

## A hagyományos és a komplementer medicina

Prof. Dr. Kárpáti Pál, címzetes egyetemi tanár

A szerző áttekintést ad a hagyományos és komplementer orvoslás néhány új szempontjáról. Ezen összetett kérdéskör alapos elemzést igényel. A hagyományos orvoslás randomizált, kontrollált klinikai vizsgálatokon, azok metaanalízisének alapszik, amelyeket un. szakértői konferenciák javasolnak a nemzeti orvos társaságoknak. A komplementer medicina, néhány régen elfogadott terápiás módszert kivéve, a hasznosság és veszélyek (risk and benefit) kérdéseiben nem rendelkeznek megalapozott klinikai eredményekkel és hiányoznak a hasznosságukat bizonyító objektív vizsgálatok. A komplementer orvoslás minden formájának elutasítása nélkül, a szerző kellő körültekintést javasol kollegáinak az orvoslás e módszereinek alkalmazásakor.

*The author of the present paper reviews some special aspects of the conventional, modern medicine and the different forms of complementary medicine. Exploration of this complex problem requires sophisticated analysis. Most of the diagnostic and therapeutic aspects in conventional medicine are based on meta-analysis of randomized controlled clinical trials and guidelines of consensus conferences. In complementary medicine, – except some long ago applied technics and treatments – the risk and benefit profile is based on the often not proved clinical recovery and other factors without objective measurements. Without reject of all form of the complementary medicine, author advises his colleagues that more circumspection in these forms of medicine is needed.*

### BEVEZETÉS

A huszadik század és az ezt követő közel két évtized hihetetlen fejlődést jelentett az orvostudományban. A régebbi idők bölcs doktorainak az egyéni tapasztalatokra alapuló tevékenységét felváltotta egy új szemlélet, mely orvoscsoportok tapasztalatainak összegzését tükrözi. Az egyes betegségek diagnosztikája, terápiája a prognózis megítélése munkacsoportok feladata lett. Ezek a munkacsoportok, melyek az adott ország, régió, vagy földrész legkiválóbb szakembereinek társulásai, dolgoztak ki olyan rendszereket, amelyek alkalmasak voltak útmutatásul szolgálni a kezelést végző szakorvosoknak. Ezek az útmutatások – guidelineok – elterjedtek, a szaklapok hivatkozásai alapján, és mintegy állandó hivatkozási alapot szolgáltattak az orvos napi tevékenységéhez. Arra a kérdésre, hogy mi volt a szerepe az adott ország szakmai kollégiumának ebben a rendszer-

ben, amikor a földrészek, vagy nemzetközi szervezetek orvosi bizottságai már meghatározták a szükséges teendőket protokollját, az a válasz, hogy az adott ország orvosi kollégiumainak munkacsoportjai vannak elsősorban tisztában azzal, milyen az ország egészségügyi adottsága, mennyi pénz áll rendelkezésre a fejlesztésekre, melyek a legsürgősebben megoldandó feladatok. Így sajnos kérdéses, hogy a kijelölt, javasolt út mindenkor járható-e, hiszen mindannyiunknak orvosoknak, betegeknek és az adott ország kormányának egyaránt tisztában kell lennie azzal a sajnálatos ténnyel, hogy a gyógyítás útjainak korszerű követése rendkívül drága folyamat. Nem mindegy, hogy a betegbiztosítás állami feladat, minden állampolgár számára azonosan biztosított, vagy magánbiztosítók által finanszírozott, és függ az egyén befizetésétől, igényeitől, biztosítók pénzügyi tevékenységeitől stb. Nem lehet ezek szerint azonos elvek alapján kidolgozni diagnosztikus és terápiás kritériumokat egy adott betegség – például a tuberkulózis – ellátására Svédországban és Nigériában.

### A BIZONYÍTÉKOKON ALAPULÓ ORVOSLÁS ELMÉLETI ALAPJAI

A gyógyítás művészetét tehát felváltotta egy új filozófia, a tényeken alapuló orvoslás filozófiája. Ennek alapja, hogy a bizonyítékokat különböző evidenciák szolgáltatják. A legmagasabb evidencia (A) amikor több, randomizált egyértelmű eredményű klinikai vizsgálat metaanalízise alapján alakítható ki az evidencia. Közepes erősségű (B) evidenciaszint esetén a randomizált vizsgálatok száma kisebb, vagy több nem randomizált vizsgálat, esetleg megfigyelések alapján alakítható ki evidencia. Végül alacsony (C) evidenciaszint azt jelenti, hogy a tényeket egy szakértői csoport konszenzusa alakítja ki anélkül, hogy tervezett vizsgálat azt megelőzte volna. Ezek az evidenciaszintek az alapjai azoknak a diagnosztikus vagy terápiás ajánlásoknak, melyek az egyes eljárások alapjait képezik, és amelyeket nemzetközi, vagy nemzeti szakmai kollégiumok elfogadnak. Az A, B, C evidenciaszintek alapján négy szintű ajánlást különböztünk meg. Az I. osztály azt jelenti, hogy az evidenciák a tekintetben egyértelműek, hogy a diagnosztikus vagy terápiás eljárás hasznos és jótékony. A II. osztály két alcsoportra osztható. A II.a osztály azt jelenti, hogy ugyan a bizonyítékok egymásnak többé kevésbé ellentmondóak, a vélemények megoszlanak az eljárás hasznosságáról és hatásosságáról, de többségben vannak azok a munkacsoportok, amelyek a támogatják a bizonyítékokat. A II.b osztályba sorolandók azok az eredmények, ahol kisebbségben vannak azok a munkacsoportok, amelyek a hasznosságot és eredményes-

séget evidenciaként értékelik. Végül a III. osztályba azok a diagnosztikus, vagy terápiás eljárások kerülnek, ahol az elbíráló munkacsoport a vizsgálatot, vagy terápiát hatástalannak, esetleg károsnak ítéli meg. Mindezekből kiderül, hogy milyen nagy a felelőssége az egyes szakmai kollégiumoknak, és azok működése el kell, hogy különüljön minden egyéni vagy más (például anyagi jellegű) érdekvizonytól. [1, 2] Tehát az út, amelyet felvázoltam áll egy tapasztalatokat összegyűjtő szakaszról, második lépésben egy a tapasztalatokat értékelő időszakról és végül egy szakértői munkabizottság ajánlásából. De ezzel a folyamat így nem fejeződik be. Időnként ezek a bizottságok bekérik a gyakorló orvosok véleményét és, ha szükséges mód nyílik módosításokra is.

### A BIZONYÍTÉKOKON ALAPULÓ ORVOSLÁS GYAKORLATA

Azért, hogy jobban érthető legyen ez a rendszer, néhány példa szűkebb szakterületemből. Kérdés: indokolt-e béta blokkoló kezelést alkalmazni szívelégtelenségben. Régen az egyik orvos tapasztalata szerint igen, más orvos szerint „nem” volt a válasz.. A korszerű nézetek szerint, amennyiben az ejekciós frakció kisebb 40%-nál, a szívelégtelenség valamennyi súlyossági formájában alkalmazni kell béta-blokkolót (A vagy I.). Tehát a kérdésre több randomizált vizsgálat metaanalízise alakított ki evidenciát, és ezt a szakmai kollégiumok elfogadták, azt hasznosnak és jótékonyan ítélték meg. Mi a helyzet ezen betegcsoportban az aldosteron antagonistá kezelési kérdésében? Itt a besorolásra a NYHA III, IV klinikai állapotban lévő betegek kerültek, akiknek ejekciós frakciójuk 35 % alatt volt. A válasz I. B, tehát az evidenciák egyértelműek az ajánlásban, de az eredmények nem egyértelműek, és kisebbségben vannak azok a munkacsoportok, akik a hasznosságot és eredményességet evidenciának tekintik. Egy másik területről vett példa: Nem egyértelmű a sclerosis multiplex kezelése. Nagyobb randomizált vizsgálatok szerint a kortikoszteroid a relapszusok elsődleges kezelésének gyógyszere (I. A). A nagy adagban parenterálisan adott szteroid lökésterápia nem hatásosabb, mint a folyamatosan adott bármelyik szteroid készítmény (II. B). Nincsenek megbízható adatok arra vonatkozóan, hogy az interferon hatásos volna a relapszusok megelőzésére. (III.) Nagyon fontos az onkológiai betegségek kezelésének megbízható besorolása. A különböző daganatok kezelésének kombinációi sok területen vitatottak. Új nézetek szerint fontos a daganat pontos szövettani feldolgozása, metasztatizáció kimutatása és lokalizációja. A leginkább elterjedt az úgynevezett TNM rendszer, melyben T a primer tumorra, N a közeli nyirokcsomó áttétre és az M a távoli metasztatizációra vonatkozik. Mindegyik csoport további alcsoportokra van felbontva a betegség súlyossági fokának megfelelően. A besorolás alapján kell kiválasztani az ajánlott terápiát, melynek része a műtét, a kemoterápia, a röntgen besugárzás és az izotóp terápia. A legmegfelelőbb kezelési mód függ a tumor szövettani jel-

lemzőitől, a daganat méreteitől, a közeli és távoli metasztatizációtól stb. Tehát a daganatterápia új útja azt jelzi, hogy nem létezik általános rákellenes gyógyszer, vagy kezelés. Minden olyan vélemény, közlés, amely azt sugallná, hogy a daganatok gyógyításának megtalálták az általános alkalmas gyógyszert félrevezető, és súlyosan káros a betegekre, tekintettel arra, hogy indokolatlan reményeket ébreszt bennük és eltéríti őket a hatásos kezeléstől. [3, 4] A diagnosztika és terápia ilyenképp történő megismerése továbbbi lépéseket tett lehetővé. Meghatározhatóvá váltak egyes betegségeknek a pontos besorolás alapján történő terápiás protokoll rendszerei. Például a már leírt szívelégtelenségben javasolt első lépcsőben adandó diuretikum ACE inhibitor vagy ARB, hatástalanság esetén ezt követi a béta-blokkoló beépítése a rendszerbe. Ha tünetek fennállnak, aldosteron antagonistá adandó, a továbbiakban – az ejekciós frakció 35% alatti érték esetén – speciális pacemaker terápia, áthidaló szív motor, végül transzplantáció a választandó kezelés.

### HOL MARAD AKKOR AZ ORVOS SZAKÉRTELME?

Széles körben ismert és használt a 10 éven belüli szív és érrendszeri betegség kockázatát összegező tábla. Ebben a férfi, nő, életkor, dohányzás, vérnyomás, koleszterin érték alapján százalékosan adják meg a kockázat valószínűségét. Joggal merül fel a kérdés, hogy ebben a szabályozott rendszerben nem csökken-e, vagy válik feleslegessé a kezelőorvos egyéni intuíciója, évtizedes gyakorlata, a beteg és környezetének ismerete? A kérdés jogos, és a válaszadás nehéz. Abban az esetben, ha a kezelőorvos szakmai ismeretei lényegében megegyeznek a javasolt protokollokkal és maga is egyetért a lényeggel, a dolog egyszerű, hatásosan tudja továbbra is fenntartani szoros, nélkülözhetetlen kapcsolatát a páciensével. Természetesen az egyéni megítélés adott, hiszen nem minden beteg kívánja megváltoztatni az eddig számára jól bevált terápiát csak azért, mert egy vizsgálat szerint az egyik új, de hatásmechanizmusban azonos készítmény szignifikánsan jobb vérnyomás gyökkenést eredményezett nagyobb populáció átlagában. Nem biztos, hogy például megvalósítható minden diabetéses betegnél a kívánatos 130 Hgmm alatti vérnyomás, ha a beteg ilyenkor más kellemetlen tünetet említ, amely 145 Hgmm-es tenzió mellett nem jelentkezett. Ilyenkor van elengedhetetlen fontos szerepe az orvos szakmai, gyakorlati tudásának és humánus gondolkodásának. Ha az orvos a javasoltakkal nem ért egyet, és ragaszkodik az elavult régi módszerekhez, elutasítja az újat, könnyen úgy járhat, mint az az autós, aki nem hajlandó Trabantját Volvóra cserélni csak azért, mert megszokta régét. Az új utak, amelyekről ez a közlemény szól, tehát járható utak. Olyan, mint a régi és maradványaiban még fellelhető római hadiút facettált kövei, amelyeken járni ajánlatos, de kis kitérők mindig megengedettek [5].

## A KOMPLEMENTER MEDICINA

A hagyományos gyógyászat új útjainak áttekintése után térnek át a komplementer gyógyítás egyes módozataira, illetve e kérdéskörben az általam vallott nézetekre. Elsődlegesen kiemelném, hogy a komplementer medicina egyes módozatainak eredményességét nem lehet vitatni, hiszen ez a módszer az USA-ban annyira elfogadott, hogy a betegek mindegy 40%-a kezelte magát valamilyen okból természetgyógyással [6,7]. A JAMA-ban 1998-ban 80 cikk jelent meg komplementer medicinával kapcsolatos eredményekről. Külön sorolták a keleti gyógyászat, a meditáció, a gyógynövények és étrendi kiegészítők, a masszázskézelés és az energia terápiák témaköreit. Bevezetésként fontos meggondolni, hogy a gyakran leírt tézis, miszerint az egyik, vagy másik módszer már több száz éve ismert (például a vérnyomás csökkentése pióca kezeléssel), nem igazolt tényeket felsorakozató evidencia, hanem megmosolyogtató történet. Másik érv, hogy ezt az anyagot nyugodtan lehet a betegnek adni, hiszen tiszta növényi alkotóelemeket tartalmaz. Nos, az érv csak részben igaz, mert gyakran bebizonyosodik, hogy a növényi anyagnak nincs valódi hatása az adott betegségre, esetleg káros anyagokkal kevert, és nem kellően tisztított állapotban kerül forgalomba.

### Akupunktúra

Az akupunktúra kb. 4000 éves kínai gyógymód, mely egész Ázsiában, majd később Európában is elterjedt. Hazánkban kiemelésre érdemes dr. Hegyi Gabriella, aki az akupunktúra megismertetésében, alkalmazásában és oktatásában szerzett elévülhetetlen érdemeket. [8] Az újabb kutatási eredmények, melyek az akupunktúra reneszánszát magyarázták, számos fontos részletkérdés válaszoltak meg. A kezdet a fájdalom kezelése volt, oly módon, hogy az orvosok, akik szerint a szervezetben chi, az éltető energia kering, 12 mediánnak megfelelő vonal testfelszíni pontját tűvel megsúrták és igyekeztek a fájdalmat szüntetni és az egészséget visszaállítani. Később jöttek rá arra, hogy ezeknek a biológiai aktív pontoknak a mechanikai ingerléssel csatornákon keresztül afferens ingereket juttatnak el a hipotalamuszhoz, amely efferens ágon kolinerg vazodilatátor idegeken keresztül az érintett pontokon értágulatot hoz létre [9]. A fájdalom csillapítása az akupunktúrának ma is leginkább alkalmazott területe, különösen a mozgásszervek, neuralgiák, fejfájások kezelésére alkalmazzák [10]. Újabb vizsgálatok szerint nem csak kolinerg anyagok, hanem más bioanyagok (endorfin stb.) is felszabadulhatnak a biostimuláció hatására, mely további távlatokat nyithat e kezelési mód alkalmazása során (urologia, pszichiátria, kardiológia cerebovaszkuláris betegségek). Az akupunktúra tehát a komplementer medicina egyik ígéretes vonulata, annak ellenére, hogy a fájdalomcsillapítás, mely a kiindulási pont volt, olyan gondolatokat is felvet, hogy ilyenkor valaminek a tünetét kezeljük és elfedhetünk a fájdalomhoz vezető gyakran súlyos betegségeket. Megnyugszunk a sikerben, megnyug-

tatjuk a betegeket, és nem keressük kellő alaposággal a fájdalmat kiváltó okokat.

### Homeopátia

Más megítélést kell, hogy jelentsen a homeopátiás gyógymód. Hahnemann a 18. században publikált egy kezelési rendszert, amelynek alapja az volt, hogy a betegségeket olyan szerekkel kell gyógyítani, amelyek a tünetekhez hasonló hatásokat válthatnak ki, és a szer a betegség információjával szemben ellenállást jelent és gyógyhatású. A készítmények sorozatos hígítással és rázással kerültek forgalomba oly módon, hogy szerencsére hatóanyagot is, és nem csak a hígított oldatot tartalmazzák. A hatás természetesen placebo hatással egyezik, viszont késlelteti, vagy megakadályozza a betegségek kivizsgálását és gyógyítását. Azt gondolhatnánk, hogy a homeopátia, mint áltudomány a feledés homályába merült, de sajnos ez nem így van. Ma is számos készítmény van forgalomban, szerencsére ezeket többnyire úgynevezett képzelet betegségekre, az immunrendszer erősítésére használják. Sajnos számos szülő keres meg homeopátiás orvosokat olyan igénnyel, hogy el szeretnék kerülni gyermekeik védőoltással történő ellátását, és ilyenkor rábeszélés után választják a homeopátiás szereket [11].

### Egyéb terápiák

Az immunrendszer erősítése, befolyásolása a komplementer medicina egyik kiemelt érdeklődésű területe. Ennek oka, hogy a laikus beteg számára kevésbé megfogható. Több hiszékeny ember magyaráz úgy tüneteket (fáradékony-ság, aluszékonyság, a nemi vágy csökkenése stb.), hogy valószínűleg az immunrendszer kimerült, egy kis erősítés jót tenne. Erre még rájátszhat az, ha olyan körülményeket teremtenek, melyben más jól megfogható szervek (szem, haj, bőr) vélt és bemutatott változása szolgál bizonyítékul az immunrendszer gyengeségére. Ilyenkor vagy a már vázolt homeopátiás szerek egyike, lé-bőjt kúrák, lúgosítás, mágnes-terápia, különböző életkristályok képezik a kurzuslás határait, vagy az azt meghaladó kezelést. Először is szükséges azt hangsúlyozni, hogy valóban vannak betegségek, amelyek immungyengeséggel járhatnak. Ezekben az esetekben a pontos diagnózis felállítása után az alapbetegséget kell hatásosan gyógyítani és a sikeres ellátás, megfelelő roborálás, mozgás stb. önmagában is kedvező változást okoz az immunrendszer állapotában. (Sajnos van néhány olyan betegség, amely immunhiányos állapottal jár, de természetesen ezek gyógyítása messze meghaladja a komplementer medicina határait). A szervezet élettani körülmények között olyan sav-bázis állandóság mellett funkcionál, amely számára a legoptimálisabb puffer rendszerekkel biztosítja a pH állandóságát. A diabeteses kóma, egyes mérgezések, súlyos veseelégtelenség, sokk stb. melyek valóban acidózissal járnak, speciális kezelést igényelnek. Tehát a lúgosítás abból kiindulva, hogy a magzatvíz és az anyatej lúgos pH-jú, nem indok arra, hogy szándékosan kellene az élettani folya-

matokba beavatkozni. Robert Young lúgosítás elmélete tehát elvetendő, káros és a korszerű orvoslással nem összeegyeztethető. Mi a helyzet az úgynevezett lé-bőjt kúrával? Dr Otto Buchinger eredeti célja az általa leírt kúrával az volt, hogy a túlsúly, a reumás betegségek, egyes bőrbetegségek a szervezet méregtelenítésével gyógyíthatóak. A rendszer úgy működött, hogy gyümölcsnapot követően hosszabb ideig a beteg csak folyadékot fogyasztott, és ezt mozgásterápiával és masszázsterápiával egészítették ki. A méregtelenítésbe ilyen beavatkozás semmilyen élettani ismerettel nem egyeztethető össze. Ugyanis a szervezet méregtelenítése a vesék, bélrendszer, nyirokrendszer feladata, és ezek a szervrendszerek elegendőek az egészséges szervezet ellátására.

## ÖSSZEFOGLALÁS

E közlemény terjedelmének korlátai miatt nem térhet ki több komplementer medicina területét érintő kérdés megismerésére. Hiszen a különböző növények gyógyító hatása régebben ismert (számos növény gyógyszerek alapanyagát képezik). Ismertek étel kiegészítő készítmények, melyek a betegek roborálását segítik (nem tévesztendő össze hatásuk a kemoterápiával), valamint olyan gyógymódok, amelyek a pszichés állapot javítását célozzák meg. Végezetül egy mondat csupán. Kollegák! Legyünk résen, a nil nocere elv ma még érvényes, és talán érvényesebb, mint valaha volt!

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Manual for Evidence-Based Clinical Practice: AMA. Press, 2002.2.
- [2] Scanlon PJ, Faxon DP. és mtsai: ACC/AHA Guidelines for Coronary Angiography, Am.J.Coll. Cardiol, 1999. 33. 1757-1826.3.
- [3] Lázár Gy. Besznayk I. és mtsai: Modern Surgical Treatment of Breast Cancer, Magyar Onkol, 2010. 54. 227-2344.
- [4] Valent S. Oláh O. és mtsai: Ultrasonography in the Diagnosis of Ovarian and Endometrian Carcinoma, Orv. Hetil., 2011. 152. 1887-18935.
- [5] Kaplan NM: What is a Goal Blood Pressure for Treatment of Hypertension? Arch. Intern. Med., 2001-161. 1480-1489.6.
- [6] Astin JA: Why Patients Use Alternative Medicine, JAMA, 1998. 279. 1548-1553.7.
- [7] Eisenberg DM. és mtsai: Perceptions about Complementary Therapies, Ann. Intern. Med., 2001.135. 344-353.8.
- [8] Hegyi G. Ph. disszertáció: Mechanikus biostimuláció, 1999.9.
- [9] Wu MT és mtsai.: Central Nervous Pathways for Acupuncture Radiology, 1999. 212. 133-140,10.
- [10] Ernst E: Acupuncture as a Symptomatic Treatment of Osteoarthritis, Scan. J, Rheumat, 1997. 2 444-4511.
- [11] Reilly D és mtsai.: Is Evidence for Homeopathy Reproducible, Lancet, 1994. 344. 1601.1610

## A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Prof. Kárpáti Pál** 1961-ben summa cum laude végzett a Budapesti Orvostudományi Egyetemen. 1963-65 között az Országos Kardiológiai Intézetben dolgozott. 1965-80 között az Orvostovábbképző Intézet II. Belgyógyászati Klinika egyetemi docense. 1980-96 között a Merényi Gusztáv Kórház belosztály,

1996-2006 között a Fővárosi Szent István Kórház osztályvezető főorvosa, 2003-tól klinikai főigazgató helyettese. Belgyógyász, kardiológus szakvizsgával rendelkezik, PhD fokozatát 1973-ban szerezte, címzetes egyetemi docens 1986-tól. Címzetes egyetemi tanár 1992-től. Kitüntetések: 2004. Köztársaság Arany Érdemkereszt, 2004. Budapest díj. Spec.of Cardiol, and fellow Eur. Soc. Cardiol. 103 publikációja jelent meg, 1 szakkönyv szerzője.

**IME**

**XV.**

## **Szolgáltatásmenedzsment – Outsourcing Konferencia**

2014. november 12.

Helyszín: Best Western Hotel Hungaria (1074 Budapest, Rákóczi út 90.)