

## Burn-out... a nagy veszély?

Jelentős, sőt azt is mondhatnám, izgalmas probléma kutatásáról számoltak be az *Orvosi Hetilap* hasábjain kollégáink: a gyógyítás egyik veszélyeztetője pontosan az elégedetlenség, az agyonhajszoltság, az elismerés hiánya, a Nyugatról fokozatosan beáramló gyanakvaskeltés is (*Győrffy Zsuzsa és Girasek Edmond*: Kiegészítés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek? *Orv. Hetil.*, 2015, 156(14), 564–570.).

Nálunk, úgy értem a II. világháború kiszolgáltatottjainak, az alapnehézségeken kívül, meg kell küzdeniük a pénzügyi nehézségekkel, hiányokkal is. Orvosaink így kettős szorításban dolgoznak.

Az első az általános, ez a szakmai terheléssel és – erről alig volt szó – a munka milyenségével függ össze: Napról napra, óráról órára az emberi nyomorúsággal, elesettséggel, fenyegetettséggel, sokszor a tehetetlenséggel és sikertelenséggel konfrontálódni, ezt érző, humánus ember a végletekig nem bírja ki. Mindegyik fogalommal érdemes lenne részletesen foglalkozni. A másik ember kínlódását látni, fél fégyvertelenül ott állni a beteg kérdő tekintete előtt, tudva, hogy kimerültek a lehetőségeink (persze emberségünk akkor is él, és hatnia kell: velezés, biztos fellépés, biztatás, gondozás, tüneti terápia művészete, pszichoterápia), az emberpróbáló és fölémelő élménytömeg.

Mivel tud többet a gazdag országok gyógyítása? Egyáltalán lehet ilyen?

Sajnos lehet: Mert anyagi problémák nem hátráltatják a működésüket, nem küzdenek hiánnyal, náluk a varrőszköz, a protézis stb. hiánya ismeretlen fogalom. Terhelésük sokkal kevesebb.

(Hadd említsem itt egy élményemet: Nagyon régen történt, egy kongresszus kapcsán egy svájci klinikát látogattam, elbeszélgettem a belgyógyász orvosokkal. Mondták, hogy este legalább 2 órával tovább maradnak. „Ilyen sok a munka?” – kérdeztem. Aztán finomabb detektív munka után kiderült, hogy bőven készek fél 5-kor, de bent maradnak, mert a túlórájól megfizetik, s ez az intézménynek sem tűnik föl... vagy nem számít.)

A munkamódszerük se olyan megterhelő. Egy Egyesült Államokba telepedett pszichiáter kolléga mesélte, hogyan dolgozik: A beteg bejön, rövid fölvetel, aztán a beteg lefekszik, csukja be a szemét, beszéljen, mondjon el mindent a panaszairól. Ő ül az íróasztala mögött, figyel is, de inkább nem, az egész szalagra kerül, és este belehallgat itt-ott, s ez alapján adja meg a véle-

ményét. Lehet, hogy így kell? Nekünk más tanítottak.

Nálunk ma minden főorvos arról panaszkodik, hogy ideje jó részét az adminisztráció köti le, a gyógyszeresporolás nehézségei, a jelentések, statisztikák stb. Tegyük hozzá, az elvándorlás miatt beállt orvoshiány minden szakterületet kezd bémítani.

Nem is szólva arról, hogy a gazdag országokban legalább megfizetik a nehéz szakmát végzőket, nincs anyagi gondjuk, nincs 2-3 műszakjuk<sup>1</sup>.

Ámde: hogy az anyagiak teljesen nem oldhatják meg az orvosi-ápolói<sup>2</sup> szakma embert morzsoló viszonyait, mutatja az, milyen nagy orvoshiány alakult ki a nyugati (győztesen vesztes és vesztesen győztes) országokban is, hiszen ezért csábítják el az itthoni orvosok tömegét Angliától Németorszáig, mindenfelé. Az orvosi szakma nemcsak nimbuszából veszített az utolsó 60–100 év alatt, hanem még többet a vonzásából. Szomorú, de a fiatalok tetemes százalékát ma nem az emberszeretet, a segíteni akarás tereli az orvosi pályára, hanem a gazdagság felé való kacsingatás, a jobb életmód lehetősége (mármost, ha kivándorol).

A kiváló cikk több részlete elgondolkodtatott. Azt gondoltam volna, hogy a sebész szakmák, ahol közvetlen, jól látható sikereket lehet elérni, kevésbé viseli meg a lelket. (A baleseti sebészeket megértem, hisz rájuk pillanatonként zúdul a legmegviselőbb látvány, életveszély, sürgetés, de az ortopéd szakmát már nem értem, ott tervezett műtétek, nagyszerű új eredmények vannak – térd-csípő protézis. A természet is fölémelő szakma a csodálatos szemlencse-beültetésekkel, lézerműtétekkel, igaz, a csak kezelhető nagy betegségek (glaucoma, maculadegeneráció, ablatio retinae) megviselhetik a finom beavatkozások művészeit.

A belgyógyászatot és leginkább az ideg-, de főleg elmeorvosászatot sokkal kiszolgáltatottabbnak érzem, ahol több a probléma, az eldöntenivaló, a lassú siker vagy sikertelenség.

A radiológiáról pedig azt gondoltam, hogy a nagyszerű új technikákkal látványos sikereket érnek el, amellel nincsenek kitéve sem a beteg panaszáradatainak, sem megoldásaink tökéletlenségének.

<sup>1</sup>Amiért itthon szidalmat kapnak helyett, hogy megdöbbenének az orvosok hősies önfenntartási áldozatán.

<sup>2</sup>Mindig teammunkában gondolkodhatunk, nővérekre, asszisztensekre hasonló terhek hárulnak, és ugyanúgy károsítják testüket-lelküket.

A következő, ami a cikkben meglepett, az az eredmény, hogy a *fiatalok még az időskoruknál is gyakrabban* esnek bele ebbe a „betegségbe”, helyesebben következménybe. Az ember azt hinné, fiatal korunkban bőven van erőtartalékunk, amely kiegészít, kihúzza még a bajból is. Ilyenkor még nincsenek saját bajaink, a rossz, a betegség, az elmúlás *még csak másokra vonatkozik* – szegény párákra, nagy magabiztosságunkban így érezzük –, tehát fiatalként még érinthetetlenek, megtámadhatatlanok vagyunk. Az idősök számtalan megterhelő élménye mellett még saját sorsukkal is szembe kell nézniük, és mégis ők az érintettebbek?

Igaz, hogy a *fiatal klinikusra* hárul a rutinmunka részben még idegen, részben felőrlő sokasága, ez talán az egyik ok. A másik, hogy védekezőképességük, valljuk be, időskori fásultságuk még nem alakult ki. (Hál’ istennek csupa olyan tanítómesterrel, főnökkel kezdtem pályámat, akik időskorukban is a legmélyebb együttérzéssel és elszánással küzdöttek betegeikért, és nagyon is érdekelte őket betegük sorsa.)

Az, hogy az orvos házaspárok helyzete rosszabb, talán érthető, hiszen a „kórokozó” befolyások mindkét oldalról érik őket. Igaz, a másik nehézségeit így pontosabban tudják megérteni, és a kibeszélés is mélyebben folyhat.

Érdekes lenne a fekvőbeteg-osztályok súlyosbító helyzete mellé odaállítani a *mentők* helyzetét, akik a legszörnyűbb emberi katasztrófákkal találkoznak, és életük a legérőltetettebb hajzában telik, majd kizárólag azonnali életmentés a dolguk, ráadásul nehéz körülmények között. Az intenzív osztályon dolgozó kollégák ilyen irányú adatai nem ezt támasztják alá?

Az inspekciónak szerepe teljesen érthető, pláne ahol még állandó helyhiánnyal is meg kell küzdenie az ügyeletesnek, legalábbis a mi időnkben ez volt mindegyikünk kérészeje.

A cikkből kiderül, hogy kisgyerekeink a védelmünket jelentik. Jó érzés ezt tudni.

A fontos és érdekes cikk ennyi mindent felkavar az emberben. A nagy dilemma, vajon félni kell-e attól, hogy a szakma iránti érdeklődés egyre csak lazul, és ha kimerül a máshonnan átcsabítható orvosok halmaza, nem lesz-e Európában is vész orvoshiány?

Ami, magas életszínvonal ide vagy oda, jelentősebb kár lesz, mint a bankcsődök.

Hankiss János dr.

## Hypertonia

### Álcázott stressz okozta magasvérnyomás-betegség (Masked stress-induced arterial hypertension) [Article in German]

Middeke, M., Goss, F.

(Hypertoniezentrum München, Hypertension Excellence Centre of the European Society of Hypertension [ESH], Herzzentrum Alter Hof München, Németország; e-mail: info@hypertoniezentrum.de): **Dtsch. Med. Wochenschr.**, 2014, 139(48), 2447–2450.

Álcázott magas vérnyomás fennállásakor a beteg rendelésben mért vérnyomásértékei normálisak, miközben a rendelésen kívül, ABPM-mel (Ref.: ABPM – ambuláns vérnyomás-monitorozás) mért értékek, illetve a saját vérnyomásmérések eredményei magasak. A betegség előfordulhat egyébként egészségeseknél, de antihipertenzív kezelés alatt állóknál is.

Az álcázott hipertonia (ÁH) gyakoriságára vonatkozóan kevés adat áll rendelkezésre. Az ÁH kétszer olyan gyakran fordul elő (35%), mint a fehérképeny-hypertonia (16%). A helyesen végrehajtott otthoni vérnyomásmérés alkalmas a fehérképeny-hypertonia, illetve az ÁH felismerésére. Az európai irányelvek a fehérképeny-hypertonia és az ÁH felismerésére nyomatékosan ajánlják az ABPM elvégzését. Az ÁH többnyire férfiakon fordul elő, és különösen szoros összefüggést mutat az életvezetéssel (dohányzás, alkoholfogyasztás, túlsúly), valamint a pszichoszociális stresszel. Mivel az ÁH-val kapcsolatban – a fennálló manifest hypertoniával összefüggésben ismert – szövődmények kialakulásának kockázata ugyanolyan, az ÁH-ban szenvedő betegek is kezelni kell.

Az ÁH a stressz által kiváltott hypertonia klasszikus formája, amelyet egyfelől a fokozott hétköznapi stresszterhelés okozta magas vérnyomás, másfelől a rendelésben nyugalomban és standardizált terhelés mellett mérve normális vérnyomás jellemez. A hétköznapi mentális terhelés által kiváltott magas vérnyomás, illetve standardizált fizikai terhelés alatti normális vérnyomás jelensége azt támasztja alá, hogy a magasvérnyomás-betegség kialakulásának egyik fő oka a stressz: ez a jelenség áll az ÁH hátterében, és ugyanez lehet az essentialis hypertonia egyik kiváltója is.

A stressz okozta magas vérnyomásnak a gyakorlatban kevés figyelmet szentelnek, illetve nem kezelik külön entitásként. Részben ez lehet a magyarázata annak, hogy a másodlagos magasvérnyomás-betegségekkel ellentétben az ÁH kimutatására még nem áll rendelkezésre megbízható biomarker.

A részletes kórelőzmény felvételén túl – amely a pszichoszociális stresszterhelés feltérképezését is jelenti – a páciens vérnyomását minden lehetséges módon meg kell mérni (ABPM, kerékpár-ergometria, esetleg saját mérés), mivel kizárólag így lehet biztosan felismerni a stressz okozta ÁH-t.

A magas vérnyomás és a stressz szoros kölcsönhatásban állnak egymással. A vérnyomás minden akut stresszhelyzetben azonnal megemelkedik, majd a stresszhelyzet lecsengésével az esetek többségében viszonylag gyorsan normalizálódik: érvényes ez a fizikai, a mentális és a pszichés stresszre is. A stresszválasz mintázatát a vegetatív idegrendszer megjegyzi. A vérnyomás-emelkedés – mint jellegzetes stresszreakció – mértéke genetikai, alkati, fizikális és kognitív tényezőktől is függ. Az idült diszstressz a manifest hypertoniát előidéző egyik fontos kulcsinger lehet, továbbá lényeges szerepe van a multifaktorális kórelőzményű essentialis hypertonia kialakulásában is. Az ÁH különösen szemlélteti, hogyan okoz a stressz magasvérnyomás-betegséget.

Csökkentésére irányuló nem gyógyszeres kezelések sorában fontos szerepet töltenek be az olyan stresszcsökkentő módszerek, mint a stressz leküzdése, lazítás, a fizikai aktivitás, kognitív viselkedésterápia, biofeedback-kezelés. A gyógyszeres antihipertenzív kezelést a betegség súlyossági fokához kell igazítani, de azonnal el kell kezdeni akkor, ha már szervkárosodás alakult ki, vagy ha a beteg egyéb kísérő betegségben is szenved: egyebekben az ÁH kezelése nem tér el a klasszikus manifest hypertoniáétól. (Ref.: A cardiovascularis események incidenciája megközelítőleg kétszer akkora az ÁH-ban, mint a nem hypertoniás népességben, és ez a kockázatfokozódás nagyságrendileg azonos a manifest, primer hypertonia okozta kockázattal növekedéssel!)

Főbb gyakorlati következtetések:

- Ha a betegnél hypertoniával összefüggő szervkárosodás alakult ki, a rendelésben mért vérnyomás viszont normális, ÁH fennállására kell gondolni és ABPM-et kell végezni.
- Az ÁH-t gyakran stressz idézi elő, ezért azt mindig a személyes élet- és munka-

körülmények figyelembevételével kell feltérképezni.

- A gyógyszeres antihipertenzív kezelés a betegség súlyossági fokától, valamint attól függ, hogy milyen mértékűek a szervkárosodások és/vagy jelen vannak-e kísérő betegségek is.

Fischer Tamás dr.

## Kardiológia

Fiatalkorban a magas aerob kapacitás kisebb infarktusveszéllyel jár a későbbi évtizedekben: nemzetet átfogó tanulmány férfiak körében (High aerobic fitness in late adolescence is associated with a reduced risk of myocardial infarction later in life: a nationwide cohort study in men) Högström, G., Nordström, A., Nordström, P. (Department of Community Medicine and Rehabilitation, Geriatric Medicine, Umeå University, 90185 Umeå, Svédország; e-mail: peter.nordstrom@germed.umu.se): **Eur. Heart J.**, 2014, 35(44), 3133–3140.

Az 1969–1984 között sorozásra került svéd fiatalok kerékpár-ergometriás maximális terhelésen és erőméréseken is részt vettek. A nemzeti regiszterből – átlagosan 34 éves kíséreléssel – kiderült, hogy a 34 év során átlagosan a 743 498 férfi között 11 526 infarktus fordult elő.

Az ergometriás teljesítményben legjobb, 282 W felett teljesítettek egyötödénél volt a legkevesebb a szívizominfarktus, amelynek előfordulási gyakorisága lineárisan nőtt a csökkenő maximális teljesítménnyel. (A határok 255, 237, 216 W voltak, a terhelés percenként 25 W-tal nőtt.) Egy SD-nyi aerob kapacitás 18%-os esélykülönbséget jelent. A nagyobb fitness védelme minden BMI-kategórián belül érvényesült, de a 4. csoportú magas fitnessű kövérek infarktusveszélye nagyobb volt, mint a 18,5-es BMI-jű soványaké a legmagasabb (HR: 4,6) és a legalacsonyabb (HR: 1,7) fitnesscsoportban. A legkisebb és a legnagyobb aerob fitnessű ötöd között az esélyhányados 2,1-szeres. A mért erőparaméterek szerinti öt csoport hasonló tendenciát mutat, de sokkal kevésbé különül el az öt csoport, a biceps ereje egyáltalán nem tükrözte az infarktusgyakoriságot, a markolóerő és a térdfesztés igen kis csoportkü-