



**A Kaposi Mór Oktató Kórház által szervezett  
akkreditált továbbképzések programjai és  
válogatott összefoglalói**

2011

Kaposvár  
2011

Pharoszfüzetek

2.

---

**A Kaposi Mór Oktató Kórház által szervezett  
akkreditált továbbképzések programjai és válogatott összefoglalói, 2011**

Kaposvár  
Kaposi Mór Oktató Kórház  
2011

A kötetet szerkesztette  
DEÉ KITTÍ és  
LELOVICS ZSUZSANNA

Kiadja a Kaposi Mór Oktató Kórház  
Kaposvár

Felelős kiadó  
REPA IMRE  
főigazgató

ISBN 978 963 87916 3 4

ISSN 2062 7416

Lezárva: 2011. december 15.

## Tartalom

<b>A Kaposi Mór Oktató Kórház által 2011-ben szervezett továbbképzések programjai</b> .....	7
Gyermekneurológia programsorozat, 1. ....	9
Élettani paraméterek és szervfunkciók monitorozása.....	10
Szédülések diagnosztikája és kezelése.....	11
Gyermekneurológia programsorozat, 2. ....	13
Kardiológiai képalkotás a klinikum tükrében.....	14
Gyermekneurológia programsorozat, 3. ....	15
Az ekcémák klinikai formái és terápiás lehetőségei .....	16
„Az élet sztómával” .....	17
Gyermekneurológia programsorozat, 4. ....	18
Ápolók Nemzetközi Napja.....	19
Onkológiai aktualitások a háziorvosok szemszögéből .....	20
A ritmuszavarok korszerű szemlélete és kezelése.....	21
Zavart és demens betegek észlelése kórházban és otthon.....	22
A sebészet aktuális kérdései a családorvos szemszögéből .....	23
Hypertonia és COPD.....	24
A multimodális fájdalomcsillapítás .....	25
Aktuális kérdések a szülészet-nőgyógyászatban.....	26
A boka és láb felnőttkori ortopédiai rendellenességei .....	27
Aktuális kérdések az urológiában.....	28
Ulcus cruris és kezelése.....	29
Vállbetegségek diagnosztikája és kezelése.....	30
A gyermekortopédia aktualitásai .....	31
A rehabilitációs szemlélet érvényesülése a klinikai területeken.....	32
<b>A Kaposi Mór Oktató Kórház által 2011-ben szervezett továbbképzések válogatott összefoglalói</b> .....	33
Élettani paraméterek és szervfunkciók monitorozása.....	35
Élettani paraméterek és szervfunkciók monitorozása (összefoglalás) ..	35
Az ekcémák klinikai formái és terápiás lehetőségei .....	36
Az atópiás dermatitis klinikuma és kezelése .....	36

A kontakt allergiás dermatitis patomechanizmusa, klinikuma és kezelése .....	37
Kontakt allergének, ekcémák kivizsgálási algoritmusai .....	39
Egyéb ekcéma formák és kezelése .....	41
„Az élet sztómával” .....	43
A sztómaképzés javallata és a sztóma fajtái.....	43
Az ileo-, colo- és urosztóma szakápolói vonatkozásai .....	44
Sztómás betegek táplálkozása, táplálása és étrendje .....	44
Jogszályi háttér sztómával történő ellátás esetén.....	45
Korszerű sztómaterápiás segédeszközök .....	46
Ápolók Nemzetközi Napja .....	47
Minőségelvű kórházi point-of-care-testing (POCT) diagnosztikai rendszer kialakítása .....	47
Az asszisztensek szerepe a klinikai vizsgálatokban .....	47
Locking Compression Plate (LCP). Szögstabil inplantátumok és instrumentáriumok .....	48
Agydaganatos betegek ápolása.....	48
Nem vagy egyedül, avagy az első Dunántúli Psoriasis Klub bemutatása .....	49
Onkológiai aktualitások a házi orvosok szemszögéből .....	50
Az onkológiai ellátás aktuális kérdései.....	50
Fej-nyak tumorok: szűrés, diagnosztika, ellátás.....	51
Neoadjuváns kezelések .....	51
Prosztatatumorok.....	52
A ritmuszavarok korszerű szemlélete és kezelése .....	54
Somogyország az ezredfordulón, a kardiológia két évtizede .....	54
Aktualitások a pitvarfibrilláció diagnosztikájában és terápiájában, 1. Stroke megelőzés.....	55
Aktualitások a pitvarfibrilláció diagnosztikájában és terápiájában, 2. Eszközös kezelés .....	55
Új szempontok a szívelégtelenség kezelésében, 1. A szívelégtelenség terápiája .....	56
Új szempontok a szívelégtelenség kezelésében, 2. Reszinkronizációs kezelés, ICD .....	56
Zavart és demens betegek észlelése kórházban és otthon.....	58
Zavart és demens betegek észlelése kórházban és otthon .....	58
Demens betegek gondozása .....	59
Szakmák közötti kooperáció jelentősége zavart betegek ellátása során.....	60
A beszámíthatóság kérdése műtéti indikációk esetén.....	60
Időseket támogató szociális ellátások típusai .....	61
A sebészet aktuális kérdései a családorvos szemszögéből .....	62
Supraortikus erek szűkületeinek kezelése.....	62
Krónikus vénás elégtelenség .....	62

Haladó laparoszkópos beavatkozások.....	63
A vastagbél jó- és rosszindulatú megbetegedései .....	63
Érzékelés és észlelés az esztétikai plasztikai sebészetben.....	64
A hyperhidrózis sebészi kezelése .....	64
A tápláltsági állapot meghatározása, a táplálás jelentősége és lehetőségei a perioperatív időszakban.....	65
Tromboprofilaxis a sebészetben.....	66
Hypertonia és COPD .....	67
Az elmúlt két évtized a kardiológiában.....	67
Epidemiológia a hypertonológus szempontjából.....	68
Magas vérnyomás és COPD .....	68
Epidemiológia a pulmonológus szemszögéből .....	69
A pulmonalis hypertonia terápiájának újabb lehetőségei.....	69
Kisvérköri keringés szabályozása egészségesben és COPD-ben .....	70
A pulmonalis hypertonia gyermekgyógyászati vonatkozásai.....	70
Gyógyszer-mellékhatások. (Minden beta-blokkoló egyforma?).....	71
A multimodális fájdalomcsillapítás .....	72
A multimodális fájdalomcsillapítás (összefoglalás).....	72
Aktuális kérdések a szülészet-nőgyógyászatban.....	73
Meddőség kivizsgálása és kezelése .....	73
A menopausa és kezelése.....	74
Nőgyógyászati endoszkópia .....	75
A gyermeknőgyógyászat aktuális kérdései.....	75
Szülészeti és nőgyógyászati ultrahang-diagnosztika – terhesgondozás.....	77
Ulcus cruris és kezelése.....	78
A krónikus sebgyógyulás fázisai, kialakulásában szerepet játszó patofiziológiai tényezők.....	78
Különböző patofiziológián alapuló fekélyek klinikai megjelenési formái.....	79
Krónikus sebkezelés során alkalmazott szisztémás és helyi szerek .....	80
„Intelligens” kötszerek és megfelelő alkalmazásuk az egyes sebgyógyulási fázisokban .....	81
Prevenációs lehetőségek ulcus cruris esetében.....	83
A rehabilitációs szemlélet érvényesülése a klinikai területeken.....	84
Mozgásterápia: indikáció és kontraindikáció .....	84
A gyógytorna szerepe az akut ellátásban.....	84
Az elektroterápia szerepe a korai és a késői rehabilitációban .....	85
Az ergoterápia szerepe a rehabilitációban .....	85
A lymphoedema-kezelés jelentősége napjainkban .....	85
McKenzie-terápia .....	86
<b>Névmutató.....</b>	<b>87</b>



# **A KAPOSI MÓR OKTATÓ KÓRHÁZ ÁLTAL 2011-BEN SZERVEZETT TOVÁBBKÉPZÉSEK PROGRAMJAI**





## **GYERMEKNEUROLÓGIA PROGRAMSOROZAT, 1.**

**Gyermekorvosoknak, neurológusoknak, oxológusoknak és házi orvosoknak  
meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.I./00025) - szabadon választható -  
továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében**

Kaposvár, 2011. február 9.

Szakmai felelős: LAKI ISTVÁN

---

### **Program**

Neuroinfekciók  
LIPTAI ZOLTÁN

Esetismertetés  
LAKI ISTVÁN

## ÉLETTANI PARAMÉTEREK ÉS SZERVFUNKCIÓK MONITOROZÁSA

Háziorvosoknak, aneszteziológus-intenzív terápia, neurológus, idegsebész, sürgősségi és oxológus, belgyógyász, kardiológus, pulmonológus és sebészszakorvosoknak és szakorvosjelölteknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.I./00027) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Mosdós, 2011. február 25.

Szakmai felelős: ALMÁSI RÓBERT

---

### Program

A vérgázparaméterek jelentősége - nem csak a sürgősségi osztályon  
VARGA CSABA

A folyadék- és elektrolit-egyensúly - PICCO  
MÉSZÁROS ZOLTÁN

Transesophagealis és hagyományos echocardiographia  
BÜTTL ANDREA

EEG, kiváltott válaszok  
NAGY FERENC

BIS, AEP, TOF  
ALMÁSI RÓBERT

Statikus és dinamikus légzésfunkciós paraméterek  
MAJOR TAMÁS JR.

Májfunkció  
HUNYADY BÉLA

Vesefunkció  
SZELESTEI TAMÁS

## SZÉDÜLÉSEK DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Általános orvos, audiológia, belgyógyászat, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, fül-orr-gégegyógyászat, háziorvostan, mozgásszervi rehabilitáció, neurológia, orvosi rehabilitáció, oxyológia (mentőorvostan), oxyológia és sürgősségi orvostan, rehabilitáció és sürgősségi orvostan szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.I./00026) - kötelezően választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. március 4-5.

Szakmai felelős: NAGY FERENC

---

### Program

Bevezető

NAGY FERENC

A szédülés neurológiai és interdiszciplináris vonatkozásai

KOMOLY SÁMUEL

A szédülések felosztása, az anamnézis jelentősége

NAGY FERENC

A szédülések epidemiológiája

VARGA CSABA

Szédülés és elesés következtében fellépő sérülések gyakorisága

LELOVICS ZSUZSANNA – VARGA CSABA

A szédülés igazságügyi orvosszakértői vonatkozásai

MOLNÁR SÁNDOR

A vesztibuláris rendszer anatómiája és élettana

MIKE ANDREA – NAGY FERENC

A szédülés tünettana. A szédülős beteg vizsgálata (gyakorlati bemutató)

KOMOLY SÁMUEL – GERLINGER IMRE – NAGY FERENC – MIKE ANDREA

A belgyógyászati eredetű szédüléssel kórképek

MARTON ANNAMÁRIA

Szédülés centrális idegrendszeri betegségekben  
SZÓTS MÓNIKA

A szédülés pszichés vonatkozásai  
MIKE ANDREA

Fóbiás posturalis vertigo  
NAGY FERENC

Pozicionális szédülés (mechanizmus, tünettan, kezelés). A szédülések ágy  
melletti vizsgálata műszerek és kalorikus vizsgálat nélkül  
BÜKI BÉLA

Meniere-betegség, tünettan, diagnózis, kezelés  
GERLINGER IMRE

Neuritis vestibularis. Szédülés a sziklacsont betegségeiben  
RÓZSA LÁSZLÓ – GILINCSEK LAJOS

Betahistin szerepe a szédülések kezelésében  
GERLINGER IMRE

A nervus vestibularis schwannomája. Kétoldali vestibularis funkciókiesés  
GILINCSEK LAJOS – RÓZSA LÁSZLÓ

Migraine és szédülés  
PFUND ZOLTÁN

A tartási instabilitás diagnózisa és a lehetséges kezelések elvei  
KOVÁCS NORBERT

Epilepszia és szédülés  
JANSZKY JÓZSEF

A tartási instabilitás és a szédüléssel járó kórképek rehabilitációja  
PÉLEY IVÁN

Egyéb szédüléssel járó kórképek  
NAGY FERENC

\* \* \*

A továbbképzés előadásainak összefoglalói önálló kötetben megjelentek. NAGY  
FERENC – LELOVICS ZSUZSANNA (szerk.): „A szédülések diagnosztikája és kezelése”  
továbbképzés (Kaposvár, 2011. március 4–5.) előadások összefoglalói. Kaposvár:  
Kaposi Mór Oktató Kórház, 2011. (ISBN 978 963 87916 1 0. ISSN 2062 7416)

## **GYERMEKNEUROLÓGIA PROGRAMSOROZAT, 2.**

**Gyermekorvosoknak, neurológusoknak, oxológusoknak és házi orvosoknak  
meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.I./00028) – szabadon választható –  
továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében**

Kaposvár, 2011. március 9.

Szakmai felelős: LAKI ISTVÁN

---

### **Program**

Anyagcsere-betegségek központi idegrendszeri vonatkozásai  
HOLLÓDY KATALIN

A kórelőzmény felvételének szempontjai epilepszia gyanú esetén  
CSORBA ESZTER

## KARDIOLÓGIAI KÉPALKOTÁS A KLINIKUM TÜKRÉBEN

Háziorvosoknak, kardiológus, radiológus, izotópdiaosztikai szakorvosoknak és rezidenseknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.I./00031) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. március 31.

Szakmai felelős: ZILAHÍ LÍVIA

---

### Program

Bevezető  
ZILAHÍ LÍVIA

A terheléses szív-MR jelentősége az ISZB diagnosztikájában  
SIMOR TAMÁS

A szívizom életképesség vizsgálata - echokardiográfia, szív-MR  
TÓTH LEVENTE

Az MR modalitás lehetőségei élsportolók szívvizsgálata során  
TÓTH ATTILA

Régi-új módszerek a nukleáris kardiológiában  
BALOGH ILDIKÓ

A noninvazív vizsgálatok szerepe a koszorúérbetegek terápia vezetésében  
KÓSA ISTVÁN

## **GYERMEKNEUROLÓGIA PROGRAMSOROZAT, 3.**

**Gyermekorvosoknak, neurológusoknak, oxológusoknak és házi orvosoknak  
meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.I./00033) - szabadon választható -  
továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében**

Kaposvár, 2011. április 6.

Szakmai felelős: LAKI ISTVÁN

---

### **Program**

A mozgászavarok  
HOLLÓDY KATALIN

Patológiás újszülöttek neurohabilitációja  
STORCZ JUDIT

Esetbemutató  
SULYOK ENDRE

## AZ EKCÉMÁK KLINIKAI FORMÁI ÉS TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEI

Családorvosoknak és bőrgyógyászoknak meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.I./00035) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. április 21.

Szakmai felelős: BATTYÁNI ZITA

---

### **Program**

Az atópiás dermatitis klinikuma és kezelése

NYÍRÓ ILONA

A kontakt allergiás dermatitis patomechanizmusa, klinikuma és kezelése

KUTASI ZSUZSANNA

Kontakt allergének, ekcémák kivizsgálási algoritmusa

FÁBOS BEÁTA

Egyéb ekcéma formák és kezelése

BATTYÁNI ZITA



## „AZ ÉLET SZTÓMÁVAL”

### Szakdolgozói továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. április 21.

Szakmai felelős: OLÁH TIBOR

---

#### Program

A sztómaképzés javallata és a sztóma fajtái  
OLÁH TIBOR

Az ileo-, colo- és urosztóma szakápolói vonatkozásai  
BALOGHNÉ MÁRTON ERZSÉBET

Sztómás betegek táplálkozása, táplálása és étrendje  
LELOVICS ZSUZSANNA

Jogszabályi háttér sztómával történő ellátás esetén  
BENKŐ TÍMEA

Korszerű sztómaterápiás segédeszközök  
FODOR ANDRÁS

## **GYERMEKNEUROLÓGIA PROGRAMSOROZAT, 4.**

**Gyermekorvosoknak, neurológusoknak, oxológusoknak és házi orvosoknak  
meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00237) - szabadon választható -  
továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében**

Kaposvár, 2011. május 4.

Szakmai felelős: LAKI ISTVÁN

---

### **Program**

Neuroinfekciók  
LIPTAI ZOLTÁN

Gyermekkori fejfájások  
FARKAS VIKTOR

Esetismertetés  
LAKI ISTVÁN

## ÁPOLÓK NEMZETKÖZI NAPJA

### Szakdolgozói továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. május 12

Szakmai felelős: BOGDÁN LÁSZLÓNÉ

---

#### Program

Minőségelvű kórházi point-of-care-testing (POCT) diagnosztikai rendszer kialakítása

JÓZSEF TIBOR

Az asszisztensek szerepe a klinikai vizsgálatokban

GÁRDONYI MIHÁLY

Locking Compression Plate (LCP). Szögstabil inplantatumok és instrumentáriumok

FÖLDI MÁRTA

Agydaganatos betegek ápolása

SZIGETI ANNAMÁRIA

Nem vagy egyedül, avagy az első Dunántúli Psoriasis Klub bemutatása

FARKAS IDIKÓ

## ONKOLÓGIAI AKTUALITÁSOK A HÁZIORVOSOK SZEMSZÖGÉBŐL

Háziorvosoknak meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00239) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. május 20.

Szakmai felelős: GYÓRFY KÁROLY

---

### Program

Az onkológiai ellátás aktuális kérdései  
GYÓRFY KÁROLY

Fej-nyak tumorok: szűrés, diagnosztika, ellátás  
SÓRÉS KATALIN

Neoadjuváns kezelések  
PÉCSI BALÁZS

Prostata tumorok  
SOMOGYINÉ EZER ÉVA

Mammográfiás rákszűrés  
MOLNÁR ÁGNES

Agytumorok sugárkezelése  
KOVÁCS ÁRPÁD

Az onkológiai diagnózis hatása a szorongásokra  
HÖRCSIK EDIT

Miben tud segíteni a háziorvos terminális állapotú betegnél pszichológiai szempontból?  
FÁBOSNÉ NÉTLING IBOLYA

## A RITMUSZAVAROK KORSZERŰ SZEMLÉLETE ÉS KEZELÉSE

Családorvosoknak, gyermekgyógyász, pulmonológus, belgyógyász, kardiológus, oxológia és sürgősségi orvostan szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00231) - szabadon választható - továbbképzés a MKT Aritmia és Pacemaker Munkacsoportja valamint a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Mosdós, 2011. június 3.

Szakmai felelős: ROSTÁS LÁSZLÓ

---

### Program

Somogyország az ezredfordulón, a kardiológia két évtizede  
ROSTÁS LÁSZLÓ - ANTAL KÁROLY - FRIDRIK GÁBOR - VILHELM ERIKA - Somogy megye háziorvosai

Aktualitások a pitvarfibrilláció diagnosztikájában és terápiájában, 1. Stroke megelőzés  
CSANÁDI ZOLTÁN

Aktualitások a pitvarfibrilláció diagnosztikájában és terápiájában, 2. Eszközös kezelés  
SIMOR TAMÁS

Új szempontok a szívelégtelenség kezelésében, 1. A szívelégtelenség terápiája  
GELLÉR LÁSZLÓ

Új szempontok a szívelégtelenség kezelésében, 2. Reszinkronizációs kezelés, ICD  
MELCZER LÁSZLÓ

EKG-elemzés szempontjai a sürgősségi osztályon  
VARGA CSABA

Előtérben az EKG-esetismertetések  
BŐHM ÁDÁM

Esetismertetések  
DURAY GÁBOR  
FÖLDESI CSABA  
LÓRINCZ ISTVÁN  
SÁGHY LÁSZLÓ  
ZIMA ENDRE

## ZAVART ÉS DEMENS BETEGEK ÉSZLELÉSE KÓRHÁZBAN ÉS OTTHON

Háziorvosoknak, sebész, belgyógyász, sürgősségi szakorvosoknak és valamennyi szakorvosjelöltnek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00235) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. október 10.

Szakmai felelős: SOMOSKÖVI CSILLA

---

### Program

Zavart és demens betegek észlelése kórházban és otthon  
SOMOSKÖVI CSILLA

Demens betegek gondozása  
YASSER, SABLANI

Szakmák közötti kooperáció jelentősége zavart betegek ellátása során  
TERENYI ZOLTÁN

Beszámíthatóság kérdése műtéti indikációk esetén  
SZÓKE KATALIN

Időseket támogató szociális ellátások típusai  
RÁCZ TÜNDE

## A SEBÉSZET AKTUÁLIS KÉRDÉSEI A CSALÁDORVOS SZEMSZÖGÉBŐL

Családorvosoknak, belgyógyász, sebész, sürgősségi orvostan szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00234) – szabadon választható – továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. október 14.

Szakmai felelős: OLÁH TIBOR

---

### Program

Supraortikus erek szűkületeinek kezelése

MÉNESI RUDOLF

A tüdőrák korszerű kezelése

BALOGH GÁBOR

Nem tapintható emlődaganatok sebészi kezelése

TÓTH TIBOR

Krónikus vénás elégtelenség

GERGELY MIHÁLY

Haladó laparoszópos beavatkozások

SOMODI KRISZTIÁN

Proktológiai betegségek korszerű kezelése

SZABADI ANDRÁS

A vastagbél jó- és rosszindulatú megbetegedései

OLÁH TIBOR

Érzékelés és észlelés az esztétikai plasztikai sebészetben

FERENCZY JÓZSEF

A hyperhidrózis sebészi kezelése

VINCZE KÁROLY

A tápláltsági állapot meghatározása, a táplálás jelentősége és lehetőségei a perioperatív időszakban

LELOVICS ZSUZSANNA

Tromboprofilaxis a sebészetben

HALMOS FERENC

## HYPERTONIA ÉS COPD

Családorvosoknak, gyermekgyógyász, pulmonológus, belgyógyász, kardiológus, intenzívterápiás szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00236) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Mosdós, 2011. október 21.

Szakmai felelős: ROSTÁS LÁSZLÓ

---

### Program

Az elmúlt két évtized a kardiológiában

ROSTÁS LÁSZLÓ - ANTAL KÁROLY - MAJOR TAMÁS JR. - FRIDRIK GÁBOR - SZENES  
EDUÁRD - SZIKSZAY KATALIN - VILHELM ERIKA

Kisvérköri keringés szabályozása

KOLLER ÁKOS

Epidemiológia a hypertonológus szempontjából

KISS ISTVÁN

Magas vérnyomás és COPD

FARSANG CSABA

Epidemiológia a pulmonológus szemszögéből

MAJOR TAMÁS JR. - KIRÁLY ATTILA - ROSTÁS LÁSZLÓ

A pulmonalis hypertonia terápiájának újabb lehetőségei

JÓZAN-JILLING MIHÁLY

Kisvérköri keringés szabályozása egészségesben és COPD-ben

SOÓS SZILVIA

A pulmonalis hypertonia gyermekgyógyászati vonatkozásai

GYURKOVITS KÁLMÁN

Gyógyszer-mellékhatások. (Minden beta-blokkoló egyforma?)

BARNA ISTVÁN



## A MULTIMODÁLIS FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS

Háziorvosoknak, aneszteziológus-intenzív terápia, neurológus, onkológus szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek, rezidenseknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00237) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. október 28.

Szakmai felelős: ALMÁSI RÓBERT

---

### Program

A fájdalom élettani és farmakológiai vonatkozásai  
ALMÁSI RÓBERT

A neuropátiás fájdalom diagnosztikája és kezelése  
NAGY FERENC

Tumoros betegek fájdalomcsillapítása  
SOMOGYINÉ EZER ÉVA

Intervenciós fájdalomcsillapítás lehetőségei fájdalomszakrendelésen 1.  
Kecskemét; 2. Pécs; 3. Kaposvár  
PECZNIK ÉVA – HEIGL PÉTER – ALMÁSI RÓBERT

Funkcionális MRI és a fájdalom  
NAGY FERENC

## AKTUÁLIS KÉRDÉSEK A SZÜLÉSZET-NŐGYÓGYÁSZATBAN

Családorvosoknak, szülész-nőgyógyász szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek, a téma iránt érdeklődő orvosoknak meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00238) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. november 4.

Szakmai felelős: SZILÁGYI ANDRÁS

---

### Program

Meddőség kivizsgálása és kezelése

SZILÁGYI ANDRÁS

A menopausa és kezelése

TÓTH TAMÁS

Nőgyógyászati endoszkópia

NÉMETH LAJOS

A gyermeknőgyógyászat aktuális kérdései

SZEBÉNYI PÉTER

Szülészeti és nőgyógyászati ultrahang-diagnosztika - terhesgondozás

VARGA TAMÁS

## A BOKA ÉS LÁB FELNŐTTKORI ORTOPÉDIAI RENDELLENESSÉGEI

Ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia, reumatológia, mozgásszervi rehabilitáció, fizikális medicina, sebészet szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek, családorvosoknak, valamint gyógytornászoknak meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00243) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. november 5.

Szakmai felelős: SZABÓ ISTVÁN

---

### Program

A bokaízület és láb funkcionális anatómiája  
TORKOS MIKLÓS BULCSÚ

A bokatájék és láb lágyrészelemeinek patológiája (Achilles, peroneus, plantaris fascia)  
SAAB, NIZAR

Osteochondritis dissecans tali, a talus avascularis necrosis  
KAVICZKI SZABOLCS

Bokaízület arthrosis  
LAKY ANDRÁS

Felnőttkori szerzett lúdtalp  
LAKY ANDRÁS

Gyakoribb előláb deformitások (hallux valgus, digitus malleus), hallus rigidus, metatarsalgia  
LAKY ANDRÁS

Reumás láb  
LAKY ANDRÁS

Diabeteses láb  
BOGDÁN TIBOR

## **AKTUÁLIS KÉRDÉSEK AZ UROLÓGIÁBAN**

**Csaláadorvos és urológus szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00242) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében**

Kaposvár, 2011. november 11.

Szakmai felelős: RÁKÁSZ ISTVÁN

---

### **Program**

Bevezető

KISBENEDEK LÁSZLÓ

A heretumorok korszerű kezelése

KISBENEDEK LÁSZLÓ

A női vizeletinkontinencia diagnosztikája és kezelési lehetőségei

RÁKÁSZ ISTVÁN

Vese- és ureterkövek eltávolításának módszerei

FARKAS JÓZSEF

A prosztatata betegségeinek kezelése és gondozása

TAIR, HAISSAM

Urogenitális gyulladások

BORSI LÁSZLÓ

Daganatos betegségek korai diagnózisa és a kezelés lehetőségei az urológiában

CSÁSZÁR LÁSZLÓ

Gyakorlati oktatás

RÁKÁSZ ISTVÁN

## ULCUS CRURIS ÉS KEZELÉSE

Családorvos és bőrgyógyász szakorvosoknak meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00241) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. november 17.

Szakmai felelős: BATTYÁNI ZITA

---

### Program

A krónikus sebgyógyulás fázisai, kialakulásában szerepet játszó patofiziológiai tényezők

BATTYÁNI ZITA

Különböző patofiziológián alapuló fekélyek klinikai megjelenési formái

ZUBONYAI CECÍLIA

Krónikus sebkezelés során alkalmazott szisztémás és helyi szerek

BAJTEL NÓRA

„Intelligens” kötszerek és megfelelő alkalmazásuk az egyes sebgyógyulási fázisokban

FÁBOS BEÁTA

Prevenációs lehetőségek ulcus cruris esetében

KUTASI ZSUZSANNA

## VÁLLBETEGSÉGEK DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, háziorvostan, mozgásszervi rehabilitáció, ortopédia, ortopédia-traumatológia, rehabilitáció és reumatológia szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00239) - kötelezhetően választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. november 18.

Szakmai felelős: SZABÓ ISTVÁN

---

### Program

Bevezető  
SZABÓ ISTVÁN

Az anamnézis és fizikális vizsgálat jelentősége a vállbetegségek diagnosztikájában  
SZABÓ ISTVÁN – TORKOS MIKLÓS BULCSÚ

Vállbetegségek radiológiai vizsgálata  
HORVÁTH GYULA

Nyaki és felső végtagi fájdalom szindrómák differenciáldiagnosztikai jelentősége  
NAGY FERENC

Vállváltozások a gyulladásos reumatológiai betegségekben  
KISS CSABA

Bafagyott váll szindróma  
SZABÓ ISTVÁN

Rotátorköpeny-szakadás  
SZABÓ ISTVÁN

Vállízületi endoprotetika  
SZABÓ ISTVÁN

Alapvető hibák egy traumát ért váll ellátásában  
SZABÓ ISTVÁN – TÓTH ZOLTÁN

Vállbetegek rehabilitációja  
SZABÓ ISTVÁN – HENICS DÓRA

## A GYERMEKORTOPÉDIA AKTUALITÁSAI

**Ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia, reumatológia, mozgásszervi rehabilitáció, fizikális medicina szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek, családorvosoknak, valamint gyógytornászoknak meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00240) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében**

Kaposvár, 2011. november 25.

Szakmai felelős: SZABÓ ISTVÁN

---

### **Program**

Bevezető  
SZABÓ ISTVÁN

Ortopédiai kezelési lehetőségek infantilis cerebralis paresis gyermekeknél  
SZŐKE GYÖRGY

Gyakoribb gyermekkori gerincbetegségek és azok konzervatív kezelési lehetőségei  
KAVICZKI SZABOLCS

Scoliosisterápia Schroth-módszerrel  
NAGY ZSÓFIA

Csípőszűrés, dysplasiák kezelése  
VÁZSONYI ÉVA

Dongaláb kezelése Ponsetti szerint  
GIMESI CSABA

Gyermekkori lábbetegségek  
KAVICZKI SZABOLCS

# A REHABILITÁCIÓS SZEMLÉLET ÉRVÉNYESÜLÉSE A KLINIKAI TERÜLETEKEN

## Szakdolgozói továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. december 5.

Szakmai felelős: BOGDÁN LÁSZLÓNÉ – BRIGOVÁ CZ ÉVA

---

### Program

Mozgásterápia: indikáció és kontraindikáció  
BRIGOVÁ CZ ÉVA

A gyógytorna szerepe az akut ellátásban  
KOVÁCSNÉ RUZSA ANITA

A gyógytorna szerepe a krónikus rehabilitációban  
GYÓRFI RITA

Az elektroterápia szerepe a korai és a késői rehabilitációban  
MÉSZÁROS PIROSKA

Az ergoterápia szerepe a rehabilitációban  
APONYINÉ SZILÁGYI EDIT – NAGY RENÁTA

A lymphoedema-kezelés jelentősége napjainkban  
BENCSEKNÉ KASS ANIKÓ

McKenzie-terápia  
KATONÁNÉ HALUPA DÓRA – HORVÁTH GABRIELLA

A masszázs szerepe az akut rehabilitációban  
VÁMI TÍMEA



**A KAPOSI MÓR OKTATÓ KÓRHÁZ ÁLTAL  
2011-BEN SZERVEZETT TOVÁBBKÉPZÉSEK  
VÁLOGATOTT ÖSSZEFOGLALÓI**



## ÉLETTANI PARAMÉTEREK ÉS SZERVFUNKCIÓK MONITOROZÁSA

Háziorvosoknak, aneszteziológus-intenzív terápia, neurológus, idegsebész, sürgősségi és oxológus, belgyógyász, kardiológus, pulmonológus és sebészszakorvosoknak és szakorvosjelölteknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.I./00027) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Mosdós, 2011. február 25.

## ÉLETTANI PARAMÉTEREK ÉS SZERVFUNKCIÓK MONITOROZÁSA (ÖSSZEFOGLALÁS)

ALMÁSI RÓBERT

Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Anaesthesiológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Kaposvár

Az élettani paraméterek és szervfunkciók monitorozása nemcsak az intenzív osztályon, hanem a gyógyítás területén működő szinte valamennyi diszciplína alapvető feladata. A homeosztázis egyensúlyának értékelése minden osztály napi rutin feladata, amely az egyszerű folyadékbevitel és -kiválasztás becslésétől a szérum elektrolitértékek vizsgálatán keresztül a vérgázparaméterek értékeléséig tart. A folyadék- és elektrolit-egyensúly, a haemodinamikai paraméterek mérésének egy kifinomult, inkább intenzív osztályos környezetben alkalmazható modelljét, a PICCO-t mutatjuk be, a hagyományos transthoracalis és transesophagealis echocardiographiával összehasonlítva. A központi idegrendszer funkcióinak monitorozására alkalmas vizsgáló módszereket az EEG, kiváltott válaszok szintjén, valamint az altatott és eszméletlen betegeknél a bispectral index analízis, akusztikus kiváltott válasz és train of four analízis kapcsán mutatjuk be. Sort kerítünk a statikus és dinamikus légzésfunkciós paraméterek felmérésére, a májfunkció értékelésére és a vesefunkció korszerű vizsgálatára. Az összeállított tematikával rámutatunk – a teljesség igénye nélkül, ám mégis globális gondolkodásmóddal – a különböző szervfunkciók áttekintésén keresztül a szervezet egységes, rendszerszintű működésének monitorizálására.

## AZ EKCÉMÁK KLINIKAI FORMÁI ÉS TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEI

Családorvosoknak és bőrgyógyászoknak meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.I./00035) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. április 21.

## AZ ATÓPIÁS DERMATITIS KLINIKUMA ÉS KEZELÉSE

NYÍRÓ ILONA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

Az atópiás betegségek köre: atópiás dermatitis (AD), asthma bronchiale és rhinoconjunctivitis acuta.

Az *atópiás dermatitis* krónikus illetve krónikusan recidiváló, nem fertőző, genetikailag meghatározott, immunregulációs zavarral jellemezhető bőrbetegség. Az első tünetek általában már csecsemőkorban jelentkeznek, de pubertáskorban, felnőtt korban és terhesség során is várható megjelenésük. (A bőrtünetek a betegek 85%-ánál öt éves kor előtt jelentkeznek. Nagy részük pubertás után is tünetes.) A betegség prevalenciája 3-23% között van. (Skandináviában hatvan éve 1,3% volt, ma 23%.) Az AD diagnózisa a klinikumon alapszik, a diagnózis felállítását kritériumrendszer segíti.

*Major kritériumok:*

- Atópiás anamnézis
- Viszketés
- Ízületek hajlító felszínén, arcon krónikusan recidiváló ekcéma, dermatitis

*Minor tünetek:*

- Xeroderma
- Fehér dermografizmus
- Szájzugra, illetve fül mögötti területre localizálódó rhagas, recidiváló conjunctivitis
- Dupla szemredő, szem alatti szürke bőrszín, pityriasis alba
- Izzadás provokálta viszketés
- Allergénekkal szembeni érzékenység, a betegség lefolyását külső behatások
- Emocionális tényezők befolyásolhatják

*Pozitív bőrpróbák (azonnali típusú reakciók)*

- Emelkedett IgE-szérumszint, infekciós bőrbetegségekre való hajlam
- Kézre, lábba lokalizálódó, nem specifikus dermatitisre való hajlam
- Mamilla ekcéma, szemhéj ekcéma, perioralis ekcéma

Az AD-nél a klinikai tünetek megjelenésében a genetikai hajlam, valamint a környezeti provokáló tényezők együttesen játszanak szerepet. E betegek bőre hajlamos a kiszáradásra, a bőr barrier funkciója károsodott, mely miatt fokozódik a pyogén infekció és allergia kialakulásának lehetősége.

A betegek kezelésében legfontosabb a bőr kiszáradásának megelőzése rendszeres bőrápolással (emolliensekkel), illetve a provokáló faktorok (pl. környezeti allergének, stressz) kerülése, gondozás, pszichoterápia a tünete szegényebb időszakban is.

*Az AD fellángolásakor:*

- Helyi kortikoszteroidok (TC)
- Helyi calcineurin inhibitorok (TCI)
- Antihisztaminok, UV-kezelés
- Felülfertőzés, góc esetén: antibiotikum

*Súlyosabb AD esetben:*

- Szisztémás kortikoszteroidok
- Szisztémás calcineurin gátlók
- Purinszintézis-gátlók (pl. azathioprin)

## **A KONTAKT ALLERGIÁS DERMATITIS PATOMECHANIZMUSA, KLINIKUMA ÉS KEZELÉSE**

KUTASI ZSUZSANNA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

### ***Definíció***

Késői hyperszenzitivitási reakción alapuló ekcéma forma, melynél először az arra hajlamos egyén szenzibilizálódása következik be, és ezt követően az allergénnel való ismételt találkozáskor a tünetek provokálhatók.

### ***Patomechanizmus***

A legtöbb ekcémánál, így a kontakt dermatitisnél is különösen fontosak a trigger faktorok, hámsejtek és a T-lymphocyták interakciója. Allergiás kontakt dermatitisnél az immunreakciót kis molekulák (haptén) indítják el, melyet a Langerhans-sejtek, valamint a dermális dendritikus sejtek szállítanak a regionális nyirokcsomókba a naív T-sejteknek. Ezek interakcióját követően a T-sejtek differenciálódnak, különböző citokin mintázatnak megfelelő subtípusokra (Th1 és Th2) és speciális CD4 pozitív T-sejtekre, melyeknek regulatorikus funkciója van. A T-sejtek szöveti homing antigént szereznek (CLA), ez a receptor segíti a bőr endothelsejtjeihez való kötődést, ezt követően képződő cytokinek elősegítik a keratinocytákhoz való kapcsolódást. A kontakt

allergén újabb bejutásakor a CD8+ T-sejtek Th1 citokin profilt mutatnak, ahol az IFN-gamma dominál. A bőrben lévő haptent a T-sejteknek a Langerhans-sejtek, keratinocyták, egyéb T-sejtek prezentálják. A T-sejt aktiváció után citokin és károsító molekulák, mint granzim, perforin, Fas ligand felszabadulása következik be. Az INF-gamma elősegíti az MHC II és az intracellularis adhéziós molekula 1 ( ICAM-1) és a keratinocyták Fas-expressziójának növekedését. Az INF-gamma a keratinocyták citokin produkcióján keresztül fokozza a lymphocyták epidermális kivándorlását. Az epidermális károsodást a jellegzetes spongiosist a T-sejt mediálta toxicitás okozza, mely a Fas-indukálta keratinocytá apoptózisban nyilvánul meg, mely minden ekcéma végső mozzanata lehet.

### **Klinikum**

Az ekcéma stádium beosztása a klinikai kép alapján:

1. *Akut forma:* A szövettani képet a spongiosis és hólyagképződés dominálja, mely a klinikai képben a nedvezés, pörkkel fedett erosiók formájában jelenik meg az exudáció, és az epidermis károsodása miatt. A hólyagképződés a tenyéren és a talpon jól látható, mivel a vastag stratum corneum miatt a hólyagok nem nyílnak meg.
2. *Szubakut forma:* A hólyagképződés, spongiosis csökken, az achantosis kerül előtérbe. Később az epidermis egyre vastagabbá válik, s klinikai képében lichenificatio formájában jelenik meg.
3. *Krónikus forma:* Hyperkeratotikus és parakeratotikus területek észlelhetők, egyidejűleg kifejezett achanthosissal és dermális változásokkal. Kifejezett a beszűrtség, hámlás, berepedések megjelenése.

### **Kezelés**

*Bőrápolás:* Tisztálkodáshoz javasolt az emolliensek, syndetek, olajos fürdők használata, mely nem károsítja tovább a bőr barrier rétegét, valamint visszazsírozó hatású. Az epidermis csökkent víztartalmának helyreállítására szolgálnak a carbamidtartalmú krémek, kenőcsök, melyeket kézápoláshoz, testápoláshoz használhat a beteg.

Helyi kezelés során elsősorban az ekcéma stádiumát kell szem előtt tartanunk. Hólyagos esetben antiphlogisztikus borogatásokat alkalmazunk a hólyagok beszáradásáig, majd krémet, szárítópasztát, mely az exudációt csökkenti. Szubakut, krónikus fázisban, ahol a hámlás, beszűrtség a domináns, kenőcsöket alkalmazunk. Hatóanyag tekintetében steroid externákat alkalmazunk leggyakrabban a gyulladásos tünetek csökkentésére, ezek használatakor figyelembe kell vennünk a bőr vastagságát, így arcra potens steroidot soha ne használjunk. A szemhéjra, hajlati, pelenkás területen, ahol az okklúziós hatás érvényesül, csak I-es csoportba tartozó steroid externát alkalmazunk. A hajas fejbőr területén oldatokat, lotiókat és potens steroidokat használhatunk. A beszűrtség csökkentésére kátrányszármazékokat is alkalmazunk, figyelembe véve allergizáló tulajdonságát. Amennyiben a patogenezisben felmerül a bakteriális vagy mycotikus eredet, esetleg secunder

felülfertőződés, ajánlott a steroid externa mellett antiseptikum (clioquinol, jód, ezüstnitrát, kén, salicyl), animycotikum (ketokonazol) használata is.

Szisztémás kezelésben jól használhatók a második generációs antihisztaminok, melyek viszketés csillapító hatásuknál fogva kiiktatják a viszketés-vakarás kör patogén szerepét, ezen kívül gyulladáscsökkentő hatással is rendelkeznek. Ha a patomechanizmusban bakteriális illetve mycotikus hatás is felmerül per os antibiotikum, antimycotikum adására is sor kerülhet. Súlyos, exudatív tünetek esetén, mely a beteget mozgásában akadályozza, vagy generalizált esetekben szükségessé válhat a szisztémás steroid adása is.

Prevencióként, különösen allergiás anamnézis esetén a gyakori allergénektől való tartózkodás, valamint a megfelelő bőrápolók, emolliensek használata, az irritatív ágensektől való tartózkodás, helyes ruha-, cipőviselet, kesztyű használata, itt a PVC-kesztyűket kell preferálni.

## **KONTAKT ALLERGÉNEK, EKCÉMÁK KIVIZSGÁLÁSI ALGORITMUSA**

FÁBOS BEÁTA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

Megszámlálhatatlan az antigének tárháza, mely a kontakt ekcémák kiváltásában szerepet játszhatnak. Az ipari antigéneken kívül (gumi, parfüm, körömlakk, növények, fémek, festékek, kozmetikumok, gyógyszerek, foszfor sesquisulfid a gyufában). A leggyakoribb ipari antigén a cementben lévő króm, a műanyaggyártásban a resinek, festék, gumi, ragasztók. A munkahelyi ekcémák diagnózisának kulcsa, hogy a szabadság idején ezek az ekcémák gyógyulnak. A kontakt allergén identifikálásához ragasztósos bőrteszt végzése szükséges.

### ***Fémek okozta kontakt dermatitis***

A fémezékenység a leggyakoribb oka a kontakt dermatitisnek, és leggyakoribb a nőknél. A nikkel és a kobalt az ékszerek állandó összetevői.

### ***Gumi okozta kontakt dermatitis***

Ez a dermatitis gyakori ipari allergén, de előfordul a háztartásban is. Az allergének általában gumi akkceleratorok, antioxidánsok inkább, mint maga a gumi. A gumikesztyű is gyakori allergénforrás. Az ekcéma előfordul a kéz háti felszínén, ujjakon, csukló körül, ahol élesen végződik. A tenyér általában megkímélt, mert az allergén nehezen jut át a vastag str. corneumon. Szenzitivizáció komplikálhatja az irritatív ekcémát, melynél a bőrvédelem céljából használja állandóan a beteg. A cipő okozta dermatitis a súlyt viselő részét érinti a lábnak, így a talpközép megkímélt, valamint a láb háti felszíne, ujjak.

### ***Parfümök, kozmetikumok okozta kontakt dermatitis***

A leggyakoribb kozmetikai allergének (parfüm, és parfümözött termékek, lanolin, tartósító a krémekben, fertőtlenítő-formalin, hajfesték, körömlakk, fényvédők). A parfümök a leggyakoribb allergének, és a bőrgyulladás az alkalmazás területén jelentkezik általában a nyakon, tarkón és az arcon. Nagyon sok termék illatosított, így a bőrgyulladás előfordulhat szappantól a kézen vagy a hónaljban a dezodortól (ezek általában formalint is tartalmaznak). A tartósítók hozzáadása a krémekhez megakadályozza a bakteriális kontaminációt a gyártást vagy az eladást követően. Paraben, imidazolidinylurea, quaternium 15, formaldehide, Dowicil 200, Kathon CG gyakran okoznak érzékenységet. Sok tartósító akkor szenzibilizál, ha a bőr már sérült. A lanolint sok arckrémről már kivonták, mivel szintén gyakori allergén. A hajfesték (PPD) szintén gyakori allergén, korábban a ruhában lévő festék is problémát jelentett. A paraaminobenzoésav gyakori összetevője a fényvédő krémeknek, és photocontact dermatitist okoz.

### ***Gyógyszerek okozta kontakt dermatitis***

Gyakori az iatrogén kontakt dermatitis. A lokál anesztetikumok valamint antihisztaminok gyakori allergének. A lokál anesztetikumokat gyakran pruritus aniban, nodus haemorrhoidalisban alkalmazzuk, a lokál antihisztaminokat pedig rovarcsípésnél, bár ezek kerülése javasolt, mivel lényeges javulás nincs tőlük, viszont allergiás reakciót provokálhat. Helyi antibiotikum mint a neomycin ritkán okoz problémát, kivéve ekcéma varicosumnál vagy varicosus ulcerációnál. Helyi szteroidok, szemcseppek, otitis externa kapcsán használt antibiotikumok szintén okozhatnak szenzibilizációt.

### ***Kivizsgálás***

Ha gyanítjuk az allergiás kontakt dermatitis lehetőségét mindig elvégezzük a ragasztásos bőrpróbát. A standard magyar sorban 35 allergént ragasztunk, ehhez még potenciális saját allergént is fel lehet tenni pl. cipő részéből, lábon jelentkező tünet esetén, vagy saját kozmetikumot arci tünet esetén. Az allergén felvitele filterek segítségével, illetve alumíniumkamrák segítségével történik, ami egy ragasztócsíkba van ágyazva, és ezt illesztjük a beteg hátára. A tesztet ezt követően figyeljük 20 percen, majd ezt követően visszragasztva levételre 48 óra múlva kerül, és így a 48., 72., 96. és 168. órában olvassuk le. Van néhány késleltetett reakció is, így sokszor hosszabb időn át követjük a beteget. Fontos a teszt értékelése, hiszen a tesztelés során nem ritka az irritatív reakció, melynél a tünetek decrescendó jellegűek, míg allergiás reakciónál az ismételt leolvasáskor a reakció erőssége az előzőével megegyező vagy erősebb. A tesztelés indikációját mindig helyesen kell felállítanunk, hiszen nem szabad elfeledkeznünk arról, hogy a tesztelés során mi is szenzibilizálhatunk, így mi is okozhatunk ekcémát. A tesztelés eredményét követően a beteg, amennyiben lehetséges, kerülje az allergén tartós alkalmazását. Erre már vannak parfümmentes kozmetikumok, valamint a nikkelérzékeny betegek tartózkodjanak a fémmel díszített ruházattól. A körömlakkozás sem jó módszer,



mivel a lakk könnyen lekopik. A gumiérzékeny betegeknek javasoljuk a kesztyűcserét PVC-kesztyűre, pamutbéléssel és teljesen bőr- vagy PVC-cipőt. Javasolt az elasztikus alsóruházat kerülése, lycra melltartópánt javasolt. Egyéb gumiforrásokra (fallabda, autógumi, gumilepedő) fel kell hívni a beteg figyelmét. Gyógyszer okozta iatrogén dermatitis esetén az orvosoknak kell tartózkodni az ekcéma varicosum, vagy a lábszárfekély kapcsán a lokális antibiotikumok, anesztetikumok, antihisztaminok és tartósítók alkalmazásától.

## EGYÉB EKCÉMA FORMÁK ÉS KEZELÉSE

BATTYÁNI ZITA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

### *Ekcémás betegségek felosztása*

- Exogén:* Allergiás kontakt ekcéma  
Fotoallergiás kontakt ekcéma  
Irritatív kontakt ekcéma  
Fototoxikus kontakt ekcéma
- Endogén:* Dyshidrosiform ekcéma  
Seborrheás ekcéma  
Nummuláris ekcéma  
Mikrobás ekcéma  
Stasis dermatitis  
Exszikkációs ekcéma  
Atópiás dermatitis

***Irritatív, nem allergiás kontakt dermatitis:*** Mindig éles határú, sohasem szóródik, akut esetben diffúz vérbőség, vesicula jellemzi. Nem viszket. Krónikus folyamatban száraz, keratotikus berepedezett az érintett bőr. Minden olyan anyag előidézhetsé, mely a bőrrel érintkezve, az érintkezés helyén ártalmat vált ki, pl. lúgok, szerves oldószerek.

***Endogén ekcémák:*** Az endogén ekcémás kórképek közös jellemzője, hogy a beteg „endogénhajlamosító” faktorain alapul.

***Dyshidrosiform ekcéma:*** A tenyér és a talp bőrének gyulladással nedvedző, akut, kiújulásra hajlamos, hólyagcsás tünetekkel járó elváltozása. Provokáló faktorok: bakteriális vagy mikotikus góccok, esetleg gyógyszerek.

***Seborrheás ekcéma:*** Faggyúmirigyekben gazdag területekre lokalizálódva, fokozott faggyútermelés és mikrobás szenzibilizáció révén alakul ki. A klinikai kép a predilekciós területeken (homlok, nasolabialis terület, fejbőr stb.) zsírosan fénylő sárgás korpás vagy lemezes hámlás. Lokalizált, disszeminált és generalizált formákat különíthetünk el.

***Nummuláris ekcéma:*** Elsősorban a végtagokon érem alakú plakkok formájában jelentkező ekcéma. Bakteriális, mikrobás szenzibilizáció, góc, esetleg kontakt szenzibilizáció lehet a háttérben.

**Mikrobás ekcéma:** Coocogen, valamint mikotikus szenzibilizáció talaján kialakult ekcémás folyamat. Jellemző az ekcémás plakkokat övező seropapulosus szegély, de időnként nehéz elkülöníteni egyéb ekcémától.

**Exsikkációs ekcéma:** Idős betegeknél alakul ki (ritkábban fiatalon), fokozott vagy helytelen tisztálkodásra, hideg téli időszakra vezethető vissza.

Az ekcémák kezelésében fontos a kiváltó ágens megszüntetése, kerülése, desinficiensek, kortikoszteroid-tartalmú krémek alkalmazása, szükség esetén antibiotikumok, antihisztaminok adása. A tünetek ismételt kialakulásának megelőzésére, fokozottan emolliensek használata, bőr védelme javasolt.

## „AZ ÉLET SZTÓMÁVAL”

### Szakdolgozói továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. április 21.

## A SZTÓMAKÉPZÉS JAVALLATA ÉS A SZTÓMA FAJTÁI

OLÁH TIBOR

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

Az elmúlt évtizedekben a fejlett ipari társadalmakban rohamosan nő a colorectalis daganatok előfordulása. A világon körülbelül 6 millió ember él és dolgozik sztómával. Hazánkban 14 000–15 000-re tehető a sztómával élők száma. A sztóma görög eredetű szó, szájadékot, nyílást jelent, mely művileg, sebészi úton képzett kiszájztatást jelent az adott szakaszon. A vékonybélben (ileosztóma), a vastagbélben (colosztóma) vagy a vizeletelvezető rendszeren (uroosztóma) keresztül ürülő tartalom elvezetése érdekében a hasfalra készítik. Táplálás céljából szintén készítik sztómákat (gyomor, jejunum). Az onkoterápiában részesülő betegek számára a túlélési esély mellett a legfontosabb és legnagyobb félelemmel kezelt téma a sztómanyílás készítése. Legtöbbször csak az átmeneti időszakra készített sztómát képesek elfogadni. Ezekben az esetekben a képzett anasztomózisok védelme érdekében egy-három hónapra az ileumot vagy a haránt vastagbelet a hasfalra szájaztatják. A sztómakészítés leggyakoribb okai között szerepelnek a bél daganatos betegségei, a gyulladással járó bélbetegségek és sérülések. Bizonyos esetekben csak átmeneti sztómaképzés szükséges, mely egy hónaptól egy évig tarthat. Ezt követően egy helyreállító műtétet végeznek. Nagyon alacsony elhelyezkedésű rektumkarcinómák műtéti kezelésekor szükség lehet az anorektum teljes eltávolítására, beleértve a záróizomzatot is, ilyen esetben végleges sztóma készítésére kerül sor. A sztóma a gyakorlatban a bőrön egy néhány centiméter átmérőjű nyílás kialakítását jelenti, amely a tápcsatorna adott, megnyitott szakaszával teremt összeköttetést a külvilág felé. Alakja rendszerint kerek, de ovális is lehet. Színe a szájüreg nyálkahártyájához hasonlít. Közvetlenül a műtét után duzzadt, ödémás, és mintegy nyolc hét után éri el végleges alakját. Mivel a sztóma nem rendelkezik záróizom funkcióval, a székletürítés akarattól függetlenül, a bélmozgásoknak megfelelően történik. A különböző szakaszokon kialakított nyílások szerepe a megfelelő tápcsatornaszakasz korábbi funkciójától függ. A colosztómákon a normál székletkonzisztenciának megfelelő tartalom ürül naponta egy-két alkalommal. A vékonybélben történő kivezetésen akár három-hat óránként kell a sztómazsákot üríteni. Ez a só- és vízháztartás terhelése szempontjából fokozott figyelmet igényel, növeli az ásványianyag- és folyadékszükségletet.

## **AZ ILEO-, COLO- ÉS UROSZTÓMA SZAKÁPOLÓI VONATKOZÁSAI**

BALOGHNÉ MÁRTON ERZSÉBET

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

A civilizációs és daganatos betegségek, ezek közül is főként az emésztő és bélrendszer betegségeinek előfordulása az elmúlt évtizedekben egyre nagyobb számban fordulnak elő. Ezekben a betegségben szenvedő embertársainknál a túlélés esélye lehet, ha ún. vendégnyílás készítésére kerül sor. A sztóma azonban súlyosan megváltoztathatja a betegek életminőségét. Az egészségügyi szakdolgozók fontos feladata, hogy a megváltozott testképet mihamarabb elfogadtassák, az életminőség változását pedig minimálisra csökkentsék. A beteg ember visszaállítása a munkájába, a társadalomba rendkívül összetett feladat. A cél érdekében meg kell nyerni a beteget és a beteg családját, ehhez pedig olyan minőségű szakápolói feladatot kell végezni, hogy ez a visszatérés megtörténhessen. A szakápolói feladatok ellátásához ma már rendkívül gazdag termékválaszték áll rendelkezésünkre, a sztómával élő ember „másságát” az embertársai előtt teljesen elrejtheti. Az ápolóknak meg kell tanulniuk a termékek sokaságából választani, ismerniük kell a különböző típusú sztómák ellátásának szabályait, a szakdolgozóknak fel kell készülniük, és a betegeket is fel kell készíteniük a lehetséges problémákra, szövődmények kialakulására, illetve azok csökkentésére, elhárítására. Már a sztómaképző műtét előtt szükséges és indokolt a beteg felkészítése a megváltozott körülményekre. A műtét után sztómaterápiás tanfolyamot végzett ápolók a sztóma gondozásával, életmódbeli és étrendi javaslatok információival segítik a beteget és a családját a változások elfogadásában. Sajnos, sok esetben azonban a család hiánya vagy a betegség súlyossága miatt nem képes a beteg ellátni magát és a sztómáját. Ezekben az esetekben a szakdolgozók hozzáértésén múlik a szövődmények megelőzése, a sztóma funkciójának megtartása.

## **SZTÓMÁS BETEGEK TÁPLÁLKOZÁSA, TÁPLÁLÁSA ÉS ÉTRENDJE**

LELOVICS ZSUZSANNA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

A sztómával élők visszamaradt bélrendszere általában egy év alatt alkalmazkodik a megváltozott viszonyokhoz. A sztómás betegek diétája személyre szabott, ami függ attól, hogy mi volt a műtétet indokló alapbetegség, mekkora és melyik bélszakaszt távolították el, valamint a megmaradt bélszakasz egészséges-e, változhat a diéta jellege. A nem javasolt élelmiszerek nem jelentenek tiltást, inkább arra figyelmeztetnek, hogy pl. egy tervezett társasági program előtt lehetőleg ne fogyasszon azokból az élelmiszerekből, melyek kellemetlen tüneteket okozhatnak.

A **diéta célja:** alkalmazkodni a megváltozott anatómiai, élettani viszonyokhoz, a megfelelő tápláltsági állapot elérése és fenntartása, a megfelelő mennyiségű folyadék pótlása, a széklet konzisztenciájának (állagának) és ürülési gyakoriságának befolyásolása. Minőségileg és mennyiségileg megfelelő tápanyagbevitel (fehérje, zsír, szénhidrát, vitamin, ásványi anyag, nyomelem, víz), változatos, ízletes, minél többféle táplálékból álló, minél kevesebb panaszt okozó étrend kialakítása, bélgázképződés csökkentése, a táplálkozásból adódó szagképződés elkerülése, a széklet konzisztenciáját befolyásoló élelmiszerek megválogatása, napi négy-öt étkezés, valamint rendszeres, azonos időben történő étkezés. A diéta összeállításánál figyelembe kell venni az alapbetegséget, mely indokoltá tette a műtétet, valamint az egyéni érzékenységet is.

A **sztómaműtét utáni diéta:** A műtét után a sztóma hat-nyolc hétig duzzadt. Ez alatt az idő alatt a sztóma átteresztőképessége és belső átmérője csökkent, így bizonyos ételek elzárhatják a nyílást. A legelső napokban teát, tápszert (a dietetikus vagy az orvos választja ki), majd pépes salakszegény, kímélő fűszerezésű, nem puffasztó ételeket javasolunk. A fokozott folyadékpótlásra azért van szükség, mert a vastagbélben történik a folyadék visszaszívása a béltartalomból, és a vastagbél hiánya esetén, fokozott folyadékvesztéssel kell számolnunk. Később a szervezet alkalmazkodik a megváltozott viszonyokhoz, és fokozott szomjúságérzettel szabályozza a folyadékbevitelt.

A **diéta jellemzői:** *illeosztóma* esetén a fehérjebevitel: 1,2–1,8 g/ttkg, csökkent zsírbevitel: 0,5–0,8 g/ttkg, bő szénhidrátbevitel: 5–6 g/ttkg, durva rostban és egyszerű cukrokban szegény, tejcukormentes. Bőséges folyadékbevitel (2,5 l/nap). Gáz- és szagképző, dugító hatású ételek kerülése. *Kolosztóma* esetén a fehérjebevitel: 1,2–1,8 g/ttkg, csökkent zsírbevitel: 0,5–0,8 g/ttkg, bő szénhidrátbevitel: 5–6 g/ttkg, durvarostban szegény, az egyszerű cukrok tekintetében nincs megszorítás, a laktózbevitel a tűrőképességtől függ. Bőséges folyadékbevitel (2,5 l/nap). Gáz- és szagképző, dugító hatású ételek kerülése. *Tápanyagszükséglet (optimális testtömegre vonatkoztatva):* energia: 2500–3000 kcal; fehérje: 70–100 g; zsír: 30–50 g és szénhidrát: 300–360 g.

## JOGSZABÁLYI HÁTTÉR SZTÓMÁVAL TÖRTÉNŐ ELLÁTÁS ESETÉN

BENKŐ TÍMEA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

Minden beteg, aki valamely élettani funkcióját, testrészét elveszíti, életminőségében változás áll be, másként éli meg ezeket a történéseket. Az életminőségbeli változást élik meg a sztómával történő ellátását követően a betegek, nekünk pedig az a célunk, hogy ezt a folyamatot minél könnyebben éljék meg. A sztómával ellátott betegek esetén is a rehabilitáció a cél. Célkitűzésünk a közösségben való élet biztosítása. Tevékenységünket nagyon szoros jogszabályi kötöttség kíséri. A megfelelő segédeszközökkel történő

ellátás során a szakmai tevékenység mellett elengedhetetlen fontosságú, hogy tisztában legyünk ezekkel a jogszabályi kötöttségekkel, előírásokkal. Kinek lehet használni, mit lehet rendelni, mennyit, mikor, meddig? Mit jelent a betanítás, hogyan jár el, mit ír elő ezzel kapcsolatban a hatályos rendelkezés? A sztómával élőknek napi egy sztómazsák írható fel három hónapra (vagy 150 darab) 98%-os társadalombiztosítási támogatással. A felíráshoz szükséges szakképesítési követelmény: sebészet, gyermeksebészet, urológia, klinikai onkológia, sugárterápia, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció (mozgásszervi), szülészet-nőgyógyászat, gyermeknőgyógyászat. A kihordási időre rendelhető mennyiség egy sztómára vonatkozik. Tápcsatornán kialakult fisztula esetén nyitott sztómazsákból naponta egy darab rendelhető. A kihordási időre azonos eszköz többféle típusa is rendelhető azzal a megkötéssel, hogy ezen eszközök együttes mennyisége nem haladhatja meg bármelyik típusú eszköz rendelhető mennyiségét. Bentlakásos intézményben élő személyekre vonatkozóan a 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet az irányadó. Ez alapján a gyógyászati segédeszköz ellátása körében a bentlakásos intézmény feladata a vényre felírt testtávoli eszköznek az intézmény költségén, a testközeli segédeszköznek az ellátott költségén történő biztosítása. Ha a testközeli segédeszköz költségeinek viselésére az ellátott jövedelmi helyzete alapján nem képes, akkor a bentlakásos intézmény viseli az ellátást igénybe vevő teljes költségét, ha az ellátást igénybe vevőnek a személyi térítési díj megfizetése után fennmaradó havi jövedelme nem haladja meg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének meghatározott százalékát.

## **KORSZERŰ SZTÓMATERÁPIÁS SEGÉDESZKÖZÖK**

FODOR ANDRÁS

Dansac, Hollister Kft.

Jelenleg mintegy 14 000–15 000 személy él sztómával Magyarországon. Ahhoz, hogy a sztómaképzés miatt megváltozott élethelyzetükben a lehető legjobb rehabilitációt érhessük el, meg kell ismerni az adott sztómaviselő egyedi igényeit, életmódját és életkörülményeit. Ezek, és természetesen a bőr és a sztóma típusának, elhelyezkedésének, alakjának figyelembevételével kell a megfelelő eszköz/öke/t, kiválasztani. Szerző ismerteti a sztómaterápiás eszközök fejlődését. Bemutatja azokat a műszaki, technikai szempontokat, amelyeket az eszközök kiválasztásánál figyelembe kell venni. Részletesen foglalkozik a tapadófelületekkel, a zacskókkal, a szűrőkkel szemben támasztott elvárásokkal. Mindezekre azért van szükség, hogy megfelelően érzékeltetni tudjuk, hogyan segítik az eszközök műszaki adatainak az ismerete a legalkalmasabb segédeszköz kiválasztását. Végül a sztómaterápiában szükséges kiegészítők és egyéb gyógyászati segédeszközök, valamint a hazai társadalombiztosítási támogatás idevonatkozó anyagainak ismertetésére kerül sor.

## ÁPOLÓK NEMZETKÖZI NAPJA

### Szakdolgozói továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. május 12

## MINŐSÉGELVŰ KÓRHÁZI POINT-OF-CARE-TESTING (POCT) DIAGNOSZTIKAI RENDSZER KIALAKÍTÁSA

JÓZSEF TIBOR

Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Laboratórium, Kaposvár

Célunk a betegközeli diagnosztikai szolgáltatások szervezésére kompetens kórházi testület létrehozása és a hazai betegágy melletti diagnosztika (point of care testing, POCT) irányelv szempontjait figyelembe vevő működési modell kialakítása kórházunk kiválasztott osztályainak bevonásával. Ennek keretében POCT irányítási csoport (management, szakmacsoportok, ápolási csoport, kórházi IT-csoport képviselői, a Központi Laboratórium osztályvezetője, POCT-koordinátor) és POCT operatív csoport (POCT-koordinátor, osztályos POCT-felelősök, felhasználók) létrehozása. Ágymelletti/betegközeli vércukorszint meghatározáshoz a korábban már használatban levő vércukormérőknél túl 16 Cobas ACCU-CHEK Inform II vércukorszint ellenőrző rendszer kihelyezése történt 16 osztályra/részlegre. A rendszer a hozzá tartozó informatikai programmal egységet alkot, lehetővé téve a mérési eredmények rögzítését, utólagos visszakereshetőségét, a mérést végző azonosítását, a készülékek rendszeres kontrollálását, karbantartását – azaz teljes körű minőség-ellenőrzést biztosít. A POCT-koordinátor és POCT-felelősök feladatainak bemutatását is célul tűztük ki. A Sürgősségi Betegellátó Centrumban, az intenzív osztályon és a Pulmonológiai Osztályon működő vérgázanalizátorok mellett vizelet-, székletvér-tesztek állnak rendelkezésre kórházunkban a POCT-diagnosztikában. Szeretnénk egy hatékonyabban működő, áttekinthetőbb rendszert alkotni, melyben a technikai háttér segítségével gyorsabbá, pontosabbá, követhetőbbé válik a diagnosztika és a gyógyítás, valamint az adatokhoz való hozzáférést, visszakeresést is könnyebbé tudjuk tenni.

## AZ ASSZISZTENSEK SZEREPE A KLINIKAI VIZSGÁLATOKBAN

GÁRDONYI MIHÁLY

Kaposi Mór Oktató Kórház, Belgyógyászati Osztály, Kaposvár

Az utóbbi években ugrásszerűen megszorodtak az újonnan bevezetésre szánt gyógyszerek embereken végzett ellenőrző vizsgálatait a magyarországi kórházakban, klinikákon. A klinikai vizsgálatok kivitelezése csak jól

együttműködő csapatmunkában lehetséges. A study minden résztvevőjének előre meghatározott, írásban rögzített feladata, illetve kötelessége van. A vizsgálat lefolytatásáért felelős orvos a vezető kutató, és a szintén orvos társkutató. A study nurse a felelős orvosokkal együttműködve látja el a klinikai vizsgálathoz kapcsolódó szakápolói teendőket. A vizsgálat indulásakor az ápoló feladatait, jogait, (pl. aláírási jogait) pontosan írásban rögzítik, és ő aláírásával vállalja a rábízott feladatok ellátásáért a felelősséget. Szerző részletesen bemutatja az asszisztensek feladatait, a klinikai vizsgálatokban történő aktív részvételüket. Elemzi azokat a kvalitásokat, amelyekkel rendelkeznie kell, illetve legjobb esetben rendelkezik az asszisztens.

## **LOCKING COMPRESSION PLATE (LCP). SZÖGSTABIL INPLANTÁTUMOK ÉS INSTRUMENTÁRIUMOK**

FÖLDI MÁRTA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Műtő, Kaposvár

A szögstabil rendszerek új kihívást jelentenek a műtősnők munkájában. Az új technika magával hozta azokat az új implantátumokat és instrumentáriumokat, melyeket és azok használatát készség szinten ismerni kell. Ismertetem a széles paletta néhány olyan elemét, mely a napi gyakorlatban fontos lehet. Az előadás kitér azokra az új eszközökre, melyek a meglévők mellett használatba kerültek, mivel a dinamikus kompressziós lemezeket és a szögstabil rendszereket felváltotta az úgynevezett „kombilyukas” lemezelési technika. A 2010. évben újabb forradalmi áttörés történt: megjelent a variábilis lyuk a lemezeken, mellyel újabb lehetőség került a sebészek kezébe, ugyanis a kicsi tört darabok rögzítésére még nagyobb lett az esély. Az előadás végén rövid történeti áttekintést adok a lemezek fejlődéséről.

## **AGYDAGANATOS BETEGEK ÁPOLÁSA**

SZIGETI ANNAMÁRIA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

Napjainkban a MP agyi metasztázisban szenvedő betegek aránya emelkedőben van. Ennek fő oka, hogy az onkológiai kezelések (kemoterápia) fejlődésével a betegek tulajdonképpen megélik az agyi metasztázisok kialakulását. Speciális ápolói feladatokat igényelnek. Előadásomban összefoglalom a MP agyi metasztázisok megjelenési formáit, vezető tüneteit, a fő ápolói feladatokat. A terápiás betegoktatásnak, a hozzátartozók oktatásának kiemelt jelentősége van.



## **NEM VAGY EGYEDÜL, AVAGY AZ ELSŐ DUNÁNTÚLI PSORIASIS KLUB BEMUTATÁSA**

FARKAS IDIKÓ

Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A bőrgyógyászati betegségek egyik legjelentősebb csoportját a psoriasis alkotja. A betegség súlyossága, gyakorisága és krónikus volta mind a társadalom, mind a betegek számára jelentős terheket ró. Magyarországon 140–200 ezerre tehető a pikkelysömörben manifeszt módon, vagy látenszen érintettek száma. A hagyományos lokális és szisztémás kezelések, illetve a legújabb biológiai szerek bevezetésével számos lehetőségünk nyílik a bőr tüneteinek kezelésére, de legalább ennyi figyelmet kellene szentelnünk a betegek pszichés állapotára, illetve a társadalomból való kirekesztettség érzésének megszüntetésére. E célból alapítottuk meg a Dunántúlon elsőként 2008. november 14-én a kaposvári psoriasis klubot, ahol megfelelő szakemberek bevonásával a legújabb kutatási eredményekről, kezelési módokról tájékoztatjuk az érintetteket, valamint az egészséges életmódra történő neveléssel együtt küzdünk a beteg tünetmentes időszakának meghosszabbításáért és a kiújulás illetve a szövődmények elkerüléséért. Előadásomban ismertetem az elmúlt két év aktív munkáját, a tagok betegségtudatának pozitív irányba történő elmozdítását, a többi magyarországi klubbal való kapcsolattartást, az eddig elért eredményeinket és a jövőbeni célokat.

## ONKOLÓGIAI AKTUALITÁSOK A HÁZIORVOSOK SZEMSZÖGÉBŐL

Háziorvosoknak meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00239) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. május 20.

### AZ ONKOLÓGIAI ELLÁTÁS AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

GYÓRFY KÁROLY

Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

#### *Daganatos megbetegedések*

Népbetegség, a kardiovaszkuláris megbetegedések után a második helyen áll. 2010-ben az új daganatos megbetegedések száma 69 262, a halálozás 32 536 volt.

Férfi: tüdő-, colorectalis, fej-nyaki tumorok.

Nő: emlő-, colorectalis-, tüdőtumor.

2010-ben felfedezett és bejelentett új rosszindulatú daganatok száma:

Férfiak:

Hörgő és tüdő rosszindulatú daganata: 6669

Colorectalis rosszindulatú daganatok: 5204

Fej-nyaki rosszindulatú daganatok: 3926

Nők:

Emlő rosszindulatú daganattal: 7368

Colorectalis rosszindulatú daganatok: 4467

Hörgő és tüdő rosszindulatú daganata: 4006

#### *Prevenció*

Primer prevenció (felvilágosítás, életmód, táplálkozás) - olcsó

Élvezeti cikkek.

Drága: környezet átalakítás (víz, levegő, talaj)

Szekunder prevenció: a szűrés (megelőzés, korai felismerés) formái: egyéni, csoportos, nemzeti. Jelenleg nemzeti szűrőprogram: cervix, emlő. Lehetne: colorectalis (széklet teszt, endoscopos). Proszтата (PSA), melanoma.

#### *Kezelési lehetőség rosszindulatú daganatos megbetegedésekben*

Sebész, sugár-, kemoradioterápia (rectum-, pancreas-, nyelőcső-, fej-nyak, hólyagtumor).

Gyógyszeres, cytostatikus. Célzott biológiai (monoklonális antitestek).

(VEGF angiogenesis gátló) colorectalis, emlő-, tüdő (adenoc.) daganat palliatív kezelésében. Herceptin (trastuzumab).

EGF epidermalis növekedési faktor gátló).

Emlőrák adjuvans és palliatív kezelésében.  
Célzott biológiai és citosztatikus kombináció (emlő, colorectalis).  
Immunterápia: interferon (melanoma, vesesejtes carcinoma).  
BCG hólyag tumor instilláció.  
Hormonterápia: emlő-, prosztatadaganatok, méhtestdaganatok.

## **FEJ-NYAK TUMOROK: SZŰRÉS, DIAGNOSZTIKA, ELLÁTÁS**

SŐRÉS KATALIN

Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

Etiológia: dohányzás, alkoholfogyasztás, tartósan rossz szájhigiéné, carcinogének szerepe.  
HPV vaccináció lehetséges szerepe.  
Histológia: számtalan entitás, leggyakoribb a carcinoma planocellulare.  
Genetika: prognosztikai génexpressziós változások fej-nyak laphámrákban.  
Fej-nyak daganatok progressziója összehasonlítva egyéb solid tumorokéval.  
Prognosztikai tényezők: anatómiai lokalizáció, tumorméret, hormonális környezet, lokális invázió, angiogenezis, genomika szerepe.  
Diagnosztika: FOG-szakvizsgálat, mintavétel módjai, radiológiai módszerek.  
Fej-nyak daganatok terápiája: sebészi, radioterápia, kemo-radioterápia, kemoterápia, target kezelés.  
Supportáció jelentősége, módjai.  
Fej-nyak daganatos betegek ellátása osztályunkon, a fenti ismeretek átültetése a gyakorlatba.

## **NEOADJUVÁNS KEZELÉSEK**

PÉCSI BALÁZS

Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

A klasszikus onkológiai ellátások folyamatos változásokon mennek keresztül. Nemcsak a hatóanyag-paletta bővül, de a felhasználás módja is változik. Korábbi megfigyelésből, melyet az irrezekábilis, lokoregionálisan előrehaladott tumorok gyógyszeres vagy kombinált (sugárterápiás és gyógyszeres) kezelésével elért, a radikális sebészi ellátást és tartós lokoregionális kontrollt biztosító eredményeivel nyertek, nőtte ki magát a neoadjuvans terápia (más néven primer szisztémás kezelés). Ma már nemcsak egyes irrezekábilis tumorok ellátásában alkalmazzuk, hanem a helyileg előrehaladott tumorok, a kemoterápiára bizonytalanul reagáló vagy nagy rizikójú daganatok esetén is. A neoadjuvans kezeléssel elért dowstaging (stádium csökkenés) illetve downsizeing (tumorméret-csökkenés) megkönnyítheti a műtéti ellátást, több szervkímélő műtetre ad lehetőséget. A klasszikus adjuvans kezelések, melyeket

makroszkópos tumormentesség idején végzünk nem adnak gyors bizonyítékot a kezelés hatékonyságára vonatkozóan, csupán a relapszus megjelenésének ideje minősíti azokat – utólag. A neoadjuváns kezelés során azonban in vivo bizonyítható az adott gyógyszer vagy gyógyszeres kombináció hatékonysága, megerősítve ezzel a jó terápiás döntést, vagy megadva a lehetőséget a nem kellően hatékony kezelés időben történő leváltására.

Jelen gyakorlatban az emlő- és rektumtumrok ellátásában tekinthető napi gyakorlatnak a neoadjuváns kezelés, de egyre gyakrabban vetődik fel tüdő-, nyelőcső-, gyomor- és hasnyálmirigy-daganatok esetében is. Fogalmilag ugyan palliatívnak nevezzük, a gyakorlat szempontjából neoadjuvánsnak tekinthető a tervezett metasztazektómiák előtt végzett szisztémás kezelés is.

Emlőtumrok esetében elsősorban a lokoregionális kiterjedt (cT3–4 és/vagy cN2) daganatok esetében végzünk neoadjuváns kezelést. Az előzetes szövettani mintavétellel megszerzett adatok alapján az adjuváns döntéssel azonos terápiás döntési séma szerint választjuk ki az optimális kemoterápiás kombinációt, melynek hatékonyságát minden 3 ciklus után lemérjük. Amennyiben a kívánt regressziót elértük, a beteget műtéti ellátásra irányítjuk. Nemzetközi adatok alapján a neoadjuváns kezeléssel emelhető az emlőmegtartó műtétek aránya. Viszont a hónalji nyirokcsomóírtás, amennyiben ott áttét volt gyanítható, ebben az esetben nem váltható ki a „kíméletes” őrszem-nyirokcsomó mintavételre. Amennyiben a tervezett kemoterápiás regimeből (4–8 ciklus) nem került minden a műtét előtt leadásra, akkor azt műtét után komplettáljuk.

Végbéldagantok esetén a környezetre való terjedés (cT3) és/vagy a környéki nyirokcsomók érintettsége (cN1-2) a neoadjuváns kemoradioterápia indikációja. A tervezett sugárkezelés alatt parenterális vagy per os kemoterápiával potenciózzuk a sugárterápia hatékonyságát. A sugárkezelés után 6–8 héttel végezhető el a rezekciós műtét. Amennyiben a sphincterközeli tumor mérete érdemben csökkenthető, úgy kellő távolság esetén a záróizom megkímélhető, a sztómaképzés elkerülhető. A végbéltumrok neoadjuváns kemoradioterápiája kb. 1/3-dal csökkenti a helyi kiújulás lehetőségét.

A fenti logikát követve, vélhetően – további ismeretek és bizonyítékok megszerzését követően – újabb szervi tumrok kezelésében válik protokoll-szerűvé a neoadjuváns kezelés.

## **PROSZTATATUMOROK**

SOMOGYINÉ EZER ÉVA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai Osztály, Kaposvár

A várható élettartam növekedésével párhuzamosan nő a prosztatatumorok gyakorisága, mivel jellemzően az időskor betegsége. A téma aktualitását a háziorvosi továbbképzésen részben ez, részben az a furcsa gyakorlat adja, hogy nem feltétlenül szükséges minden betegnek daganatellenes kezelés.

Az előadás ismerteti az epidemiológia adatokat. A diagnózis felállítása szempontjából a betegeket két csoportra osztjuk: a panasz alapján felfedezett betegek és szűréssel kiemelt betegek. A szűrés létjogosultságáról a nemzetközi szakirodalom is megosztottan nyilatkozik.

Részletezzük a prosztataspécifikus antigén- (PSA) vizsgálat mint szűrés nehézségeit. A magunk részéről a szűrést támogatjuk. A diagnózis felállítása után a csak szervre lokalizált prosztatatumor esetében elengedhetetlen a kockázatbecslés. A kockázatbecslés adatai, a társbetegségek és a beteg életkora alapján döntünk a terápiáról. A társbetegségek feltárásában a háziorvosok aktív együttműködését várjuk. Így fordulhat elő, hogy egy kis rizikójú prosztatatumor esetében, ha nagyon idős vagy az életkilátásokat lerövidítő társbetegségek ismertek, nem javasolunk daganatellenes kezelést, csak a megfigyelést választjuk. A potenciálisan kuratív kezelések közé a radikális prostatectomia és definitív irradiáció tartozik. A két egyenértékű kezelés közül sokszor a beteg választhat, ehhez ismernie kell mindkét kezelés mellékhatásait. A nem kuratív kezelés a hormonkezelés. Kitér az előadás ennek mellékhatásaira is. Végezetül a csontáttétek és hormonrezisztenssé vált prosztatatumorok kezelése a téma.

Az előadás célja, hogy a háziorvos kollégák is aktívan tudják támogatni a prosztatatumoros betegek kezelését, illetve a szűrések szervezését.

## A RITMUSZAVAROK KORSZERŰ SZEMLÉLETE ÉS KEZELÉSE

Családorvosoknak, gyermekgyógyász, pulmonológus, belgyógyász, kardiológus, oxológia és sürgősségi orvostan szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00231) - szabadon választható - továbbképzés a MKT Aritmia és Pacemaker Munkacsoportja valamint a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Mosdós, 2011. június 3.

## SOMOGYORSZÁG AZ EZREDFORDULÓN, A KARDIOLÓGIA KÉT ÉVTIZEDE

ROSTÁS LÁSZLÓ<sup>1</sup> - ANTAL KÁROLY<sup>1</sup> - FRIDRIK GÁBOR<sup>1</sup> - VILHELM ERIKA<sup>2</sup> - Somogy megye házi orvosai<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Egység I, Mosdós

<sup>2</sup> Kaposi Mór Oktató Kórház, Igazgatási Osztály, Kaposvár

<sup>3</sup> Balatonboglár, Balatonlelle, Balatonszemes, Kaposfő, Kaposvár, Mosdós, Nagyatád, Pusztakovácsi, Somogyjád

A szerzők Somogy megye népességi és kardiovaszkuláris mutatói alapján vázolják a kardiológia két évtizedét. A szerzők a betegadatokat a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) és a kórházuk informatikai adatbázisából nyerték.

**Népesség:** Somogy megye az ország legritkábban lakott megyéje (népsűrűsége 53/km<sup>2</sup>), ugyanakkor a lakosság fele (kis) falvakban él. Az összlakosság fokozatosan csökken, a 65 év felettek aránya viszont egyre emelkedik.

**Epidemiológia:** Somogy megyében az 1990-es évek óta a kardiovaszkuláris halálozásban nem következett be jelentős változás, továbbra is az összhalálozás több mint 50%-a. Az ischaemiás szívbetegségben szenvedő betegek száma viszont egyre nő, és a mortalitásuk - növekvő tendenciát mutatva - meghaladja az országos átlagot. A 45-64 év közötti népesség körében a kedvezőtlen változás különösen az utóbbi tíz évben figyelhető meg. A stroke okozta mortalitás szintén nagyobb Somogy megyében, mint az országos. A háttérben gyakran pitvarfibrilláció áll. Figyelemre méltó a megye házi orvosaival végzett, 28 ezer felnőtt lakost magába foglaló felmérés eredménye. Az derült ki, hogy a pitvarfibrilláló betegek aránya meghaladja az országos átlagot A megyét reprezentáló 2,6%-os prevalenciával szemben Kaposváron 3,5% az előfordulás. A kardiológiai rehabilitációs osztályon a hatvan év feletti betegek egyharmadának volt pitvarfibrillációja.

**Diagnosztika - új lehetőségek:** A fejlődést jól tükrözi a magas színvonalú diagnosztikai lehetőséget nyújtó coronaria-CT és kardiovaszkuláris-MR.

**Jövő:** A megye vezető belgyógyászai és kardiológusai a coronaria interventio iránti igényt 1993-94-ben már megfogalmazták, de a megvalósítás csak a

jelenben nyert realitást. A coronaria betegek Kaposváron történő invazív ellátása kardiológiai rehabilitáció kiterjesztését is maga után vonja.

**Feladatok:** Az egészségnevelés, a beteg educatio, továbbá az orvosok rendszeres továbbképzése segítheti a veszélyeztetett populáció időben történő kiválasztását és megfelelő kezelését. Ugyanakkor nem hagyhatók figyelmen kívül az extramedicinális tényezők sem.

## **AKTUALITÁSOK A PITVARFIBRILLÁCIÓ DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS TERÁPIÁJÁBAN, 1. STROKE MEGELŐZÉS**

CSANÁDI ZOLTÁN

Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Kardiológiai Klinika, Debrecen

Néhány évtizede megtalálták a pitvarfibrillációban szenvedők embolia prevenció eszközét, a walfarint. A gyógyszer mintegy egyharmadára csökkentette a cardiogen embolia kockázatát a kezelésre alkalmas személyek körében. Sajnos, a walfarin kezelés veszélye, valamint INR-mérésen alapuló interaktív orvos-beteg együttműködés mozgásképességét, mentális képességeket és bizonyos logisztikai követelményeket is feltételező volta miatt csak a walfarin indikációval rendelkező betegek fele szed walfarint pitvarfibrillációban. A walfarint szedők mindössze mintegy fele van terápia INR-tartományban. Nem igazán vizsgálták, de más K-vitamin-antagonista is megfelelő hatású ebben a betegségben. Az aszpirin, illetve aszpirin-clopidogrel vérlemezkégtató kezelés ugyan rendre alulmaradt a walfarinhoz képest, de nem volt teljesen hatástalan. Az a valószínű, hogy a vérlemezkégtatók a nem szívüregi, nem pitvarfibrillációs eredetű, hanem atherosclerotikus stroke-ok kivédését végzik, mely események az idős polimorbid pitvarfibrilláló betegeken azért éppúgy előfordulnak. Az újabb, már nagy vizsgálatokban is a K-vitamin-antagonistákkal legalább hasonló hatékonyságúnak (non inferior) bizonyult szerek (Xa-faktor gátlók, trombin inhibitorok) pontos szerepének és alkalmazhatóságának a kimunkálása is a következő ajánlások feladata lesz.

## **AKTUALITÁSOK A PITVARFIBRILLÁCIÓ DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS TERÁPIÁJÁBAN, 2. ESZKÖZÖS KEZELÉS**

SIMOR TAMÁS

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szívgyógyászati Klinika, Pécs

A ritmuskontroll nem gyógyszeres lehetősége a bal pitvari transzkatóter abláció, ami sikertelen antiaritmiás gyógyszeres próbálkozás után, elsősorban fiatalabb betegeken, a lone, a paroxysmális formákban kínálnak egyre

hatékonyabb alternatívát. Lényeges strukturális szívbetegség hiányában antiaritmiás gyógyszeres próbálkozás előtt is végezhető katéteres beavatkozás IIb erősségű ajánlás alapján, csakúgy, mint strukturális szívbetegség esetén a pitvarfibrilláció bármelyik formájában, amennyiben a gyógyszeres kezelés nem kontrollálja megfelelően a tüneteket.

## **ÚJ SZEMPONTOK A SZÍVELÉGTELENSÉG KEZELÉSÉBEN, 1. A SZÍVELÉGTELENSÉG TERÁPIÁJA**

GELLÉR LÁSZLÓ

Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ, Kardiológiai Osztály, Budapest

Az elmúlt években befejeződött és a nagy nemzetközi (európai és amerikai) kongresszusokon bemutatott tanulmányok nem hoztak jelentős áttörést az akut, illetve a diasztolés szívelégtelenség diagnosztikájában és kezelésében. A krónikus szisztolés szívelégtelenség terápiájára vonatkozóan azonban számos érdekes, új adat látott napvilágot. Ezek közül mutat be néhányat az előadás, a teljesség igénye nélkül. A krónikus szisztolés szívelégtelenség gyógyszeres kezelését illetően történtek vizsgálatok a szívelégtelenség kezelésében már korábban is alkalmazott jól bevált gyógyszerekkel, illetve gyógyszeres csoportokkal (pl. az aldosteron receptor antagonistá eplerenonnal – EMPHASIS-HF-vizsgálat), valamint olyan hatóanyagokkal, melyek alkalmazása mindeddig szívelégtelenségben nem volt irányelvek által meghatározott (pl. ivabradin – SHIFT-vizsgálat, aliskiren – ASPIRE-vizsgálat). A krónikus szisztolés szívelégtelenség eszközös kezelése vonatkozásában az elmúlt években felgyorsultak az események.

## **ÚJ SZEMPONTOK A SZÍVELÉGTELENSÉG KEZELÉSÉBEN, 2. RESZINKRONIZÁCIÓS KEZELÉS, ICD**

MELCZER LÁSZLÓ

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szívgyógyászati Klinika, Pécs

A reszinkronizációs kezelés (CRT) az intraventricularis vezetési zavarral szövődött szívelégtelenség hatékony kezelési módja, mely a hagyományos kezelési módokon felül – gyógyszerek, inplantálható defibrillátor – a morbiditást és mortalitást csökkenti. Széles körű alkalmazását továbbra is nehezíti a nonresponder betegek nagy, 30% körüli aránya. Az European Society of Cardiology a reszinkronizációs ajánlás felújítása mellett döntött a közelmúltban publikált nagy nemzetközi tanulmányok és metaanalízisek eredményei alapján. Újdonság a korábbi ajánlásokhoz képest, hogy a tanulmányok beválasztási kritériumai helyett a vizsgálatokban ténylegesen



részt vevő betegek adatait vették figyelembe, mivel ezek egyes esetekben jelentősen különböztek: a MADIT-CRT-vizsgálatban a NYHA I-II funkcionális stádium volt beválasztási kritérium, de a betegek mindössze 15%-a volt NYHA I; az al csoport-analízisben a beválasztáshoz szükséges legalább 130 ms-os QRS ellenére jelentősebb javulás csak a legalább 150 ms-os QRS-sel rendelkező betegeknél volt megfigyelhető.

## ZAVART ÉS DEMENS BETEGEK ÉSZLELÉSE KÓRHÁZBAN ÉS OTTHON

Háziorvosoknak, sebész, belgyógyász, sürgősségi szakorvosoknak és valamennyi szakorvosjelöltnek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00235) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. október 10.

## ZAVART ÉS DEMENS BETEGEK ÉSZLELÉSE KÓRHÁZBAN ÉS OTTHON

SOMOSKÖVI CSILLA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár

### *Demens betegek kezelése*

#### *1. Demenciák etiológiája, felosztása*

- Etiológiának megfelelően gyakoriság és tünettan ismertetése, társulóorganikus tünetek kivizsgálása, tisztázása, pl. deliriosus tudatzavar differenciáldiagnosztikája.
- Pseudodemencia, egyéb demenciát utánzó és okozó kórképek differenciálása, pl. trauma, tumor, metabolikus zavarok, endokrin zavarok, agyi térfoglalások, infekciók.

#### *2. Demenciák kezelése*

- Bio-pszicho-szocio terápiák.
- Öregedés fiziológiás és presenilis folyamata.
- Gyógyszer metabolizáció időskori változásai (neurotranszmitterek mennyiségi változása, receptorhelyek intrinsic változásai, farmakokinetika módosulása, adott betegség lefolyásának morfológiai jellegzetességei megváltoznak).
- Kiválasztás lassulásával a csökkent elimináció fontos a dozírozásban. Plazma-proteinszint, lipidszint meghatározza a szerek kötődését.
- Gasztrointesztinális rendszer épségéhez kötött az elégséges felszívódás.

A kezelésnél a fentiek figyelmebevételével mérlegelendő a hatás-mellékhatás arány, mindig tisztázandó az organikus háttér. Egyéni dózis beállítás fontossága, kisebb dózissal indítva az adagolást.

*a) Causalis kezelések tisztázott demens kórképek esetében, pl. Alzheimer-kór.*

*b) Tüneti kezelések.*

*a) Alzheimer és kevert demencia esetén: Donezepil-készítmények, rivastigmin, memantin. Agyi keringés javítására adható petoxifyllin, vinpocetin, piracetam, ginkgo készítmények.*

b) Nyugtalanág esetén tüneti terápia: tiaprid, kis adagban clonazepam, buspiron, carbamazepine, valproát. Kerülendő: barbiturát, hosszú felezési idejű benzodiazepin, pipolphen, meprobamat.

- Pszichotikus állapot esetén fontos az organikus háttér tisztázása, korábbi személyiség és környezet feltérképezése.

*Kezelése* risperidonnal, quetiapinnal, kis mennyiségű haloperidollal, lassan titrálva a megfelelő dózist, folyamatosan monitorozva a szomatikus paramétereket, esetleg fellépő mellékhatásokat. Gyakran kerül sor kényszerintézkedésre, kórházi kezelésre. Lehetőség szerint depot készítményre állítjuk a hiányzó betegség-belátás esetén.

- Hangulatzavar, depressziós állapot: agitáltság háttérében gyakran nihilisztikus gondolatok, latens szuicid késztetések.

*Kezelés:* SSRI antidepresszánsok, moclobemid adása.

**Összegzés:** Demencia esetén minden esetben tisztázni az organikus hátteret, fontos a kliens szoros megfigyelése, viselkedés és személyiségváltozás észlelése. Gyógyszeres kezelés során egyéni dozírozás, átlagos adag egynegyedével indítva, folyamatosan titrálva, figyelembe véve a kliens szomatikus állapotát, egyéb organikus paramétereit. Gyógyszer adagolása kontroll mellett, pszichoedukáció a hozzátartozók részére. Kerülendő a hosszú felezési idejű, kumulálódó, szedatív hatású szerek.

## DEMENS BETEGEK GONDOZÁSA

YASSER, SABLANI

Kaposi Mór Oktató Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár

A lakosság előregedése, valamint az átlagos életkor növekedése következtében a demencia egyre súlyosabb közegészségügyi problémát jelent. A segítségadás számos egészségügyi szakterületet érint. A demens betegek esetében tünetcsoporttal találkozunk, melyek tisztázása és kivizsgálása mellett fontos a mentális hanyatlás progressziójának megítélése, hosszú távú követése. Az egyéni gyógyszerbeállítás, tesztvizsgálatok mellett fontos a hozzátartozókkal való kapcsolattartás, a pszichoedukáció, elengedhetetlen a hozzátartozóktól felvett heteroanamnézis, a személyiségváltozás és viselkedésváltozás megítélésére. E célokra kifejlesztett rendszer a betegek és hozzátartozók együttes komplex gondozása, a teljes ellátásban speciálisan szakképzett gondozók és orvosok vesznek részt. Az előadásban ennek tartalmi és formai, strukturális felépítéséről, elérhetőségéről esik szó.

## **SZAKMÁK KÖZÖTTI KOOPERÁCIÓ JELENTŐSÉGE ZAVART BETEGEK ELLÁTÁSA SORÁN**

TERENYI ZOLTÁN

Kaposi Mór Oktató Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár

A zavartság nem betegség és nem diagnózis, az alábbi dimenziók szerint értelmezhető: izolált tünetcsoport (elvi lehetőség); komplex tünetcsoport része; érvényes pszichopatológiai tünetek közül bármelyiknek a helyettesítője az orvosi leírásban. A zavartság komplex tünetként diszciplinánként eltérő értelmezésekre ad alapot, melynek részjelenségei a bizonytalan, többretegű etiológia; a tünet alapján születő terápiás döntések gyakorisága; a nehezen kezelhető, bizonytalan jövővel rendelkező „problémás beteg” ellátási alanyként való megjelenése. Adekvát az attitűdváltás az interdiszciplináris pozícióból a teammunka alapját jelentő multidiszciplináris szemléletbe. A lényegi mozzanat az a kommunikációs zavar, ahol nem a beteg sorsa, betegsége, hanem a kezelés helyszíne a fókusz. A pszichiátriai elhelyezés mint látszattmegoldás gátolja az etiológia tisztázását és az eszerinti kezelést. A tipikus beavatkozás, a nyugtatás ellentmondásos értékű: a nyugtalanság elfedése egyben a kórok elfedése is, a szövődmények lappangóan jelennek meg.

Ezek alapján a következő ideális eljárási gyakorlat írható le:

- olyan ellátási hely, ahol multidiszciplináris team látja el akut és krónikus esetben;
- olyan ellátási keret (nem helyhez kötött), amely a multidiszciplináris team funkcióját betöltheti – kapcsolati-konzultációs pszichiátriai ellátás;
- az eredeti kezelési helyzet fenntartása, asszisztálása pszichiátriai konzultációval (kórházi osztály – konzílium; otthon – hozzátartozói konzultáció).

## **A BESZÁMÍTHATÓSÁG KÉRDÉSE MŰTÉTI INDIKÁCIÓK ESETÉN**

SZÓKE KATALIN

Kaposi Mór Oktató Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár

A demens betegek kognitív kapacitása hullámzóan, de hosszú távon folyamatosan romlik. Ezért számos esetben – különösen kórházi kezelés, intézményi elhelyezés kapcsán – fontossá válik annak megítélése, mennyire képes a páciens átlátni helyzetét, mennyire képes reális döntést hozni. Az előadásban ennek a jogi szabályozásáról és gyakorlati megvalósításáról adok áttekintést. Kiemelt nehézséget okozó helyzet, mikor a páciens a szükséges beavatkozásba nem egyezik bele, és nem áll gondnokság alatt, mert ebben az esetben nem kényszeríthető, azonban ezt felülírja az életveszély (vitális indikáció).

## IDŐSEKET TÁMOGATÓ SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOK TÍPUSAI

RÁCZ TÜNDE

Kaposi Mór Oktató Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár

Az idős emberekről való gondoskodás az emberiséggel egyidős probléma. A különféle társadalmak ezt a történelem folyamán különbözőképpen oldották meg. Legáltalánosabb volt a saját családi környezetében élő idős ember, akiről a család gondoskodott. Mindez a mai társadalmi-gazdasági körülmények között, a család megváltozott funkciói, a nők munkavállalása miatt ilyen formában csak ritkán valósítható meg. Jellemzőbb az egyedül vagy házastársával együtt élő, sokszor magányos, anyagi-egészségi problémákkal küzdő idős ember, akinek szüksége lenne valamilyen jellegű segítségre.

A szociális ellátások törvényi szintű szabályozását a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szt.) tartalmazza.

Pénzbeli ellátások formái: időskorúak járadéka, lakásfenntartási támogatás, ápolási díj, átmeneti segély, temetési segély.

Természetben nyújtott szociális ellátások: köztemetés, közgyógyellátás.

Személyes gondoskodást nyújtó ellátások.

Az alapszolgáltatások megszervezésével a települési önkormányzat segítséget nyújt a szociálisan nehéz helyzetben lévő egyéneknek, hogy otthonukban, lakókörnyezetükben önálló életvitelüket fenntarthassák, valamint egészségi, mentális állapotukból vagy más okból származó problémáikat megoldhassák.

Az alapellátás formái: falugondnoki vagy tanyagondnoki szolgáltatás; étkeztetés; házi segítségnyújtás; családsegítés valamint jelzőrendszeres házi gondozás.

Házi szakápolás vagy házi segítségnyújtás? (Melyik mi célt szolgál, ki és mikor veheti igénybe?) Nappali ellátásként működő idősek klubja. Ha az életkoruk, egészségi állapotuk, valamint szociális helyzetük miatt a rászorult személyekről az alapellátás keretében nem lehet gondoskodni, a rászorultakat állapotuknak és helyzetüknek megfelelően szakosított ellátási formában kell gondozni.

- Ápolást, gondozást nyújtó intézmény az idősek otthona (demens betegeket ápoló otthonok Somogy megyében, a bekerülés feltételei)
- Átmeneti elhelyezést biztosító intézmény az időskorúak gondozóháza

Gondnokság alá helyezés szükségessége idős korban: Kit helyeznek cselekvőképességet érintő gondnokság alá? Mely ügycsoportokban korlátozható a cselekvőképesség? Ki kérheti a gondnokság alá helyezést? Hogyan kell a pert megindítani?

Ideiglenes gondnokrendelés. Ki lehet/nem lehet gondnok? Gondnok tevékenysége, kötelességei, felügyelete. Gondnokság megszüntetése.

További segítő szervezetek, intézmények Magyarországon.

## **A SEBÉSZET AKTUÁLIS KÉRDÉSEI A CSALÁDORVOS SZEMSZÖGÉBŐL**

**Családorvosoknak, belgyógyász, sebész, sürgősségi orvostan szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00234) – szabadon választható – továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében**

Kaposvár, 2011. október 14.

### **SUPRAORTIKUS EREK SZŰKÜLETEINEK KEZELÉSE**

MÉNESI RUDOLF

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

A szerző áttekintést ad a supraaortikus érbetegségek diagnosztikájának és kezelésének korszerű elveiről a nemzetközi protokollok tükrében; bemutatja a legkorszerűbb diagnosztikus eljárásokat, eszközöket. A stroke kezelésével kapcsolatos összehasonlító statisztikák alapján elemzi a hazai és nemzetközi helyzetet, összevetve azt a Somogy megyei adatokkal. Beszámol a Kaposi Mór Oktató Kórházban mintegy másfél éve működő neurológiai–radiológiai–érsebészeti team (ún. Stent-team) megalakulásáról, annak működéséről és kitérnek ezen konzultációk gyakorlati kivitelezésére és annak jelentőségére.

### **KRÓNIKUS VÉNÁS ELÉGTELENSÉG**

GERGELY MIHÁLY

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

A krónikus vénás elégtelenség a vénás betegségek igen gyakori formája, amely dominálón az alsó végtag területén okoz különböző okokból zavart. Macrocirkulációs és microcirkulációs zavar – elhelyezkedésük, beosztásuk. A tünetek megjelenése után terápiais javaslat, fokozott figyelemmel a műtéti lehetőségekre.

## HALADÓ LAPAROSKÓPOS BEAVATKOZÁSOK

SOMODI KRISZTIÁN

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

**Bevezetés:** A laparoscopia az elmúlt évtizedekben dinamikus fejlődésen ment át, és mindinkább szeparálódik a hagyományos sebészettől. Speciális látásmódot, anatómiai és műtéttani ismereteket igényel.

**Anyag és módszer:** Az előadás az Evidence Based Medicine (EBM) evidenciáit, a nemzetközi irodalom eredményeit és a szerző saját tapasztalatait figyelembe véve bemutatja a Kaposi Mór Oktató Kórház Általános, Mellkas- és Érsebészeti Osztályán végzett minimálisan invazív műtétek repertoárját, rávilágít a laparoskopos technika előnyeire. Rövid saját videóillusztrációk segítségével bemutatja az osztályukon végzett laparoskopos lágysérvműtéteket, a minimálisan invazív antirefluxműtéteket, illetve az ügyeleti időben végzett laparoscopos appendectomiák és gyomorperforációk minimálisan invazív műtéti megoldásait.

**Összegzés:** A nemzetközi irodalmi és saját eredmények figyelembevételével megállapítható, hogy a laparoskopos sérvsebészet, az antirefluxműtétek, az appendectomiák és gyomorperforációk minimálisan invazív úton történő ellátása bizonyított rövid és hosszú távú előnyökkel bír a hagyományos nyitott műtétekhez képest.

## A VASTAGBÉL JÓ- ÉS ROSSZINDULATÚ MEGBETEGEDÉSEI

OLÁH TIBOR

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

**Bevezetés:** A laparoscopia az elmúlt évtizedekben dinamikus fejlődésen ment át és mindinkább szeparálódik a hagyományos sebészettől. Speciális látásmódot, anatómiai és műtéttani ismereteket igényel.

**Anyag és módszer:** Az előadás a hazai vastagbél-daganatos megbetegedés statisztikai adatait is figyelembe véve bemutatja a Kaposi Mór Oktató Kórház Általános, Mellkas- és Érsebészeti Osztályán végzett minimálisan invazív vastagbél-műtétek repertoárját, rávilágít a laparoskopos technika előnyeire, taglalja a minimálisan invazív műtétek morbiditási és mortalitási mutatóit.

**Összegzés:** A nemzetközi irodalmi adatok és a saját eredmények figyelembevételével megállapítható, hogy a vastagbél-daganatok sebészetében a laparoskopos technika egyenértékű alternatívája a hagyományos műtéteknek, bizonyított rövid és hosszú távú előnyökkel bír, onkológiai kompromisszumok nélkül.

## **ÉRZÉKELÉS ÉS ÉSZLELÉS AZ ESZTÉTIKAI PLASZTIKAI SEBÉSZETBEN**

FERENCZY JÓZSEF

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

Seffer & Renner Magánklinika, Kaposvár

Az érzékelés a környezet ingereire adott idegi válasz, az információ érzékszervek általi regisztrálása, mely az agyhoz információt közvetít. Az észlelés az érzékszervi benyomások jelentéssé szerveződése, azon pszichológiai folyamatok összessége, melyek útján jelentéssel ruházzuk fel az észleletet, így azok élménnyé alakulnak. A plasztikai sebészet a harmónia helyreállítását, a szépség élményét kiváltó észlelést szolgálja. A szépség fogalma, élménye történelmi korok, etnikumok, földrajzi helyek szerint változik, a divatok, az észlelés és érzékelés „síkjainak” eltérései modulálják. A szerző esztétikai sebészeti páciensei példáján demonstrálja az érzékelés és észlelés folyamatát.

## **A HYPERHIDRÓZIS SEBÉSZI KEZELÉSE**

VINCZE KÁROLY

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

Hyperhidrosis alatt a termoreguláció szükséges mértékét meghaladó túlzott verejtékezést értjük, mely fokális (primer, lokalizált) vagy generalizált (secunder) formában jelentkezik. A primer (lokalizált) hyperhidrosis (HH) a vegetatív szimpatikus rendszer tónusfokozódása következtében kialakuló kóros izzadákonyság, amely független a külső hőmérséklettől. A kórkép súlyos fokban befolyásolhatja az érintettek életvitelét, munkavégzését, szociális beilleszkedését, nemritkán pszichés zavarok forrása lehet.

Bár a HH pontos patogenezeise nem ismert, a lokális forma az esetek mintegy felében genetikusan determinált, az autoszomális domináns öröklődésment bizonyított. A HH előfordulása – irodalmi adatok (Telaranta, 1998; Stolman, 1998; Vadász, 2006; Collin és Whatling, 1994) szerint – 0,1-1,0% körüli, így valószínűsíthető, hogy jóval gyakoribb, mint azt a közvélemény gondolja. A HH a 20-45 év közt a leggyakoribb, nőkben sokkal gyakrabban fordul elő. A HH-ban szenvedők kb. 1/3-a csak axillaris, míg 25-29%-uk csak palmaris izzadákonyságról panaszkodik. A kóros izzadás 75%-ban már gyermekkorban megjelenik [27], mely tünet fiatal felnőttkorban válik manifesztté.

A szerző a HH kezelésével foglalkozó közel negyven éves gyakorlata során elért eredményeket mutatja be az alkalmazott sebésztechnika változásának tükrében. Standard műtéti módszere a thoracalis-Smithwick szerinti



sympathectomia (TS) volt, amelyet kezdetben axillaris thoracotomiából, majd VATS- (video assisted thoracoscopic surgery) módszerrel végezte. Emellett az egyedi döntés alapján alkalmazott *Clostridium botulinum* által termelt *Botulinum toxin*- (Botox) kezelés tapasztalatait kívánjuk bemutatni [Vistabel (Allergan), hatóanyag: 50 egység A-típusú *Clostridium botulinum toxin*]. A Botox-kezelés a hazai plasztikai sebészeti praxisban a kilencvenes évektől vált széles körben elterjedtté, elsősorban az axillaris régiót érintő HH esetek kezelésére.

## **A TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT MEGHATÁROZÁSA, A TÁPLÁLÁS JELENTŐSÉGE ÉS LEHETŐSÉGEI A PERIOPERATÍV IDŐSZAKBAN**

LELOVICS ZSUZSANNA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

A tápláltsági állapot közvetlenül és nagy mértékben befolyásolja a betegek gyógyulását, a sérülések és betegségek okozta elváltozások súlyosságát, következményeinek (időbeni) lefolyását, a szövődmények kialakulásának esélyeit, valamint az életminőséget, de az sem elhanyagolható szempont, hogy a kezelés és gyógyítás költségeit, összességében pedig a mortalitást mint végső kimenetelt is.

A beteg tápláltsági állapota nem kizárólag a táplálás függvénye, hanem a betegség, sérülés vagy fertőzés által előidézett anyagcsere-változásokkal is összefügg. A szervezetnek a különböző kórfolyamatokra adott metabolikus válaszait – a túlélés szempontjából – vizsgálva megállapítható, hogy a bekövetkező anyagcsere-változások közül egyesek hasznosak, míg mások, ha túlzottak vagy túl hosszú ideig állnak fenn, károsak lesznek.

A beteg kezelésének tervezéséhez elengedhetetlen a tápláltsági állapot felmérése. A tápláltsági állapotot a bizonyítékokon alapuló gyakorlat szerint validált és megbízható eredményeket adó módon kell szűrni, felmérni. A validált eszközök megfelelnek a célcsoportnak és diagnózisnak, valamint segítenek a hatékonyság bizonyításában. Ezzel szemben egy nem valid módszer hibásan sorolja be a betegeket, ezzel késlelteti a megfelelő beavatkozást, illetve olyan betegekre fordíttat erőforrásokat, akiknek tulajdonképpen nincs erre szükségük.

A tápláltsági állapot meghatározása összetett feladat, több irányból kell megközelíteni, nem lehet egyetlen mérés vagy egyetlen eszköz felhasználásával azt megállapítani. A tápláltsági állapot változására kell számítani a betegségek egyes szakaszaiban, például állapot-rosszabbodáskor, akut időszakban, és műtétkor is. Fontos időről időre megismételni a felmérést, a beteg tápláltsági állapotát ugyanazzal a módszerrel meghatározni.

Ismerve a malnutríció következményeit, fontos szerepe van a tápláltsági állapot időben és rendszeresen, egységes elvek alapján történő felmérésének. Ez alapján meghatározhatók a teendők irányvonalai, a klinikai táplálás szükségessége, valamint megfelelő táplálási-táplálkozási tanácsadás is

végrehajtható. A táplálásterápia megtervezése, egyénre szabása teammunkát igényel, melyben a dietetikusnak fontos szerepe van, az eredményről és a javasolt lépésekről tájékoztatja a beteg kezelőorvosát, illetve az érintettnek is szakszerű javaslatokat tud adni.

## **TROMBOPROFILAXIS A SEBÉSZETBEN**

HALMOS FERENC

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

A műtéti okok és eljárások szerteágazó volta miatt egységes tromboprofilaxis irányelvek nem adhatók meg. Valamennyi beavatkozás előtt és azt követően az adott betegségnek és a végzett műtéti típusnak megfelelő low molecular weight heparin (LMWH) terápia beállítása szükséges.

## HYPERTONIA ÉS COPD

Családorvosoknak, gyermekgyógyász, pulmonológus, belgyógyász, kardiológus, intenzívterápiás szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00236) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Mosdós, 2011. október 21.

### AZ ELMÚLT KÉT ÉVTIZED A KARDIOLÓGIÁBAN

ROSTÁS LÁSZLÓ<sup>1</sup> - ANTAL KÁROLY<sup>1</sup> - MAJOR TAMÁS JR.<sup>2</sup> - FRIDRIK GÁBOR<sup>1</sup> - SZENES EDUÁRD<sup>1</sup> - SZIKSZAY KATALIN<sup>1</sup> - VILHELM ERIKA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Egység I, Mosdós

<sup>2</sup> Kaposi Mór Oktató Kórház, Pulmonológiai Osztály, Mosdós

<sup>3</sup> Kaposi Mór Oktató Kórház, Igazgatási Osztály, Kaposvár

A hypertoniát Magyarországon is, akár világszerte, a legelterjedtebb népbetegségként tartják számon. A gyakorisága az életkorral nő, ugyanakkor számos krónikus kórformával társul, mely döntően befolyásolhatja a terápiát. Az egyik ilyen kórkép a COPD. A szerzők a Központi Statisztikai Hivatal és a kórházi informatikai adatbázisból nyert betegadatokat alapján dolgozták fel a kardiovaszkuláris betegségek és a COPD kapcsolatát, az egyes betegségek előfordulását a kezelőorvos által megadott BNO-kódokra alapozták. A COPD a posztinfarktusos betegek prognózisát jelentősen rontja, ugyanez a helyzet a percután coronaria intervención, a coronaria stent beültetésén átesett betegek esetében is. A COPD-ben szenvedő betegek légzésfunkciós paramétereinek (FEV<sub>1</sub>) csökkenése és az új keletű pitvarfibrilláció előfordulása között szoros az összefüggés. A légzésfunkció beszűkülésének mértéke és a kardiovaszkuláris mortalitás között is szoros kapcsolatot állapítottak meg. A komorbiditások nem ritkán csendes gyilkosként szedik áldozataikat. A korábbi években úgy a kardiológiában, mint a pulmonológiában a társbetegségek ritkán kerültek a zárójelentésre. Így a kardiológiai betegeknél a dokumentált COPD ritkán fordult elő, akárcsak a tüdőbetegeknél a pitvarfibrilláció. A klinikai gyakorlatban azonban a társuló betegségek sem hagyhatók figyelmen kívül. Ennek szellemében 2010-re már háromszorosára nőtt a dokumentált COPD a kardiológiai betegek körében. Adataik szerint a COPD elsősorban a 45-64 év közötti hypertoniás és ischaemiás szívbetegeket érintette, míg a pitvarfibrilláció és COPD társulása az 55 év felettiéknél volt a leggyakoribb. A Pulmonológiai Osztályon COPD-vel kezelt betegeknél ugyanezen időszakban másfél-kétszeres gyakorisággal jelezték a hypertonia, az ischaemiás szívbetegség és a pitvarfibrilláció előfordulását. A kardiológiai és a pulmonológiai szakterület szoros együttműködésével, a társbetegségek figyelembevételét sem nélkülöző terápiával érhető el a „*Salus aegroti, suprema lex esto*” gyakorlati megvalósulása.

## EPIDEMIOLOGIA A HYPERTONOLÓGUS SZEMPONTJÁBÓL

KISS ISTVÁN

Szent Imre Kórház, Budapest

A belgyógyászati és hipertonológiai szakellátásban folyamatosan nő a COPD-s betegek száma és aránya. Ez felhívja a figyelmet a belgyógyász, hipertonológus és pulmonológus együttműködésére, a betegek közös kivizsgálására, kezelésére és gondozására. A nemzetközi és hazai irodalomban rendelkezésre állnak mindkét betegségre külön-külön szakmai irányelvek, de ezek a két betegséget nem tárgyalják együttesen.

## MAGAS VÉRNYOMÁS ÉS COPD

FARSANG CSABA

Szent Imre Kórház, Budapest

A hypertonia kezelése asthma bronchialében vagy krónikus obstruktív légúti betegségben (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) szenvedő betegekben jelentős, és gyakori problémát jelent az orvosok számára, hiszen mindkét kórállapot prevalenciája nagy, s az életkor növekedésével egyre gyakrabban alakul ki azonos betegben. Külön nehézséget jelent, hogy a bronchospasmus és a krónikus gyulladás tartós hypoxiás hatása fokozza a szimpatikus idegrendszer tónusát, és hogy az asztmás, illetve COPD-s betegek kezelésére alkalmazott szerek ( $\beta$ -receptor-agonisták, szteroidok) tachycardisáló, vérnyomásemelő hatásúak. A helyzetet tovább bonyolítja, hogy az antihipertenzív gyógyszerek egy csoportja, a nem  $\beta$ -1-szelektív  $\beta$ -blokkolók bronchoconstrictiót okoznak, sőt, szemcseppben levő timol FEV<sub>1</sub>-et csökkentő hatását is ismertették. A  $\beta$ -1-szelektív  $\beta$ -blokkolók pulmonalis funkciót rontó hatása kevésbé súlyos, de nem elhanyagolható. A legszelektívebb  $\beta$ -1-blokkoló, a nebivolol, részben nagyfokú szelektivitása, részben a NO-képződést serkentő, s ezáltal a bronchusok simaizomjainak relaxációját is elősegítő hatása miatt az enyhe asthma bronchialis, illetve COPD-s betegek légzésfunkcióját nem befolyásolja. A kalciumantagonisták és az  $\alpha$ -1 adrenocaptor-antagonisták a teljes perifériás érellenállást is és a pulmonalis vascularis rezisztenciát is csökkentik, ezért megkötés nélkül alkalmazhatók. Hasonlóképpen az ACE-gátlók és az ARB-k is adhatók, noha az ACE-gátlók által a betegek 5-10%-ában okozott száraz köhögés aggraválhatja az asztmás panaszokat. A diuretikumok szintén alkalmazhatók, de a tiazid okozta hypokalaemiát a szteroidok és  $\beta$ -agonisták fokozhatják. Az imidazolin I-1-receptor-agonista rilmenidin kevésbé fokozta asztmás betegekben a hisztamin okozta bronchusconstrictiót, mint a clonidin, sőt, bronchodilatator hatását is ismertették.

## **EPIDEMIOLOGIA A PULMONOLÓGUS SZEMSZÖGÉBŐL**

MAJOR TAMÁS JR.<sup>1</sup> – KIRÁLY ATTILA<sup>1</sup> – ROSTÁS LÁSZLÓ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kaposi Mór Oktató Kórház, Pulmonológiai Osztály, Mosdós

<sup>2</sup> Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Egység I, Mosdós

A krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) jelentős morbiditást és mortalitást okozó kórkép. Újabb tudományos ismeretek szerint patogenézisét tekintve a COPD nemcsak a tüdőkre lokalizáló krónikus gyulladásos megbetegedés, amely idővel a légzésfunkció beszűküléséhez vezet, hanem egy szisztémás gyulladással járó kórkép, amely egy időben más szervrendszereket is érint. Egyre több bizonyíték szól a COPD és egyéb krónikus gyulladásos kórképek (hypertonia, kardiovaszkuláris betegségek, metabolikus szindróma, 2-es típusú diabetes) halmozódása mellett, felmerül, hogy a COPD nem önálló megbetegedés, hanem a szervezet „chronicus sythemas gyulladásos syndromának” részjelensége, magában foglalva a krónikus gyulladás kapcsán kialakuló társult patológiát. Jelen előadás célja a COPD és társbetegségeinek elemzése, különös tekintettel a kardiovaszkuláris komorbiditásokra Somogy megyében kardiológiai és pulmonológiai szemszögből egyaránt.

## **A PULMONALIS HYPERTONIA TERÁPIÁJÁNAK ÚJABB LEHETŐSÉGEI**

JÓZAN-JILLING MIHÁLY

Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza, Szekszárd

Az utóbbi húsz évben jelentősen javultak a terápiás eredmények, ami a betegek sokkal kedvezőbb életkilátásaiban mutatkozik meg. A nyolcvanas években még a hagyományos kezelést egyedül az antikoagulálás jelentette. 1981 óta érhető el a szív-tüdő-, illetve a tüdőtranszplantáció. Nagy dózisú CCB-kezelést 1992 óta alkalmazunk. 1996-ban került be a klinikai gyakorlatba a folyamatos iv. PgI2 kezelés. 2000-től számíthatjuk a legújabb korszakot, amiben az ERA (bosentan, ambrisentan), a prostanoidok (treaprostinil, beraprost, iloprost) és a PDE 5 gátlók (sildenafil) játsszák a fő szerepet, de az epoprostenol kezelésnek ma is van létjogosultsága. Emellett olyan hagyományos kezelésekről se feledkezzünk meg, mint az oxigén-belégzés. A megfelelően indikált és időben elkezdett kezeléssel a prognózis javul és a transzplantáció is elkerülhető. A költséges kezeléseket ezen betegek számára egyedileg kell biztosítani.

## KISVÉRKÖRI KERINGÉS SZABÁLYOZÁSA EGÉSZSÉGESBEN ÉS COPD-BEN

SOÓS SZILVIA

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pécs

A kisvérköri keringés nemcsak az erek szerkezetében, nyomásviszonyokban, de a keringés szabályozásában is számos ponton eltér a nagyvérkörtől. A szimpatikus/paraszimpatikus beidegzés hatása a kisvérkörben mérsékelt. Nagyobb szerepet játszanak viszont a humorális tényezők. A nagyvérkörben klasszikus értágítónak számító szerotonin, hisztamin, és egyes PG-ok a pulmonális keringésben érszűkítő hatásúak. A vazomotor tónus meghatározásában a vazokonstriktiót és vasodilatációt okozó hatások egyensúlya fontos. Vasokonstriktióhoz vezet a kisvérkörben pl. az alfa-1-receptor aktiváció, a szerotonin, a tromboxán A<sub>2</sub> és az angiotenzin-1-receptor aktiváció. Vasodilatátor hatása van a béta-2-receptor aktivációnak, PGI<sub>2</sub>-nek, a NO-nak, az ANP-nek és pl. a dopamin-1-receptor aktivációnak. Hatásmechanizmusaik egyre pontosabb megismerése a pulmonális hipertonia kezelésében irányadó. A pulmonális keringésben a hypoxia – szemben a nagyvérkörrel – vazokonstriktiót hoz létre. *Előnye:* a regionális bronchus szűkülettől a vért a jól ventilláló tüdőterületek felé tereli, a V/Q aránytalanság kiegyenlítése felé hat. *Hátránya:* krónikus esetekben generalizált vazokonstriktiót és hosszabb távon pulmonális hipertenziót idéz elő. A hypoxia indukálta vasokonstriktiót (HPV) számos vasodilatátor (pl. Ca-csatorna blokkoló) és bronchodilatátor (pl. β<sub>2</sub>-adrenerg receptor agonista, theophylline) gyógyszer befolyásolja, ezáltal ronthatja a V/Q aránytalanságot. A pulmonális vaszkuláris remodelling mértéke COPD-ben arányos a kislégutak gyulladásos sejtes infiltrációjával. Kis és prekapilláris artériákat érintő intima megvastagodása jellemző (simaizom proliferáció, elasztikus és kollagén rostok depozíciójának eredménye), mely szűkíti az érlumet. Már a COPD enyhe stádiumban is endothel diszfunkció alakul ki. A HPV fontos a pulmonális hipertonia kialakulásában. A vaszkuláris komponenseknek szerepét egyre jobban hangsúlyozzák a légúti obstrukció kialakulásában, a légzésfunkció romlásában is.

## A PULMONALIS HYPERTONIA GYERMEKGYÓGYÁSZATI VONATKOZÁSAI

GYURKOVITS KÁLMÁN

Kaposi Mór Oktató Kórház, Csecsemő- és Gyermeosztály, Mosdós

Pulmonalis hypertensio (PH) diagnosztikus feltétele gyermekkorban a 30 Hgmm feletti pulmonalis arteria nyomás, illetve, ha ugyanitt a középnyomás (pulm. vas. resistentia + pulm. vénás nyomás) nyugalomban is 20 Hgmm fölé emelkedik. Megkülönböztetünk primer és szekunder formákat, az előzőben az

arteriolák media hypertrophiája, ezáltal a lumen beszűkülése jelentősebb, az állapot súlyosabb. A szekunder formákban a tüdővénák nyomásemelkedése tevődik át a kapilláris hálózatra, majd az artériás rendszerre. Kardiális és pulmonális krónikus betegségek bármelyikében kialakulhat a jobb szívfél fokozott terhelése, ami kezdetben hypertrophiát, majd dilatatiót okoz. A közös törzs szűkületével járó kórképek közül kiemelkedik a mitralis atresia, a súlyos coarctatio aortae vagy a cardiomyopathia. Ha ugyanezt a tüdő betegsége idézi elő, akkor beszélünk cor pulmonale-ról. Ezzel leggyakrabban a cisztás fibrózis (CF) klasszikus kórformájában találkozhatunk, de a tüdőerek primer elváltozásai, a tüdőparenchymát érintő egyéb kórállapotok, illetve minden krónikus alveoláris hypoventilatio okozta hypoxia is elvezet a pulmonális hipertónián keresztül a szív működés romlásához.

Külön említést érdemel pulmonális artériás hypertónia (PAH) ritka progresszív formája, mely a szervezetet nagyon legyengíti, érelzáródással és változó gyakorisággal előforduló érösszehúzóddással jár, s ezek okozzák a tüdő ereinek megnövekedett ellenállását, a jobboldali szívelégtelenség fokozatos kialakulását. Kezelés nélkül elkerülhetetlenül halálhoz vezet. Az átlagos túlélési idő alig három év, gyermekekre vonatkozó széleskörű epidemiológiai vizsgálatokat nem végeztek. Franciaországban és az Egyesült Királyságban végzett országos epidemiológiai felmérés szerint a betegség előfordulási gyakorisága 3–4/1 millió gyermekre vetítve.

Az ambrisentan (Volibris™ tabletta) egy endothelreceptor antagonist, felnőtt betegek kezelésére javallt, a fizikai kapacitás javítása, a PAH tüneteinek csökkentése és a klinikai állapot rosszabbodásának késleltetése érdekében. Tizenkét év alattiak off-label szabályozás szerint kaphatják itthon is, két éves kortól a nemrég törzskönyvezett, szintén orálisan alkalmazható bosentan (Tracleer filmtabletta) adható.

## **GYÓGYSZER-MELLÉKHATÁSOK. (MINDEN BETA-BLOKKOLÓ EGYFORMA?)**

BARNA ISTVÁN

Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

A  $\beta$ -blokkolók alkalmazása számos szívbetegségben – szívelégtelenségben, ritmuszavarban, ischaemiás szívbetegségben és magasvérnyomás-betegségben – egyaránt ajánlás szinten is megfogalmazódott. Egyértelmű azonban, hogy az egyes  $\beta$ -blokkolók között egyebek mellett a vasodilatatorhatékonyságban jelentős különbségek észlelhetők. Atenolollal és nebivolollal végzett összehasonlító vizsgálat során a nebivolol a pulzusnyomást és az augmentációsindex-értéket kedvezően befolyásolta, emellett szignifikánsan csökkentette a centrális pulzusnyomást is ( $p < 0,001$ ). A nebivolol a  $\beta$ -blokkolók közül elsőként igazoltan csökkenti a perifériás és a centrális vérnyomást egyaránt.

## **A MULTIMODÁLIS FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS**

**Háziorvosoknak, aneszteziológus-intenzív terápiais, neurológus, onkológus szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek, rezidenseknek meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00237) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében**

Kaposvár, 2011. október 28.

## **A MULTIMODÁLIS FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS (ÖSSZEFOGLALÁS)**

ALMÁSI RÓBERT

Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Anaesthesiológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Kaposvár

A multimodális fájdalomcsillapítás témakörében összeállított tematika felöleli a fájdalom élettani kórélettani és alapvető farmakológiai vonatkozásait, az endocannabinoid rendszer működését, a neuropátiás fájdalmak diagnosztikájának és terápiájának lehetőségeit, a tumoros fájdalomcsillapítás jelenlegi protokollját és irányelveit, valamint az intervenciós fájdalomcsillapítás lehetőségeit, gyakorlatát néhány fájdalomcentrum működésének bemutatásával. A fájdalom kezelése szinte minden szakmának napi aktuális kérdése, ezért a továbbképzés összeállításánál törekedtünk az átfogó kép kialakítására, de megpróbáltunk képbe kerülni a tudományos kutatások új eredményeivel, az aktuálisan előtérbe kerülő problémákkal és a mindennapi gyakorlattal.



## AKTUÁLIS KÉRDÉSEK A SZÜLÉSZET-NŐGYÓGYÁSZATBAN

Családorvosoknak, szülész-nőgyógyász szakorvosoknak és szakorvosjelölteknek, a téma iránt érdeklődő orvosoknak meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00238) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. november 4.

### MEDDŐSÉG KIVIZSGÁLÁSA ÉS KEZELÉSE

SZILÁGYI ANDRÁS

Kaposi Mór Oktató Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

Meddőségről beszélünk, ha egy éves védekezés nélküli rendszeres házasélet során terhesség nem jön létre. A férfi és a női partner egyenlő arányban (40-40%) lehet az oka a gyermektelenségnek. Tíz százalékban mindkét fél részéről lehetnek problémák, míg további 10%-ban nem lehet semmilyen okot kimutatni jelen ismereteink szerint (úgynevezett nem megmagyarázható meddőség). A női meddőség leggyakoribb okai a peteérés zavara és a kürt eredetű meddőség (petevezető elzáródás). Kisebb arányban szerepelhetnek endometriosis, immunológiai okok, egyéb endokrin megbetegedések a háttérben. A kivizsgálás során a részletes kórelőzmény felvétele után a férfi partner spermioqram vizsgálatával párhuzamosan szükséges a női partner nőgyógyászati és hormonális vizsgálata. A hormonális kivizsgálás része az FSH, LH, prolactin, ösztadiol, a ciklus második felében progesteron meghatározás és a TSH-szint-mérés is meddőséget okozó látens hypothyreosis kizárására. A petevezetők állapotának megítélése, illetve egyéb kismencedei megbetegedések (endometriosis, polycystás petefészkek, összenövések) vizsgálata céljából a laparoscopia a ma már rutin diagnosztikus és - ha szükséges - terápiás eszköz. A laparoscopia során a petevezetők átjárhatóságát chromohydrotubatioval végezzük. Endometriosis esetén szövettani mintavételre, a laesio elektrocauterizációjára van mód. Polycystás petefészkek esetén az ovariumok „drillingjét” végezzük. A kivizsgálás eredményeképpen, amennyiben a férfi partner részéről eltérés nincs, illetve a kürtök átjárhatóak, a peteérés fokozó gyógyszeres kezelés a leggyakrabban alkalmazott eljárás. Ez történhet clomifencitrát tableta adásával, vagy gonadotrop hormon, FSH-készítmények alkalmazásával. Ez utóbbi szoros cikluskontrollt igényel (folliculometria). Az ovulatio indukciós kezelés kiegészíthető intrauterin inszeminációval, mely történhet homológ vagy donor spermával. Asszisztált reprodukciós módszerek („lombikbébi”) jönnek szóba, amennyiben a kürtök nem átjárhatóak, vagy el lettek távolítva, a gyógyszeres ovulatio indukció eredménytelen, endometriosis, immunológiai okok állnak a háttérben, a spermiumszám kicsi, vagy évekig fennálló nem megmagyarázható meddőség az ok.

## A MENOPAUSA ÉS KEZELÉSE

TÓTH TAMÁS

Kaposi Mór Oktató Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

A nők életkoruk kb. harmadát a klimaktérium időszakában töltik. A menopausát követően a nők életének fiziológiás változásokon alapuló, számos problémát okozó, nemegyszer gondozást igénylő szakasza következik. Néhány évtizede még sok gondot jelentett az ilyenkor jelentkező panaszok kezelése. A menopausa az utolsó menstruációs vérzés, amelyet hat hónapig nem követ újabb. Ez jelenti a klimaktérium kezdetét. Az utolsó vérzést megelőző időszak a praemenopausa, az ezt követő pedig a postmenopausa ideje. Ennek az időszaknak a tünetei az ösztrogénhiánnyal magyarázhatók, és egyes esetekben akár egy évtizedig is eltarthatnak. Endokrinológiailag ezen időszakban csökken a folliculáris funkció, a folliculáris fázis ideje rövidül, kevesebb lesz a keringő aktív tüszőhormon, az ösztradiol mennyisége is csökken, mely következményesen gonadotrop hormonszintézist vált ki. Az ösztrogénhiány vegetatív tünetek, pszichés zavarok, csont- és zsír-anyagcserezavar, valamint a hüvelyben és a vizeletelvezető rendszerben hámatrófia képében nyilvánulhat meg. Ezek eltarthatnak több hónapig vagy akár évekig is. A pszichés zavarok emocionális labilitást, idegességet, irritabilitást, depressziót jelentenek. Hüvelyi megnyilvánulása a házasság közben jelentkező fájdalom, hüvelyszárazság, viszketés, égő érzés, visszatérő fertőzések és vérzés. Védőfaktoroként szerepel az ösztrogén a csontritkulás kialakulásával szemben is. A menopausa kivizsgálását és ellátását a nőgyógyászati osztályok által szervezett menopauza szakambulanciákon végzik. Az általános anamnézisben fontosak a máj, vesebetegségek, diabétesz, pajzsmirigy-, mellékpajzsmirigy-betegségek, hipertónia, thrombophilia, szívbetegségek, csukló-, csigolya-, csípőtáji törések. A nőgyógyászati anamnézisben az utolsó rendes vérzés, rendellenes vérzés, hysterectomia oophorectomiával vagy anélkül, fibrocisztás emlőbetegség, emlő-, endometrium-, cervixcarcinoma ismerete is elengedhetetlen. El kell végezni és minden évben megismételni a nőgyógyászati onkológiai vizsgálatot, a mammográfiát és a laborvizsgálatokat (vérkép, süllýedés, vércukor-, májenzim-, lipoprotein-meghatározás, vizeletvizsgálat). Tanácsos hormonvizsgálatokat (FSH, LH, prolaktin, ösztradiol), transzvaginális ultrahangot és csontdenzitometriát végezni. A menopausa kezelése széles spektrumot ölel fel. Minden esetben egyénre szabott terápiát kell választanunk, melynek eldöntésében az előbb említett diagnosztikus vizsgálatok segítenek. Elsősorban szóba jönnek a hormonpótló kezelések, melyhez természetes ösztrogént használunk bizonyos esetekben gesztagénnel kombinálva. Az elmúlt évtizedben elérhetőek az úgynevezett szelektív ösztrogén receptor modulátorok (SERM), valamint a szövetspecifikus ösztrogén aktivitású vegyületek (STEAR), illetve egyre nagyobb teret hódít a fitoösztrogének alkalmazása. A megfelelő kezelés kiválasztása jelentősen javítja a változókori tüneteket, ez javítja a beteg életminőségét és a késői tünetek prevenciójában nagy szerepe van.

## NŐGYÓGYÁSZATI ENDOSZKÓPIA

NÉMETH LAJOS

Kaposi Mór Oktató Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

A betegségek diagnosztikájában és kezelésében, a beteg terhelésének, a költségek csökkentésének megfelelő módja az endoszkópos technikák alkalmazása, azaz a kis megterhelést jelentő beavatkozások alkalmazása. Csökken a kórházi kezelés ideje, a lábadozás lerövidül. Költség-haszon analízisek sora bizonyítja előnyét a hagyományos műtéti technikákkal szemben. A laparoszkópia története több mint száz éves, napjainkra egyértelművé vált, hogy a nőgyógyászati műtéti rutin szerves része. A laparoszkópia 60-70%-ban képes kiváltani a laparotomiát.

Az előadás az alábbi területeket taglalja a nőgyógyászati endoszkópián belül:

1. Az endoscopia történetének, fejlődésének rövid összefoglalása.
2. A nőgyógyászati endoszkópia műszerigénye. Laparoszkópos és hiszteroszkópos eszközök.
3. A laparoszkópia helye a nőgyógyászati sebészetben, javallatok, ellenjavallatok. Betegek felvilágosítása, előkészítése, utókezelése.
4. A legfontosabb műtéti megoldások, melyek szemléletváltozást hoztak a nőgyógyászati betegek ellátásában.
5. A laparoszkópia szövődményei, a megelőzés lehetőségei.
6. A laparoszkópia lehetőségei és a valóság.
7. A hiszteroszkópia javallatai és ellenjavallatai.
8. Szövődmények hiszteroszkópia során, a megelőzés lehetőségei.
9. Az endoszkópia jövője a nőgyógyászatban.

## A GYERMEKNŐGYÓGYÁSZAT AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

SZEBÉNYI PÉTER

Kaposi Mór Oktató Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

A szakterület mindazon megbetegedéseket és állapotokat magába foglalja, amelyek a megszületéstől tizennyolc éves korig a női nemi szerveket érintik. A gyermekkorban előforduló nőgyógyászati betegségek nem tekinthetők a felnőttkoriak miniatűr változatának. Életkori, életmódbeli különbségekből fakadóan e problémák, a szakma külön területét képezik.

A továbbképzés alkalmával a következő betegségcsoportokkal foglalkozunk:

1. **Fejlődési rendellenességek.** A női nemi szervek fejlődési rendellenességei igen sokrétűek. A vulvára lokalizált formák a születés után néhány nappal feltűnhetnek, ezért is nagyon fontos az újszülött ilyen irányú vizsgálata. Az enyhébb formák nem igényelnek azonnali korrekciót. A súlyosabb eltérések viszont hosszabb kivizsgálást igényelhetnek. A belső nemi

szerveket érintő defektusok nagyrészt a pubertás megindulásakor jelentenek problémát, ilyen esetekben kutatni kell egyéb, társuló fejlődési rendellenességek után.

2. **A nemi szervi gyulladások.** A nemi szervi gyulladások a leggyakoribb nőgyógyászati betegségek, melyek a betegforgalom mintegy 30%-át teszik ki. Gyermekekben az alacsony ösztrogénszint miatt a hüvelyváladék mennyisége csekély. A hormonális nyugalmi időszakban fellépő külső nemi szervi gyulladások esetén gondolni kell pszichés, szociális faktorokra, vagy határterületeket (bőrgyógyászat, urológia) érintő egyéb kóros elváltozásokra is.
3. **A pubertás, és pubertáskori vérzészavarok.** A leánygyermek életének egyik fordulópontja a pubertás, amikor szomatikus, pszichés változásokon át szexuálisan éretté válik. Ennek első jele a telarche, melyet kb. fél év múlva a pubarche követ, majd az ún. „növekedési lökés” után jelentkezik a menarche. Az első vérzés fellépte a mi égövünk alatt tizenkét éves kor körül van. A normális időben jelentkező menstruáció sem garancia annak azonnali szabályos havonkénti ritmusára. Az ettől való eltérések képezik a pubertáskori vérzészavarok mintegy felét.
4. **Fogamzásgátlás.** A szexuális akceleráció kapcsán fiatalabb korban és nagyobb számban találkozunk nem kívánt terhességekkel. Ezek megelőzésében segít a ma már intézményesített Tinédzser Ambulanciák hálózata, ahol a felnőtt ellátástól térben és időben elkülönítve tudnak a fiatalok a megelőzés módszereivel élni. A még családalapítás előtt álló tizenéves korosztály védelme különösen fontos, mert az első koituszok ritkán tervezettek, a védekezés hiánya jellemzi őket, az alkalom nem mindig ideális, a szülők nagy része nem is tud a kapcsolatról, a fiatalok félnek a felfedezést követő büntetéstől. A rendeléseken megjelent fiatakorúaknál szóba jöhető védekezési módszerek közül magasan a hormonális tabletták vezetnek a védekezés palettáján. Kiemelendő, hogy az orális antikonceptívumok (OC-ek) használata egyéb tünetek, mint dysmenorrhoea, hypermenorrhoea kezelésére is kiválóan alkalmasak.
5. **A gyermekkorúak szexualitásának büntetőjogi vonatkozásai.** Életkori sajátosság miatt külön kell beszélni a 14 év alattiak fogamzásgátlásáról is. Nagyon sok kérdés felmerül. Alkalmazható-e ebben a korban hormonkészítmény, vagy van-e a szexualitásnak a joggal összefüggő kérdése ebben az életkorban? Tud-e a szülő a kapcsolatról? Kell-e a hatóságnak jelenteni tizennégy év alattiak szexualitásával kapcsolatban? Hol van az antikoncepció alsó határa? Csak orvosi vagy jogi problémák ezek, vagy talán mindkettő? A Btk. megfelelő paragrafusában (201.§ és 202.§ Megrontás) a 12-14 éves korosztály fokozott szexuális védelme valósul meg.

# SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI ULTRAHANG-DIAGNOSZTIKA - TERHESGONDOZÁS

VARGA TAMÁS

Kaposi Mór Oktató Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

## 1. Terhesgondozás

Célja, feladatai, szervezeti felépítése. Praeconceptionális gondozás, családtervezés, prae-natalis gondozás. A terhesgondozás szempontjai, valamint a házi orvos, védőnő és szakorvos feladatai szövődmény mentes, rizikó csoportba tartozó és patológiás terhesek esetében. Kora terhességi vizsgálatok: szülészeti, szakorvosi, labor-, ultrahang- és belgyógyászati vizsgálat. A terhesség alatti szűrővizsgálatok jogszabály és protokollok által szabályozott rendje. Felkészítés a szülésre és az anyaságra. Praenatalis pszichológia, csoportos felkészítés, terhestorna, családközpontú szüléset, együtt szülés. A 36. héttől hetenkénti szakorvosi vizsgálat rendje és feladatai.

## 2. Szülészeti és nőgyógyászati ultrahangvizsgálatok

A szülészeti ultrahang- (UH) vizsgálatok kivitelezése és rendje osztályunkon a kórházi protokoll szerint zajlik, mely összhangban van a Magyar Szülészeti Nőgyógyászati Ultrahang Társaság (MSZNUT) szakmai javaslataival.

0. *szülészeti UH-vizsgálat*: A terhesség megállapítása. Célja, lehetőségei. Jelentősége a méhen kívüli terhességek korai felfedezése terén, így lehetőséget teremtve a korszerű, szervmegtartó laparoszkópos műtétekre.

I. *szűrés*. Ideje: 12. terhességi héten. Vizsgálható szervek és szervrendszerek. Felderítési lehetőségek, különböző fejlődési rendellenességekben. A kiszűrt vagy gyanús eseteknél a további diagnosztikus és ellátási lehetőségek.

II. *szűrés*. Ideje: 18. terhességi héten. Vizsgálendő magzati síkok és ezek jelentőségei. Ez a legrészletesebb vizsgálat magzati rendellenesség kiderítésére a 20. hét előtt. A lépény vizsgálata és ennek jelentősége.

III. *szűrés*. Ideje: 30. terhességi héten. A magzati biometria jelentősége. A nagy kockázatú csoport kiemelése és fokozott után követése.

IV. *szűrés*. Ideje: 36. terhességi héten. Magzati ultrahang-ellenőrzés a szülésvezetés megtervezése céljából. A nagy kockázatú esetekben magzati keringés vizsgálat Flow-metria. A Flow-metria jelentősége és értékelése.

## Nőgyógyászati ultrahangvizsgálat

A méhizomzat és az endometrium vizsgálatának sajátosságai. A postmenopausalis endometrium vizsgálat jelentősége. A petefészek UH-vizsgálata. Ciklusvizsgálat, follikulo-metria jelentősége a meddőség kivizsgálásában. A hüvelyi UH-vizsgálatok helye és lehetőségei a nőgyógyászati onkológiában.

## ULCUS CRURIS ÉS KEZELÉSE

Családorvos és bőrgyógyász szakorvosoknak meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2011.II/00241) - szabadon választható - továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2011. november 17.

### A KRÓNIKUS SEBGYÓGYULÁS FÁZISAI, KIALAKULÁSÁBAN SZEREPET JÁTSZÓ PATOFIZIOLÓGIAI TÉNYEZŐK

BATTYÁNI ZITA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

#### *Fekély*

A bőr idült folytonosság hiánya a bőr homeosztázisának zavara következtében. A homeosztázis zavar kialakulását általában keringési zavar következtében fellépő oxigén és tápanyaghiány, bomlástermékek felhalmozódása, gyulladásos mediátorok, kórokozók anyagcsere termékei, toxinjai és enzimjei okozzák. A fekély folyadék-, elektrolit- és fehérjevesztéshez, valamint a külvilág felől fertőző mikroorganizmusok behatolásához, legsúlyosabb esetben az egyén halálához vezet.

#### *Normál sebgyógyulás szakaszai*

0. *fázis* koaguláció: 0–15 perc. A sebben vérrög keletkezik az alvadási rendszer aktiválódása miatt.
1. *fázis* akut gyulladás szakasza: 1–5 nap. Polymorphonuclearis sejtek megjelenése: reaktív oxigéngyökök, proteázok révén kórokozók, idegen anyagok eliminálása. Mononukleráris fagocytá rendszer aktiválódása: részben antimikrobás, illetve szövettörmelék eltakarítás a szerepük, részben citokinek révén a fibroblastok kollagén termelését és az angiogenezist serkentik.
2. *fázis* proliferáció: 5–14 nap. Fokozott angiogenezis, melyet a hypoxia, csökkent szöveti pH serkent. Fibroblastok fokozott tevékenysége segíti a kötőszöveti alapállomány és rostok képződését, mely feltétele a reepitelizációnak.
3. *fázis* remodellálás: 2. héttől akár egy évig is tarthat. A bőrpír és induráció fokozatosan megszűnik, a heg a környező bőrhöz hasonlóvá válik. Számos enzim ill. növekedési faktor vesz rész ebben a folyamatban is.

#### *Krónikus, elhúzódó sebgyógyulás*

Számos oka lehet, részben szisztémás ok, részben a sebgyógyulás helyszínén ható ok. *Szisztémás okok:* Normál metabolikus folyamatok károsodása, táplálékbevitel elégtelensége. Védekezési mechanizmus zavara. *Lokális okok:*

Fokozott kapillárisnyomás esetén (pl. decubitus, alsó végtagi vénás insuffitientia) fellépő stasis, hypoxia során a neutrophil granulocyták fokozottan aktiválódnak, érfalhoz tapadnak, illetve az erek köré vándorolnak. Fokozott aktivitásuk a szövetek leépülése irányába hat (szabad gyökök, proteázok fokozott termelése). A kapillárisok proliferációja zavart szenved, perikapillaris fibrindepozítumok jelennek meg, mely a perfúziót tovább rontja, a sebgyógyulás esélyét csökkentve.

### *Sebgyógyulás befolyásolásának lehetősége*

Mikrocirkulció javítása, vénás nyomás csökkentése. Elhalt szövettörmelék eltávolítása. Kórokozók elleni védelem. Megfelelő táplálkozás, vitamin- és nyomelem-bevitel.

## **KÜLÖNBÖZŐ PATOFIZIOLÓGIÁN ALAPULÓ FEKÉLYEK KLINIKAI MEGJELENÉSI FORMÁI**

ZUBONYAI CECÍLIA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A fekélyek etiológiájára az esetek egy részében a klinikai képből következtethetünk.

### **1. Elsődleges érbetegségek**

- Varicositas (primer, secunder, postthrombotikus syndroma).  
Általában a kül- és belbokatájon alakul ki a fekély, bőven váladékozik, nem vagy enyhén fáj. A visszeres keringési zavar egyéb bőrtünetei is láthatók: hyper- és hypopigmentált foltok, atrófiás területek, hámlás.
- Artériák betegségei (art. scler. obliterans).  
A lábon, lábszárak feszítő és hajlító felszínén nekrotikus, illetve erősen tapadó, gennyes lepedékes, kevésbé váladékozó, fájdalmas fekélyek.
- Microcirculatio zavara (diabeteses microangiopathia).  
Főleg a talpon, lábujjakon bizarr alakú, különböző mértékben váladékozó, erősen fertőzött fekélyek. A fájdalom mértéke illetve jellege az egyidejűleg fennálló neuropátiától is függ.
- Nyirokérbetegség.  
Bőven váladékozó, kevésbé fájdalmas fekélyek lymphoedemás végtagon.
- Vasculitis.  
Bizarr alakú, nekrotikus felületű fekélyek, környezetük gyulladt illetve bevérzett, általában fájnak.

### **2. Nem ér eredetű keringészavarok**

- Tumorok okozta ér kompresszió.  
Ischaemiás jellegű a fekély: száraz, nekrotikus lepedékkel fedett, fájdalmas.

- Neuropathia (diabeteses, alkoholos).  
Terápiarezisztens, kevésbé váladékozó, erősen felülfertőzött fekélyek. A fájdalom hiányozhat illetve a neuropathia miatt változatos lehet.
- Oedema szívelégtelenség, máj- és vesebetegség miatt.  
Oedemás végtagon bőven váladékozó, kevésbé fájdalmas fekély, környezete a pangás miatt lehet elmosódott határral vérbő, hámlásra hajlamos (stasis ekzema).
- Külső nyomás (decubitus).  
Nekrotikus alapú, ischaemiás jellegű fekély.

### 3. Kifekélyesedő bőrbetegségek

- Infekciós (erysipelas, pyoderma, mély mycosis, mycobacteriosis).
- Gyulladásos és degeneratív kötőszöveti betegségek (necrobiosis lipoidica, scleroderma, panniculitisek)
- Tumorok (primer bőrtumor, áttét).  
Itt az alapbetegség tünete a döntő.

## KRÓNIKUS SEBKEZELÉS SORÁN ALKALMAZOTT SZISZTÉMÁS ÉS HELYI SZEREK

BAJTEL NÓRA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

Krónikus sebről (fekélyről) akkor beszélünk, ha a test bármely részén kialakult hám- és szövethiány legalább hat héten keresztül nem gyógyul. A fekély megfelelő kezeléséhez szükséges a kiváltó okok felderítése, a seb típusának meghatározása.

### A nem gyógyuló sebek típusai

1. *nekrotikus*: elhalt szövetek, véralvadék, sebváladék alkotják a nekrotikus felrakódást a sebalapon, a seb bűzös, a lepedék szürkés-fekete, zöldes-sárga, a vénás fekély alapja lucskos, az artériásé száraz.
2. *fertőzött, exudációs*: baktériumfertőzés a gyulladás következtében fokozza a sebváladék képződését, melyhez elhalt leukocyták keverednek, a seb környéke gyulladt, beszűrt lehet.
3. *granulálódó*: a növekedési faktorok hatására érdús, vörös granulációs szövet látható. A seb széle meneteles.
4. *hámosodó*: a granulációs szöveten megindul a hámsejtszigetek képződése, illetve a sebszélek felől a hám bekúszik a sebbe.

A seb állapotának dokumentálása minden betegvizsgálatkor szükséges. A seb elhelyezkedését, nagyságát, mélységét, alapját, szélét, környékét írjuk le.



### *A fekély kezelésében használt szisztémás szerek*

A fekélyek kb. 70%-a vénás eredetű, a diosmin tartalmú Detralex vagy Dio PP javítja a vénás keringést. Artériás keringési zavar talaján keletkezett fekélyek esetén értágító hatású gyógyszerek alkalmazhatók, pl. pentoxyfillin. A nagy kiterjedésű fekélyek esetén fehérje-, nyomelem- és vitaminpótlásra lehet szükség pl. tápoldatok formájában. Fertőzött fekély esetén antibiotikum alkalmazására is szükség lehet: pl. amoxicillin-klav., ciprofloxacín, clindamycin, moxifloxacin.

### *Helyi sebkezelés*

Első lépésben a fekélyt mechanikusan megtisztítjuk, majd a sebalapot fertőtlenítő hatású oldattal ecseteljük. Az újabban ajánlott fertőtlenítők: Betadine, Octenisept, Prontosan. Ezek a készítmények MRSA ellen is hatékonyak, nem irritálják a sebet. Kevésbé korszerű szerek, melyek irritálhatnak, toxikus hatásúak lehetnek, ezért már kevésbé használatosak: 3%-os hidrogén-peroxid, Neomagnol. A seb tisztítása után különböző lokális szerekkel kezelhetjük a fekélyt, ezek a következők:

- sebhintőpor (pl. bórsavpor);
- kenőcsök
  - Betadine – jódtartalmú, antimikrobás hatású;
  - Ung. antisepticum – jód és paraben tartalmú kenőcs (FoNo);
  - Ung. ad vulnera – bórsav- és szaliciltartalmú antimikrobás, hámosító hatású kenőcs (FoNo);
  - enzimtartalmú kenőcsök – a fekélyen kialakult, fibrinszálakkal, hialintartalmú kötőanyaggal tapadó lepedék leválasztására alkalmasak, pl. Fibrolan (fibrinolizin + dezoxiribonukleas);
  - a hámosodást is elősegítik: Ialugen plus, Ialuset, Dermasin (Hialuronsav + ezüst-szulfadiazin); Curiosa gél, Curiosin csepp (cink-hialuronat).

Fontos a sebkörnyék védelme. Ehhez pasztákat, kenőcsöket használunk: pl. Ung. zinci et alum. (FoNo), Pasta zinci oxydati (FoNo), Pasta borax. (FoNo), Bolus alba hűtőpaszta (magistralis). Egyéb fekélykezelési lehetőségek: léglárva, hyperbárikus oxigén, soft laser, polarizált fény.

## **„INTELLIGENS” KÖTSZEREK ÉS MEGFELELŐ ALKALMAZÁSUK AZ EGYES SEBGYÓGYULÁSI FÁZISOKBAN**

FÁBOS BEÁTA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A mai korszerű sebkezelési elmélet a nedves sebkezelést részesíti előnyben. Ez speciálisan kifejlesztett kötszerekkel valósítható meg, melyek révén a sebgyógyuláshoz szükséges anyagok: növekedési faktorok, nyomelemek, fehérjék a sebben maradnak, segítve a sebgyógyulást.

### **Fajtái**

1. *filmkötszerek*: féligáteresztő polyuretán fólia, mely epithelizációs fázisban használható, felírhatósága 2 hónap.
2. *impregnált lapok*: ezek különböző anyagokkal átitatott hálók, melyek granulációs és epithelizációs fázisban alkalmazhatók, felírhatóságuk három hónap. Pl. Atrauman: polyészter túll növényi zsírsavakkal, kp. váladékozó sebekhez.  
Grassolind: nagylyukú pamutszövet vaselinnel, lanolinnal, paraffinnal, erőteljes váladékozás esetén.  
Atrauman AG: elemi ezüstöt tartalmaz.  
Bactigras: 0,5%-os chlorhexidin-tartalmú lenvászon háló.  
Mepitel: szilikon bevonatú polyészter.  
Inadine: jódot tartalmaz.  
Actisorb: aktív szenet és ezüstöt tartalmaz.
3. *hydrogélek*: nekrotikus és epithelizációs stádiumban, 2 hónapig írható kötszer. Pl. Hydrosorb, mely egy hydrocellás gél, szemipermeabilis, baktériumok és víz számára átjárhatatlan.
4. *hydrocolloidok*: granulációs stádiumban írható 3 hónapig.  
Kolloid magja megduzzad a váladékfelszívás következtében, kifehéredik, ekkor kell cserélni, pl. Hydrocoll.
5. *alginátok*: exudációs stádiumban, 2 hónapig írható.  
Calcium-alginát tartalmú, tengeri algából készült jól használható kötszerek, melyek jó nedvszívók, a kórokozókat felszívják, gél szerkezetben tartják. Vérzéscsillapító hatásúak, jól téphetők, mély sebekbe is beleilleszthetők.
6. *habszivacsok*: exudációs és granulációs stádiumban írhatók 2 hónapig.  
Anyaguk polyuretán habanyag, mely a sebváladékkal elgészedik, a kórokozókat magába zárja, pl. Versiva XC, Permafoam, Syspur-derm, Mepilex.

**Másodlagos kötszerek:** A fent felsorolt kötszerek közül az impregnált lapokhoz, alginátokhoz írhatóak a nedvszívó párnák, lapok. Belsejük pelyhesített cellulóz. Nem ragadnak a sebbe, jó váladékfelszívó tulajdonsággal rendelkeznek. Nem vághatóak. Pl. Zetuvit, Mesorb, Mesoft.

**Kötésrögzítők:** Pl. Peha-haft: kreppelt szerkezetű latex mentes elasztikus pólya, mely öntapadó. Omnifix elastic: hypoallergén rögzítő flisz, mely levegő- és vízpára áteresztő, nem irritál.

## PREVENCIÓS LEHETŐSÉGEK ULCUS CRUSIS ESETÉBEN

KUTASI ZSUZSANNA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

Az anamnézis és a klinikai kép alapján a kockázati tényezők, társbetegségek megállapítása. Szükséges laboratóriumi vizsgálatok, képalkotó vizsgálatok, konzíliumok meghatározása.

### 1. *Primer prevenció*

A legfontosabb hajlamosító tényezők szűrése és kezelése.

- Obesitas: étrendi javaslat, szükség esetén endokrinológiai konzílium.
- Ízületi betegségek: röntgen illetve ortopédiai, reumatológiai konzílium.
- Angiopátiára, neuropátiára, hypoxiára, trófikus zavarra hajlamosító labor-eltérések szűrése: anaemia, diabetes mellitus, hyperlipaemia, hyperuricaemia, hypo-, hyper- illetve paraproteinaemia. Veseelégtelenség, májelégtelenség.
- Érstátusz felmérése: visszernesség illetve végtagi ischaemia gyanúja esetén érsebészeti konzílium a további ellátás megtervezésére.
- Lymphoedema esetén bőrgyógyászati és fizioterápiás konzílium.
- Thrombophilia illetve szisztémás autoimmun betegség gyanúja esetén belgyógyászati konzílium.
- Ismert, ulcusra hajlamosító alapbetegségek megfelelő gondozása, beleértve a gyógyszeres kezelést is.

### 2. *Szekunder prevenció*

Kezelés betartásának ellenőrzése.

- Gyógyszerszedés.
- Végtagi kompressziós kezelés betartása vénás és lymphoedemás eredetű fekély esetén.
- Megfelelő fizikai aktivitás.
- Szakorvosi kontrollok betartása.
- Fehérjedús, megfelelő mennyiségű vitamint, ásványi anyagot és nyomelemet tartalmazó étrend.

## **A REHABILITÁCIÓS SZEMLÉLET ÉRVÉNYESÜLÉSE A KLINIKAI TERÜLETEKEN**

**Szakedzői továbbképzés a Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében**

Kaposvár, 2011. december 5.

### **MOZGÁSTERÁPIA: INDIKÁCIÓ ÉS KONTRAINDIKÁCIÓ**

BRIGOVÁ CZ ÉVA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Kaposvár

A rehabilitációs tevékenység nem csak módszer, szemlélet is. Rendkívül fontos, hogy a team tagjai összehangoltan, tervszerűen, az egyénhez és a károsodás mértékéhez adaptálva végezzék munkájukat. Kiemelkedő jelentőséggel bír az alkalmazott módszerek között a gyógytorna. Gyakran az alkalmazott egyéb terápiás tevékenység ennek sikerét hívatottak segíteni. A klasszikus felosztáson kívül (aktív, passzív, egyéni, csoportos) ma számos formája létezik, melyek mindegyike megfelelő indikációval alkalmazható. A kontraindikáció köre lényegesen szűkebb, de ugyanolyan jelentőséggel bír, mint a gyógyítás más területén. Az előadásban ezeket a lehetőségeket, valamint a kizáró okokat – a teljesség igénye nélkül – mutatom be.

### **A GYÓGYTORNA SZEREPE AZ AKUT ELLÁTÁSBAN**

KOVÁCSNÉ RUZSA ANITA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Kaposvár

A mozgásterápia alkalmazása a gyógyításban hosszú múltra tekint vissza, évtizedekkel, sőt, évszázadokkal ezelőtt is használták az érintettek tüneteinek enyhítésére. A mielőbb megkezdett gyógytornakezelés a betegek gyorsabb gyógyulását érheti el, így a táppénzen töltött idő rövidebb lesz. Vannak klinikai területek (ortopédia, mellkasműtétek, szívűtétek), ahol már műtét előtt fontos a mozgásterápia megkezdése, ezzel jobb fizikális állapotot készítve elő a sikeres beavatkozáshoz, és így javítva a gyógyulás eredményét. A korai időszak gyógytornájával megelőzhető az ízületi kontraktúrák, az izomerő gyengülése, a helytelen testtartás, a rossz járás kialakulása. Az akut időszakban elkezdett mozgásterápia, mobilizáció a beteg általános állapotának az egészét érinti, kellő pszichés figyelmet kap a számára nehéz időszakban.

## **AZ ELEKTROTERÁPIA SZEREPE A KORAI ÉS A KÉSŐI REHABILITÁCIÓBAN**

MÉSZÁROS PIROSKA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Kaposvár

A Kaposi Mór Oktató Kórházban a Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály két részlege látja el a fizioterápiás feladatokat. Az akut és a járóbeteg-ellátást az I. sz. Fizioterápián, a krónikus rehabilitációt a Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályon végzik a fizioterápiás asszisztensek – a kezelések szakorvosi javaslatra történnek. Akut ellátásban a konzílium alapján, járóbeteg-ellátásban szakorvosi vizsgálat után és a rehabilitációs osztályon minimum három hét benntartózkodás alatt. A betegek általában komplex kezelésben részesülnek, tehát nemcsak elektroterápiás kezelést, hanem masszázst illetve gyógytornát is igénybe vesznek. Az előadásban a leggyakoribb elektroterápiás kezeléseket ismertetem.

## **AZ ERGOTERÁPIA SZEREPE A REHABILITÁCIÓBAN**

APONYINÉ SZILÁGYI EDIT – NAGY RENÁTA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Kaposvár

Az ergoterápia (occupational therapy) vagy gyógyfoglalkoztatás bemutatása. A kaposvári Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályon kezelt bal oldali hemiplég beteg bemutatása, az ágyban fekvő állapottól kezdve az önellátásra való oktatása önálló hely- és helyzetváltoztatásra tanítása, majd a teljes függetlenség elérése és a társadalomba való aktív visszatérés segítése. Anoxiás agyi károsodást szenvedett tetraplég beteg az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben (OORI) elkezdett rehabilitálásának folytatása, befejezése. Az utcán való biztonságos és félelemmentes közlekedés megtanítása. 1990 óta ismert sclerosis multiplexben szenvedő beteg indulatszegény mozgásmintájának átforgalmazása és önálló használatának gyakorlása.

## **A LYMPHOEDEMA-KEZELÉS JELENTŐSÉGE NAPJAINKBAN**

BENCSEKNÉ KASS ANIKÓ

Kaposi Mór Oktató Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Kaposvár

Az esetek nagy részét a szekunder lymphoedema esetei adják, melyekben az oedema szerzett okok miatt alakul ki. Ilyen betegségek: tumorok és azok kezelése (műtét, sugárterápia, kemoterápia), elhanyagolt visszérbetegség, gyulladás (orbánc), sérülések. A téma aktualitását a daganatos megbetegedések növekvő gyakorisága, a daganatok műtéti és sugárkezelése, valamint a népbetegségnek számító krónikus vénás elégtelenség talaján kialakuló

szekunder lymphoedemás esetek nagy száma indokolja. Fontos a betegség korai felismerése és kezelése, mert ez súlyos szövődmények kialakulásához vezető progrediáló kórkép, a beteg rokkanttá válásához vezet.

## **MCKENZIE-TERÁPIA**

KATONÁNÉ HALUPA DÓRA – HORVÁTH GABRIELLA

Kaposi Mór Oktató Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Kaposvár

Az osztályon többféle kezelési módszert ötvözünk a gyógyító munka során, ezen terápiák, technikák eljárását ismertetjük. Ilyen technika a MCKENZIE-módszer, a gerincproblémák speciális vizsgálati és kezelési rendszere. Világszerte az egyik legelterjedtebb gerinckezelési eljárás, a világ negyven országában alkalmazzák. Magyarországon a gyógytornászok munkaköréhez tartozik. A kezelés fontos része a kiújuló fájdalmak megelőzése. E módszer szakszerű alkalmazásával gyakran a műtéti beavatkozás is elkerülhető.

# NÉVMUTATÓ

ALMÁSI RÓBERT .....	10, 25, 35, 72	GÁRDONYI MIHÁLY .....	19, 47
ANTAL KÁROLY .....	21, 24, 54, 67	GELLÉR LÁSZLÓ.....	21, 56
APONYINÉ SZILÁGYI EDIT .....	32, 85	GERGELY MIHÁLY .....	23, 62
BAJTEL NÓRA .....	29, 80	GERLINGER IMRE .....	11, 12
BALOGH GÁBOR.....	23	GILINCSEK LAJOS.....	12
BALOGH ILDIKÓ .....	14	GIMESI CSABA.....	31
BALOGHNÉ MÁRTON ERZSÉBET .....	17, 44	GYÖRFI RITA .....	32
BARNA ISTVÁN.....	24, 71	GYÖRFY KÁROLY .....	20, 50
BATTYÁNI ZITA .....	16, 29, 41, 78	GYURKOVITS KÁLMÁN.....	24, 70
BENCSIKNÉ KASS ANIKÓ .....	32, 85	HALMOS FERENC.....	23, 66
BENKŐ TÍMEA.....	17, 45	HEIGL PÉTER.....	25
BOGDÁN LÁSZLÓNÉ .....	19, 32	HENICS DÓRA.....	30
BOGDÁN TIBOR .....	27	HOLLÓDY KATALIN.....	13, 15
BORSI LÁSZLÓ .....	28	HORVÁTH GABRIELLA .....	32, 86
BŐHM ÁDÁM.....	21	HORVÁTH GYULA .....	30
BRIGOVÁ CZ ÉVA .....	32, 84	HÖRCSIK EDIT .....	20
BÜKI BÉLA .....	12	HUNYADY BÉLA.....	10
BÜTTL ANDREA.....	10	JANSZKY JÓZSEF.....	12
CSANÁDI ZOLTÁN .....	21, 55	JÓZAN-JILLING MIHÁLY.....	24, 69
CSÁSZÁR LÁSZLÓ.....	28	JÓZSEF TIBOR.....	19, 47
CSORBA ESZTER.....	13	KATONÁNÉ HALUPA DÓRA .....	32, 86
DURAY GÁBOR.....	21	KAVICZKI SZABOLCS .....	27, 31
FÁBOS BEÁTA .....	16, 29, 39, 81	KIRÁLY ATTILA.....	24, 69
FÁBOSNÉ NÉTLING IBOLYA .....	20	KISBENEDEK LÁSZLÓ.....	28
FARKAS IDIKÓ .....	19, 49	KISS CSABA .....	30
FARKAS JÓZSEF.....	28	KISS ISTVÁN .....	24, 68
FARKAS VIKTOR .....	18	KOLLER ÁKOS.....	24
FARSANG CSABA.....	24, 68	KOMOLY SÁMUEL.....	11
FERENCZY JÓZSEF.....	23, 64	KÓSA ISTVÁN.....	14
FODOR ANDRÁS .....	17, 46	KOVÁCS ÁRPÁD.....	20
FÖLDESI CSABA .....	21	KOVÁCS NORBERT.....	12
FÖLDI MÁRTA .....	19, 48	KOVÁCSNÉ RUZSA ANITA .....	32, 84
FRIDRIK GÁBOR.....	21, 24, 54, 67	KUTASI ZSUZSANNA .....	16, 29, 37, 83

LAKI ISTVÁN.....	9, 13, 15, 18	SOÓS SZILVIA .....	24, 70
LAKY ANDRÁS.....	27	SŐRÉS KATALIN .....	20, 51
LELOVICS ZSUZSANNA ....	11, 17, 23, 44, 65	STORCZ JUDIT.....	15
LIPTAI ZOLTÁN .....	9, 18	SULYOK ENDRE.....	15
LŐRINCZ ISTVÁN.....	21	SZABADI ANDRÁS.....	23
MAJOR TAMÁS JR. ....	10, 24, 67, 69	SZABÓ ISTVÁN .....	27, 30, 31
MARTON ANNAMÁRIA.....	11	SZEBÉNYI PÉTER.....	26, 75
MELCZER LÁSZLÓ .....	21, 56	SZELESTEY TAMÁS.....	10
MÉNESI RUDOLF.....	23, 62	SZENES EDUÁRD .....	24, 67
MÉSZÁROS PIROSKA .....	32, 85	SZIGETI ANNAMÁRIA .....	19, 48
MÉSZÁROS ZOLTÁN.....	10	SZIKSZAY KATALIN .....	24, 67
MIKE ANDREA.....	11, 12	SZILÁGYI ANDRÁS.....	26, 73
MOLNÁR ÁGNES .....	20	SZŐKE GYÖRGY.....	31
MOLNÁR SÁNDOR.....	11	SZŐKE KATALIN .....	22, 60
NAGY FERENC.....	10, 11, 12, 25, 30	SZŐTS MÓNIKA.....	12
NAGY RENÁTA .....	32, 85	TAIR, HAISSAM .....	28
NAGY ZSÓFIA .....	31	TERENYI ZOLTÁN .....	22, 60
NÉMETH LAJOS .....	26, 75	TORKOS MIKLÓS BULCSÚ.....	27, 30
NYÍRÓ ILONA .....	16, 36	TÓTH ATTILA.....	14
OLÁH TIBOR .....	17, 23, 43, 63	TÓTH LEVENTE .....	14
PECZNIK ÉVA .....	25	TÓTH TAMÁS .....	26, 74
PÉCSI BALÁZS.....	20, 51	TÓTH TIBOR .....	23
PÉLEY IVÁN .....	12	TÓTH ZOLTÁN .....	30
PFUND ZOLTÁN .....	12	VÁMI TÍMEA.....	32
RÁCZ TÜNDE.....	22, 61	VARGA CSABA .....	10, 11, 21
RÁKÁSZ ISTVÁN .....	28	VARGA TAMÁS.....	26, 77
ROSTÁS LÁSZLÓ .....	21, 24, 54, 67, 69	VÁZSONYI ÉVA .....	31
RÓZSA LÁSZLÓ.....	12	VILHELM ERIKA .....	21, 24, 54, 67
SAAB, NIZAR .....	27	VINCZE KÁROLY .....	23, 64
SÁGHY LÁSZLÓ .....	21	YASSER, SABLANI.....	22, 59
SIMOR TAMÁS.....	14, 21, 55	ZILAHÍ LÍVIA.....	14
SOMODI KRISZTIÁN.....	23, 63	ZIMA ENDRE .....	21
SOMOGYINÉ EZER ÉVA .....	20, 25, 52	ZUBONYAI CECÍLIA .....	29, 79
SOMOSKÖVI CSILLA .....	22, 58		