

Előadások és poszterek összefoglalói

A DIABETES KEZELÉS NEHÉZSÉGEI GERIÁTRIAI BETEGEKBEN

DR. ÁDÁM ILDIKÓ¹ – DR. FRANK NÓRA² – MÁTISNÉ KOVÁCS KATALIN³

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Geriátriai Osztály, Kaposvár

³ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Krónikus Belgyógyászati Osztály, Kaposvár

Idős korban a terápia indításánál a diabeteses szövődmények vonatkozásában az akut szövődmények megelőzése az egyik legfontosabb szempont. Itt elsősorban a hypoglykaemiára és a hyperglykaemiás-hyperosmoláris állapotokra kell gondolnunk. Mindkettő idős korban fatális kimenetelű lehet, de ha sikerül orvosolnunk, akkor is komoly állapot romlást eredményez, a korábbiakhoz képest. A krónikus szövődmények kialakulására a már meglévők mellett idős korban kevésbé kell számolni, de ez nem jelenti azt, hogy a szénhidrát-anyagcsere beállításánál nem kell a megközelítőleg ideális éhomi – posztprandialis – vagy HbA_{1c} szintet célul kitűzni. Az időskori cukorbetegség kezelésénél figyelembe kell venni a diabetes tartamát, a meglévő szövődményeket, a társbetegségeket, a kezelési algoritmusok irányvonalait, és a beteg szociális háttérét. A terápiás algoritmus sok lehetőséget biztosít a kezelő orvos számára. Idős korban minden esetben elsősorban olyan kezelést kell választani, mely kevésbé kockáztatja a beteg állapotát és a célnak kitűzhető kezelési eredményt biztosíthatja.

HEVENY MIOKARDIÁLIS INFARKTUS ÉS DIABETES MELLITUS

DR. BÁBICZKY ÁGNES – DR. FRIDRIK GÁBOR

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Egység, Mosdós

Diabetes mellitus diagnosztizálásának időpontjában az esetek jelentős részében már jelen vannak a makrovaszkuláris szövődmények, melyek az előzőleg hosszú éveken át fennálló hiperinzulinizmus talaján alakulnak ki. A miokardiális infarktus kapcsán észlelt hiperglikémia fokozza a mortalitást. A hipoglikémiás epizódok a ritmuszavarok kockázatát emelik. Diabetes mellitus fennállása esetén a koszorúér-betegség komplex, a plakkok lipid dúsak, instabilak. Revaszkularizációt követően nagyobb a kockázata az instent restenosisnak, illetve a vénás graftok elzáródásának. Ebben a betegcsoportban különösen fontos a hatékony kardiológiai rehabilitáció az akut eseményt követően. A heveny szak lezajlása után keresni kell a szénhidrát-anyagcsere zavarát, már ismert diabetes mellitus esetén optimalizálni kell a terápiát. Működésünk első éve alatt 179 esetben végeztünk kardiológiai rehabilitációt heveny miokardiális infarktust követően, a betegek 29%-a volt diabeteses, 11%-ban diagnosztizáltunk új keletű diabetes mellitust. Heveny miokardiális infarktus és diabetes mellitus együttes fennállása esetén kardiológiai rehabilitációra került betegek állapotát társbetegségek és súlyos rizikófaktorok szempontjából elemezve, hipertónia 82%-ban, veseelégtelenség 21,8%-ban, COPD 17,8%-ban, perifériás érbetegség 14%-ban, stroke 1%-ban, obesitas

31,5%-ban, dohányzás 27%-ban fordult elő. 51%-ban STEMI, 49%-ban NSTEMI miatt került sor a kórházi felvételre. Az esetek 75%-ában történt PCI, 15% intervencióra alkalmatlan volt. A további esetek időn túliak voltak, illetve 1 beteg nem vállalta a beavatkozást. Nem tervezett áthelyezésre 4%-ban került sor, STEMI, stroke, illetve vérzés miatt. A betegcsoportban a halálozás 1,3% volt. Javult általános állapotban otthonába bocsátott betegeink funkcionális státuszának változását érkezési és távozási terheléses EKG-val (4,4–7,5 MET), illetve 6 perces sétateszttel (225–358 m), terhelésre nem alkalmas betegek esetében pedig Barthel-index (66,6–85,2) felvételével dokumentáltuk. Ezen eredményeink a szakmai kollégium minőségi paramétereinek megfelelnek. Betegeink a gyógytorna mellett alap és társbetegséggel kapcsolatos, valamint dietetikai oktatásban részesültek, és jelenleg már pszichológus és mentálhigiénikus által vezetett csoport terápiára is lehetőségünk van. A kardiológiai rehabilitáció során az optimális gyógyszeres kezelés beállítása mellett célunk az életmódváltás, mely hatékonyan támogatja a gyógyító beavatkozások eredményeinek megőrzését, javítja az életkilátásokat.

KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓ HEVENY MIOKARDIÁLIS INFARKTUST KÖVETŐEN, ILLETVE ACBG-MŰTÉT UTÁN

DR. BÁBICZKY ÁGNES – DR. FRIDRIK GÁBOR

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Egység, Mosdós

Kardiológiai rehabilitációra jelenleg leghatékonyabban a II fázisú intézeti rehabilitáció keretein belül nyílik lehetőség. A hozzáférés azonban egyenlőtlen, a rászoruló betegek 30%-a részesül rehabilitációban. A somogyi lakosság egészségi állapotának javítását célozva szerveztük át intézetünkben a kardiológiai rehabilitációs egység működését. Első évünk során 553 beteget kezeltünk. 179 esetben heveny miokardiális infarktust követően, 48 esetben ACBG-műtét után került sor rehabilitációra. Fenti két betegcsoportot, mely beteganyagunk 41%-át alkotta, kiemelten elemezzük komorbiditás, rizikófaktorok és a funkcionális státusz változása szempontjából. Miokardiális infarktus után kezelték átlag életkora 66,3 év volt. 142 esetben történt PCI, 21 eset katéteres intervencióra alkalmatlan, 13 eset volt időn túli, 2 esetben pedig sikertelen volt az intervenció, 1 beteg nem vállalta a beavatkozást. Társbetegségek tekintetében hipertónia 74%-ban, diabetes mellitus 29%-ban, COPD 15,6%-ban, perifériás érbetegség 14%-ban, veseelégtelenség 19%-ban, stroke 7,8%-ban fordult elő. 21 betegnél (11,7%) diagnosztizáltunk újonnan diabetest. Az életmódváltással leginkább befolyásolható rizikó faktorok tekintetében: az obesitas 27,3%-ban fordult elő, a betegek 30,1% volt dohányos. Korai terhelés során átlagosan 4,08 MET volt a terhelhetőség, távozáskor 6,8 MET. Nem terhelhető beteg esetében Barthel-index (62,6–88,6), illetve 6 MWT (225–360 m) történt érkezéskor és távozáskor. ACBG-műtét után rehabilitáltak átlagéletkora 63,2 év volt. Hipertónia 75%-ban, cukorbetegség 41%-ban, veseelégtelenség 18,7%-ban, perifériás érbetegség 16,6%-ban, COPD 14,6%-ban, stroke 12,5%-ban fordult elő. 47% volt obes, 20,8% dohányos. A funkcionális státusz javulását Barthel-index (80–96,6), 6MWT (333–517 m), valamint távozási ergometria (átlagosan 7 MET) alapján dokumentáltuk. Adatainkból látszik, hogy a két

betegcsoportban milyen nagy az életkilátásokat és életminőséget kedvezőtlenül befolyásoló társbetegségek és súlyos rizikófaktorok jelenléte. Hazánkban az elmúlt években a szívinfarktus miatt kezelt, illetve ACBG-műtétre kerülő betegek kevesebb, mint egyharmada részesült csak rehabilitációban. Úgy véljük, hogy a hazai kardiológiai rehabilitáció eredményességét növeli, az ellátásban tapasztalt egyenlőtlenségek csökkentéséhez pedig hozzájárul a megyei szinten szerveződő rehabilitációs ellátó helyek működése, különösen ott, ahol a kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás még hazai viszonylatban is magas.

DEFINITION FLASH DUAL SOURCE CT KARDIOLÓGIAI ALKALMAZÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI A RADIOGRÁFUS SZEMÉVEL

BAKOS BERNADETT¹ – REPA KRISZTINA¹ – DR. TÓTH LEVENTE^{1, 2} – VANDULEK CSABA¹ – DR. REPA IMRE¹

¹ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

Bevezetés: A kutatás célja annak bemutatása, hogy a második generációs DSCT által elérhető vált alacsony dózisu, egy szív ciklus alatt teljes szív leképezést nyújtó Flash technika előnyei milyen eredménnyel alkalmazhatóak a rutin kardiológiai vizsgálatok során.

Betegek és módszer: 2012-ben a Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrumában kardiológiai CT-vizsgálaton átesett betegeknel retrospektív feldolgoztuk a demográfiai adatokat, rögzítettük a testtömeget és testmagasságot, ebből testtömegindexet (BMI) számoltunk. Vizsgáltuk a béta-blokkoló gyógyszer adását, a szívfrekvenciát és az effektív sugárdózist a Flash, illetve nem Flash technika alkalmazása során. Összehasonlítottuk a korlátozottan, illetve egyáltalán nem értékelhető vizsgálatok számát is.

Eredmények: 623 betegnél történt szív CT-vizsgálat, ebből 523 esetben (84%) csak a koronáriák vizsgálata történt, 100 (16%) esetben posztoperatív állapot, illetve szívüregi morfológia vagy funkció meghatározása volt az indikáció. A koronária vizsgálatok 66%-ban Flash technikával készült a vizsgálat. A demográfiai adatokban, gyógyszeradagolásban és a vizsgálat értékében nem volt szignifikáns különbség a két csoport között. A Flash csoportban szignifikánsan alacsonyabb volt szívfrekvencia (59 ± 8 /min vs. 68 ± 7 /min, $p < 0,05$) és az alkalmazott effektív sugárdózis is ($1,1 \pm 0,3$ mSv vs. $12,0 \pm 4,6$ mSv, $p < 0,01$).

Következtetések: A rutin kardiológiai vizsgálatok jelentős részénél a Flash technika alkalmazásával igen alacsony sugárterheléssel elvégezhető a koronária CT-vizsgálat, így széleskörűen kihasználhatóak a technika nyújtotta előnyök.

RADIOLÓGIAI INTERVENCIÓ SZÖVŐDMÉNYEI, TÖBBSZÖR OPERÁLT ESETE (ADIPOSUS NŐBETEGNÉL LÁGYÉKI PUNKCIÓVAL VÉGZETT CAROTIS STENT PTA UTÁN FESZÜLŐ, PULZÁLÓ HAEMATOMA)

DR. BALOGH GÁBOR JUN. – DR. GERGELY MIHÁLY – DR. HALMOS FERENC – DR. PINTÉR KITTI

Somogy megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Kaposvár

Radiológiai intervenció nem ritka szövődménye a lágyéki punkció vérzése. Középkorú, adiposus nőbetegnek jobb lágyéki punkcióból végzett carotis Stent PTA után alakult ki feszülő, pulzáló haematómája. Dacron foltplasztika után lokális sebváladékozás miatt arrhosios vérzés, majd több, vénával történt rekonstrukció ellenére ismételt arrhosios vérzések jelentkeztek. Végző megoldás iliofemorális obturator bypass volt Silver grafftal. A beavatkozások közben localis vacuum kezelést folytattunk.

COMBINED FAECAL QUANTITATIVE CALPROTECTIN AND IMMUNOCHEMICAL FAECAL OCCULT BLOOD TESTS FOR THE DETECTION OF COLORECTAL CARCINOMA AND SIGNIFICANT ADENOMAS

DR. BALOGH GÁBOR JUN.¹ – DR. MIHÁLY EMESE² – DR. HRITZ ISTVÁN³ – DR. LENGYEL ZSOLT⁴ – DR. MADÁCSY LÁSZLÓ² – DR. TULASSAY ZSOLT²

¹ Department of Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár

² 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest

³ Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár

⁴ Pozitron Diagnosztikai Központ, Budapest

Introduction: Sensitivity of faecal occult blood screening method for colorectal cancer (CRC) and significant adenomas remains a critical problem. The aim of this study was to analyze the combined sensitivity and specificity of faecal quantitative calprotectin and immunochemical faecal occult blood tests in patients with CRC and colonic polyps.

Methods: We prospectively tested a combination of immunochemical faecal occult blood test (i-FOBT) and quantitative calprotectin (QC) as biomarkers for advanced colorectal neoplasia, adenomas and cancer in a selected series of 83 patients with IBS.

Results: Stool samples were examined in 83 patients, in whom total ileo-clonoscopy were also performed. Colonoscopy revealed 32 patients without any adenoma, 34 patients with minute adenoma and 17 patients with CRC (10 patients had CRC and 7 patients had at least one advanced adenoma). QC was elevated ($> 60\mu\text{g/g}$) in 54 patients (65%), whereas i-FOBT was positive in 16 out of 83 patients (19%). The overall sensitivity and specificity of QC versus i-FOBT for advanced colorectal neoplasia was 0.88 and 0.41, versus 0.59 and 0.91, respectively. For advanced colorectal neoplasia detection, i-FOBT was the test with the highest positive predictive value (0.63), whereas QC had the highest negative predictive value (0.93). The best combination of tests to exclude the risk of advanced colorectal neoplasia was

i-FOBT + QC, as in patients showing negativity to both markers, the risk of advanced colorectal neoplasia was 0% (NPV = 1). The mean faecal calprotectin concentration in the 51 patients with any adenoma differed significantly from adenoma negative cases respectively ($P < 0.001$).

Conclusions: Faecal calprotectin is more sensitive than immunochemical faecal occult blood tests for detection of colorectal neoplasia at the cost of a somewhat lower specificity. The combination of i-FOBT and QC is a sensitive screening tool in clinical practice to diminish the risk of advanced colorectal neoplasia in those patients who refused primary colonoscopy based colorectal screening.

THORACO-MYOPLASTICA MŰTÉTEINK 3D SPIRÁL CT-VEL TÖRTÉNŐ MODELLEZÉSÉRŐL ÉS TERVEZÉSÉRŐL

DR. BALOGH GÁBOR SEN.¹ – DR. GARBERA ISTVÁN² – DR. HERKE LÁSZLÓ¹ – DR. PUSKÁS ATTILA¹ – DR. TÓTH TIBOR¹ – DR. VINCZE KÁROLY¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Radiológiai Osztály, Kaposvár

Bevezetés: A krónikus mellűri gennyedések súlyos eseteiben a betegek eredményes kezelése csak thoraco-myoplastica elvégzésével lehetséges. A műtét a lágy részekre és a csont struktúrára is kiterjedő jelentős szöveti áldozattal, funkcionális károsodással és megmaradó deformitással jár.

Célkitűzés: Az alkalmazott számítógépes műtéti terv kialakításának célja az, hogy a záróműtét a lágyrész- és funkciókárosító hatását mérsékelje.

Betegek és módszer: A műtét kedvezőtlen hatásainak mérséklésében jelentős segítséget nyújt a CT és spirál-CT segítségével elkészített 3 dimenziós felvételek műtét előtti értékelése. 1990. január 1. és 2013. december 31. között 91 thoraco-myoplasticát végeztek különböző eredetű krónikus mellűri gennyedés miatt. Az átlagéletkor 61,7 év, a mortalitás 4,8% volt. A funkció- és szövetskímélő thoraco-myoplastica 81 esetben fenestratio után végzett nyitott kezelést követően történt, 10 betegnél tartós szívó-drainage-t követően. 2006-ban vezettük be osztályunkon a krónikus mellűri gennyedés végleges megoldására szolgáló thoraco-myoplastica műtétek számítógépes tervezését, amelyet 14 beteg esetében alkalmaztunk.

Eredmények: A spirál-CT segítségével előre modellezhető az, hogy hány bordára és azok mekkora szakaszára terjedjen ki a thoracoplastica. Az üreg pontos térfogatának meghatározása és az elforgatható izomnyalábok (m. pectoralis maior, m. latissimus dorsi stb.) térfogatának műtét előtti mérése segít a krónikusan gennyedő üreg megszüntetésében.

Következtetések: A szerzők megállapítása szerint a számítógépes tervezés a sebész munkáját jelentősen segíti abban, hogy a műtét során a mellkasi struktúra és a lágy részek feláldozásával járó hátrányos következményeket mérsékelhessék.

BETEGUTAK, A MELANOMA MALIGNUM FELISMERÉSE, KEZELÉSE ÉS GONDOZÁSA, ÚJ TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK A SOMOGY MEGYEI ELLÁTÁS TÜKRÉBEN

DR. BATTYÁNI ZITA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A melanoma malignum gyakorisága ugrásszerűen növekszik. A korai felismerés, és a szakszerű sebészeti ellátás gyógyulást eredményez, de a távoli áttétes esetek kezelése nem megoldott, várható élettartamuk hat hónap. A betegség hatékony gyógyítása bőrgyógyász, plasztikai sebész és onkológus szakorvos szoros együttműködésének eredménye. A korai felismerés, és a megfelelő, első sebészi ellátás meghatározó a betegség további lefolyása szempontjából, így célszerű az erre specializálódott intézményben végzett ellátás, ahol minden szükséges terápiás lehetőség (sebészet, immun-, kemoterápia, sugárkezelés), valamint a folyamatos gondozás elérhető. A hosszú időn keresztül elérhető sebészi és kemoterápiás kezelés mellett, a molekuláris biológiai és immunológiai ismeretek bővülése gyökeres változást eredményezett a betegség kezelésben. A kemoterápia helyett az immunológiai kezelések elterjedése jellemző. A korábbi stádiumokban (IIA-IIIC) az interferon alfa különböző dózisa, míg IV stádiumú betegeknél az antiCTLA4 antitestek alkalmazása akár évekkel is meg tudja hosszabbítani a betegek életkilátását. A BRAF inhibitorok pedig a kezelésre alkalmas betegek esetében a kiterjedt metasztázisok rövid időn belüli regresszióját eredményezik és így módon hosszabb túlélést biztosítanak. Mindkét kezeléssel megváltozott mellékhatás profillal kell szembenéznünk. A szerző jelen előadásában a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház utolsó tíz éves (2003–2013) melanomás beteganyagának feldolgozása alapján mutatja meg a betegség régióra jellemző előfordulást, súlyosság szerinti megoszlást, a betegutakat, valamint beszámol az újabb kezelésekkal szerzett tapasztalatairól.

KOGNITÍV FORDULAT UTÁN: SPIRITUÁLIS FORDULAT A PSZICHOTERÁPIÁBAN

DR. BÉRES ANDRÁS – DR. REPA IMRE

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

A pszichoterápia kognitív fordulata névvel fémjelzett szemléletváltozás az a felismerés, hogy nem önmagukban az életesemények, hanem az életesemények szubjektív értelmezése a meghatározó abban, ahogyan a páciens az életeseményeket átéli, és ahogyan ezekre reagál. Ez a megközelítés mérföldkövet jelentett a behaviour irányzat módszertanában és a többi pszichoterápiás iskola felé való nyitásban is. Az eseményeknek a szubjektív átélését viszont a páciensek világlátása, személyes hite az, ami gyökereiben meghatározhatja. Napjainkban a pszichoterápiában újabb – spirituális – fordulat vette kezdetét, mely további fejlődésnek nyithat utat mind a módszertan, mind az egyéb irányzatokkal való integráció területén. A kérdés nem elméleti, hanem gyakorlati jellegű: a mindennapok pszichoterápiája mennyire érintheti a hitélet, a transzcendencia kérdéseit – szükséges-e érintenie ezeket a kérdéseket? Beszélhet-e az orvos a hitről – mi az, ami szakmai hibának számít? Előadásunkban esetbemutatásokkal érzékeltetjük, hogyan merülhet fel a hit kérdése a klasszikus,

kognitív és séma terápias beavatkozás során a páciensnél; megvizsgáljuk, van-e jelentősége szakmai megközelítésében és így az általa alkalmazott terápias fogásokban a terapeuta hitének; végül, van-e jelentősége a fenti kérdéseknek a pszichoterápiás ülések keretein túlmenően, a medicina egyéb területein is. A pszichoterápia minden szakorvosi vizsgára ráépíthető szakvizsga, ezen felül a szűkebb értelemben vett pszichoterápia kereteit a pszichoterápiás jellegű beavatkozások köre jelentősen meghaladja – így a spirituális fordulat nem szakma specifikus, hanem általános orvosi kérdés.

AZ ULTRAHANGVEZÉRELT MR-ARTROGRÁFIA INTEGRÁLÁSA INTÉZETÜNKBEN – A RADIOGRÁFUS SZEREPE

BIRÓ GERGELY – Dr. GYEVNÁR ZSUZSANNA – KOVÁCS DÁNIEL – VANDULEK CSABA – Dr. REPA IMRE

Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

Az MR-artrográfia széles körben alkalmazott ízületi vizsgálati technika. Szerepe megkérdőjelezhetetlen a váll vizsgálata során – rotátorköpeny szakadás, kapszulolabrális komplex és glenohumerális szalagok megítélésére, valamint műtét utáni esetekben. Az MR-artrográfia invazív vizsgálat, ezért rutin vizsgálóeljárásként beilleszteni egy járóbeteg-ellátó központba kihívásokkal jár – alapos tervezést, megfelelő felszerelést és időbeosztást igényel. Tökéletes feladat egy radiográfus számára. Az intézetünkben ultrahang segítségével juttatjuk a kontrasztanyagot az ízületbe. Ezt megelőzően a páciensről natív MR-vizsgálat készül. A vizsgálati protokollok standardizálása és a vizsgálati idő kontrollálását (a szükséges beteg-előkészítéssel, tekercs felhelyezéssel, CT-artrogramm készítésével stb.) alkalmazzuk, annak érdekében, hogy egy zökkenőmentes MR-artrográfias vizsgálatot tudjunk biztosítani betegeink számára. Az ultrahangvezérelt MR-artrográfiát észrevehető várólista növekedés nélkül be tudtuk vezetni. A radiográfusok ebben az esetben a vizsgálatot végző és szervező személyekként is részt vesznek a munkában, a beteg útját követve a vizsgálat kérésétől a lelet elkészültéig.

DROGFOGYASZTÁS ÉS SZOCIÁLHIGIÉNÉ – A SPORT MINT VÉDŐFAKTOR

DR. BOLLÓK SÁNDOR¹ – TAKÁCS JOHANNA² – FLISZÁR VILMOS³ – BOLLÓK SÁNDOR JUN.⁴

¹ Nagyatádi Kórház, Pszichiátriai és Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Nagyatád

² Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

³ Budapesti Corvinus Egyetem, Közgazdaságtudományi Doktori Iskola, Budapest

⁴ Semmelweis Egyetem, Sporttudományok Doktori Iskola, Budapest

Bevezetés: A magyar ifjúság dohányzási, alkohol- és drogfogyasztási szokásairól, epidemiológiájáról, demográfiai és pszichoszociális háttéréről megbízható képet adnak az ESPAD 2011 kutatási adatai. A hazai eredmények mindhárom szerhasználat esetében felülmúlják az európai értékeket. A sport a társadalmi integráció és szocializáció egyik legfontosabb intézménye, emellett fontos szerepet tölt be a népegészségügy alakulásában is.

Célkitűzés: Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy a sport és szociális környezete jelenthet-e védőfaktort a legális és illegális droghasználattal szemben, amely a hosszú távú egészséget és jóllétet szolgálhatja.

Betegek és módszer: Kutatásunk empirikus survey-jellegű vizsgálat, melynek adatait önkitöltős kérdőívekre adott válaszokból ($n = 600$) nyertük. A válaszolók 42,2%-a lány, 57,8%-a fiú; átlag életkoruk $17,77 \pm 0,76$ év. Az adatfeldolgozást IBM SPSS Statistics 20 statisztikai program segítségével végeztük. A sportolói mintát, azok a fiatalok alkották, akik heti rendszerességgel legalább háromszor egy órát, szervezett formában vagy önállóan sportolnak.

Eredmények: Eredményeink alapján úgy tűnik, hogy a sportolásnak a dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében nincs egyértelmű visszatartó hatása, a sportolók és nem sportolók között nem találtunk szignifikáns különbséget. Az önállóan sportolók nagyobb arányban fogyasztottak kábítószer (marihuánát) az intézményi-normatív keretek között sportolókkal szemben. A szertulajdonságok megítélésében a dohányzásnak kompenzatorikus funkciót tulajdonítanak, az alkoholnak inkább a szociális aspektusait emelik ki, míg a kábítószer megítélésében hangsúlyos a fájdalomtompítás és egyfajta szellemi-spirituális jelleg.

Következtetések: A sport feloldódni látszik a fogyasztói társadalomban, az intézményi-normatív környezet jelenthet védőfaktort, de nem zárja ki a próbálkozó-alkalmi használatot. A sport színterének elhagyása fokozott veszélyt jelent, felerősödhet a drogfogyasztó magatartás.

A TERHELÉSES EKG VIZSGÁLAT JELENTŐSÉGE A KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓBAN

BÓZSÖNYNÉ SALAMON EDINA – ERDÉLYINÉ FARKAS KATALIN

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Egység, Mosdós

Terheléses EKG-vizsgálatot a kardiológiai rehabilitációban az esetek többségében nem diagnosztikus célzattal végezzük, hanem gyógyszerhatásban mérjük fel a beteg terhelhetőségét érkezéskor, illetve távozáskor, ezzel dokumentálva a fizikai tréning eredményességét, a funkcionális státusz javulását. A terhelhetőséget MET-ben (metabolikus ekvivalens) kifejezve a fizikai teljesítőképesség 1 MET-tel történő javulása 12%-kal javítja a túlélést. A felvételt követően végzett terheléses vizsgálat eredménye alapján határozható meg a tréning pulzus, illetve a biztonságban végezhető tréning intenzitása. Ebből kiindulva a gyógytornászok a későbbiekben fokozatosan emelik a tréning időtartamát, majd frekvenciáját, ezt követően pedig az intenzitását. Előadásunkban ismertetjük a terheléses vizsgálat ellenjavallatait, illetve a megszakítási indikációkat. Nem terhelhető beteg esetében 6 perces sétatesztet (6 MWT-t) végzünk érkezéskor és távozáskor. Heveny miokardiális infarktust követően rehabilitációra kerülő betegnél részlegünkön végezzük el a korai terhelést, mely az esetek többségében teljesítmény vagy frekvencia limitált terhelés, ugyancsak gyógyszerhatásban. A korai terhelésre építkező gyógytorna program hatékonyságát az elbocsátás előtt végzett tünethatárolt terheléses EKG-vizsgálattal mérjük fel. A hazabocsátás előtt történt vizsgálat eredménye alapján tudunk tanácsot adni a betegek számára, hogy milyen

intenzitású fizikai tevékenységet, sportot, munkát végezhetnek majd otthonukban, biztonságosan élhetnek e szexuális életet. Működésünk első éve alatt a részlegünkön heveny miokardiális infarktust követően rehabilitált betegek korai terhelés során átlagosan 4,08 MET-et teljesítettek, távozáskor az átlagos terhelhetőségük 6,8 MET volt. A legtöbbször mozgásszervi okból nem terhelhető betegek 6 perces sétateszt során mért átlagos járástávolsága 225 méterről 360 méterre nőtt. A rendszeres testmozgás, gyógytorna a kardiológiai rehabilitáció egyik fontos alapeleme, a biztonságos, de hatékony mozgásprogram a funkcionális diagnosztika tesztjei alapján tervezhető.

A SZÜLÉS KÖRNYEZETPSZICHOLOGIÁJA: ALTERNATÍV SZÜLÉSMÓDOK, EGYÜTTSZÜLÉS ÉS TÁRGYI FELTÉTELEK

CSERNÉ SEBŐK RENÁTA

Dombóvári Szent Lukács Kórház, Dombóvár

Célkitűzés: A szülés napjainkban újból nem csak családi, hanem társadalmi esemény is. Kiemelkedően fontos a szülés lefolyása szempontjából a környezet, az otthonos szülőszobák kialakítása és az apák jelenléte a szülőszobán.

Betegek és módszer: A kutatásom tárgya a Dombóvári Szent Lukács Kórház szülészeti osztályán szült nők kérdőíves vizsgálata a szülés körüli alternatívák, tárgyi feltételek birtokában. A kérdőívből nyert adatokat kiértékelés után diagramokban rendszereztem, leíró statisztikai módszert alkalmazva. Azért választottam ezt a módszert, mert véleményem szerint a kórházunkban szült anyák álláspontját a kérdőívvel tudom a legjobban prezentálni és nagyobb létszámmal, rövid idő alatt végezhető a kutatás. A módszer bemutatása a hipotézis alapján történik. Jövőbeli lehetőség a „Baba-Barát” cím folytatása.

Javaslatok: A kismamák nagyobb választási lehetőséget kapjanak, elősegítsük, hogy minél több gyermek születhessen.

Összegzés: A társadalomtól legyen elvárható, hogy a családalapítást támogatja, hiszen egyre kevesebb gyermek születik!

BEVÉRZETT PANCREAS PSEUDOCYSTÁ SZEMIINVAZÍV ÉS INVAZÍV KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

DR. CSULAK ESZTER¹ – DR. SOMODI KRISZTIÁN¹ – DR. FARKAS NORBERT¹ – DR. HORVÁTH GYULA² – DR. SZEPES ATTILA³ – DR. OLÁH TIBOR¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Radiológiai Osztály, Kaposvár

³ Bács-Kiskun Megyei Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Kecskemét

Bevezetés: Pancreas pseudocysta kialakulhat akut és krónikus hasnyálmirigy-gyulladást, hasi traumát követően. Korábbi elgondolással szemben, mára egy multimodális kezelési szemlélet alakult ki. A sebészet mellett a kezelésben előtérbe kerültek az invazív radiológiai, valamint az endoszkópos lehetőségek. Számos tanulmány szól konzervatív kezelés morbiditás és mortalitás csökkentő hatásáról a sebészeti beavatkozással szemben.

Esetismertetés: Betegünk egy 59 éves férfi beteg, akinek korábbi anamnézisében hipertónián kívül egyéb komolyabb belgyógyászati betegség nem szerepelt. Bal deréktáji, felhasi fájdalom, hányinger, hányás miatt érkezett Kórházunk Sürgősségi Betegellátó Centrumába. Akut biliaris pancreatitis diagnózisával Gasztroenterológiai Osztályon egy hétig konzervatív kezelésben részesült. Hazabocsátását követően két héttel diffúz hasi fájdalom, láz, hányás miatt ismételt belgyógyászati osztályos kezelésre szorult. Kontrasztanyag CT-vizsgálat által leírásra került pancreas-pseudocysta, ismert epehólyag kövessége miatt első alkalommal sebészeti konzílium történt, a betegnél elektív cholecystectomiát végeztünk. A műtétet követően öt hónap múlva görcsös hasi fájdalom, collaptiform rosszullét miatt került ismételt sürgősségi ellátásra. Akut kontrasztanyag CT-vizsgálat a pancreas-pseudocysta növekedését és bevérzését igazolta. Tekintettel a stabil klinikai állapotra, szelektív angiográfia mellett döntöttünk. A vizsgálat során az artéria lienalisból eredő patológiás érképlet igazolódott, melynek szelektív embolizációja megtörtént. Betegünknek ezt követően Bács-Kiskun Megyei Kórház Gasztroenterológiai Osztályán endoszkópos cysto-gastrostomiát végeztek. A beteg állapota jelenleg rendezett.

Következtetések: Krónikus pancreatitis esetében kialakuló pseudocysta képződés gyakori, ennek bevérzése ritka. A vérzés egyik leggyakoribb oka az artéria lienalis és ágainak eróziója. Az ellátás módja a vérzés mértékétől függ. Esetünk is igazolja, hogy habár krónikus pancreatitist követően kialakult pseudocysta szövődményeinek ellátása elsődlegesen sebészi, válogatott esetekben a társszakmákkal kooperálva szemiinvaszív úton is kezelhető.

HYPERTHYREOSIS RADIOJÓD KEZELÉSE

DR. DEÁK VERONIKA¹ – DR. DEZSŐ ENIKÓ¹ – DR. ZILAHÍ LÍVIA² – DR. FERENCZY ÉVA²

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Endokrin-Anyagcsere Osztály, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Nukleáris Medicina Osztály, Kaposvár

Bevezetés: A hyperthyreosis az egyik leggyakoribb pajzsmirigy betegség, melynek kezelése ma is kihívást jelent az endokrinológus számára. Amennyiben gyógyszeres kezeléssel tartósan nem rendezhető, definitív megoldásként strumectomia vagy radiojód-kezelés alkalmazható. A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban 2000 óta van lehetőség a pajzsmirigy-túlműködés radiojód kezelésére ambuláns járóbeteg-ellátás keretei között.

Betegek és módszer: A szerzők az Endokrinológiai Szakambulancián gondozott, 2001. és 2013. között radiojód kezelésben részesült 165 beteg adatait dolgozták fel.

Eredmények: A diagnózis alapján a betegek két csoportra oszthatók: Basedow-kór (immunhyperthyreosis), vagy autonom adenoma (uni- vagy multifocalis). Basedow-kór miatt 90 beteg kapott radiojód kezelést, átlagéletkor 51 év (20–80), átlag dózis 465 MBq (150–550), 9 betegnél történt recidív vagy reziduális hiperfunkció miatt ismételt kezelés. A kezelést követően 68 + 9 betegnél (85%) alakult ki kezelést igénylő hypothyreosis. Egy vagy többgócú autonom adenoma miatt 75 beteget kezeltünk, átlagéletkor 61 év (36–81), átlagdózis 392 MBq (130–550), 1 beteg esetében történt ismétlés, tartós hypothyreosis 14 esetben alakult ki (18%). A kezeléseket követően szövődményt nem észleltünk. 4 autonomia miatt kezelt beteg esetében évekkel a radiojód kezelés után progrediáló göbös struma miatt műtét történt. Tekintettel a

konferencia interdiszciplináris jellegére a szerzők kitérnek a radiojód kezelés indikációira, ellenjavallatokra, a kezelés során a betegek által betartandó sugárvédelmi szabályokra, valamint az utógondozás főbb szempontjaira.

Következtetések: A radiojód kezelés megfelelően kiválasztott betegeknél biztonságosan és eredményesen alkalmazható hyperthyreosis kezelésére, a műtét, illetve annak esetleges szövődményei elkerülhetőek. Autonomia esetében jelen beteganyagunkban a betegek 82%-nál teljes gyógyulást értünk el, a kezelést követően gyógyszeres kezelésre, hormonpótlásra sem szorultak.

A CGMS JELENTŐSÉGE A KLINIKAI GYAKORLATBAN

DR. DEZSŐ ENIKŐ¹ – DR. DEÁK LÁSZLÓ²

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Endokrin-Anyagcsere Osztály, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános Belgyógyászati Osztály, Kaposvár

Bevezetés: Napjainkban a 2-típusú cukorbetegség epidémiának számít, szövődményei miatt kardiovaszkuláris megbetegedésnek tekintjük. A diabetes kezelésének célja a megfelelő glikémiás kontrollra való törekvés, a szénhidrát-anyagcsere paraméterek célértékeinek elérése. Napjainkban a rendelkezésre álló pontos vércukormérő készülékekkel végzett önellenőrzés elengedhetetlen a cukorbetegség gondozásában, de jelentősebb vércukorszint-ingadozások rejtve maradhatnak.

Célkitűzés: Rossz anyagcseréjű, labilis 1-es típusú cukorbetegség vércukor értékeinek elemzése, ennek értékelésével a terápia módosítása, illetve meg nem érzett hypoglikémiás események kimutatása.

Betegek és módszer: 2013. augusztus óta lehetőségünk van IRO2 professzionális CGMS használatára. A hasbőr alá beültetett glukóz szenzor hat napon át 10 másodpercenként méri az intersticiális folyadék glukózsintjét, 5 percenként átlagol (napi 288 mérés). Ezalatt az idő alatt 28 betegnél végeztünk önkontrollos monitorozást. A betegek nagyobb része inzulinnal kezelt 1-es típusú (24), kisebb hányada (4) 2-es típusú metformin és szulfanilureával kezelt cukorbeteg volt. Betegeink a készüléket 27 esetben a megszokott napi aktivitás mellett hat napig viselték. Ezen idő alatt diétás és vércukornapolót vezettek, minden tevékenységüket rögzítették. Indulási HbA_{1c} átlagérték: 8,6% az inzulinnal kezeltéknél és 6,4% a 2-es típusú betegeknél.

Eredmények: Az eredmények kiértékelésénél legtöbb esetben meglepő ingadozásokat észleltünk: míg az ujjbegyből mért 4 pontos vércukorértékek 7-és 11 mol/l körül mozogtak, úgy a CGMS szenzor 2,2 és 18 mmol/l közötti kiugrásokat is regisztrált. 16 betegnél a hajnali órákban meg nem érzett hypoglikémiás értékeket észleltünk, 14 betegnél inzulinadag csökkentése, 2 szulfanilureával kezelt betegnél a gyógyszer elhagyása történt. Két esetben sikerült a CGMS ismételése a terápia módosításának ellenőrzéséhez. A kezelés módosítása után mért HbA_{1c} értékek (10 betegnél volt lehetséges) mérsékelt csökkenése 8,6%-ról 8,2%-ra volt észlelhető.

Következtetések: Folyamatos cukormonitorozás bevezetése (CGMS) az ujjbegyi méréseknél lényegesen pontosabban jelzi a vércukorszint ingadozásait, kifejezetten alkalmas az aszimptomás hypoglikémiák kimutatására a kimutatott cukor-ingadozási tendenciák alapján terápiamódosítást tesz lehetővé, ami az anyagcsere javítását teszi lehetővé.

„AZ ELMŰLÁS IS ÉRDEMELE LEGALÁBB ANNYI FIGYELMET ÉS GONDOSKODÁST, MINT A SZÜLETÉS”

DOMBÓVÁRINÉ BÖHM ERZSÉBET

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály – Hospice Egység

„Egy pszichológus leült egy olyan kórházi osztály folyosójának a végére, ahol enyhébb és súlyosabb állapotú betegeket egyaránt ápoltak. Több más osztályhoz hasonlóan a haldoklókat itt is külön kórteremben helyezték el. Amikor egy beteg jelzőcsengővel hívta a nővért, a kórterem fölött kigyulladt egy lámpa. A pszichológus azt mérte, hogy a lámpa kigyulladásának pillanatától kezdődően a nővérek milyen gyorsan mennek oda a betegekhez, és mennyi ideig maradnak velük. Azt tapasztalta, hogy a haldokló betegek kórtermébe a nővérek következetesen később mennek, és rövidebb ideig maradnak ott, mint a lábadozó betegek kórtermeiben.” Több, mint húsz év telt el Elizabeth Kübler Ross kísérlete óta, de a súlyos betegek ápolása azóta sem lett könnyebb feladat. Szerencsére a hospice mozgalomnak köszönhetően változott a haldokló betegek ellátásával kapcsolatos attitűd. Hospice otthonápolási szolgálatok alakultak és hospice osztályok jöttek létre. Ilyen a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Hospice Egysége, mely 2012 augusztusától működik. Az osztály működését szeretném bemutatni néhány statisztikai adattal. Szeretném bemutatni továbbá, hogy miben különbözik ez az osztály a többi krónikus osztálytól, hogyan érvényesül munkánk során a hospice szellemiség. Felmértem dolgozóim között, hogy munkájuk során milyen nehézségekkel találkoznak és e nehézségek ellenére miért jó ezen az osztályon dolgozni.

A CLL KEZELÉSÉNEK ÚJ LEHETŐSÉGEI

DR. EGYED MIKLÓS – DR. RAJNICS PÉTER – DR. KOLLÁR BALÁZS – DR. ALIZADEH, HUSSAIN – DR. KARÁDI ÉVA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Hematológiai Osztály, Kaposvár

A CLL a leggyakoribb leukémia a kaukázusi populációban. A betegek közel 2/3-a előbb-utóbb kemoterápiás kezelést igényel a betegség progressziója miatt. Főleg idős rossz általános állapotú betegek kezelésére máig ajánlott a chlorambucil. A fiatalabb CLL-es betegek Rituximab, Fludarabin + Cyclophosphamid eseteleg Rituximab + Bendamustin kezelés után évekig is remisszióban maradhatnak. Sajnos, az Allogén csontvelő-transzplantáción kívül igazán kuratív kezelés nem ismert, de az eljárás magas mortalitással és rossz távlati eredménnyel jár. A szinte biztos relapszusok miatt a betegek nagy része előbb-utóbb az újabb, Magyarországon ma még csak tanulmányban elérhető gyógyszerekre szorul. Előadásomban az osztályunkon alkalmazott Lenalidomid (CLL002 és CLL008-as tanulmány) Pi-3 kináz inhibitor (IDELALISIB), Histon deacetylase inhibitor kezelt CLL-es betegek eredményeiről számolunk be.

TÁRSBETEGSÉGEK ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA BIOLÓGIAI KEZELÉSBEN RÉSZESÜLT PIKKELYSÖMÖRÖS BETEGEINKNÉL

DR. FÁBOS BEÁTA – DR. BATTYÁNI ZITA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A psoriasis a lakosság 2%-át érintő immunmediált, poligénes öröklésmentet mutató, multifaktoriális megbetegedés. A jellegzetes bőrtünetek mellett egyéb szervi érintettség is gyakrabban megfigyelhető ezen betegeknél, melyek szoros összefüggésben vannak a bőrtünetek súlyosságával. A régóta fennálló, nem megfelelően kezelt psoriasisos betegeknél ezek a társbetegségek, mint pl. a metabolikus szindróma, depresszió, kardiovaszkuláris betegségek, AMI, arthropathia psoriatica, zsírmáj, COPD, gyakrabban és súlyosabb formában jelentkeznek. A szerzők retrospektíve tekintik át a biológiai kezelésben részesült betegeiket a társuló betegségek tekintetében, bőrtüneteik fennállásának időtartamával és súlyossági fokával összevetve.

A SZÉNHIDRÁT-ANYAGCSERE ZAVARAINAK JELENTŐSÉGE KARDIOVASZKULÁRIS KÓRKÉPEKBEN

FAZEKAS NELLI – BERNÁCZKI JÚLIA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Egység, Mosdós

A 2-es típusú diabetes mellitus a kardiovaszkuláris betegségek klasszikus rizikófaktor. A betegség diagnosztizálását megelőző hiperinzulinémia progresszív folyamatot indít el, mely végül instabil, miokardiális infarktus szempontjából különösen veszélyes, lipidekben gazdag ateroszklerotikus plakkok képződéséhez vezet. A makrovaszkuláris szövődmények kialakulása az esetek jelentős részében megelőzi a diabetes mellitus diagnosztizálását, mely sokszor a magas éhomi vércukorértékek viszonylag késői észlelésén alapul. Az atherotrombotikus kockázatot azonban nem csupán a manifeszt diabetes mellitus fokozza, a csökkent glükóztolerancia fennállása is növeli a kardiovaszkuláris halálozást. A pre-diabeteses állapotok glükóz terheléses teszt elvégzésével tárhatók fel. A kardiológiai rehabilitáció célkitűzése a kardiovaszkuláris kockázatot fokozó társbetegségek keresése, optimális kezelése, a rizikófaktorok eliminálása. A rehabilitáció időtartama alatt betegeinknél szűrővizsgálatszerűen elvégezzük a glükóz terheléses tesztet, ezt követően indokolt esetben a HgbA1C-vizsgálatot. Szénhidrát-anyagcsere zavara és koszorúér-betegség együttes fennállása esetén az optimális gyógyszeres kezelés mellett különösen fontos az életmódváltás. Betegeink csoportos és egyéni diétás oktatásban részesülnek, illetve gyógytornásszal egyeztetjük az egyénre szabott mozgásprogramot, mely lehetővé teszi a kívánatos testtömegindex elérését. Oktatóprogram keretén belül ismertetjük a célértékeket vérnyomás, lipid paraméterek, testtömeg tekintetében. Heveny miokardiális infarktust követően kezelt betegeink 29%-a volt diabeteses 11%-ban észleltünk új keletű diabetes mellitust. A mozgásszegény életmód, kalóriadús, egészségtelen összetételű táplálkozás következtében a 2-es típusú diabetes prevalenciája folyamatosan növekszik.

világszerte. Az éhomi vércukor vizsgálat és annak ismételése önmagában nem elegendő a szénhidrát-anyagcsere zavarainak tisztázásához. Kardiovaszkuláris betegség bármilyen formában történő fennállása esetén (iszkémiás szívbetegség, cerebrovaszkuláris betegség, perifériás érbetegség) különösen fontos keresni a pre-diabéteszt, manifeszt diabéteszt, hogy a megfelelő életmódváltással és gyógyszeres kezeléssel javítsuk a betegek élet kilátásait.

ATÍPUSOS LOKALIZÁCIÓJÚ EN PLAQUE MENINGEOMA

DR. FEHÉR MÁTÉ¹ – DR. SZÓTS MÓNKA² – DR. HORVÁTH LÁSZLÓ³ – DR. SZÖKŐCS ANDRÁS¹ – DR. SZABAD ÁRPÁD OLIVÉR¹ – DR. HORVÁTH ZOLTÁN¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészeti Osztály, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológiai Osztály, Kaposvár

³ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

Egy idősödő nőbetegünk történetét ismertetjük a diagnózistól a konzervatív utánkövetés stádiumán át a műtėti indikáció megjelenéséig intra- és posztoperatív képekkel illusztrálva a műtét technikai nehézségeit, céljait és eredményeit. Az irodalmat áttekintve összefoglalót adunk a meningeomák ezen típusának gyakoriságáról, lokalizációjáról, diagnosztikus és kezelési lehetőségeiről.

A MOSDÓSI KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓS EGYSÉG MŰKÖDÉSÉNEK BEMUTATÁSA

DR. FRIDRIK GÁBOR – DR. BÁBICZKY ÁGNES

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Egység, Mosdós

A Kardiológiai Rehabilitációs Egység átszervezésekor célunk a tényleges rehabilitációs tevékenység kialakítása volt. A WHO felmérése szerint a lakosság egészségügyi állapotát 11%-ban határozza meg az egészségügyi ellátás színvonala, 43%-ban függ az életmódtól, 19%-ért felelősek a környezeti hatások. A gyógyító beavatkozások eredményeinek megtartását, a további állapotjavulást jelentősen segíti az életmódváltás, melyre jelenleg leghatékonyabban a kardiológiai rehabilitáció keretén belül nyílik lehetőség. Felvételt követően a kardiológiai alapvizsgálatok mellett általános állapotfelmérést végzünk, keresve a társbetegségeket, kardiovaszkuláris rizikó faktorokat. Az optimális terápia beállításával párhuzamosan, a rizikó faktorok eliminációjára törekszünk, rehabilitációs tervben kijelölve a beteg számára a célértékeket. Oktató előadásainkban a betegséggel, gyógykezeléssel kapcsolatos ismeretek bővítését célozzuk, jó compliance csakis megfelelő alapismeretek birtokában várható el. A komplex kardiológiai rehabilitáció alapja a team munka. Fizikai tréningre napi két-három alkalommal kerül sor. A funkcionális státusz javulását terheléssel EKG-vizsgálattal, 6 MWT-vel, illetve Barthel-index felvételével dokumentáljuk. Diétás oktatás csoportosan és egyénileg is történik. A betegséggel kapcsolatos reális

helyzetértékelés, optimális megküzdő képesség kialakításában pszichológus és mentálhigiénikus segíti munkánkat csoport terápia során, de tevékenységük része a pszichés betegségek, elsősorban a depresszió szűrése. A team szemléletnek megfelelően szerveztük meg az ápolónők továbbképzéseit, hangsúlyozva az aktivizáló ápolás modern szemléletét, a saját kompetenciában végzett munka felelősségét. Első éves működésünk során 553 beteget kezeltünk. Beteganyagunkat a Rehabilitációs Szakmai Kollégium protokolljainak megfelelően csoportosítva: 179 esetben heveny miokardiális infarktus, 48 esetben ACBG műtét, 10 esetben műbillentyű műtét, 1 esetben egyéb szív műtét, 81 esetben szívelégtelenség, 194 esetben angina pectoris, 29 esetben pacemaker-ICD beültetés után kialakult funkciózavar/fogyatékoság miatt, 11 esetben tervezett PCI után került sor rehabilitációra. A nem tervezett áthelyezések aránya 7,4% volt, a halálozása 2,1%. Az elemzett időszakban a Kardiológiai Osztályon heveny miokardiális infarktus miatt kezelt betegek 38%-át rehabilitáltuk Mosdóson. Megyénk lakosságának egészségügyi állapotát figyelembe véve fontos, hogy minőségi munkával visszaszerezzük a betegek bizalmát, és tovább bővüljön az elsőbbségi, valamint a programozott kardiológiai rehabilitációs tevékenység is intézményünkben.

ÚJ MR-VIZSGÁLATI TECHNIKÁK KISMEDENCEI TUMOROK DIAGNOSZTIZÁLÁSÁNÁL

GÁL ESZTER¹ – DR. ARADI MIHÁLY² – DR. NAGY GYÖNGYI² – VANDULEK CSABA¹ – DR. BAJZIK GÁBOR¹ – DR. REPA IMRE¹

¹ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

² Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg

Bevezetés: A kismedencén belüli elváltozások legjobb képalkotó módszere az MRI, fő előnye a többi képalkotással szemben a szövetek közti kontrasztképzésben rejlik.

Célkitűzés: Hipotézisként azt állítottuk a kutatásunk középpontjába, hogy a cervix tumorok diagnosztikájában a kvantitatív T₁ és T₂ relaxometria adhat-e plusz információt a hagyományos (kvalitatív), illetve a rutinban már használt diffúzió súlyozott képalkotáson felül.

Betegek és módszer: 5 szövettanilag igazolt cervix tumoros beteget vizsgáltunk, egy 1,5 T Siemens Avanto berendezésen, standard 8 csatornás hát és 4 csatornás body mátrix tekercs segítségével. A kvantitatív T₁ mérések során az inverziós időt (TI), míg a kvantitatív T₂ méréseknél az echo időt (TE) változtattuk. A kvantitatív méréseket követően minden betegnél ROI- (region of interest) alapú kiértékelés történt a T₁-T₂ mapek kiszámolása mellett. A statisztikai elemzést: nem paraméteres Mann-Whitney-teszttel végeztük. A statisztikai kiértékeléshez Microsoft Office Excel 2007 programot használtunk.

Eredmények: A kvantitatív mérésekből számolt T₁ és T₂ map-ek kiváló térbeli felbontással és minimális torzítással rendelkeznek, összehasonlítva a diffúzió súlyozott képekből kalkulált ADC map-hez képest. Összefoglalva a három különböző szövettani típusú tumort, a carcinoma planocellulare keratoides tumor kisebb, a non keratoides típus közepesen nagy, az adenocarcinoma kifejezetten nagy T₁- és T₂-értékekkel rendelkezik.

Következtetések: A mérések által kapott eredményekből összességében arra következtethetünk, hogy rutin vizsgálat során, ha egy ismeretlen kismedencei lézió diagnosztizálását végezzük, akkor ahhoz alapvetően T₂ súlyozott technikát érdemes használni. A módszer egyelőre kis betegszámánál került alkalmazásra, de az előzetes eredmények alapján egyértelműen van értelme a további nagy betegszámú adatgyűjtésnek, egy pontosabb kismedencei in vivo daganat klasszifikáció érdekében, valamint a rutin képalkotás háttérének a pontosabb megértésében.

AZ AGYALAPI ARTÉRIÁK MORFOLÓGIÁJÁNAK MEGÍTÉLÉSE KÉT KÜLÖNBÖZŐ MR-KÉPALKOTÓ MÓDSZERREL

DR. GARBERA ISTVÁN¹ – DR. LELOVICS ZSUZSANNA² – DR. VAJDA ZSOLT¹ – BAKOS BERNADETT¹ – DR. BAJZIK GÁBOR¹ – DR. REPA IMRE¹

¹ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

² Kaposvári Egyetem, Kaposvár

Az agyalapi artériák és eltéréseinek megítélhetősége két különböző metódusú MR-képalkotó módszer ötvöztetésével javítható. A SPACE-metódusú vizsgálat az agyalapi liquorterek folyadéktartalmának nagy felbontású leképezésével tulajdonképpen körülrajzolja az agyalapi ér- és ideg struktúrákat, a TOF-metódusú MRA-szekvencia pedig az artériás véráramlás detektálásával ábrázolja az artériákat. A kétfajta mérés képanyagának real-time fúziója lehetővé teszi TOF-metódusú szekvenciákon elégtelenül ábrázolódó gracilis vagy elzáródott artériák azonosítását és megítélését, továbbá az intraluminális áramlási viszonyok mellett az erek és kóros érstruktúrák külső kontúrjáról, méretéről is információt nyújthat. A vizsgálatok során TOF-, illetve SPACE-metódusú képalkotást egyaránt végzünk, a képsorozatokat számítógépes munkaállomáson fuzionáljuk, az agyalapi mirigy morfológiai sajátosságait adott anatómiai pontokon méréssel számszerűsítjük. A különböző metódusú képsorozatok mérési eredményeit egymáshoz hasonlítva értékeljük.

A 3D-ALAPÚ FOTON BOOST SUGÁRTERÁPIA TERÁPIÁS HATÁSA A KORAI STÁDIUMÚ EMLŐTUMOROS BETEGEK KEZELÉSÉBEN

GÁRDONYI ESZTER¹ – FARKAS ANDREA¹ – DR. KOVÁCS ÁRPÁD^{1,2} – DR. HADIJEV, JANAKI¹ – VANDULEK CSABA¹ – DR. REPA IMRE¹

¹ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

² Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Kaposvári Képzési Központ, Képalkotó Diagnosztikai Tanszék, Kaposvár

Bevezetés: Az emlőtumor a nők körében a leggyakoribb daganatos megbetegedés, melynek incidenciája évről évre nő. A korszerű terápiának köszönhetően mortalitása viszont csökkenő tendenciát mutat.

Célkitűzés: Tanulmányunkban a 3D-alapú foton boost sugárterápia terápiás hatását vizsgáltuk a túlélés tükrében, a lokális recidívák kialakulásának megelőzésében. Emellett vizsgáltuk a kezelési modalitás mellékhatás profilját is.

Betegek és módszer: Kutatásunkat a Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrumának onkoradiológiai részlegén végeztük az alapidózist és kiegészítő dózist egyaránt kapott emlőtumoros nők körében. A vizsgálatba 30 nőt beteget soroltunk be, a bevásztási kritériumnak a korai stádiumú emlőrákot, a vezetett dokumentációt, a célcsoportnak megfelelő dokumentációt és a rendszeres követést határoztuk meg. Valamennyi nőbeteg sebészi excisió után esett át, melyet követően történt az 50, 4 Gy alapidózis és 10, illetve 16 Gy foton boost besugárzás. Az irradiatio terápiás hatását vizsgáltuk a LTK, a túlélés és a mellékhatásprofil tekintetében. A dokumentumelemzéssel kapott adatokból χ^2 -próbát végeztünk Microsoft Excel program segítségével. A túlélési görbét Kaplan–Meier-féle statisztikai módszerrel végeztük.

Eredmények: Az 50 hónapos medián követési idő alatt lokális recidíva 1, távoli metasztázis 4 esetben fordult elő. A vizsgált 30 beteg 60%-ánál kiváló/jó kozmetikai eredményeket regisztráltak. A besugárzás hatására a betegek 77%-ánál alakult ki bőrmellékhatás, 27%-ánál eblőfibrosis, 40%-ánál tüdőfibrosis. A boost dózis nagysága és az egyéb mellékhatások (hasmenés, hányás, szédülés) között szignifikáns eltérés nem igazolódott be ($p = 0,308$).

Következtetések: Kutatásunk eredményei beigazolták, hogy a foton boost technika megfelelően megválasztott betegcsoportnál hatékony és megfelelő kezelésnek bizonyul, mind a lokális tumor kontroll, mind a mellékhatások és kozmetikai eredmények tekintetében.

A GYÓGYTORNA-FIZIOTERÁPIA BŐVÜLŐ LEHETŐSÉGEI A KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓBAN

GYÖRFI RITA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, II. sz. Fizioterápia, Mosdós

A kardiológiai rehabilitációs programok a kardiovaszkuláris kórképek hosszú távú kezelésében fontos szerepet játszanak. A kardiológiai rehabilitáció egyik célja a beteg fizikai kondíciójának javítása, amelyben a gyógytorna-fizioterápia eszköztára kiemelt szerepet kaphat. A jól felépített, megfelelően kontrollált fizikai tréning a kardiológiai rehabilitáció alapja. Ma már általános elv az, hogy minden akut kardiológiai esemény után, mindenki vegyen részt rehabilitációs programban, illetve a krónikus betegek is részesüljenek állapotuknak megfelelő rehabilitációban. A társszakmák összehangolt működése nélkülözhetetlen a színvonalas kardiológiai rehabilitációs program kialakításához. Heti rendszerességgel tartunk team megbeszéléseket, ahol az orvosok, dietetikusok, pszichológusok, gyógytornászok összehangolják a program elemeit. A Kardiológiai Rehabilitációs osztályon a fizioterápia szempontjából sokrétű tevékenységet látunk el. Folytatjuk az akut eseményt követő mobilizálást, amely kis intenzitású, ellenőrzött paraméterekkel végzett gyógytornát tartalmaz, és a beteg fokozatosan bővülő hétköznapi tevékenységét foglalja magába. Szívműtétet követően a korai mobilizálás folytatását gyakran szükséges kiegészíteni a mellkasi fizioterápia egyéb módszereivel, mint inhalációs terápia, légzéstechnikák, drenázs módszerek alkalmazása. Szívműtét után gyakori szövődmény a nervus phrenicus érintettsége,

amelynek regenerációját elektroterápiás ingerléssel segítjük elő, ezzel biztosítva a későbbi hatékony rekeszizom működést. Tréningprogramjaink változatos formában zajlanak, egyrészt a klasszikus kardiológiai gyógytorna foglalkozások keretén belül nagy volumenű, dinamikus tornagyakorlatokat végzünk szoros pulzus- és vérnyomás-ellenőrzéssel. Ezen kívül lehetőség van edzőkerékpárokon történő tréningre is. A parkban található sétautakat kihasználva alkalmazzuk a gyaloglást is, mint fizikai tréninget, Nordic Walking botok használatával kiegészítve. Az edzésprogram intenzitását mindig egy előzetesen végzett terheléses EKG, vagy hat perces járásteszt alapján határozzuk meg. Emellett figyelembe vesszük a beteg nemét, gyógyszerelését, társbetegségeit, mozgásszervi státuszát is. Kopásos degeneratív mozgásszervi panaszok esetén kiegészítjük a mozgásterápiát elektroterápiás kezelésekkel. Diabéteszes és obes betegek kezelése során a kezelőorvossal, és a dietetikussal szorosan együttműködve alakítjuk ki a beteg mozgásprogramját, amely ízületi kímélő gyakorlatokat, tréning kerékpározást, és életmódbeli tanácsokat tartalmaz. Rövid távú terveink között szerepel, hogy a mozgásprogramok után a koncentratív lazítás módszerével, illetve az autogén tréning alapgyakorlataival relaxációt végzünk betegeinkkel.

HOSPICE ELLÁTÁS: NÉHA GYÓGYÍTANI, GYAKRAN ENYHÍTENI, MINDIG VIGASZTALNI

DR. HALMOS ZSUZSANNA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános Belgyógyászati Osztály, Marcali Egység, Marcali

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Hospice Osztály

Évente 4 millió beteg hal meg daganatos megbetegedésben a világon. Magyarországon 30 000 ember haláláért felelős a rák. Ez a szám várhatóan növekedni fog a népesség elöregedése miatt. A daganatos betegségben szenvedők jelentős hányadának halálát egy elnyújtott életvégi stádium előzi meg, ami akár egy évig is tarthat. Ebben a szakaszban a betegeknek súlyos tünetei, fájdalmaik vannak, melyek szükségessé teszik a tüneti kezelésüket, palliatív ellátásukat. A WHO által támogatott egyik legfontosabb program a daganatos betegek fájdalomcsillapítása és a „palliatív care”. A palliatív ellátás olyan alap- és szakellátás szintjén működő és szabadon igénybe vehető komplex ellátási forma, amelynek célja nem a betegség gyógyítása, hanem a gyógyíthatatlan, különösen a rákbetegség gyógyíthatatlan stádiumába került, szenvedő betegek fájdalmainak és egyéb kínzó tüneteinek megszüntetése, a betegek életminőségének javítása. A palliatív ellátás célja a betegek minél teljesebb fizikai és pszichoszociális jólétének biztosítása. Napjainkban a palliatív gondozás különböző szervezeti keretek között valósul meg. Palliatív gondozást végeznek az onkológiai gondozók, a palliatív hospice osztályok és a hospice ellátást végző szervezetek. A 2012-es struktúra átalakítás során a Marcali Városi Kórház Krónikus osztályának ágyaiból 10 ágyat hospice ágyá konvertáltak, így augusztus 1-től Marcaliban 10 ágyas Hospice osztály kezdte meg működését, ami 2013. február 1-től az integráció következtében a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház onkológia osztályának Hospice részlegeként működik. Előadásomban az osztály profilját, fő feladatát, szerkezetét, felépítését, munkáját, eredményeit szeretném bemutatni, valamint olyan gyakorlati kérdéseket megválaszolni, ami a beteg osztályunkra kerülésének módját, illetve további sorsát célozza meg.

EMLŐRÁK – NEM CSAK A NŐK BETEGSÉGE. A FÉRFI EMLŐRÁK ELŐFORDULÁSA A SOMOGY MEGYEI KAPOSI MÓR OKTATÓ KÓRHÁZ PATOLÓGIAI OSZTÁLYÁNAK 2009–2014 KÖZÖTTI ANYAGÁBAN

DR. HECKEL KATALIN – DR. EGYHÁZI ZSOLT – DR. VISKI ANNA – DR. SHATARA SAEED JAFFER – DR. VERESS GÁBOR – DR. LAUFER CSILLA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Patológiai Osztály, Kaposvár

Az emlőrákra általában női megbetegedésként gondol a közvélemény, pedig, ugyan jóval kisebb gyakorisággal, de férfiaknál is előfordul és számos esetben jóval agresszívabb, gyorsabb lefolyású. Előadásunkban a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Patológiai Osztályán 2009–2014 I. félév között vizsgált férfi emlőrákos eseteket tekintjük át és elemezzük életkor szerinti megoszlás, szövettani típus és differenciáció, immunhisztokémiai profil, illetve a kórlefordulás szempontjából. Célunk a figyelem felhívása a betegségre, a korai felismerés, pontos diagnózis és mihamarabbi kezelés érdekében, melyek jelentősen javítják ezen páciensek gyógyulási esélyeit és életkilátásait.

VÉNÁS VASPÓTLÁS GYAKORLATA HEMATOLÓGIAI OSZTÁLYUNKON

HORVÁTH ANITA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Hematológiai Osztály, Kaposvár

A parenterális vaspótlás alkalmazása megosztja az orvostársadalmat. Mellékhatásai miatt sokan ellenkeznek alkalmazásától. Sok klinikus az anaemia egyedüli kezeléseként csak a transzfúziót ismeri, pedig veszélyei, költségei miatt csak speciális helyzetekben indokolt adása. 2005. január és 2012. decembere között 784 beteg esetében alkalmaztunk vénás vaspótlást. A betegek 74%-ában szekunder (vérvesztésből eredő) vashiány, 11%-ában primer vashiány (felszívódási zavar, illetve teljes vegetáriánus étrend), 15%-ában funkcionális vashiány (gyulladás, tumorhoz társuló anaemia) állt fenn. Osztályunkon alkalmazott eljárás alapján öt napon keresztül napi 125 mg ferri-gluconate (Ferrlecit) lassú infúzióban történő adása történt. Enyhe mellékhatásként átmeneti vénagyulladás lépett fel az esetek 34%-ában, mely borogatásra megszűnt. E mellékhatás csökkenthető, ha a beteg nem tartós branule-be kapja az infúziót. Három beteg esetében észleltünk anafilaxiás reakciót, melyet shocktalanító kezeléssel rendezni lehetett. A vénás vaspótlás hatására két-három héten belül jelentős vérképjavulást tudtunk elérni, így tervezett gasztrointesztinális műtétek előkészítéseként is jó hatásfokkal tudtuk alkalmazni, ezáltal jelentős transzfúzió spórolást sikerült elérni. A krónikus anaemiához társuló betegségek döntő többségében is kedvező eredményeket értünk el. Klinikai körülmények között, szigorú biztonsági feltételek megléte esetén (fekvő testhelyzet, biztonságos véna, képzett személyzet) kifejezetten javasoljuk. Az új parenterális vaskészítmények a Venofer, Ferinject feltehetően egyszerűbbé teszik alkalmazását.

SZAKDOLGOZÓ FELADATA A KEZELÉS ELŐTTI TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT FELMÉRÉSÉBEN, MAJD TOVÁBBI MONITOROZÁSÁBAN A LOKÁLISAN ELŐREHALADOTT FEJ-NYAK TUMOROS BETEGEK INDUKCIÓS KEMOTERÁPIÁJA, MAJD AZ AZT KÖVETŐ KEMORADIOTERÁPIÁJA SORÁN

HORVÁTH ISTVÁNNÉ¹ – DR. SOMOGYINÉ DR. EZER ÉVA¹ – DR. KOVÁCS ÁRPÁD² – DR. RUZSA ÁGNES¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Onkológiai Centrum, Kaposvár

² Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Onkoradiológiai Központ, Kaposvár

Bevezetés: A lokálisan előrehaladott fej-nyaki daganatok esetében a kiindulási daganat lokalizációja miatt, már nagyon gyakran a betegség diagnózisakor jelen van táplálkozási zavar. A szájon át történő táplálást még tovább nehezítik a kezelés mellékhatásai, így gátat szabva egy sikeres kuratív kezelésnek. A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház és a Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrumának Onkoradiológiai Központja egy prospektív klinikai vizsgálatot indított az indukciós kemoterápia és a PET-CT MR-alapú 3D kemoradioterápiás kezelések vizsgálatára.

Betegek és módszer: 2011. május és 2013. május között 21 lokálisan előrehaladott stádiumú beteg került be a programba. A beválogatás egyik fontos kritériuma a beteg tápláltsági állapota volt. A kezelés előtti tápláltsági állapotot MUST kérdőív segítségével és a szérum összfehérje, albumin vizsgálatával a szakasszisztensek mérték fel. Betegeink 1 kivétellel preventív PEG-et vagy gasztrosztómát kaptak. Az indukciós kemoterápia és a kemoradioterápia alatt a testsúly monitorozása, a PEG-táplálás felügyelete szintén a szakdolgozó feladata volt.

Eredmények: A MUST kérdőív segítségével ki tudtuk szűrni azokat a betegeket, akiket már az előkészítő fázisban elkezdtünk roborálni. A testsúlyok a következő képen alakultak: kezelés előtti testtömegátlag 74,4 kg (max. 110 kg, min. 47 kg), az indukciós kezelés utáni testtömegátlag 75,7 kg (max. 105 kg, min. 47 kg), a kemoradioterápia utáni testtömegátlag 77,1 kg (max. 103 kg, min. 47 kg). Ezeket az eredményeket az időben elkezdett roborálásnak és a szondatáplálásnak tulajdonítjuk. Mind a 21 beteg teljesen megkapta a kitűzött kezelést, 15-en megszakítás nélkül, 6-an maximum ötnapos terápiás szünettel. PEG szövődményt nem észleltünk.

Következtetések: A lokálisan előrehaladott fej-nyaki daganatok esetében a terápia sikeréhez nagymértékben hozzájárul a beteg táplálása. Ennek felügyeletében a szakdolgozókra nagy feladat hárul. A vizsgálatot a későbbiekben ki kívánjuk arra terjeszteni, hogy a gyógyult betegeink körében milyen arányban kell számolni késői nyelési zavarral, aspirációval.

FOLLICULUS STIMULÁLÓ HORMON KÉRÉSI MUTATÓI ÉS MÉRÉSI MÓDSZEREINEK ÖSSZEHAISONLÍTÁSA

HORVÁTH SZILVIA – JANKOVICS ZOLTÁN – KISSNÉ SPÁNTLER MÁRTA – DR. PETI MIHÁLY ATTILA

Siófoki Kórház–Rendelőintézet, Központi Laboratórium, Siófok

Bevezetés: A hipofízis által termelt folliculus stimuláló hormon (FSH) klinikai és diagnosztikai jelentősége, a fertilitás szabályozás egyensúlyának a felmérése. Az enzimmel kapcsolt immunológiai vizsgálat (ELISA) során az elbomlott szubsztrát színerősségéből következtetünk a minta FSH-koncentrációjára.

Célkitűzés: Felmérni a laboratóriumi informatikai rendszer (LIR) segítségével az FSH-vizsgálatra vonatkozó kérés mutatókat. Két laboratóriumi mérési módszer összehasonlítása, annak érdekében, hogy megbizonyosodjunk az általunk választott módszer laboratóriumi megfelelőségéről.

Betegek és módszer: az ELISA-méréseket a rutin mintákból ismételtük meg. A LIR-ből nyert adatokból és a mérések eredményeiből statisztikát számoltunk.

Eredmények: A LIR éves statisztikája kimutatta, hogy az FSH-vizsgálat kérések száma összesen 655 volt, ebből 99,4% járóbetegektől származott. A két mérési módszer összehasonlítva szoros összefüggést mutatott ($r = 0,99$). Analitikailag az FSH ELISA-vizsgálat mérései közötti és mérésein belüli variációs koefficiensei a következők voltak: 6,65%, illetve 3,78%.

Következtetések: Az FSH-vizsgálat egyik fontos eszköze a fertilitás felmérésének, amelynek laboratóriumi meghatározása többféle módszerrel valósítható meg, viszont költséghatékonyság szempontból ezek különbözőek lehetnek. Tanulmányunkban bebizonyosodott, hogy az ELISA-módszer megbízhatóan alkalmazható az FSH meghatározására.

RITKA LOKALIZÁCIÓJÚ DURALIS FISTULA

DR. HUSZÁR PÉTER¹ – DR. HUDÁK ISTVÁN² – DR. VAJDA ZSOLT³ – DR. IMRE LÁSZLÓ¹ – DR. HORVÁTH ZOLTÁN¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészeti Osztály, Kaposvár

² Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Idegsebészeti Klinika, Pécs

³ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

Atípusos lumboischialgiás panaszok miatt vizsgált beteg lumbalis gerincszakasról készült MR-vizsgálata során a panaszait magyarázó krónikus degeneratív eltéréseket találtunk, emellett tág perimedullaris vénák tűntek elő. Emiatt további részletes radiológiai átvizsgálást javasoltunk, amelyre a beteg nem jelentkezett. Néhány évvel később fájdalmai a tűrhetetlenségig fokozódtak, székletét nehezebben ürítette, lovaglónadrág érzészavart, alsó végtagi paraparesist nem találtunk. Ismételt neuroradiológiai konzultációt követően, melynek eredménye duralis fistulára utalt nagy valószínűséggel, seldinger módszerrel a szóba jövő szegmentális artériák szelektív angiographiáját végeztünk, eredményre azonban nem jutottunk. Végül az arteria iliaca interna szelektív érfestése bizonyította feltevésünk helyességét, a duralis fistulát endovaszkulárisan, Onixszal szövődménymentesen embolizáltuk. A beteg panaszai számottevően mérséklődtek.

TRANSDURALIS MYELON HERNIATIO

DR. IMRE LÁSZLÓ¹ – DR. KOPA JÁNOS² – DR. BAJZIK GÁBOR³ – DR. HORVÁTH ZOLTÁN¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészeti Osztály, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológiai Osztály, Kaposvár

³ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

Részleges Brown–Sequard-szindrómát okozó myelon laesio háttérében középső thoracalis szakaszon jelentkező transduralis myelon herniatot igazoltunk. Differenciáldiagnosztikai szempontból fontos a ritka kórkép ismerete a gerincvelő laesiók elkülönítése végett. A modern képalkotó vizsgálatok elterjedésével a diagnosztizált esetek száma nőtt. Előadásunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet erre a kórképre. Mivel betegünk klinikai státusza javult, műtéti beavatkozást nem indikáltunk.

MEDDŐ FÉRFIAK VIZSGÁLATA, KEZELÉSE A SOMOGY MEGYEI KAPOSI MÓR OKTATÓ KÓRHÁZBAN

DR. JENEI TIBOR – DR. MÁNFAI ZOLTÁN – DR. WILHELM FERENC – NAGY ABONYI ZOLTÁN – DR. RÁKÁSZ ISTVÁN

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Urológiai Osztály, Kaposvár

Európában a párkapcsolatok 15%-a meddő, az esetek közel 50%-ában a férfi partnernél is igazolható kóros eltérés. Kb. 20%-ban találunk azoospermiát, az azoospermiák 15–20%-a obstruktív eredetű, többségben nonobstruktív azoospermia (NOA). Régebben, a meddő párok esetében, amennyiben a férfinál obstruktív azoospermiát igazoltak, rekonstruktív sebészeti megoldásokat, nonobstruktív azoospermia esetén donor inseminatiót végeztek. Jelenleg az asszisztált reprodukció modern technikáinak köszönhetően (TeSE + ICSI), nagyon sok nonobstruktív azoospermiás beteg biológiai szülővé válhat, felhasználva a heréjéből nyert spermiumokat. 2011. óta kórházunkban is a WHO 2010-es irányelveinek megfelelően végezzük el a spermavizsgálatokat, azóta több mint 400 vizsgálatot végeztünk.

CSONTMETASZTÁZIS TÜNETEIVEL KÉSŐN FELFEDEZETT VESESEJTES DAGANAT

DR. JENEI TIBOR – DR. RÁKÁSZ ISTVÁN

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Urológiai Osztály, Kaposvár

Az utóbbi évtizedekben a malignus vesedaganatok gyakorisága lassú növekedést mutat. Leggyakrabban 45–70 év közötti életkorban fordul elő, de az utóbbi évtizedben egyre több betegnél jelentkezik 17–40 év között is. Vesesejtes karcinomás betegek esetében, csontmetasztázis megjelenése után, az átlagos túlélés 12 hónap. Hazánkban 25–

30%-ban a hasi ultrahang-, vagy komputertomográfia-vizsgálat véletlenül fedezi fel a vesedaganatot. Ez az arány a fejlett egészségüggyel rendelkező országokban az 50%-ot is elérheti. Fontos lenne a daganat korai felismerése, amikor áttétmentes helyzetben végzett radicalis nephrectomia a beteg túlélését lényegesen javítaná. Előadásunkban három olyan esetet ismertetünk, amelyekben a vesedaganatok, már csak a nagy kiterjedésű, vagy többszörös csontáttétek jelenlétekor lettek felfedezve.

A RADIOGRÁFUS SZAKMAI FELKÉSZÜLTSGÉNEK JELENTŐSÉGE A BETEGEK SUGÁRTERÁPIÁS ELŐKÉSZÍTÉSÉNÉL

JÓZSA ÁGNES¹ – DR. KOVÁCS ÁRPÁD^{1,2} – DR. VALLYON MÁRTA¹ – DR. CSELIK ZSOLT¹ – DR. TOLLER GÁBOR¹ – FARKAS ANDREA¹ – VANDULEK CSABA¹ – DR. HADJIEV, JANAKI¹ – DR. REPA IMRE¹

¹ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet, Kaposvár

² Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Kaposvári Képzési Központ, Képző Diagnosztikai Tanszék, Kaposvár

Bevezetés: Az optimális besugárzástervezésben és a mellékhatások kialakulásában fontos szerepe van a beteg előkészítésnek. A beteg előkészítésében kiemelt szerepe és felelőssége van a radiográfusoknak.

Célkitűzés: A teleterápiához az előszimulálás során keressük a beteg számára a legoptimálisabb fektetési pozíciót. Azt szeretnénk elérni, hogy a beteg beállítása a sugárterápia során pontos és aránylag gyorsan kivitelezhető legyen, így csökkentve a nem kívánt beteg elmozdulásokat és az indokolatlan sugárterhelést.

Betegek és módszer: A radiográfus feladata pozicionálás előtt a beteg megnyugtatása és felvilágosítása, szükség esetén lelki támogatása. Ezek után a beteg előírt megfelelő fektetése, rögzítése, a későbbi terápia eredményessége céljából. Fontos, a beteg komfort biztosítása és a beteg kényelmes fektetése, valamint hogy ez a helyzet könnyen reprodukálható legyen a kezelések alkalmával. Ehhez szükségünk lehet különböző segédeszközökre, mint a termoplasztikus maszk, valamint többféle szabvány alakú, méretű és anyagú párnát, kartartót alkalmazunk a megfelelő pozicionáláshoz. Rossz általános állapotú betegek sokszor speciális fektetési technikát igényelnek. Ezekben az esetekben néha el kell tekintenünk az adott protokolltól, mivel a beteg nem tudja kivitelezni, ilyenkor is fontos szerepe van a radiográfusnak, hogy ezen nehézségek ellenére a kezelés megvalósítható legyen.

Eredmények: Az eddigi vizsgálataink igazolják, hogy a beteg pszichés felkészítése, a kezelés előzetes részletes ismertetése pozitív hatással van a kezelés kivitelezésében. Továbbá tapasztalható, hogy a beteg komfort biztosítása, valamint beteg rögzítése szintén hozzájárul a kezelés sikerességéhez.

Következtetések: A megfelelő kommunikációval és beteg beállítással a beteg szempontjából egy pontosabb és jól kivitelezhető kezelés érhető el. Ezek nagyban befolyásolják a kezelések sikerességét, eredményességét.

SZEKUNDER FEJFÁJÁSOK KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKÁJA

KAKÁNY ÉVA¹ – VANDULEK CSABA¹ – DR. BAJZIK GÁBOR¹ – DR. REPA IMRE¹ – DR. NAGY FERENC²

¹ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológiai Osztály, Kaposvár

Bevezetés: A fejfájás a leggyakoribb tünet, amivel az emberek orvoshoz fordulnak. Nagymértékben megnehezíti és befolyásolja az ember életét. Két nagy csoportra osztotta a Nemzetközi Fejfájás Társaság ezt a tünetet, mégpedig primer és szekunder fejfájások csoportjára. Primer fejfájások esetén a képalkotó eljárások szinte mindig szükségtelenek, szekunder fejfájások esetén viszont nélkülözhetetlenek.

Célkitűzés: Vizsgálatom célja az, hogy bemutassam, milyen fontossággal bírnak ebben a betegségben a diagnosztikai képalkotó eljárások.

Betegek és módszer: Kutatásunkat a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Neurológiai Osztályának járó beteg és fekvő beteg ambulanciáján a 2008. január 1. és 2012. december 31. között fejfájásos panasszal megjelent 18–80 év közötti betegek körében végeztük. Kizárási kritérium volt, mindazon betegek, akiknél nem készült semmilyen képalkotó vizsgálat (CT, MR). 100 beteg retrospektív dokumentumelemzését végeztünk el. Az adatok feldolgozásához leíró statisztikát és χ^2 - és két mintás t-próbát végeztünk Microsoft Office Excel 2003 táblázatkezelő program segítségével.

Eredmények: Primer fejfájások 58%-ban koponya CT-vizsgálat és 72%-ban koponya MR-vizsgálat készült. Primer csoportban a diagnosztikai vizsgálatok eredménye 94%-ban negatív lett. Szekunder fejfájásos betegek 76%-nak készült koponya CT- és 88%-nak koponya MR-vizsgálat. 98%-ban pozitív eredménnyel zárultak ebben a csoportban a képalkotó vizsgálatok. A primer és szekunder fejfájások képalkotó vizsgálatainak eredménye között matematikai statisztikai számítással szignifikáns különbség látszik ($p = 3,34217E-20$).

Következtetések: Primer és szekunder fejfájásos betegségek esetén képalkotó vizsgálatra akkor van szükség, ha a fejfájás mögött organikus ok feltételezhető. Szekunder fejfájások esetén koponya CT- és koponya MR-vizsgálat szinte mindig 100%-ban pozitív eredményt ad.

A VASTERHELÉS OKOZTA SZÖVETKÁROSODÁS FELMÉRÉSE MR-VIZSGÁLATTAL

DR. KARÁDI ÉVA¹ – DR. RAJNICS PÉTER¹ – DR. KOLLÁR BALÁZS¹ – DR. KERTÉSZ ZSUZSANNA¹ – DR. ALIZADEH, HUSSAIN¹ – DR. BAJZIK GÁBOR² – DR. BOGNER PÉTER² – DR. TÓTH LEVENTE³ – DR. EGYED MIKLÓS¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Hematológiai Osztály, Kaposvár

² Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

³ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Osztály, Kaposvár

A vas az élő szervezetek biokémiai reakcióihoz elengedhetetlen molekula, mely oxido-redukciós folyamatok katalízisében alapvető fontosságú. Tekintettel arra, hogy a szabad vas erősen mérgező, mivel szabad gyökök képzését generálja, fiziológiásan az

élő szervezetekben mindig fehérjéhez kötött állapotban található. Amennyiben a vaskötő kapacitást a vas mennyisége a szervezetben meghaladja, vastúterheléses állapot jön létre. Vastúterheléshez vezetnek a haemochromatosis, a globinlánc és/vagy hem szintézis zavarai, valamint az inefektív erythropoesis kezelését célzó rendszeres transzfúziók. A vastúterhelés következményei: bőrpigmentáció, hepatomegalia, diabetes mellitus, szívérintettség, arthropathia, hypogonadizmus; emiatt a vasterhelés korai felismerése ezen betegségek megelőzése céljából alapvető fontosságú. A vastúterheléses állapotok komplex diagnosztikája a következő pilléreken nyugszik: fizikális vizsgálat, laborvizsgálatok, májbiopszia, máj MR-vizsgálat, kardiológiai kivizsgálás, szív MR-vizsgálat. Mai ismereteink szerint az egyik leginkább használható diagnosztikus eljárás a máj MR-vizsgálata, mivel noninvazív, kellően szenzitív, könnyen elérhető, és jól reprodukálható. Jelenleg fejlesztés alatt áll a vastúterhelésre specializált szív MR-vizsgálata, melyet a Kaposvári Egyetem Diagnosztikai Központjában eddig 32 beteg esetében végeztünk el. Eddigi eredményeink azt mutatják, hogy a máj MR-vizsgálata jól korrelál az egésztest-vasterheléssel, a szívizom-érintettség esetén azonban nem találunk összefüggést az egésztest vasterhelésével. Feltehetően az izoferritinek eltérő topográfiája okozhatja a mérési különbségeket.

AZ IDŐ MEGMENTETT SZÍVIZOM, AKUT ISZKÉMIÁS CORONARIA SZINDRÓMA

DR. KERKOVITS GÁBOR

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Osztály, Kaposvár

A heveny szívizom infarktus és az akut coronaria szindrómák (ACS) kezelésében döntő fordulatot jelentett a 24 órás ügyeletet ellátó szívkatéteres laboratóriumok létrehozása. A 17 magyarországi szívkatéteres laboratórium munkájának köszönhetően a szívizom infarktus halálozása az utóbbi húsz év alatt a nők esetében 40%-kal, a férfiak esetében 50%-kal csökkent. Az idő megmentett szívizmot jelent, minél hamarabb kerül sor a revaszkularizációra, annál több életképes szívizmot lehet megmenteni. ST-elevációval járó akut coronaria szindróma (STEMI) esetén a tünetek jelentkezésétől számított 12 órán belül van értelme az elzáródást megnyitni. Thrombolysis csak az első órában indokolt, az idő előre haladtával már csak az angioplasztika jön szóba. Ezért minden olyan esetben, amikor két órán belül elérhető egy szívkatéteres labor, azonnali szállítás indokolt, a thrombolysis a szövődmények miatt nem javasolt. Az idővesztés már a tünetek jelentkezésével egy időben jelentkezik. A kellően fel nem világosított beteg rengeteg időt veszít mire segítségét fordul, mert sokáig reménykedik a tünetek elmúlásában. További idővesztéssel jár, ha a beteg a mentők helyett családorvosát hívja. A szállítási idő megrövidítése a jól szervezett mentőhálózat feladata. Cél, hogy a riasztástól számított 15-20 percen belül a mentők már helyszíni ellátást nyújthassanak, és minél hamarabb a beteget a definitív ellátást nyújtó intézetbe szállítsák. Jól működő szívkatéteres csapat az ajtó-ballon időt a minimálisra csökkentheti. ST-elevációval nem járó ACS esetén valószínűsíthető, hogy az elzáródás nem teljes, ezért a coronarográfiának 72 órán belül kell megtörténnie. Természetesen instabil állapot esetén sürgős diagnosztikára van szükség. A revaszkularizációs eljárásig eltelt idő rövidítése a lakosság rendszeres felvilágosításával kezdődik, majd a gyors szállítás megszervezésével, és a jól képzett coronarográfiás csapat kiképzésével folytatódik.

INDUKCIÓS KEMOTERÁPIA ÉS MODERN PET-MR-CT ALAPÚ 3D-KEMORADIOTERÁPIA SZEREPE A LOKÁLISAN ELŐREHALADOTT FEJ–NYAK TUMOROS BETEGEK KEZELÉSÉBEN

DR. KOVÁCS ÁRPÁD^{1,2,3} – DR. SOMOGYINÉ DR. EZER ÉVA² – DR. HADJIEV, JANAKI¹ – DR. GILINCSEK LAJOS⁴ – ANTAL GERGELY¹ – DR. ZÁDORI PÉTER¹ – DR. BAJZIK GÁBOR¹ – VANDULEK CSABA¹ – DR. RUZSA ÁGNES² – DR. REPA IMRE¹

¹ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

³ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Kaposvári Képzési Központ, Képző Diagnosztikai Tanszék, Kaposvár

⁴ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Fül-Orr-Gégészeti Osztály, Kaposvár

Bevezetés: A malignus fej-nyaki daganatok incidenciája, morbiditása és mortalitása világszerte növekvő tendenciát mutat. A lokálisan előrehaladott fej–nyak tumoros betegek kezelésében a magas dózisú kemoradioterápia gold standardnak tekinthető. 2011-ben egy prospektív klinikai vizsgálatot indítottunk az indukciós kemoterápia és az azt követő 3D-alapú kemo-radioterápiás kezelések hatékonyságának, valamint mellékhatás profiljának leírására előrehaladott fej–nyak tumoros betegek esetén.

Betegek és módszer: 2011 májusa és 2013 májusa között 21 beteg került a vizsgálatban bevonásra. Minden betegnél a kezelést megelőzően konvencionális CT-vizsgálat mellett nyaki lágyrész MR-, valamint PET-CT-vizsgálat is készült. Két ciklus indukciós TPF-et követően restaging CT- és MR-vizsgálat történt a terápiás válasz lemerésére. Ezt követően történt PET-CT-MR képfúzió asszisztáltan a 3D-alapú (3D Compas tervezés, 70–74 Gy teljes dózis) kemoradioterápia. A kezelések alatt heti kontrollvizsgálatok történetek a mellékhatások CTCAE 4.1 rendszer szerinti leírására. A leggyakoribb mellékhatások mellett a kezelések során bekövetkezett testtömegváltozások rögzítése is megtörtént. A klinikai hatás lemerésére a kezelést követő 6. héten fizikális vizsgálat, restaging CT-, MR-, majd három hónap elteltével PET-CT-vizsgálat történt.

Eredmények: Minden beteg komplettálta mind az indukciós, mind a kemoradioterápiás kezeléseket. A két ciklus indukciós kemoterápiát követően 15 esetben parciális remissziót (71%), 6 esetben stabil betegséget (29%) rögzítettünk. A kezeléseket követő három havi kontroll alapján 16 betegnél komplett remissziót (76%), 4 esetben parciális remissziót (19%) esetben progresszív betegséget (5%) adminisztráltunk. Az indukciós kezelések alatt leggyakoribban haematológiai mellékhatásokat tapasztaltunk. A kemoradioterápia melletti leggyakoribb akut mellékhatás a mucositis volt (8 esetben 38% Grade III). Grade III dysphagia 6 esetben (29%), Grade III dermatitis 4 esetben (19%) és Grade III xerostomia 2 esetben (10%) fordult elő. Szignifikáns testtömegcsökkenést nem tapasztaltunk.

Következtetések: Vizsgálatunk eredményei alapján gondosan meghatározott beteganyagban a magas dózisú 3D-kemoradioterápia és indukciós kemoterápia segítségével kedvező klinikai eredmények érhetőek el, tolerálható mellékhatás profil mellett.

KETTŐS ENERGIÁJÚ CT-VIZSGÁLATOK ÉS A SUGÁRDÓZIS CSÖKKENTÉSE

KOVÁCS DÁNIEL – DR. BAJZIK GÁBOR – VANDULEK CSABA – DR. REPA IMRE

Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

Bevezetés: A modern képalkotó eljárások napjainkra elengedhetetlen szerepet töltenek be a daganatos megbetegedések korai felfedezésében és az alkalmazott terápiák nyomon követésében, a képalkotó technikák közül is az egyik legfontosabb a komputertomográfiás (CT) vizsgálatok. Azonban a CT-vizsgálatok során ionizáló sugárzást használ a berendezés a keresztmetszeti felvételek létrehozásához, amely a páciensek sugárterhelésével jár.

Célkitűzés: Kutatásunk célja összevetni a pácienseket ért sugárdózist a hagyományos multidetektoros és a kettős energiával végzett mellkas-has-kismedence CT-vizsgálatok során. Annak tükrében, hogy a virtuális natív felvételsorozatok (VNE) kiválthatják-e a valódi natív felvételsorozatok (TNE) és így, milyen mértékben csökkenthető a pácienseket érő sugárterhelés.

Betegek és módszer: A hagyományos és a kettős energiával végzett CT-vizsgálatokhoz is egy 128-szeletes multidetektoros berendezést használtunk. A kettős energiájú leképezés során egy speciális szoftvert alkalmaztunk (Volume Dual Energy), a szkennelés során 100 és 140 kVp-os csőfeszültséget alkalmaztunk. A hagyományos leképezés során a csőfeszültség 120 kVp volt. A kapott eredmények statisztikai kiértékeléséhez párosított t-próbát használtunk. A statisztikai kiértékeléshez Microsoft Office Excel 2007 programot használtunk.

Eredmények: A VNE- és TNE-felvételek zajszintjét összevetve a VNE-felvételek zajszintje szignifikánsan alacsonyabbak voltak, mint a TNE-felvételeké ($p > 0,05$). A kettős energiával végzett vizsgálatok során a CTDI(vol) érték 19,02 mGy és 20,51 mGy között helyezkedett el, míg ez az érték a hagyományos leképezés során 20,33 mGy és 30,51 mGy volt.

Következtetések: Eredményeink alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy a virtuális natív felvételsorozatok potenciálisan kiválthatják a valódi natív felvételsorozatokkal ezzel a pácienseket ért sugárdózis akár 15%-kal csökkenthető.

AZ AKUT KORONÁRIA SZINDRÓMA (ACS) RIZIKÓSTRATIFIKÁCIÓJA. MIRE JÓ ÉS MIRE NEM JÓ A HS-TROPONIN MEGHATÁROZÁSA?

DR. KOVÁCS ERIK

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Osztály, Kaposvár

Az akut koronária szindróma ST-elevációval nem járó eseteiben jelentős hangsúlyt kap a koronarografia elvégzésének időpontja. A kialakított pontrendszerek, a társbetegségek, a képalkotó vizsgálatok eredménye és a troponin vizsgálatok együttes értékelése lehetővé teszi, hogy a betegeknek egyére szabott időpontokat határozzunk meg. A jól meghatározott időpontok javítják a betegek túlélését és csökkentik a szövödmények kialakulásának a kockázatát. A hs-troponin vizsgálat alkalmazása azonban rávilágított arra, hogy a magas specifitású vizsgálatnak is vannak álpozitív

eredményei, amelyek nem vehetők figyelembe az akut koronária szindróma elbírálása esetén. Az előadásban összefoglalom a rizikóstratifikáció elfogadott módszereit és átbeszéljük a hs-troponin vizsgálat eredményeinek értékelését.

RUTIN ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLAT, AVAGY DILEMMA

DR. KOVÁCS ZOLTÁN^{1,2} – DR. SZINKU ZSOLT¹ – DR. HUNYADY BÉLA¹ – DR. HORVÁTH GYULA³ – DR. LÁTRÁNYI BALÁZS⁴ – DR. SOMODI KRISZTIÁN⁴

1 Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Kaposvár

2 Siófoki Kórház–Rendelőintézet, Belgyógyászati Osztály, Siófok

3 Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Radiológiai Osztály, Kaposvár

4 Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Kaposvár

Az esetismertetésben szereplő 61 éves férfi beteg jelentős fogyás, hasmenés és hányás miatt Fertőző Osztályra került felvételre. Infektív eredet kizárását követően rutin felső panendoscopos vizsgálat ileus lehetőségét vetette fel, azonban képpalkotók ezt nem igazolták. További gasztroenterológiai kivizsgálás keretében ismételt radiológiai és endoszkópos vizsgálatok készültek – melyek képi anyagát a szerzők bemutatni kívánják – és a leleteket szintézise alapján definitív megoldást jelentő sebészeti beavatkozás történt. Előadásunkban – az érdekes és tanulságos eset bemutatása kapcsán – keresünk választ arra hétköznapi kérdésre, hogy létezik-e rutin endoszkópos vizsgálat.

A TUMOROS ANOREXIA-CACHEXIA SZINDRÓMA JELENTŐSÉGE, VALAMINT KEZELÉSE ONKOLÓGIAI GYAKORLATUNKBAN

DR. LUKÁCS GÁBOR – DR. RUZSA ÁGNES

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

A daganatos beteg, különösen az előrehaladott stádium miatt kezeltek általános állapotának, valamint fizikai teljesítőképességének romlása gyakran a tumoros folyamat progressziójának utolsó szakaszát jelenti. Ezekben az esetekben nem elsősorban magának a daganatnak az invazív növekedése a tünetek hátterének oka, hanem a metabolikus egyensúly zavara valamint a homeosztázis felborulása az egész szervezetben. A daganatos betegség miatt meghalt betegek jelentős hányadánál a halál közvetlen oka nem maga a daganat, hanem a következményesen kialakult úgynevezett tumoros anorexia-cachexia szindróma (CACS). A CACS-ra jellemző klinikai tünetek közül külön kiemelést érdemel az étvágytalanság, az izomszövet mennyiségének rohamos csökkenése (sarcopaenia), illetve az izomszövet szintézisének visszaesése, a nyugalomban mérhető energiafelhasználás növekedése, illetve mindezek következtében fellépő testtömegcsökkenés, izomgyengeség, izomsorvadás, fáradékonyság, vérszegénység, a zsírraktárak csökkenése, valamint csökkenő tendenciát mutató immunválasz. A mindennapi gyakorlati tapasztalatunk alapján kijelenthető, hogy a betegek hétköznapi táplálkozási szokásainak megváltoztatása önmagában nem képes az említett metabolikus kórképet kezelni, illetve visszafordítani. A klinikai gyakorlatban alkalmazott speciális tápszerek, valamint a CACS kezelésére alkalmas gyógyszerek

alkalmazása nélkül a folyamat rövid időn belül irreverzibilissé válhat. A malignus daganatos betegek komplex onkológiai ellátásának (klinikai onkológiai, sebészeti, sugárterápia) alapvető része a szupportív kezelés, melynek elengedhetetlen eleme a mesterséges táplálás. Mind a mai napig a CACS kezelése nem egységes irányelvek alapján történik. Fontosnak tartjuk a CACS megelőzését, felismerését és mielőbbi megfelelő kezelését.

ELŐREHALADOTT STÁDIUMÚ PETEFÉSZEK DAGANATOS BETEGEK PACLITAXEL-CARBOPLATIN-AVASTIN KEZELÉSÉNEK EREDMÉNYEI OSZTÁLYUNKON (ESETBEMUTATÁS)

DR. LUKÁCS GÁBOR – DR. RUZSA ÁGNES

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

Bevezetés: Osztályunkon 2013. szeptember óta összesen négy, előrehaladott stádiumú (St. III optimális /makroszkóposan/, St. III szuboptimális, St. IV.) petefészek daganatos beteg esetén kezdtünk – onkoteam döntés alapján – Carboplatin-Pacitaxel-Bevacizumab első vonalbeli palliatív kemoterápiát. Eredményeinket két eset részletes bemutatásával prezentáljuk. GOG-0218 (randomizált, kettős vak, fázis III vizsgálat; Burger et al. ASCO 2010) ICON7 (randomizált, nyílt, fázis III vizsgálat; Perren et al. ESMO 2010; Kristensen et al. ASCO 2011) Az ICON7 vizsgálat eredményei megerősítették a GOG-0218 vizsgálat eredményeit, miszerint a kemoterápiával együtt adott front-line bevacizumab, majd monoterápiaként folytatott bevacizumab-kezelés meghosszabbította az előrehaladott stádiumú ovarium karcinómás nők PFS-ét.

Esetek bemutatása: **1. eset:** 55 éves nőbetegnél, 2-3 hónapos alhasi görcsös fájdalmak, étvágytalanság, valamint 3–5 kg-os fogyást követően indult kivizsgálás, melynek részeként más kórház nőgyógyászatán, transzvaginális ultrahangvizsgálat során véleményezett myoma uteri miatt 2013. 8. 28-án exploratív laparotomia történt. A műtét során előrehaladott stádiumú petefészek daganatot észleltek, a műtét során suboptimális műtétet végeztek. Hdg.: cystadenoc. papillari serosum. 2013. 9. 6. Mellkas-has CT-vizsgálat történt, mely szabad hasi folyadékot, kismencedei térfoglaló folyamatot írt le, mely az adnexumokat az uterust érinti vs. a húgyhólyagot is infiltrálja. Onkoteam döntés alapján Paclitaxel-Carboplatin-Avastin kezelést kezdtünk.

2. eset: 73 éves nőbetegnél, alhasi fájdalmak, fogyás és általános állapotromlás miatt indult kivizsgálás. A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház nőgyógyászatán elvégzett transzvaginális ultrahangvizsgálat történt. (A jobb oldalon $5,4 \times 3,6$ cm-es multilokularis, vegyes echozottságú képlet a Douglasban. A bal oldalon $4,8 \times 3,2$ cm-es papillaris növekedést mutató, híg folyadéktartalmú képlet.) 2013. szeptemberben kórházunk nőgyógyászati osztályán expl. laparotomia történt, mely során normál méretű petefészkeket találtak, de szövettani diagnózis céljából, adnexectomia és csepleszreszekció történt. Hdg.: Cystadenocarcinoma papillare serosum ovarium (high grade). Cystadenoma multiloculare mucinosum benignum ovarii sinistri. Cystadenofibroma multiloculare ov. l. d. vs. Carcinosis peritonei (high grade papillaris serosus adenoc). Az elvégzett mellkas-has CT-fekvéstelen megvastagodott, valószínűleg tumoros cseplesz, valamint karcinosis peritonei szuszp., illetve megnagyobbodott bal oldali ovarium ábrázolódott. Onkoteam döntés alapján Paclitaxel-Carboplatin-Avastin kezelést kezdtünk.

Megbeszélés: Osztályunkon az adott protokoll szerint kezelt mind a négy beteg esetében a kontroll staging-képalkotó vizsgálatok regressziót, illetve SD-t mutattak. A Paclitaxel-Carboplatin-Avastin kezelés, majd Avastin monoterápia az előrehaladott stádiumú petefészekrák up-front palliatív kezelése kell, hogy legyen.

KÉRDŐÍV-ALAPÚ VÍRUSHEPATITIS-SZŰRÉS TAPASZTALATAI KAPOSVÁRON

**DR. MAGYAROSI DEBORA¹ – DR. HARAGH ATTILA¹ – DR. MAKARA MIHÁLY² –
DR. SZINKU ZSOLT¹ – DR. ÚJHELYI ESZTER² – DR. VARGA MÁRTA³ – DR. HUNYADY BÉLA¹**

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Gasztroenterológia Osztály, Kaposvár

² Fővárosi Szent László Kórház, Budapest

³ Dr. Réthy Pál Kórház, Gasztroenterológia Osztály, Békéscsaba

Bevezetés: Magyarországon a B-, illetve C-vírus hepatitisz (HBV, HCV) fertőzött egyének kevesebb, mint fele tud betegségéről. A fertőzöttek jelentős részét csak előrehaladott májbetegség, dekompenzált májcirrhosis, májrák kapcsán kerül felismerésre. A korai felismerést segítheti a kockázati csoportba tartozók azonosítása, és célzott szűrővizsgálata.

Célkitűzés, betegek és módszer: Szerzők 2011-2013. között a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház járó- és fekvőbetegei, illetve dolgozói közül 1580 egyénnél (525 férfi és 1055 nő, egészségügyi dolgozó 192) végeztek kérdőíves kockázat-becslést, és párhuzamosan HbsAg, illetve anti-HCV szűrővizsgálatot a korábban kialakított, „Májmolny” honlapon található kérdőív hatékonyságának megítélésére, valamint a HBV-, illetve HCV-fertőzések gyakoriságának felmérésére ilyenről nem tudó kórházban ellátott egyéneknél, és kórházi dolgozók körében. A 17 kérdésből álló kérdőív kiterjed a családi anamnézisre, transzfúziós előzményre, műtétes kórtörténetre, kábítószer évezetre, tetoválásra, alkoholfogyasztásra, egészségügyi tevékenységre, májbetegségre utaló korábbi laboratóriumi eltérésekre, műveze kezelésre, és a májgyulladás tüneteire (puffadás, sárgaság, jobb bordaív alatti nyomás). Pozitív szerológiai eredmény esetén minden esetben PCR-vizsgálat történt a vírus nukleinsav kimutatására. A beavatkozással nem járó klinikai vizsgálat az ETT-TUKEB és a helyi Kutatásetikai Bizottság jóváhagyásával zajlott.

Eredmények: A kérdőíves felmérés alapján összesen 900 nagy kockázatúnak bizonyuló egyén közül 8 egyénnél HBsAg pozitívítás (összes résztvevő 0,51%-a, nagy kockázatúak 0,89%-a), 22 egyénnél anti-HCV pozitívítás (összes résztvevő 1,39%-a, nagy kockázatúak 2,44%-a) igazolódott. A kérdőíves felméréssel kis kockázati csoportba sorolt 680 beteg közül 2 (0,29%) esetben igazolódott HBsAg, illetve 7 (1,03%) esetben anti-HCV pozitívítás. Utóbbiak közül négyen egészségügyi dolgozók voltak (2,08%). A HBsAg pozitív egyének közül 6/10 (60%) egyénnél igazolódott HBV DNS pozitívítás, közülük hárman részesült(n)ek antivirális kezelésben. Az anti-HCV pozitív egyének közül 19/29 (66%) betegnél igazolódott HCV RNS pozitívítás. Közülük 6 esetben történt(ik) antivirális kezelés, míg 13 esetben a betegség előrehaladottsága, vagy más ellenjavallat miatt nem került sor kezelésre.

Következtetések: A kérdőíves kockázatbecsléssel talált kis kockázat nem zárja ki teljesen a vírushepatitis fertőzöttséget, de a kérdőív negatív prediktív értéke 98,8%.

A nagy kockázatúak körében a HBV + HCV fertőzöttség meghaladja a kis kockázatúaknál talált gyakoriságot (3,33% versus 1,32%), az egészségügyi ellátást igénybe vevő és végző egyéneknél meghaladja az egészséges véradók körében korábban közölt előfordulást (2,47% versus 1,2%), HCV vonatkozásában 1,84% versus 0,7%. Az anti-HCV ellenanyag jelenléte az esetek kétharmadában aktuális HCV-vírushordozást jelentett. Az adatok alapján indokoltnak tűnik az egészségügyben foglalkoztatottak rutinszerű, rendszeres időközönként ismételt HCV szűrése.

A kutatást a Májbetegekért Alapítvány (Budapest), a Kaposi Mór Megyei Kórházért Alapítvány (Kaposvár), és az Endoprogress Alapítvány (Pécs) támogatta. Köszönet továbbá a Roche Magyarország Kft.-nek és Győriné Korom Viktóriának.

A SIMPLEX MASTECTOMIA, ILLETVE A MÓDOSÍTOTT RADIKÁLIS MASTECTOMIA SEBÉNEK OPTIMÁLIS ELLÁTÁSA (SZÍVÓDRAIN VISSZAHAGYÁSA VS. ADAPTÁLÓ VARRATTAL TÖRTÉNŐ SEBÜREG CSÖKKENTÉS) IN SITU, ILLETVE INVAZÍV EMLŐRÁKOKNÁL

DR. MÁTRAI TAMÁS¹ – DR. SÁVOLT ÁKOS² – DR. KOVÁCS ESZTER³ – DR. ÚJHELYI MIHÁLY – DR. UDVARHELYI NÓRA⁴ – DR. RÉNYI-VAMOS FERENC⁵ – DR. MÁTRAI ZOLTÁN²

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Kaposvár

² Országos Onkológiai Intézet, Emlő- és Lágyszerv-sebészeti Osztály, Budapest

³ Országos Onkológiai Intézet, Radiológiai Diagnosztikai Osztály, Budapest

⁴ Országos Onkológiai Intézet, Sebészeti és Molekuláris Daganatpatológiai Centrum, Budapest

⁵ Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Központ, Budapest

Bevezetés: A masztektómia axilláris lymphadenectomiával vagy anélkül a malignus emlőműtétek 35–45%-át teszi ki. Az ilyen műtéteket követően 25–100%-ban savógyülem (szeróma) alakul ki, ami 20%-ban krónikussá fajulva, rendszeres punkciókat igényel, illetve szekunder infekcióval hátráltathatja az adjuváns kezeléseket. A megelőzés céljából hagyományosan szívódrént alkalmazunk, ami fájdalommal és a sebüreg felülfertőződésének veszélyével jár, illetve a vákuum a nyirokutak megnyílásán és nyitva tartásán át a savózás elhúzódását erősíti.

Célkitűzés: Prospektív, randomizált vizsgálatban kvantitatív és kvalitatív összehasonlítást végezzünk a hagyományos szívódrain behelyezés (A kar) vs. a bőrt felszívódó öltésekkel a mellkasfalra adaptáló varrattechnikánál (B kar) simplex masztektómia, valamint a módosított radikális masztektómia után, a savógyülem kialakulás, a korai posztoperatív fájdalomcsillapító igény és az életminőség tükrében.

Betegek és módszer: Az Országos Onkológiai Intézet Emlő- és Lágyszerv-sebészeti Osztályán 2012. február óta a Zelen-féle randomizációs minta szerint, a vizsgálat kritériumrendszere alapján történik a betegbesorolás. Mindkét karon megkülönböztetünk szimplex masztektómia (+/- őrszemnyirokcsomó biopszia), valamint módosított radikális masztektómia alcsoportokat. A klinikopatológiai adatok regisztrálása mellett (életkor, BMI, onkológiai paraméterek, lokális szövődmények, utókezelés megkezdésének ideje) az első 72 órában naponta, ezt követően hetente a 4. posztoperatív hétig rögzítjük a szeróma kialakulást, az ürülés mennyiségét, a savózás

időtartamát, a fájdalomcsillapító igényt, a drén eltávolítás utáni punkciók számát és a punktátum mennyiségét, illetve validált kérdőívvel (EORTC QoL BR23) az életminőséget, valamint az operált oldali váll mozgástartományait mérjük fel. Adatbázisunk statisztikai analízisét végezzük.

Eredmények: Jelenleg a vizsgálat ismertetésén túl az eddig besorolt 60-60 eset időszaki eredményeit ismertetjük.

ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01509781. Előretéki, véletlen besorolású összehasonlító klinikai tanulmány, Országos Onkológiai Intézet.

GÉL DOZIMETRIA ALKALMAZÁSA A SUGÁRTERÁPIÁBAN

MIOVECZ ÁDÁM¹ – GLAVÁK CSABA¹ – PERLAKI GÁBOR² – FARKAS ANDREA¹ – VANDULEK CSABA¹ – DR. KOVÁCS ÁRPÁD^{1,3} – DR. HADJIEV, JANA¹ – DR. REPA IMRE¹

¹ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet, Kaposvár

² Pécsi Diagnosztikai Központ, Pécs

³ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Kaposvári Képzési Központ, Képző Diagnosztikai Tanszék, Kaposvár

Bevezetés: A polimer gélekben az ionizáló sugárzás olyan szerkezeti változásokat okoz, amelyek MRI-vel detektálhatóak, így megfelelő kalibrálást követően a dóziseloszlás meghatározható.

Célkitűzés: Célunk az volt, hogy egy intenzitásmodulált besugárzás (IMRT) 3D-s dóziseloszlását verifikáljuk egy általunk elkészített és előzetesen kalibrált polimer gél segítségével. Ugyanezzel a módszerrel megpróbáltuk megvalósítani egy közelterápiás prosztata besugárzás dozimetriai ellenőrzését is.

Betegek és módszer: Vizsgálatunkhoz az ún. MAGIC gélt választottuk, melyből kisebb mintákat ismert dózisokkal besugaraztunk, és meghatároztuk a mintákban mérhető R2 relaxáció-sebességeket. A gélt tartalmazó edénnyel identikus fantom CT-képsorozatra elkészítettünk egy IMRT besugárzási tervet a XiO tervezőrendszerrel, amely alapján a gélt besugaraztuk. A tervezőrendszer által számolt dóziseloszlást ezután összehasonlítottuk a gélben MRI-vel mért eloszlással.

Eredmények: A mért R2 relaxáció sebességek és az elnyelt dózis között lineáris összefüggést találtunk. A közelterápiás besugárzás esetén a kalibrációt úgy végeztük el, hogy egy pontban megállítva az Iridium-192 izotópot a gélben létrehoztunk egy ismert dóziseloszlást, ami alapján a R2-dózis összefüggés meghatározható volt. Ezt felhasználva kiszámoltuk egy 5 katéterrel megtűzdelt gélben kialakult dóziseloszlást, amit előzőleg tervezőrendszerrel megterveztünk. A besugárzási tervet és az MRI segítségével mért eloszlást ezután összehasonlítottuk.

Következtetések: A géllal kapott R2-dózis összefüggés lineáris, így a gél könnyen kalibrálható, ezáltal alkalmas a dóziseloszlás 3D-s meghatározására MRI segítségével. A módszer lehetővé teszi, hogy az IMRT kezelések, a prosztata-tűzdeléses közelterápiás kezelések és más komplex besugárzások terveit verifikáljuk, és ezzel a kezelések megfelelő minőségét biztosítsuk.

SOMOGY MEGYEI KOMPLEX MOBIL SZŰRŐPROGRAM ELSŐ TAPASZTALATAI

DR. MOIZS MARIANN¹ – SZÖRÉNYINÉ VÁNYI GABRIELLA¹ – DR. DÓZSA CSABA²

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

² Miskolci Egyetem, Miskolc

A „mobil szűrőprogram” kifejezésről mindenkinek más juthat eszébe, különösen napjainkban, amikor újra sokat hallani a szűrések fontosságáról. Számos szűrőprogram indult az elmúlt évtizedekben, kezdve a valaha volt magyar sikertörténettel, a Morbus Hungaricusként elhíresült TBC elleni küzdelemmel, a népegészségügyi szervezett szűrések rendszerén át, a napjainkban oly népszerű „kampány” szűrésekig. Az alapvető cél ugyanaz: „Lépéseket kell tenni az idő előtti és elkerülhető halálozások, megbetegedések, fogyatékoságok megelőzése területén.” Éves szinten milliárdok fordítódnak a prevencióra, a szűrőprogramokra, azonban a kitűzött és várt népegészségügyi célokat máig nem sikerült elérni. Hatalmas terhektől roskadozik a szakellátás, az alapellátás, mindeközben a magyar lakosság egészségtudatossága és a népegészségügyi szűréseken való részvételi hajlandósága nem mutat javulást. A mai napig nem sikerült bevezetni a szervezett vastagbélrákszűrést, a szájüregi rákszűrést, nem történt meg az áttörés a méhnyakrákszűrés szervezésében, és az elvárt arányoktól még mindig messze van a mammográfiás emlőrákszűrés eredménye is. A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház is számos törekvést indított el, innovatív megoldásokat dolgozott ki, és vezetett be, kezdve a szűrés és diagnosztikai tevékenység fejlesztésétől, a Prevenció és Egészségfejlesztési Iroda (PREFI) létrehozásáig, a komplex módon végzett népegészségügyi szűrőprogramig. A népegészségügyi szűrések tekintetében megyei szinten figyelemre méltó eredményeket sikerült elérni, a PREFI működése pedig országos mintaként szolgált, azonban minden törekvés elszigetelt és szélmalomharcra ítélt próbálkozás, amíg a rendszer anomáliáival kell küzdeni nap mint nap. Nincs egységes jogszabályi háttere, nincs OEP-finanszírozása, nincs határozott szakmai állásfoglalás mögötte, és nincs egyértelműen szabályozva a mobilszűrések hatósági engedélyezése. A nemzetközi evidenciák, jó gyakorlatok és a több milliárdnyi prevencióra fordított forrás mellett sem sikerül az áttörés a népegészségügyi szűrések és a mobilszűrések tekintetében sem. Mindezek ellenére a kórház folytatja a megkezdett munkát, és tovább is lépett a fejlesztések területén. Magyarország továbbra is éllovas a tüdőrák miatti halálozásban, ezzel szemben, a nemzetközi iránymutatásokat figyelmen kívül hagyva, nincs kellő szakmai támogatás a tüdőrákszűrés tekintetében. Már hazánkban is elérhető a tüdőrák szűrésének legmagasabb szakmai színvonalát jelentő low-dose CT-technika, ráadásul mindez mobil-CT szűrés formájában. A kórház törekvéseket tesz arra, hogy a rendelkezésre álló pályázati forrásokat a céloknak megfelelően, és a legmagasabb minőségi színvonalú szolgáltatást nyújtva áttörést érjen el a tüdőrák szűrés tudományos megalapozásában és a betegség miatti halálozás csökkentésében. Hazánkban elsőként használja a mobil-CT szűrést, a low-dose CT-felvétel készítését a tüdőrák mielőbbi felismerése és kockázatbecslése céljából, mindezt úgy, hogy jelentősen javítva az esélyegyenlőséget, a szűrés lehetőségét a legkisebb és leghátrányosabb helyzetű településekre is el tudja juttatni a környezetében. A szerzők ennek a mobil-CT-vel történő szűrőprogramnak az első eredményeit kívánják bemutatni előadásukban.

**HEMATOLÓGIAI
DIAGNOSZTIKÁJA****PARAMÉTEREK****RUTINLABORATÓRIUMI****NAGY ABONYI ZOLTÁN**

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Laboratórium, Kaposvár

A vér folyékony kötőszövet, ami plazmából és sejtjes elemekből tevődik össze. A plazma vízből, proteinekből és elektrolitokból áll, míg a vérsejtek fő csoportjait a vörösvértestek, a fehérvérsejtek és a vérlemezkék alkotják. Ezen sejtjes elemek analízise az egyik legfontosabb rutinlaboratóriumi vizsgálat. A gyakran alkalmazott diagnosztikai módszer kiterjed a sejtjes elemek térfogategységnyi számára, az egyes fehérvérsejt populációk százalékos megoszlására, valamint magába foglalja a hemoglobin, hematokrit és a származtatott paraméterek meghatározását. A mérésnek manuális és automatizált formái is vannak. A hematológiai automaták gyorsabbak és megbízhatóbbak a hagyományos fénymikroszkópos módszernél. Az elmúlt néhány évtized folyamatos fejlesztéseinek köszönhetően egyre növekszik az elkülöníthető alakos elemek számának és differenciálásának pontossága. Laboratóriumunk gépparkja 2013 végén kibővült egy SYSMEX XN 2000 típusú hematológiai analizátorral, amely már a jövő automatáihoz tartozik. A műszer alkalmas többek között a differenciálódás különböző fokán álló vörös- és fehérvérsejtek azonosítására. Más laboratóriumi eredményekkel együtt információt is nyújthat a szervezet vasháztartásáról, valamint a szepszis súlyosságáról. Ezen új generációs hematológia automata eredményei nagyon fontosak lehetnek a véralvadási rendszer egyes betegségeinek diagnosztikájában is. A műszer egyik nagy előnye, hogy alkalmas a különböző testfolyadékok sejtjes elemeinek analízisére. Napjaink modern hematológiai analizátoraihoz hasonlóan képes a teljes munkafolyamatot megvalósítani, ugyanis a vérkép lemerését követően a felhasználók által meghatározott kritériumok alapján a vizsgált mintából automatikusan kenetet is készít. Azonban az automata által kiadott eredmények értékelésekor figyelembe kell venni a készülékre jellemző mérés technikai sajátosságokat és a mérések pontosságát befolyásoló zavaró tényezőket.

A SPERMAKÉP PARAMÉTEREINEK ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLATA A KOCKÁZATI TÉNYEZŐK FÜGGVÉNYÉBEN**NAGY ABONYI ZOLTÁN¹ – DR. JENEI TIBOR²**¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Laboratórium, Kaposvár² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Urológiai Osztály, Kaposvár

Bevezetés: Felmérések bizonyítják, hogy az elmúlt 50 évben a férfiak spermaképe 30–40%-ot romlott. A változások hátterében számos különböző kockázati tényező került azonosításra.

Célkitűzés: Munkánk során vizsgáltuk a spermiumok mintaürítést követő motilitását, valamint a dohányzás és alkoholfogyasztás spermaképekre gyakorolt hatását.

Betegek és módszer: Prospektív vizsgálatunkat a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban végeztük. A mintagyűjtés 2013 februárja és 2014 januárja között történt.

A vizsgálat célcsoportját 20 és 50 év közötti férfiak alkották. A spermiumok motilitásának monitorozásához 45 minta adatait használtuk fel. A kockázati tényezők spermaképekre gyakorolt hatásának felmérésére 56 ejakulatumot választottunk ki. A kockázati tényezők meglétéről saját szerkesztésű kérdőív használatával jutottunk információkhoz. A statisztikai analíziseinket SPSS v.18.0 statisztikai szoftverrel végeztük (Wilcoxon-próba, Mann–Whitney-teszt) (szignifikanciaszint: $p < 0,05$).

Eredmények: Az általunk vizsgált 45 ejakulatum spermiumainak összmotilitása a 30. percben 65% volt, ami a 60. percre 55%-ra csökkent, és végül a 90. percben már csak 40% volt. A 22 dohányzó férfi közül 11 esetben tapasztaltunk a normálnál kisebb morfológiai értékeket, míg a kontrollcsoportban a 15 vizsgált ejakulatumból 2 esetben találtunk a normálistól eltérő eredményt. Az alkohol esetében nem találtunk szignifikáns eltérést a normál csoporthoz képest.

Következtetések: Eredményeink szerint szobahőmérsékleten tárolva a spermiumok motilitása még egy órával a mintanyerést követően is a normál értéktartományon belül várható, így a megfelelő vizsgálati idő 30. és 60. perc között van. Dohányosoknál gyakrabban fordulnak elő morfológiai eltérések a spermaképekben.

A TERMÉSZETES SZOMORÚSÁG (PSYCHASTHENIA), DEPRESSZIÓS EPIZÓD ÉS MAJOR DEPRESSZIÓ KÜLÖNBÖZŐSÉGEI A DAGANATOS BETEGEK VONATKOZÁSÁBAN. SZUPPORTÁCIÓS LEHETŐSÉGEK

NÉTLING IBOLYA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Lelki Egészségvédő Szolgálat, Kaposvár

Előadásomban a daganatos betegekkel kapcsolatos tévhiteket és téves megfogalmazásokat kísérem meg tisztázni. Elméleti keretként szolgál a DSM V. diagnosztikai rendszer, valamint az egészségpszichológia szakirodalmából azon kardinális pontok, amelyek a daganatos betegek megküzdési (coping) stratégiáival, betegség-feldolgozásukkal foglalkoznak. A tanatológia szakirodalmából a nagy klasszikus, Kübler-Ross mellett egy magyar kutató, Pilling János felosztását is ismertetném. Bár az orvostudomány fantasztikus eredményeket ért el a rákkutatás területén, a lakosság körében azonban a daganatos betegség diagnózisa még mindig egy stigmatizáló betegség és szinte – kimondva, kimondatlanul – egyenlőségjelet tesznek a halálos betegség fogalmával. Ennek hatására elindul egy ún. anticipált gyászfolyamat mind a beteg, mint a hozzátartozók részéről, mintegy tudattalanul készülve az elválásra. Ennek természetes velejárója a szomorúság érzése, lehangoltság, társas kapcsolatok beszűkülése, stb. Ehhez társul, hogy a betegség feldolgozás egyik szakasza a depressziós „epizód”. Ezeket nem könnyű elkülöníteni a major depressziótól egy hétköznapi embernek, de még a háziorvosnak, sőt, az onkológusnak sem. Előadásomban gyakorlati oldaláról mutatom be azokat a vertikális és horizontális differenciáldiagnosztikai elemeket, ami alapján könnyebb eldönteni, hogy mikor van szükség pszichiátriai, pszichológiai intervencióra, terápiára vagy szupportációra.

GYÓGYULT BETEGEK KORSZERŰ GONDOZÁSI ELVEI ÉS GYAKORLATA

DR. PÁLI KATALIN – DR. RUZSA ÁGNES

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

Az előadásban a daganatos betegek gondozása során felmerülő legfontosabb témaköröket, az onkológiai szakellátásban alkalmazott kontrollvizsgálatok rendjét ismertetjük. A betegek folyamatos monitorozása, a daganat kiújulásának, kiterjedésének, a beteg állapotromlásának korai felismerése nagyon fontos. A követés diagnosztikai algoritmusai a daganatos lokalizációk szerint, valamint a betegség kiindulási stádiuma szerint eltérőek lehetnek. A gondozás tervezésével kapcsolatban felhívjuk a figyelmet a statust rögzítő (base line) vizsgálatok szükségességére, valamint a követés során a korábbi lelettel való összehasonlítás fontosságára. A betegek gondozásában fontos szerepe van a társszakmáknak és a háziorvos kollégáknak is.

A HIGIÉNÉS ELLENŐRZÉS, FELÜLETTISZTASÁGI MINTAVÉTELEZÉS SZEREPE A NOSOCOMIALIS FERTŐZÉSEK MEGELŐZÉSÉBEN

PÁLKUTI ANITA – RUNÁNÉ TÓTH KATALIN – DR. PAPP ERSZÉBET

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Higiéniai Osztály és Központi Sterilizáló, Kaposvár

A nosocomialis infekciók megelőzése világszerte nagy kihívást jelentenek a kórházak és egészségügyi intézmények számára. Ezen infekció előfordulása esetén az etiológia tisztázása érdekében a beteg környezetében is laboratóriumi vizsgálatot kell végezni. A beteg környezete alatt általában a kórtermi, a műtői (szülőszobai), kezelői környezetet értjük. A nosocomialis fertőzések terjesztői lehetnek az emberi bőr, orvosi gépek, orvosi műszer eszköz, textiliák és segédanyagok, ápolási eszközök és anyagok, gyógyszerek, implantátumok, levegő, víz, felületek, berendezési és felszerelési tárgyak. A betegellátó intézményekben végzett fertőtlenítő tevékenység ellenőrzése, hatásosságának vizsgálata egyik területét jelenti a kórházhygiénés ellenőrzési rendszernek. A fertőtlenítő tevékenység ellenőrzése két különböző módszerrel történhet: megfigyeléssel, felmérésen alapuló módszerrel, valamint mikrobiológiai laboratóriumi vizsgálatokkal. A megfigyeléssel, felmérésen alapuló módszer alkalmas a fertőtlenítő tevékenység rutinszerű ellenőrzésére. A fertőtlenítő tevékenységgel kapcsolatos bakteriológiai vizsgálatok célja a nosocomialis fertőzések megelőzése, illetve a kialakult fertőzéseknel a fertőzés terjedésének módjának megállapítása. A járványügyi mikrobiológiai vizsgálatoknak közvetetten a betegek gyógyulását, a fertőző betegségek leküzdését kell szolgálnia, valamint a lezajlott megbetegedések okainak felderítését a köztük lévő kapcsolatok tisztázását, a jövőben kialakuló megbetegedések elkerülését. A mikrobiológiai eredmények elemzése a betegekből vett minták (klinikai minták), a kórházhygiénés szűrőminták (a kórtermi környezet tárgyaitól és a levegőtől), és a surveillance kultúrák (a beteg állapotától függetlenül, előre megszabott rend szerint vett ismétlődő tenyésztési anyagok) eredményeinek kiértékelését jelenti.

Ez a komplex vizsgálati anyag biztosítja, hogy folyamatosan aktuális képünk legyen a figyelemmel kísért osztályok mikrobiológiai képéről, az ott előforduló kórokozók spektrumáról, rezisztenciájáról, a környezetben perzisztáló baktériumok megoszlásáról. A fentiek figyelembevételével a Higiéniai Osztály minden évben elkészíti intézményünk éves mintavételi tervét, amelyben rögzítésre kerül, hogy hol, mikor és milyen minták kerülnek levételre preventív céllal. Az eredmények ismeretében a szükséges higiénés intézkedések elrendelésre kerülnek.

RADIOGRÁFUSI KOMPETENCIÁK EGÉSZTEST-BESUGÁRZÁS ESETÉN

PÁLL JÁNOS¹ – DR. KOVÁCS ÁRPÁD^{1,2} – DR. TOLLER GÁBOR¹ – DR. CSELIK ZSOLT¹ –
ANTAL GERGELY¹ – GLAVÁK CSABA¹ – DR. HADJIEV, JANAKI¹ – FARKAS ANDREA¹ –
VANDULEK CSABA¹ – DR. REPA IMRE¹

¹ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

² Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Kaposvári Képzési Központ, Képpalkotó Diagnosztikai Tanszék, Kaposvár

Bevezetés: A Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum a Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ Haematológia Osztályával, valamint a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Haematológiai Osztályával együttműködésben vesz részt a komplex egésztest-besugárzásban részesülő betegek ellátásában. A komplex egésztest-besugárzásra érkező betegek ellátása a csontvelő-transzplantáció előtt történik.

Célkitűzés: Az előadásban ismertetésre kerül a résztvevő radiográfusok kiemelt szerepe a besugárzás során. Részletezve kerülnek az elvégzendő feladatok és ezekhez társuló kompetenciák.

Betegek és módszer: A beteg intézetünkben történő első megjelenése során ambulanciánkon felvételre kerül. Ugyanezen a napon megtörténik az előkészítés a CT-szimulátorban, ahol a radiográfus megpróbálja a beteg számára lehető legkényelmesebb és legjobban reprodukálható fektetési pozícióban beállítani a páciens, hogy a kezelések során is ugyanúgy fekdődjön. A CT-felvételek segítségével megtervezhető a kezelés és a tüdőket védő takarások. A radiográfus kezelése alatt segédkezik a beteg fektetésében, melyhez speciális asztal és segédeszközök állnak rendelkezésünkre. A kezelések indítása előtt ellenőrző felvételeket készít a tüdőtakarások elhelyezkedésének megítélésére céljából. A radiográfus beállítja a kezelési paramétereket és elvégzi a kezelést. A steril körülmények közötti kezelés azután kezdődik, miután a beteg megkapta az előírt kemoterápiát. A kezeléseket három napon át naponta kétszer végezzük, a két kezelés között 12 óra telik el.

Eredmények: Intézetünkben már több mint 15 komplex egésztest-besugárzás történt melyben aktív szerepük volt a részt vevő radiográfusoknak. A folyamatokat összetettségük és bonyolultságuk miatt orvos és fizikus felügyeli a kezelés különböző fázisait.

Következtetések: A komplex egésztest-besugárzás minőségét és eredményességét befolyásolja a radiográfus szakmai felkészültsége, precizitása, valamint az észlelt hibák korrigálása.

ÉLETVESZÉLYES MELLKASI FÁJDALMAK DIFFERENCIÁLDIAGNÓZISA

DR. PAP TIHAMÉR¹ – DR. KARDOS ERIKA² – DR. KERKOVITS GÁBOR¹ – DR. KOVÁCS ERIK¹ – DR. PAPP ELŐD¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Osztály, Kaposvár

² Kaposvári Egyetem, Diagnosztikai Központ, Kaposvár

Az akut mellkasi fájdalom három fő és életveszélyes okának (acut coronaria syndroma /ACS/, tüdőembólia, aorta dissectio) differenciáldiagnosztikája gyakran nem könnyű feladat. Kiváltképp akkor, mikor a rendelkezésünkre álló adatok gondolkodásunkat egyéb mellkasi panaszokkal járó kórképekre terelik. Esetbemutatásunk ACS gyanújával osztályunkra került beteg diagnosztikájának történetét mutatja be. Hajnali órákban 65 éves férfi beteget OMSZ szállítja hemodinamikai laborba anterior STEMI diagnózissal. Urgens coronarographia történt, mely ACS-t kizárja, panaszait magyarázó eltérést nem igazolt, beteg kardiológiai osztályra került, ekkor már panaszmentesen. Másnap elvégzett laborvizsgálat mérsékelt emelkedett gyulladásos paramétereket, bed side echo kevés pericardialis folyadékot észlel, de felvetette fibrinszálak jelenlétét a pericardiumban. Myocarditisre terelődik gyanú, ennek megfelelő kezelést kezdünk. Ápolásának harmadik napján beteg emisszióját kéri, teljes panaszmentességére hivatkozva, bár vérnyomásértékei kombinált antihypertenzív kezelés ellenére is magasak. Ismételt echocardiographia közepesen csökkent bal kamra funkciót, septalis falmozgászavart ír le, perikardialis folyadék már nem látható. Beteget némi rábeszéléssel maradásra bírjuk, myocarditis diagnosztizálására szív MR-vizsgálatra küldjük. MR-vizsgálatot végző kolléga jelentkezik, miszerint betegnek Stanford A-típusú aorta dissectiot diagnosztizáltak, azonnal CT-angiográfiát is végeztek. A beteg sürgősséggel Pécsi Tudományegyetem szívklínikára került műtét elvégzésére. Az akut mellkasi fájdalom differenciáldiagnosztikájára használt triple rule out CT-angiográfia egy olyan protokoll, mellyel egy vizsgálattal ábrázolható az aorta, a coronariák, valamint a pulmonaris artériák. Ezáltal a „rettegett” hármas között gyorsan diagnózishoz jutunk, a beteg célirányú kezelése azonnal elkezdhető.

ÚJ DIAGNOSZTIKAI MÓDSZEREK A SZÜLÉSZETBEN

DR. PÉTERFI ISTVÁN¹ – DR. KELLÉNYI LÓRÁND² – DR. SZILÁGYI ANDRÁS¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

² Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Élettani Intézet, Pécs

Az elektrofiziológia eszköztárát a bioinformatika és modern technológia adta lehetőségekkel ötvözve, célunk olyan orvosi eszköz kifejlesztése, mellyel bővíthetjük és tökéletesíthetjük a magzati észlelést, ezáltal pedig javulhatnak a perinatalis mortalitási és morbiditási mutatók. Több éves kutatómunka eredményeként jelentős előrelépést tettünk az alakhú noninvazív magzati EKG regisztrálása terén. A piaci költségek töredékéből sikerült olyan orvosi eszközt fejlesztenünk, amely szülés alatt – a magzat fejbőrére helyezhető spirál elektródán keresztül – valós időben alakhú magzati EKG-t

készít. Direkt elvezetésből rendszerünk olyan kiváló minőségű magzati EKG-t regisztrál, hogy egyetlen „beütésben” vizualizálható a His-kötegi potenciál is. Nemzetközi szinten elsők közt regisztráltunk magzati EEG-t szülés alatt. A valós időben nyert információt speciális módon dolgozzuk fel és jelenítjük meg. Az alap kutatásnak számító magzati EEG vizsgálata eddigi tapasztalataink alapján alkalmasnak látszik szülés alatt a magzat obszervációjára. Rendszerünk kifejlesztése – mely speciális hardverből és ehhez készített szoftverből áll – teljes mértékben saját szellemi termékünk. A telemetriás adatgyűjtés a humán elektrofiziológiai érintésvédelmi szabályoknak maradéktalanul megfelel, vizsgálatainkat a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Intézményi Etikai és Kutatásetikai Bizottságának (KMOK-IKEB) engedélyével végezzük.

IN VITRO FERTILIZÁCIÓBAN RÉSZTVEVŐ NŐK SZÉRUM- ÉS TÜSZŐFOLYADÉK FETUIN-A-SZINTJE

DR. PETI MIHÁLY ATTILA

Siófoki Kórház–Rendelőintézet, Központi Laboratórium, Siófok

Az elmúlt években jelentős erőfeszítéseket tettek, hogy potenciális biomarkereket fedezzenek fel a tüszőfolyadékban, amellyel az in vitro fertilizáció (IVF) sikerességének kimenetelét megjósolhatják. A tüszőfolyadék élettani szerepe, egy dinamikus környezet biztosítása a petesejtek és korai embriók érésében, tehát feltételezhetően ennek a vizsgálata az érési folyamat során fellépő metabolikus változásokat fogja tükrözni. A Fetuin-A egy többféle funkcióval rendelkező biomarker, kiindulva fontos hatásaival számos metabolikus és érrendszeri betegségben, amelyek jól tudottan a fertilizációs potenciált negatívan befolyásolhatják, egészen az embrionális és korai fetális fejlődésben játszott szerepéig. A tanulmányunkban meghatározásra kerültek IVF-programban résztvevő nőknél a szérum és tüszőfolyadék Fetuin-A-szintjei és az eredmények statisztikai vizsgálatából megpróbáltuk megítélni a biomarker prediktív szerepét az IVF sikerességének kimenetelére való tekintettel. Ugyanakkor választ szeretnénk volna kapni arra, hogy a tüszőfolyadékban lévő Fetuin-A csak plazma filtrátum eredménye vagy lokális szintézisből is ered. A vizsgálatunk során transzvaginális ultrahangvezérléssel tüszőfolyadékot gyűjtöttünk 35 résztvevőtől. A kontrollcsoport 25 egészséges, betegcsoporthoz életkorra illesztett nőből állt. A tanulmányunk bebizonyította, hogy a betegcsoportban a szérum Fetuin-A-szintje magasabb az egészséges nőkhöz viszonyítva és a tüszőfolyadék vérmintákhoz képest magasabb Fetuin-A-szintje, hogy nem tekinthető egyszerű plazma filtrátumnak. Továbbá a fertilitás potenciál markerei (petesejt- és embriószám) nem mutattak összefüggést a szérum és tüszőfolyadék Fetuin-A-szintekkel. Kutatásaink folytatásában ugyancsak IVF populációban megfigyelünk és keresünk még mélyebb részletekben interakciókat a tüszőfolyadék Fetuin-A és érett petesejt, illetve korai embrióval.

A HÁTSÓ KERINGÉS TERÜLETÉT ÉRINTŐ ISCHÉMIÁS STROKE DIAGNOSZTIKÁJA, PREVENCIÓJA ÉS KEZELÉSE

DR. RADNAI PÉTER¹ – DR. VAJDA ZSOLT^{2,3} – DR. NAGY FERENC¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológiai Osztály, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurovaszkuláris Intervenciós Egység, Kaposvár

³ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

Bevezetés: A hátsó keringés területét, azaz az agytörzset, kisagyat és occipitalis lebenyt érintő ischémiás stroke az összes szélütés csupán 20%-át teszi ki, azonban az itt elhelyezkedő életfontos agyi területek miatt az okozott morbiditás és mortalitás a nagyobb számban előforduló féltekei stroke-kal megegyező, illetve nagyobb. Míg az a. carotis interna szűkületei ultrahanggal jól vizsgálhatóak, addig az a. vertebralis és az a. basilaris szűkületei, illetve elzáródása többnyire csak fejlett CT, illetve MR-angiográfiás technikákkal és katéterangiográfiával (DSA) mutathatóak ki. Hasonló aránytalanság áll fenn a kezelés terén is: az a. carotis interna szűkületeinek sebészi, illetve intervenciós neuroradiológiai műtétei régóta, jó eredménnyel alkalmazott eljárások, míg az a. vertebralisok és az a. basilaris szűkületének, dissectiójának és thrombosisának kezelésére sebészi módszer nem áll rendelkezésre, azonban az intervenciós neuroradiológiai módszerek az elmúlt években jelentős fejlődésen mentek keresztül.

Betegek és módszer: Előadásunkban a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban és a Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrumában alkalmazott CT- és MR-diagnosztikai eljárásokról és intervenciós neuroradiológiai kezelési módszerekről számolunk be, a hátsó keringést érintő főbb betegségek egy-egy esetének bemutatásán keresztül. Bemutatjuk a diagnosztikus algoritmust, az invazív kezeléstről való döntési protokollt és a kezelések műtéti technikáját.

Eredmények, következtetések: A bemutatott esetek között szerepel az a. vertebralis eredésének szűkülete, az a. vertebralis dissectiója, a disszekció késői szövődménye, az intracranialis artériák atheroscleroticus szűkületei, illetve akut elzáródása. A diagnosztikai algoritmus fontos részét képezi az ún. „stroke MR-protokoll”, mely a friss ischémiás léziók kimutatása mellett a supraaorticus és intracranialis artériák MR-angiográfiáját is magában foglalja. A neurovaszkuláris érrendszer pontos megítélésére a jelenleg legpontosabb noninvazív módszer a multidetektoros, dual-source CT-berendezéssel végzett angiográfiás vizsgálat, megfelelő rekonstrukciókkal. Az a. vertebralis nyaki és intracranialis szakaszának, valamint az a. basilaris atheroscleroticus szűkületeinek tágitása és stent kezelése biztonsággal és jó klinikai eredménnyel végezhető. Thrombembólia okozta akut ischémiás stroke-ban az eret elzáró thrombus katéteres úton eltávolítható és így módon az agytörzs, kisagy és a látókéreg ischémiás károsodása mérsékelhető vagy teljesen megelőzhető.

ÚJ GYÓGYSZERES KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK A MYELOMA MULTIPLEX TERÁPIÁJÁBAN

DR. RAJNICS PÉTER – DR. KOLLÁR BALÁZS – DR. ALIZADEH, HUSSAIN – DR. KARÁDI ÉVA – DR. EGYED MIKLÓS

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Hematológiai Osztály, Kaposvár

A myeloma multiplex a csontvelő plazmasejtes malignus klonális betegsége, amelyet a plazmasejtek kóros akkumulációja miatti monoklonális gamma-globulin eltérés és/vagy csontvelő-elégtelenség mellett multiplex lyticus csontdestrukció kialakulása jellemez. Évtizedekig gyógyításában a melphalan-prednisolon kezelés játszotta a főszerepet. A későbbi kombinált kezelések lényege is a nagy dózisú kortikoszteroid adása volt, amelyet fiatalabb embereknél perifériás őssejtkezelés és nagy dózisú kemoterápia egészíthetett ki. Az első igazi terápiás áttörést kb. tíz éve az immunmodulátorok és a proteaszóma-inhibitorok felfedezése-alkalmazása hozta. Mindezen kezelések eredményeképpen a myelomás betegek túlélésében jelentős változás állt be, a tízéves túlélés sokuk számára elérhetővé vált. Ugyanakkor súlyos problémát jelent a nonresponder/recidiváló betegek nagy aránya. Kezelésük a ma elérhető gyógyszerekkel reménytelen, ezért tanulmányokban való részvételük látszik az egyetlen lehetséges megoldásnak. A bemutatóban az immunmodulátorok – lenalidomide – és az új proteaszóma-inhibitor – carfilzomib – kezeléssel elért eredményeinkről számolunk be.

A HÚGYÚTI KATÉTER MINT A NOSOCOMIALIS INFEKCIÓK ZÁSZLÓVIVŐJE

DR. RÁKÁSZ ISTVÁN

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Urológiai Osztály, Kaposvár

A nosocomialis infekciók komoly kihívást jelentenek minden egészségügyi ellátási rendszerben. Az utóbbi időben számolni kell úgy a baktérium flóra változásával, mint a kezelés költségeinek jelentős növekedésével. Tapasztalataink alapján a nosocomialis patogének nem csak kórházon belül, de hozzá nem köthetően is megjelennek, valamint minden antibiotikumra rezisztens kórokozók megjelenése már valóság. Az iatrogén fertőzések megelőzése, ezért kiemelt figyelmet érdemel. Jelentős részük uropatogén és a húgyutakba behelyezett katéter vagy idegen test tartja fent, illetve közvetíti a fertőzést. A szerző átnézte és összegezte a nosocomialis fertőzések megelőzésére és kezelésére, valamint a katéter viselésére megjelent Európai Urológiai Társaság irányelveit. Az előadás ezen tapasztalatok megosztására irányul.

AZ ONKOTEAM SZEREPE A DAGANATOS BETEGEK TERÁPIÁS STRATÉGIÁJÁBAN

DR. RUZSA ÁGNES

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

A szolid tumorban szenvedő daganatos betegek életkilátásait, túlélését és életminőségét alapvetően befolyásolja az onkológiai terápia szekvenciája. Az elsődlegesen alkalmazott kezelés ma is a sebészeti ellátás, ennek optimális időpontja az előzetesen alkalmazott gyógyszeres és sugárterápia segítségével eltolódhat. Az onkoteam feladata a beteg kezelésének meghatározása. A daganatos megbetegedés szakmai szabályok szerinti vizsgálatokkal megalapozott vélelmének vagy diagnózisának felállítását követően, de a definitív kezelés megkezdése előtt a teljes betegút tervezése, menedzselése, ideértve a teljes körű diagnózis felállításához szükséges és az előzetesen elvégzett megvalósuló diagnosztikai vizsgálatok meghatározását, illetőleg a terápiás terv felállítását, valamint ezek újratárgyalását a betegség előrehaladása során észlelt, terápiás konzekvenciával bíró új diagnosztikai eredmény esetén. Az onkoteam javaslatot tesz a beteg további ellátására: a betegség klinikai stádiumának meghatározására; a klinikai stádium meghatározását követően a terápiás tervre (mely figyelembe veszi a folyamat szövettani természetét, kiterjedését, a beteg általános állapotát, kísérő betegségeit, kezelés-speciális szervi funkcióit és a betegnek a kezelésbe való tájékoztatottságon alapuló beleegyezésének /informed consent/ meglétét vagy hiányát); az egyes terápiás módszerek alkalmazásának sorrendjére; a terápiás módszerek egymással történő kombinálására (pl. radiokemoterápia); a terápia eredményességének ellenőrzésére, ha szükséges, módosítására; a műtéti beavatkozás idejére, kiterjesztésére; a sugárterápia főbb jellemzőire, irányára; a gyógyszeres terápia főbb jellemzőire; klinikai vizsgálat keretében történő kezelés esetén a protokollra és annak szakmai tartalmára; a tervezhető rehabilitációra; egyes speciális esetekben véleményt ad a kórismézés további lépéseire figyelemmel arra, hogy a daganat kiterjedése, terápia iránti érzékenysége és a beteg általános állapota, valamint beleegyezése vagy ennek hiánya mellett a további vizsgálatnak van-e terápiás konzekvenciája. Az onkoteam működése részletesen szabályozott a 10/2013. (I. 31.) EMMI rendeletben.

A KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓS TEAM MŰKÖDÉSE

SEBŐKNÉ VENCZLER TÜNDE – BŐZSÖNYNÉ SALAMON EDINA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Egység, Mosdós

A kardiológiai rehabilitáció mindazon tevékenységek és beavatkozások összessége, melyek célja, hogy a kardiovaszkuláris eseményt elszenvedett beteg az elérhető legjobb fizikai, mentális és lelki állapotba kerüljön, visszatérhessen munkahelyére, megőrizhesse a családban és a társadalomban elfoglalt pozícióját. Sikeres rehabilitáció csakis a beteg tevőleges együttműködésével valósulhat meg, hiszen a kardiológiai rehabilitáció alappillére a reális helyzetértékelésen és az ismeretek bővítésén alapuló

életmódváltás. Kiemelten fontos a betegséggel való aktív megküzdés képességének kialakítása. A klasszikus orvosi, egészségügyi tevékenységen túlmutató feladat ez, mely csakis összehangolt csapatmunka alapján működőképes. A rehabilitációban az orvosi csoportmodell, mely szerint az orvos diktál, utasít, a beteg és a személyzet követi az utasításokat nem hatékony. A beteg együttműködését el kell nyerni, a beteg nem fizikai, kémiai, biológiai paraméterek összessége, hanem személyiség. A munkacsoportot alkotó team tagok munkájukat önállóan, de közös cél érdekében egymással összehangoltan végzik. Ezen irányelvek mentén szerveztük, szervezzük a mosdósi Kardiológiai Rehabilitációs Egység működését. Egy út elején járunk. Munkacsoportunk jelenleg az orvosok, ápolónők és szakasszisztensek mellett gyógytornász, pszichológus, mentálhigiénikus, dietetikus szakemberekből áll. A csapat a multidiszciplináris modell szerint szerveződött. Saját szakterületén mindenki önállóan dolgozik, ám tevékenységünket team megbeszéléseken egymással egyeztetjük, koordináljuk. A megbeszélések alapvetően szakmánkénti szemléletűek, minden szakma képviselője beszámol az egyes betegeknek észlelt változásokról. A betegekkel való jó együttműködés kialakításához nagy segítséget ad a pszichológus, illetve mentálhigiénikus munkatárs, a kardiológiai rehabilitációban hagyományos csoport terápia mellett szükség esetén egyéni beszélgetések kapcsán feltárva a beteg addig nem ismert problémáját. Az ápolószemélyzet munkáját az aktivizáló ápolás szemlélete alapján szerveztük át. A hatékony ám biztonságos fizikai tréning alapfeltétele a folyamatos egyeztetés orvosok és gyógytornászok között. Az egészségügyi ismereteket bővítő, illetve alapbetegséggel kapcsolatos, valamint dietetikai oktató előadások a jó compliance kialakítását célozzák, hiszen a beteg csak megfelelő ismeretek birtokában lehet együttműködő. A teammunka alapján szervezett rehabilitáció aktív folyamat, a munkacsoport és a beteg közös célja az életminőség javítása, a lehető legjobb egészségi állapot elérése.

2013. ÉVI II. STÁDIUMÚ SYPHILIS ESETE

**DR. SHATARA SAEED JAFFER – DR. LAUFER CSILLA – DR. VISKI ANNA –
DR. EGYHÁZI ZSOLT – DR. VERESS GÁBOR – DR. HECKEL KATALIN**
Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Patológiai Osztály, Kaposvár

A múlt fertőző betegségei manapság újra növekvő tendenciát mutatnak, köztük a syphilis is. A szűrővizsgálatoknak, a megbízható szerológiai vizsgálatoknak és a hatékony terápiának köszönhetően dominálónan korai stádiumban maradt az elmúlt több mint tíz évben. A 2013. évben szövettani vizsgálat során derült fény syphilisre: egy 25 éves nő 19. terhességi hetén külső nemi szervén kóros növedékek megjelenését észlelte, melyek kimetszésre kerültek. Szövettani vizsgálattal syphilis II. stádiumának alapos gyanúját vetettük fel. Kontroll szerológiai vizsgálat pozitív eredménye a gyanút megerősítette. A fiatal gravida a megfelelő terápia mellett a magzatot továbbhordta.

VASLERAKÓDÁSOK ELŐFORDULÁSÁNAK VIZSGÁLATA SCLEROSIS MULTIPLEXBEN SZENVEDŐKBEN

SILLINGER RENÁTA – DR. BAJZIK GÁBOR – VANDULEK CSABA – BIRÓ GERGELY – DR. REPA IMRE

Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

Bevezetés: Előadásom az elmúlt években is számos kutatás témáját képező, az agyállományban levő vaslerakódások vizsgálatára irányul a sclerosis multiplexben (SM) szenvedő egyéneknél, szemben az egészséges kontrollcsoporttal.

Célkitűzés: A külföldi kutatási eredményekre alapozva, hasonló vizsgálati paraméterek alkalmazásával szignifikánsan nagyobb vasmennyiséget várva az SM-betegek agyállományának egyes területein.

Betegek és módszer: A vizsgálatokat a Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrumában végeztük el. Öt SM-betegről, illetve öt egészséges alanyról koponya MR-felvételek készültek 1,5 T térerejű berendezésen, egy külföldi kutatás alapján készült paraméterekkel, multiecho 3D gradiens echo szekvencián. Beválasztási feltétel volt az SM-alanyoknál a korábban már diagnosztizált patológiás agyállomány, a kontrollcsoport esetében pedig az egészséges megjelenésű agyállomány. Kizárási kritériumként szerepeltek az MR-vizsgálat kontraindikációi. A multiecho szekvenciák kiértékeléséhez Matlab 7.11 szoftvert használtam, melynek során egy T2* térképet kaptam. A különböző agyterületekre kapott értékek statisztikai analízise egymintás, valamint kétmintás T-próbával történt, melyet Microsoft Excel 2007 programban végeztem.

Eredmények: Statisztikai elemzés eredményei ($p < 0,05$ szignifikáns; $p > 0,1$ nem szignifikáns; ha $p < 0,1$ tendenciózus a különbség): Tendenciózus a különbség a thalamus két oldala között a kontrollcsoport esetében. Szignifikánsnak bizonyult az eltérés a nucleus caudatus mindkét oldala között a populációknál. Az egyes területek egészét vizsgálva a két csoport között tendenciózusnak mondható a különbség a pons, a thalamus és a frontális fehérállomány esetében. A két agyféltekét nézve erősen szignifikáns az eltérés a thalamus jobb oldalán a két populáció között.

Következtetések: Az általam kapott eredmények néhány esetben jól korreláltak az elvárásokkal, valamint hasonlóságot mutattak a külföldi kutatások eredményeivel. Sok esetben elmondható, hogy érdemleges különbséget nem sikerült kimutatni a két populáció között, mely elsősorban a kicsi elemszámból adódik. Ezen kívül elmondható, hogy az alkalmazott szekvenciákkal, a megfelelő program segítségével, egy jó felbontású és értékelhető T2* térképet kaptam.

MI ÁLLHAT A DERÉKFÁJDALOM HÁTTERÉBEN?

DR. SIMON GÁBOR¹ – DR. CSORBA ESZTER² – DR. FEHÉR MÁTÉ³ – DR. HORVÁTH GYULA⁴ – DR. GARBERA ISTVÁN⁵

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Csecsemő- és Gyermekosztály, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológiai Osztály, Kaposvár

³ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészeti Osztály, Kaposvár

⁴ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Radiológiai Osztály, Kaposvár

⁵ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

A derékfájdalom, mint tünet differenciáldiagnosztikailag nagy szereppel bír. Egyrészt az okok lehetnek a lágy részekben, a gerinc strukturális elemeiben, az idegekben, a gerincvelőben és annak burkaiban. Másrészt számos betegség kisugározhat erre a régióra, mint például ortopédiai betegségek, vesebetegségek, kismencedei és retroperitonealis térfoglaló folyamatok, valamint nőgyógyászati gyulladásos betegségek. A közel tizenegy éves gyermeket fél éve tartó és akutan fokozódó, jobb alsó végtagi talpig sugárzó fájdalom miatt vizsgáltuk. Korábban más intézményben ortopédus panaszai háttérében scoliosist és lumbagót, míg radiológus spina bifidát véleményezett. Fizikálisan vizsgálva Laseque-jel jobb oldalon 60 °-nál pozitív volt. Lumbosacralis átmenetben jobb oldalon kopogtatási érzékenység volt. Jobb oldalon S₁ hyperaesthesia volt észlelhető. Lumbalis gerinc MR-vizsgálaton protrusio medialis disci L_{IV-V}. került leírásra. Pontos diagnózis céljából célzottan L_V. csigolya CT-vizsgálata történt, amely a jobb oldali pediculusban osteoid osteomának megfelelő képet írt le. A leírt elváltozás idegsebészeti eltávolítása megtörtént, amely után teljesen tünet- és panaszmentessé vált. Szövetani vizsgálata benignus osteoid osteomát igazolt. A jóindulatú csontdaganatok 10–12%-át teszik ki. 4–25 éves kor között a leggyakoribb, nőknél gyakoribb. A hosszú csöves csontok a leginkább érintettek. Legjellemzőbb tünete az éjszakai fájdalom. Diagnózist legfőképpen a CT-vizsgálat ad. Kezelése műtéti.

STERILANYAG ELLÁTÁS – MINT A NOSOCOMIALIS INFEKCIÓK KOCKÁZATI TÉNYEZŐJE. A STERILIZÁLÁS MIKROBIOLÓGIAI HATÁSFOK VIZSGÁLATA KÓRHÁZUNKBAN

SIMON MÁRTA – DR. PAPP ERZSÉBET

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Higiéniai Osztály és Központi Sterilizáló, Kaposvár

Magyarország Európai Unióhoz történő 2004. évi csatlakozása a betegellátásban történő sterilizáló tevékenység végrehajtásában főleg ennek ellenőrzésében is jelentős változást hozott. Különösen megnövekedett ezen eljárások minőség-ellenőrzésre vonatkozó európai szabványok száma. A szabványok előírásai alapján egységes módszerek szerint történhet a sterilizálandó eszközök, műszerek, anyagok előkészítése, tisztítása, fertőtlenítése, csomagolásuk, sterilizálásuk, valamint a sterilizáló berendezések mikrobiológiai hatásfokának ellenőrzése, műszaki állapotuk felülvizsgálata.

Alapkövetelményként és szabályként kell rögzítenünk, hogy az invazív beavatkozáshoz csak az egyes szabványokban rögzített módon ellenőrzött, validált és dokumentált eljárásokkal előkészített és szabványos módszerekkel sterilizált eszköz, műszer, anyag alkalmazható. A betegellátásban a szakszerűen végrehajtott és szigorúan ellenőrzött sterilizáló tevékenység a nosocomialis fertőzések megelőzésének egyik legfontosabb területe. A fertőzések megelőzésének kulcsa és lehetősége- többek között steril eszközök, műszerek, anyagok alkalmazásával- egyértelműen az orvosok és az ápolószemélyzet kezében van!

VASTAGBÉL DIVERTICULITIS KEZELÉSI STRATÉGIÁJA OSZTÁLYUNKON

DR. SOMODI KRISZTIÁN – DR. CSULAK ESZTER – DR. FARKAS NORBERT – DR. OLÁH TIBOR

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Kaposvár

Bevezetés: Vastagbél diverticulitis esetében a diagnosztika fejlődése, az intervencionális radiológiai eljárások, valamint a gyógyszeres kezelés új lehetőségei lehetővé tették, hogy a betegség kezelésének módja konzervatív irányba tolódjon el.

Célkitűzés: Célul tűztük ki, hogy felmérjük az osztályunkon vastagbél diverticulitis diagnózissal kezelt betegeink ellátási stratégiáját, valamint elemezzük, hogy gyakorlatunk megfelel-e a modern kezelési elveknek.

Betegek és módszer: Vizsgálatunkat 2008. január 1. és 2013. szeptember 1. között végeztük, mely során 104 diverticulitis miatt kezelt beteg adatait retrospektív úton elemeztük.

Eredmények: A vizsgált betegeink átlag életkora 66 év (SD: 14,6) volt. Az egy vagy két diverticulitises attackon átesett, kielégítő általános állapotú betegeknél konzervatív terápia, illetve ezt követően elektív műtét mellett döntöttünk 41,3%-ban (43/104). 25 esetben (24%) önmagában a konzervatív terápia is elegendő volt. Az esetek harmadában (36/104, 34,6%) akut has, ileus tünetei miatt azonnali műtétet végeztünk. Vizsgálatunk során kezelési stratégiánkban szignifikáns különbséget tudtunk kimutatni az ellátás konzervatív irányba történő eltolódása tekintetében, míg 2008-ban 19%-ban (4/21), addig 2013-ban 54,5%-ban (12/22) történt konzervatív kezelés vagy konzervatív terápiát követő műtéti megoldás. A műtéti beavatkozások típusa is változást mutatott. Háromlépcsős műtétet osztályunkon nem alkalmaztunk. A betegeknél Hartmann szerinti reszekció 25, primer reszekció 8, sztómaképzés 29, drainage és lavage 17 esetben történt.

Következtetések: Beteganyagunkat áttekintve megállapítható, hogy a modern elveknek megfelelően az agresszív sebészi ellátás háttérbe szorult a szemi-konzervatív kezeléssel szemben. A primer laparoscopos ellátás ígéretes alternatívának bizonyult komplikált diverticulitisben. A profilaktikus reszekció kérdése továbbra sem egyértelmű, és indikációit inkább a késői szövődmények, mint striktura, fisztula stb. adják.

KORSZERŰ TARGET TERÁPIÁVAL KOMBINÁLT KEMOTERÁPIÁK – HOSSZAN TÚLÉLŐ BETEGEK JÓ ÉLETMINŐSÉGBEN, A DAGNAT MINT KRÓNIKUS BETEGSÉG

DR. SOMOGYINÉ DR. EZER ÉVA – DR. PÁLI KATALIN – DR. RUZSA ÁGNES

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Onkológiai Centrum, Kaposvár

A korszerű target terápiák bevezetése forradalmi változást hozott az onkológiában. A korábbi kemoterápiák cytotoxikus hatásuk révén minden osztódó sejtet károsítottak, legnagyobb mértékben ugyan a gyorsan osztódó daganatsejteket, de mintegy szőnyegbombázást végezve a szervezetben, ép sejteket is pusztítva, kifejezett mellékhatásokat okoztak. Sokszor a terápia alkalmazhatóságának a mellékhatások (csontvelő depresszió, mucostis) szabtak gátat. A daganatképződés, a daganat szaporodás és a metasztázis-képződés folyamatának megismerése után lehetőség nyílt arra, hogy olyan gyógyszereket fejlesszünk ki, melyek csak a daganatsejtekre hatva fejtik ki hatásukat. Így mellékhatás miatt nem, vagy csak ritkán kell egy hatékony kezelést megszakítanunk, ezeket a szereket akár éveig is kaphatják a betegek. A három leggyakoribb daganat, a tüdő, az emlő és a colorectalis daganatok esetében alkalmazható target terápiákat, az ezzel elért eredményeket és egy-egy esetet ismertet az előadás. Nem kissejtes tüdődaganat esetében négy törzskönyvezett, hazánkban is elérhető gyógyszer áll rendelkezésre. Avastin-VEGF (vascular endothelial growth factor) gátló, Tarceva-EGFR (epidermal growth factor receptor) gátló, Iressa-EGFR (epidermal growth factor receptor) gátló, Xalkori-ALK (anaplasztikus lymphoma kináz) receptor gátló. Colorectalis daganatok esetében szintén négy gyógyszer van törzskönyvezve, mely hazánkban is adható. Avastin-VEGF (vascular endothelial growth factor) gátló, Erbitux és Vectibix-EGFR (epidermal growth factor receptor) gátló, Stivarga – multitarget – VEGFR-kináz gátló. Emlődaganat esetében három készítmény áll rendelkezésünkre. Hercepti-HER2 receptor gátló, Tyverb – kettős HER2 és EGFR1 gátló, Avastin-VEGF (vascular endothelial growth factor) gátló. Az évtizedek óta alkalmazott hormonterápiát is a target terápiák előfutárának nevezhetjük. A target terápiák alkalmazása során új mellékhatásokkal kellett megismerkednünk. Ilyenek a rash, a hasmenés, a kéz-láb szindróma, a hipertónia. Ezek ellátásában sokszor támaszkodunk a társszakmákra. A target terápiák alkalmazásával az áttétes betegséget ugyan még mindig nem tudjuk meggyógyítani, de cél a minél hosszabb túlélés megfelelő életminőség mellett, mint más krónikus betegség, pl. a diabetes esetében.

SPONTÁN NASALIS LIQUORRHOEA RITKA LOKALIZÁCIÓJA

DR. SZABAD ÁRPÁD OLIVÉR¹ – DR. KOPA JÁNOS² – DR. SZÁSZ KRISZTINA³ – DR. IMRE LÁSZLÓ¹ – DR. SZENTÁGOTAI ATTILA¹ – DR. HORVÁTH ZOLTÁN¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészeti Osztály, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológiai Osztály, Kaposvár

³ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

A nem traumás eredetű liquorrhoea helyének pontos tisztázása még modern képalkotó eljárások birtokában is nehézségekbe ütközhet. Néhány éve röviddel egymást követően két beteg esetében sikerült igazolni a középső koponyagödör (az ékcsont nagy szárnya) medialis részén elhelyezkedő csontos fejlődési eltérést, melyeken keresztül előzetes trauma elszenvedése nélkül alakult ki agyvízszivárgás. Egyik betegünkönél más intézet különböző klinikáin részben elülső koponyagödri feltárást, részben transnasalisan szövetragasztót alkalmazva kísérelték meg a szivárgást megszüntetni. Ezek eredménytelenségét követően precíz neuroradiológiai vizsgálatok vetették fel a fenti lokalizációjú, a basist (a csontot és a durát egyaránt) érintő eltérés kóroktani szerepének lehetőségét. Frontotemporalis craniotomiás feltárásból mikrosebészeti technikát alkalmazva a nyílásokat a temporális izomból vett lemezt alkalmazva sikerült elzárunk. A néhány héttel később jelentkező második beteg gyógyítása során is ezt az eljárást alkalmaztuk.

A KÉZHIGIÉNE JELENTŐSÉGE A NOSOCOMIALIS FERTŐZÉSEK MEGELŐZÉSÉBEN

SZALAI MÓNika – DR. PAPP ERZSÉBET

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Higiéniai Osztály és Központi Sterilizáló, Kaposvár

A kézhigiéné az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésének egyik legfontosabb eszköze. Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések zöme kontakt módon terjed, azaz a beteget ellátó személyzet keze viszi át a kórokozókat egyik betegről a másikra. Bár a kézfertőtlenítés, mint a kórokozók és fertőzések megelőzésének módszere, Semmelweis munkásságának következtében a XIX. század óta ismert, mégsem sikerült az egészségügyi dolgozók kézhigiénés compliance-át 40–60% fölé emelni. A kézhigiénés compliance alacsony voltának okát számos tudományos vizsgálat kutatta, melynek eredményeként meghatározták, mely tényezők befolyásolják a kézhigiénés hajlandóságot. Ezek között első helyen szerepeltek: a kézhigiénés eszközök közvetlen elérhetőségének hiánya, valamint a kézhigiénére fordítandó idő hossza. Megállapították, ha csökken a kézhigiénére fordítandó idő, növelhető a kézhigiénés hajlandóság. A CDC és a WHO hosszú évek alatt kifejlesztette, tesztelte és tudományosan bizonyította a kézfertőtlenítés új, gyorsan végezhető módszerét, az alkoholos kézbedörzsölést, melynek alkalmazása egyszerű, biztonságos és főként gyors és melynek alkalmazásával bizonyítottan növekszik a kézfertőtlenítés compliance-ja. A külső környezettel közvetlenül érintkezésben kerülő bőrfelszínek közül a kéz bőre tekinthető a legszennyezettebbnek. A bőrfelületen megtelepedő mikroorganizmusok miatt a fertőzés terjedési mechanizmusában egyik legfontosabb közvetítő tényező a kéz. A megfelelő kézhigiéné alkalmazásával a nosocomialis fertőzések legalább 50%-a megelőzhető.

NYAKCSIGOLYATÖRÉSEL ÖSSZEFÜGGŐ A „NYELŐCSŐ NYAKI PERFORÁCIÓ”-JÁNAK KOMPLEX KEZELÉSE TETRAPLÉGIA MELLETT

DR. SZATMÁRI GERGELY¹ – DR. BALOGH GÁBOR SEN.¹ – DR. OLÁH TIBOR¹ – DR. VÖRÖS ATTILA² – DR. HELFFERICH FRIGYES³ – DR. NAGY MÁRTA⁴ – DR. PAVLOVICS GÁBOR⁵ – DR. SZENTÁGOTAI ATTILA⁶ – DR. HORVÁTH GYULA⁷

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Kaposvár

² Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Honvéd Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest

³ Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Honvéd Kórház, Fül-Orr-Gégészeti Osztály, Budapest

⁴ Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Honvéd Kórház, Központi Anaesthesiológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Budapest

⁵ Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Klinika, Pécs

⁶ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészeti Osztály, Kaposvár

⁷ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Radiológiai Osztály, Kaposvár

A szerzők húsz éves férfi beteg kórtörténetét ismertetik. 2010. 8. 23-án ittasan, sekély vizű medencébe ugrást követően azonnali harántlaesiót szenvedett a VI. nyakcsigolya CT-vel igazolt romtörése miatt, amely után a nyak instabilitása és végleges tetraplégia alakult ki. Az oesophagus magas nyaki perforációját (a perforáció a nyelvcső bemenet, a felső oesophagealis sphincter felett volt nyaki phlegmonét, meningitist, mediastinitist, pulmonalis infekciót, súlyos multimorbiditáson alapuló szepszist észleltek. Többször végzett idegsebészeti, sebészeti, mellkassebészeti, plasztikai sebészeti műtét segítségével, a folyamatos intenzív terápia, a nyaki sebének és sacralis decubitusának vakuum-kezelése, számos egészségügyi intézmény multidiszciplináris együttműködése révén sikerült számos súlyos sérülését eredményesen kezelni, és a szeptikus szövődményeket felszámolni. A fiatal sérült a megfelelő és folyamatos támogatással egyetemi tanulmányok folytatására vált alkalmassá a definitív tetraplégia mellett. A kórlefolyás arra mutat rá, hogy számos, súlyos sérülés, betegség, szövődmény együttes jelenlétekor a komplex kezelési stratégia megtervezése és megvalósítása csak a társszakmák szoros együttműködése révén valósulhat meg. Kiemelten nagy jelentőséget tulajdonítunk a hozzátartozók korrekt tájékoztatásának a beteg aktuális állapotáról, amely a kezelésben résztvevő szakmák képviselőinek konszenzusán alapul.

VERTEBROPLASTICA HELYE A GERINCTÖRÉSEK KEZELÉSÉBEN

DR. SZENTÁGOTAI ATTILA – DR. KISS ATTILA – DR. HORVÁTH ZOLTÁN

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészeti Osztály, Kaposvár

2006 óta végzünk vertebroplasticát osztályunkon. Porotikus eredetű csigolyakompressziók esetén alkalmazzuk a módszert. Előadásunkban összefoglaljuk a műtėti indikációkat, ismertetjük a műtét kivitelezését, beszélünk a lehetséges szövődményekről. 73 beteget kezeltünk ez idő alatt. Eredményeink a nemzetközi összehasonlításban is jónak mondhatók. Szeretnénk a továbbiakban is minél nagyobb számban alkalmazni a viszonylag gyorsan kivitelezhető minimál invazív, hatékony módszert.

PNEUMOCOCCUS OKOZTA MEGBETEGEDÉSEK, FELNŐTTKORI VAKCINÁCIÓ

DR. SZINKU ILONA – DR. PAPP ERZSÉBET

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Infektológiai Osztály, Kaposvár

A *Streptococcus pneumoniae* napjainkban is előkelő helyet foglal el a bakteriális pneumóniák kóroki tényezői között. Invazivitásának köszönhetően meningitist, szepszist is okozhat. Az invazív fertőzések 10%-a halállal végződik, főleg az idősebb betegeknél és krónikus betegségben szenvedőknél. A mortalitás az 1950-es évek óta szignifikánsan nem változott. A megelőzésre napjainkban is használt polysaccharid vakcinák korlátai ismertek, nem képesek immunmemóriát kialakítani és immunogenitásuk gyenge. 2011-től az ötven éven felüliek, 2013 januárjától a 6–17 évesek és ezen év júliusától a 18–50 évesek oltási javaslata is elkészült hazánkban a konjugált, fehérjéhez kötött vakcina (Prevenar13) előtérbe helyezésével. A vakcina hatékonyságát klinikai vizsgálatok igazolták hat hetes kortól a legidősebb korosztályig.

JAVUL-E A CIRRHOSIS A HEPATITIS C-VÍRUS FERTŐZÉS ERADIKÁLÁSÁVAL?

DR. SZINKU ZSOLT¹ – DR. ABONYI MARGIT²

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

² Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Számos irodalmi adat utal krónikus C-vírus hepatitis esetén a tartós virológiai válasz elérésekor a máj biokémiai markereinek, fibrosis stádiumának javulására, a cirrhosis gyakori regressziójára. A szerzők egy gócos jellegű májbetegség miatt kezdetben onkológiai vizsgálatokon átesett, majd ezt követően felismert krónikus C-vírus hepatitises beteg esetét kívánják bemutatni, aki malignitás kizárását követően antivirális kezelésben részesült. A kezdetben alkalmazott kettős – pegylált-interferon és ribavirin – kezelés sikertelen marad, de hármas – telaprevirrel kiegészített – terápiára vírusmentessé vált és gócos jellegű – steatosis okozta – májbetegsége és fibrosis stádiuma is jelentősen javult. Az esetismertetéssel – melyet nemzetközi és magyar irodalmi adatok ismertetésével is kiegészíteni kívánnak – alapvetően sikeres HCV-terápia okozta máj morfológiai eltérések javulására kívánják felhívni a figyelmet.

RENDKÍVÜL RITKA KOPONYAALAPI DAGANAT (ESETBEMUTATÁS)

DR. SZÖKŐCS ANDRÁS¹ – DR. HUSZÁR PÉTER¹ – DR. VAJDA ZSOLT² – DR. VISKI ANNA³ – DR. HORTOBÁGYI TIBOR⁴ – DR. HORVÁTH ZOLTÁN¹

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Idegsebészeti Osztály, Kaposvár

² Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

³ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Patológiai Osztály, Kaposvár

⁴ Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Patológiai Intézet, Neuropathológiai Tanszék, Debrecen

A koponyaalapi daganatok közül a meningeomákon, Schwannomákon kívül főként chordomák, chondromák, metastasisok fordulnak elő. Lokalizációjukat, minőségüket az esetek jelentős részében már képalkotó vizsgálatok tisztázhatják, máskor a részleges szövettani vizsgálat bizonyítja természetüket. Egy 37 éves fiatalembert egy hónapja tartó bal oldali fülfájdalom, arcidegbénulás, később kettős-látás, hányinger, szédülés miatt vizsgálva bal oldali subtemporalis, zömében extraduralis tumort igazoltunk, melyet craniotomiás feltárásból, mikrosebészeti technikát alkalmazva subtotalisan eltávolítottunk, noha a daganat rendkívül vérbőnek bizonyult. Panaszai, tünetei jelentősen mérséklődtek. A részletes szövettani vizsgálat kézhezvételéig hallása tovább romlott, ellenőrző vizsgálata a rövid idő alatt is megdőbbentő mértékű tumor növekedést bizonyított. A tumor szövettanilag PNET/Ewing sarcoma lehetőségét vetette fel. Oncoteam cytoreduktiót követően kombinált kemo-irradiációt javasolt. Esetismertetésünkkel szeretnénk felhívni a figyelmet erre a szerencsére igen ritkán előforduló daganatra.

TROMBOTIKUS TROMBOCITOPÉNIÁS PURPURA MIATT GONDOZOTT BETEG SIKERESEN KIHORDOTT TERHESSÉGE

DR. TORMÁSI IMRE¹ – DR. SZILÁGYI ANDRÁS¹ – DR. KARÁDI ÉVA² – DR. KOLLÁR BALÁZS² – DR. ALIZADEH, HUSSEIN² – DR. RAJNICS PÉTER² – DR. EGYED MIKLÓS²

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

² Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Hematológiai Osztály, Kaposvár

A trombotikus trombocitopeniás purpura (TTP) egy ritka, súlyos, gyakran életet veszélyeztető betegség, amelyet mikroangiopátiás hemolitikus anémia, trombocitopénia, megváltozott mentális állapot, láz, és veserendellenességek jellemezhetnek. A betegség nemtől függetlenül, bármely életkorban jelentkezhet, de a szülőképes korú nők gyakrabban érintettek, a terhesség pedig az egyik leggyakoribb kiváltó ok. A terhességgel kapcsolatos TTP magas magzati és anyai mortalitással jár, de a korai diagnózisnak és terápiának köszönhetően prognózisa sokat javult. A fiatal nőbetegnél 2010 márciusában MAHA-TTP-t diagnosztizáltak. Laboratóriumi vizsgálat alapján súlyos ADAMTS13 hiány igazolódott, egyéb thrombophilia szűrési vizsgálatok negatívnak bizonyultak. Több alkalommal végzett plazmaferezist követően állapota stabilizálódott és azóta hematológiai osztály gondozása alatt állt. 2014 márciusában,

26 hetes gravidaként, TTP relapszusa miatt került felvételre a Hematológiai Osztályra. Hét plazmaferezist követően laboratóriumi paraméterei normalizálódtak, általános állapota javult. 2014. április 23-án anyai és magzati érdekből szülésindukció és császármetszés történt szövődmenymentesen. A szülés után kialakult újabb TTP-relapszus miatt ismét öt alkalommal plazmaferezis történt, majd 2014 májusában fokozódó thrombocytopenia miatt ismételt öt alkalommal, júniusban hat alkalommal plazmaferezis volt szükséges, amelyet követően thrombocitaszáma normalizálódott. Tekintettel az igen sűrűn jelentkező TTP-s relapszusokra, egy alkalommal 100 mg rituximab terápiát kapott, szövődmeny nem jelentkezett. Magzati szövődmeny nem lépett fel, mindketten jó általános állapotban hagyták el a kórházat.

A CT-, MR-KÉPALKOTÁS SZEREPE AZ AKUT KARDIOLÓGIA ELLÁTÁS SORÁN KÖVETENDŐ DÖNTÉSHOZATALBAN

DR. TÓTH LEVENTE^{1,2}

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Osztály, Kaposvár

² Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

A modern képalkotó eljárások (CT, MR) egyre nagyobb szerepet kapnak a kardiológia ellátásban is. Erre az ad lehetőséget, hogy a kardiológiai opciókkal rendelkező gépek és a szakemberek száma Európában és evvel együtt – szerencsés módon – Magyarországon is növekszik. Az akut infarktus ellátása az elmúlt időben jól szervezetten, országos szinten került megszervezésre Magyarországon. A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban is működik – 24 ellátást nyújtó – haemodinamikai laboratórium, mely döntően Somogy megye lakosságának elektív és akut ellátását biztosítja. Az akut kardiológiai kórképek egy része azonban nem koronariaelzáródás következtében alakul ki, azonban mind a tünetek mind az EKG és laboreredmények azt utánozhatják. Más esetekben a klinikai kép felvetheti a koronariabetegség gyanúját, de az akut szívkatéteres vizsgálat nem indikált. Előadásomban a szív CT- és MR-vizsgálat lehetőségeit és a kezelést befolyásoló szerepét mutatom be a Somogy megyei kardiológiai ellátás viszonyainak megfelelően.

AZ ISCHÉMIÁS STROKE DIAGNÓZISÁNAK, PREVENCIÓJÁNAK ÉS AKUT SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁSÁNAK AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

DR. VAJDA ZSOLT^{1,2} – DR. NAGY FERENC³

¹ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurovaszkuláris Intervenciós Egység, Kaposvár

² Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

³ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológiai Osztály, Kaposvár

Bevezetés: Az ischémiás stroke a tartós rokkantság kialakulásának vezető oka, óriási terhet róva az egyénre, családra, társadalomra és az egészségügyi ellátórendszerre. A betegség természetéből adódóan nagyon rövid idő áll rendelkezésre a sikeres kezeléshez, így az időbeni felismerés, a gyors kórházba juttatás, a pontos diagnosztika, a

jól szervezett akut ellátás, valamint a hatékony korai és késői rehabilitáció mind nagyon fontos láncszemei a klinikailag eredményes kezelésnek. Másfelől a hatékonyan szervezett prevenció, a rendszeres szűrővizsgálatok, a nyaki és koponyán belüli erek szűkületeinek időben történő és pontos képalkotó diagnosztikája és az ennek alapján megfelelően megválasztott és időben elvégzett sebészi vagy intervenciós neuroradiológiai kezelés szintén fontos eleme a stroke elleni küzdelemnek.

Módszer: Előadásunkban a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban és a Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrumában az ischémiás stroke prevenciójában és akut kezelésében alkalmazott vizsgálatokról, eljárásokról, szervezeti kérdésekről és azok eredményeiről számolunk be. Az akut stroke kezelésében jelenleg a leghatékonyabbnak tartott trombolízis mellett folyamatosan bővülnek ismereteink az endovaszkuláris thrombektómia, valamint az extra és intracranialis artériákon végzett értágítás és stentbeültetés klinikai hatásosságáról. A kidolgozott ellátási protokollok, az ellátásban résztvevő társszakmák team-munkája és a folyamatosan elérhető neuroradiológiai és neurovaszkuláris képalkotás elengedhetetlenek a stroke sikeres kezeléséhez és prevenciójához. A thrombembóliás intracranialis érelzáródások endovaszkuláris rekanalizációja, a stroke-ért felelős szignifikáns nagyérszűkület sebészi, illetve endovaszkuláris megoldása, a tünetképző, gyógyszeres kezelésre nem reagáló szignifikáns intracranialis szűkületek akut vagy elektív tágítása, a tüneteket okozó, gyógyszeresen nem kezelhető artériás disszekciók ellátása mind-mind választható terápiás lehetőség, melyek jelentősen javítják a stroke betegség klinikai kimenetelét.

Eredmények, következtetések: Az akut endovaszkuláris stroke ellátás és endovaszkuláris stroke prevenció megszervezése során felmerülő szervezési kérdések, diagnosztikus és terápiás dilemmák kerülnek ismertetésre különös tekintettel a neuroradiológiai vizsgálatok szerepére, ütemezésére és minőségére. Eseteken keresztül mutatjuk be a modern noninvazív neurovaszkuláris képalkotás szerepét a betegszelekcióban és a terápiás terv kidolgozásában.

A RADIOGRÁFUS SZEREPE AZ FMRI SORÁN

VANDULEK CSABA¹ – BIRÓ GERGELY¹ – FENYVESI JÓZSEFNÉ¹ – TAKÁCS ALÍZ¹ – GÁL ESZTER¹ – DR. KOVÁCS ÁRPÁD^{1,2} – DR. REPA IMRE¹

¹ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

² Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Kaposvári Képzési Központ, Képpalkotó Diagnosztikai Tanszék, Kaposvár

Bevezetés: A funkcionális mágneses rezonancia képalkotás az MR-képalkotás egy specializált területe, amely az idegi aktivitással összefüggésben lévő hemodinamikus választ méri az emberek agyában. Előnye, hogy noninvazív, nem használ radioaktivitást, valamint viszonylag széleskörűen hasznosítható. A vizsgálatok minőségét nagyban befolyásolja az alkalmazott eszközök és a radiográfusok szakmai felkészültsége.

Célkritizálás: Előadásunkban a funkcionális MR-képalkotásban betöltött radiográfusi szerepkört – és annak fontosságát – ismertetjük.

Anyag és módszer: Intézményünkknél beszerzésre került egy fMRI hardver-szoftver rendszer (NordicNeuroLab), melynek tesztelése és optimalizálása radiográfusi feladat volt. Az ingerek közvetítése és a vizsgálati alannal való kommunikáláshoz alkalmazott

hardver: Visual sytem, Audio system, Response Grip, SyncBox. A vizsgálati protokoll, mérések és stimulusok vezérlése a nordicAktiva programmal történik. Az fMRI-vizsgálatok kiértékelése a nordicICE programmal történik. Az fMRI-vizsgálatok kivitelezése egy 1,5 T Siemens Avanto berendezésen történik. Többféle alap paradigma került tesztelésre önkénteseken, majd optimalizálva a radiográfusok által. A rutin munkák elvégzése mellett a radiográfusok feladata az önkéntesek előzetes tájékoztatása, feladatok begyakoroltatása, az fMRI közben a vizsgálati alannal való kapcsolattartás, stimulusok vezénylése, valamint az elkészült vizsgálatok post processzálása.

Eredmények: Az új fMRI technológia beüzemelését követően célzott belső továbbképzést tartottunk az fMRI-ben részt vevő radiográfusok és radiográfus egyetemi hallgatók számára. Az fMRI-protokollok és technikák optimalizálása 18 önkéntesen történt hat paradigmán keresztül. Ezen vizsgálatok során a radiográfusok megfelelő rutint szereztek, hogy alap klinikai fMRI-vizsgálatokat önállóan is végezhesenek.

Következtetések: Az elmúlt egy év tapasztalatai igazolják, hogy egy jól felkészült és összeszokott radiográfusi csapat nagyban hozzájárul az fMRI-vizsgálatok sikeréhez. Kezdeti eredményeink azt mutatják, hogy az önkénteseken történt vizsgálatok során szerzett tapasztalatok alapján a radiográfusok önállóan tudnak végezni alap klinikai fMRI vizsgálatokat.

A PULMONÁLIS EMBÓLIÁK ELLÁTÁSI STRATÉGIÁJA A SOMOGY MEGYEI KAPOSI MÓR OKTATÓ KÓRHÁZ SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ CENTRUMÁBAN A PEITHO STUDY TÜKRÉBEN

DR. VÁRNAI LILLA – DR. NÉMETH ZSUZSANNA – DR. MOLNÁR ADRIENN – DR. SZVITÁN GÁBOR – DR. BALOGH ORSOLYA – DR. VARGA CSABA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Sürgősségi Betegellátó Centrum, Kaposvár

Bevezetés: Az egyre növekvő előfordulású pulmonalis embolia klinikai megjelenése széles skálán mozog az enyhe tünetektől egészen a kardiogén shockig. A masszív tüdőembóliások ellátási stratégiájában a thrombolysis kezelés széles körben elfogadott eljárás. A haemodinamikailag stabil, alacsony mortalitású tüdőembóliás betegek ellátásának az alappilléret az antikoaguláns terápia képezi. A két végpont között viszont felmerül a kérdés, hogy mikortól kezdjük meg a vérzéses szövődeményeket is magában rejtő thrombolyticus terápiát. A PEITHO-tanulmány ezt a szubmasszív tüdőembóliás betegcsoportot tette nagyító alá, mely értelmében a radiológiailag igazolt, jobb kamra diszfunkcióval és myocardialis érintettséggel rendelkező 75 év alatti tüdőembóliás betegcsoport thrombolyticus kezelése javallott a standard heparin kezeléssel szemben.

Célkitűzés: A PEITHO-study tükrében a thrombolyticus kezelési szokásaink felmérése és az adatok statisztikai elemzése a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban (KMOK).

Betegek és módszer: A KMOK-ban 2013. január 1. és 2014. június 30. között ellátott tüdőembóliások retrospektív vizsgálata életkor, nem, pulmonalis embolia típusa, panaszok kezdete, korábbi antikoaguláns terápia megléte/hiánya és az ezen betegcsoportban alkalmazott thrombolyticus kezelések számának aránya a PEITHO study tükrében.

Eredmények: 2013. január és 2013. december között 72 tüdőembóliás beteget láttunk el, melyek között 7 részesült thrombolytikus kezelésben; míg 2014. január és 2014. június között 37 tüdőembóliás betegből 7-nél alkalmaztunk thrombolytikus terápiát. Az eredmények alapján a PEITHO-study tükrében a KMOK-ban az elmúlt 1,5 évben növekvő előfordulását tüdőembóliások thrombolytikus kezelésének az aránya nagymértékben emelkedett, a kezelések megoszlása megfelelő, mindemellett a szövődmények száma minimálisra tehető.

Következtetések: A tüdőembóliás betegek számára a thrombolytikus terápia spektruma kiszélesedett. Amennyiben a thrombolytikus kezelés alkalmazásakor a kizárási kritériumokat maradéktalanul és pontosan betartjuk – így a ritkán előforduló szövődményeket a minimalisra csökkentjük –, az érintett szubmasszív tüdőembóliás betegcsoport számára a standard heparin kezeléssel szemben jelentős előnyt tudunk biztosítani.

A DAGANATOS MEGBETEGEDÉSEK KORAI FELISMERÉS ÉS JELENTŐSÉGE

DR. VÖLGYI ZOLTÁN – DR. KOLONICS ZSUZSANNA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Centrum, Kaposvár

Bevezetés: a daganatos megbetegedés korai felismerése az egyén vonatkozásában a gyógyulás esélyét javítja, populációs szinten a halálozás jelentős csökkenését eredményezi. Még eredményesebb kezelési lehetőségeket biztosít a daganatmegelőző állapotok diagnosztizálása. Mindezeket célozzák a kampányszerű szűrések és a népegészségügyi jelentőségű nemzeti szűrőprogramok.

Célkitűzés: előadásomban a szűrési lehetőségek áttekintése után egyes daganatok vonatkozásában a korai és az előrehaladott megbetegedés kezelési lehetőségeinek függvényében a gyógyulási esélyek bemutatását tűztem ki célul.

Betegek és módszer: A daganatos betegségek lefolyásának eltérő dinamikája egyes megbetegedéseknél megengedi a terápia megkezdésének késlekedését, más daganatok esetében elengedhetetlen a gyors diagnózist és stádium-meghatározást követő mielőbbi terápiás beavatkozás. A diagnosztikus és terápiás lehetőségeket figyelembe véve áttekintjük, hogy a bél-, az emlő- és a tüdődaganatok, valamint a vese-, a prosztaták és a melanoma esetében milyen hatása van a betegség kimenetelére az ellátás időbeli vonatkozásainak.

Következtetések: néhány daganattípus esetében nem jelent hátrányt a betegnek az időben elhúzódozó, többféle diagnosztikai módszert alkalmazó, ugyanakkor pontos diagnózist biztosító, alapos kivizsgálás, a legtöbb daganatos megbetegedésnél azonban a gyógyulás lehetősége múlik a gyors kivizsgálást követő mielőbbi terápiás beavatkozáson.

KOMPUTERTOMOGRAFÍÁS KÉPALKOTÁS A PALEORADIOLÓGIÁBAN

DR. ZÁDORI PÉTER¹ – DR. BAJZIK GÁBOR¹ – DR. HAJDU TAMÁS² – DR. MOLNÁR ERIKA³ – DR. LELOVICS ZSUZSANNA⁴ – BIRÓ GERGELY¹ – VANDULEK CSABA¹ – DR. REPA IMRE¹

¹ Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

² Eötvös Loránd Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Embertani Tanszék, Budapest

³ Szegedi Tudományegyetem, Természettudományi és Informatikai Kar, Embertani Tanszék, Szeged

⁴ Kaposvári Egyetem, Kaposvár

A radiológia nemcsak a hagyományos medicina területein, hanem a régmúlt korok emberi maradványaival foglalkozó történeti antropológiában, valamint a kóros maradványokkal foglalkozó paleopatológiában is nagy haszonnal alkalmazható. A paleoradiológia a történeti embertan, a paleopatológia és a radiológia találkozásának eredménye. A paleoradiológiai vizsgálatoknak nagy szerepük van a kutatásban, hiszen a röntgensugár segítségével a testbe és a csontszerkezetbe láthatunk anélkül, hogy a leleten bármiféle roncsolást okoznánk. A paleoradiológia és a múmiakutatás már több mint száz éves múltra tekint vissza, mégsem rendelkezik – nemzetközi tekintetben – egységes módszertannal. Az 1970-es évek elején Godfrey Newbold Hounsfield jóvoltából megjelent a komputertomográfia, azóta a CT-t az antropológia területén is szívesen alkalmazzák, bár az első múmián végzett CT-vizsgálat Torontóban (Nakth egyiptomi múmia agyának maradványain) sikertelen volt 1975-ben. A radiológiai készülékek rohamos fejlődésével viszont már egyre többször – és immár sikerrel – vették igénybe az új technika lehetőségeit a régészeti kutatásoknál. A hazai múmiakutatás interdiszciplináris szellemben zajlik, ennek keretében a Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrumának (KE-EC) munkatársai immár másfél évtizede végzik vizsgálatssorozataikat, jelenleg az Eötvös Loránd Tudományegyetem Természettudományi Karának Embertani Tanszéke, a Szegedi Tudományegyetem Természettudományi és Informatikai Karának Embertani Tanszéke és a Magyar Természettudományi Múzeum munkatársaival együttműködve. Így nem „csupán” a biológiai maradványok a vizsgálat tárgyai, hanem maga az ember, és rajta keresztül annak kora, közössége, szokásai, életkilátásai, mindennapjai (hagyományok, hit stb.) is. Ennek szellemében készülnek szerzők vizsgálatai, melyben a KE-EC munkatársainak célkitűzései elsősorban a paleoradiológia módszereinek pontosítása, továbbá a számos régészeti humán maradvány kóros elváltozásainak képalkotó diagnosztikája szerepel. A kutatások lebonyolítása komoly szervezést és előmunkálatokat követelnek meg, maguk a vizsgálatok noninvazív, roncsolásmentes technikai eszközökkel (multislice CT-berendezéssel, Siemens, Erlangen, Németország) történtek. Csontablakos vékonyszeletes mérések készülnek (0,4–1,0 mm szeletvastagsággal), majd az axiális felvételek alapján multiplanar (MPR) és háromdimenziós volume rendering technique (3D-VRT) rekonstrukciók készülnek a jobb megjeleníthetőség érdekében.

COLLATAMP EG ALKALMAZÁSA SZEPTIKUS SEBEK KEZELÉSÉBEN**DR. ZSIGÓ ISTVÁN – DR. BÖRZSEI LÁSZLÓ ZOLTÁN**

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Baleseti Sebészeti Osztály, Kaposvár

A jelen előadás célja az osztályunkon kezelt szeptikus betegeknél alkalmazott Collatamp EG hatásainak elemzése, a kialakult lágyrész- és összeális infekciók kezelésében történt előrelépések bemutatása. Számos más hatóanyag-kombinált termékek – pl. gyógyszeres sztentek, antibiotikum hordozó csontcementek, PMMA – a lokális kezelések jól bevált módszerei a fertőzések helyileg történő leküzdésére. A Collatamp egy liofilizált kollagén implantátum, mely aminoglikozid antibiotikummal, gentamicinnel van átitatva. A Collatamp gentamicin-szulfátot tartalmaz, egy lokálisan effektív dózisban adagolva ($2,0 \text{ mg/cm}^2$). A termék kapható a szarvasmarha kollagén (Collatamp G) vagy a ló kollagén (Collatamp EG) formájában. Indikációk között említhetjük a különböző eredetű oszteomielitiszeket, fertőzött ízületek, lágyrészek szeptikus folyamatait. Felhasználási körében a traumatológiai, ortopédiai, hasi és mellkassebészeti beavatkozások is szerepelnek. Csakúgy, mint a műtési terület fertőződésének megelőzésére, a Collatamp EG-t széles körben használják a meglévő fertőzések kezelésére. A kollagén mátrix felgyorsítja a hemosztázist és így a sebgyógyulást. A gentamicin a kollagén mátrix diffúziója és természetes enzimatis bontásának kombinációjával szabadul fel. Ezek a folyamatok biztosítják a hatóanyag gyors és elhúzódó felszabadulását egyaránt, mely folyamatok matematikailag modellezhetőek. Mivel a gentamicin egyenletesen oszlik el az egész kollagén szivacsban, biztosak lehetünk a megfelelő gentamicin koncentrációban, függetlenül a Collatamp EG felhasználási módjától. A mátrix önmagában teljesen felszívódik, 1–7 héten belül, a befogadó közegtől függően (azaz, jól vascularizált zárt területek illetve üregek esetében másként). A kollagén egy természetes biokompatibilis anyag, bizonyított sebgyógyító és vérzéscsillapító tulajdonságokkal. A kollagén mátrix Collatamp EG felgyorsítja a hemosztázist és így a sebgyógyulást. Legnagyobb előnye, hogy más antibiotikum hordozóhoz képest gyorsan és teljesen felszívódik, ezért nem szükséges eltávolítani azt.

Névmutató

ABONYI MARGIT DR.	74	FRANK NÓRA DR.	25
ÁDÁM ILDIKÓ DR.	25	FRIDRIK GÁBOR DR.	25, 26, 38
ALIZADEH, HUSSAIN DR. ...	36, 48, 65, 75	GÁL ESZTER	39, 77
ANTAL GERGELY	50, 61	GARBERA ISTVÁN DR.	29, 40, 69
ARADI MIHÁLY DR.	39	GÁRDONYI ESZTER	40
BÁBICZKY ÁGNES DR.	25, 26, 38	GERGELY MIHÁLY DR.	28
BAJZIK GÁBOR DR. 39, 40, 46, 48, 50, 51, 68, 80		GILINCSEK LAJOS DR.	50
BAKOS BERNADETT	27, 40	GLAVÁK CSABA	56, 61
BALOGH GÁBOR DR. JUN.	28	GYEVNÁR ZSUZSANNA DR.	31
BALOGH GÁBOR DR. SEN.	29, 73	GYÖRFI RITA	41
BALOGH ORSOLYA DR.	78	HADIJEV, JANAKI DR.	40, 47, 50, 56, 61
BATTYÁNI ZITA DR.	30, 37	HAJDU TAMÁS DR.	80
BÉRES ANDRÁS DR.	30	HALMOS FERENC DR.	28
BERNÁCZKI JÚLIA	37	HALMOS ZSUZSANNA DR.	42
BIRÓ GERGELY	31, 68, 77, 80	HARAGH ATTILA DR.	54
BOGNER PÉTER DR.	48	HECKEL KATALIN DR.	43, 67
BOLLÓK SÁNDOR DR.	31	HELFFERICH FRIGYES DR.	73
BOLLÓK SÁNDOR JUN.	31	HERKE LÁSZLÓ DR.	29
BÖRZSEI LÁSZLÓ ZOLTÁN DR.	81	HORTOBÁGYI TIBOR DR.	75
BŐZSÖNYNÉ SALAMON EDINA	32, 66	HORVÁTH ANITA	43
CSELIK ZSOLT DR.	47, 61	HORVÁTH GYULA DR.	33, 52, 69, 73
CERNÉ SEBŐK RENÁTA	33	HORVÁTH ISTVÁNNÉ	44
CSORBA ESZTER DR.	69	HORVÁTH LÁSZLÓ DR.	38
CSULAK ESZTER DR.	33, 70	HORVÁTH SZILVIA	45
DEÁK LÁSZLÓ DR.	35	HORVÁTH ZOLTÁN DR. 38, 45, 46, 72, 73, 75	
DEÁK VERONIKA DR.	34	HRTIZ ISTVÁN DR.	28
DEZSŐ ENIKŐ DR.	34, 35	HUDÁK ISTVÁN DR.	45
DOMBÓVÁRINÉ BÖHM ERZSÉBET	36	HUNYADY BÉLA DR.	52, 54
DÓZSA CSABA DR.	57	HUSZÁR PÉTER DR.	45, 75
EGYED MIKLÓS DR.	36, 48, 65, 75	IMRE LÁSZLÓ DR.	45, 46, 72
EGYHÁZI ZSOLT DR.	43, 67	JAFFER, SHATARA SAEED DR.	43, 67
ERDÉLYINÉ FARKAS KATALIN	32	JANKOVICS ZOLTÁN	45
FÁBOS BEÁTA DR.	37	JENEI TIBOR DR.	46, 58
FARKAS ANDREA	40, 47, 56, 61	JÓZSA ÁGNES	47
FARKAS NORBERT DR.	33, 70	KAKÁNY ÉVA	48
FAZEKAS NELLI	37	KARÁDI ÉVA DR.	36, 48, 65, 75
FEHÉR MÁTÉ DR.	38, 69	KARDOS ERIKA DR.	62
FENYVESI JÓZSEFNÉ	77	KELLÉNYI LÓRÁND DR.	62
FERENCZY ÉVA DR.	34	KERKOVITS GÁBOR DR.	49, 62
FLISZÁR VILMOS	31	KERTÉSZ ZSUZSANNA DR.	48

KISS ATTILA DR.....	73	PINTÉR KITTI DR.	28
KISSNÉ SPÁNTLER MÁRTA	45	PUSKÁS ATTILA DR.....	29
KOLLÁR BALÁZS DR.....	36, 48, 65, 75	RADNAI PÉTER DR.	64
KOLONICS ZSUZSANNA DR.	79	RAJNICS PÉTER DR.....	36, 48, 65, 75
KOPA JÁNOS DR.....	46, 72	RÁKÁSZ ISTVÁN DR.	46, 65
KOVÁCS ÁRPÁD DR. ...	40, 44, 47, 50, 56, 61, 77	RÉNYI-VAMOS FERENC DR.	55
KOVÁCS DÁNIEL	31, 51	REPA IMRE DR..	27, 30, 31, 39, 40, 47, 48, 50, 51, 56, 61, 68, 77, 80
KOVÁCS ERIK DR.....	51, 62	REPA KRISZTINA.....	27
KOVÁCS ESZTER DR.	55	RUNÁNÉ TÓTH KATALIN	60
KOVÁCS ZOLTÁN DR.	52	RUZSA ÁGNES DR. 44, 50, 52, 53, 60, 66, 71	
LÁTRÁNYI BALÁZS DR.....	52	SÁVOLT ÁKOS DR.	55
LAUFER CSILLA DR.....	43, 67	SEBŐKNÉ VENCZLER TÜNDE	66
LELOVICS ZSUZSANNA DR.	40, 80	SILLINGER RENÁTA	68
LENGYEL ZSOLT DR.....	28	SIMON GÁBOR DR.	69
LUKÁCS GÁBOR DR.	52, 53	SIMON MÁRTA.....	69
MADÁCSY LÁSZLÓ DR.....	28	SOMODI KRISZTIÁN DR.	33, 52, 70
MAGYAROSI DEBORA DR.....	54	SOMOGYINÉ DR. EZER ÉVA DR.	44, 50, 71
MAKARA MIHÁLY DR.	54	SZABAD ÁRPÁD OLIVÉR DR.	38, 72
MÁNFAI ZOLTÁN DR.....	46	SZALAI MÓNICA	72
MÁTISNÉ KOVÁCS KATALIN	25	SZÁSZ KRISZTINA DR.....	72
MÁTRAI TAMÁS DR.	55	SZATMÁRI GERGELY DR.	73
MÁTRAI ZOLTÁN DR.....	55	SZENTÁGOTAI ATTILA DR.	72, 73
MIHÁLY EMESE DR.....	28	SZEPES ATTILA DR.	33
MIOVECZ ÁDÁM.....	56	SZILÁGYI ANDRÁS DR.....	62, 75
MOISZ MARIANN DR.....	57	SZINKU ILONA DR.	74
MOLNÁR ADRIENN DR.....	78	SZINKU ZSOLT DR.....	52, 54, 74
MOLNÁR ERIKA DR.....	80	SZÖKŐCS ANDRÁS DR.....	38, 75
NAGY ABONYI ZOLTÁN.....	46, 58	SZÖRÉNYINÉ VÁNYI GABRIELLA	57
NAGY FERENC DR.....	48, 64, 76	SZÓTS MÓNICA DR.....	38
NAGY GYÖNGYI DR.....	39	SZVITÁN GÁBOR DR.....	78
NAGY MÁRTA DR.	73	TAKÁCS ALÍZ.....	77
NÉMETH ZSUZSANNA DR.	78	TAKÁCS JOHANNA	31
NÉTLING IBOLYA.....	59	TOLLER GÁBOR DR.	47, 61
OLÁH TIBOR DR.....	33, 70, 73	TORMÁSI IMRE DR.	75
PÁLI KATALIN DR.....	60, 71	TÓTH LEVENTE DR.....	27, 48, 76
PÁLKUTI ANITA.....	60	TÓTH TIBOR DR.	29
PÁLL JÁNOS.....	61	TULASSAY ZSOLT DR.....	28
PAP TIHAMÉR DR.....	62	UDVARHELYI NÓRA DR.	55
PAPP ELŐD DR.	62	ÚJHELYI ESZTER DR.....	54
PAPP ERZSÉBET DR.....	60, 69, 72, 74	ÚJHELYI MIHÁLY DR.	55
PAVLOVICS GÁBOR DR.	73	VAJDA ZSOLT DR.....	40, 45, 64, 75, 76
PERLAKI GÁBOR.....	56	VALLYON MÁRTA DR.	47
PÉTERFI ISTVÁN DR.	62		
PETI MIHÁLY ATTILA DR.....	45, 63		

VANDULEK CSABA 27, 31, 39, 40, 47, 48, 50, 51, 56, 61, 68, 77, 80	VISKI ANNA DR.....43, 67, 75
VARGA CSABA DR.78	VÖLGYI ZOLTÁN DR.79
VARGA MÁRTA DR.54	VÖRÖS ATTILA DR.73
VÁRNAI LILLA DR.....78	WILHELM FERENC DR.46
VERESS GÁBOR DR.43, 67	ZÁDORI PÉTER DR.....50, 80
VINCZE KÁROLY DR.29	ZILAHÍ LÍVIA DR.34
	ZSIGÓ ISTVÁN DR.....81