaságban, a politikában, sőt még háborúkban is szerepet játszott. Egészségre gyakorolt hatását is korán felismerték. Már az ősi kínai orvosi szakkönyvben (Sárga könyv, Huang Di: Nei Ching kb. i. e. 2500) több mint 4500 évvel ezelőtt olvasható, hogy aki sok sót fogyaszt annak kemény lesz a pulzusa. Közismert a só, azaz a nátrium szerepe a hypertonia kialakulásában és fenntartásában. Meneely és Ball pedig már 1958-ban kimutatta, hogy nagy sóbevitellel a patkányok várható élettartama akár tizedére is csökkenhető. A só fogyasztás élettani hatására is általánosságban érvényes az U alakú görbe, de annak értékei a korral változnak.

60 éve történt, hogy kísérletesen Hársing László elsőként igazolta kutyákon, hogy a diuretikumok adásával fokozott a disztális tubuláris folyadék terhelés csökkenti a GFR-t. A jelenséget glomeruláris tubuláris egyensúlynak nevezte, amelyet Thurau után ma tubuloglomeruláris feedback mechanizmusnak hívunk.

A só-víz háztartás szabályozásában szinte megszámlálhatatlan tényező vesz részt, amelyek egy része elsődlegesen a só ürítést, másik része pedig a vízürítést szabályozza. A vese só ürítési kapacitásának beszűkülése előfordulhat öröklötten vagy szerzett formában is. Az agyvíz krónikusan emelkedett nátriumion koncentrációja aktiválja az aldoszteron elválasztást, a központi idegrendszer mineralokortikoid receptorait és az oubain felszabadulást. A centrálisan adott aldoszteron szintézis gátló ugyan nem befolyásolja az agyi nátrium infúzió által létrejövő korai presszor választ, de kivédi a krónikus hypertonia kialakulását. A mellékvesekéreg aldoszteron termelésének szabályozása jól ismert folyamat. Nemrég írták le azokat a géneket (Hsd3b6 és Hsd3b1), amelyek a pregnenolon-progeszteron átalakulás szabályozásában szerepet játszanak, befolyásolva a zona glomerulóza aldoszteron, illetve a zona fasciculata kortikoszteron termelését, ugyanakkor a napszaki ritmus fenntartásáért is felelősek. Érdemes elgondolkodni azon, hogy a napszaki ritmust létrehozó gének, valamint a renin-angiotenzin aldoszteron szabályozása, azaz a napszaki ritmus és a hypertonia kialakulása között van-e összefüggés.

Ismert klinikai jelenség, hogy fokozott aldoszteron termelés is állhat egy adott rezisztens hypertonia hátterében. Az érfali aldoszteron receptor aktiválódása miatt megnő a kalcium beáramlás, ami elindítja a sejten belül raktározott ENaC csatorna felszínre kerülését. Ennek következtében nő az intracelluláris nátrium koncentráció, megnő a sejt volumen és csökken az NO elválasztás, amely folyamat következtében megnő a kapcsolódó érfali izom tónusa, illetve az érfal ellenállása.

Elhízott, túlsúlyos emberekben gyakran mérnek emelkedett aldoszteron koncentrációt. A zsírsejtek aldoszteron stimuláló faktort is termelnek. A vesében a papilla körül, illetve a vesetokban jelentős mennyiségű zsír található. Az itt termelt aldoszteron közvetlenül károsíthatja a podocitákat. Klinikai tapasztalat, hogy az aldoszteron gyógyszeres gátlása csökkenti a renalis proteinuriát és a podocita sérülést.

Rezisztens hypertoniás betegekben gyakran találunk fokozott aldoszteron elválasztást, ami alapvetően hozzájárul a célszervek károsodásához. Az aldoszteronnak a kellemetlen sajátossága az, hogy bizonyos körülmények között (pl. gyulladás, fokozott oxidatív stressz) még a normális aldoszteron koncentráció is elősegíti a vérnyomás független és függő károsodások kialakulását a gyulladásos és profibrotikus utak további aktiválásával, az oxidatív stressz növelésével.

A kortizol erősen kötődik a mineralokortikoid receptorhoz, de normál körülmények között rövid időn belül kortizonná alakul a 11-beta-hidroxiláz enzim segítségével. Kimutatták, hogy az idősek vizeletében nő a kortizol/kortizon arány, mivel csökken a 11-beta-hidroxiláz enzim aktivitása. Lehet, hogy ez az időskori hypertonia egyik mechanizmusa? Az enzim aktivitását egyébként egyes gyógyteák is jelentősen gátolják.

Nemrég kimutatták, hogy a fokozott nátrium felvétel, amely fokozza a szimpatikus idegrendszer, a renin-angiotenzin rendszer, az endothelin, a szabadgyök, stb. aktivitását, egyben fokozza a vanilloid tartalmú tranziens receptor (TRPV1 és TRPV4) aktivitását is, ezáltal védő hatást fejt ki a jelzett folyamatokkal szemben.

E receptorok ingerülete növeli a CGRP és SP elválasztást, fokozza a vesevéráramlást, csökkenti a vérnyomást és a gyulladást.

Egyre több adat szól amellett, hogy a nátrium képes ozmotikusan inaktív formában kötődni a bőr alatti glukózaminoglikán polimerekhez. Ugyanakkor a bőr alatti fokozott nátrium felhalmozódás nem hatástalan; aktiválja a makrofágokat, amelyek végül VEGF-C-t választanak el. Ennek hatására jelentős nyirokér hyperplázia alakul ki. Tehát a makrofágok a só-függő térfogat- és vérnyomásváltozást a vaszkuláris endotheliális növekedési faktor C-en keresztül képesek pufferolni. A makrofágok számának bármilyen okú csökkenése vagy VEGF-C szolubilis VEGF receptor-3-hoz való aránytalan kötődése megakadályozza a só-indukálta nyirokkeringés fokozódást. Ennek következtében nő az interstitialis volumen, csökken az NO szintáz expresszió, és kialakul a hypertonia. Régóta gondoljuk, hogy a gyulladás és a hypertonia között kapcsolat áll fenn. Nemrég sikerült igazolni, illetve speciális képalkotó eljárásokkal láthatóvá tenni, hogy idősebb magas vérnyomású emberek bőre alatt valóban jelentős a só felhalmozódás.

A vesében újabban szagló receptorokat találtak. Az egyik legjellegzetesebb az Olfr78, mely kimutatható a nagyerekben, a kiserekben, a szívben, az izomszövetben is.

Az Olfr78 egy „orphan" receptor, amelyik a rövid szénláncú zsírsavakra érzékeny, így például az acetátra és a propionátra. A rövid szénláncú zsírsavak, mint az ecetsav és a propionsav, élettanilag vazodilatációt okoznak rágcsálókban és emberben. Ezek koncentrációja a vérben 0,1-10mmol közötti és a bélbaktériumok termelik. E savaknak számos kóros hatása lehet a szervezetben pl. a rövid szénláncú zsírsavak a kövérséget a Gpr41 receptoron, a gyulladást a Gpr42 receptoron keresztül szabályozhatják. Mindkét receptor a vese nagyereiben is jelen van. Újabban azt is kimutatták egérben, hogy a propionsav fokozza a renin felszabadulást a juxtaglomerularis apparátusból. A rövid szénláncú, bélből származó zsírsavak új kommunikációs lehetőséget jelenthetnek a vastagbél baktériumai, a vérnyomás szabályozása és a vese renin elválasztása között.

A só-vízháztartás szabályozási mechanizmusainak újabban felismert sajátosságai egyelőre nem könnyítik meg a só-vízháztartás klinikai gyakorlatával fogalakozók munkáját, de új kutatási területeket nyitva hosszú távon lehetővé tehetik a könnyebb megértést és az eredményesebb beavatkozásokat.

Prof. Dr. Székács Béla

dr. Székács Béla egyetemi tanár a hazai idősgyógyászat fejlesztésében fontos szerepet játszott az elmúlt másfél-két évtizedben: geriáter-belgyógyász-nephrologus szakorvos klinikusként több éven át vezette a Semmelweis Egyetemen a geriátria oktatását, szerkesztőként és a fejezetek többségének megírásával létrehozta az első hazai egyetemi idősgyógyászat tankönyvet-kézikönyvet, a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság elnökeként és Szakmai Kollégiumi tagként is kiemelt szakmapolitikai aktivitást fejtett ki geriátriai szakma elismertetéséért, minőségének javításáért. A geriátria és gerontológia európai (EUGMS) és világszervezetében (IAGG) vezetőségi tagként ugyancsak elismert tevékenységet folytatott, elsősorban európai vonatkozásban. A keringés öregedése vonatkozásaiban elsősorban a menopauza és az ösztrogén különböző hatásait tanulmányozta, e téren jelentős a nemzetközi publikációinak is a száma, magas idézettséggel. Zömével keringés és vese vonatkozásokban számos szakkönyv és egyetemi tankönyv és közel 40 könyvfejezet szerzője/szerkesztője, jelentős hazai és nemzetközi tudományos szakirodalmi aktivitással (150) és magas 400 feletti nemzetközi idézettséggel. A Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság korábbi elnöke, jelenlegi tiszteletbeli elnöke, több más hazai orvostudományi társaság, így a Magyar Hypertonia Társaság, Magyar Nephrológiai Társaság, Magyar Menopauza Társaság korábbi és/vagy jelenlegi elnökségi-vezetőségi tagja.

Tudományos, oktatói, szakmai munkásságának sokrétű elismerését egyetemi és szakmai orvostársasági díjak, kitüntetések mellett a Magyar Köztársaság Érdemrend Lovagkereszt kitüntetése jelzi.

Időskori érállapot – terápiás dilemmák a következmények progressziójának lassításában

Székács Béla egyetemi tanár, SE Geriátriai Tanszék Csoport

Nagy epidemiológiai felmérések igazolják, hogy a vezető szívérrendszeri megbetegedések legfőbb kockázati tényezője az előrehaladó életkor, ugyanakkor időskorban a keringési megbetegedések a vezető halálokok. Mindezekben a meghatározó tényező sejt és szöveti szinten a „csatornarendszer" és a „pumpaszerv" öregedése, melynek biokémiai és szövettani folyamatai már elég jól ismertek, de rendkívül komplex molekuláris biológiai meghatározói még kevésbé feltártak. Bár a szöveti szintű táplálást alapvetően megszabó mikrocirkuláció, sőt a még rejtettebb nyirokkeringési rendszer is fokozatosan módosul az idősödő szervezetben, a klinikum részére a jobban megfigyelhető az aortának és leágazódásai főleg proximális szakaszainak fokozódó rugalmasság vesztése. Megfigyelhetők, mérhetők a szisztolés ejekció során az aorta csökkent mérvű átmérő változása, gyorsult nyomáshullám vezetése, a perifériáról korábban visszaverődő vaszkuláris nyomáshullám centrális megjelenése még a szisztolé során, a szisztolés nyomás következményes fokozódása mellett a diasztolés nyomás csökkenése, ugyanakkor, a balkamra fal rugalmasságának, telődési képességének fokozatos csökkenése, a pumpafunkció kapacitásának romlása, a pitvari munka fokozódása, a béta receptor érzékenység csökkenése, a nyugalmi szívfrekvencia csökkenése, vagy éppen az orthostatikus reguláció zkárosodása. Abban azonban, hogy a periféria felé az oxigén szükséglet biztosításában a tartalék kapacitásból egyre nagyobb hányad használódik fel kényszerűen az idősödő szervezet nyugalmi állapotában is, egy sor más öregedési történésnek is jelentős a szerepe, beleértve a tüdő öregedését (alveolus pusztulás, stb), a vér minőségének öregkori módosulását is. Az öregedő érfal egyre érfal-sérülékennyé válik a szokásos patológiás kockázati tényezőkkel szemben: endothel működés hanyatlásán túlmenően gyulladásos behatások, kóros vérlipid összetétel és más patológiai tényezők által indukálva finomabb, majd egyre határozottabb endothel sérülések kialakulása már a nagyerek definitiv atherosclerosisa, plakkosodása felé vezető utat jelentik. Az érfa fiziológiás és patológiás öregedési jelenségsora élesen nem határolható el, hiszen például az időskori (dominánsan szisztolés) vérnyomásemelkedés a 65-70 év feletti korosztály közel kétharmadát jellemzi! A klinikust az érfa és a szív öregedésének sokirányú következményei, így akár az időskori hipertónia, akár a PAD, vagy a pitvarfibrilláció, sőt akár az időskorban észlelt kardiometabolikus szindróma komponenseinek értékelésében, kezelésében idős és még inkább az igen idős korban számtalan kihívás, vagy akár csapda is várhatja, ezekből mutat be az előadás néhány sajátos példát, vagy éppen furcsa epidemiológiai üzenetet.

Dr. Szabó Lajos

dr. Szabó Lajos, címzetes egyetemi tanár a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolán végzett gyógypedagógusként 1970.-ben. A főiskola elvégzése után a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai Klinikáján kezdett dolgozni miközben pszichológus diplomát szerzett az ELTE Bölcsészettudományi Karának pszichológus képzésében.
1974.-ben pszichológus diplomájának megszerzését követően a Zala megyei Kórház II. sz. Psychiátriai és Neurózis Osztályán dolgozott. 1978.-ben egyetemi doktori fokozatot szerzett az ELTE pszichológia szakán, majd 1982.-ben az Orvostovábbképző Egyetemen klinikai pszichológusi szakképesítést, majd 1990.-ben a SOTE Egészségtudományi Karán pszichoterapeuta szakképesítést / 1994. családterapeuta képesítést/, és 1994.-ben szupervízor diplomát. PhD fokozatát a Debreceni Egyetem pszichológiai doktori programjában szerezte 2000.-ben.
1984.-ben Gödöllőre költözött, ahol az Egyesített Egészségügyi Intézményhez tartozó Pszichiátriai Gondozó Intézetben dolgozott és részidőben a Rendelőintézet keretében pszichoterápiás rendelést folytatott.
1986.-ben egy hat hetes finnországi tanulmányúton találkozott a szociális munkával és ennek nyomán onnan visszatérve csatlakozott a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolán folyó szociális szervező képzéshez, ahol elsősorban pszichológiai és szociális munka határterületi tárgyakat tanított. 1990.-ben négy hónapot töltött az Egyesült Államokban, ahol a szociális képzéseket és a szociális esetmunka módszertanát tanulmányozta. Oktatói munkája mellett idősellátási terepeken és a Fővárosi Módszertani Osztály szakértőjeként dolgozott. Fő területe a bentlakásos otthoni mentálhigiénés csoportok tevékenységének segítése és a demens részlegek szakmai munkájának támogatása volt.
2000.-től főiskolai tanár, majd az ELTE integrációt követően a közösségi pszichiátriai és idősellátási területhez kapcsolódó tárgyak oktatója.
2009.-től nyugdíjasként külső oktató ill. a Karral kötött megállapodás alapján a Szociális Munka Tanszék önkéntes munkatársaként tovább viszi tárgyait és részt vesz a tanszéki munkában. Tevékenysége nyomán 2012.-ben az ELTE egyetemi címet adományozott neki.

Oktatói tevékenysége mellett több jegyzetet, tankönyvet írt a szociális esetmunka, a közösségi pszichiátriai ellátás, és a demencia témakörben.

Fő érdeklődési területe jelenleg a demenciával élő idősek és családjaik nehézségei, és a gondozó családokkal folyó konzultációs munka.

A szociális munka útkeresése a hazai idősellátásban

Szabó Lajos c. egyetemi tanár

ELTE Társadalomtudományi Kar Szociális Munka Tanszék

A szerző előadásában áttekintést nyújt az idősellátás területén megjelenő hazai szociális munka alakulásáról egy jelentős képzési műhely – a szociális képzések terén létrejött Bárczi/ELTE integráció – tevékenységének és jelen törekvéseinek bemutatásán keresztül.

Az ELTE keretében 2003.-ban létrejött Társadalomtudományi Kar az egyetemi integráció nyomán két eltérő gyökerű és eltérő képzési törekvéseket képviselő szociális képzés fúziója során kísérletet tett arra, hogy a bolognai modellnek megfelelően egy egységes kétlépcsős / alap és mester szakot magába foglaló/ szociális munkás képzést hozzon létre. Egy rövid visszatekintés során a szerző előadásában bemutatja a korábbi eltérő megközelítések szerepét és hatását az idősellátás terén folyó szociális munkára, kiemelve a hetvenes évek szociális szervező képzésének meghatározó jelentőségét a tartós bentlakásos elhelyezést biztosító idős otthonok tevékenységének formálásában. Ennek során utal a gyökerekre – a Hun Nándor örökségét tovább vivő geriátria csoport /Villányi Piroska, Keveházi Ferenc, Hidvégi Katalin és Sáhó Erzsébet/ szerepét idézve. A „ másik ágon" az ELTE az angolszász gyökerű „általános szociális munkás" képzési modellje játszott szerepet egy erőteljesen radikális társadalompolitikai – közösségi orientációval, amely meghatározta a hazai szociális munka prioritásait és a szociális képzések jövőjét. Az egyetemi integráció ebbe az irányba vitt tovább és háttérbe szorította a képzési specializációk, szakirányok fejlesztését. Az idősellátást érintő problémákkal foglalkozva a szerző áttekintést nyújt a képzési modell-váltás következményeiről, és arról a szakmai útkeresésről amely során erőfeszítések történtek az idősellátásban folyó szociális munka „felszínen tartásában" / szakértői tevékenység a minisztériumi háttérintézmények és módszertani otthonok munkájában, akkreditált továbbképzések az intézményi stábok számára, részvétel szakmai műhelyek munkájában/. Kiemel két jelentős kísérletet a Kar szakirányú továbbképzési programjai kapcsán. Az egyik a „szociális menedzser" képzés létrehozása egy nemzetközi együttműködésben /RODIR program/ Hegyesi Gábor kezdeményezésével, a másik az„ alkalmazott szociális gerontológia" szakirányú továbbképzési szak alapításának előkészítése a szerző részéről. Ez utóbbit a szekszárdi szociális munkás képzés ill. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara emelte át saját képzési programjába. Ezen erőfeszítések ellenére az idősellátás területe az ELTE Társadalomtudományi Kar képzési programjában háttérbe került, és ennek nyomán kudarcba fulladt egy szociálgerontológiai munkacsoport létrehozása is. Az elakadás ellensúlyozására a Szociális Munka Tanszék képzési reform talaján a szociális munka alapszakon az idősellátást érintő tárgyak újragondolása történt – erről a szerző egy rövid áttekintést nyújt, és utal a jelenleg folyó törekvésekre /az idős téma beemelése a szociális munka és szociálpolitika mester szakok tematikájába, idős témák ösztönzése a Kar doktori programjaiban, a bentlakásos idős otthonba kerülés tényezőinek vizsgálata, a demenciával élő időseket gondozó családok támogatását nyújtó konzultációs modell kidolgozása/. A képzés-fejlesztés jövőjének lehetséges útja a specializációkat képviselő „alkalmazott mesterszakok", és hosszabb távon egy szociálgerontológia MA létrehozása. Fontos törekvés a társszakmákkal való együttműködés és az interdiszciplináris személet megerősítése is.

Dr. Szegedi János

- Dr. Szegedi János, Sz.: Nagymaros, 1941.07.30.

Pályafutás, beosztások (főállású, közalkalmazotti jogviszony, egyéb):

- 1965-ben fejeztem be tanulmányaimat a Budapesti Orvostudományi Egyetemen.
- 1975 decemberig a Debreceni Orvostudományi Egyetem I. számú Belgyógyászati Klinikáján dolgoztam.
- 1976-tól a Szabolcs Szatmár Bereg Megyei Jósa András Oktató Kórházban dolgoztam az I. Belgyógyászat osztályvezető főorvosaként.
- 2014-ig a kórház orvos igazgatói feladatait is elláttam.
- 1976-tól tagja voltam az országos Belgyógyászati Intézetnek.
- Megalakításától tagja voltam a Belgyógyászati Szakmai Kollégiumnak.
- 1976-tól Belgyógyászati megyei szakfőorvosi feladatokat, valamint regionális szakfőorvosi feladatokat láttam el.
- 2005-től regionális nephrológiai szakfőorvosi feladatokat látok el.
- Tagja vagyok a Szakmai Kollégium Dialízis Nephrológiai Tagozat Tanácsának.
- Alelnöke vagyok a Magyar Nephrológiai Társaságnak, a Magyar Hypertónia Társaságnak.

Tanulmányutak:

- Kijev, Rostock, Bécs, München, Trento

Szakvizsga/szakképesítés:

- 1971-Belgyógyászat
- 1984-Nephrológia
- 1998-2015 Hypertonológia
- 1999-Belgyógyászati Angiológia
- 2001-Európai Társaság által akkreditált Hypertonológia

Szakmai ill. tudományos díjak, kitüntetések:

- Korányi Sándor, Török Eszter, Petrányi Gyula, „Pro comitatu", Batthiányi-Strattmann László, Gömöri Pál díj
- Jósa András emlékérem
- A Magyar Köztársasági Érdemrend Lovagkeresztje kitüntetés
- 2 alkalommal kaptam meg a DEOEC-től a „Kiváló oktató" kitüntetés
- A Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának Kari Tanácsa „Pro Facultate" kitüntetés 2010- a Magyar Nephrológiai Társaság a „Magyar Nephrologiáért Életműdíj"
- 2013-a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság „Bugár-Mészáros Károly Életműdíj

Oktatási tevékenység:

1990-től a DOTE címzetes egyetemi docense vagyok. Oktatási tevékenységemért a DOTE Kiváló Oktatója kitűntetésben részesültem. Jelenleg is aktívan veszek részt az orvostanhallgatók, rezidensek oktatásában, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Egészségügyi Kar klinikai gyakorlatok igazgatójaként tevékenykedem.

Tudományos társasági tagság:

- Magyar Belgyógyász Társaság
- Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság
- Magyar Nephrológiai Társaság
- EDTA (European Dialysis and Transplantation Association)
- European Hypertonian Association
- Magyar Hypertonia Társaság
- DE-OEC Egészségügyi Kar Kari Tanács
- DE-OEC Szakképzési és Továbbképzési Bizottság
- Szakmai Kollégium Nephrológiai és Dialízis Tagozat Tanács
- MOTESZ
- Alelnöke vagyok: Magyar Nephrológia Társaságnak, Magyar Hypertónia Társaságnak
- Vezetőségi tagja vagyok a MOTESZ-nek

Kongresszus szervezése:

- Magyar Hypertónia Társaság Kongresszusa
- Magyar Nephrológiai Társaság Kongresszusa
- Magyar Belgyógyászati Társaság Északkelet Magyarország-i Kongresszusa

Szerkesztőbizottsági tagság, lektori tevékenység:

- Nephrológia és Hypertonológia

Nemzetközi együttműködés:

- B.Braun Avitum nemzetközi hálózat

Tudományos tevékenység:

- 492 kongresszusi előadás első szerzője
- 308 kongresszusi előadás társszerzője
- 131 közlemény első szerzője ill. társszerzője
- 19 könyvfejezet szerzője

Az idős kor és a veseelégtelenség

Szegedi János c. egyetemi docens

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház,
I. Belgyógyászat, Nephrológia, Nyíregyháza, B.Braun Avitum Hungary Zrt. 2. Sz. Dialízisközpont, Nyíregyháza

Az időskorú lakosság számának és arányának növekedése világjelenség. A népesség fogyásával párhuzamosan folytatódik a lakosság elöregedése. Napjainkban kb. 600 millió 60 év feletti lakos él a világon, számuk 2025-re akár meg is kétszereződhet. 2050-re a Föld 9,6 milliárd lakosának 21 %-a 60 év feletti lesz. A férfiak magasabb halandósága miatt időskorban a nők aránya nagyobb. Előrejelzések szerint 2060-ra minden harmadik magyar lakos 60 éves, vagy idősebb lesz. A születéskor várható élettartam férfiaknál és nőknél az országos átlagnál lényegesen magasabb Budapesten, lényegesen alacsonyabb Borsod-Abaúj Zemplén megyében. A legidősebb korösszetétel Békés, Heves, Nógrád és Zala megyében élőket jellemzi. A budapesti férfiak két évvel élnek tovább az országos átlagnál, 4,4 évvel az Észak- Magyarországon élőknél. A budapesti nők az országos átlagnál 1, az Észak-Magyarországi- i átlagnál 2,5 évvel élnek tovább. Előrejelzések szerint 2050-re Magyarországon a 65 év felettiek aránya 1995-höz viszonyítva 15%-ról-26%-ra nő, a 19 éves alattiak aránya 21%-ról-19%-ra csökken. A születéskor várható egészséges élettartamban is régióként különbségek vannak. Legjobb ez a mutató Közép- Magyarországon, legrosszabb Észak-Alföldön.

Idős kor és a vese

Idős korban csökken az izomszövet tömege, az összttestvíz mennyiség, a plazma fehérje koncentráció, a szív percvolumene, a vesefunkció, a máj tömege és véráramlása, egyes hormonok szekréciója. Nő a zsírszövet mennyisége. A vese tömege fiatal felnőttkorban 250-270 gramm, a 8.évtized után ez 180-200 grammra csökken. A csökkenés elsősorban a kéregállományt érinti. A kor előrehaladtával csökken a glomerulosok száma, nő a sclerotikus glomerulosok részaránya (40-50 éves korban ez 1-2%, 70 éves korban 12%). A vese véráramlása fiatal korban 1200 ml/perc, 80 éves korban ez 600 ml/percre csökken. Csökken a vese működését jelző glomeruláris filtrációs ráta (GFR), 40 éves kor után ez évente 1ml/perc/1,73 m^2 csökkenést jelent.

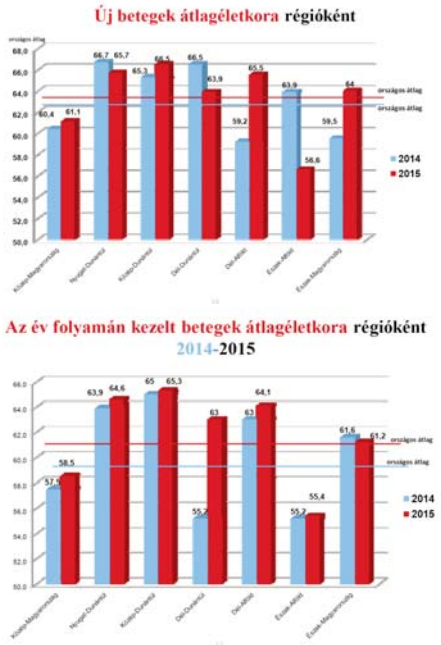
Az életkor és az akut veseelégtelenség

Idős korban gyakoribb a prerenalis veseelégtelenség melyben számos tényező (exicosis, túlzott diuretikus terápia) játszik szerepet. A toxikus antibiotikumok a diagnosztikus beavatkozások (pl.: kontrasztanyag) a nem kellően alkalmazott antihypertikumok növelik a renális veseelégtelenség rizikóját. Idős korban több tényező játszik szerepet a postrenális veseelégtelenség kialakulásában (prostata hyperthrophia, prosta-, nőgyágyászati-, rectum daganatok).

A krónikus vesebetegség ,a veseelégtelenség és az idős kor

A krónikus vesebetegség a lakosság 10-14%-át érinti. A világon ez 500 millió , Magyarországon ez több mint 800 ezer lakost jelent. A végstádiumú veseelégtelen betegek száma az összes krónikus vesebeteg 1%-a. 2015 év végén 3,52 millió beteg részesült vesepótló kezelésben, közülük 2,49 millió beteget hemodialízis, 329 ezer beteget peritoneális programba kezeltek, 704 ezer él transzplantált vesével. A krónikus vesebetegség, veseelégtelenség rizikófaktorai között kiemelt jelentősége van az idős kornak, a hypertoniának, a diabetes mellitusnak és az obesitasnak. Idős korban a hypertonia, a diabetes és az obesitas lényegesen gyakoribb, mint az átlag populációban.

2009-2014 között az új betegek átlagéletkora 67,1 évről 62,1 évre, a december 31-én kezelt betegek átlagéletkora 65,5 évről 59,8 évre csökkent. 2014-2015 között az átlagéletkor mindkét beteg-populációban mérsékelten emelkedett (új betegeknél 62,1-62,8 év, december 31-én kezelteknél 59,8-61,1 év volt).



A dialízis programban kezelt betegek átlagéletkora az incidens és a prevalens betegek esetében régiónként különbözik.

2009-2015 között a 65 év felettiek aránya az új betegek között 57,3%-ról 58,9%-ra nőtt. A december 31-én kezelt betegek között 55,4%-ról-50,3%-ra csökkent. A dialízis programban kezelt incidens betegek között a 75 év felettiek aránya 28,7%-ról -28,2%-ra csökkent, a prevalens betegek között ez az arány 28,2%-ról 22,6%-ra csökkent.
2014-2015 évet összehasonlítva az új betegek között a 65 év felettiek aránya 2014-ben legmagasabb volt Nyugat-Dunántúlon, legalacsonyabb Dél-Alföldön. 2015-ben legmagasabb volt ezen mutató Nyugat-Dunántúlon, legalacsonyabb volt Észak-Alföldön. A két év összehasonlításában a 65 év felettiek aránya csökkent Közép-Magyarországon, Észak-Alföldön és Észak-Magyarországon. A többi régióban növekedés volt észlelhető.
A december 31-én kezelt betegek között 2014-ben 65 év felettiek aránya legmagasabb volt Dél-Dunántúlon, legalacsonyabb Észak-Alföldön volt, 2015-ben ezen mutató a legmagasabb Nyugat-Dunántúlon, legalacsonyabb volt Észak-Alföldön. A két év összehasonlításában a 65 év felettiek aránya csökkent Dél-Dunántúlon és Észak-Alföldön.
A dialízis programban kezelt új betegek között 2014-ben a 75 év felettiek aránya legmagasabb volt Észak-Magyarországon, legalacsonyabb Dél-Alföldön. 2015-ben ezen mutató legmagasabb volt Közép-Dunántúlon, legalacsonyabb volt Dél-Alföldön. A december 31-én kezelt betegek között a 75 év felettiek aránya 2014-ben legmagasabb volt Közép-Dunántúlon, legalacsonyabb Észak-Alföldön. 2015-ben legmagasabb volt ezen mutató Közép-Dunántúlon, legalacsonyabb Dél-Dunántúlon. A két év összehasonlításában ezen mutató csökkent Dél-Dunántúlon és Észak-Magyarországon.

A nemzetközi és a hazai adatok szerint:

- az időskorú populáció arányának növekedésével a vesebetegségek, veseelégtelenség gyakorisága is nő (fokozott figyelmet kell fordítani a szűrésre!!).
- az új diagnosztikus és gyógyszeres beavatkozások szövődményeként egyre több esetben kell számolni az időskorú betegeknél a veseszövődmények kialakulásával (vizsgálatok előtt és után GFR ellenőrzés).
- az időskorúak vesepótló kezelésének indikációjában fokozott figyelmet kell fordítani a vesepótló kezeléstől várható előnyök, hátrányok értékelésére, a konzervatív és dialíziskezelés korrekt eldöntésére.
- az időskorúak ellátásában a geriátriai szakellátás fejlesztése, a nephrológiai és geriátriai szakellátás hatékony együttműködése szükséges.

Prof. Dr. Telekes András

Akadémiai fokozatok
2015. professzor, címzetes egyetemi tanár
2011. egyetemi magántanár
2010. Dr. med. habil
1996. PhD,
1979. MD,

Munkahelyek
2009-től Bajcsy Zsilinszky Kórház onkológiai osztály, osztályvezető

1985-2008. Országos Onkológiai Intézet, tudományos munkatárs, majd főorvos
1982-1983. Bajcsy Zsilinszky Kórház, belgyógyász orvos
1979-1981. Magyar Tudományos Akadémia, tudományos munkatárs Virológiai Kutatócsoport, SOTE Mikrobiológiai Intézet

Szakképesítések
2014. palliatív terápiás licence vizsga
2007. Cerification of Medical Oncology (ESMO)
1997. közgazdasági diploma
1996. klinikai onkológia szakvizsga
1995. klinikai farmakológia szakvizsga
1994. belgyógyászat szakvizsga

Külföldi ösztöndíjak:
2007. (3 hónap) National institute of Bioscience and Biotechnology, Dél-Korea
1989-1991. Division of Experimental Chemotherapy, Cancer Chemoterapy Center Japán
1987. (1 hónap) Pain Therapy Division, National Cancer Institute, Milánó, Olaszország
1984-1986. Wellcome Foundation Bechenham, United Kingdom
1994-1999. Asta Medice Ag. Frankfurt, Germany, tudományos tanácsadó
1989-1994. Nippon Kajaku Tokyo, Japan, tudományos tanácsadó

Tudományos aktivítás
Száznál több közlemény magyar, és angol nyelven, 700-nál több előadás, számos egyetemi tankönyvfejezet, illetve önálló könyv fájdalomcsillapításról, valamint az Elsevier által 2008-ban publikált „Medical Application of Mass Spectrometry" szerkesztője és öt fejezet szerzője.

Oktatási tapasztalat
Több mint 25 éves rendszeres oktatás a Semmelweis Egyetem különféle tanszékein, család orvosi képzéseken. Jelenleg egy PhD. hallgató témavezetése. Szakvizsgáztatás palliatív orvoslás és onkológia témakörökben.

Idős betegek onkológiai ellátása és fájdalomcsillapítása

Telekes András c. egyetemi tanár, osztályvezető főorvos

Szakmai vezető, TÉT Platform

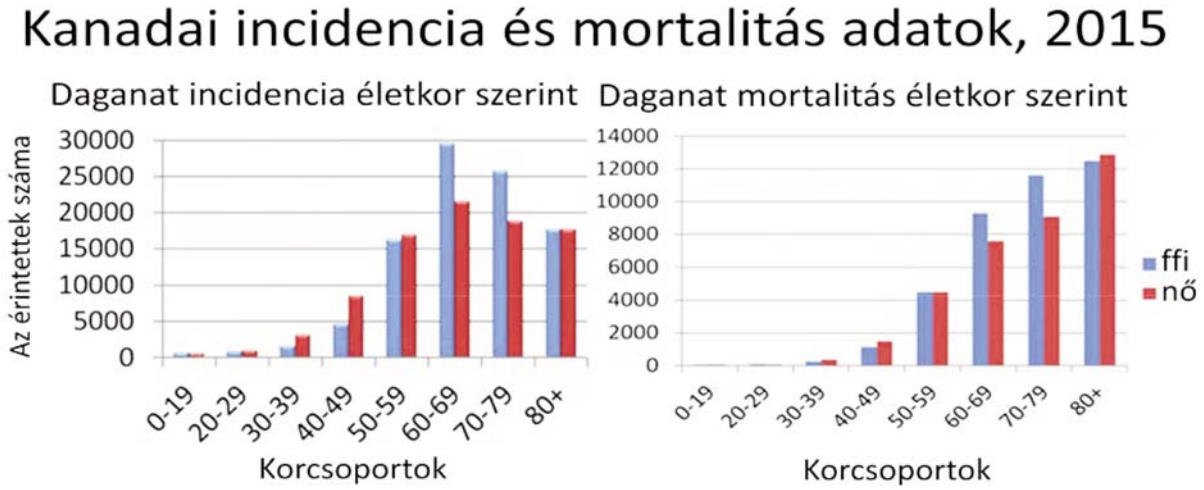
A daganatos betegségek közel 80%-át az 55 évnél idősebb korosztályban diagnosztizálják, számos daganat esetén (pl. emlő, vastagbél, prosztata, vese stb.) a medián életkor a diagnózis idején meghaladja a 60. évet. A daganatos betegségek tehát elsősorban az idősebb korosztályt érintik. A daganatok előfordulásának és halálozásának korcsoportos előfordulását a 2015-ös kanadai adatokkal illusztráljuk. Látható, hogy az életkor előrehaladásával az incidencia csökken, a mortalitás fokozódik. Ennek egyik lehetséges magyarázata az idős daganatos betegek nem megfelelő ellátása, aminek oka egyaránt lehet a mellékhatásoktól való félelem, vagy a páciens életkorát meghatározó szempontként figyelembe vevő terápiás nihilizmus.
Az életkor miatt visszautasított vagy fel sem ajánlott kezelés emberi és szakmai szempontból is elfogadhatatlan. A XXI. századi orvostudomány egyik abszurd paradoxonja, hogy még van orvos, aki úgy gondolja, hogy valaki túl öreg ahhoz, hogy kezelést kapjon. Az életkor önmagában semmilyen onkológiai kezelésnek nem kontraindikációja. Az idős korral együtt járó változások (pl. malnutrició, depresszió, fizikai és/vagy funkcionális állapot romlása, stb.) azonban megnehezíthetik ennek a betegcsoportnak a kezelését.

Példaként említhető a gyógyszerek máj-metabolizációja, ami komplex folyamat. Szerepet játszik benne a máj vérellátása, a hepatocyták tömege és gyógyszer extraháló képessége, a gyógyszermetabolizáló enzimek intracelluláris koncentrációja és aktivitása. Az életkor előre haladásával fiziológiásan csökken a máj tömege és vérellátása, a cytochrom enzimek aktivitása, a polypragmázia miatt fokozódik az intrahepatikus gyógyszer interakciók valószínűsége.

A májban kétféle gyógyszermetabolizáló reakció létezik (1-típus = oxidatív/reduktív reakciók; 2-típus = conjugációs reakciók). Ezeket a különféle gyógyszerek eltérő módon befolyásolhatják. A májmetabolizáció pontos hatásai a daganatellenes terápiák vonatkozásában még mindig nem teljesen felderített terület. Ez a példa is mutatja, hogy minden idős beteg esetén előre ki nem számítható faktorokkal és komplikációkkal kell számolni. Azonban, kellő óvatossággal és szoros követéssel az idős daganatos betegek is ugyanolyan terápiás eredményekkel kezelhetők, mint a fiatalabbak. Manapság, az öregedés mértékével kapcsolatban is biomarkereket vizsgálnak (pl. a vérben keringő lymphocytákban található telomérek hossza, IL-6 szint, C reaktív protein menynyisége, inzulin-like growth faktor 1 [IGF-1] szint stb.). Úgytűnik, hogy az IGF-1 szint inkább a naptári életkorral, az IL-6 pedig a beteg aktuális állapotával (a funkcionális kapacitás kimerülésével) korrelál. Az, hogy ezek, vagy más vizsgálat alatt lévő biomarkerek valós szerepet játszhatnak-e majd az idős betegek terápiás döntéseiben, még a jövő kérdése. Egy azonban biztos: az idős onkológiai (és más kórképekben szenvedő) betegek pontos állapotfelmérése a kezelés megkezdésének elengedhetetlen része.

A fájdalom incidenciája fokozódik az életkor előre haladásával. Becslések szerint a 65 éves vagy annál idősebb populáció aránya a fejlett országokban a következő évtizedben meghaladhatja a 20%-ot, és 2050-re a 36%-t. A kórházba kerülő idős betegek több mint 45%-a jelez valamilyen fájdalmat, 20 % esetén a fájdalom erős vagy súlyos, mi több, a betegek 13%-a elégedetlen a fájdalomcsillapítás mértékével.

A 75 év feletti nők 31%-a, a férfiak 19%-a jelez fájdalmat egyidejűleg több, mint három lokalizációban. A daganatos eredetű fájdalom a legsúlyosabbak közé tartozik. A daganatos eredetű halálozások 67%-a a 65 évnél idősebbek esetén fordul elő. Ezért az időskori onkológiai ellátás és az időskori fájdalomcsillapítás nem választhatók el egymástól. Az időskorban elkezdődhet a mentális hanyatlás. A nem megfelelően csillapított fájdalomnak negatív hatása van a kognitív funkciókra. A daganatos betegség diagnózisa emocionális sokk lehet a betegeknek, amit a folyamatos fájdalom súlyosbíthat. Ezért, a fájdalomcsillapítás az onkológiai ellátás standard része kell(ene), hogy legyen. Egy felmérés szerint (4003 daganatos beteg) a mindennapos fájdalmat elszenvedők 26%-a semmilyen fájdalomcsillapítót nem kapott. A 65-74 éves korosztályban a betegek 38%-a részesült gyenge vagy erős opioid kezelésben, ez a 85 éves vagy annál idősebb korosztályban 13%-ra esett vissza. Az idős betegek előítéleteken alapuló hátrányos terápiás megkülönböztetése még a fájdalomcsillapításban is felfedezhető. Az idős betegek fájdalomcsillapításának vannak speciális szempontjai (pl. a fiziológiás öregedés hatásai, demencia), de alapjában ugyanazon elvek szerint történik, mint a fiatalabb korosztályé. Az elsődleges kezelés a gyógyszeres terápia. Gyakorlatilag, időskorban minden farma-koterápia esetén alacsonyabb kezdődózis, lassabb dózisemelés („start low, go slow") és szorosabb ellenőrzés javasolt. Idős betegek esetén a gyógyszeres kezelés eredményességét a hiányos együttműködés gyakran hátráltatja, vagy lehetetlenné teszi. Ennek oka a feledékenységtől a mozgáskorlátozottságig sokféle lehet. Ezért a fájdalomcsillapítás egyik legfontosabb lépése idős betegek esetén a terápia betarthatóságának tisztázása (pl. a rheumatoid arthritiszes vagy parkinzon kóros beteg képes-e a fájdalomcsillapító tapasz felragasztására, cseréjére, a mozgáskorlátozott beteg el tud-e menni fizikoterápiára stb.). Az elégtelen fájdalomcsillapítás hátterében olykor ilyen faktorok is állhatnak. Eredményes terápiához elengedhetetlen a beteg kellő ismerete.



Http://www.crs-src.ca/page.aspx?pid=1759

Dr. Tóth Kálmán

1983-ban végzett a POTE-n, s azóta különböző beosztásokban a POTE AITI, majd a PTE KK I.sz. Belgyógyászati Klinika orvosa, jelenleg egyetemi tanár és klinika igazgató. Belgyógyász, kardiológus és aneszteziológus, intenzív terápiás szakorvos. Tudományos munkájának fő területe a hemoreológia és a kísérletes kardiológia. 1990–1991-ben kutató ösztöndíjasként a University of Southern California Élettani és Biofizikai Intézetében (Los Angeles, USA), 1993-ban visiting assistant professor-ként a University of Toronto Kardiológiai Osztályán (Toronto, Kanada) dolgozott. A fenti témakörökben először kandidátusi (1992), majd MTA doktori (2003) fokozatot szerzett. 1996-ban akkreditált Ph.D. programjában eddig 27 kolléga szerzett tudományos fokozatot. Több hazai és nemzetközi társaság tagja. Ezek közül kiemelendő, hogy egyik alapítója és azóta, 1993-tól a Magyar Haemorheologiai Társaság vezetőségi tagja, 2000–2006 között elnöke. 1993-tól az International Society for Clinical Hemorheology vezetőségi tagja, 1995–99 között elnöke.

1994-től a European Society of Clinical Hemorheology vezetőségi tagja, 2013-2016 között alelnöke. A Magyar de alapjában de alapjában ugyanazon elvek szerint történik, mint a fiatalabb korosztályé. Kardiológusok Társasága elnöke. 1998-2002 között Széchenyi Professzori Ösztöndíjas. Kiemelkedő tudományszervező tevékenysége elismeréséül 2003 ban PAB Tudományszervezési Díjat kapott, 2015-ben megkapta a Nemzetközi Klinikai Haemorheologiai Társaság életmű díját. Több hazai és nemzetközi tudományos folyóirat szerkesztőbizottsági tagja. A PTE belgyógyászat és kardiológia grémium vezetője. 2004 és 2006 között a PTE ÁOK tudományos dékánhelyettese, 2006 és 2008 között a PTE OEKK elnökhelyettese volt. 2009-től 2010-ig a PTE rektori megbízottja, majd 2010 és 2012 között rektori szaktanácsadó volt, a TIOP2 2.7 projekt orvos-szakmai vezetője. 2014-től a PTE tudományos és innovációs rektorhelyettese.
Teljes közleményeinek összesített impakt faktora 237, független idézettsége 2686.

Az időskor leggyakoribb kardiológiai betegségei, s azok ellátása

Tóth Kálmán tanszékvezető egyetemi tanár, Habon Tamás egyetemi docens

PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika

Az urbanizáció és globalizáció mellett korunk egyik legjellemzőbb folyamata a társadalmak elöregedése. A születéskor várható átlagos élettartam világszerte folyamatosan nő, mely a fejlett országokban már oda vezet, hogy az idősödő és idős (nyugdíjas) korosztály teszi ki a lakosság jelentős hányadát. Ez egyrészt komoly gazdasági, másrészt egészségügyi problémákat vet fel. A betegségek megközelítése, kezelése és prevenciója is speciális hozzáállást igényel.
A kardiovaszkuláris betegségek megelőzése számos kérdést vet fel. Az életkor a szív- és érrendszeri betegségek független rizikótényezője, így a betegeknek egyre magasabb kardiovaszkuláris kockázattal kell szembenézniük, amit tovább fokoz a társbetegségek (pl. hipertónia, diabétesz, hiperlipidémia, depresszió stb.) gyakori jelenléte. Ebben a korcsoportban sajnos nincsen igazán jól működő rizikóbecslő eszközünk. A SCORE táblázat, mely a 10 éven belül várható fatális kardiovaszkuláris kockázatot mutatja, már életkoruk alapján is a magas rizikójúak közé sorolja még a legegészségesebben élő időseket is. Az életmód idősebb korban még nehezebben befolyásolható, hiszen mélyen rögzült szokások vannak és az esetleges változtatásnak objektív akadályai lehetnek. A primer prevenció területén a gyógyszeres terápia hasznáról ebben a népességben két területen rendelkezünk igazi evidenciával, a magas vérnyomás kezelése és a hiperlipidémia statinnal történő kezelése vonatkozásában. Ugyanakkor a trombocitaaggregáció gátló kezelés várható komplikációi gyakran meghaladják az elérhető nyereséget.
A szekunder prevenció jelentősége, szükségessége viszont felértékelődik, hiszen ebben az életszakaszban már számos kóroki tényező növeli az ateroszklerózis talaján kialakuló, sőt esetlegesen ismétlődő szív- és érrendszeri események bekövetkeztének valószínűségét. Ennek következménye, hogy a halmozott betegségek miatt gyakran számos gyógyszer egyidejű alkalmazására lenne szükség. Ez ugyanakkor, különösen ebben az életkorban, jelentősen megnövelheti az iatrogén ártalmak bekövetkeztének esélyét.
A fentiekkel összhangban, időskorban is egyre nagyobb jelentőséget tulajdoníthatunk a rehabilitáció fontosságának, mely ebben az életkorban szintén speciális hozzáállást igényel.

Vajda Norbert

2015 Katolikus Szeretetszolgálat, szakmai igazgató Interprofesszionális Demencia Alapprogram, kutatásvezető
2012-2014 Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, témafelelős
TÁMOP 5.4.1-12 kiemelt projekt Szabályozási pillér
2012 Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, Módszertani Főigazgatóság, szakreferens
2009-2011 Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, pillérvezető
TÁMOP 5.4.1-08 kiemelt project Szabályozási pillér
2006-2008 Smart Research Institute, kutatási igazgató
2005 Development Aid People to People (DAPP), fejlesztési koordinátor
Dél-Kelet Afrika, Malawi, Blantyre

Tanulmányok

2016 Eötvös Lóránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, Doktori Iskola szociológia, Ph.D fokozat
2006 Debreceni Egyetem Bölcsészettudo-mányi Kar szociálpolitika szak, szociálpolitikus (MA)
2005 College for International Co-operation and Development, Hull/Nagy Britannia nemzetközi önkéntes képzés, fejlesztő koordinátor
2004 Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar, Szociológia szak, szociológus

Oktatási tapasztalat

2014-2015 Ahmad Dahlan University, Yogyakarta, Indonesia, vendégoktató
2013-2015 Pécsi Tudományegyetem, Illyés Gyula Kar, Társadalomtudományi Intézet tanársegéd
2011-2012 Miskolci Egyetem Bölcsészettudományi Kar, óraadó
2009-2013 Budapesti Corvinus Egyetem Társadalomtudományi Kar, Szociológia és Társadalompolitikai Intézet, óraadó
2007-2014 Pannon Szakképző Intézet, Szociális szakirány, óraadó

Kutatói tevékenység

Háziorvosok szerepe és lehetőségei a demencia korai felismerésében.

Szűrővizsgálatok szerepe a demencia korai diagnosztizálásában.

Lakáshitel, racionalitás és jövőelképzelések, 2014
Nevelőszülői és gyermekotthoni utógondozottak, 2013
Hajléktalan életutak, életstratégiák, 2010-12
Deprivált települések lakónépessége és szociális szolgáltatások, 2009-10
Virgin-Eye kutatások, Vásárlói elégedettségvizsgálatok, 2006-08

Demenciával élők otthonápolása és a hazai szolgáltatásszervezés

Vajda Norbert szociálpolitikus

szakmai igazgató, Katolikus Szeretetszolgálat

Magyarországon 2005 volt az első olyan év, amikor a 65 éves és ennél idősebb emberek aránya meghaladta a 14 éves, illetve ennél fiatalabb populáció arányát. A jelenleg ismert demográfiai folyamatok alapján a Központi Statisztikai Hivatal számításai szerint 2060-ra ez az érték megduplázódik. További gazdasági-társadalmi folyamatok (pl. átalakuló családszerkezet, lakhatási viszonyok, stb.) közvetett hatása, hogy mind több idős ember magányosan él, miközben önellátási képességei romlanak. A nevezett tendenciákat a demencia fokozódó prevalenciája, valamint a hazai egészségügyi és szociális szolgáltatásszervezés ellentmondásai között szükséges értelmezni.

Amikor tehát a demenciával élők növekvő arányáról, valamint a róluk való otthonápolás feltételeiről beszélünk, látnunk kell, hogy miközben a következő évtizedek során mind többen lesznek érintettek, a gondozó családok terhei a külső feltételek változatlansága mellett növekedni fognak. Érdemi változtatás országos szinten csak akkor lehetséges, ha az eltérő logikájú finanszírozási rendszerek felülvizsgálatát következetes lépések kísérik, miközben a területi egyenlőtlenségeket figyelembevevő kapacitásfejlesztésre is sor kerül. Tudatosítani kell ugyanakkor, hogy a demenciával élők otthonápolásának fejlesztéséhez még legalább két területen kell áttörést elérni.

Egyrészről reagálni kell az ismerethiányra, másrészről a meglévő ismeretek hozzáférését számottevően javítani kell.
Mindenekelőtt figyelemfelhívással tudatosítani kell a társadalom tagjaiban a demencia jelenlétét, amivel a jelenlegi tabuhelyzet megszüntethető, s ezzel az elszigetelődő családtagok informális támogató háttere erősíthető. Ezen túl szervezett és célzott ismeretátadásra van szükség nemcsak az érintett családtagok, hanem egészségügyi és szociális ellátásokban dolgozók részére is. Ezzel a munkával párhuzamosan az otthonápolást segítő szociális, valamint egészségügyi alapellátások egymás közötti információátadásának megszervezése-, és az egyes tevékenységek összhangjának megteremtése elengedhetetlen.

Vajer Péter

Dr. Vajer Péter 1998-ban szerzett diplomát a Semmelweis Egyetemen, 2003-ban szakvizsgázott háziorvostanból. 2014-ben tudományos fokozatot szerzett. Főbb érdeklődési területei a háziorvos képzés, továbbképzés, betegségmegelőzés, viselkedésváltozás elérésének módszertana. A Dohányzásról Leszokást Támogató Központ egyik alapítója, nemzeti képviselő az European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine.
Jelenleg családorvosként, egyetemi oktatóként illetve 2014. tavasza óta a NEFI Alapellátásért felelős részlegének vezetőjeként tevékenykedik.

Kiterjesztett alapellátás lehetőségei az idősellátásban

Vajer Péter egyetemi adjunktus, Bezzegh Péter hálózati koordinátor

igazgató, SE, ÁOK, Családorvosi Tanszék, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Európai uniós szinten is alapcél az alapellátás megerősítése, és a lakosság egészségügyi ellátásának átterelése a drágább kórházi ellátásoktól az alap- és járóbeteg ellátás felé. A háziorvosi ellátással kapcsolatban évek óta megfogalmazott elvárás a népegészségügyi célok elérésében való aktív részvétel, kulcsszereplőként való megjelenés. A háziorvosi praxisokban történik a legtöbb orvos-beteg találkozás, ami a betegellátás mellett lehetőséget adhatna betegségmegelőzésre is. Az a tapasztalat, hogy idő, forrás, tapasztalat, motiváció hiányában hatékony intervencióra csak eseti jelleggel kerül sor. A háziorvosok jelentős része 60 év feletti (38%), a 40 év alatti orvosok aránya rendkívül alacsony (17%). A betöltetlen praxisok száma mára 284-ra emelkedett. A korábbiakban kialakított és ideálisnak tűnő egy praxis, egy orvos, egy nővér működésmód mára inkább elszigetelt, szakmai kontroll nélküli munkává vált, a nyújtott ellátás szakmai színvonala nagyon heterogén.

Ahhoz, hogy az alapellátás betöltse a tőle elvárt szerepet az egészségnevelésben, primer, szekunder és tercier prevencióban, viselkedés megváltoztatásban, magatartásorvoslási feladatok ellátásában, ahhoz egyrészt attitűdváltásra, az alapellátás működésének és szerkezetének átalakítására, másrészt megfelelő számú és képzettségű humán erőforrásra van szükség. Úgy tűnik, hogy a feltárt problémák komplex kezelését az Alapellátási Koncepcióban megfogalmazott az alapellátás szereplőinek önkéntes együttműködésén alapuló rendszere képes megoldani. Ehhez szükséges az alapellátás szereplőinek attitűdváltása, az alapellátás működésének és szerkezetének átalakítása, megfelelő számú és képzettségű humán erőforrás megteremtése az alapellátás egészségnevelésben, primer és szekunder prevencióban, viselkedés megváltoztatásban, magatartásorvoslási feladatok ellátásában elvárt szerepre való felkészítése érdekében.

Prof. Dr. Vécsei László, akadémikus

Vécsei László (sz.: 1954): Szegeden a Kórélettani Intézetben, majd a pécsi Neurológiai Klinikán dolgozott kutatóként, majd neurológusként. Klinikai laboratóriumi és neurológia szakvizsgája, valamint neuroendokrinológus szakképesítése van. A svéd Lundi, majd a bostoni Harvard Egyetemen volt tanulmányúton. Kandidátus (1986), a Lundi Egyetem doktora (1989), az MTA doktora (1992), s 1993-tól Szegeden a Neurológia vezetője. Az MTA levelező (2001), majd rendes tagja (2007), s közel egy évtizeden keresztül az Akadémia Orvosi Tudományok Osztályának, valamint az Orvosszövetségnek (MOTESZ) elnökhelyettese, majd elnöke volt. Vezetője volt az MTA Klinikai Idegtudományi Bizottságának, illetve tagja volt az Akadémia Elnökségének. A Neurológiai Szakmai Kollégiumnak, illetve a Kollégiumi Elnökök Tanácsának elnöki és négy évig az SZTE ÁOK dékáni tisztét töltötte be.

Vezetője volt a Magyar Ideg- és Elmeorvosok, Fejfájás és Fájdalom Társaságoknak. Az Európai Neurológiai Társaságok Szövetségének (EFNS) korábbi alelnöke, valamint az Európai Klinikai Neurofarmakológiai Társaság (ESCNP) főtitkára volt. A Világ Neurológiai Szövetség (WFN) Global Neurology Network Bizottság tagja s több, mint másfél évtizede a Duna Neurológiai Társaság főtitkára.

Kutatási területe a neurológiai kórképek pathomechanizmusa, új terápiás alternatívák valamint, a kinureninek szerepének vizsgálata. Munkatársaival a PUBMED-ben közel 440 munkája jelent meg, összesített hívatkozása 10.400 (független: 7.600). Tizenöt könyv és monográfia szerzője, szerkesztője, társszerkesztője, s több mint tíz tudományos folyóirat szerkesztőségének tagja.

Öregedés és a neurológiai kórképek: patobiokémia és a klinikai tünettan kapcsolata

Vécsei László tanszékvezető egyetemi tanár, az MTA rendes tagja

Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Neurológiai Klinika és MTA-SZTE Idegtudományi Kutatócsoport, 6725-Szeged, Semmelweis út 6. vecsei.laszlo@med.u-szeged.hu

Az Európai Agytanács (EBC) felmérése szerint a lakosság megközelítően 30%-a különböző idegrendszeri kórképben szenved. Kiemelendő a szélütés vagy másképp a stroke gyakorisága, amely hazánkban évente egy kisváros lakosságát, mintegy 45.000 embert érinthet. Ismert tény az, hogy e kórképek elsősorban az idősebb korosztályban fordulnak elő (Parkinson kór, Alzheimer kór, szélütés) bár például a sclerosis multipex vagy a migrén fiatalabb korban jelentkezik. Noha a neurológiai megbetegedések klinikai megjelenése igen változatos a háttérben lezajló patobiokémia történések, mediátor molekulák jónéhány vonatkozásban hasonlóak lehetnek. Ezek közül lényeges tényező a mitokondrium funkciójának a károsodása, s ezzel elektrontranszport zavar, illetve szabad gyök képződés lép fel. A kinurenin anyagcsere ugyan kevéssé ismert, de igen lényeges szerepet tölt be a neuroprotektív/neurodegeneratív folyamatokban. Elmondható, hogy a neurodegeneratív és inflammatios tényezők együttesen idézik elő az idegszövet károsodását. Hogy végül is milyen klinikai tünetek lépnek fel az nagyrészt a lesio idegrendszeri lokalizációjától függ. Terápiás téren fontos irány a szabadgyök fogók és excitotoxin receptort befolyásoló szerek alkalmazása. E farmakon jelöltekkel a tényeken alapuló medicina kritériumainak megfelelő multicentrikus klinikai vizsgálatok történnek. Összefoglalva az elektrontranszport zavar, a redox-rendszerek pufferkapacitása, az excitotoxikus és protektív mechanismusok együttesen fontos szereplői az öregedésnek. Képalkotó vizsgálatokkal pedig értékes következtetések vonhatók le az idegrendszerben zajló folyamatokról.

Kutatási eredmények

Horinek, D., Stepan-Buksakowa, I., Szabó, N., Erickson, B.J., Tóth, E., Sulc, V., Benes, V., Vrána, J., Hort, J., Nimsky, C., Mohapl, M., Rocek, M., Vécsei, L., Kincses, Z.T.: Difference in white microstructure in differential diagnosis of normal pressure hydrocephalus and Alzheimer's disease. Clin. Neurol. Neurosurg. 140:52-59, 2016.

Kincses, Z., T., Király, A., Veréb, D., Vécsei, L.: Structure magnetic resonance imaging markers of Alzheimer's disease and its retranslation to rodent models. J. Alzheimer' Dis. 47:277-290, 2015.

Király, A., Szabó, N., Tóth, E., Csete, G., Faragó, P., Kocsis, K., Must, A., Vécsei, L., Kincses, Z.T.: Male brain ages faster: the age and gender dependence of subcortical volumes. Brain Imaging Behav. Közlés alatt, 2016.

Majláth, Z., Toldi, J., Fülöp, F., Vécsei, L.: Excitotoxic mechanisms in non-motor dysfunction and levodopa-induced dyskinesia in Parkinson's disease: the role of interaction between the dopaminergic and the kynurenine system. Curr. Med. Chem. 23:874-883, 2016.

Majláth, Z., Török, N., Toldi, J., Vécsei, L.: Memantine and kynurenic acid: current neuropharmacological aspects. Curr. Neuropharmacol. 14:200-209, 2016.

Sandi, D., Zsíros, V., Füvesi, J., Kincses, Z.T., Fricska-Nagy Z., Lencsés, G., Vécsei, L., Bencsik, K.: Mortality in Hungarian patients wtih multiple sclerosis between 1993 and 2013. J. Neurol. Sci. közlés alatt, 2016.

Szalárdy, L., Zádori, D., Klivényi, P., Toldi, J., Vécsei, L.: Electron transport disturbances and neurodegeneration: from Albert Szent-Györgyi's concept (Szeged) till novel approaches to boost mitochondrial bioenergetics. Oxid. Med. Cell Longev. 2015:498401, 2015.

Szalárdy, L., Zádori, D., Klivényi, P., Vécsei, L.: The role of cerebrospinal fluid biomarkers in the evolution of diagnostic criteria in Alzheimer's disease: shorthcoming in prodromal diagnosis. J. Alzheimer's Dis. közlés alatt, 2016.

Szekeres, M., Ivitz, E., Datki, Z., Kálmán, J., Pákáski, M., Várhelyi, Z.P., Klivényi, P., Zádori, D., Somogyvári, F., Szolnoki, Z., Vécsei, L., Mándi, Y.: Relevance of defensin beta-2 and defensins (HNP1-3) in Alzheimer's disease. Psychiatry Res. 239:342-345, 2016.

Prof. Dr. Vellai Tibor

Vellai Tibor, Budapest, 1967. május 13.
vellai@falco.elte.hu; vellai.tibor@ttk.elte.hu;
tel.: 372-2500/8684, mobil: 20-571-2239
ELTE TTK, Biológiai Intézet, Genetikai Tanszék
tanszékvezető (2008.08.01-től) egyetemi tanár (2013)
Eötvös Loránd Tudományegyetem, Természettudományi Kar okleveles biológus diploma, 1992 (124/92), kiváló minősítés

Tudományos fokozat, cím:
PhD biológia tudományágban, 1999 (P-185/1999) summa cum laude minősítéssel
Habilitáció, biológiai tudományok, 2007 (528/2007)
MTA doktora, 2011 (5028)

Publikációs tevékenység:
Tudományos közlemény referált folyóiratban: 587
Összes közlemény impakt faktora: 332,139
Összes hivatkozások száma (MTMT szerinti): 4876
Független hivatkozások száma (MTMT szerinti): 3527
Hirsch-index: 24
Referált folyóiratban összefoglalók (angol): 4
Könyvfejezet (angol): 2
Konferencia kiadványban könyvfejezet (angol): 3
Egyéb kongresszusi anyagok, előadások: 65
Egyéb magyar nyelvű publikációk: 3
Szabadalom: 1

Szakmai díjak, kitüntetések:
2005-2008 Bolyai János Kutatási Ösztöndíj (MTA)
2009-2012 Bolyai János Kutatási Ösztöndíj (MTA)
2013 Bolyai plakett (MTA)
2012 ELTE Tudományos Diákkör Érem
2014 Kar Kiváló Oktatója (ELTE TTK)
2015 Egyetem Innovatív Kutatója (ELTE)

Tudományos közéleti tagság:
MTA köztestületi tag (2002-)
MTA Genetikai Bizottság titkára (2008-2010)
MTA Biológiai Tudományok Osztálya, Molekuláris Biológiai, Genetikai és Sejtbiológiai Tudományos Bizottság tagja (2011-)
MTA Biológiai Osztály választott köztestületi képviselő (2014-)
MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíj Kuratórium tagja (2010-2013)
MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíj Kuratórium tagja (2016-)
Magyar Genetikusok Egyesületének (MAGE) tagja (2003-)
MAGE elnökségi tag (2005-2009)
MAGE elnökségi tag (2013-)
MAGE védnöksége alatt működő Győrffy Barna Alapítvány kuratóriumának társelnöke (2008-)
Magyar Mikrobiológiai Társaság tagja (2005-)
ELTE TTK Biológiai Intézeti Tanács tagja (2005-)
ELTE TTK Biológiai Intézet Stratégiai Bizottság tagja (2007-2011)
ELTE Biológia Doktori Iskola törzstag (2007-)
ELTE Biológia Doktori Iskola Tanács választott tagja (2009-)
ELTE Biológia Doktori Iskola Genetika program vezetője (2013-)
ELTE TTK Kari Tanács választott tagja (2010-2013)
ELTE Genetikai Tanszék vezetője (2008.08.01-)
ELTE Biológia Tudományos Diákkör (TDK) elnöke (2006-2011)
Országos Tudományos Diákkör (OTDK) zsűritag (2009-)
OTKA (2004-), EU (2007-) és NKTH/NKFH (2009-) pályázatok bírálata OTKA (MOLBI) zsűritag (2007-2010)
OTKA (MOLBI) zsűritag (2015-)
Doktori (DSc), habilitációs és egyetemi tanári pályázatok bírálata
Doktori (PhD) szigorlatokon és védéseken elnök (ELTE)

Szerkesztőbizottsági tag (Editorial Board member)
Zoological Research (2008-)
BMC Developmental Biology (2009-)
Autophagy (2009-2014)
Scientifica (2012-)
ISRN Entomology (2012-)
FEBS Open Biol (2013-)

Bírálói tevékenység:
Szakmai folyóiratok részére: J Mol Evol; Trends Parasitol; Proc Roy Soc Lond B; Trends Cell Biol; BMC Genomics; Autophagy; Physiology; Eur J Cell Biol; WormBook; PloS Genet; Zool Res; BMC Dev Biol; BMC Biol; Cell Death Disease; Age; Cancer Cell Int; Acta Veter Hung; Aging Cell; J Cell Sci; EMBO J; Cell Death Diff; PLoS One, EMBO Rep.
PhD dolgozatok bírálata (13 db), védéseken bizottsági tag/elnök (37 db), szigorlati bizottsági tag (17 db)
Habilitációs pályázatok bírálata (8 db)
MTA doktori tézisek habitus vizsgálata/bizottsági tag (2 db)
Tanszékvezetői pályázat bírálata (1 db)
Egyetemi tanári pályázat bírálata (1 db)
Kutatási pályázatok bírálata (OTKA, MTA-Bolyai-Lendület, OTDK, TÁMOP, Wellcome Trust)

Kutatóképzés:
Témavezetésével elnyert PhD fokozatok: 8
Alapvető hozzájárulás PhD munkákhoz nem témavezetőként: 2
Aktív PhD hallgatók: 9

Tudományos érdeklődés:
Jelátviteli kapcsolatok feltárása; a sejthalál genetikája; az autofágia szabályozása és sejttani funkcióinak meghatározása; autofágia indukáló gyógyszerjelöltek izolálása; neurodegeneráció; szex-determináció és dóziskompenzáció; az öregedés genetikája; HOX fehérjék célgénjeinek meghatározása; sejtes stressz-válasz;

Az öregedési folyamat szabályozása és mechanizmusa

Vellai Tibor tanszékvezető egyetemi tanár

ELTE Genetikai Tanszék

Az öregedési folyamat Az öregedési folyamat szabályozásáról az elmúlt három évtizedben jelentős mennyiségű ismeretet szereztünk. Eddig közel 500 olyan evolúciósan konzervált gént sikerült azonosítani genetikai modellszervezetekben, amelyek inaktiválása jelentősen megváltoztatja az öregedési folyamat rátáját. Az intenzív kutatások ellenére azonban mai napig nagyrészt ismeretlen maradt az öregedési folyamat molekuláris mechanizmusa, azaz annak megértése, mitől is öregszünk valójában. A biológiai értelemben halhatatlan élő rendszerek (csíravonal, rákos sejtvonalak, és bizonyos alacsonyrendű állati szervezetek, mint pl. az édesvízi hidra) összehasonlító elemzésével azt állapítottuk meg, hogy kizárólagos jellemzőjük a Piwi-piRNS útvonal, amelynek elsődleges funkciója a mobilis genetikai elemek (MGE-k) inaktiválása. A MGE-k mozgása életkorral együtt járó genetikai instabilitást (inszerciós mutagenezist) okoz a szomatikus sejtekben. Ennek jelentőségét kiemeli az a tény, hogy a humán genom közel felét MGE-k alkotják, illetve többségük replikatív módon sokszorozódik (exponenciális ráta mentén halmozódik a szomatkius genomban). A csíravonalban, a rákos őssejtekben és a hidrák testi sejtjeiben a MGE-k aktivitása a Piwi-piRNS útvonal által nagyrészt gátolt. Ez megmagyarázhatja eme rendszerek genetikai stabilitásának szinte korlátlan fennmaradását. Caenorhabditis elegans fonalféregben transzpozon családok inaktiválásával jelentős élethossz növekedést tapasztaltunk. A Piwi-piRNS útvonal komponenseinek szomatikus (ektopikus) expressziójával szintén szignifikáns életartam növekedést értünk el. Ezek az eredmények támogatják azt a felvetésünket, miszerint a szomatikus sejtek öregedését a MGE-k fokozódó aktivitása eredményezi. A MGE-k által okozott mutációk sejtes károsodások felhalmozódásához vezetnek (direkt vagy indirekt – pl. a javító rendszerek elrontásán keresztül – módon), amely végül az érintett sejtek működésének hanyatlását és tömeges sejtpusztulást okozhatnak. A folyamat eredményeként egy öregkori degeneratív betegség végül az egyed halálához vezethet.

Dr. Zékány Zita

szül. 1959.08.08. Gyula.
Egyetemi végzettség: 1984. POTE ÁOK
1992. Belgyógyászati szakvizsga,
2000. Geriátriai szakvizsga

1984-1988 Békés Megyei Kórház Patológiai osztály
1988-1992 Békés Megyei Kórház Kardiológiai osztály
1993. Békés Megyei Rendőrkapitányság
1993. októberétől Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház Krónikus Belgyógyászati Osztály
1993-2002 adjunktus,
2002-től osztályvezető főorvos
Semmelweis Egészségügyi Szakiskola ápolónő képzés, Tessedik Sámuel Főiskola geriátriai vendég oktató, Szent István Egyetem geriátriai oktatás, Erkel Ferenc Gimnázium drogprevenció, Korhatártalanul életvezetési tanácsadás (Gyula), Batthyany Stattmann László Idősek Akadémiája program szervező, PhareKapu Önkéntes program segítő képzés kidolgozása 1994.

Geriátriai Szakmai Tudományos Képzések szervezése, országos, helyi szintű, Gyula-Debrecen Geriátriai napok szervezése.

Magyar Szociálpolitikai Társaság Vezetőségi Tag, MGGT Vezetőségi tag, főtitkár, Geriátria és Krónikus ellátás Szakmai Kollégium Tanács tagja. Magyar Gerontológia szerkesztőbizottsági tag.

Szakmai tanulmányút 1991. Erfurt Kórház.

Közlemény: Decubitus kialakulása és kezelésének lehetőségei, Családorvosi fórum 2012/3.

Prionbetegek a krónikus osztályon

Zékány Zita osztályvezető főorvos

Pándy Kálmán Kórház, Krónikus Belgyógyászati Osztály, Gyula

Az emberi prion betegséggel viszonylag ritkán találkozunk. A betegség 3 csoportba osztható: sporadikus, genetikai és szerzett. Rövid genetikai háttérelemzés és történeti áttekintést követően egy adott évben halmozottan előforduló esetek ismertetésére kerül sor. Az esetek neuropathológiai feldolgozásra kerültek, a feltételezett prion betegség mindegyik esetben igazolódott. Krónikus osztályon a betegségek széles skálájával találkozhatunk, melyet ez az előadás is reprezentál.

Dr. Zöllei Magdolna

Szül.: Apátfalva, 1947.04.17.
SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika
Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály I.
6725 Szeged, Kálvária sgt. 57..
Telefon: 62/341-680 Fax.: 62/341-684
E-mail: zollei.magdolna@med.u-szeged.hu

ISKOLAI VÉGZETTSÉGEK
- 1997-ben Vezetési készségfejlesztő szeminárium – manager (Dale Carnegie Courses)
- 1982-ben Marxizmus-Leninizmus Esti Egyetem – vezetéselmélet szakosító tagozat
- 1981-ben Marxizmus-Leninizmus Esti Egyetem – politikai gazdaságtan szak
- 1965-1971-ig SZOTE Általános Orvosi Kar – általános orvos

SZAKKÉPESÍTÉSEK,SZAKVIZSGA
- 2000.10.31. - geriatria szakorvos – Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Felsőfokú Szakirányú Szakképzési és Továbbképzési Bizottság - Budapest
- 1977.06.15. – belgyógyász szakorvos – Országos Szakorvosképesítő Vizsgabizottság – Szeged
- 1971.09.11. – általános orvos - SZOTE Általános Orvosi Kar - Szeged

EGYÉB NYELVEK Angol, német, orosz

MUNKAHELYEK, MUNKATAPASZTALATOK
- 1992.05.01-től jelenleg is osztályvezető főorvos – Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórház Krónikus Belgyógyászati Osztály. 2007. október 1-től jogutód: I. Belgyógyászati Klinika, Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály I. – osztályvezető főorvos
- 1991.12.01-1992.05.01-ig megbízott osztályvezető főorvos – Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórház Krónikus Belgyógyászati Osztály
- 1991-ben részlegvezető főorvos - Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórház Krónikus Belgyógyászati Osztály
- 1988.10.01-től orvos főmunkatársi kinevezés - Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Kórház Krónikus Belgyógyászati Osztály
- 1973.10.01-1988.12.01-ig egyetemi tanársegéd – SZOTE II. Belgyógyászati Klinika
- 1971.10.01-1973.10.01-ig – tudományos gyakornok - SZOTE Igazságügyi Orvostani Intézet

OKTATÓI TEVÉKENYSÉG
- 2013. április - 2017. április Emberi Erőforrás Minisztériuma, Államtitkár általi kinezvezés A geriátria szakterületen szakvizsgáztatói feladatok ellátására
- 2000-től Graduális és posztgraduális Geriátriai Szakorvosképzésben való részvétel
- 1996-1998-ig SZTE Családorvosi Tanszék – geriátriai továbbképzés családorvosok számára
- 1997-től SZTE Főiskolai Kar Családgondozó Védőnő posztgraduális továbbképzés – gerontológia
- 1993-1997-ig SZTE ÁOK orvostanhallgatóknak III. évben belgyógyászat propedeutika gyakorlati oktatás
- 1995/96-os tanévtől SZTE Egészségügyi Főiskolai Kar Diplomás Ápoló Szak (nappali és levelező tagozat) – geriátria elmélet és gyakorlat oktatása
- 1995/96-os tanévtől – SZTE Egészségügyi Főiskolai Kar Védőnő Szak - geriátria elmélet és gyakorlat oktatása
- 1992-től SZTE II. sz. Belgyógyászati Klinika – vendégoktató: belgyógyászat

SZAKÉRTŐI MUNKA
2013.07.08-tól Geriátria szakterület szakfelügyelő főorvos (ÁNTSZ) Igazságügyi Orvostan - eseti megbízás

SZAKMAI KÖZÉLETI TEVÉKENYSÉG
- 2004.07.15. Országos Érdekegyeztető Tanács Orvos szakmai Bizottság – bizottsági tag
- 2004.07.12-től Geriátriai Szakmai Kollégium – elnök
- 1995.05.22-től Gerontológiai Társaság dél-alföldi régió geriatriai érdekképviselete
- MOK Csongrád Megyei Orvosok Etikai Bizottsága – tag
- MOK-megyei küldött
- Gyógyszertherápiás Bizottság - tag

KÜLFÖLDI TANULMÁNYUTAK
- 1996.05.08-15-ig Ausztriában a Bécsi Rudolfstiftung Kórházban szakmai gyakorlaton vettem részt a SZTE Jogi Karán folyó „Egészségügyi Közgazdász és Menedzser" szak másoddiplomás hallgatójaként.

TÁRSAS KÉSZSÉGEK ÉS KOMPETENCIÁK
- 2014.04-től Geriátriai Szakmai kollégium - tanácstag, MGGT vezetőségi tag
- 2010. Hetényi Géza Baráti Kör tagja
- 2009.04.01-2011.-04-01-ig Geriátriai Szakmai Kollégium, Elnök
- 2004.07.15. Országos Érdekegyeztető Tanács Orvos Szakmai Bizottság, bizottsági tag
- 2004.07.12-2009.03.31-ig Geriátriai Szakmai Kollégium, elnök
- 2003. Idősügyi Tanács - tag
- 2000.12.08.-tól Hospice Alapítvány - Kuratóriumi tag
- 1995.05.22-től Gerontológiai Társaság dél-alföldi geriátriai érdekképviselete
- 1995-től a Geriátriai és Gerontológiai Társaság vezetőségi tagja
- 1995-től a Geriátriai Szakmai Kollégium tagja
- MOK Csongrád Megyei Orvosok Etikai Bizottsága - tag
- MOK - megyei küldött
- Gógyszertherapiás Bizottság - tag
- 2009. Kinevezés a Geriátriai Szakmai Kollégium elnöki feladatainak ellátására (Egészségügyi Minisztérium)
- 2006. Címzetes Egyetemi Docens - kinevezés (Szegedi Tudományegyetem)
- 2004. Kinevezés a Geriátriai szakmai kollégium elnöki teendőinek ellátására (Egészségügyi, Szociális és Családügyi Miniszter)
- 2002. Hűséggel és tudással a lakosság egészségéért emléklap (Szeged Város Kórháza 200 éves)
- 2001. Egészségügyi Miniszteri Dícséret
- 1997. Főigazgatói dícséret az egészségügyi ellátás érdekében kifejtett kiemelkedő tevékenységért
- 1986. Kiváló Munkáért kitüntetés (Magyar Népköztársaság Minisztertanácsa

A Geriátriai Osztály a 60/2003. ESZCSM (minimum feltétel a 9, és a 6/2003. ESZCSM tájékoztató adatai szerint a szakmai kolégium által meghatározott minimumfeltételeknek megfelel. A tevékenységi kör III-as progresszivitási szintnek megfelel. A mellérendelkt Krónikus Belgyógyászati Osztály II-es progresszivitási szinten van. Az akut geriátriai osztály teljes- és részképzésre akkreditált geriátria szaktárgyból

PUBLIKÁCIÓ
Publikált cikkek száma orvosszakmai tudományos folyóiratokban: Hazai: 19, Külföldi: 18
Absztrakt alapján citálható előadásai száma tudományos kongresszusokon: Hazai: 85, Külföldi: 7
Könyv, könyvrészlet: 4 + 1 elfogadás alatt

A gerontológia és geriátria graduális és posztgraduális oktatásának tapasztalata a SZTE Általános Orvostudományi, valamint az Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán

Zöllei Magdolna[1] c. egyetemi docens, Benkő Sándor[1], Barabás Katalin[2]

[1]SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika, [2]SZTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, Szeged

Az orvos- és szakemberképzés az egész világon igyekszik azoknak a kihívásoknak eleget tenni, amelyek az orvostudomány rohamos fejlődéséből, a társadalmi-gazdasági változásokból, a demográfiai trendek alakulásából sürgetően jelentkeznek. A fejlett országok demográfiai adatai nyilvánvalóvá teszik a gerontológia oktatásának kiemelt helyét az EU-s országok orvosképzési kurrikulumaiban. A tagállamok most dolgoznak az orvosképzés harmonizációján. a nemzetközi akkreditációt sürgeti a betegbiztonság biztosítása, a kialakult nagyméretű munkaerő mobilitás, az átláthatóság és a nemzetközi hallgatók számának növekedése. A kimenet típusú, a kompetenciákat meghatározó gerontológiai kurrikulum újragondolására van szükség. A graduális képzés mellett a rezidensképzésben a törzsképzésbe való integráció is szükségessé válhat. minden szakorvos képzési követelményében ott kell lennie annak a felkészítésnek, amely az időskorból adódó orvosi problémákra adandó válaszokat tartalmazza, amelyekkel bármely szakterület dolgozója munkája során szembesül. Az időskorral kapcsolatos elméleti és klinikai kutatási területek a doktori képzések célpontjaivá válhatnak. Nemcsak a tartalmi vonatkozások igényelnek újragondolást, hanem az oktatás módszertani fejlesztésére is szükség van. Az oktatandó generációt Z-generációnak nevezzük, akik esetében a hagyományos módszerekkel nem tudunk olyan teljesítményt elérni, mint a korábbi évtizedekben. Ezért indokolt az oktató videók, a Youtube Edu használata, az "e-tananyagok" alkalmazása. Ezek a módszertani fejlesztések képessé tesznek az önálló tanulásra. A hangsúly inkább a kiscsoportos oktatáson lesz, ahol lehetőség teremtődik arra, hogy az időt a készségfejlesztésre fordítsuk, mint például az időskorúakkal történő kommunikációs tréningekre, a szociális érzékenység alakítására, a kritikus gondolkodás kifejlesztésére, a hivatástudat erősítésére.

A Szegedi ÁOK-n graduális oktatás keretén belül az általános orvostan hallgatók III. évfolyam 2. felében magyar és angol nyelven kötelezően választható kurzusként 15 órában elméleti, 15 óra érzékenyítő gyakorlat történik a Geriátriai Osztályon.

A Szegedi ÁOK posztgraduális továbbképzést szervez a Rezidensi és Családorvosi továbbképzés 4 hetes időtartama alatt, 10 órában.

A Fogorvostudományi Karon 30 órában történik geriátriai és gerontológiai oktatás, melyből 6 órát a geriátriai munkacsoportunk tart magyar és angol nyelven.

Az Egészségtudományi és Szociális Képzési Karon nappali tagozaton, diplomás ápoló szakos magyar hallgatóknak 30 óra elméleti és 10 óra gyakorlati oktatás történik, a levelező tagozaton 18 óra elméleti óra és 10 óra terepgyakorlat kötelező. 2016. őszétől angol nyelvű kurzust indítunk.

Előadásunkban oktatásfejlesztési terveinkről, oktatási tapasztalatainkról, a megvalósult fejlesztésekről számolunk be.

BEKÜLDÖTT

előadások és poszterek

Az időskori inkontinencia újszerű mozgásterápiás kezelése - Esetismertetés

Aranyné Molnár Tímea[1], Koncsek Krisztina[1], Pósa Gabriella[1], Finta Regina[1], Szilágyi Levente[1], Surányi Andrea dr.[2], Fekete Zoltán dr.[2], Süli Noémi[3]

[1]SZTE ETSZK Fizioterápiás Tanszék, [2]SZTE Szentgyörgyi Albert Klinikai Központ, Szülészet-Nőgyógyászati Klinika, [3]Egyre Jobban Stúdió Szeged

CÉLKITŰZÉS:

A fejlett és fejlődő társadalmakban egyre több az idős ember, ami növekvő társadalmi és gazdasági terhet ró a nemzetekre. A kor előrehaladtával növekszik a medencefenék instabilitása. Számos tanulmány vizsgálja a törzsstabilizátorok erősítésének hatékonyságát a medencefenék dysfunkciók esetében. Kutatásunk során arra kerestük a választ, hogy egy újszerű mozgásterápia az idősödő korosztálynál valóban erősíti-e indirekt módon (különösen a mély törzs stabilizátorokra fókuszálva) a gátizmot, miközben csökken a derékfájdalom és formálódik az alak?

MÓDSZER:

Esettanulmányunkban egy vizeletinkontinenciás, diabeteses, derékfájdalommal küzdő nőt (70 év) mértünk fel 10 hetes Whole Body Electric Muscle Stimulation (WBEMS) tréninget megelőzően, az 5. majd a 10. héten. Objektív módszerként felületi EMG-t, urodinámiát, hasi és introitus ultrahang vizsgálatot használtunk. Felmértük FemiScan™ hüvelyi felületi EMG segítségével a gátizmok kondicionális (max. izometriás erő, gyorsaság és lazítás) képességeit és közben hasi ultrahanggal detektáltuk a musculus transversus abdominis vastagságbeli változását. Egy gyógytornász által irányított 10 hetes (heti 2x25 perc) tréning során előre meghatározott funkcionális gyakorlatsort végeztünk.

EREDMÉNYEK:

A beteg szubjektív értékelése alapján javult az inkontinenciája, csökkent a derékfájdalma, pozitívan változott a hangulata, egyensúlya. Az EMG adatok alapján a gátizom kondicionális képességei jelentősen javultak (izometriás feszítés 50,66±5.98 μV-ról 74,6±3,2 μV-ra; gyorsaság 65,15±3,47 μV-ról 82,06±9,5 μV-ra; lazítás 1,8μV-ról 1,3 μV-ra). Ultrahangvizsgálattal javulást tapasztaltunk a hólyagnyak és a mély hasizmok (TRA vastagsága nőtt: nyugalmi tónus 0,12±0,08 cm-el, gyors feszítés során 0,16±0,08 cm-el, izometriás feszítés során 0,64±0,03 cm-el) funkciójában is. Az Urodinámiás paraméterek alapján is jelentős változást tapasztaltunk.

KÖVETKEZTETÉS:

Az inkontinencia legeredményesebb kezelési formája az izomtréning. E rejtett terület trenírozása fiatal korban nehéz, így idősebb korban még nehezebb e területnek a pontos, helyes gyakorlat kivitelezés mellett a kitartó munka biztosítása. Idősebb korban csökken az egyensúly, a koordináció, amelynek korrigálása a gátizom erejét növelné és nem mellesleg az elesések és törések előfordulását csökkentené. E módszer növelné az időskorúak törzs stabilitását, így közvetve a gátizom ereje is nőne, amivel csökkenthető lenne az inkontinencia előfordulása.

Időskori elhízás- diéta és fizikai aktivitás terápiás optimumai- kísérő telomer módosulások

Besenyei Attila, Székács Béla

Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Gerontopszichiátriai Osztály

A szerzők szakirodalom kritikai áttekintése alapján az időskori elhízottság esetén a diéta és fizikai aktivitás illetve kombinációik időskor-specifikus optimumairól, valamint mind a négy tényezőnek a cellu-láris veszélyeztetettségben marker vagy oki szerepet játszó telomer-hossz módosulásokra gyakorolt hatásairól fogalmaztak meg következtetéseket, üzeneteket a gyakorló orvosok részére. Sem a diétában, sem a fizikai aktivitásban nem érvényesíthetők ugyanolyan szempontok ebben a korcsoportban, a szervezet többrétűen módosult állapotában, mint a fiatalabb korosztályok eseteiben. Érdekesnek látszott bemutatni az öregedő szervezetben a rövid telomer-hossz gyakoriság alakulását nemcsak korfüggően, hanem az obezitás valamint az elhízást befolyásoló beavatkozások relációjában is.

A sokoldalú Trimetazidine (TMZ) idősgyógyászati vonatkozásai

Blaskovich Erzsébet

Szent Lukács Kórház, Krónikus Belgyógyászati Osztály

A TMZ a kilencvenes évek óta speciális „energiamegtakarító" alaptulajdonsága miatt antianginás szerként vált ismertté. A 2015-ös Európai Kardiológiai Kongresszus a TMZ alkalmazási lehetőségeinek jelentős bővülésére hívta fel a figyelmet. Jelen előadás az aktuális kutatási területek ismertetése mellett rámutat arra, hogy az új TMZ-ajánlások éppen azokra a kardiológiai megbetegedésekre vonatkoznak, melyek az idősek körében halmozottan fordulnak elő.

1. Stabil angina pectorisban a TMZ, mint antiiszkémiás anyagcsere modulátor az elsők között választandó kombinációs szerként ajánlott, minden kombinációban valódi additív hatást eredményez (1)
2. Myocardiális infarctus esetén a tradicionális antianginás terápiában részesülő betegek túléléséhez képest a trimetazidin szignifikánsan jobb túlélési esélyt biztosít (2)
3. Coronária intervenció (stent implantáció) esetén egyidejűleg alkalmazott TMZ szignifikánsan – 62%-kal – csökkentette a stent restenosis rizikóját és szignifikánsan – 43%-kal – csökkentette a súlyos cardio- és cerebrovaszkuláris események előfordulásának gyakoriságát (3) Az ATPC study folyamatban van.
4. A szívelégtelenség kezelése TMZ-el azért eredményes, mert nem rontja a kontraktilitást és nem befolyásolja sem a szívfrekvenciát sem a vérnyomást. A TMZ csoportban az összmortalitás 11,3%- kal, a CV mortalitás 8,7%- kal csökkent (4)
5. A diabeteses szív anyagcsere folyamatai jelentős azonosságot mutatnak az ischémiás szívre jellemző metabolizmussal, így a TMZ kedvezően befolyásolja a diabeteses endothel diszfunkciót, a beta-blokkolókkal kapcsolatos tolerancia-problémákat és a silent ischémia előfordulását (5). Új eredmény, hogy diabeteszes és enyhén/közepesen beszűkült vesefunkciójú betegeken a TMZ kivédi a kontrasztanyag indukálta nephropathiát (6).
6. A TMZ tilos a versenysportban, mivel a Nemzetközi Doppingellenes Szabályzat szerint a meg nem engedett stimulánsok közé tartozik (7)
7. A TMZ óvatosan adandó Parkinson kórban, ill. parkinsonos tüneteket indukáló psychiátriai gyógyszerek mellett (8).

1. Nesukay EG: CLASSICA study Ukr.J.Cardiol 2014;2:43-47
2. Kim FS et al: Clin Res Cardiol 2013;915-922
3. Chen J et al: Int. J. Cardiol 2014:174(3):634-9
4. Fragasso G et al: Int.J. Cardiol 2013; 320-325
5. Rosano G et al: Int. J. Cardiol 2007; 120: 79-84
6. Shehata M. Am J. Cardiol 2014;114:389-394
7.http://www.antidopping.hu/editor_up/2015_evi_tiltolista_nemz_szabvany%281%29.pdf
8. https://www.ogyei.gov.hu/dynamic/trimetazidin.pdf

Pillanatkép az időskori elesésről a Dél- alföldi régióban

Boros Edit, Papp Anita Tímea

SZTE ETSZK, Ápolási Tanszék, Szeged

Háttér-Célkitűzés: Az időskorúak 28-35%-a évente egyszer elesik, melynek a 20-30%-a jár kisebb nagyobb sérülésekkel CDC jelentése szerint. Az elesésnek mind medikális, funkcionális, pszichés és szociális szövődményei lehetnek, amelyek nem csak az egyén számára okoznak gondot, hanem közösségi és társadalmi szinten is megjelennek. Számos nemzetközi adatot találunk arra vonatkozóan, hogy milyen gyakori az elesés otthoni/intézeti környezetben, hazai adatok csak részben elérhetőek. Vizsgálatunk célja felmérni, hogy a Dél-alföldi régióban, a 60 év feletti lakosság körében, mennyire van jelen az elesés problémaköre, mennyire okoz számukra nehézséget mind fizikai, mind érzelmi szinten, ezen felül kitérünk a prevenciós beavatkozás szükségességének felmérésére.

Módszer: Keresztmetszeti vizsgálatunk során, az egyszerűen elérhető alanyok módszerét választottuk. A vizsgálatunkban 362 fő vett részt.

Beválasztási kritérium: az egyén 60 éves vagy annál idősebb korosztályba tartozó legyen. Kikérdezéshez írásbeli kikérdezést, adatok feldolgozásához Excel 2016 és IBM SPSS 22.0 programokat használtunk, amelyek segítségével leíró és matematikai statisztikai módszereket (X2 próbát) alkalmaztunk.

Eredmények: A vizsgált minta 63%-a nő és 37%-a férfi volt, a megkérdezettek 44%-nak volt eleséses epizódja az utóbbi egy évben. Azok, akik elesésről számoltak be 90%-nak volt valamilyen fizikai következménye. Leggyakoribb sérülések között a bőr (55%), fej (26%), ízületi károsodások (28%) és a végtag törése (25%) jelent meg a válaszokban. Az elesések gyakorisága az alábbiak szerint oszlott meg: egyszer történt elesés 56%-nak, 2-4 alkalommal 40%-nak, öt vagy annál többször esett el 4%. Szignifikáns különbséget a nemek vonatkozásában nem, de az életkor vonatkozásában ($p < 0{,}0001$) találtunk. Szédülésről és bizonytalan járásról a minta 60%-a, az eleséstől való félelméről a vizsgálatban részt vevők 55%-a számolt be. Félelem azoknál az egyéneknél volt nagyobb számban jelen, akik az utóbbi egy évben elesettek ($p=0{,}004$) és szédülésről beszámoltak be ($p < 0{,}0001$).

Következtetés: A CDC által javasolt három alapkérdésre, amely segíti a prevenciós beavatkozás szükségének meghatározását a megkérdezettek 86%-nál pozitív eredmény kaptunk, azaz szükség van valamilyen fokú beavatkozásra. Az eredmények tükrében elmondhatjuk, hogy napjainkban az elesés prevenciós intervenciónak létjogosultsága van.

Úton az önállóság felé. A gyógytornász munkájának bemutatása három eseten keresztül

Csányi Luca

Magyarországi Evangélikus Testvérközösség Budaörsi Idősek Otthona

A poszteren három eset bemutatásán keresztül szeretném szemléltetni, hogy mennyire szerteágazó a gyógytornász munkája az idősellátásban. Az általam bemutatott idősek mindhárman otthonban élnek, és jellemző rájuk a multimorbiditás.

Az első egy 81 éves hölgy, középsúlyos dementiában, hypertoniában, osteoporosisban szenved. 2015 januárjában esett el az otthonban és szenvedett jobb oldali pertrochanter törést. A műtét után a helyzetváltoztatások az ágyban nagyon nehezen mentek neki, fájdalmai voltak. Megkezdtük az aktív gyógytornát, és kb. 3 hónap elteltével járókerettel önállóan sétál az épületben.

A második eset egy 84 éves férfié, aki súlyos demens.

Feleségével lakik az otthonban, aki sokat segít neki. Három hónapja tisztázatlan okokból hirtelen legyengült. Az addig rövidtávon járóképes bácsi hirtelen önállóan az ágyból sem tudott kikelni. Rövid kórházi kezelés után úgy jött vissza az otthonba, hogy egyedül fel tudott ülni az ágyban, de nagyon legyengült, járásképtelen volt. Mivel súlyos demens, az aktív tornát alig tudtuk végigcsinálni, mert nem tudta lekövetni a gyakorlatokat. Ekkor különböző módszerek alkalmazásával felerősödött annyira, hogy a helyzetváltoztatásokat egyedül végzi, és felügyelettel ugyan, de a folyosón járó-kerettel tud sétálni.

Harmadik bemutatott esetem egy 72 éves hölgyé, aki sclerosis multiplex miatt 4 éve kerekesszékbe kényszerült. Tiszta tudatú, jó kedélyű hölgy, legszívesebben rejtvényfejtéssel és hímzéssel foglalja el magát. Másfél éve jobb kezének ujjai görcsös flexióban vannak. Ez pedig megnehezíti a toll, illetve a tű megfogását. Azon kívül, hogy rendszeres aktív és passzív tornával nyújtjuk az ujjakat, kitaláltunk egy olyan fogást, mellyel, ha nehezen is, de el tudja végezni az általa szeretett tevékenységeket.

Időskorban először jelentkező Raynaud-szindróma, mint az addig tünetmentes koronária sclerosis első tünete

Csiki Zoltán[1], Mile Marianna[1], Kun Csaba[2], Bakó Gyula[1]

[1]Debreceni Egyetem, Belgyógyászati Klinika, Geriátriai Tanszék
[2]Debreceni Egyetem, Kardiológiai Klinika

A Raynaud-jelenség gyakori tünet, mely alatt az akrális területek különböző behatásokra kialakuló elszíneződését értjük. A teljes tünetcsoport az ujjak három egymást követő színváltozásából áll: az első az ischaemiás fázis, a második a fájdalmas asphyxiás (kék) fázis, amely öt perc keringésmegállást követően jelentkezik, végül a nagyon fájdalmas hyperaemiás fázis következik, mely érzészavarral társulhat. Az asphyxia fázisa a súlyosabb formákra jellemző. Megkülönböztetünk primer Raynaud-betegséget és secunder Raynaud-szindrómát. A primer forma általában idiopathiás eredetű, definitív betegség nélkül. A jelenség a teljes szervezetet érintheti, ezt a gyakran társuló migrén, retinopathia és Prinzmetal angina is alátámaszthatja. A szekunder forma immunológiai betegségekhez (például progresszív szisztémás sclerosis [PSS], szisztémás lupus erythematosus [SLE]) társul leggyakrabban, de hematológiai vagy malignus betegségeket, cukorbetegséget, carpal tunnel szindrómát, thoracic outlet szindrómát is kísérhet e jelenség. Idősebb betegeknél az obstruktív vascularis betegség a leggyakoribb kiváltó ok. Az általános népességből vett nagy mintákon végzett újabb vizsgálatok szerint nőknél a primer Raynaud prevalenciája 5%-os, a férfiaknál 3%-os. A betegség kezdete a pubertáskorra esik. Szekunder Raynaud-szindróma az alapbetegségektől függően minden életkorban előfordul, a hozzá társult betegségek előfordulási gyakorisága emelkedik a korral. A diagnosztikában és differenciál diagnosztikában jelentős szerepe van a kapillár mikroszkópiának mely információt ad a körömredő kapillárisainak morfológiájáról és a széli sor sűrűségéről. A morfológiai eltérések elsősorban az immunbetegségek kizárását szolgálják (például az óriáskapillárisok sclerodermára diagnosztikusak). A széli sor megritkulása (diffus avascularitás) több kórképre is jellemző, például perifériás atherosclerosis, vagy carpal tunnel szindróma. Az avascularitás osztályozása: 0.stádium – nincs avascularitás; 1.stádium – enyhe (egy vagy két diszkrét kapilláris hiányos terület), 2.stádium – súlyos (nagy, összefüggő avascularis területek).
Klinikánk Raynaud szakrendelése 30 éve végzi a Raynaudos betegek gondozását. Az első jelentkezéskor végzett diagnosztikus eljárások: klinikai vizsgálat (az ujjak hidegek, nyirkosak, még hosszas szobahőmérsékleten történő akklimatizációt követően is, a perifériás pulzusok jól tapinthatóak), szerológiai vizsgálatok (immunbetegségek kizárása), EKG, vérnyomás mérés, kapillár mikroszkópia, kéz perfúziós scintigraphia.
A 65 év felett kezdődő Raynaud betegség igen ritka. Irodalmi és saját tapasztalatok alapján általában paraneoplasia, vagy carpal tunnel szindróma okozhatja. Az utóbbi egy évben hat 65 év feletti férfibeteg jelentkezett akutan kialakult szimmetrikus felső végtagi minden kézujjat érintő dominánsan asphyxiás (livid) fázissal jelentkező Raynaud-jelenséggel.

A betegek adatai:

betegek	életkor (év)	testsúly (kg)	testmagasság (cm)	első tünettől diagnózisig eltelt idő (hét)	rohamok jelentkezése (nap/hét)	rohamok gyakorisága (alkalom/nap)	rohamok időtartama (perc)	társult betegségek	kardiológiai érintettség
A	65	89	172	3	3	2-4	15-20	szürkehályog	elülső fal_t
B	65	92	174	6	4	1-2	10-15	visszér	hátsó fal_s
C	66	86	168	4	4	2-4	20-25	lumbális sérv	hátsó fal_t
D	67	82	160	4	3	2-4	15-20	reflux-betegség	elülső fal_s
E	68	78	166	6	4	2-4	10-15	hasfali műtött sérv	elülső fal_s
F	68	72	157	4	3	2-4	15-20	lumbalis sérv	elülső fal_t

(t: tágítás; s: stent)

Mind a 6 beteg kardiálisan teljesen tünetmentes volt. Az első vizsgálat során elvégzett rutin EKG-n mindegyiküknél ischaemias elváltozások voltak láthatóak. Az elvégzett kardiológiai részletes kivizsgálás során echocardiographiával jó balkamra funkció, normális billentyűk voltak láthatóak. Katéterezés során 3 betegnél tágítás (t) elég volt míg a további 3-nál stent (s) behelyezésére is szükség volt. Kapillár mikroszkópiás vizsgálat során mind a 6 betegnél súlyos diffúz avascularitás (2. stádium) volt látható. Katéterezést követően 3 hónappal elvégzett kontroll során a körömredőben az avascularitás enyhévé javult (1. stádium).
Az irodalomban elsősorban a primer Raynaud szindróma és vasospasmus kapcsolatáról találhatók közlemények, melyek főleg fiatal betegcsoportok vizsgálatain alapulnak. Megfigyeléseink azonban rávilágítanak az idős korban akutan kialakuló Raynaud-szindróma jelentőségére, ugyanis a Raynaudos tünetcsoport megjelenése az addig klinikailag tünetmentes koszosorúsér szűkület első alarmírozó jele lehet.

Irodalom:

Lee P, Leung F Y-K, Alderdice C, Armstrong S K. Nailfold capillary microscopy in the connective tissue diseases: a semiquantitative assessment. Jf Rheumatol 1983; 10: 930-8.
Hughes M, Herrick AL. Raynaud's phenomenon. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2016 ; 30: 112-32.
Saner HE, Würbel H, Gurtner HP, Mahler F. Increased peripheral vasoconstrictor reaction upon local cold in patients with coronary heart disease. Int J Microcirc Clin Exp. 1989; 8: 127-34.

Egyensúlyi állapotfelmérés inaktív idősek körében

Finta Regina, Albertné Koncsek Krisztina, Szilágyi Levente, Aranyné Molnár Tímea, Pósa Gabriella

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Bevezetés: Az idősek morbiditásának és mortalitásának legfőbb okai az elesésekből következő szövődmények. A kor előrehaladtával nagymértékben nő az elesések kockázata, hiszen a poszturális kontroll hatásfoka csökken, növelve az egyensúlyvesztéssel járó helyzetekhez való alkalmazkodási képtelenség kockázatát.

Anyag és módszer: A vizsgálatban 40 önkéntes (34 nő, 6 férfi) vett részt, átlagéletkoruk 65,2 ±4,2. Kizárási kritérium volt, ha valaki rendszeresen sportmozgásban vett részt, illetve az egyensúlyozási képességeit befolyásoló betegségben szenvedett. Az egyéneket a Timed up and go (TUG), a Four square step test (FSST), a Modified functional reach test (mFRT), és a Modified lateral reach test (mLRT) segítségével mértük fel, emellett kérdőívet is kitöltöttek az alanyok. Az általunk alkalmazott teszteket korábbi tanulmányok alkalmasnak ítélték az egyensúly és az elesési kockázat felmérésére.

Eredmények: Vizsgálatunkban az alanyok átlagosan 9,23 ±2,31 sec alatt teljesítették a FSST-et, korábbi tanulmányok alapján a többszörösen elesőkre 15 sec feletti teljesítmény a jellemző. A TUG referencia értéke 9,4 sec, a mi vizsgálatunkban 6,3 ±1,24 sec alatt végezték el a résztvevők. A mFRT eredménye 26,58 ±8,45 cm, míg Thompson és Medley (2007) kutatásában átlagosan 32,9 cm-t mértek idős populációnál. A mLRT értéke 18,56 ±0,29 cm, szemben a korábban leírt 20,3 cm-rel. Az alanyok 41,4%-a nyilatkozta, hogy elesett már az elmúlt évben, ebből 17,2% többszörös eleső.

Konklúzió: Alanyaink a FSST és a TUG teszteket a referencia értékeknél rövidebb idő alatt végezték el. A mFRT és a mLRT feladatait az életkoruk alapján elvárt mértékhez képest rosszabbul teljesítették. A mFRT és a mLRT inkább a törzs kontroll hatékonyságát vizsgálja ülő helyzetben, míg a FSST és TUG teszt az alsóvégtagok képességeit vizsgálja az egyensúly fenntartásában. A mFRT és mLRT eredményét a törzs és csípő körüli izmok és passzív alkotók flexibilitása, az ízületek mozgásterjedelme is nagymértékben befolyásolja. Úgy véljük, hogy a feljebb említett tényezők befolyása miatt lehet, hogy a FSST és a TUG teszt alapján nem többszörösen elesők közé tartoznak alanyaink, mégis sok volt az elesések száma, ezen belül is a többszörös eleséseké. A kis elemszámra való tekintettel messzemenő következtetéseket nem vonhatunk le, azonban eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy a mozgásterjedelem, a flexibilitás, valamint a törzs stabilitásának megőrzése elengedhetetlen az idős korosztálynál.

Prevenció, kuráció, rehabilitáció – a gyógytornász – fizioterapeuta szerepe a geriátriában

Jónásné Sztruhár Izabella

Fővárosi Önkormányzat Pesti Úti Idősek Otthona

A gyógytornász- fizioterapeuta az a szakember, aki képes a mozgásrendszer funkcionális vizsgálatára és elemzésére, mozgásszervi státusz felvételére, dokumentálására, fizioterápiás terv készítésére. A különböző fizioterápiás gyógyeljárásokat alkalmazza az orvosi diagnózis alapján és az orvosi kezelésbe illeszkedően. Irányítja a részfeladatok ellátására szakosodott fizikoterápiás asszisztensek, masszőrök, konduktorok és egyéb mozgásterapeuták munkáját. Szakterületéhez kapcsolódóan rendszeresen elméleti és gyakorlati továbbképzéseken vesz részt. Idősek otthonában végzett munka alapján, képekkel illusztrálva mutatom be, hogy hogyan is végzi, ezen sokrétű feladatát egy gyógytornász- fizioterapeuta az idősgyógyászatban. Kiemelt szerephez jut a prevencióban, ahol más munkacsoportokkal szorosan együttműködve az egészséges életmódra nevelésben és a szabadidő hasznos eltöltésében segít, szervezi az idősek sportos foglalkozásait, személyre szabott esés megelőzési programokat vezet. A kuráció a legfontosabb területet, ahol szakszerű munkája nélkülözhetetlen: traumatológiai-, reumatológiai-, neurológiai-, ortopédiai betegek gyógyítását végzi, fizikoterápiás kezeléseket ad – szakorvosi irányítással. A multimorbid lakók ellátása, valamint a demens ellátottak speciális – egyéni és csoportos – terápiája is napi munkájának része. Rehabilitációs tervet készít, amputált betegeket, hemiparetikus és paraparetikus lakókat lát el többek között. Segíti a megfelelő gyógyászati segédeszközök kiválasztását, beszerzését, javíttatását és végzi a helyes használat betanítását. Munkája tehát fontos kapocs lehet az egészségügyi és a szociális ellátás között, mely segíti a geriátriai betegek életminőségének javítását.

60 év feletti korosztály funkcionális fittségi állapota. Objektív és szubjektív tapasztalatok – előtanulmány

Koncsek Krisztina, Pósa Gabriella, Szilágyi Levente, Aranyné Molnár Tímea, Finta Regina, Barnai Mária

SZTE ETSZK Fizioterápiás Tanszék

Bevezetés, célkitűzés: A XXI. század egyik legpozitívabb eredménye a születéskor várható élettartam növekedése, azonban a társadalmi siker mellett ez jelenti a legnagyobb kihívást is az országok számára. Aktív és egészséges öregedés napjaink egyik kiemelkedő törekvése. Egyre hangsúlyosabbá válik, hogy az időskor minőségi életéveket jelentsen. Gyógytornász – fizioterapeutaként egyértelműen a mozgás minőségének fenntartásában, a fittség megőrzésében látjuk a megoldást. A fizikálisan aktív egyén könnyebben megtartja függetlenségét, kevésbé veszélyezteti a szegregáció, a mozgás civilizációs betegségekben betöltött preventív szerepéről nem is beszélve. A tanulmány a 60 év feletti korosztály funkcionális fittségét méri fel, mely előkészítése egy több komponensű tréning programnak. Anyag és módszer: 40 fő (34 nő; 6 férfi; átlageletkor 65,2 ± 4,20) 60 év feletti egyén vett részt a felmérésben. Rögzítettük az antropometriai adatokat (testtömeg, testmagasság, körfogatok, bőrredők), testösszetétel meghatározást (Tanita SBCA) végeztünk, valamint a funkcionális fittség felméréshez Jones és Rikli (2002) Senior Fitness Test-jét és HD-BTA típusú kézszorítóerőmérőt használtunk.

Eredmények: A résztvevőket nemek szerint vizsgálva elmondható, hogy a nők esetében a testzsírszázalék átlagosan 37,3 (±5,35) % férfiaknál pedig 28,3 (±4,57) %, mindkét adat az ideális érték felett található. A Senior Fitness Test során kapott eredmények közül kiemelendő, hogy nemtől és korosztálytól függetlenül a váll mobilitását vizsgáló teszt – néhány esetet kivéve – a referencia érték alatt található, a többi feladat során az életkor szerinti elvárásoknak megfelelően teljesítettek az alanyok. Korreláció vizsgálatával, a résztvevőket együtt, illetve nemek szerint vizsgálva nem találtunk statisztikailag értékelhető összefüggést a fittségi paraméterek a testzsírszázalék, valamint a zsírmentes testtömeg között.

Összegzés: Az eredmények alapján elmondható, hogy a vizsgált minta testzsírszázaléka az egészséges szintnél magasabb, a fittségi paraméterek egy tesztet leszámítva az életkornak megfelelőek. A minta elemszámának növelése valamint a résztvevők minél szélesebb körből való bevonása a vizsgálatba mindenképpen szükséges a jövőre nézve.

A keringési rendszer életkor függő változásainak jellemzése

Kósa Lili, Tóth Eliza Eszter, Gangl Judit, Ihász Ferenc

Széchenyi István Egyetem Apáczai Csere János Kar

Bevezetés: A nagyerek elaszticitásának csökkenése („arterial stiffness") az utóbbi években intenzív kutatások tárgya, mivel klinikai vizsgálatok bizonyították, hogy a csökkent artériás érfal tágulékonyság mind egészséges, mind kardiovaskuláris megbetegedésben érintett populációban független kardiovaszkuláris rizikófaktor. A nagyerek elaszticitása a bemeneti ellenállás befolyásolása révén hat a kamraterhelésre: csökkent érfal-rugalmasság esetén a kamrák terhelése fokozódik, bal kamra hipertrófia alakul ki.

Módszerek: A vizsgálat során összesen 3548 személy adatát rögzítettük. A vizsgált személyeket életkori csoportokra bontottuk, ahol a 20 és 30 évesek (n1=279) a 30 és 40 évesek (n2=491) a 40 és 50 évesek (n3=1298) az 50 és 60 évesek (n4=976) a 60 és 70 évesek (n5=438) és a 70 és 80 évesek csoportjának (n6=66) kategorizálása látható. Nemenkénti lebontásban összesen 1307 férfi, és 2241 nő vett rész a vizsgálaton. Egészségnapok keretein belül vizsgáltuk őket. A keringési rendszer általános állapotát jellemző mutatókat fekvő helyzetben, mindkét felkaron és bokán egymás után rögzítettük, CardiVision MS-2000 (IMDP, Las Vegas, NV, USA) típusú oscillometrikus készülékkel. A műszerrel kompatibilis szoftwear (2.05D) segítségével a pulzushullám amplitúdója megjeleníthető. A fiziológiásan működő artériák (felkaron az a. brachiális), (a bokán az a. dorsalis pedis) egy piramis alakú, míg a sclerotikus artéria egy hosszan elnyúló és jóval laposabb mintázatot ad.

Eredmények: A szisztolés vérnyomás átlagok korcsoportonkénti különbségeinek meredeksége életkoronként és nemeként is különbözik. Míg fiatal felnőttkorban (> 30 év) a nemenkénti különbség 15 Hgmm, az életkor előrehaladtával a különbség fokozatosan csökken. A diasztolés nyomás korcsoportonkénti különbségei nem valódiak, az áthajló kortól meredeken csökkennek. Az érfal rugalmasságát minősítő szám (ASI) átlagai fokozatosan nőnek dekádonként 10 értékkel nőnek. A kritikus határt az 50 évesek csoportjainál határozhatjuk meg.

Következtetés: Az aorta rugalmasságának jelentős csökkenése, az artériák simaizomzatának hypertrophiája, a compliance csökkenése, a pulzushullám terjedési sebességének növekedése, a perifériás ellenállás fokozódása és az endothelfüggő értágulat mértékének csökkenése a jellemző.

A Janus-arcú versenysport: az öregedési mechanizmusok, a metabolikus szindróma és a kardiovaszkuláris rizikófaktorok szerepe

Lelbach Ádám[1,2] c. egyetemi docens, Koller Ákos[2,3,4,]

[1]Dr. Rose Magánkórház és Rendelőintézet, Budapest, [2]Transzlációs Medicina Intézet, ÁOK, Pécsi Tudományegyetem, Pécs, [3]Természettudományi Intézet, Testnevelési Egyetem, Budapest, [4]Semmelweis Egyetem, Kórélettani Intézet, Budapest

Háttér: A „sikeres" öregedés egyik kulcsának sokan a rendszeres testmozgást (sportolást) tartják, azonban a fiatal korban végzett versenysportnak az öregedési folyamatokra gyakorolt jótékony hatását egyre több kutatás megkérdőjelezi. A különböző versenyszámokban azonban nem egyforma fizikai terhelés éri a sportolókat és a kardiometabolikus megbetegedések (diabétesz, diszlipidémia, nem alkoholos zsírmáj, kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris betegségek) előfordulása is eltérő az erő-sportolók, dobóatléták, állóképes sportolók, labdajátékosok, valamint gyorsasági és esztétikai sportágakban szereplő versenyzők között. Korábbi tanulmányok kimutatták, hogy tartósan magasabb vérnyomás fejlődhet ki aktív sportolókban (Weiner: Circulation, 2013). Tudott, hogy a hipertónia a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásának egyik legjelentősebb patogenetikai faktora. Berge és mts (Br J Sports Med, 2015) versenysportolók között erő-sportolóknál (pl. súlyemelők) szignifikánsabb magasabb vérnyomásértékeket mértek, mint az állóképességi (pl. úszás, kerékpározás) sportolóknál (131.3±5.3/77.3±1.4 vs. 118.6±2.8/71.8±1.2 Hgmm, $p < 0.05$). Ezek az eredmények megerősítést nyertek későbbi vizsgálatokban (Horváth P. Ph.D. disszertáció, 2007). Az erő-sportok az artériás stiffness növekedését okozhatják (Gojanovic: Praxis, 2010).

Célkitűzések: A fentiekben kifejtettek miatt a szakirodalom kritikai áttekintésével elemeztük és összesítettük a versenyszerű sportolás és az öregedési mechanizmusokkal összefüggő metabolikus szindróma, mint kardiovaszkuláris rizikófaktor közötti lehetséges kapcsolatokat.

Eredmények: Tucker és mts (JAMA, 2009) vizsgálata alapján amerikai „football" játékosok közül a túlsúlyosok súlyos diszlipidémiában és ezzel kapcsolódó kardio-metabolikus betegségekben szenvedtek. Guo és mts (Plos One, 2013) versenysportolók között erő-sportolóknál a szuper-nehézsúlyúaknál észleltek szignifikánsan megnövekedett kardiometabolikus rizikót, összehasonlítva minden egyéb súlycsoport-tal. Az erő-sportolóknál a diabetesz és a metabolikus szindróma a versenysport abbahagyását követően szignifikánsan nagyobb gyakorisággal fordult elő, mint más sportágakban (Buell J Ath Train, 2008, Kujala Metabolism 1994, Miller Am J Cardiol 2008). Guo és mts (Diabetol Metab Syndr 2015) vizsgálata azt igazolta, hogy a mérsékelten intenzív aerob edzés hatékonyan javította a metabolikus szindrómában szenvedő túlsúlyos sportolók kardiometabolikus rizikófaktorait.

Következtetések: Míg a rendszeres testmozgás alapvető fontosságú az öregedési folyamatok lassításában, a fiatal korban végzett élsport, versenysport egészségjavító, ill. fenntartó hatása egyre inkább megkérdőjelezhető. A különböző sportágakban az eltérő edzésmódok és fizikai terhelések, táplálkozási előírások (szokások) szerepet játszhatnak az öregedési folyamatokkal összefüggő metabolikus szindróma és az ezzel kapcsolódó kardiovaszkuláris kórképek kialakulásában. Az epigenetikai faktorokon kívül, azonban a genetikai faktorok is befolyásolhatják ezen folyamatokat. Az élsportolók korai szűrővizsgálata jelentős szerepet játszhat a vérkeringéssel és anyagcsere/metabolikus állapottal összefüggő rizikófaktorok időbeni felismerésében. A különböző sportágakban aktív versenysportolók egészségi állapotában olyan adaptációk jöhetnek létre, melyek – különösen az aktív sportolás abbahagyása után – kardiovaszkuláris rizikó faktorként és az öregedési mechanizmusok felgyorsulásaként jelentkezhetnek.

Támogatás: Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NFKI/OTKA-K 108444), Magyar Hypertonia Társaság (2012-2015).

Kulcsszavak: öregedési mechanizmusok, testmozgás, versenysport, erő-sport, túlsúly, metabolikus szindróma, diabetesz, diszlipidémia, kardiovaszkuláris rizikó, hipertónia

Idős beteg elesése, fejbeütődéssel: kiemelt diagnosztikai figyelem első és minden sorban a betegért, mellékesen pedig az igazságügyi szféra kapujának elkerülésére is – mégis lehet nem várt fordulat?

Martony Zsuzsa, Székács Béla

Szent Imre Oktató Kórház Geriátriai és Gerontopszichiátriai Rehabilitációs Osztály

Az esetismertetés egy idős multimorbid nőbeteg eleséséről és orvosainak kiemelt diagnosztikus figyelmi irányairól, és eredményeiről, dilemmáiról számol be az elesését követő időszakban:

- Mindig automatikusan, könnyen kiderül-e vajon az orvos részére, hogy egyáltalán elesett-e egy multimorbid idős beteg egy éjjel során és esetleg beütötte-e a fejét is ?
- És ha már kiderült, beindul a szokásos értékelési mechanizmusunk: Történt-e trauma? Történt-e intrakraniális bevérzés? Jellemző panasz? Neurológiai jelek? Korai képalkotó vizsgálat és limitáltsága ?
- Csökkenhet-e az orvosi éberség a következő napok során? Fizikális-neurológiai státusz és a közérzet alakulása, vérnyomás, új gyanús panasz értékelése, akár olyan is, hogy ugyancsak nyugtalanító mérsékelt émelygés, vagy hányinger jelentkezése? Használható, vagy csak limitáltan használható-e az adott személyben , az adott korosztályban ilyenkor a szemfenék vizsgálata ?

És ha mindent megtesznek diagnosztikai nyomon követésben és terápiában az osztályt ellátó orvosok, mégis érheti őket ritkán alapvető negatív meglepetés?

Lakóhely közeli egészségszolgáltatásként végzett esésmegelőző gyógytorna tapasztalatai idős, demenciával élő ellátottak esetében a biatorbágyi Gizella Otthonban

Mayer Richárdné[1], Egervári Ágnes[2]

[1]Boldog Gizella Alapítvány, [2]Római Katolikus Egyházi Szeretetszolgálat

Háttér – célkitűzések: A TÁMOP - 6.2.5-B/13/1 projekt alapvető célja az egészségügyi ágazat, egészségszervezési hatékonyság javítása, a területi ellátási egyenlőtlenségek mérséklése. A projekt keretében a háziorvosi praxisokhoz kapcsolható egyéb egészségügyi szolgáltatók bevonásával, egészség javító prevenciós programokat szervezetek. A teszttémák egyike volt az oszteoporózis – csoportos esésmegelőző torna.

Vizsgálati minta és módszerek: Országszerte 84 háziorvosi praxisban 1937 részvevővel zajlott a „Ne törj újra" – program. Otthonunkból 9 főt tudtunk bevonni az esésmegelőző tornába. A tornaprogram egységes elvek szerint zajlott, melyre az ORFI-ban készítették fel a programban résztvevő gyógytornászokat. „Esésmegelőzés tornafüzet" – készült a résztvevőknek az otthoni tornaprogramhoz. A tornaprogram előtt és után a mozgásképesség felmérésére TUG, Funktional Reach, és módosított Romberg (tandemállás) tesztet végeztek, illetve esésrizikó felmérő-kérdőívet töltöttek ki a résztvevők.

Eredmények – következtetések: Három hónap alatt az országosan résztvevők 12%-ánál esési rizikócsökkenés, 4,5%-ánál esésszám-csökkenés volt tapasztalható. Esésmegelőző mozgásprogramok vizsgálatánál a demencia általában kizáró ok szokott lenni, mivel a feladatok pontos kivitelezése ezzel a betegséggel küzdők esetében nem biztosítható. Ezért tartom fontosnak, hogy lakóink esetében, leíró statisztikai módszerekkel vizsgálva, szintén a mozgásképesség javulása volt kimutatható.

A mozgás jelentősége az időskorúak rehabilitációjában

Mészáros Lászlóné

Magyar Gyógytornász-Fizioterapeuták Társasága Geriátriai Munkacsoportja

Bármilyen életkorban, ha egy egyén betegség miatt inaktivitásra kényszerül, veszít a korábbi erőnlétéből. Szakirodalomból ismert, hogy az erőcsökkenés mértéke a fekvés, az inaktivitás következtében egy hét alatt elérheti az 5-20%-ot is. Az idősebbek, vagy krónikus betegségben szenvedők esetén gyakrabban találkozunk ilyennel, az immobilizációs szindróma egyik velejárójának tekintik. A fizikai aktivitás általános előnyös hatásai ismertek, de helyileg is tapasztalhatók pozitív változások. Megfelelő gyakorlatokkal csökkenteni tudjuk a korral járó és a betegséggel/fájdalommal járó tipikus izomegyensúly megbomlást és jellegzetes, helytelen testtartást is. Az önellátáshoz és a mindennapi teendők elvégzéséhez az szükséges, hogy az egyik testrészét stabilan tartsa meg, miközben a másik testrészével, karjával, kezével, vagy éppen az alsó végtagjával valamilyen feladatot, (dinamikus izomműködést) végezzen.

Az idősek rehabilitációja során a tornagyakorlatok a mindennapi mozgásformákhoz hasonlítsanak. Mozgásutasítás hatására az idős képzeletében egy sokszor végrehajtott egyszerű cselekvés jelenjen meg, s az ehhez használt izmokban fokozódjon az aktivitás. Mozgásszervi probléma esetén ez az izomaktivitás feleljen meg a lokális terhelhetőségnek. Ha a betegnek „nagyon nehéz" feladatot adunk, akkor azt parakoordinációval végzi és az elmozdulás nem a kívánt ízületekben jön létre. A mozgás időbeli, erőbeli és térbeli jellemzői feleljenek meg az előre kitűzött célnak és szükségletnek. Pl a keringés javítására a kis erővel és ritmikusan, megfelelő testhelyzetben végzett mozgások a hatásosak. Az előadó a fentieket sok diaképpel kívánja illusztrálni.

Mozgásprogramok pozitív hatása a 60 év fölötti, fizikailag inaktív, közösségben élő nők egészségügyi státuszára, életminőségére, fittségi mutatóira

Plachy Judit[1], Ihász Ferenc[2], Szakály Zsolt[2], Bognár József[3]

[1]Közép-Kelet-Európai rekreációs Társaság, [2]Széchenyi István Egyetem, Győr, [3]Testnevelési Egyetem, Budapest

A rendszeres és szakszerűen tervezett testmozgás pozitív szerepét számos kutató bebizonyította a nyugdíjas korosztály egészségi állapotára, életminőségére és fittségi mutatóira vonatkozóan. A rekreációs tevékenységek, a mozgásterápia viszonylag kis költséggel megvalósíthatók. Hatásuk az elesések prevenciója, a betegségek megelőzése, vagy a progresszió lassítása által gazdasági hasznot nyújt a társadalom számára. Jelen kutatás fő célja volt négy különböző, heti három alkalom 60 perces intervenciós program eredményét összehasonlítani a 60 év fölötti Egerben élő nők esetében. Az elő- és utóméréseket egy demográfiai és egészségügyi mutatókat tartalmazó önkitöltős kérdőív és két Magyarországon is validált teszt alkalmazásával végeztük. Az életminőséget a WHOQOL-OLD kérdőívvel, a fizikai státuszt pedig a Fullerton Functional Fitness Teszttel mértük.

Az adatokat páros t-próbával, SPSS 18.0 for windows programmal elemeztük ($p \leq ,05$). Az életminőség tekintetében az „Erőedzés" csoport (n=14; Mév=64,07±3,4SD) „Intimitás" mutatói (t=-3,328; p=,005) jelentősen növekedtek.

Ezen felül a „Vízi-torna" csoport (n=15; Mév=69,41±6,65SD) tagjai javultak a „Közösség élmény"-ben (t=-2,383; p=,03); ugyanebben az alskálában a „Kontroll" csoport (n=19; Mév=63,43±4,46SD) jelentősen romlott (t=2,651; p=,019). Az „Erőedzés+Mentális" (n=16; Mév=67,88±6,4SD) és a „Pilates" tréning (n=17; Mév=65,89±5,49) nem hozott eredményt az életminőség skálákban. A Fullerton Functionál Fitness Teszt minden mérése, így az alsó- és felső végtagok ereje; az alsó- és felsővégtagok hajlékonysága; a dinamikus egyensúly és az állóképesség is pozitív szignifikáns eredményt hozott az intervenciós csoportoknál. Az önkitöltős kérdőív alapján az egészségi állapot és a gyógyszerszedés mennyiségének szubjektív megítélésében is javulást láthatunk. Pozitív eredménynek értékeljük, hogy az inaktív nyugdíjas korosztály „Közösség élménye" rendeződik a fél éven át tartó intervenciós programok hatására. Ezen felül javul az izomerő és a dinamikus egyensúly, mely az elesések megőrzésében fontos szerepet játszik. A hajlékonyság és az állóképesség is kiemelkedő tényező az önálló, mindennapos cselekedetek végzésében. A kutatás által bebizonyosodott, hogy elkerülhető az érintett korosztály fekvőbeteg, vagy tartós szociális ellátása a rendszeres testmozgás által.

C. difficile okozta colitis - Az idős kor egyik legrettegettebb infektológiai kórképe (Van megoldás?)

Sipos Dávid, Péterfi Zoltán

PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika Infektológiai Tanszék, Pécs

A (széles spektrumú) antibiotikumok egyre szélesebb körű – számos esetben indokolatlan – használatának „köszönhetően" az utóbbi években egyre gyakrabban kell számolnunk mind az alapellátásban, mind a legkülönbözőbb kórházi osztályokon a következményes Clostridium difficile okozta colitis előfordulásával. Különösen igaz ez az idősebb korosztályra, akiknél a hospitalizáció és szociális intézményekben való gondozás arány magasabb.

A C. difficile rettegett szövődményei mellett, mint a toxikus megacolon és a septicaemia, nagy gondot jelent a recidívák nagy aránya. Mindezek megteremtették az igényt, hogy az eddig alkalmazott terápiás lehetőségek mellett új, alternatív kezelési módokat vezessünk be a klinikumban. A külföldön már rutinszerűnek mondható, a hazai gyakorlatban újdonságnak számító széklettranszplantáció ígéretes eljárásnak tűnik az egyre növekvő antibiotikum asszociálta colitis kezelésében. Összevetve a hagyományosnak mondható gyógyszeres (metronidazol, orális vancomycin) kezeléssel nagy előnyt jelent költséghatékonysága, egyszerű alkalmazhatósága, hiszen a „gyógyszer" előállításához szükséges eszközök könnyűszerrel fellelhetők minden kórházi osztályon és egyszeri beavatkozással jó gyógyulási arány érhető el. Nagy előnyt jelent még, hogy olyan esetekben is alkalmazható, mikor nincs idő a gyógyszeres kezelés hatására várni, így immunszupprimált, kemoterápiában részesülő betegeknél is reális alternatívaként szerepel a terápiában.

Magyarországon másodikként Pécsett alkalmazzuk az új eljárást, osztályunkon eddig 101 beteg részesült széklettranszplantációban. A transzplantáción átesettek átlag életkora 70,9 év volt. A kezelésben részesült betegek 93%-a a beavatkozás után a hasmenés javulásáról vagy megszűnéséről számolt be. A 90 napon belül jelentkező recidíva aránya mindösszesen 10% körül volt az első transzplantációt követően. Saját tapasztalataink alapján is látható, hogy a széklettranszplantáció jó gyógyulási- és alacsony recidívaaránya révén méltán kap helyet idős korban is a C. difficile ellenes kezelés soraiban.

Szociális otthonban bekövetkezett halálesetek igazságügyi orvosi vonatkozásai

Szabó Helga, Kereszty Éva

SZTE Igazságügyi Orvostani Intézet

Az SZTE Igazságügyi Orvostani Intézetben történik meg a Csongrád megyében bekövetkezett bűncselekmény miatti és a rendkívüli halálesetek boncolása, valamint az SZTE „körzetébe" tartozó egészségügyi intézményeken kívül bekövetkezett halálesetek kórboncolása. Intézetünkbe kerülnek tehát a szociális otthonokban elhunytak is, akár kórboncolás, akár hatósági-igazságügyi boncolás szükségessége merül föl. Ezek az esetek intézeti boncolásaink 3-4%- át teszik ki.
Az okok között elsősorban esések és azok hosszútávú szövődményei, aspiratio, ritkább esetben bántalmazás vagy elhanyagolás fordulnak elő. A természetesnek gondolt halálesetek egy részében és bizonyíthatóan baleset vagy ellátási szövődmény játszott szerepet a halál bekövetkeztében, ami felveti a hatékony megelőzési stratégia kidolgozását és monitorozásának szükségességét.
Intézetünkben, 2014-2016 júniusa közt mintegy 50 szociális otthonból hozzánk került esetet mutatnánk be az igazságügyi orvostani haláloki rendszerezés szempontjai szerint.
Előadásunk célja, hogy az általunk kifejlesztett indikátorok segítségével prezentáljuk eredményeinket, továbbá szeretnénk felvetni néhány lehetőséget, ezen esetek megelőzésére, illetve felhívjuk a figyelmet a halálesetek kliniko-patológiai, minőségbiztosítási és forenzikus szemléletű elemzésének fontosságára.

A bentlakásos szociális intézmények higiénés helyzete, 2015

Szabó Rita

Országos Epidemiológiai Központ

Bevezetés: A fertőzések előfordulása és az antibiotikum használat gyakori a bentlakásos szociális intézményekben (a továbbiakban: szociális intézmények). A helyzetet súlyosbítja, hogy a fertőzések megelőzésére nem fordítanak kellő figyelmet. A problémával szembesülve az Országos Epidemiológiai Központ előírta a Népegészségügyi Hatóságok számára, hogy az éves munkatervi feladataik részeként mérjék fel a szociális intézmények higiénés és járványügyi tevékenységét.

Módszer: Az infekciókontroll tevékenységre vonatkozó adatok gyűjtése papíralapú kérdőív segítségével történt 2015. január 01. és december 31. között. A kérdőívben az általános intézményi adatok (pl. férőhelyek száma, közvetlen ellátást végző dolgozók száma) mellett információkat gyűjtöttünk az infekciókontroll tevékenységekről (pl. kézhigiéné, takarítás, védőoltások), valamint a fertőzések előfordulásáról és az antibakteriális szerek használatáról. Az adatok elemzése leíró statisztikai módszerrel történt (EpiData 3.1 statisztikai program) átlag, minimum és maximum értékek számításával.

Eredmények: A szociális intézmények 28%-ában végeznek infekciókontroll tevékenységet. A leggyakoribb a védőoltások koordinálása, ennek

ellenére a dolgozók és a lakók átoltottsága nagyon alacsony mértékű. A dolgozók naponta átlagosan egy alkalommal fertőtlenítik a kezeiket. A takarításra alkalmazott (nem mindenhol megfelelő) szerek alkalmazási koncentrációját csak a szociális intézmények 36%-ában ismerik. A szociális intézmények 66%-ában alkalmaznak antibakteriális szert (leggyakrabban béta-laktám antibiotikumokat), 70%-ában fordult elő fertőzés (jellemzően légúti, húgyúti, valamint bőr – és lágyrész fertőzések). A leggyakrabban izolált mikroorganizmus a Staphylococcus aureus és a Clostridium difficile volt.

Összefoglalás:

A szociális intézményekben jelentős probléma a fertőzések gyakorisága és az empirikus módon történő antimikrobiális kezelés, mely szükségessé teszi az evidencia-alapú infekciókontroll intézkedések szigorú alkalmazását. Felmérésünk nagyon jó lehetőség volt arra, hogy felhívjuk a szociális intézmények figyelmét az infekciókontroll tevékenységek fontosságára, illetve módszertani útmutatókat dolgozzunk ki számukra e tevékenységek vonatkozásában.

Idősek hosszabb PPI kezelésének indikációja előtt gondosan mérlegelendő 9 „árnyoldal”

Székács Béla[1], Besenyei Attila[2], Kiss István[1]

[1]Semmelweis Egyetem, ÁOK, Geriátriai Tanszéki Csoport;
[2]Szent Imre Egyetemi Oktató Kórház Geriátriai és Gerontopszichiátriai Rehabilitációs Osztály

A prezentáció a proton pumpa gátló szerek relevans szakirodalmának kritikai áttekintése alapján e hatékony savszekréció gátló szerek különböző mértékű, a szerv-specifitásban részben eltérő, vagy éppen általánosabb celluláris lehetséges mellékhatásaira, nem kívánatos következményeire hívja fel a figyelmet.

Az előadás fókuszába 9 potenciális kockázat került be:

1.) emésztési elégtelenség a gyomorban, mivel idősek eleve csökkent sósavtermelése tovább redukálódik

2.) a gyomor mikróbák behatolását gátló barrier funkciója kritikusan romolhat

3.) adott gyógyszerek nem savas környezetű felszívódása és lokális irritáló hatása már a gyomorban megindulhat

4.) Hasnyálmirigy szekréciós működése romlik

5.) Másodlagos Ca mobilizáció a csontokból – csontritkulás

6.) Magnézium hiány kialakulása nem teljesen tisztázott mechanizmussal;

7.) epidemiológiai kockázat idült vesekárosodás fokozott gyakoriságára

8.) Gyomor és vastagbél rák fokozott kockázata, főleg pozitiv családi anamnézis esetén

9) Sejtöregedést fokozhat

Ezért a kockázati tényezők iránt eleve sérülékenyebb, gyakran akár több idült kórfolyamatban is szenvedő idős személyek eseteiben hatványozottan gondos ütköztető mérlegelés szükséges PPI kezelés indikációja előtt és ez még nem kielégítően jellemző adott orvosi profilok gyakorlatában.

Pulzushullám terjedési sebesség mérése idősödő populációban, összefüggések a testösszetétellel – előtanulmány

Szilágyi Levente, Koncsek Krisztina, Pósa Gabriella, Aranyné Molnár Tímea, Finta Regina

SZTE ETSZK Fizioterápiás Tanszék

BEVEZETÉS: Bizonyított, hogy az emelkedett stiffness paraméterek a kardiovaszkuláris halálozás önálló, független markerei és már akkor kórjelző értékűek, amikor az ismert rizikófaktorok alapján a beteg veszélyeztetettsége még alacsony. A pulzushullám sebesség az artériás stiffness, vagyis az érfal merevség legfőbb indikátora. Az atherosclerosis kialakulásának egyik legmeghatározóbb befolyásoló eleme a testösszetétel. Vizsgálati alanyaink az életkoruk alapján magasabb kockázati csoportba tartoznak, előtanulmányunkban az ereik állapotára szerettünk volna objektív eredményeket felmutatni.

ANYAG ÉS MÓDSZER: A kutatásban 40 (34 nő; 6 férfi; átlagéletkor 65,2 ± 4,2), 60 év feletti, sport területén inaktív, önkéntes jelentkező vett részt. Felmértük az antropometriai adataikat (testtömeg, testmagasság, körfogatok, bőrredők), emellett felmértük szegmentális és viscerális testösszetételüket (Tanita SBCA), valamint az artériás stiffness paramétereiket (Arteriograph).

EREDMÉNYEK: Az életkori dekádokra jellemző artériás pulzushullám sebesség (PWVao) referencia értékekhez hasonlítva: 60'9,81 ref. érték vs 9,53±1,8;70'10,15 ref. érték vs 10,18±1,11 m/s értékeket mértünk. A haskörfogat r = -0,0465, a törzs zsír% r = 0,1644, a viscerális zsír érték r = 0,0817 korrelációt mutatott a pulzushullám sebességgel.

ÖSSZEGZÉS: Az eredmények alapján elmondható, hogy nincs jelentős eltérés az életkornak megfelelő pulzushullám sebességek esetén. Viszont a korrelációk esetében a nem várt negatív, szignifikáns haskörfogati érték figyelemfelkeltő lehet, azzal az általunk feltételezett összefüggéssel kapcsolatban, miszerint az artériás stiffnesst legfőképp a viscerális zsír aránya határozza meg a testösszetételi paraméterek közül. További vizsgálatok szükségesek az összefüggések pontosításához.

A széklet transzplantáció életet menthet

Takács Katalin[1], Sipos Dávid[2], Feiszt Zsófia[2], Huszár Judit[1], Péterfi Zoltán[2]

[1]PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Geriátriai Osztály, [2]PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Tanszék

Előadásomban egy eset kapcsán szeretném felhívni a figyelmet az idős korban oly elterjedtté vált Clostridium difficile okozta fertőzésre, és a PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztályán sikerrel alkalmazott széklet transzplantáció jelentőségére. Betegünk egy 1929-ben született nőbeteg, akinek anamnesisében évtizedek óta inzulinnal kezelt 2-es típusú diabetes, ISZB, hypertonia, szívelégtelenség, gastrointestinalis vérzések miatti kezelések és 2013-ban igazolódott tüdőembólia szerepelt. 2013 őszén a beteget több alkalommal kezeltük Fertőző Osztályunkon visszatérő hasmenés miatt. Októberben történt első széklet leoltásból igazolni tudtuk a toxin termelő kórokozót. Oralis metronidazol hatására gyógyult, folyadék terápia mellett exsiccosisa rendeződött. November elején recidív panaszok miatt ismételt metronidazol terápia hatására hasi panaszai megszűntek. Azonban pár nap múlva, hányás, nyákos hasmenés, görcsös hasi fájdalom miatt került vissza osztályunkra. A beteg panaszai oralis vancomycin terápia mellett is perzisztáltak, ezért 2013 decemberében a beteg beleegyezésével széklet transzplantációt végeztünk. Hasmenése, hasi panaszai ezután megszűntek. Gyulladásos értékei, azotaemiája rendeződött. Ezt követően számos alkalommal került felvételre szívelégtelenség tüneteinek fokozódása, anaemia, uroinfectio miatt klinikánkra, többnyire Geriátriai Osztályunkra. 2015 augusztusában lassú dementálódás, önellátásra való képtelenség miatt relatíve jó általános állapotban helyeztük át a területileg illetékes Krónikus Belgyógyászati Osztályra. 2015 novemberében ismét hasmenése jelentkezett, melynek hátterében újabb Clostrdium difficile fertőzés igazolódott. Metronidazol, probiotikum adása mellett hasmenése átmenetileg megszűnt, majd a gyógyszer elhagyásával visszatért. Klinikánk Fertőző Osztályára került átvételre a beteg. Hasi UH vizsgálat során a colon teljes hosszában a bélfal megvastagodása látszott. A beteg panaszai metronidazol mellett nem javultak, majd a vancomycin terápiát nem tolerálta, így ismételten széklet transzplantáció mellett döntöttünk. A beteg általános állapota, laboratóriumi eredményei és fizikális státusza ezt követően jelentősen javult. Így a küldő intézménybe helyeztük vissza szociális intézménybe történő elhelyezéséig. Klinikánkon számos alkalommal alkalmaztuk sikeresen a széklet transzplantációt, amivel az életet veszélyeztető fertőzést tudjuk sikeresen kezelni.

Az aktív és a passzív testedzés hatása idős patkányokban

Téglás Tímea[1], Bretz Károly[1], Nyakas Csaba[1,2]

[1]Természettudományi Kutató Intézet, Testnevelési Egyetem, Budapest; [2]Magatartásélettani Kutatólaboratórium, Morfológiai és Élettani Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest

Háttér-célkitűzések: A kolinerg neurotranszmisszió a memória és a kognitív funkciók alapjául szolgál. Időskorban a kolinerg rendszer működésének csökkenésekor az acetilkolin szint redukálódása figyelhető meg. Kutatásaink célja az volt, hogy a csökkenő acetilkolin szintet aktív mozgásterápiával fokozzuk, továbbá megértsük egy passzív testedzési forma, a pulzáló elektromágneses-tér stimuláció (EMF) hatásmechanizmusait.
Módszerek: Az aktív testedzés hatásait tanulmányozó kísérleteinkben 12, 24 és 32 hónapos patkányokat megelőzően 6 hónapon keresztül edzettünk futópadon (heti 3 alkalommal, 12 m/perc sebességgel).

A passzív testedzésre irányuló kísérletekben 28-30 hónapos Wistar patkányokat használtunk. A vizsgálatok során különböző magatartásteszteket és immunohisztokémiai módszereket használtunk.

Eredmények-következtetések: (1) A megelőző mozgástréning jelentősen befolyásolta a figyelmet, a mortalitást és a horizontális aktivitást. (2) A 24 és 32 hónapos állatokban csökkent a ir-ChAT intenzitás az axonokban, a mozgástréning azonban erre nem volt lényeges hatással. A patológiás axon aberrációk a 32 hónapos patkányokon jelentős mértékben csökkentek már a 6 hónapos megelőző mozgás-kezelés után. (3) A passzív mozgásterápiás kísérleteinkben különbségeket mutattunk ki a térbeli tájékozódásban és tanulásban, a térbeli vertikális aktivitásban, valamint a memóriában és figyelemben a magasabb dózisú EMF terápiát kapott állatokban. Fontos, hogy kidolgozzuk a preventív kezelésben a mozgásterápia optimális paramétereit és megismerjük annak hatásmechanizmusait, amely felhasználható többek között a kiegészítő gyógyszeres terápia céljaira is.

Kutatás támogatás: OTKA K 116511.

Testalkotók (zsír-izom) arányainak életkorfüggő változásai

Tóth Eliza Eszter, Ihász Ferenc, Gangl Judit, Kósa Lili

Széchenyi István Egyetem

Bevezetés: A relatív zsírtömeg korcsoportonkénti átlagok közötti különbsége a nőknél jóval jelentősebb (≈8%, illetve 4%), mint a férfiaknál (≈6,5%, illetve 2%) (Ihász mts., 2013). A kritikus időszak a menopauza idejére tehető (45-55 év), ahol a nők relatív zsírtömeg-növekedése jelentős relatív izomtömeg csökkenéssel társul. Jóllehet a test zsírtartalmának csúcsa 55-65 éves korra alakul ki, azonban a testalkotók (relatív izom- és zsír) arányainak megváltozása jóval előbbi életkorban kezdődik el (Gallagher és mtsai, 1997, Janssen és mtsai, 2000). A zsírtömeg növekedése fordítottan arányos az izomtömeggel. Minél nagyobb a zsírtömeg aránya a testben, annál kisebb a relatív izomtömeg.

Anyag és módszerek: A vizsgálatba (n=1799) 51.67±17.57 éves férfi és nő került bevonásra. A testösszetételt „InBody 720" típusú bioimpedancia elvén működő műszerrel vizsgáltuk. Mértünk zsírtömeget (kg), izomtömeget (kg) hasüregi zsírfelszínt (m-2) (VFA), teljes folyadékteret (kg); (TFT) sejten belüli és kívüli folyadékteret (kg) a nap azonos időszakában, vizelés után, jelentősen könnyített ruházatban. Testmagasságot mértünk antropométerrel, cipő nélkül. Az adatokat Statistica for Windows 12. verzióval elemeztük.

Eredmények: Aggasztó jel a korai izomtömeg csökkenés, amely az eddigi negyven év helyett, már a harminc-negyven év között megjelenik ebben a mintában. A relatív zsír (F%) alapján szelektált csoportokhoz tartozó hasüregi zsírfelszín (VFA) átlagok nemenkénti mintázata meredekségében jelentősen különbözik. A hasüregi zsírfelszín rohamos növekedése a férfiak 20-30 éves csoportjaiban a legjelentősebb.

Következtetések: Ez a változás nagy valószínűséggel a fizikai aktivitás mennyiségi és minőségi jellemzőit minősítheti. A kritikus időszakban – amely valóban korábbi életkorban jelenik meg – a relatív zsírtömeg növekedése jelentős relatív izomtömeg csökkenéssel társul. Az említett folyamat a már jól ismert sarcopenia. A kevesebb abszolút és relatív izomtömeg értelemszerűen alacsonyabb alapanyagcserét jelent. Ezért az életkor előrehaladtával, a testösszetétel rendszeres ellenőrzése mellett, megfelelő fizikai aktivitásra van szükség a zsírmentes testtömeg megtartásához.

Kulcsszavak: testösszetétel változások, kritikus életkor, hasüregi zsírfelszín, bioimpedancia

Kardiális, neuroimmun, viselkedésbeli és kognitív változások szívelégtelenség után idős patkányokban

Tóth Kata[1,2], Regien G. Schoemaker[1], Eddy van der Zee[1], Nyakas Csaba[1,2]

[1]Molekuláris Neurobiológiai Intézet, Groningeni Egyetem, Hollandia; [2]Doktori Iskola, Testnevelési Egyetem, Budapest

Háttér – célkitűzések

Kétirányú patológiai kapcsolat figyelhető meg a szívinfarktus/szívelégtelenség és a depresszió között. Együttes előfordulásuk jelentősen rontja a prognózist. Mivel a szívinfarktus miatt kórházi ellátást igénylő érintett betegek nagyobb hányada 65 év feletti, így az idős korosztályokat a komorbiditás és következményei különösen érintik. A kapcsoltság hátterében agyi neuroimmun-folyamatokban bekövetkező változás valószínűsíthető. Ennek bizonyítékaként egy korábbi kísérletünkben megnövekedett számú dendritikus típusú mikroglia sejteket találtunk szívkárosodott patkányok hippocampusában. Célunk a szívinfarktust követő depresszió modellezése idős patkány populációban; a viselkedésbeli, kognitív és neuroimmun változások tanulmányozása, és az esetleges nemi különbségek vizsgálata.

Módszerek

24 hónapos hím és nőstény Wistar patkányokat vagy isoproterenol-hidrokloriddal (nem-szelektív β-adrenoceptor agonista, ISO) vagy fiziológiás sóoldattal kezeltünk. 5 héttel a kezelést követően a depresszív viselkedést nyílt tér és cukor preferencia tesztekkel, a kognitív képességeket új hely és új tárgy felismerési tesztekkel mértük, majd az állatokat feláldoztuk további neuroimmun vizsgálatokra.

Eredmények – következtetések

A ISO kezelésben részesült hímek szorongásos viselkedést és csökkent mobilitást mutattak, míg ilyen változások a nőstényeknél nem voltak jelen. A depresszióra jellemző anhedóniát egyik nemnél sem tapasztaltunk. Kogníciót tekintve az ISO-val oltott hím állatok esetén a deklaratív memória romlására utaló jeleket tapasztaltunk. Az ISO okozta szívkárosodás mértékének kvantifikálása és a neuroimmunológiai változások vizsgálata folyamatban van.

Összefoglalva, időskorban a szívkárosodást követően változatos mértékű depressziós tünetek és a kogníció különböző aspektusainak csökkenése figyelhetők meg. A jelen preklinikai állatkísérletünkben nemi különbséget találtunk a jelenség modellezhetőségében. A prognózis és az életminőség romlása jelentős egyéni és társadalmi teher, így a komorbiditás hatékony kezelésmódjának megtalálása kiemelt jelentőségű feladatunk a továbbiakban.

Szédülés és elesések idős korban

Tóth Margit

Zala Megyei Szent Rafael Kórház Zalaegerszeg Geriátria,
Krónikus Belgyógyászati és Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály

Az idősek egyik leggyakoribb panasza a szédülés. Legsúlyosabb szövődménye az elesés, mely a 65 év felettiek minimum egyharmadát érinti évente legalább egyszer. A zalaegerszegi Megyei Kórház Geriátria, Krónikus Belgyógyászati és Mozgásszervi Rehabilitációs osztályán kilenc hónapos felmérés keretében kerestünk választ az elesések okaira, az elesések frekventált idejére, gyakoriságára, a nemek szerinti különbségekre.
A vizsgált populáció háromötöde (419 fő) nő, kétötöde (268 fő) férfi. A betegek átlagéletkora magasabb a jelenlegi magyarországi születéskor várható élettartamnál, a nők átlagéletkora 78 év, a férfiaké 72 év volt. Az elesések gyakorisága mindkét nemben 14% volt. A férfiak és a nők egyaránt átlagban ötféle gyógyszert szedtek. Mindegyik beteg multimorbid volt, az alap- és társbetegségek terén a nők lényegesen betegebbnek bizonyultak, mégis a férfiak gyakrabban estek el (1,5 alkalom), mint a nők (1,33 alkalom). A férfiaknál minden harmadik eset, a nőknél minden negyedik eset járt sérüléssel. A társbetegségek alapos tanulmányozása megadja az eltérésre a választ. A nap folyamán négy elesési csúcsot lehetett kimutatni, ugyanakkor volt két olyan időpont is, amikor az emberek egyáltalán nem estek el. Ezek az intervallumok egybevethetőek voltak az aktuális tevékenységekkel, a szokásos napirenddel.

Az elesések megelőzése:

Primer teendő az elesés pontos okának meghatározása. Szekunder megelőzésként a beteg általános állapotát kell befolyásolni, hogy mozgásképessége javuljon. Tercier feladatunk az idős ember számára biztonságos tárgyi és személyi feltételeket kialakítani. Ezen egyénre szabott eszközök segítenek elérni a legfontosabb célt, hogy az idős ember minél tovább tartsa meg mozgásképességét, ennek révén önállóságát.

Az önéletrajzokat és az előadáskivonatokat, ábrákat, táblázatokat a beküldött formában és minőségben, változtatás nélkül közöljük.

Az IDŐSGYÓGYÁSZAT folyóirat első számának nyomtatott változatát az

Egis Gyógyszergyár Zrt.
minden megkötöttség nélküli támogatása tette lehetővé.