

Dr. Nagy Ferenc

A colorectalis tumorok szűrésének lehetősége, a családorvos feladatai a betegek ellátásában

Összefoglalás

A colorectalis carcinoma (CRC) a daganatos morbiditás sorrendjében Magyarországon mindkét nemből a második helyen áll, férfiaknál a tüdő, nőknél az emlőrák előzi meg. Elismerjük, hogy a colorectalis rák okozta halálozás az 50. év feletti, átlagos rizikójú populáció, valamint a fokozott rizikójú betegcsoportok szűrésével csökkenthető. Szűrésre négy módszert tart alkalmasnak az irodalom (occult vér kimutatás, kettős kontrasztos irrigoszkópia, szigmoideoszkópia, kolonoszkópia). A szűrés akkor lehet hatékony, ha ismerjük a veszélyeztetett betegeket, az egyes módszerek lehetőségeit és határait, kombinációik értékét, költségvetéseiket. A rizikómentes, az átlagos és a fokozott rizikójú betegcsoportok képzése, a betegek irányítása és gondozásba vétele a családorvosok feladata.

Bevezetés

A fejlett és a fejlődő országok egyik legjelentősebb egészségügyi problémája a vastagbél-, és a végbélrák esetek számának emelkedése. Hazánkban az utóbbi években a daganatos betegségek morbiditási sorrendjében a colorectalis carcinoma (CRC) a második helyet foglalta el. A CRC gyakoriságát nőknél az emlő, férfiaknál a tüdő daganata előzte meg, a nemek között enyhe férfi dominancia volt megfigyelhető. Évek óta tudjuk, hogy a mortalitást csak a szűrővizsgálatok bevezetésével lehet csökkenteni, mert a jelenleg rendelkezésre álló diagnosztikus, sebészeti és onkológiai módszerek hatékonysága nem növelhető. A szűrővizsgálatok akkor sikeresek, ha költségkímélők, hatékonyak, a családorvosok és a veszélyeztetett betegek széles rétege megérti és elfogadja az ajánlott módszereket és a szűrés jelentőségét.

A szűrés szempontjai

A vastagbélrák elleni küzdelem összetett feladat, ismerni kell a daganat természetét, a felderítésére alkalmas módszereket, a kezelési elveket, valamint az egyes módszerek lehetőségeit és határait.

A colorectalis területben kialakuló adenocarcinoma az esetek 60-90%-ában benignus polypusból indul ki, mely szövettanilag adenoma. Az adenomák a 40. életév felett jelennek meg a colorectalis területben, malignus átalakulásuk függ a polypok számától (>3 malignitás gyakoribb), jelenlétük idejétől (10 év után 8%, 20 év után 28% malignus), a polypus nagyságától (<1 cm 1.3%, >2 cm 46% malignus), a szöveti szerkezettől (a villosos szerkezet aránya döntő), a lokalizációtól (a distális polypus a malignusabb). A „jóindulatú” polypusok mellett olyan tumorokkal is számolni kell, melyek kicsiny, korán malignizálódó adenomákból alakulnak ki, s mint kis méretű „korai carcinomák” jelennek meg a colorectalis területben.

A vastagbélrák rizikója 50 év felett mindkét nemből „átlagos”, az új esetek 75%-ában a CRC ún. sporadikus rák. Az átlagos rizikójú betegcsoport mellett az irodalom az elmúlt évek szűrési tapasztalatai alapján a korábban homogén „fokozott rizikójú” csoportot „enyhe” és „fokozott rizikójú” csoportokra osztotta².

Az „enyhe rizikójú” betegek öt alcsoportot alkotnak. Az első alcsoportba azok a betegek kerülnek, akiknek egyetlen <1 cm nagyságú polypusuk volt. A második alcsoportban a betegek polypusa >= 1 cm, vagy több polypusuk van. A harmadik alcsoportba azok a betegek tartoznak, akiknél a CRC miatt kuratív resectio történt. A negyedik alcsoportba sorolják azokat az eseteket, akiknek elsőfokú családtagjai között CRC vagy adenomatosis polypus fordult elő 60 éves koruk előtt, vagy két (esetleg több) hozzátartozójuk érintett bármelyik korban. Az ötödik alcsoportba azok tartoznak, akiknek egyéb családtagjában a CRC előfordult.

A „fokozott rizikójú” csoportban

a betegség megjelenése genetikusan determinált; FAP (családi adenomatosis polyposis), HNPCC (a vastagbélrák veleszületett, családi halmozódása), vagy krónikus gyulladásos állapothoz társul; colitis ulcerosa (pancolitis > 15 év), M. Crohn (vastagbél – vékonybél lokalizációkban).

A vastagbélrák szűrésére alkalmas módszerek

1. az occult vérzés kimutatás (FOBT),
2. a flexibilis szigmoideoszkópia (FS),
3. a kettős kontrasztos irrigoszkópia (KKI),
4. a kolonoszkópia (C),
– a fenti módszerek egymást kiegészítő kombinációi (elsőként FOBT vizsgálat készül, majd eszközös vizsgálat) pl.:
– FOBT + FS
– FOBT + KKI
– FOBT + C

1. Az occult vérzés kimutatása (FOBT)

A széklet occult vér vizsgálatára a pseudoperoxidáz reakción alapuló guaiac próbát, az antihumán haemoglobint használó immunokémiai módszert, és a hematorporphyrin kimutatásán alapuló eljárást használhatjuk. Általában három különböző napon ürített minta vizsgálatára kerül sor.

A guaiac próba, illetve a gyanta szűrőpapírra itatott, postázható formájának (pl. Haemoccult) használata meglehetősen gyakori. A gyantában lévő fenol vegyületet a haem peroxidáz aktivitása hidrogén peroxid hozzáadására quinonná oxidálja, melynek kék színreakció az eredménye. A módszer nem specifikus, a színreakció erősségéből a vérvesztés mértékére következtetni nem lehet. A téves pozitívítást diétahiba (véres húsok, peroxidáz, kataláz tartalmú gyümölcsök) szalicil ill. NSAID gyógyszerek által kiváltott vérzés is okozhatja. A vizsgálat tévesen negatív, ha a vérzés mennyisége nem éri el a kívánt mértéket. A teszt kalibrált s csak a 20 ml/nap feletti vérvesztés

Dr. Nagy Ferenc,
Szegedi Tudományegyetem,
I. Belgyógyászati Klinika,
6725 Szeged, Korányi fasor 8.

esetén ad pozitív eredményt (normál érték 0.5 – 2 ml/nap). Az eredmény téves negatív C vitamin, valamint antioxidánsok fogyasztása esetén. Az orális vas bevétele a székletet feketére színezi, s ez lehetetlenné teszi a színreakció kiértékelését.

Az aspecifikus guaiac próbát a humán vérre specifikus immun módszerrel célszerű kiegészíteni, vagy az érzékenyebb immunokémiai tesztet (HemeSelect) kell használni. Az immun módszert diétás faktorok (állati vér, C vitamin, peroxidok fogyasztása) nem befolyásolják, a kémiai módszerénél szenzitívebb és specifikusabb, ezért szűrésre inkább ezt javasolják.

A rákok kétharmada, a polypusok mintegy fele vérzik a mintavétel hete alatt. A vérzés az elváltozások nagyságával illetve stádiumával arányos idejű és mértékű. A pozitív eredmény miatt (bármelyik minta) további vizsgálatok végzése javasolt, melynek elsődleges célja a colorectalis terület elváltozásainak kimutatása. Ha a vastagbélben vérzésforrást nem találunk, az egész gastrointestinalis traktus vizsgálata szükséges.

2. A flexibilis szigmoideoszkópia (FS)

A vizsgálat a rectosigmoideum átvizsgálását teszi lehetővé, a megelőző órákban adott 2-3 hashajtó hatású beöntést követően. A 60 cm hosszú üvegszáloptikás eszközzel átlagban 8-10 perc alatt lehet áttekinteni a vastagbél distalis területét a descendens kezdetéig. Ezen a területen található az összes daganatos vastagbél elváltozások több mint fele. A vizsgált szakaszon a módszer az occult vérzés kimutatásánál szenzitívebb, a potenciális vérzésforrást (polypus, tumor) direkt vizualizálja, a vizsgálat során az elváltozások biopsziázhatók. Az 1 cm-nél kisebb elváltozások mindig biopsziára kerülnek, ha bármelyik minta adenoma vagy carcinoma jelenlétét igazolja, akkor totalis kolonoszkópia végzése javasolt (ha lehet) terápiás beavatkozással.

A módszer hátránya, hogy a proximális bélszakasról nem kapunk információt, ezért egyrészt a vizsgálatot kettős kontrasztos irrigoszkópia követheti, másrészt operatív beavatkozásra kevésbé alkalmas, így kóros eltérés esetén a kolonoszkópia következik.

3. A kettős kontrasztos irrigoszkópia (KKI)

A vizsgálat a kolonoszkópiánál kisebb megterhelést jelent, biztonságosabb és olcsóbb. A módszert a kolonoszkópiával azonos minőségű előkészítésnek kell megelőznie. Szenzitivitása (munkahelyenként változik) az 1 cm alatti polypusokra 50-70%, az e felettiekre 70-90%, a Dukes A és B carcinomákra pedig 55-85%. Téves pozitivitását széklet maradvány, a nyálkahártya irregularitása okozhatja. Hatékonysága tekintetében a KKI a kolonoszkópia alatt marad, de a klinikailag szignifikáns eltéréseket általában jól kimutatja. Hátránya, hogy kóros esetekben később „felesleges”-nek bizonyul, mert a betegnek még kolonoszkópiára is szüksége lesz. A precíz vizsgálat azonban a rectosigmoideum kóros elváltozásait nagy biztonsággal jelzi, s ez megkérdőjelezheti az előzetes flexibilis szigmoideoszkópia szükségességét. Korlátai miatt, a korábban polypus és/vagy CRC miatt ellátott betegek követésére nem alkalmas.

4. A kolonoszkópia

A beteg számára ez a legkényelmesebb, de a legtöbb előnnyel kecsegtető vizsgálat. A kolonoszkópot a disztendált bélben általában 15-20 perc alatt, az esetek 80-95%-ában a colcumig vezetik. A totalis vizsgálatot a polypok és a carcinomák diagnosztikájában „arany standardnak” tekintik, a kis polypok azonban a „vak foltokban” elkerülhetik a vizsgáló figyelmét. A módszert szükség esetén diagnosztikus biopszia, terápiás értékű polypectomia és mucossectomia egészítheti ki. A lehetséges komplikációk; hasi fájdalom, ileus, cardio-respiratorikus eltérések, perforáció és vérzés. A várható kellemetlenségek és veszélyek miatt kevés beteg fogadja el elsőként, szűrővizsgálatként a kolonoszkópiát. Az inkomplett vizsgálat ismétlést vagy kettős kontrasztos irrigoszkópia elvégzését teszi szükségessé.

A vastagbélrák szűrés menete, lehetőségei, eredményei, kritikái

I. Szűrés „átlagos rizikó” miatt az 50 év feletti lakosságban.

I.1. FOBT teszt végzése évenként népességszűrésre

I.1.1. FOBT + Kolonoszkópia

Kontrollált vizsgálatok bizonyították a szűrés hatékonyságát, ha a széklet occult vér (FOBT) szűrővizsgálatra évenként kerül sor és a pozitív esetek kolonoszkópos ellátásban részesülnek. A téves negatív FOBT teszt eseteket a következő év(ek)ben fogjuk kiszűrni, a téves pozitív betegeket viszont a negatív kolonoszkópia után 10 évig nem kell szűrünk.

I.1.2. FOBT + Flexibilis szigmoideoszkópia

Ha a FOBT teszt pozitív és flexibilis szigmoideoszkópia történik (esetleg kolonoszkóppal), akkor inefektív vizsgálat, vagy negatív rektoszigmoidalis terület esetén a kettős kontrasztos irrigoszkópia következhet, kóros esetben pedig kolonoszkóppal folytatjuk a megkezdett vizsgálatot és totalis kolonoszkópiát végzünk a lehetséges ill. szükséges beavatkozásokkal.

Negatív FOBT teszt esetén a flexibilis szigmoideoszkópia elvégzését ma már nem három, hanem 5 évenként ajánlja az irodalom

I.2. Flexibilis szigmoideoszkópia használata tömegszűrésre

I.2.1. A flexibilis szigmoideoszkópiát első szűrő vizsgálatra és tömegszűrésre (a colorectalis adenoma relatív alacsony prevalenciája miatt) a FOBT vizsgálatnál rosszabbnak tartják. A vizsgálat ismétlését 5 évenként javasolják.

I.2.2. Egy működő modellben egyedül a flexibilis szigmoideoszkópot használják szűrésre a következő algoritmus szerint. A 60 év feletti lakosságot tájékoztató anyaggal és kérdőívvel keresik meg. Azokat a betegeket, akikről visszajárják a válaszokat és beleegyeznek a vizsgálatba (kb. 50%), egy alkalommal vizsgálják. Ha a beteg polypmentes vagy „low-risk” polypusa van (háromnál kevesebb adenoma, nagyságuk <1 cm, szövettani szerkezetük tubularis, a dysplasia csak enyhe, esetleg közepes), nincs további teendő. Ha a vizsgálat során a betegnek polypusai, vagy egy „high-risk” polypusa van (háromnál több adenoma, bármelyik nagysága >1 cm, a szövettani szerkezet tubulovillosus képet mutat, a dysplasia pedig súlyos) elvégzik az első totalis kolonoszkópos vizsgálatot.

I.3. Kettős kontrasztos irrigoszkópia, mint első szűrő

Előnye, hogy minimális disz-

komfort mellett, aránylag olcsón képes bizonyítani szignifikáns colorectalis elváltozásokat. Hátránya, hogy kis elváltozásokat nem mutat ki, a műtermékek és a kóros eltérések miatt megerősítő endoszkópos vizsgálat, biopszia, polypectomia szükséges. A negatív vizsgálat ismétlését ma már inkább 5 mint 10 évenként javasolják. A szűrés céljából egyedül alkalmazott vizsgálat értékéről nincs elég adat.

I.4. Kolonoszkópia, mint első szűrővizsgálat

A módszer önmagában is alkalmas szűrővizsgálatra. A módszerben rejlő diagnosztikus és terápiás lehetőség miatt az „egyszer az életben 50 év után” ajánlásnak is vannak hívei. A „csábító” ajánlattal szembeáll a módszer minden kényelmetlensége, ára és nem teljesen veszélytelen volta. A módszert csak kevesen fogadják el szűrésre, pedig az átlagos rizikójú beteg számára a negatív kolonoszkópos vizsgálat valóban végleges megoldás is lehet. Ha a vizsgálat negatív a következő kolonoszkópiát (illetve szűrést) csak 10 év múlva javasolja az irodalom.

A csak kolonoszkóppal végzett szűrések eredményéről – az irrigoszkópiához hasonlóan – nincs elegendő információ.

II. Szűrés „enyhe rizikó” miatt az érintett öt alcsoportban

Az első csoportba (1 polyp <1cm) tartozó betegek az első vizsgálatot és polypectomiát követően 3 év múlva kerüljenek vizsgálatra. A legújabb ajánlás szerint az ellátást követően, a követés szempontjából a beteg rizikója „átlagos”, melyet azonban nem mindenki fogad el. A második csoportba (több ≥ 1 cm polyp) a polypmentes állapotot követően három év múlva, majd polypmentesség esetén ötévenként szükséges a colonoscopia. El kell érniünk, hogy ha a betegnek már volt szövettani vizsgálatlall adenomának bizonyult polypusa, akkor a vastagbél további vizsgálatára mindig kolonoszkópiát használjunk.

A harmadik csoportban (kuratív CRC műtét után) a rezekció után egy, majd három évvel, ennek negatívítása után pedig ötévenként totális colonoscopia javasolt. Ha a betegnek vastagbélrák miatt preoperatív végzünk kolonoszkópiát, mindig töre-

kedni kell az egész vastagbél áttekintésére. Ha a preoperatív vizsgálatkor az eszközt nem lehetett a caecumig vezetni, akkor még a műtét évében szükség van a totális kolonoszkópia elvégzésére.

A negyedik csoportban (multiplex, vagy korai familiaris CRC és/vagy adenoma) 5 évenként a 40 éves kortól totális colonoscopia végzése ajánlott. Az ötödik csoportban (egyéb családi CRC előfordulás) az átlagos rizikónak megfelelő szűrést 50 éves kor alatt már érdemes megkezdeni. Vannak, akik a veszélyeztetett családtagok FOBT szűrés nélküli kolonoszkópos vizsgálatát javasolják¹⁰.

III. Szűrés „fokozott rizikó” miatt két genetikusan determinált betegcsoportban és gyulladásos bélbetegségben (IBD)

III.1. Szűrés a családi adenomatosus polyposis (FAP) előfordulása esetén

Ezekben az esetekben először a családtagok genetikai vizsgálatát kell elvégezni, az esetleges génhordozás tisztázása érdekében. Génhordozás fennállása esetén, vagy ha nincs mód a beteg genetikai vizsgálatára, 14 éves kortól évenként javasolt a szigmoideoszkópia elvégzése, a betegség manifesztációjának észlelése céljából. A polyposis megjelenése miatt előbb vagy utóbb colectomia válik szükségessé, a kolonoszkópia és az ismételt polypectomia nem jelent megoldást a beteg számára.

III.2. Szűrés a vastagbélrák vele-született családi halmozódásakor (HNPCC – hereditær nonpolyposis colorectal cancer)

A vastagbélrák a közeli fiatal hozzátartozókat és a generációkat is érinti, ezért az egész család genetikai vizsgálata szükséges. A colorectalis terület vizsgálatára totális kolonoszkópia javasolt. A szűrést 20 éves korban érdemes elkezdni, 40 éves korig két évenként, felette a kolonoszkópia elvégzését évenként javasolják.

III.3. Gyulladásos bélbetegségben (Colitis ulcerosa, M. Crohn)

Az éveken át tartó kiterjedt gyulladás hajlamosító tényező a rákra. A pancolitis több mint 8, a bal oldali colitis 15 éves fennállása után kell számolni a vastagbélrák rizikó emelkedésével, mely miatt ezt követően 1-2 évenként kolonoszkópia és multiplex biopszia végzése szükséges.

A szűrés költségének és hatékonyságának szempontjai

A vastagbélrák szűrése akkor a legolcsóbb, ha csak szigmoideoszkóppal végezzük, viszont ennek a legkisebb a hatékonysága. Ezt a szintet a nála kissé drágább éves FOBT vizsgálat is eléri. A FOBT olcsó vizsgálat, a széklet kezelése azonban sok betegben averziót vált ki. További tartózkodást okozhat a téves eredmények elfogadtatása, mivel a módszer pozitív prediktív értéke és szenzitivitása egyaránt alacsony. Irodalmi adatok szerint a FOBT egyedüli alkalmazásának szenzitivitása a CRC kimutatására kb. 40%. A szűrések sikerének további akadálya, hogy ismételt megjelenést igényelnek s az eddigi tapasztalatok szerint a részvételi arány évente csökken. Mindezek ellenére a FOBT évenkénti ajánlása ma már szilárd tudományos bizonyítékon alapul. Az Egyesült Államokban és Európában elvégzett több mint 260.000 szűrés eredménye azt mutatja, hogy a vizsgálat előnyösen befolyásolja a vastagbélrák túlélését. A Minnesota tanulmány az évenként végzett FOBT szűrést elemezve a vizsgáltak között a vastagbélrákkal kapcsolatos halálozásban 33%-os csökkenést talált.

Ha az éves FOBT szűrést a negatív esetek 3-5 évenkénti szigmoideoszkópos vizsgálatával kombinálják, akkor a program drágább, viszont legalább ennyivel hatékonyabb. Ezt a kombinációt az Amerikai Gasztroenterológiai Társaság minden 50 év feletti amerikai polgár számára javasolja, az egészségügyi szolgálat pedig már 2 éve megtéríti.

Természetesen más, a szűrésre alkalmas és elfogadott módszerek ill. kombinációk is térítést kapnak. Ha két módszer célszerű kombinációjával végeznek szűrést (pl. FOBT + KKI), a szűrés mindig drágább, de hatékonyabb. A különböző kettős kombinációk a hatékonyság és a költség tekintetében nem térnek el lényegesen egymástól. A költséget a harmadik módszer igénybevétele és a szükségesnél gyakoribb (felesleges) szűrések azonban lényegesen növelik.

Az utóbbi évek koncepciói ismételtelen kihangsúlyozzák az egész vastagbél vizsgálatának jelentőségét. Ez gyakorlatilag két módszer a kolonoszkópia és/vagy az irrigoszkópia között osztja meg a betegeket. Mivel az irrigoszkópia diagnosztikus

lehetőségei szerényebbek, terápiás lehetősége nincs, bizonyos esetekben pedig szűrésre nem ajánlható, elsősorban a kolonoszkópos esetek számának emelkedésével kell számolni.

A szűrés sikere számára nagyon fontos, hogy a szűrés menetéről, lehetőségeiről, előnyéről és hátrányairól, a szűrésben résztvevők megfelelő információkkal rendelkezzenek. Oldanunk kell azt a szorongást, melyet a szűrés az esetek felében, elsősorban a kevésbé iskolázott betegek és a nők körében okoz. Előre fel kell készíteni betegeinket a téves pozitív és a téves negatív eredmények lehetőségének elfogadására. A kedvetlen tapasztalatok miatt előre fel kell hívni a családorvosok figyelmét arra, hogy a szűrések szükségesnél gyakoribb elvégzése felesleges és költséges.

Rizikófaktorok és a prevenció kérdése

Az öröklött hajlam mellett a legfontosabb rizikófaktor a beteg életkora; a friss esetek 90%-a az 50 év feletti korcsoportból kerül ki. Hajlamosi-

tó tényező a fizikai inaktivitás, a zsírdús étkezés, a növényi rostok fogyasztásának háttérbe szorítása, de egyértelmű diétás tényezőt bizonyítani még nem lehetett. A különböző adalék anyagok (szelén, folsav, kalcium), oestrogén és aszpirin védő hatásának vizsgálata folyamatban van.

A szűrés technikai lehetőségei, a családorvosok szerepe

A szűrés megkezdésének feltétele (megfelelő tájékoztatást követően), a beteg előzetes hozzájárulása. A vizsgálatok lépcsőzetesen történhetnek, előzetesen rögzített algoritmus szerint. Az első lépcsőben a családorvos és a laboratórium játszik szerepet (székletvizsgálatok). A második lépcsőben gasztroenterológiai szakambuláns és/vagy radiológiai járóbeteg-ellátásra kerülhet sor (eszközös vizsgálatok). A harmadik lépcsőben a betegek ellátásához fekvőbeteg osztály(ok) (gasztroenterológia, sebészet, onkológia) szükségesek.

A családorvos első tevékenysége a betegek kiválasztása rizikócsoporthoz. Ezt követően a szűrést eluta-

sító betegek feljegyzése (kontroll csoport), a hozzájárulást adó betegek szűrésének megkezdése és irányítása a feladat. A szűrésre alkalmas módszerek és kombinációik közül jelenleg hazánkban egyik sem kitüntetett s a szűrésre alkalmas „arany standard” még az irodalomban sem áll rendelkezésre, ezért célszerűnek látszik egy-egy bevált kombináció, ajánlás alapján végezni az 50 év feletti lakosság szűrését, a veszélyeztetettek szűrését pedig átadni a szakellátásnak.

Rövidítések:

CRC	colorectalis carcinoma
FAP	familiaris adenomatosis polyposis
HNPCC	herediter non-polypoid colorectal cancer
FOBT	fecal occult blood test
FS	flexibilis szigmoidoszkópia
KKI	kettős kontrasztos irrigoszkópia
C	kolonoszkópia
IBD	inflammatory bowel disease

Dr. Újszászy László

Irritábilis bél szindróma – az orvos-beteg kapcsolaton alapuló differenciál diagnosztika

Az orvos a visszatérő, vagy a krónikus, állandóan meglevő panaszok esetében arra törekszik, hogy minél gyorsabban „kézzelfogható”, azonosítható, jól értelmezhető diagnózis felállításához jusson. A beteg a visszatérő, vagy krónikus, állandóan meglevő panaszok esetén arra törekszik, hogy minél előbb megnyugtatható, a tünetek megszűnéséhez vagy enyhüléséhez vezető kezeléshez jusson. Azok a panaszok és azok a tünetek, amelyekhez strukturális vagy biokémiai eltérések nem csatlakoztathatók, ezen a palettán nehezen találták meg önálló jelentőségüket.

A közelmúltban az intenzív elméleti és klinikai kutatás a funkcionális gasztroenterológiai megbetegedéseket legalább három meghatározó ponton alapvetően új megvilágításba helyezte. Ezt a három meghatározó területet a patogenetikai háttér jobb megértése, a tünetorientált pozitív diagnózis elfogadása és egy ésszerű hatékonyságra törekvő, lépcsőzetes terápiás stratégia kidolgozása és alkalmazása jelentette.

A hatékonyságra és megbízhatóságra törekvő orvoslás előtt, mellett, mögött egy harmadik-negyedik dimenzióban létezik egy további terület, a szubjektívum világa, amelyet a megélt élet minősége jelez legpontosabban.

Az egészségi állapot a megélt életminőséget jelentősen befolyásolja.

Az életminőség és a gasztrointesztinális betegségek

Az életminőség és az egészségi állapottal összefüggő életminőség két eltérő terület. Az orvoslásban gyakran szinonimaként használják a két fogalmat. De elkülönítésük nem öncélú.

Az élet minőség (quality of life, QoL) fogalmát számtalan aspektusból lehet vizsgálni. Olyan alapvető tényezőket is tartalmaz, hogy hol és hogyan éljük mindennapjainkat. Olyan tényezők együtteséről van tehát szó, amely magában foglalja a családi állapotot, a képzettséget, a nemzeti hovatartozást, a munkavégzés jellegét, a barátságot, az életszínvonalát és még ki tudja, hogy mi mindent. Ezek a tényezők csak látszólag esnek messze az orvosi gondolkodástól.

Dr. Újszászy László
Semmelweis Kórház
Gasztroenterológiai Osztály
3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.