

Az időskori inkontinencia

Dr. Székács Béla, Inko Fórum

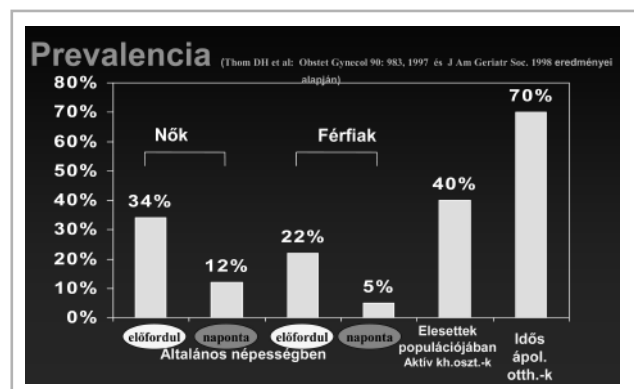
Az időskori inkontinencia a 65 év feletti népesség szomatikus és mentális hanyatlást egyaránt eredményező idült, progresszív megbetegedéseinek egyik igen gyakori következménye, egyben további, elhanyagolás esetén akár vitális fenyegetést is jelentő szövődmények kiinduló kórállapota is. A fiatalabb korban kialakuló vizelettartási zavarokhoz képest jóval összetettebb kör-oktani hátterű időskori inkontinencia a típusainak gyakorisági arányaiban is jellemző módosulást mutat, előtérbe kerülnek a késztetéses és gyakoribbá válnak a súlyosabb, a túlfolyásos kórfarmák. A kórokok terápiás kiiktatása jóval elmélyültebb diagnosztikus vizsgálatot, mérlegelést és összetett támadáspontokat igényel és a szövődmények megelőzése, vagy a már kialakult szövődmények ellátása is jóval nehezebb, jóval komplexebb feladat. E feladatok végrehajtásának OEP szintű, vagy egyéb forrású költségvetési támogatása nem elhanyagolható tételt jelent e korosztály ellátásában.

The medical significance of incontinence (urinary and/or fecal) in elderly population is high with not negligible financial burden to the health care budget in Hungary, quite comparably to other European and overseas countries. With different calculations approximately 300-450 thousand elderly people of the 10 million-population are estimated to be affected by incontinence of different severity and types and by its complications. The paper evaluates why incontinence is so special and complex problem in this age and gives a short survey of the careful diagnostic procedure, and the main concepts of behavioural-surgical-pharmacological therapy. The significance and modalities of external symptomatic protection of skin against irritation and infection and against deterioration of quality of life are also discussed. In this part the author focuses on the use of diapers/nappies and creams with several points of action.

Az idős és igen idős népességünk körében egyik vezető problémakör a különböző típusú-mérvű vizelet és a vele gyakran, idősotthonokban ápolott elesettek körében akár 50%-os arányban is [1] társuló széklet visszatartási elégtelenség.

Vezető problémakör, mert a korosztály jelentős hányadának rontja le alapvetően életminőségét, vagy teszi lehetővé másodlagos kórfolyamatok érvényesülését, nemritkán előbb-utóbb alapvetően veszélyeztetve az öregedő szervezetet.

Vezető problémakör a gyakorisága miatt is, hiszen az előzőekben megfogalmazott „korosztály jelentős hányada” igen nagy népesség-részt jelent. A korábbi minták alapján a teljes népességben feltételezett 500-600 ezer inkontinens személyből 300-450 ezerre becsülhető a 60 év felettiek aránya és hozzávetőlegesen hasonló számmal szembesülünk, ha egy másik megközelítésből kiindulva is a hazánkban a 60 év feletti korosztály 20% közeli mértékét vesszük alapul és ezen korosztályon belül a nemzetközi felmérések alapján kapott inkontinencia gyakoriság eredményekre [2,6] támaszkodunk. Egy nagyobb német felmérés [5] a 60 év feletti népességben a 2005-ban történt publikáció alapján átlagosan 23%-nak találta az inkontinencia gyakoriságát. Az idős nők érintettsége valamennyi felmérésben jelentősen meghaladja a férfiakét, akár kétszeres arányt is leírtak [6], igen idős korban már minimalizálódik a nemi különbség. Szembeötlő az aktív kórházi ágyakon fekvő idős, elesett betegek, de még inkább az időskori ápolási otthonokban ellátott betegek esetében az inkontinencia kiugró gyakorisága, ami arra is utal, hogy a betegek túlnyomó részében ez is fontos tényező lehetett intézeti felvételükben (1. ábra). A közösségben élők és az idősotthoni ápoltak vizelettartási elégtelensége szinte minden felmérésben nagy különbséget mutat: 15-35% vs. 53% [6].



1. ábra

Az időskori inkontinencia prevalenciája az Egyesült Államokban [2]

Még inkább hangsúlyozza e problémakör jelentőségét a hazai 65-70 év felettiek, vagy a biológiailag még sérülékenyebb, még idősebb populáció számának gyors dinamikával való növekedése a magyar társadalom várható további „elöregedése” miatt.

Harmadsorban pedig **vezető költségvetési problémakör** is az időskori inkontinencia. Túl a gyógyszerelési próbálkozások költségein, vagy ebben az életkorban már ritkább sebészeti gyógyító-javító beavatkozások finanszírozási kötelmein,

csak a „tüneti megoldás”, a kültakaró súlyos károsodásoktól való védelme és az urogenitalis retrográd inficiálódások gátlása, további életminőség hanyatlás megakadályozása érdekében alkalmazott különböző váladékszívó, szagtalanító pelenkafélék kényszerű alkalmazásának OEP támogatása évenként 7 milliárd forint kiadást jelent, ami a 42 milliárdos gyógyászati segédeszközök kategóriában a legnagyobb tétel! Óriási költségkihatást jelent ez a gazdag országokban is: a 90-es évek vége felé a nagyjából 17 millió vizelettartási zavarban szenvedő amerikai közül az idősotthonokban ápoltnak az inkontinenciával közvetlenül összefüggő ellátási költségei évi 5,2 milliárd dollárt értek el [6].

AZ IDŐSKORI INKONTINENCIA KIHÍVÁSAI

Az idős kori inkontinencia kihívásai sajátosak, mert:

- Patológiai behatások iránt a korábbi korosztályokhoz képest jóval sérülékenyebb szervezetet érint, ami részben magának a molekuláris biológiai genomnak a komplex károsodásával függ össze.
- Jellemző több idült, progrediáló társbetegség egyidejű fennállása, ami az inkontinencia kialakulását is okozza vagy elősegíti, ugyanakkor módosítja, felerősíti az inkontinencia összetett következményeit is.
- A 60-65 év alatti korosztályokhoz képest jóval gyakrabban kényszerülünk a kiváltó kórok, mechanizmusok elégtelen kiiktatási próbálkozásai után – vagy súlyosabb, reménytelenül előrehaladott komplex kórformák esetében már eleve – tüneti megoldásra, azaz a bőr súlyos károsodásának, urogenitalis retrográd inficiálódás megelőzésének érdekében hatékony pelenka gyártmányok folyamatos alkalmazására.
- A szociálisan eleve romló feltételrendszerű idős személyt még jobban izolálja, mentális hanyatlását elősegíti. Az önellátó képesség romlása, a segítő környezet gyakori elégtelensége az inkontinencia következményeinek gyógyászati anyagok-segédeszközök alkalmazásával való kivédését is jelentősen nehezítheti.

Több észak-amerikai felmérés is rámutatott idős korban a multimorbiditás jellemző voltára. Egy 1999 évi Medicare felmérés [7] a 65 éves, vagy idősebb betegekről megállapította, hogy közöttük

- Legalább 3 idült kórfolyamat: 48%-ban
- 5, vagy több idült kórfolyamat: 21%-ban fordult elő.

A Medicare évi kiadásainak 89%-t tették ki a legalább 3 krónikus betegségben szenvedő idős korúak medicinális ellátási költségei. Jellemző mutatók voltak: rossz életminőség, különböző mérvű fizikai rokkantság, összetett gyógyszerelés, gyógyszer mellékhatások, következményesen fokozott halálozás. Maga a vizelet és széklet inkontinencia is összefüggött egy felmérésben a mortalitással, de részletesebb statisztikai analízis a multimorbid betegeknél kimutatta, hogy az inkontinencia nem közvetlen jósló tényezője az elhalálozásnak, inkább a frailty (elesettség) mértékének jel-

lemzőjeként lehet tekinteni [8]. A vizelettartási elégtelenség, leginkább igazolhatóan az ún. késztetési/urging típusú (lásd később) inkontinencia egyébként egy összetett kórköri háttér idős kori problémájának, az elesésnek igen gyakori közvetlen kiváltó oka illetve elősegítő tényezője, azzal szignifikáns statisztikai gyakorisági összefüggést mutat [9]. Magyarázza az összefüggést, hogy a beteg izgalomba kerül, próbál felkelni, vagy kimászni az ágyból, sietősebben megtenni pár bizonytalan lépést, a mellékhelyiséget persze nem éri már el.

Az idős korban a szervezet összetett károsodása, több patológiás folyamat hullámzó intenzitással való egyidejű idült érvényesülése az inkontinencia kialakulásában is, de következményeinek kivédhetőségében is sajátos negatív feltétel-együttest jelent; óriási kihívást mind az inkontinens betegre, mind a beteget gondozókra. Az inkontinencia patológiás következményei jelentősen súlyosabbak, mint a fiatalabb korosztályú betegek esetében (2. ábra).



2. ábra
Az idős kori vizelet inkontinencia kóreléleti sajátosságai

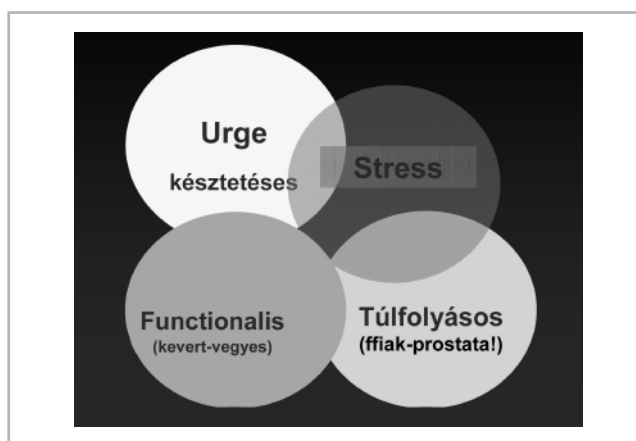
Éppen a többfajta társbetegség jelenléte, az igen gyakori mentális érintettség, a súlyosabb pszichiátriai, neurodegeneratív kórfolyamatok következményei, jelentős idegi-humorális szabályozási zavarok magyarázzák azt, hogy a fiatalabb korosztályokéhoz képest nagyobb változatosság jellemzi az öregedő személyekben kialakuló vizelettartási zavarokat, gyakran összetettebbek és egymással is kombinálódóak az eltérő típusú vizelettartási elégtelenséget kialakító mechanizmusok az idő és különböző háttér kórfolyamatok előrehaladásával. Sokkal gyakrabban fordulnak elő nemkívánatos gyógyszer mellékhatások, vagy gyógyszerek nemkívánatos interakciói is az inkontinencia kialakításában és rontásában.

A következő, bizonyos mértékig a „fiziológiás öregedéssel” eleve együttjáró szervezeti korszpecifikus változások segítik elő egymással és egyes patológiás tényezőkkel kombinálódva a vizelettartási elégtelenség kórformáinak kialakulását:

- Húgyhólyag összehúzó-kiürítő (detrusor) aktivitás-reaktivitás fokozódás (az egészséges „kontinens” idősök 20%-ában) – ami első fokon pollakisuriát (gyakori vizelést) eredményezhet
- BPH (benignus prostata hypertrophia)

- A nap második felében, éjjelre is áttolódóan nagyobb a vizelet ürítés mennyisége (nocturia)
- Atrófiás hüvely és húgycső gyulladás
- A hólyag kiürítése után megnövekvő maradék
- A vizelet tudatos visszatartásának (fiziológiás ingerek jelelkezésekor) egyre csökkenő képessége
- Csökkenő húgyhólyag kapacitás
- A hólyag összehúzó-kiürítő detrusor izom csökkenő kontraktilitása
- A gátizmok meggyengült segítő ereje a vizelet visszatartásban.

A jellemző (részben egymással összefonódó) vizelettartási elégtelenség típusokat a 3. ábra mutatja be.



3. ábra
Időskori vizelet inkontinencia kórfarmák

A készteteses (urge) típusú vizelettartási elégtelenség (egyéb elnevezések: detrusor hiperaktivitás/instabilitás, irritábilis/spastikus húgyhólyag) a 75 év feletiekben a leggyakoribb inkontinencia típus, alapja a hólyag összehúzó-kiürítő izomzat kórosan fokozott aktivitása, instabilitása irritáció és egyéb pathomechanizmusok következtében.

- Az idős beteg képtelen a vizelési ingerét visszatartani kis-közepes hólyag telítettség ellenére, gyakori a vizelési inger (éjjel is). Nem ritkán tisztázhatatlan már az eredeti kiváltó kórok is (idiopathiás változat)
- Leggyakoribb kórképek a háttérben: (elhúzóódó) infekció, tumor, kövesség, atrófiás hüvely vagy húgycső gyulladása, stroke, Parkinson betegség, dementia
- Ritkább kórkép: Detrusor hiperaktivitás társulása károsodott hólyag kontraktilitással (DHIC). Összetéveszthető nőknél a stressz inkontinenciával, férfiaknál a túlfolyásos inkontinencia variánsával.

A stressz típusú vizelettartási elégtelenség az idős nők között a vizelettartási elégtelenség második leggyakoribb kórfarmája (70 év alatt a leggyakoribb). Az elcsöpögés háttérben gyakoribb kórelőzmények:

- A záró szfinkter mechanizmus elégtelensége a hólyag telődése során (elégtelen gátizom rásegítés, vagy belső szfinkter elégtelenség miatt).

- A hólyagnyak és urethra hipermotilitása (esetek 85%-a) az öregedés, hormonváltozások, korábbi többszöri nehézsűlés, hysterectomia, kismencedei műtėti beavatkozások.
- Belső szfinkter izom (esetek 15%-ában) elégtelenség korábbi kismencedei inkontinencia-ellenes műtét, mencedei sugár-kezelés, trauma, neurogén rendellenességek következtében.
- Antihipertenzív alpha-adrenerg gyógyszerelés (húgycső szfinkter túlzott ellazítása).

A túlfolyásos (overflow) vizelettartási elégtelenséget a vizeletfolyás kis volumene jellemzi, de az folyamatos és a vizelés utáni maradékvolumen jelentős mérvű.

Kóroki háttér:

- Hólyag összehúzó-kiürítő (detrusor) izom aktivitás csökkenése, elégtelensége +/- húgyhólyag ürülésének obstrukciós akadálya
- Obstrukciós akadály: strictura, obstr., cystokele, BPH, beszikkadt széklet tömegek (szkibalák) nyomása a bél felől
- Detrusor aktivitás hanyatlása háttérben: DM, MS, lumbalis spinális stenosis, gerincvelő károsodás, gyógyszerhatás (antikolinerg).

A funkcionális/kevert vizelettartási elégtelenségben az alsó húgyutak organikus állapota elsődlegesen nem játszik oki szerepet, leggyakrabban fizikai (izületi degeneratív gyulladásos folyamatok), stroke, kognitív károsodások együtthatásának eredménye.

Nem ritkán potenciálisan fékezhető, visszafordítható kórok is vannak az inkontinencia (inkább az átmeneti vizelettartási elégtelenségek) háttérben, ezek közül kiemelhetők:

delirium, húgyúti infekció, atrófiás húgycső/hüvely gyulladása, farmakonok, pszichológiai rendellenességek, endokrin zavarok, beszűkült mobilitás, széklet beszikkadás, „besűlés”, következményes mechanikus nyomás érvényesülése.

Az idős személyek vizelettartási képességére ható gyógyszerek közül jelen dolgozat keretei között csak a gyakorlat szempontjából a legfontosabbakat említjük: szedatívmok, hipnotikumok, alkohol, antikolinergikumok (antipszichotikumok, antidepresszánsok), antihisztaminok, narcotikumok, analgetikumok, alpha-adrenerg antagonisták, kalcium csatorna blokkolók, erős diuretikumok, ACE inhibitorok.

Az inkontinenciával kapcsolatos kiemelt orvosi feladatok:

- Akár az alapellátásban, akár szakrendelésen, akár fekvőbeteg osztályon kiemelt figyelmet kell fordítani a megjelent idős beteg panaszainak meghallgatása során az esetleges vizelettartási rendellenességekre való tudatos, tapintatos rákérdezésre (rendszerint a kisebb-nagyobb mérvű vizelettartási zavarról, elégtelenségről)

spontán panaszaiban az idős személy gyakran nem számol be).

- Pozitív válasz esetén ki kell térni annak jellegére, súlyosságának megbecslésére, a háttérben szöba jövő kórfolyamatok anamnesztikus lehetőségekkel is történő „szűrésére”.
- Inkontinencia esetén a célzott anamnesztikus adatok begyűjtése után részletes fizikális vizsgálat, majd a súlyosság kvantitatív megbecslése, amit a kiváltó kórfolyamatok irányában történő diagnosztikus lépések követnek, urológus, szülész-nőgyógyász esetleg neurológus konziliáriusi segítségre is támaszkodva [10].
- Terápiás terv kialakítása az etio-patomechanizmus, és az idős, vagy igen idős beteg szomatikus-mentális státuszának „realitásai” alapján. Kiiktatható kórok (gyógyszer mellékhatások, összetett gyógyszerelésekből fakadó gyógyszer interakciók stb.) megállapítására kiemelt figyelmet kell fordítanunk.
- Amennyiben a kiváltó kórok csak fékezhetők, de nem szüntethetők meg, az inkontinencia aktív gyógyszeres, esetleg sebész, vagy más beavatkozásokkal nem korrigálható, a beteg hólyag ürítési szokásainak újrendezésére kell kiemelt figyelmet fordítani (2 óránként WC-n való próbálkozás stb.), ha egyáltalán van még elfogadható kollaboráció az esetleg súlyosan elesett, vagy mentálisan már súlyosan károsodott, netán agresszív demens beteg részéről.
- Ezek sikertelensége esetén kerül sor a következő, most már tüneti védelmi vonalra. A katéteres lehetőségekben

is van előre lépés, a mindennapi realitást jelenleg azonban inkább az óriási fejlődést mutató pelenka gyártmányok adekvát kiválasztása jelenti a beteg állapotának megfelelően és a segítő környezet feltételrendszeréhez alkalmazkodóan. Szempontok: melyik típusú, milyen súlyos az inkontinencia, milyen gyakran tudják a hozzátartozók majd cserélni, a keringés és vese állapot miatt nem kell-e viszonylag fokozott folyadék bevitellel élni stb. Mindezek alapján azután a maga a kiválasztás a gyártmányok széles választékából a költség/hatékonyság alapján jelentős szakmai tapasztalatot is igényel. Az új rendszerben az alapellátásra a szakorvosi (leggyakrabban: urológus, nőgyógyász, belgyógyász) cég-szemleges hosszabbtávú pelenka alkalmazási javaslat alapján igen nagy felelősség hárul majd. A jövőben nagy jelentősége lehet a kiválasztások elősegítésében az objektív műszaki tesztelő rendszerek hazai bevezetésének.

- Komplex, ma már igen hatékony, két-három támadásponttal is rendelkező bőrvédő kenőcs készítmények alkalmazása.

Az inkontinenciával kapcsolatos kiemelt ápolói és gondozó családi feladatok:

- Próbálkozás a beteg vizelet ürítési rendjének megváltoztatására, gyakori hólyagürítés biztosítására, vizelési inger hiánya esetén is
- Kiemelt figyelem a bőrvédelemre, a pelenka, pelenka nadrág szakszerű felhelyezésére, pozíciójának többszöri ellenőrzésére.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] R.Nelson: Epidemiology of fecal incontinence. Gastroenterology 2004, 126(1 Suppl 1):S3-7.
- [2] Thom DH, van den Eeden SK, Brown JS.: Evaluation of parturition and other reproductive variables as risk factors for urinary incontinence in later life. Obstet Gynecol. 1997, 90(6):983-9.
- [3] Thom DH, Brown JS.: Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. J Am Geriatr Soc. 1998, 46(11):1411-7.
- [4] Cheater FM, Castleden CM : Epidemiology and classification of urinary incontinence Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000, 14(2):183-205.
- [5] Beutel ME, Hessel A, Schwarz R, Brähler E: Prävalenz der Urininkontinenz in der deutschen Bevölkerung. Komorbidität, Lebensqualität, Einflussgrößen. Urologe A. 2005, 44(3):232-8.
- [6] Newman, DK. What's New: the AHCPR guideline update on urinary incontinence. J Ostomy/Wound Management 1997, 42(10): 46-59.
- [7] Anderson G, Horvath J. Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation's Partnership for Solutions; 2002. <http://www.rwjf.org/files/research/chronicbook2002.pdf>
- [8] Nuotio M, Luukkaala T, Tammela T, Jylha M: Six-year follow-up and predictors of urgency-associated urinary incontinence and bowel symptoms among the oldest old: A population-based study. Archives of Gerontology and Geriatrics 2009, 49 e85-e90.
- [9] Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, Stone KL, Nevitt MC, Ensrud KE, Grady D.: Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. J Am Geriatr Soc. 48(7):721-5, 2000.
- [10] Hamvas A: Idős nők hólyagpanaszai, vizelet inkontinencia. In: Geriátria – az időskor gyógyászata. Szerk. Székács B. 44.1 fejezet 236-241 oldal. Semmelweis Kiadó 2005. Budapest.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Prof. Dr. Székács Béla MTA doktora. 1967-től Budapesti Orvostudományi Egyetem II. Belklinikán egyetemi tanársegéd, 1987-től egyetemi docens, 2004-től egyetemi tanár. Belgyógyász, geriáter, nefrológus szakorvos, hipertónológus, az Európai Hypertonia Társaság klinikai hipertónia specialistája, az európai orvosszakmai profilok (geriátria) területében (EUMS/GMS) Magyarország képviselője. 2004-től volt a Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika Geriátriai Tanszéki Csoport és a Geriátriai Oktatási Grémium

vezetője. A Geriátriai Tanszéki Csoport oktatási háttérét jelentő Szt. Imre Kórház Geriátriai, Gerontopszichiátriai Rehabilitációs Osztály vezetője. Korábban a Belgyógyászati, jelenleg a Geriátriai Szakmai Kollégium tagja. Kutatási területe: vese-hipertónia-terápia, menopauza, öregedési mechanizmusok. A korábbiakban Széchenyi professzori, majd Széchenyi István ösztöndíjas kutató és oktató. Más orvosszakmai társaságokban betöltött vezetőségi tagságokon túlmenően jelenleg a Magyar Hypertonia Társaság Oktatási és Vizsgabizottság elnöke, Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság vezetőségi tagja, valamint a Nemzeti Vizsgabizottság Geriátriai Szakvizsgabizottság elnöke.

Kéz a kézben a tüdők egészségéért! „Mert a rák legyőzhető”

2009. szeptember 5-én a Margitszigeten került megrendezésre a „III. Egészségnap és Demonstratív Futógála a tüdők egészségéért” című rendezvényre, melyen mintegy 3000 fő vett részt.

Az esemény a Magyar Rákellenes Liga és a Magyar Tüdőgyógyász Társaság Onkopulmonológiai Szekciójának közös rendezvénye, amelynek célja felhívni a figyelmet a tüdőrákra, a korai felismerésének lehetőségeire, illetve a gyógyítás új, legkorszerűbb eszközeire, az onkológiában zajló forradalmi változásokra, valamint a tüdőrák kezelésében is elérhető célzott biológiai terápiákról az információk eljuttatása az érdeklődőkhöz, érintettekhez.

Az egészségnapon az orvos szakma legnevesebb képviselői vettek részt, információval, szűrések szervezésével és tanácsadással segítve az érdeklődőket.

Mi a tüdőrák? Mi okoz tüdőrákot? Mik a tünetei? Hogyan lehet korán felismerni? Hogyan kezelhető? Milyen új kezelési lehetőségek vannak? Ilyen és ehhez hasonló kérdésekre keressük a választ neves orvos szakértők, tüdőgyógyászok közreműködésével.

A téma szomorú aktualitását adja, hogy hazánkban különösen nagy népegészségügyi problémát jelentenek a daganatos betegségek, s közülük is kiemelkedik a tüdőrák. Sajnálatos tény, de Magyarország a tüdőrákos halálozás vonatkozásában az első a világon. Évente mintegy kilencezren halnak meg ebben a betegségben, legtöbbször a daganatos betegségek közül.

Különösen tragikussá teszi ezt a tényt az, hogy a tüdőrák egyik leggyakoribb kiváltó oka ismert, ez a dohányzás. Minden tíz betegből kilenc a dohányzása miatt lett beteg.

A tüdőrák esetében a daganat gyökeres sebészeti eltávolítása jelenti a gyógyulás valódi esélyét, ezért mindent meg kell tenni annak érdekében, hogy a már kialakult betegséget a lehető legkorábban fedezzék fel. Erre nálunk esélyt jelent, ha a legnagyobb tüdőrák kockázatú csoport, a 40 évesnél idősebb dohányosok évente elmennek tüdőszűrésre.

Azok számára is van esély az életre, akiket a betegség kiterjedtebb volta, vagy egyéb ok miatt már nem lehetett megoperálni. Esélyt kaphatnak a túlélésre a sugárterápiában, korszerű kemoterápiában részesülők is. Szükség esetén megfelelő készítmények enyhítik az esetleges kellemetlen mellékhatásokat. A beteg biztonságban, jó közérzettel éli mindennapi életét.

Gyógyszeres kezelések új, napjainkban már elérhető fajtája a célzott biológiai terápia. Ez a daganatsejtek növekedéséhez szükséges biológiai folyamatok gátlása útján ható kezelés, amely a daganatsejtek túlélésében, szaporodásában és metasztázis (áttét) képzésében igazoltan fontos szerepet játszó, sejten belüli jelátviteli folyamatokat befolyásolja.

A célzott biológiai terápia ma a kiterjedt stádiumú, előrehaladott tüdőrákok egy részének kezelését teszi lehetővé. Az eddigi jó eredmények azzal kecsegtetnek, hogy az előrehaladott stádiumú tüdőrákok esetében is a betegek egy részénél elérhetővé válik a daganat felismerését követően az eddiginél hosszabb, jó életminőséget biztosító élet.

Ezeknek a gyógyszereknek mellékhatásai általában enyhék, jól kezelhetőek és eltérnek a kemoterápiák által kiváltottaktól. A rendezvény keretében lehetőség nyílt arra, hogy a szakma legnevesebb művelőivel találkozzanak a betegek, hozzátartozók, vagy az érdeklődők, akár hozzájuk intézve a kérdéseiket. A cél a betegséget a figyelem célkeresztjébe helyezni! Megadva a betegeknek a gyógyuláshoz szükséges összes lehetőséget, figyelmet.

TÉ