

Egy holisztikus szakrendelés paradigmaváltó következtetései. Quo vadis szakrendelés?

Dr. Varga Imre, programvezető, Holisztikus Medicina Program, Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Tanszék Szakorvosi Rendelőintézet Urológia szakrendelés, Dunakeszi

Az egészségkultúra-váltás 70-es években indult tudatos folyamata a holisztikus betegellátás erősödésével és gyakorlatával kezdődött, melynek mi is részesei vagyunk. Különösen a több évtized tapasztalatával bíró kollégáink érzékelhetik azon orvostechológiai, terápiás stb. változásokat, melyek már „egy emberöltő” távlatából is jelentősek. Örömteli a fejlődés kapcsán kialakuló ún. szubdiszciplínák sorának megjelenése is, amelyek rendszerbe illesztésére viszont kevés ország rendelkezik módszertannal. Bonyolítja a helyzetet az a reális betegigény, hogy a testet illető problémákon kívül a lélek és a szellem kérdését is vonjuk be gyakorlatunkba. Mindez kikényszerít egy másfajta szemléletet mindennapi munkánk során, – tevékenykedjünk bármely szakmai területen – hogy holisztikusan tekintsünk betegeinkre, mégpedig úgy, hogy a korrekciós változásokat a XXI. század kihívásaként elhíresült Whole Person Care elv iránti elkötelezettségünk hassa át. Saját, e téren szerzett nagyjából három és fél évtizedes urológiai szakrendelői tapasztalatom alapján konkrét – emlékeztető/tancélos – példák segítségével szeretném kifejteni véleményem és levonni következtetéseimet, amelyek részévé válhatnak akár oktatási programnak is.

The conscious process of paradigm changes in health care started in the 1970s with the practice and strengthening of holistic patient care. We have been part of this process. When we study the literature of this process and evaluate the gained experience, we understand that it is worthwhile for us to draw the necessary conclusions for ourselves as well. Our colleagues who have the experience of several decades in practice may notice those significant technological, therapeutical etc. differences that may be noted within the period of a single generation. The continuous emergence of subspecialties can be considered a welcome development in this respect that demands urgent change. There are only a few countries that have a conscious organization for the handling of this system theory by a complex targeted implementation method. What makes the situation even more difficult is the realistic demand of patients that not only their bodies be treated but the mind and soul should also be taken into consideration. In respect all of the above, our everyday work should be altered all together, no matter what field of medicine we work in. Correctional changes should be executed according to the challenge of the 21st century by adhering to the Whole Person Care

theory. I would like to express my opinion and draw the relevant consequences through my own experience of three and a half decades in my urology office. I hope all these may enter into an educational curriculum as well.

ALAPHOZZÁÁLLÁS ÉS -HELYZET

Leszögezendőnek tartom a megállapítást, hogy a szakrendeléselem működésének alapja a szakma szabályainak megfelelően végzett urológusi tevékenység valamennyi írott és elfogadott szabálya. Természetes, hogy ehhez lényeges a szakmai ismeretek szinten tartása. Tekintettel a cikk témakörére, érthető, hogy itt nem az urológia szakmai kérdések dominanciája a meghatározó.

Saját – kezdetben spontán alakuló – holisztikus formálódásom beindító tényezői közül kiemelném az elmúlt 40 év orvostechológiai, szakmai, a műtéttechnikai változásait, vagy pl. az egyes műtétet is kiváltó gyógyszerek, esetleg beavatkozások sorát. Nevesíthető a kórházi osztályok számának csökkenése, – progresszivitási szintek intézmények szerinti különbözősége – vagy az egy esetre jutó csökkenő kórházi ápolási napok számának alakulása is. A változások sorában említhető továbbá az egynapos beavatkozások megjelenése, valamint így a pre- és poszt-hospitalizációs teendők, valamint a műtéti előkészítések, kiegészítő konzíliumok szervezése, akár a betegeinkkel más szakmai szintek érintése is. Szóra érdemes egyéb más tevékenységünk is, mint például az onkológiai jellegű feladatok határozottabb megjelenése, mely szintén más minőségi és mennyiségi feladatot integrált gyakorlatunkba.

Fentiek alakulásával azonban nem változott a betegek hozzáállása, akik továbbra is sajnos csak panaszok jelentkezésekor jönnek rendelésre. Sokszor régi reflexeink működtek/működnek, mikor szakmánként minden orvos a betegeik „szerveit” próbálja gyógyítani csupán, figyelmen kívül hagyva a szervezet egységében betöltött kapcsolatrendszerük összefüggéseit. Változást kikényszerítő tényezőként lenne célszerű tanulmányozni a „szuper szelektálódó”, a szakmánkon belüli szűk határterületi specialitások megjelenését (urodinámia, immuno-onkológia), vagy szakmákkal csak részben kapcsolatba hozható területek megjelenését, mint pl. pszichoneuro-endokrino-immunológia stb. Problémát jelentenek még az egyre hosszabbodó betegfogadási listák következményei mind a klinikumban, mind a diagnosztikában. Ide tartoznak még olyan, nem szorosan egészségügyi eredetű szempontok, mint pl. a betegeink túlterheltsége/stresszes életvitele, állás-

féltése által megjelenő korlátok. Az orvosi tevékenység kapcsán felderített anomáliák új feladatokat adnak, amelyek sokszor meghaladják a szakmánk határait [2].

ÚJ IDŐK ÚJ SZELE

Az orvosi tevékenységnek változnia kell, egyrészt a betegekkel, másrészt a kollégákkal történő kommunikáció és szakmai együttműködés oldaláról. E kérdésben utalok a kapcsolat-alapú orvoslás kérdésre, melyet Cooperation Based Medicine-nek (CBM) neveztem el [1]. A holisztikus betegellátással kapcsolatos gondolataimat egy 2015-ben megjelent könyvemben írtam le [3]. A holisztikus gondolkodás sarokpontjai:

- Az akut egészségügyi problémák definitív megoldása felől el kell mozdulni betegünk egészségét befolyásoló egyéb okok és összefüggések feltárása felé, akár a beteg adott panaszától független tünetek, jelek befolyásolása irányába.
- Szűkebb szakmánktól független – általános orvosi – logika kialakítása.

Mindez a transzdiszciplinaritás fogalmával írható le [4]. Ez a fogalomkör a kapcsolatok holisztikus jellegére is utal, mely vonatkozik a résztvevő kollégák szakmai határain túli ismeret/tájékozottság szintjére is. Konkrét transzdiszciplináris CBM példám: gyermek fogszabályozás kérdése az urológia szakrendelésén?

Több évvel ezelőtt láttam el kb. 6-7 év körüli gyermeket fimózisa miatt. Túl az urológiai ellátáson, észleltem a gyermek esztétikailag zavaró fogtorlódását és madárcarc formáját. A szülő csupán a végleges fogak megjelenése után fordult volna fogszabályzó szakemberhez. Csupán egy hosszabb mondatot engedhettem meg magamnak, hogy az én tájékozottságom szerint a 6-7 éves korban szakszerű myofunkcionális tréner használata nem pusztán a fogtorlódás kezelésére lehet sikeres, hanem még az állcsontok fejlődésére is hatással lehet, amit a későbbi ún. multiband már nem képes befolyásolni. Javasoltam tehát egy fogszabályzó kolléga felkérését és vélemény/segítség kérését. Gyanúm igazolódott az etiológia terén, mikor megtudtam, hogy a gyermek egy magánintézmény steril sebészeti műtőjében császármetszéssel született, és édesanyja nem szoptatta. A mikrobiális kolonizáció és a természetes táplálásnak a fogazat alakulására és az arcformára való hatásának kötetnyi irodalma van, és igen csak meggyőző e téren. Néhány évvel később a gyermek édesanyja mutatott egy 6 éves, majd 10 éves korban készült fényképeket gyermeke arcáról és fogairól, ami csaknem összehasonlíthatatlan különbséget mutatott a korai szakszerű beavatkozás nyomán, nem pusztán a fogtorlódás, hanem az arcforma vonatkozásában is.

A TEST, A LÉLEK ÉS A SZELLEMLÉNY KAPCSOLAT SZEREPE

Pont egy urológiai szakrendelésen? Mégis hogyan? Tancélosak a gyakran sablonszerű hasonlatosságok:

- Csaknem tankönyvi pontossággal előadott panaszok: krónikus prosztatitisz, krónikus medencei fájdalom, here-táji, diffúz alhasi fájdalmak, visszatérő vizelet-panaszok. (Az internet szerepe kiemelendő ebben a tájékozottságban).
- Gyógyszerekre/antibiotikumok adására nem változó panaszok, korábbi kivizsgálások során eredménytelen tényezések, endoszkópia, kivizsgálás nemi betegségek irányába, CT, MR stb. Többszöri egyéb terápiás sikertelenségek.
- Urológiai szakorvosi kivizsgálásom alkalmával gyakorlatilag negatív fizikális, labor és UH eredményt találok a fentebb említett kérdéssel kapcsolatban.
- A háttérben valószínűsíthető nem urológiai okok megdöbbenők.

Igen gyakran előforduló mondatom ilyen helyzetekben, hogy „Sajnos rossz hírem van, maga urológiai szempontból teljesen egészséges.” Döbbenet a beteg számára ez a felismerés, mert attól nagyobb a probléma, hogy nem tudjuk, milyen valós ok lehet a háttérben. Ugyan nem szeretném pszichiáter kollégáim feladatát rendelőkben átvenni, de már számtalan olyan „fű alatti” probléma derült ki rendelőkben pl. szeptember-október táján gyerekek vizelet-panaszai háttérben, melyek óvónővel, pedagógussal, társaival stb. kialakult konfliktusokra voltak visszavezethetők.

Tancélos példám lenne kettő is, melyekhez hasonlóak saját szakmai fejlődésemre is hatással voltak:

Több rendelés komplett dokumentációjával, hosszabb eredménytelen antibiotikus kezelését követően másodlagos véleménykérésre jött egy férfi beteg a feleségével, aki férje pontos prosztatitisz kórtörténetét ismertette velem. (Ez már önmagában gyanús volt.) Vizsgálatát követően az ő esetében is elhangzott a „sajnos ...” kezdetű mondatom. Jóllehet félek valahányszor más szakmai területekre teljes lendülettel átmenni, de pár kérdést mindig megengedek magamnak. Esetükben rövid idő alatt kiderült, hogy az akkor 8 éves kislányuk áttétes neuroblasztómás és menthetetlen, akinek csaknem évek óta minden nap a bekövetkező halálát félik. Ugyan nem pszichiáterként, de nagyon remélem, hogy valamiképp sikerült megoldanunk ebből a tragikus helyzetből, csak nem az urológiai szakma területéről.

Másik, egy számomra ma is elgondolkoztató eset:

4 éves kislányt hozott anyja rendelésemre, mivel egy hete fél óránként vizzik ki óvodában vizelni és már egy hete éjjelente is bevizel, jóllehet, hogy évek óta ilyen nem történt. Szomorúan kezdtem a vizsgálata után a „sajnos...” mondatom, pár kérdéssel érdeklődve óvodai és otthoni esetleges feszültség helyzet után kutatva. Mikor az apáról érdeklődtem közölte a mama, hogy őt ismernem kell, mert másfél éve ő egyik betegem, akinél prostata rák után nyomozunk! Egyébként pontosan azokban a napokban vártam kíváncsian eredményét, amit másnap meg is kaptam (igen nehezen beazonosítható széli részen levő rákot találtunk prosztatájában, mely már a tokot is áttörte). E kérdésben a nem tudományos magyarázatom is homályos, mikor magammal a helyzetet

szeretném megértetni, viszont egyben biztos vagyok, hogy végső soron a 4 éves gyermek hamarabb tudott apja rákjáról, mint én. Szülőkkel megbeszélve szerintem sikerült a gyermek problémáját megoldani, valamint az apa kezelését szakma szerint megadott módon sinre tenni.

E két példa is szolgálhat indokul debreceni oktatóprogramban egy különös diszciplína fontosságára, melyet Optimális gyógyító környezetnek hív a szakirodalom (Optimal Healing Enviroment) [4]. A szakterület előadójának, Julia Pcheny-nek a PhD munkanyagát 2023-tól beépítik az angol alapellátás képzési tananyagába.

MINDEN MINDENNEL ÖSSZEFÜGG

Az anamnéziszfelvétel kapcsán vehetem észre, hogy miről is panaszkodik még betegem az urológiai problémáin kívül.

Étkezések függvényében jelentkező hasfájás, puffadás, hasmenés, székrekedés, esetleg váltakozó székelési habitus, ritkábban előfordulhat bőrgyógyászati, idegyógyászati tünet is, alvászavar, ízületi probléma vagy akár úgynevezett „agykód” is [5].

Mit is látunk egyes betegünk urológiai ellátása során? Figyelemhiányos hiperaktivitás szindróma (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD), amiotrófiás laterálsklerózis, Alzheimer-kór, Sclerosis multiplex, Parkinson-kór, depresszió, fokozódó demencia, esetleg skizofrénia stb. [7, 8].

NAGY VALÓSZÍNÜSÉGGEL NEM ZÁRTHATÓ KI

- Tejallergia (tejfehérje-, tejcukor-érzékenység)
- Gluténérzékenység lehetőségére is lehet gondolni. Becslések szerint a felnőtt lakosság 6-10 százalékát érinti, több százezer embert jelent! Mindez, mint a liszt-érzékenység az agyi működési zavarok hátterében is feltételezhető [6, 7]!
- Cöliákia: gluténmentes diétával befolyásolható állapotok hátterében gyakran nem mutatható ki maga a cöliákia, [9] azaz nem cöliakiás gluténszenzitivitásról van szó (Non Coeliac Gluten Sensity NCGS) [10].

Mielőtt bárkit is megijesztenék, hogy a holisztikus igények révén a „szakmai határsértéseket” esetleg milyen mélységig kellene bevállalni, jelzem, hogy pl. az egyszerű feltételezés kapcsán javasolt tejmentes – tejfehérje-, tejcukormentes diéta – vagy a glutén kihagyása, akár más étrendi korrekciós javaslat már önmagában is járhat eredménnyel! Tehát nem kell a helyzetet túlbonyolítani! (Említhetném egy láthatóan ADHD-s gyermek esetében tett egy mondatos diétás és könyvcím javaslatomat, mely eredményt hozott a szülő későbbi elmondása szerint.) Viszont amennyiben a tudásom szintjét meghaladja betegem konkrét esete, valahányszor megfelelő szakmai irányba továbbítom. Azonban a kezét addig nem engedem el, míg sorsát biztonságban nem tudom, és megfelelő visszajelzésem az eredményeiről nincs. Lényegében innentől aktiválódik a CBM tudásom befolyásoló

hatása is, mint pl. olyan területeken, mint fogszabályzás, vagy mikrobiomika stb., ahol szakmafüggetlen ismereteim gyarapodhatnak.

Egyébként miért is érdemes a cöliákia vagy a „leaky gut mucosae” (Alessio Fasano) kérdésével foglalkozni? A válasz egyszerű, mert ezen betegek (gluténérzékenyek) száma egyre nő [11]! Az újabb vizsgálatok sokkal erőteljesebb növekedésről számolnak be. Pl. Skóciában 1990 és 2009 között 6,4-szeresére nőtt a cöliakiás betegek száma [12], míg az USA-ban 1975 és 2000 között Catassi és munkatársai ötszörös növekedést figyeltek meg [13]. Sőt, napjainkra mindenkinek 50% esélye van arra, hogy élete során gluténérzékennyé váljék – csak provokálja valami ki [14]! Tehát érdemes a kérdéssel foglalkozni.

CSAKNEM MINDEN NAP FELMERÜLŐ KÉRDÉSEK

Kezetben spontán indult munkamódszeremet a „differenciáldiagnosztika” korszakaként jellemezném, míg utóbbit egy lényegesen komplexebb „holisztikus”, immáron már tudatos időszakként jelölném meg, mely tartalma lényegében nem más, mint a holisztikával kibővült differenciáldiagnosztika.

Alább egy tökéletességre nem törekvő felsorolásban foglalnék össze egy csokrot, melyről állíthatom, hogy utóbbi kb. 10 évemben – mióta az eseteket konkrétan követem – nem volt olyan nap, mikor ezek közül egy konkrét problémát nem találtam volna, sőt olyan napom is volt, mikor minden második beteg esetében lett volna okom az alábbiak közül választani.

- **Mikrobiális diszbiózis:** A kiváltó okok skálája meglehetősen széles, melyek a non-szteroid fájdalomcsillapítóktól a savlekötőkön át az antibiotikumokig okozati összefüggéseiben jól követhetőek! Utóbbit kiválasztva muszáj megemlítenem azon szakmák és a háziorvos kollégák fontos szerepét, akikkel gyakran kényszerülünk ezen terápiára. Nem csak az antibiotikum-rezisztencia az, amitől félnünk kell, hanem az állapot valamennyi lehetséges káros következményén is el kell gondolkoznunk, mikor gyógyszert indikálunk és a terápia idejét meghatározzuk. Elgondolkoztató, hogy akár már egy antibiotikus kúra is okozhat akár több évre is elhúzódó mikrobiális következményeket, [15] mely kapcsán az is előfordulhat, hogy bizonyos, egyébként a szervezet számára szükséges baktériumtörzs véglegesen el is tűnhet! Ma is megdöbbsen annak a 25 éves hölgy betegemnek esete, aki kb. 15 kg-t hízott egy más szakma által adott és folyamatosan váltogatott fél éves antibiotikum kúra kapcsán.
- **Metabolikus szindróma.** A nem alkoholos zsírmáj, inzulinrezisztencia, hipertenzió, obesitás témakör kiemelt jelentőséggel bír a speciálkollégiumi oktatási programunkban, a téma vezetője Paragh professzor úr [16]. Csaknem mindennapi ezen kórkép megjelenése valamennyiünk rendelőjében, a leginkább demonstratív példája a holisztika fontosságának. Várható a metabolomika,

az oxidatív stressz szindróma, mikrobiomika, a gyulladássos és neurodegeneratív kórképek komplexebb értéken kezelése a jövőben, mely szemléletmódváltást és komoly teammunkát igényel.

- Ételallergiák, ételintoleranciák, valamint a FODMAP (fermentálódó oligo-, di-, monoszacharidok és poliolo), továbbá a hisztamin- és fruktóztolerancia.
- Irritábilis bél szindróma, Crohn betegség, kólitisz ulceróza, kontaminált vékonybél szindróma.
- Autoimmun kórképek (reumatoid artritisz. Hashimoto-tireoiditisz, látens felnőttkori autoimmun diabétesz).
- Vastagbél, nőgyógyászati daganat, policisztás ovárium szindróma, endometriózis stb.
- Gyógyszermellékhatások (protonpumpagátlók, hisztaminreceptor-blokkolók, non-szteroid gyulladásgátlók stb.).
- Gócbetegségek (fogászat, parodontopátia, nőgyógyászat, gégszét stb.).

Nem tartom magamat arra illetékesnek, hogy a felsoroltakat bővebben kifejtssem, inkább a felsorolással pusztán a holisztika iratlan szabályainak megfelelő határáig próbálok elmenni. Azonban segítséget kapok ehhez az egyetemi speciálkollégiumi oktatásunkban résztvevő 22-25 szakembertől, akikről büszkén állíthatom, hogy egyenként kiváló, naprakész ismerői szakterületüknek.

MINDEN MINDENNEL ÖSSZEFÜGG, 1. ESET

Hajhullás miatt góckeresés kérdésével küldtek rendelésemre egy középkorú nőbeteget (nőgyógyászat, fogászat, gégszét, vérkép rendben). Több intézményben járt már panaszával, ahol hüvelyi, húgycső-hólyagalapi panaszok miatt STD-vizsgálatoktól a cisztoszkópiáig minden vizsgálaton átesett, valamennyi esetben negatív eredménnyel. Mivel hajhullása nem volt foltos jellegű, így a gócos eredet, mint ok nem volt valószínűsíthető. Urológiai vizsgálatom sem talált gócot. Részletes kikérdezéssel derült ki fibromialgiája, valamint bőr/nyálkahártya hámlása, ajak körüli fehér csík feltűnő volt, továbbá a közösküléshez kapcsolódóan hüvelyi panaszokat említett. Saját elhatározásból és gyógyszereszi tanács alapján szedett multivitamin.

Laboratóriumi vizsgálattal D-vitamin szintje elégtelennek minősült, a multivitamin cseréje mellett D-vitamin pótlásban is részesült. Hajhullása megszűnt, ajak körüli fehér csík is eltűnt, továbbá valamennyi nyálkahártya panasza megszűnt.

Magyarázat: a beteg A-vitamin mérgezés állapotában volt, a preformált A-vitamin nagymértékű felhalmozódása/csökkent felhasználása miatt. Ez a receptorok szintjén még csak tovább rontotta a D-vitamin hasznosulását, annak egyéb következményeivel.

MINDEN MINDENNEL ÖSSZEFÜGG, 2. ESET

Erektilis diszfunkcióval beutaló nélkül jelentkezett egy kb. 50 éves beteg urológián, meglehetősen elhanyagolt külsővel, akit depressziója miatt nem küldött sem háziorvosa, sem

pszichiátere korábban kivizsgálásra. Viagrától kezdve egyébként mindent kipróbált már, eredménytelenül.

- Urológiai státusza: kornak megfelelő, különösebb teendőket ez alapján nem igényel, jelzett panasza mögött urológiai ok nem valószínű.
- Rákérdezéssel megtudható: háziorvosa/kardiológusa tanácsára kőkemény zsír/koleszterin diétát tart, aki folyamatos, masszív – 80 mg/nap- sztatin terápiára állította be! Laborértékeinek alakulását nem követték.
- Vizsgálataiból kiemelendő: kedvezőtlen denzitometriás eredmény.
- Labor: rossz májfunkciós értékek, magasabb PTH-szint, alacsony Ca-szint, elégtelen D-vitamin és igen alacsony tesztoszteron, valamint össz. koleszterinszint (1,8!!!).
- Felmerül a kérdés, számomra, mint urológusnak, hogy elegendő-e a gyógyszeres tesztoszteron korrekció, + PDE5-gátló adása, majd e területre vonatkozó folyamatos gyógyszerelés és a hormonszint kontrollálás és kész? („Symptom resolution or suppression?” Probléma megoldás, vagy tünet csökkentés?)
- Esetleg endokrin szakrendeléstől konzíliumkérés? Hát NEM!

Terápia: sztatin, szigorú diéta elhagyása, D-vitamin feltöltés (heti 60 000 NE). Eredmény: Minden egyéb medikáció nélkül is a labor eredmények javultak és az erektilis diszfunkció megoldódott. A változások a beteg megjelenésén is láthatók voltak! A beteg évek óta kezelt – 3 suicid kísérlettel is elkísért – depressziója csaknem megszűnt.

Tanulság: A koleszterinszint csökkentésére régen elindított sztatin terápia ellenőrzése nem történt meg, így állhatott elő az 1,8-as érték. Az alacsony D-vitamin-szint egyrészt szezonális hatás, másrészt a koleszterinhiány miatt állhatott elő. Az alacsony tesztoszteronszint az alapanyaghiány miatt alakult ki. A csökkenő Ca-szint, fokozza a PTH aktivitást, mely eredményeként fokozódik a vesében az aktív D-vit. előállítás és a Ca reabszorpció. A rossz denzitometriás eredményt is ez okozta: a több mint tíz éve fennálló terápia kapcsán aktív D-vitamin hiányában a PTH a csontok lebontásába kezdett, így biztosítva a vér Ca szintjét. A rossz májfunkciós értékeket a HMG-CoA reductáz enzim gátlás okozta (sztatin). A depresszió is a koleszterin-, szerotoninhiány következménye, az epe, zsíremésztés, zsírdékony felszívódási zavarok, izomfájdalom, mikrobiális diszbiózis stb. a fentiek következménye. A sztatinhasználók körében szignifikáns mértékben megnövekszik a depresszió előfordulása, valamint a balesetekből és az öngyilkosságból, és az agresszív cselekedetekből eredő halálozás.

Megjegyzés: a beteg egy egyetemi tanár volt, akinek nemcsak egyéni egészségét, hanem komoly tudományos egyszintenciáját, családi helyzetét is befolyásolta állapota, akinek konkrét esete tancélos a szakirodalom segítségével [17-23], mint a multidiszciplinaritás hiányának fájón demonstratív példája!

Nyomatékosan hangsúlyoznám azonban, hogy kritikai megjegyzéseimet nem a gyógyszerekkel kapcsolatos evidenciák témakörében fogalmaztam meg.

FELELŐSSÉG KÉRDÉSE A HOLISZTIKUS ELLÁTÁS KAPCSÁN

Évek során alakuló gyakorlatom láttán saját magamnak tettem fel a kérdések sorozatát, mely miatt fogalmazódott meg bennem egy tanulmány, ahol az alábbiakat szintén kifejtettem [2]. Csak példaként említek néhányat, a cikkben is leírt tancélos problémakört:

- magas CRP miatt folytatott küzdelmem,
- aggodalmam az elhízott gyermek pl. esetleges fiatal felnőttkori kardiovaszkuláris problémái, kolorektális rák, netán Alzheimer-kór rizikója miatt.
- Az igen alacsony D-vitamin-szint kapcsán az autoimmun kórképek lehetőségétől a fibromialgiáig nekem kell-e aggódnom?
- Netán az emberiség jövője miatti aggodalom is az én feladatam lenne?

A magamnak adható válasz megfogalmazásában komoly segítségemre volt Prof. Dr. Paul Clayton barátom (Oxford University) szakirodalmi munkássága, no meg sokszori személyes konzultációnk lehetősége is [24, 25]. Oktató csapatunk egyik erősségeként hallgatóinknak ő adja le a Táplálkozásmedicina alapvonalait. Röviden ezt összefoglalva szeretném érthetővé tenni az esetlegesen túlzónak is minősíthető utolsó kérdésemet: 1989 és 2005 közötti időszakban 32,3%-os férfi spermaszám csökkenést regisztráltak [26]! Az 1940-es években több mint 100 milliós spermaszám/ml-hez viszonyítva mára már az átlag csak a 15-40 milliós tartományban van, ami önmagában a termékenység határa [27]. Prof. Clayton szerint megjósolható, hogy 2030-tól a növekvő mértékű meddőség egyfajta összeomlást is okozhat, amennyiben a folyamat így halad tovább. A jelenség rövid magyarázata szerint a túlzott gyulladás felborítja a sejtek szaporodása és a programozott sejthalál közötti dinamikus egyensúlyt, mely eredményében a spermiumok pusztulási sebessége nő [28]. Tehát a táplálkozás/dietetika, az oxidatív stressz, az orvoslás kapcsán helytelen gyógyszerelés stb. okok, mint fő bűnösök visszaszorítása nem egy szakmának, hanem valamennyiünknek a feladata.

A JÖVŐ ÉS AZ EPIGENETIKAI ORVOSLÁS

Nagyjából 15 évvel ezelőtt kezdtem daganatos betegek komplex uro-onko-pszichológiai kezelését tudatosan szervezni [30]. A programomat elsősorban komplex – gyulladásellenes – étrendi korrekciókkal kezdtem, mely kapcsán észlelt vérnyomáscsökkenéseket – normalizálódó értékeket – nem tudtam megmagyarázni (DASH Dietary Approaches to Stop Hypertension). Hosszú idő kellett elteljen, míg kollégáim segítségével megismerhettem a magas vérnyomás diétás kezelését az Integratív Medicina könyv [4] Luke Fortney által írt fejezetében, ahol megtudhattam, hogy stroke-rizikó és depresszió csökkenés is várható ezen étrendi korrekció kapcsán [31]. Utólag sajnálom, hogy adminisztrációm nem úgy alakítottam, hogy pl. a stroke vagy depresszió alakulásáról

ne csak szubjektív véleményem lehessen. A diétás kezelés hatásának pontosabb magyarázata azonban mindaddig homályos volt számomra, míg a mikrobiom témakörét meg nem ismerhettem [6-8, 32]. A további konkrét magyarázatot különféle széklet transzfer kísérleteivel Jing Li 2017-es cikke szolgáltatta számomra [33]. Remélhetően a jövőben a valós klinikai gyakorlat (Real Clinical Practice – RCP) részeként ezek és hasonló kérdések konkrét segítségül szolgálhatnak, megfelelő evidenciákkal megtámogatva.

Miért is térek ki ilyen epigenetikai epizódra? Mivel szerintem ennek szele napjaink szakrendelői munkáját is érinti. Szerintem ezen ellátási szinten is tudunk befolyásolni folyamatokat, tehát nem árt kis energiát fordítanunk a megértésére. Ez a felismerés döbbsen rá, hogy igaza lehet Tim Spector professzornak (London King's College) aki az epigenetikai epidemiológia és a populáció szintű epigenom asszociációs vizsgálatok egyik úttörője, mégpedig annak az iránynak, amit epigenetikai medicinaként is ismerhetünk. Érdekes logikával vizsgálja pl. szerzőtársaival az egypetéjű ikreket a környezeti hatások függvényében és vonja le következtetéseit [34]. Utalnék Feinberg megállapítására is, aki a humán betegségkockázat 80%-át környezeti tényezőkkel magyarázza, továbbiakat a genomszekvenciával, míg a maradékot véletlennek tulajdonítja [35]. No ezen 80%-on belüli mozgáster kutatása lehet a jövő kihívása és a mi feladatunk. E kérdésben említhető az ún. Tomasetti/Vogelstein féle random mutációs elmélet is, mellyel kapcsolatos elmélkedés, esetleg vita generálása meghaladja a cikk által kitűzött céljaimat [36].

Saját szakmánkból is rendelkezünk idevágó – környezetre is visszavezethető – példákkal, mikor több közleményből is ismerhető a tény, hogy pl. a Japánból Svédországba települt férfiak második generációja már azonos prosztatarák incidenciával bír, mint a svéd helybeliek. Jó analóg példaként szolgálhat kutatásokhoz az Alzheimer-kór vizsgálata Afrikában és az USA-ba települt afroamerikai betegek második/harmad generációjára is. Tehát a kutatási lehetőségek tárháza csaknem végtelen.

ORVOSKÉPZÉS ÉS SZEMLÉLETMÓD

Elgondolkoztató megállapítását olvashatjuk a Debreceni Orvosegyetem dékánjának Dr. Mátyus Lászlónak, az IME hasábjain megjelent interjújában [37], mely szerint a közeljövőben diplomázó orvostanhallgatóink kis szerencsével még 2070-ben is praktizálni fognak. Mint ahogy évtizedekkel ezelőtt a mi graduális oktatásunk sem biztosíthatta azon ismereteket, melyek birtokában ma lehetünk, így azt mi sem tudjuk megadni mostani hallgatóinknak, amire pl. 2070-ben lehetne szükségük. Viszont az igényesség, a szakmai korrektség, a rendszerelvű gondolkodás, a fénysebességgel duzzadó információhalmaz feldolgozása, az időmenedzsment gyakorlattá alakítása napjainkra még inkább korszerű formában „betáplálható” hallgatóinkba. Ez ugyanúgy feladata és felelőssége a hatéves oktatás során minden tantárgynak, mint egy holisztikus/integratív speciálkollégiumi

kurzusnak, csak legfeljebb ez utóbbi esetében kissé koncentráltabban. Példaként említeném meg későbbi analógiákhoz napjaink mindennapi praxisaiban – akár a járóbeteg szakellátásban is – a pszichotoxicitás, a mikrobiális biodiverzitás, vagy a molekuláris mimikri-bystander aktivitás, autoagresszív limfocitózis [38] szakmai kérdésköreit, valamint azoknak használatát, melyeket számukra oktatni, nekünk meg tanulni kell ma, hogy rendszerelemként alkalmazhassuk. Remélhetőleg olyan témakörök is rövidesen megtalálják méltó helyüket, mint nutrigenetika/nutrigenomika, vagy az epigenetikus medicina, vagy a ma még átláthatatlannak tűnő pszicho-neuro-endokrino-immuno-onkoló-

gia, amelyek beépülnek prevenció, diagnosztikus és kuratív tevékenységünkbe egyaránt!

Kívánom, hogy a mi szemléletmód módosítására irányuló korrekciós igyekezeteink sikerrel járjanak az oktatásban, és mai tanítványaink az előbb említettekhez hasonló témakörök kutatásával és gyakorlati elemmé alakításával tevékenykedjenek betegeik üdvére.

Úgy érzem, hogy a mindennapi szakrendelői munkánk, valamint graduális/posztgraduális oktatásunk során is a jövőben többször kell gondolnunk holisztikus, integratív tényezőkre, melyek nem pusztán az adott szakmánk szervére vagy szervrendszerére vonatkoznak.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Varga I: A Cooperation Based Medicine mint a paradigmaváltás alapja az egészségügyben, IME – XVI. évf, 2017, 8:33-38
- [2] Varga I: Osztott felelősség kérdése holisztikus megközelítésből, IME – XVIII. évf. 2019, 3. 26-31
- [3] Varga I: A holisztikus betegellátás alapvonalai Könyv ISBN 978-963-12-4373-4
- [4] Rakel D: Integrative Medicine 4th Edition
- [5] Perlmutter D: Grain Brain Little, Brown Spark, 2018 Gabona-agy Kossuth Kiadó
- [6] Perlmutter D. Villoldo A: Power Up Your Brain: The Neuroscience of Enlightenment New York, Hay House, 2011
- [7] Perlmutter D. Villoldo A: Agy-építők Kossuth Kiadó 2017
- [8] Guseo A: A Mikrobiom – Bél – Agy Tengely AlphaPress nyomda és Kreatív Grafikai Stúdió 2017, második kiadás
- [9] Hadjivassiliou M et al.: Does Cryptic Gluten Sensitivity Play a Part in Neurological Illness? Lancet 347, no.8998: 1996. Febr 10:369-371.
- [10] Fasano A, Sapone A, Zevallos V, Schuppan D: Non-celiac Gluten and Wheat Sensitivity Nonceliac Gluten Sensitivity Gastroenterology Volume 148, Issue 6, May 2015, Pages 1195-1204
- [11] Rubio-Tapia A, Kyle RA: Increased Prevalence and Mortality in Undiagnosed Celiac Disease Gastroenterology July 2009 Volume 137, Issue 1, Pages 88–93
- [12] White LE, Merrick VM, Bannerman E, Russell RK, Basude D, Henderson P, Wilson DC, Gillett PM: The rising incidence of celiac disease in Scotland. Pediatrics, 2013 Oct; 132(4): e924-31.
- [13] Mustalahti K, Catassi C, Mäki M: Coeliac EU Cluster, Project Epidemiology. The prevalence of celiac disease in Europe: results of a centralized, international mass screening project. Ann Med. 2010 Dec;42(8):587-95. doi: 10.3109/07853890.2010.505931.
- [14] Kupfer SS, Jabri B: Pathophysiology of celiac disease. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2012 Oct;22(4):639-60. doi: 10.1016/j.giec.2012.07.003. Epub 2012 Aug 30.
- [15] Jernberg C, Löfmark S: Long-term ecological impacts of antibiotic administration on the human intestinal microbiota The ISME Journal 1, 56–66 (2007)
- [16] Paragh Gy.: A metabolikus szindróma fogalma, diagnosztikája, terápiás lehetőségei, IME – XVI. évf., 2017, 3:48-53
- [17] Holick MF: Van új a nap alatt! – M. Holick endokrinológus professzor a D-vitamin aktuális kérdéseiről, IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, XIV. évf., 2015, 9:34-36.
- [18] Corona G et al: The effect of statin therapy on testosterone. Levels in subjects consulting for erectile dysfunction. Journal of Sexual Medicine7, no 4 (2010. Apr. 7.):1547-1556.
- [19] AUA American Urological Association 2015 Annual Meeting: Abstract MP51-04. Presented May 17, 2015. Pam Harrison Low Vitamin D Tied to Testosterone Dip in Healthy Men May 27, 2015 Conference News
- [20] Men With Low Testosterone Often Have Low Bone Density Too (<http://www.medscape.com/viewarticle/846022>)
- [21] McCall B: Vitamin D Supplements May Raise Sex Hormone Levels in Men European Congress of Endocrinology (ECE) 2017
- [22] Muldoon MF, Manuck SB, Matthews HA: Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials". BMJ 1990 11;301 (6747):309-14.
- [23] Malikin CJ: Low Serum Testosterone and Increased Mortality in Men with Coronary Heart Diseases." Heart 96 No. 22 (2010 nov) 1821-1825
- [24] Clayton P: Ne Gyulladj Be! A krónikus gyulladás, mint a betegségek fő oka és az általa okozott károk, Biogenic World Laboratories Europe Kft.
- [25] Clayton P: Nem a tünetet kell kezelni, hanem az okot megszüntetni, IME – XIV. évf., 2015, 10:31-33
- [26] Rolland M, Le Moal J: Decline in semen concentration and morphology in sample of 26609 men close general population between 1989 and 2005 in France". Hum Reprod. 2012 Dec 4

- [27] Mascarenhas MN, Flaxman SR: National, regional, and global trend in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys". *PLoS Med.* 2012 Dec.;(12): e1001356,
- [28] Pérez CV, Theas MS: Dual role of immune cells in the testis: Protective or pathogenic for germ cells?" *Spermatogenesis.* 2013 Jan 1;(1): e23870.
- [29] Tom A: *Hutchinson Whole Person Care, / A New Paradigm for the 21st Century* Springer 2011
- [30] Varga I: Az onkopszichológia holisztikus megközelítése: rákbetegek pszichoszociális támogatása saját tapasztalatok alapján. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy XVI. évf.* 2017, 5:33-39
- [31] Cherian L, Wang Y: Dietary Approaches to Stop Hypertension. Diet Associated with Lower Rates of Depression Diet Shown to Reduce Stroke Risk May Also Reduce Risk of Depression AAN (American Academy of Neurology) 70 th ANNUAL MEETING ABSTRACT FEBRUARY 25. 2018
- [32] Chutkan R: *The Microbiome Solution: A Radical New Way to Heal Your Body from the Inside Out* 1 Reprint Edition Pinguine Random House LLC, New York 2015.
- [33] Li J, Fangqing Zhao F: Gut microbiota dysbiosis contributes to the development of hypertension. *Microbiome* 20175:14, <https://doi.org/10.1186/s40168-016-0222-x>)
- [34] Castillo-Fernandez JE, Spector TD, Bell JT: Epigenetics of discordant monozygotic twins: implications for disease *Genome Medicine*20146:60 <https://doi.org/10.1186/s13073-014-0060-z>
- [35] Feinberg AP, The Key Role of Epigenetics in Human Disease Prevention and Mitigation *N Engl J Med* 2018; 378:1323-1334 DOI: 10.1056/NEJMr1402513 April 5, 2018
- [36] Tomasetti C, Li L, Vogelstein B: Stem cell divisions, somatic mutations, cancer etiology, and cancer prevention *Science* 24 Mar 2017 Vol. 355, Issue 6331, pp. 1330-1334 DOI: 10.1126/science.aaf9011
- [37] „Hiszek a kollektív bölcsesség és az egyéni felelősség erejében” – Dr. Mátyus László dékán az értékorientált orvosképzésről. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy XVIII. évf.* 2019/2
- [38] Berer K, Krishnamoorthy G. Microbial view of central nervous system autoimmunity. *FEBS Lett.* 2014 Nov 17; 588(22):4207-13. doi: 10.1016/j.febslet.2014.04.007. Epub 2014 Apr 18.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Varga Imre 1976-ban szerzett általános orvosi diplomát Debrecenben, 1981-ben szakvizsgát az Orvostovábbképző Egyetem Urológiai Klinikáján. 2000-ben szerzett a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen egészségügyi menedzser diplomát. Alapító tagja – kezdetben titkára, majd éveken át elnöke, 2017-től örökös tiszteletbeli

elnöke – a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetségnek. A Dunakeszi Szakorvosi Rendelőintézet urológus szakorvosa. Szakmai tanulmányutak: Ausztrália, Flinders Medical Center. Az USA 10 államában vett részt szervezési, egynapos szolgáltatások vizsgálatá,

szerkezetátalakítás, irányított betegellátás szervezésréning programon USAID segítséggel. Korábban az OEP-nél és az egészségügyért felelős minisztérium bizottságaiban tanácsadó, Miniszteri Tanácsadó Testületi tag, valamint a Szegedi Tudományegyetem orvos/közgazdász képzésében a járóbeteg szakellátás oktatója. Jelenleg a Debreceni Orvosegyetem Holisztikus Medicina speciálkollégiumi oktatás programvezetője. Szervezési-kutatási területe: az egynapos és az ambuláns ellátások, komplex egészségügyi rendszerek működtetése, holisztikus/integratív kultúraváltás tanulmányozása. Alapításától, 2002-től az IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy – tudományos folyóirat Szerkesztőbizottságának a tagja és az Integratív Medicina rovat szerkesztője.

Betegbiztonság – Te is tehetsz érte!

Betegbiztonság – Te is tehetsz érte! címmel országos lakossági kampány indul a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ és a Kutatópont közreműködésével.

20 településen a szakértők oktatófilmek segítségével hívják fel a figyelmet arra, mit tudnak tenni maguk a betegek és hozzátartozóik a betegbiztonsági kockázatok csökkentéséért. A helyszínen ingyenes egészségügyi szűrésekkel várják az érdeklődőket: koleszterin-, vércukor- és vérnyomásmérésre, látásvizsgálatra és testzsírmérésre van lehetőség.