



KÉY

Keresse Észlelje Kezelje





A korai stádiumú demencia (KSD) felismerésének és kezelésének jelentősége

A demencia a kognitív működések hanyatlásával járó tünet-együttes. Leggyakoribb kóroki tényező az Alzheimer-kór (50-70%), második leggyakoribb a tisztán vaszkuláris demencia (20%), ugyanakkor az Alzheimer betegség kb. 30%-a kevert kórforma, vagyis a vaszkuláris demencia tüneteit is mutatja. A ritkább primer demenciák (pl. Lewy testes demencia, frontális lebeny demencia) és a különböző szekunder kórformák (fejsérülés, alkohol, fertőzés) teszik ki a maradék kb. 20%-ot.¹

KÉK programunk célja a demencia felismerési és kezelési arányának javítása mellett a prodromális szakaszban tekintett enyhe kognitív zavar (EKZ), azon belül a **magas kockázatú személyek kiszűrése és kezelése**. Az EKZ klinikai jelentőségét az adja, hogy **évente a betegek kb. 10–18%-ánál alakul ki Alzheimer-kór.**¹ A prodromális szakaszban megkezdett kezelés a progressziót lassítva és enyhítve hosszú távon a beteg és családja életminőségét javítja.

Programunk kifejlesztésének egyik alapja, a szakmai háttér feldolgozása mellett, háziorvosokkal készített fókuszcsoportos beszélgetések elemzése volt, melyek Budapesten, Szegeden és Miskolcon kerültek lebonyolításra, 6-7 fő részvételével. Célunk az volt, hogy feltárjuk az alapellátásban felmerülő, korai stádiumú demencia észlelésével, kezelésével kapcsolatos kérdéseket, problémákat, illetve találjunk olyan követendő példákat, „jó gyakorlatokat”, amelyek megismerése gyakorlati segítséget jelenthet az enyhe demenciában érintett betegek ellátásában, a mindennapi háziorvosi munkában.

KERESSE

Vizsgálatunkban konszenzust találtunk a háziorvosok körében az alapellátás kulcsszerepét illetően a demencia diagnosztizálása és kezelése területén. A háziorvosnak van a legtöbb információja a betegről, a kezdeti szakaszban ő találkozik a betegekkel és esetenként a hozzátartozókkal.

A betegek előzményi adatai és a hozzátartozók jelzése alapján az alapellátásban merül fel először azon betegek kiszűrésének lehetősége, akik demencia szempontjából a magasabb rizikójú csoportba (1. táblázat) tartoznak. **A korai tünetek felismerésével lehetővé válik a diagnózis felállítása, és a korai kezelésbe vétel.** A várhatóan egyre nagyobb számú korai demencia felismerésében a háziorvosok munkájának támogatása nélkülözhetetlen.

ÉSZLELJE

Korai demenciában az atípusos szorongásos és depresszív tünetek, valamint a személyiségváltozás mellett a legjellegzetesebb az epizodikus emlékezet korai károsodása, ami a közelmúlt eseményeire való emlékezésben, valamint az új információk tanulásának nehézségében nyilvánul meg (2. táblázat).

Az átlagtól elmaradó kognitív teljesítmény megfelelő tesztekkel a klinikai diagnózis felállítása előtt egy évtizeddel már kimutatható. Az 50 év felettiek körülbelül fele panasz-kodik feledékenységre. Ez az úgynevezett *szubjektív kognitív zavar* sok esetben a korfüggő/jóindulatú időskori feledékenység vagy a depresszió tüneteként fellépő pszuedodemencia velejárója. Az EKZ kialakulásának valószínűsége ebben az esetben is 4-5-szörösére emelkedik. Az időskori depresszió tényleges demencia nélkül, önmagában is okozhat súlyos kognitív funkciózavart, amit pszuedemenciának nevezünk.

A háziorvosi praxisban gyorsan és egyszerűen elvégezhető a Mini-Cog (megjegyző emlékezés+órateszt) a korai stádiumú demencia (KSD) gyanújának felvetésére (3 perc). A demencia súlyosságának megállapításra és a tünetek változásának nyomon követésére alkalmas a Minimentál vizsgálat (10 perc). Mindkét teszt egyszerű, felvételéhez nem szükséges szakorvosi képesítés, sőt a megfelelően képzett szakdolgozó is felveheti.

Életkor	60 éves korban 1% az előfordulás, utána 5 évente nagyjából megkétszereződik
Magasvérnyomás-betegség	10 Hgmm-enként a vascularis demencia incidenciája 18-24%-kal növekszik
Diabétesz	- a 2-es típusú diabetes mellitus a demencia rizikóját 1,5-2,5-szeresére emeli - minél régebben áll fenn a diabetes, annál nagyobb a demencia kialakulásának veszélye
Elhízás (obesitas)	30 kg/m ² BMI felett nő a demencia kialakulásának kockázata
Dohányzás	A nemdohányzókhoz képest a demencia relatív rizikója 1,27-szeres
Zsírányagcsere-zavar	
Érbetegség	Lezajlott stroke

1. táblázat: A demencia kockázatai ^{2,3,4}

Memóriavesztés	– a beteg megfelelkezik aktuális események lényeges részleteiről – megismétli a kérdéseket, állításokat – elfelejti, hová tette a tárgyait
A végrehajtó működések zavara	– nehézségek a bankszámla/háztartás pénzügyeinek intézésében – problémák a háztartási készülékek működtetése során, például mikrohullámú sütő, távirányító, telefon – ételkészítéshez szükséges készségek hanyatlása – ház körüli javítások/karbantartások elvégzéséhez szükséges készségek hanyatlása
Napi teendők	– gyenge teljesítmény a kedvtelések űzése során (kártyajáték, olvasás) – nehézségek járművezetés során (eltévedés, határozatlanság, kisebb koccanások, súlyosabb balesetek) – vásárlás (gyakori boltba járás az elfelejtett áruk beszerzése céljából, illetve – a már megvásárolt árucikk ismételt, felesleges beszerzése)
A nyelvhasználat zavara	– szótalálási nehézség, körülírás (a keresett szó helyett a fogalom leírása), a beszéd akadozása

2. táblázat: Az enyhe kognitív zavar és a korai demencia tünetei, funkcionális manifesztációjuk a mindennapokban

KEZELJE

A mai terápiás palettán elérhetők olyan korszerű, kedvező árú készítmények, melyek komplex hatásmechanizmusukból kifolyólag több területen is hatásosak (értágító, keringéscsökkentő, trombocita-aggregáció gátló), és enyhítik a krónikus agyi keringészavar legtöbb tünetét, úgymint memóriazavar, koncentrációs képesség romlása, szédülés, bizonytalanság-érzés, hangulati ingadozások, melynek hatása hosszú távon is fennmarad.

KÉRDÉSEK ÉS VÁLASZOK

Az én betegeim közül hány esetben állhat fenn korai stádiumú demencia, illetve az ezt megelőző enyhe kognitív zavar?

Összesítő tanulmányok szerint az átlagnépesség kb. 20%-ánál fordulhat elő enyhe kognitív zavar az élete során, tehát minden 5. ember ebből a szempontból rizikócsoportha tartozhat!⁵ Mivel a háziorvosi praxisban megjelenő betegek között a demencia egyéb rizikótényezői (1. táblázat) is halmozottan fordulnak elő, valószínűleg minden rendelésen több, valamely rizikócsoportha tartozó beteg is megjelenik. A Research Flow kutatása alapján az orvosok közül sokan – a teljes populáció prevalencia adatainak elfogadása mellett – hajlamosak alulbecsülni a probléma prevalenciáját a saját praxisukban.

A korai stádiumú demenciában érintett betegek beazonosításában, és ezáltal hatékonyabb ellátásban segíthet, ha az érintett rizikócsoportha és tünetek figyelése mellett mindazon betegeknél, akiknél a háziorvosok kezdeményezésére, „biztos, ami biztos alapon” elindult terápia „agyfényesítés” céljából, felmerül a KSD gyanúja.

Miért lehet nehéz a korai stádiumú demencia felismerése?

A korai felismerést nehezíti, ha a beteg és a család a megváltozott kognitív, funkcionális, hangulati és viselkedési tüneteket az öregedés természetes részének tekinti, vagy elbagatelizálja, és ezért nem jelzi panaszként. Tapasztalataink szerint sokszor a háziorvosoknak a demencia problémakörével kapcsolatos figyelme és érzelmi hozzáállása is elsősorban a középsúlyos vagy súlyos állapotokra irányul, ami elterelheti a figyelmet a korai stádiumról, vagy akár az enyhe kognitív zavarról. A korai demencia legalább kétharmada a fentiek miatt nem kerül felismerésre.

Segítheti a korai felismerést, ha a korai stádiumú demenciával kapcsolatos lehetséges diagnosztikai és ellátásbeli lépéseket más, súlyos és progrediáló betegségekhez hasonlóan a korai felismerés sikereként tartjuk számon, amely hordozza ennek minden előnyét (progresszió lassítása, betegek életminőségének megőrzése, hozzátartozók időben történő felkészítése).

Szintén a korai felismerést segítheti a laikus tünetészlelés egy fontos jellemzőjének folyamatos figyelembevétele: az adott tünet jellege meghatározza, hogy mennyire súlyosnak értékeljük. Az „értékesebb” szerveket (az arcot, a szemet és más érzékszerveket) érintő, vagy a mozgást korlátozó, illetve fájdalmasabb tüneteket súlyosabbnak tekintik az embe-

rek, és hamarabb is reagálnak rájuk. *A korai demencia jelei nem szerepelnek ezek között, tehát kevésbé számíthatnak a háziorvosok a szubjektív panaszokra, mint saját megfigyelő képességükre!*

Gyakran előfordul, hogy a beteg és a környezete is különbözően éli meg a problémát, a családtagok általában előbb érzékelik a kognitív funkciók romlását. **Az egyszerű tesztvizsgálat mellett rendkívül fontos segítség a heteroanamnézis.**

Milyen információk segítenek a korai stádiumú demencia gyanújának felvetésében?

A korai stádiumú demencia tünetei természetesen jól ismertek, de kutatásunkban a háziorvosok a betegség kapcsán jellemzően olyan változásokat említettek (lelassult, szétszórt a beteg), amik egy rutin háziorvosi rendelés során a páciens panasza nélkül nem iránymutatók az orvos számára a betegség gyanújának felmerüléséhez.

A „gyakorlott szemű” házi orvosok az alábbi, háziorvosi rendelőben is észrevehető tüneteket említették iránymutató jeleknek a korai demencia kapcsán:

- visszakérdezés alapján megállapítható, hogy a beteg megérti-e a gyógyszerszedési instrukciót; a feltett kérdésekre felel-e;
- korai stádiumú demenciánál jellemző a motyogás, a beteg egyszerű szavakat sem talál;
- a páciens szubjektív panasza, hogy feledékeny, „valami nem stimmel”;
- viselkedésében lelassult, szétszórt, csökkent a mozgáskoordinációja
- öltözködésében, ápoltságában változás, romlás következik be;
- esetleg a váróban nem tudja, ki után következik, már órák óta kint ül

A beteg kognitív teljesítményének romlását **a kórelőzmény alapján célzott kérdésekkel és a hozzátartozóktól nyert információval is lehet felmérni pl.:**

- Jellemző-e, hogy nehezen találja a szavakat, nem jut eszébe egy-egy kifejezés?
- Előfordul-e Önnek, hogy nem talál valamit, nem emlékszik rá, hová tette, például kulcs, szemüveg, pénztárca?
- Okoznak-e mostanában gondot olyan rutintevékenységek, amelyek korábban nem jelentettek problémát, például főzés, ügyintézés, telefonálás?

Az asszisztens a beteg kapcsán további, akár rendelőn kívüli személyes élményekből, találkozókból származó információkkal rendelkezik, amelyek felvethetik a korai stádiumú demencia gyanúját.

Mennyire fontos a demencia oka az ellátásban?

Tapasztalataik szerint a korai stádiumú demenciát az ellátó orvosok a betegség oki háttere, etiológiája felől közelítik meg. Gyakran találkoztunk olyan véleménnyel, hogy a korai stádiumú demens betegek többsége szekunder demenciában érintett, azaz kardiovaszkuláris, diabetológiai, alkoholbetegség, stb. okokra vezethetőek vissza a demencia tünetei.

Mivel a korai stádiumú demenciában érintett betegek nagyon sokszor polimorbid betegek, ezen betegeknél nagy valószínűséggel lehet találni kardiovaszkuláris, diabetológiai, vagy egyéb társbetegséget, amely akár okozhatja is a demenciát. **Azonban fontos, hogy a korai stádiumú demencia társbetegsége, és nem csak következménye lehet ezen betegségeknek**, minden esetben fontos annak megfontolása, hogy önálló ellátást igénylő problémaként tekintünk a korai stádiumú demenciára – az esetlegesen feltételezett etiológiától függetlenül is!

Mit mondjak a betegeknek a vizsgálatok kapcsán, ha a betegség gyanúja felmerül?

A Research Flow által szervezett kutatás alapján elmondható, hogy a háziorvosok nehezen találják a kezdeti gyanú közlését, a tesztek felvételét pedig sértőnek titulálják, és megfogalmazódtak „túl könnyű kérdések vannak benne” típusú féltelmek is az orvosokban. Továbbá szerintük a betegek nem fogadnák el a diagnózist, elviccelnék, elutasítanák, stigmatizációnak tekintenék, vagy akár sértődötten, agresszívan reagálnának rá, vagyis az addig felépített orvos-beteg kapcsolatot rontaná a korai stádiumú demencia tesztekkel történő felmérése.

Érdeemes elmondani, hogy a tünetek hátterében többféle ok állhat, és egyszerű tesztekkel felmérhetjük, hogy a probléma igényel-e további szakorvosi vizsgálatokat. Ennek tisztázása azért fontos, mert a tüneteket annál jobban lehet kezelni, minél előbb tisztázzuk a lehetséges okokat.

Hasznos lehet objektív módon, a beteg tudásához igazítva megfogalmazni, hogy „van egy

Megoldható-e a tesztvizsgálat a háziorvosi praxisban?

Ma Magyarországon általában kevés háziorvos végez demencia szűrővizsgálatot, aminek sokféle oka lehet, de sok országban ezt a háziorvosok rutinszerűen végzik, pl. Angliában a háziorvosok 79%-a használ a mindennapi gyakorlatban valamilyen kognitív vizsgálati

módszert. Az angol és kanadai háziorvosok 51–76%-a alkalmazza praxisában a Mini-Mentál Tesztet (MMT) és 5–52%-uk az Óra Rajzoló Tesztet (ORT).¹ Mindkét teszt gyorsan elvégezhető (3-10 perc), egyszerű, felvételéhez és kiértékeléséhez nem szükséges szakorvosi képesítés. Az általunk tapasztalt gyakori vélekedéssel ellentétben a korai stádiumú demencia szakorvosi diagnosztizálási rutinjába a képalkotó vizsgálatok nem tartoznak bele.

A praxisok túlterheltsége tény, de a teszthasználat felől közelítve **fontos hangsúlyozni, hogy a szűrésre alkalmas kognitív tesztek felvétele és kiértékelése általában nem (szak)orvosi kompetenciához kötött, képzett egészségügyi szakember is elvégezheti.**

Az egyszerű tesztek biztosan jelzik a korai demenciát?

Magas intellektus esetén kezdetben a demenciát szűrő tesztpontszámok normálértékben maradhatnak. Ebben az esetben az aktuális állapot és a korábbi teljesítmény összehasonlítása jelezheti kognitív funkciók hanyatlását.

Hogyan reagálnak a betegek a kognitív funkcióromlás vagy demencia gyanújának felvetésére?

A betegségtől való félelem, a betegségbelátás csökkenése miatt a betegek a memóriazavart sokáig bagatellizálják, de az is előfordul, hogy a kísérő depressziós tünetek miatt sokkal súlyosabbnak élik meg az enyhe tüneteket. Kutatásunkban gyakori vélemény volt, hogy a betegek azért kerülhetik a diagnózist, mert a betegséget stigmatizációnak tekinthetik, és traumatizálhatja őket a betegség megállapítása.

Fontos, hogy **a korai stádiumú demencia orvosi szempontból nem stigma, hanem betegség, melynek progressziója megfelelő időben történt észlelés esetén lassítható, a romlás megállítható.** A korai diagnózissal a beteg és hozzátartozói felkészíthetők a várható életminőségbeli változásokra, amelyekre elő tudnak készülni – és ez ellensúlyozza a stigmatizáció feltételezésének esetleges érzéseit.

Próbálja meg pozitív, aktivitásra serkentő vagy akár csak korrekt, megnyugtató üzenetként átadni a páciens számára a betegséget, ezzel is megadva a lehetőséget az arra való felkészülésre!

Mit mondjak a hozzátartozóknak?

A demens beteg hozzátartozóinak igen nagy szerepe van a betegség észlelésében, az, a gyógyszerek pontos bevételeinek és egyéb terápiás tanácsok betartásában a betegség lefolyása alatt.

Hasznos lehet a beteggel való találkozó szervezésekor a hozzátartozó bevonására is gondolni. **Érdeemes számukra is pozitívan megfogalmazni, hogy mit tehetnek a demens beteg önállóságának fenntartása érdekében, hogyan segíthetnek szeretett családtagjuknak!** Nagyon fontos a beteg és a hozzátartozók számára a reális információátadás a betegségre, illetve az életminőségben várható változásokra vonatkozóan.

Fontos annak figyelembevétele, hogy a betegség nem csak a betegek, hanem a hozzátartozók számára is megterhelő lelkileg.

Mit okoz a korai demencia felismerésének hiánya?

Általában kb. másfél év telik el a család által felismert szellemi hanyatlás és a beteg első erre irányuló orvosi vizsgálata között. A demencia diagnózisának felállítása átlagosan 3,5–5,5 évvel az első tünetek megjelenése után történik.¹ Így a kezdődő betegség farmakoterápiára még jól reagáló kezdeti szakaszában általában elmarad a kezelés. **A probléma felismerésének hiánya miatt sem a beteg, sem a családtagok nem tudnak felkészülni a várható nehézségekre,** és elmaradnak a nem gyógyszeres kezelési lehetőségek, mint pl. a memóriatréning, vagy az életmód-változtatás.

A megfelelő tájékoztatás hiányában a jelenlevő tünetek alapján a beteg maga építi fel a félelmeit, fantáziáit, amiket később sokkal nehezebb alakítani, orvosi szempontból is „helyre tenni”. **Az orvossal való konzultáció segíthetné abban, hogy a nehezen megfogható panaszokat felismerje, és azok megoldható és megoldandó feladatokká alakuljanak.**

Mi a teendő korai demencia észlelése esetén?

A korai stádiumú demencia gyanúja esetén a beteget Memória ambulanciára (ezt az elnevezést használjuk a régebbi demencia centrum helyett) érdemes irányítani. A depressziós, pszeudodemenciára utaló tünetek esetén pszichiátriai szakvizsgálat szükséges.⁶ Az alapellátásban nem mindig ismert a Memória ambulanciák pontos diagnosztikus

és terápiás eszköztára, illetve az alapellátással való együttműködés lehetősége a betegek ellátásában. Ezért a háziorvosok számára hasznos lehet megismerni a memória ambulancia munkáját.

Van-e terápiás konzekvenciája a potenciális rizikó megállapításának és a korai diagnózisnak?

A demencia korai stádiumában van a legnagyobb haszna a kezelésnek, amivel lassítani lehet a progressziót, így mind a beteg, mind a hozzátartozók sokat tehetnek az önálló életvitel, a jobb életminőség fenntartásáért.

Ugyanakkor ma Magyarországon a kb. 160 000 demens beteg mindössze 3%-a részesül kezelésben, míg pl. Franciaországban ez az arány az 50%-ot is eléri.¹

Van-e megfelelő terápia a korai stádiumú demencia kezelésére?

Kutatásunk alapján felmerült, hogy az egész betegség gyógyíthatatlanságának érzése a korai stádiumú demencia kezelésére is vonatkozik.

Fontos azonban annak ismerete, hogy **van olyan komplex hatásmechanizmusú** (értágító, keringésjavító, trombocita-aggregáció gátló) **hatékony készítmény, ami** az enyhe kognitív zavar, a korai demencia és **a krónikus agyi keringészavar legtöbb tünetét** – úgy mint memóriazavar, koncentrációs képesség romlása, szédülés, bizonytalanság-érzés, hangulati ingadozások – **javítja, és a kedvező hatás hosszú távon is fennmarad.**

Irodalom

1. Kálmán J és mtsai: Hogyan vegyük észre? Dementiaszűrés az alapellátásban LAM 2014; 24 (1-2):11–22.
2. Tariska Péter: A neuropszichiátria hazai gyakorlata
3. Peters: Blood pressure, smoking and alcohol use, association with vascular dementia Experimental Gerontology 47 (2012) 865–872
4. Exalto: An update on type 2 diabetes, vascular dementia and Alzheimer's disease Experimental Gerontology 47 (2012) 858–864
5. Jeffrey M. Burns, John Morrison ZAFÍR PRESS, 2014
6. Egészségügyi Minisztérium szakmai protokoll: A demencia kórismézése, kezelése és gondozása 2008

Sermion 30 mg filmtabletta

Hatóanyag: 30 mg nicergolin filmtablettánként.

Javallatok: Demenciával járó kórállapotok (Alzheimer-típusú, Parkinson-os, vascularis, multiinfarctusos és egyéb demencia), post-stroke állapotok tünetei (kognitív, hangulati és figyelmi funkciók) kezelése. Adagolás: Az ajánlott adag naponta 1-szer, vagy 2-szer 1 tablettát (30-60 mg). Napi adagja felnőtteknek általában 30 mg. Átmenetileg naponta 60 mg-ig emelhető az adag. Elég-telen vesefunkció esetén a dózist csökkenteni kell.

Ellenjavallatok: A készítmény hatóanyagával, anyarozs-alkaloidokkal vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Akut myocardialis infarctus. Akut vérzések. Orthostaticus hypotensio. Sú-lyos bradycardia.

Figyelmeztetések: Csökkentheti a szisztolés vérnyomást és jóval kisebb mértékben a diasztolés vérnyomást is, a normál vérnyomású és az emelkedett vérnyomásban szenvedő betegek esetében egyaránt. A szimpatomimetikum-agonisták (alfa- és béta-) óvatosan alkalmazandók a nicergolinnal kezelt betegeknél. Alkalmazása óvatosságot igényel hyperuricaemiás vagy korábban köszvényben szenvedő betegek esetében és/vagy olyan egyidejű gyógyszeres kezelés során, ami a húgysav metabolizmusát és kiválasztását befolyásolhatja. Néhány, a szerotonin 5HT 2-béta-receptorán agonista hatású ergot-alkaloid alkalmazásával összefüggésben fibrosist jelentettek. Néhány ergot-alkaloid és származékaik bevitelével kapcsolatban beszámoltak az ergotismus tüneteiről. Gépjármű vezetésekör vagy gépek kezelésekor figyelembe kell venni, hogy esetenként szédülés vagy álomosság fordulhat elő.

Gyógyszerköölcsönhatások: Óvatosan adható antihypertensív szerekkel, erősítheti a hatásukat; szimpatomimetikus gyógyszerekkel (alfa- és béta agonisták), alfa-adrenerg blokkoló hatása révén antagonizálhatja a szimpatomimetikus gyógyszerek vasoconstrictió hatását; CYP 2D6 által metabolizált gyógyszerekkel, mivel az azonos útvonalon metabolizált gyógyszerekkel való kölcsönhatása nem zárható ki; thrombocytaaggregáció-gátló és antikoaguláns gyógyszerekkel (pl. acetilszalicilsav), ezek növelik a haemostasisra kifejtett hatást, ezért meghosszabbodhat a vérzési idő; húgysav-anyagcserére ható gyógyszerekkel, növelheti a szérum húgysavszint aszimptomatikus emelkedését.

Mellékhatások: abdominális diszkomfortérzés, agitáció, zavartság, álmatlanság, álomosság, szédülés, fejfájás, vérnyomáscsökkenés, bőrpír, székrekedés, hasmenés, hányinger, pruritus, emelkedett húgysavszint a vérben, melegségérzet, kiütés.

Osztályozás: Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2014.12.30.

OGYI-T-4339/01-02

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

Pfizer Gyógyszerkereskedelmi Kft.,

1123 Budapest, Alkotás u. 53. MOM Park „A” épület, Tel.: 488-3700, www.pfizer.hu

Az aktuálisan érvényes árért, kérjük, keresse fel az Országos Egészségbiztosítási Pénztár honlapját (www.oep.hu). Közfinszírozás alapjául elfogadott ár: 2531 Ft. Támogatás mértéke: NORM25% Tá-mogatás összege: 633 Ft. Térítési díj: 1898 Ft. Napi terápiás költség: 63 Ft (napi 1 tablettát esetén).

Közgyógyellátás terhére felírható. www.oep.hu

Az anyag lezárásának dátuma: 2015. 11. 05.

