



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

2012

Kaposvár
2012

Pharoszfüzetek

5.

**A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház által szervezett
akkreditált továbbképzések programjai és válogatott összefoglalói, 2012**

Kaposvár
Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház
2012

Szerkesztette
DEÉ KITTI és
LELOVICS ZSUZSANNA

Kiadja a
Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház
Kaposvár

Felelős kiadó
MOIZS MARIANN
főigazgató

ISBN 978 615 5326 00 4

ISSN 2062 7416

Lezárva: 2012. december 21.

Tartalom

A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház által 2012-ben szervezett továbbképzések programjai 7

Szédülések diagnosztikája és kezelése.....	9
Pigmentált bőrtumorok a mindennapi gyakorlatban.....	11
Ischaemiás szívbetegség. Alfától a célig.....	12
Onkológiai aktualitások a házi orvosok szemszögéből	13
Regionális anesztézia.....	14
A meddőség etiológiája, kivizsgálása, kezelése - Asszisztált reprodukció	15
Öngyilkosságok társadalmi és orvosszakmai aspektusai.....	16
Modern traumatológiai vezérfonal családorvosok számára	17
Infekciós kórképek a bőrgyógyászatban	18
A modern nukleáris medicina képalkotás klinikai jelentősége	19
Az immobilizációs szindróma	20

A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház által 2012-ben szervezett továbbképzések válogatott összefoglalói 21

Szédülések diagnosztikája és kezelése.....	23
A szédülések felosztása, az anamnézis jelentősége	23
A szédülések epidemiológiája - új adatok	23
A szédülések tünettana	24
Egyéb szédüléssel járó kórképek	24
Pigmentált bőrtumorok a mindennapi gyakorlatban.....	25
A pigmentképződés és szerepe a bőrben	25
Jóindulatú pigmentsejtes elváltozások, anyajegyek.....	26
Dermatoszkópia a pigmentsejtes diagnosztika szolgálatában.....	28
Melanoma malignum	29
Ischaemiás szívbetegség. Alfától a célig.....	30
Coronaria intervenció - a kezdet	30
Kardiovaszkuláris prevenció 2012.....	31
Koronarográfia 2012.	32
Coronaria-CT	33
Ischaemiás kamrai tachycardia substrat ablatioja	34
Szívsebészet és képalkotó eljárások - Modern coronariasebészet.....	35
Kardiovaszkuláris rizikóbecslés és prevenció (szekunder prevenció)..	35
Lehetőségek - a jövő	38

Onkológiai aktualitások a házi orvosok szemszögéből	40
Vesedaganatok kezelése napjainkban	40
Tüdődaganatok	40
Colorectalis daganatban szenvedő betegek ellátása	41
Újdonságok a melanoma malignum kezelésében, családorvosi vonatkozások	42
Regionális anesztézia.....	44
A regionális anesztézia gyógyszerterapeútája	44
Az ultrahangvezérelt regionális anesztézia	44
Az interscalenicus plexusblokádok az ortopédiában	45
A regionális érzéstelenítés jelentősége a sebészeti anesztéziában	45
Regionális anesztézia szülészeti-nőgyógyászati beavatkozásoknál.....	46
Traumatológiai perifériás idegblokádok	46
A meddőség etiológiája, kivizsgálása, kezelése -	
Asszisztált reprodukció	48
A meddőség etiológiája, kivizsgálása és kezelése	48
Az endoszkópia szerepe a meddőség kivizsgálásában és kezelésében	49
Az asszisztált reprodukció szerepe a meddőség kezelésében.....	49
Az asszisztált reprodukció laboratóriumi háttere	50
Öngyilkosságok társadalmi és orvosszakmai aspektusai.....	52
Öngyilkosságok társadalmi és orvosszakmai aspektusai tapasztalataink alapján	52
Szuicidium prevenció és sürgősségi ellátás	53
Az öngyilkosságok jogi vonatkozásai	54
Krisisellátás és kriszintervenció.....	55
Modern traumatológiai vezérfonal családorvosok számára	56
Csípőtáji törések beosztása és korszerű operatív kezelése	56
Hosszú csöves csontok intramedullaris velőúrszegezései.....	56
Ízületközeli törések szögletstabil rendszerekkel történő megoldásai...	57
Szemléletváltozás a térd sérülések ellátásában.....	57
Modern kézsebészeti vezérfonal.....	57
Gyermekkori sérülések.....	58
Sebek és sebellátás.....	58
Infekciós kórképek a bőrgyógyászatban	59
Syphilis és HIV megbetegedés napjainkban	59
Bakteriális fertőzések	60
Vírusos fertőzések	62
Élősködők okozta megbetegedések.....	64
Gombák okozta megbetegedések	65
A tuberkulózisról napjainkban, különös tekintettel a biológiai terápiára	66
A modern nukleáris medicina képalkotás klinikai jelentősége	68
A modern nukleáris medicina képalkotás klinikai jelentősége.....	68

Az immobilizációs szindróma	70
Az immobilizációs szindróma okai és következményei	70
A decubitus sebészeti aspektusai.....	71
Vénás tromboembolia.....	72
A tápláltsági állapot és jelentősége.....	72
Mozgásterápia hatása az immobilizációs szindrómában.....	73
Az ápoló szerepe, pozicionálási lehetőségek az immobilizáció megelőzésében.....	74
Az immobilizációs szindróma mint táplálkozási kockázat korszerű táplálásterápiája.....	75
A terápia lehetőségei inkontinenciában és decubitusban	77
Inkontinencia és decubitus, anyagok és eszközök	78
Higiénés feladatok és lehetőségek a decubitus ellátása során.....	79
Gazdasági vonatkozások – költséghatékony esetmenedzselés.....	80
Névmutató.....	81

**A SOMOGY MEGYEI KAPOSÍ MÓR OKTATÓ
KÓRHÁZ ÁLTAL 2012-BEN SZERVEZETT
TOVÁBBKÉPZÉSEK PROGRAMJAI**

SZÉDÜLÉSEK DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Audiológia, belgyógyászat, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, fül-orr-gégegyógyászat, háziorvostan, mozgásszervi rehabilitáció, neurológia, orvosi rehabilitáció, oxyológia (mentőorvostan), oxyológia és sürgősségi orvostan, radiológia, rehabilitáció és sürgősségi orvostan szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.I./00167) - szabadon választható - továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. április 13-14.

Szakmai felelős: NAGY FERENC

Program

Köszöntő

NAGY FERENC

A szédülés neurológiai és interdiszciplináris vonatkozásai
KOMOLY SÁMUEL

A szédülések felosztása, az anamnézis jelentősége
NAGY FERENC

A szédülések epidemiológiája - új adatok
VARGA CSABA

Szédüléssel járó kórképek audiológiai vonatkozásai
NÉMETH ADRIENN

A szédülés igazságügyi orvosszakértői vonatkozásai
MOLNÁR SÁNDOR

A vesztibuláris rendszer anatómiája és élettana
MIKE ANDREA - NAGY FERENC

A szédülés kórképek radiológiai vizsgálata
KÖVÉR FERENC

A szédülések tünettana
KOMOLY SÁMUEL - NAGY FERENC - MIKE ANDREA - HÁROMI ISTVÁN -
MOLNÁR SÁNDOR

A belgyógyászati eredetű szédüléssel járó kórképek
PAPP ELŐD – HUNYADY BÉLA

Szédülés centrális idegrendszeri betegségekben
SZÓTS MÓNKA

A szédülés pszichés vonatkozásai
MIKE ANDREA

Fóbiás poszturális 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
GILINCSEK LAJOS

Szédülés autoimmun kórképekben
ILLÉS ZSOLT

A nervus vestibularis schwannomája. Kétoldali vestibularis funkciókiesés
HÁROMI ISTVÁN

Migraine és szédülés
PFUND ZOLTÁN

A tartási instabilitás diagnózisa és 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

Érdekes esetek. Kerekasztal az előadók részvételével

PIGMENTÁLT BŐRTUMOROK A MINDENNAPI GYAKORLATBAN

Bőr-, nemi betegségek és kozmetológia; bőrgyógyászat, bőrgyógyászat (bőr-, nemi betegségek és kozmetológia), csecsemő-gyermekgyógyászat és háziorvostan szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.I./00054) - szabadon választható - továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. május 10.

Szakmai felelős: BATTYÁNI ZITA

Program

A pigmentképződés és szerepe a bőrben
BATTYÁNI ZITA

Jóindulatú pigmentsejtes elváltozások, anyajegyek
ZUBONYAI CECÍLIA

Dermatoszkópia a pigmentsejtes diagnosztika szolgálatában
KUTASI ZSUZSANNA

Melanoma malignum
BATTYÁNI ZITA

Érdekes esetek
BATTYÁNI ZITA

Érdekes esetek
ZUBONYAI CECÍLIA

Érdekes esetek
KUTASI ZSUZSANNA

ISCHAEMIÁS SZÍVBETEGSÉG. ALFÁTÓL A CÉLIG

Belgyógyász, kardiológus, háziorvos, gyermekgyógyász, aneszteziológia és intenzív terápia, radiológus, oxológus és sürgősségi szakorvosok és szakorvosjelöltek részére meghirdetett - akkreditált (kódszám: 47 830) - tanfolyam a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Mosdós, 2012. június 1.

Szervezőbizottság elnöke: PAPP ELŐD – ROSTÁS LÁSZLÓ

Program

Coronaria intervenció – a kezdet
ROSTÁS LÁSZLÓ – ANTAL KÁROLY

Kardiovaszkuláris prevenció 2012.
TÓTH KÁLMÁN

Koronarográfia 2012.
HORVÁTH IVÁN

Coronaria-CT
TÓTH LEVENTE

Ischaemiás kamrai tachycardia substrat ablatioja
HERCZKU CSABA

Nonfarmakológiai kezelés
MERKELY BÉLA

Szívsebészet és képző eljárások – Modern coronariasebészet
SZABADOS SÁNDOR

Kardiovaszkuláris rizikóbecslés és prevenció (szekunder prevenció)
AJTAY ZÉNÓ – CZIRÁKI ATTILA

Lehetőségek – a jövő
PAPP ELŐD

ONKOLÓGIAI AKTUALITÁSOK A HÁZIORVOSOK SZEMSZÖGÉBŐL

Családorvosok, szakorvosok, szakorvosjelöltek, rezidensek részére
meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.I./00056) - szabadon választható -
továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. május 18.

Szakmai felelős: GYÓRFY KÁROLY

Program

Aktualitások az onkológiában
GYÓRFY KÁROLY

Vesedaganatok kezelése napjainkban
SÓRÉS KATALIN

Májrák
PÉCSI BALÁZS

Tüdődaganatok
SOMOGYINÉ EZER ÉVA

Colorectalis daganatban szenvedő betegek ellátása
VÖLGYI ZOLTÁN

Újdonságok a melanoma malignum kezelésében, családorvosi vonatkozások
BATTYÁNI ZITA

REGIONÁLIS ANESZTÉZIA

Aneszteziológia - intenzív terápia, csecsemő-gyermekgyógyászat, idegsebészet, ortopédia, ortopédia-traumatológia, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, traumatológia és urológia szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.II/00057) - szabadon választható - továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. október 17.

Szakmai felelős: ALMÁSI RÓBERT

Program

A regionális anesztézia gyógyszerterana
BÁTAI ISTVÁN

Az ultrahangvezérelt regionális anesztézia
ALMÁSI RÓBERT

Az interscalenicus plexusblokádok az ortopédiában
SZÉP ERZSÉBET

A regionális érzéstelenítés jelentősége a sebészeti anesztéziában
PATAK KRISZTINA

Regionális anesztézia szülészeti-nőgyógyászati beavatkozásoknál
SZABÓ JUDIT

Traumatológiai perifériás idegblokádok
NAGY GÁBOR - SPANNENBERGER KATA - MIKLÓS JÚLIA

A MEDDŐSÉG ETIOLÓGIÁJA, KIVIZSGÁLÁSA, KEZELÉSE - ASSZISZTÁLT REPRODUKCIÓ

**Háziorvostan és szülészet-nőgyógyászat szakképesítésekhez meghirdetett,
akkreditált (PTE-ÁOK/2012.II/00061) - szabadon választható - továbbképzés
a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében**

Kaposvár, 2012. november 9.

Szakmai felelős: SZILÁGYI ANDRÁS

Program

A meddőség etiológiája, kivizsgálása és kezelése

SZILÁGYI ANDRÁS

Az endoszkópia szerepe a meddőség kivizsgálásában és kezelésében

NÉMETH LAJOS

Az asszisztált reprodukció szerepe a meddőség kezelésében

MÁNFAI ZOLTÁN

Az asszisztált reprodukció laboratóriumi háttere

WILHELM FERENC

A Kaáli Intézet bemutatása, az asszisztált reprodukciós beavatkozások
folyamatának bemutatása

MÁNFAI ZOLTÁN - WILHELM FERENC

ÖNGYILKOSSÁGOK TÁRSADALMI ÉS ORVOSSZAKMAI ASPEKTUSAI

Addiktológia, gyermek- és ifjúságpszichiátria, gyermekpszichiátria, háziorvostan, igazságügyi elmeorvostan, igazságügyi pszichiátria, pszichiátria, pszichiátriai orvosi rehabilitáció és pszichoterápia szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.I./00168) - szabadon választható - továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. november 14.

Szakmai felelős: SOMOSKÖVI CSILLA

Program

Öngyilkosságok társadalmi és orvosszakmai aspektusai tapasztalataink alapján
SOMOSKÖVI CSILLA

Szuicidium prevenció és sürgősségi ellátás
TERENYI ZOLTÁN - VÁRSZEGI CSILLA

Az öngyilkosságok jogi vonatkozásai
YASSER SABLANI

Krízisellátás és krízisintervenció
JÁKI ZSUZSANNA

MODERN TRAUMATOLÓGIAI VEZÉRFONAL CSALÁDORVOSOK SZÁMÁRA

Háziorvostan, ortopédia, ortopédia-traumatológia, sebészet és traumatológia szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.II/00064) - szabadon választható - továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. november 23.

Szakmai felelős: BÖRZSEI LÁSZLÓ ZOLTÁN

Program

Bevezetés

BÖRZSEI LÁSZLÓ ZOLTÁN

Csípőtáji törések beosztása és korszerű operatív kezelése

BÖRZSEI LÁSZLÓ ZOLTÁN

Hosszú csöves csontok intramedullaris velőúrszegezései

MARKOCSÁNYI FERENC

Ízületközeli törések szögletstabil rendszerekkel történő megoldásai

PILLÉR ÁRPÁD

Szemléletváltozás a térd sérülések ellátásában

EZER FERENC

Modern kézsebészeti vezérfonal

CZÓBEL GÁBOR

Gyermekkori sérülések

LUKÁCS ÁKOS

Sebek és sebellátás

BORSICZKY BALÁZS

INFEKCIÓS KÓRKÉPEK A BŐRGYÓGYÁSZATBAN

Csecsemő-gyermekgyógyászat és háziorvostan szakképesítésekhez
meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.II/00062) - szabadon választható -
továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. november 29.

Szakmai felelős: BATTYÁNI ZITA

Program

Syphilis és HIV megbetegedés napjainkban

BATTYÁNI ZITA

Bakteriális fertőzések

BAJTEL NÓRA

Vírusos fertőzések

ZUBONYAI CECÍLIA

Élősködők okozta megbetegedések

FÁBOS BEÁTA

Gombák okozta megbetegedések

NYÍRÓ ILONA

A tuberkulózisról napjainkban, különös tekintettel a biológiai terápiára

KUTASI ZSUZSANNA

A MODERN NUKLEÁRIS MEDICINA KÉPALKOTÁS KLINIKAI JELENTŐSÉGE

Háziorvostan, izotópdiagnosztika, klinikai onkológia, nukleáris medicina és radiológia szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.II/00069) - szabadon választható - továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. december 6.

Szakmai felelős: ZILAHÍ LÍVIA

Program

Bevezetés

REPA IMRE

Funkcionális képalkotó és radionuklid terápiás módszerekről, a helyi lehetőségek

ZILAHÍ LÍVIA

A modern nukleáris medicina képalkotás klinikai jelentősége

BORBÉLY KATALIN

AZ IMMOBILIZÁCIÓS SZINDRÓMA

Szakdolgozóknak meghirdetett, akkreditált továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. december 14.

Szakmai felelős: VARGÁNÉ PETES GYÖNGYI – BRIGOVÁ CZ ÉVA

Program

Az immobilizációs szindróma okai és következményei
BRIGOVÁ CZ ÉVA

A decubitus sebészeti aspektusai
PINTÉR KITTI – OLÁH TIBOR

Vénás tromboembolia
EGYED MIKLÓS

A tápláltsági állapot és jelentősége
DEÉ KITTI – LELOVICS ZSUZSANNA

Mozgásterápia hatása az immobilizációs szindrómában
GYÓRFI RITA – KATONÁNÉ HALUPA DÓRA

Az ápoló szerepe, pozicionálási lehetőségek az immobilizáció megelőzésében
KOVÁCS ZSOLTNÉ

Az immobilizációs szindróma mint táplálkozási kockázat korszerű
táplálásterápiája
LELOVICS ZSUZSANNA

A terápia lehetőségei inkontinenciában és decubitusban
BENKŐ TÍMEA – VARGÁNÉ PETES GYÖNGYI

Inkontinencia és decubitus, anyagok és eszközök
BENKŐ TÍMEA

Higiénés feladatok és lehetőségek a decubitus ellátása során
PAPP ERZSÉBET

Gazdasági vonatkozások – költséghatékony esetmenedzselés
BENKŐ TÍMEA

**A SOMOGY MEGYEI KAPOSÍ MÓR OKTATÓ
KÓRHÁZ ÁLTAL 2012-BEN SZERVEZETT
TOVÁBBKÉPZÉSEK VÁLOGATOTT
ÖSSZEFOGLALÓI**

SZÉDÜLÉSEK DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Audiológia, belgyógyászat, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, fül-orr-gégegyógyászat, háziorvostan, mozgásszervi rehabilitáció, neurológia, orvosi rehabilitáció, oxyológia (mentőorvostan), oxyológia és sürgősségi orvostan, radiológia, rehabilitáció és sürgősségi orvostan szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.I./00167) - szabadon választható - továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. április 13-14.

A SZÉDÜLÉSEK FELOSZTÁSA, AZ ANAMNÉZIS JELENTŐSÉGE

NAGY FERENC

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológiai Osztály, Kaposvár

A szédülések felosztásában, diagnosztikájának felállításában alapvető feltétel a beteg panaszainak pontos kikérdezése. A beteg panaszai közül elsőként azt a fogalmat kell körbejárni, hogy pontosan milyen szenzációt is ért a beteg a szédülés fogalma alatt. Célszerű az általánosan elfogadott és konvencionálisan használt vertigo (forgó jellegű szédülés), prae syncope (ájulásszerű érzés), dizziness és dysequilibrium (szédülés, egyensúly megtartásának bizonytalansága), lightheadedness (lelki eredetű szédülés, gyengeségérzés, általános gyengeség, más betegség okozta szédülés) négy szédüléstípus valamelyikébe a beteg panaszát besorolnunk. Ezek után célszerű meghatározni a szédülés jelentkezésének típusos időpontját, kideríteni a szédülést provokáló tényezőket. Meg kell határozni, hogy egy-egy szédülés időtartama milyen hosszúságú, a szédülés intenzitása hogyan változik; hogyan ingadoznak mindezen változások napszakok szerint. A szédülés alatt kialakuló kísérő tünetek rögzítése is alapvető fontosságú: vegetatív tünetek, hányinger, hányás, fájdalom, kettős látás, oscillopsia, végtaggyengeség, zsibbadás, ataxia, húzóérzés valamelyik irányba. Az anamnézis pontos felvétele a pontos szédülés diagnózis alapfeltétele.

A SZÉDÜLÉSEK EPIDEMIOLOGIÁJA - ÚJ ADATOK

VARGA CSABA

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

A szédülésre vonatkozó pontos epidemiológiai adat nem áll rendelkezésünkre, mindazonáltal az orvosi rendelőkben a szédülés a második leggyakrabban elhangzó panasz. Járóbeteg-rendeléseket a betegek 5%-a, sürgősségi osztályokat

szédülése miatt a betegek 3-4%-a keresi fel. Az egyes szédüléstípusok gyakorisága is nagymértékben változik aszerint, hogy a beteg sürgősséggel érkezik, vagy előjegyzéssel a járóbeteg-rendelésen jelentkeznek. A sürgősségi osztályon a szédülések háttérében 30%-ban súlyos betegség áll, míg a járóbeteg-rendelésen ez az arány 6%. A szédülés háttérében álló okok aszerint változnak, hogy milyen rendelésen történik a vizsgálat.

2010. január 1. és december 31. között a Kaposi Mór Oktató Kórház sürgősségi betegfelvételén 18 000 beteg jelentkezett, ebből 471 beteg érkezett szédülés miatt (3%). A szédülés miatt érkezettek 46,1%-át mentő hozta. A betegek között kétszer több volt a nő mint a férfi (70,7% vs. 29,3%). Vertigo („forgó jellegű szédülés”) 40,3%-ban, szédülés („dizziness”) 37,2%-ban, ájulásszerű érzés (praesyncope) 12,6%-ban, szédülékenység (általános gyengeségérzés, más betegség okozta szédülés, „lightheadedness”) 9,8%-ban fordult elő a nem kevert esetekben. Szerző előadásában a szédüléssel kapcsolatos további epidemiológiai eredményeket, továbbá a szédüléssel vizsgálatokkal kapcsolatos nehézségeket és buktatóikat ismerteti.

A SZÉDÜLÉSEK TÜNETTANA

KOMOLY SÁMUEL¹ – NAGY FERENC² – MIKE ANDREA³ – HÁROMI ISTVÁN⁴ – MOLNÁR SÁNDOR⁵

¹ Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Neurológiai Klinika, Pécs

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

³ Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Neurológiai Klinika, Pécs

⁴ Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Fül–Orr–Gégészeti és Fej–Nyak Sebészeti Osztály, Kaposvár

⁵ Soproni Erzsébet Kórház, Neurológiai Osztály, Sopron

A gyakorlati betegvizsgálati bemutató előadásban a szédülés kapcsán leggyakrabban használt eljárások demonstrációjára kerül sor. Bemutatásra kerül a HALMÁGYI-tünet, a DIX–HALPIKE-manőver, a EPLY–SEMONT liberalizációs manőver, a UNTERBERGER-tünet, a fixáció-gátlás (Cover-teszt), FRENZEL-szemüveg használata, a FUKUDA-teszt, a ROMBERG-jel és a szemmozgások vizsgálata.

EGYÉB SZÉDÜLÉSES KÓRKÉPEK

NAGY FERENC

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Neurológiai Osztály, Kaposvár

Az „egyéb szédüléssel járó kórképek” előadásban szerző tárgyalja a tériszony vagy magassági szédülés, a látászavarok okozta szédülésérzések, tengeri betegség, a kinetosis fogalmát és jelenségét. Ezen túl az alkohol és egyéb mérgezések okozta szédülések, a vizuális ingerek által keltett szédülés kerül megbeszélésre.

PIGMENTÁLT BŐRTUMOROK A MINDENNAPI GYAKORLATBAN

Bőr-, nemi betegségek és kozmetológia; bőrgyógyászat, bőrgyógyászat (bőr-, nemi betegségek és kozmetológia), csecsemő-gyermekgyógyászat és háziorvostan szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.I./00054) – szabadon választható – továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. május 10.

A PIGMENTKÉPZŐDÉS ÉS SZEREPE A BŐRBEN

BATTYÁNI ZITA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A melaninpigment felelős a normál bőrszín kialakulásáért, és védi a bőrt a napfény káros hatásaitól is. A napfény UVA-sugarai döntően az irhában, míg az UVB-sugarak a hámban nyelődnek el. Az UVA-sugárzás főleg késői következményekkel jár, míg az UVB-sugárzás azonnali és késői hatást is kifejt. A napfény nemcsak előnyös, de számos káros hatással is bír. Fontos feladata a hőhatás kifejtése, a megfelelő mennyiségű pigmentáció képződésének serkentése, antidepresszív hatású, szükséges a D-vitamin szintéziséhez, továbbá ismert a terápiában is felhasznált viszketéscsillapító és immunszuppresszív hatása is. Az akut napfénykárosodás elsősorban napégés formájában, míg a késői hatás bőrmegvastagodás, fotoaging és bőrrák formájában jelentkezhet.

Melaninpigment termelésére a bőrben a melanocyták képesek. A melanocyták a hámban, a stratum basale sejtei között helyezkednek el. Ezek nyúlványos sejtek, hagyományos haematoxillin-eosin festéssel nem láthatók, csak ezüstimpregnációval vagy elektronmikroszkóppal mutathatók ki. A melanint a melanocyták tirozinból tirozináz enzim segítségével állítják elő több lépésben. A melanocyták a termelt melanint szemcsék formájában nyúlványaikkal átadják a környező hámsejteknek, melyek a melanint magjuk felett tárolják. Jól ismert, hogy a melaninpigment szabadgyökképződés nélkül elnyeli az UV-sugarakat, így védi a szöveteket és a DNS-t azok károsító hatásától. A pigmentképződést elsősorban az UVB-sugárzás fokozza, a hormonok közül pedig az ACTH, MSH és az ösztrogének.

A melanocyták száma testtájékonként változó, nagyobb számban található az arc és a genitális területen. A különböző bőrtípusokban a melanocyták száma nagymértékben nem különbözik, azonban aktivitásuk, a melanosomák nagysága, eloszlása, lebomlása különböző. A melaninszintézis zavarai állnak fenn a következő kórképekben: phenylketonuria (phenilalanin → tirozin blokk), albinizmus (a melanocyták nem termelnek melanint), vitiligo (szerzett körülírt depigmentáció).

JÓINDULATÚ PIGMENTSEJTES ELVÁLTOZÁSOK, ANYAJEGYEK

ZUBONYAI CECÍLIA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

Barna színű elváltozást okozhat a bőrön a haemosiderin és a melanin.

Hyperpigmentált foltok

Ephelis (szeplő): világos bőr- és hajszínű egyéneken megjelenő, néhány mm-es, világosbarna foltok. Napfény provokálja, a melanintartalom fokozott.

Café au lait (tejeskávé) foltok: kerek vagy ovális, néhány cm-től több cm nagyságú, világosbarna foltok. A melanintartalom fokozott. Neurofibromatosisban nagy számban látszik.

Melanocytás/naevussejtes naevusok

A melanocyták az embrionális fejlődés során vándorolnak a velőcső környékéről az epidermisbe. Fiziológiásan a hám basalis rétegében egyesével helyezkednek el. Felszaporodásuk, csoportosulásuk a hámban, irhában, illetve a mélyebb szövetekben vezet a naevussejtes naevusok kialakulásához. Színük a melanintartalomtól függ. Megjelenésük ideje: kongenitális típusa születéskor már észlelhető, illetve két éves kor előtt kialakul. A szerzett naevusok száma az élet során általában nő, főleg a serdülőkortól. Méretük néhány mm-től 1-2 cm-ig változik, általában 2 cm alatti. Színük a pigmenttartalom és mélység függvénye, bőrszíntől barnán át a feketéig, az irha mélyebb rétegeiben lévő pigment szürkén tűnik át. Elhelyezkedésük lehet a bőr szintjében, enyhén kiemelkedhet és papillomatosus.

Gyakoribb típusok:

- *Lentigo simplex*: barna folt, a basalis rétegben a melanocyták felszaporodnak, fokozott a pigmenttartalom.
- „*Papulosus naevus*”: enyhén kiemelkedő anyajegyek. A naevussejt fészkek a dermoepidermalis határon vannak.
- *Papillomatosus naevus*: intradermalis naevussejt fészkek.
- *Kék naevus (naevus coeruleus)*: enyhén kiemelkedő, szürkéskék papula. A dermis mélyén lévő melanocyták alkotják, melyek az embrionális migráció során elakadnak.
- *Halo naevus (Sutton naevus)*: a naevus környékén fokozatosan kialakuló pigmenthiány lép fel, mely később a naevus felszívódásához vezet. Serdülőkorban normális jelenség.
- *Spitz naevus*: kis méretű, elődomborodó, világosbarna naevus, általában gyermek illetve fiatal felnőtt arcán, a végtagok proximális részén.
- *Reed naevus (pigmentált orsósejtes naevus)*: erősen pigmentált, kis méretű naevus, általában fiatal korban alakul ki.

Dysplasiás naevusok

A diszplasztikus naevusok lényegesen eltérnek a normális anyajegyektől, és malignus átalakulás gyanúját vetik fel. Hosszabb idejű fennállás után melanoma malignummá alakulhatnak, illetve nagyobb számban az egyén fokozott melanoma kockázatát jelenthetik. Klinikailag szabálytalan alak, egyenetlen szín jellemzi. Mérete, alakja, színe a beteg számára is feltűnően változik. Dermatoszkópos képe szabálytalan. Szövettani vizsgálattal jellemző szerkezeti eltéréseket mutatnak, atípusos melanocyták is megtalálhatók.

Kongenitális naevusok

Csoportosításuk a felnőtt korban várható méret alapján történik: kicsi 1,5 cm alatti, közepes 1,5–20 cm-es, nagy 20 cm feletti, óriás 40 cm feletti. Felnőttkori várható méret becsüléséhez az újszülöttön észlelt méretet a fejen kettővel, másutt hárommal szorozzuk. Jelentőségük a fokozott malignus transzformáció veszélye miatt nagy.

Melanomakockázat kongenitális naevusban

Kis és közepes méretű kongenitális naevusban a melanoma kockázata nem fokozott, és a serdülőkor előtti malignizálódás extrém ritka. Ellátása elhelyezkedésétől és felszínétől is függ (kozmetikai és pszichés szempontok, sérülésveszély). Nagy méretű naevus melanomakockázata már az első életévekben nagy. Nem ritka a neurocutan melanosis. Speciális ellátást igényel. Differenciáldiagnosztikai fontosságú gyakori, jóindulatú bőrtumor, mely a hám- és/vagy kötőszöveti elemekből indul ki, de pigmenttartalma fokozott lehet: seborrhoeás keratosis (verruca seborrhoica), fibroma, dermatofibroma.

Az anyajegy feltétel nélküli műtéti eltávolítása nem javasolt.

Ismétlődő sérülés, irritáció, bármilyen irányú változás (méret, szín, alak) vérzés, gyulladás indokolja az anyajegy preventív eltávolítását. Továbbá javasolt a műtét dermatoscopos dysplasia esetén, vagy idősebb korban megjelenő halo naevusnál, mivel itt felmerül a regressziós melanoma lehetősége. Az eltávolítás minden esetben 2–5 mm-es határú **sebészi kimetszés**, majd szövettani vizsgálat. Laseres, diatermiás eltávolítás tilos.

Fontos kérdés az anyajegyek sérülésekor felmerülő teendő. Ilyenkor javasolt a fertőzés elleni védelem, dezinficiálás. Bőrgyógyászati vizsgálat a sérülés jeleinek eltűnése után (2–4 hét) ajánlott. Ha melanocytás naevus sérült meg, a dermatoszkópos kép és az ismétlődés kockázatától függően a preventív műtét indokolt. Amennyiben a beteg vérzést észlel, de sérülésre nem emlékszik, melanoma malignum gyanúja merül fel, mielőbbi bőrgyógyászati vizsgálat és esetleges műtéti megoldás szükséges!

Az anyajegyekkel kapcsolatos, mindenki számára legfontosabb ismeretek: javasolt havonkénti önvizsgálat végzése, az esetleges változás felismerésére. Az anyajegyek számától és típusától függően rendszeres bőrgyógyászati vizsgálat (normális esetben elég két évente). A bőrről történő bármilyen képlet eltávolítása előtt kötelező a bőrgyógyászati vizsgálat. A **megelőzés** alapvető részei a **fényvédelem**, a **napégés megelőzése**, valamint az **irritáció kerülése**.

DERMATOSZKÓPIA A PIGMENTSEJTES DIAGNOSZTIKA SZOLGÁLATÁBAN

KUTASI ZSUZSANNA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A dermatoszkópia döntően pigmentált bőrelváltozások vizsgálatára használatos *in vivo*, noninvazív diagnosztikus eljárás. A bőrgyógyászatban manapság rutin vizsgálóeljárásnak számít. A vizsgálat célja annak eldöntése, hogy az adott laesio melanocyter vagy nem melanocyter eredetű, illetve benignus vagy malignus. A mindennapi gyakorlatban kézi dermatoszkópot használunk, mely egy belső fényforrással ellátott kézi nagyító, ami tízszeres nagyítást biztosít. Segítségével az epidermist és a papilláris dermist vizsgáljuk horizontális síkban, ellentétben a szövettani vizsgálattal, ahol vertikális síkban teljes vastagságban látható az adott képlet. A dermatoszkóp segítségével a diagnosztikus pontosság – a szabad szemmel történő értékeléshez képest – 10-30%-kal növelhető. Ez azt is jelenti, hogy a szövettani vizsgálatot semmi esetre sem helyettesíti.

A dermatoszkóp alkalmazásakor a felszíni egyenetlenséget átlátszó folyadékkal kell kitölteni, ezáltal a levegő és a bőr egymástól eltérő fénytörési indexe eltűnik, a transzparencia fokozódik. A kézi dermatoszkóp továbbfejlesztett változata a digitális dermatoszkóp, mely egy számítógéphez kapcsolt speciális dermatoszkóp. A nagyítás mértéke akár harmincszoros-negyvenszeres is lehet.

Előnye, hogy a laesio a monitoron látható, tárolható, bármikor előhívható, ezáltal felhasználható betegkövetésre, oktatásra, konzultáció esetlegesen távkonzultáció céljából is. Az eljárás hátránya, hogy költséges, speciális szoftver is szükséges hozzá, továbbá hogy pontos diagnózist ez az eljárás sem ad.

A dermatoszkópia bizonyos korlátokkal is bír. Az anatómiailag nehezen hozzáférhető területek, a nyálkahártya-régiók nem vizsgálhatók, továbbá a noduláris tumorok és bizonyos érederetű laesiók nem adnak jellegzetes dermatoszkópos képet, így azok dermatoszkóppal nem értékelhetők.

A vizsgálat során az első megválaszolendő kérdés a laesio melanocyter eredete. A dermatoszkóppal látott képen pigmentháló, elágazódó csíkok, pontok, pigmentrögök, pszeudoszaruciszta, pszeudofollicularis nyílások, struktúramentes területek, juharlevélszerű képletek segítik a tájékozódást. Amennyiben a laesio melanocyter eredetű, el kell dönteni, hogy az benignus vagy malignus. Ez a kérdés az ún. dermatoszkópos ABCD-szabály segítségével válaszolható meg (*asszimetria, border, color, differenciáló* struktúrák).

Néhány fotódokumentált, majd szövettani vizsgálattal igazolt eset is bemutatásra kerül.

MELANOMA MALIGNUM

BATTYÁNI ZITA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A melanoma malignum a melanocytaból kiinduló invazív, kifejezett áttétképző sajátsággal rendelkező daganat. Az incidencia növekedésében a megváltozott UV-sugárzás és az életmód egyaránt szerepet játszik. Megjelenése a bőrben a leggyakoribb (> 90%), de kiindulhat a szemből, az emésztőrendszer és a nemi szervek nyálkahártyájáról, az agyhártyáról. Nem invazív forma az in situ melanoma. A leggyakoribb invazív típusok a klinikai kép alapján négy csoportra oszthatók: superficialisan terjedő melanoma (SSM), noduláris melanoma (NM), akrális lentiginosus melanoma (ALL), lentigo maligna melanoma (LMM). Az SSM a leggyakoribb típus, szabálytalan pigmentfoltként jelenik meg, és hosszú időn keresztül csak horizontális irányba terjed. A NM csomó, mely lehet pigmentált, időnként pigmentszegény, vérzékeny és exulcerált. Gyorsan vertikális szakba megy át, így gyakoribb a metasztázis képzés. Az ALL a tenyéren, a talpon, a köröm körül illetve alatta helyezkedik el. Agresszív lefolyású. A LMM idős emberek arcán lassan növekvő praecancerosus pigmentfolt (lentigo maligna) talaján alakul ki.

A melanoma gyakorisága emelkedik, de a korai felismerés (rendszeres önvizsgálat és bőrrákszűrésen való részvétel), valamint a megfelelő kezelés hatására a gyógyulás esélye nő. Az incidencia csökkenése csak a népesség oktatásától várható.

A melanoma malignum kezelésben a műtéti ellátás az egyetlen kuratív lehetőség. Az immunterápia – interferon az egyetlen igazoltan hatásos adjuváns kezelés. A kemoterápia és a sugárkezelés palliatív jellegű. Új lehetőség a biológiai kezelés (ipilimumab, vemurafenib). A melanomában szenvedő betegek gyógyulási esélye a melanoma minél korábbi stádiumban történő felismerésétől és radikális eltávolításától függ. A primer tumor műtéte megfelelő biztonsági határral történik. Sentinel nyirokcsomó-vizsgálat végzése a primer tumor tulajdonságaitól függően. Regionális blokk dissectio – klinikailag és/vagy CT-vel kimutatható nyirokcsomó áttét illetve pozitív sentinel nyirokcsomó esetén. A szoliter áttétek műtéte megkísérelhető.

Melanoma adjuváns kezelése szempontjából elsődleges az interferon kezelés, mely a primer tumor és regionális nyirokcsomó szövettanától függ. Az interferon immunmoduláló, antiproliferatív, angiogenesis gátló és direkt tumorproliferáció gátló hatású természetes fehérje.

Sugárkezelés adjuváns alkalmazása javasolt, ha a primer tumor eltávolítása nem megfelelő radikális illetve regionális nyirokcsomó áttét jellemzőitől függően.

A melanoma malignum palliatív kezelésére korlátozott lehetőségünk van. A kemoterápia multiplex szervi áttét, a biszfoszfonát csontáttéteknél, a sugárkezelés bőr-, nyirokcsomó-, agyi és csontáttétek esetén mérlegelendő kezelési lehetőség.

ISCHAEMIÁS SZÍVBETEGSÉG. ALFÁTÓL A CÉLIG

Belgyógyász, kardiológus, háziorvos, gyermekgyógyász, aneszteziológia és intenzív terápia, radiológus, oxológus és sürgősségi szakorvosok és szakorvosjelöltek részére meghirdetett – akkreditált (kódszám: 47 830) – tanfolyam a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Mosdós, 2012. június 1.

CORONARIA INTERVENCIÓ – A KEZDET

ROSTÁS LÁSZLÓ – ANTAL KÁROLY

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

A diagnosztikus szívkatéterezés WERNER FORSMANN (1904–1979) nevéhez kötődik, aki 1929-ben – kezdő sebészként – önkíséreltben, perifériás vénán keresztül ureter katétert vezetett a jobb pitvarba. A beavatkozást röntgenfelvétellel igazolta. Bár akkor elismerésben és kellő odafigyelésben nem részesült, a század közepére egyre több követője volt, és terjedt el a diagnosztikus szívkatéterezés. Az első direkt koszorúér-katéterezést – véletlenül ugyan – F. MASON SONES JR. (1918–1985) végezte, amikor az aortaív vizsgálata során a katéter a jobb coronaria szájadékba csúszott. A módszer kidolgozásában MELVIN P. JUDKINS (1922–1985) tevékenységét emeljük ki. A coronaria angioplasztikáról elsőként ANDREAS GRÜNTZIG (1939–1985) számolt be.

Magyarországon a koronarográfia a szívsebészeti centrumokhoz kapcsolódva az 1970-es években terjedt el, míg az első coronaria angioplasztikát a nyolcvanas években végezték. Különlegességnek számított 1979-ben a szekszárdi kezdeményezés: közvetlen szívsebészeti háttér nélkül kezdték el a bal szívfél katéterezést, majd a koronarográfiát.

A kilencvenes években egyre nőtt az invazív kardiológiai beavatkozások iránti igény, mely egy új dunántúli haemodinamikai laboratórium létrehozása mellett szólt. Az évente megrendezésre kerülő, Somogy megye és a dél-dunántúli régió határait átlépő mosdósi tudományos fórumok programjában rendszeresen szerepelt az ischaemiás szívbetegség és a kapcsolódó aritmiák témaköre. Somogy megye vezető belgyógyászai és kardiológusai a kaposvári kórházba tervezték a dunántúli szívkatéteres centrumot, de a megvalósításig nem jutottak el. Zalaegerszegen és Pécsen azonban szívsebészeti és intervenciós kardiológiai központok nyíltak meg, komoly változást eredményezve a kardiológiai betegek ellátásában. A második évezred végén a százezer lakosra vonatkoztatott coronaria bypass műtétek és a percutan coronaria tágítások száma már nagymértékben meghaladta az országos átlagot. Somogy megyében

is fokozatosan csökkent az akut szívizominfarktus előfordulása, de még mindig 1,7-szerese a korra, lakosságszámra korrigált Baranya megyei adatoknak.

A 2011. január 5-én elkezdett kórházi beruházás (infrastruktúra komplex fejlesztése) az intervenciós kardiológia alapjait is megteremtette Kaposváron.

KARDIOVASZKULÁRIS PREVENCIÓ 2012.

TÓTH KÁLMÁN

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Általános Orvostudományi Kar,
I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Az ezredforduló éveiben a világon a kardiovaszkuláris halálozás évi 17 millió fölé emelkedett, mely az összhalálozás 29%-át jelentette. Számítások szerint 2020-ra ez a szám 25 millióra, az arány pedig 37%-ra fog emelkedni, amennyiben az eddigi tendenciák változatlanok maradnak.

A jól ismert klasszikus rizikófaktorok mellett az újabb kardiovaszkuláris kockázati tényezők: a kóros reológiai paraméterek, a hyperurikaemia és a hyperhomocysteinaemia, a fertőzések és krónikus gyulladások, a microalbuminuria és a krónikus vesebetegség, a fokozott oxidatív stressz és a légszennyeződés, a carotis intima/media vastagság, illetve a magasabb nyugalmi szívfrekvencia. Szerző ismerteti a rizikóbecslést, a kardiovaszkuláris prevenció szintjeit és átfogó stratégiáját, úgy az életmódi tényezők, mint a gyógyszeres prevenció területén.

Több megfigyelés és tanulmány eredményei igazolják ugyanis, hogy mérsékelt alkoholfogyasztás („2 pohár ital/nap”) mellett a coronariabetegség előfordulása alacsonyabb, mint az alkoholt nem fogyasztók esetében („French paradox” elmélet). Ennyi alkohol fogyasztása emeli a HDL-koleszterin-szintet, csökkenti az LDL-szintet, a trombocita aggregációt és emeli a plazma tPA-szintet. Legkedvezőbb hatása a vörösbornak van, melyet valószínűleg a bennük található flavonoidoknak, így a resveratrolnak köszönhetnek.

Az életmód megváltoztatásának alapvető elemei a dohányzás elhagyása, a „mediterrán típusú” diéta követése, valamint a rendszeres testmozgás. Az utóbbi kettő segít az optimális testtömeg elérésében és megtartásában is. Alapvetően fontos az egyéb ismert rizikófaktorok (hypertonia, dyslipidaemiák, diabetes mellitus) megfelelő kontrollálása is. A preventív gyógyszeres kezelés alapját pedig a prognózist javító szerek (elsősorban az Aspirin, statinok, béta-blokkolók és ACE-inhibitorok) használata jelenti.

A „klasszikus kardiovaszkuláris rizikófaktorok” megfelelő kezelése mellett a nagy morbiditású és mortalitású vaszkuláris kórképek megelőzésében és hatékonyabb kezelésében további jelentősége lehet a még nem ismert rizikófaktorok felderítésének és azok terápiás befolyásolásának.

KORONAROGRAFIA 2012.

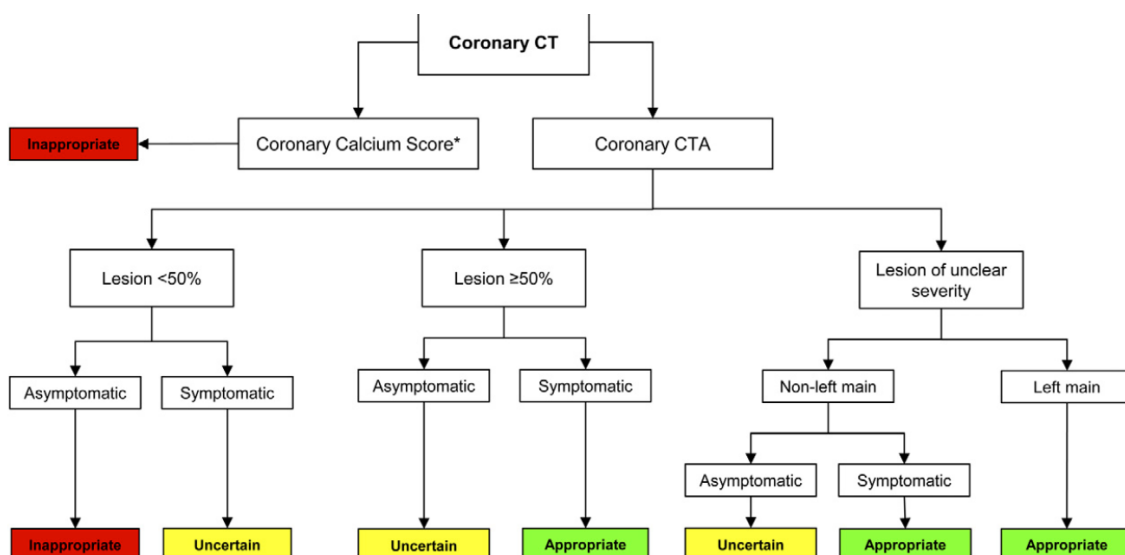
HORVÁTH IVÁN

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Általános Orvostudományi Kar,
Szívgyógyászati Klinika, Pécs

A szerző a történeti háttér részletes áttekintése után áttekintette a ACF/SCAI/AATS/AAHA/ASE/ASNC/HFSA/HRS/SCCM/SCCT/SCMR/S TS 2012 Appropriate Use Criteria for Diagnostic Catheterisation újonnan megjelent dokumentumát.

Szerző az előadás tartalmából – a teljesség igénye nélkül – a fenti dokumentum két ábráját idézi.

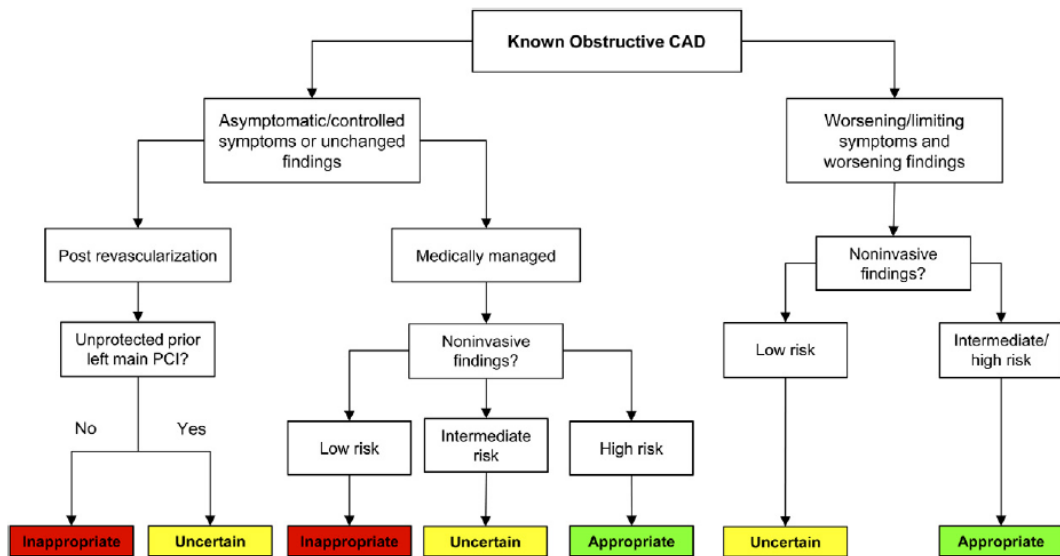
Az 1. ábrán a coronaria-CT megfelelő alkalmazásának kritériuma látható, feltételezett koszorúsér-betegség esetén.



1. ábra. A coronaria-CT alkalmazásának algoritmus

A 2. ábra a diagnosztikus katéterezés megfelelő használatát mutatja be ismert szűkületet okozó koszorúsér-betegség esetén.

Az előadás és az 1-2. ábra alapján is egyértelműen eldönthető, hogy mely esetben megfelelő a coronaria-CT, és mely esetben indokolt a diagnosztikus invazív katéterezés elvégzése.



2. ábra. A diagnosztikus katéterezés használatának algoritmusja

Irodalom

PATEL, M. R. – BAILEY, S. R. – BONOW, R. O. – CHAMBERS, C. E. – CHAN, P. S. – DEHMER, G. J. – KIRTANE, A. J. – WANN, L. S. – WARD, R. P.: ACCF/SCAI/AATS/AHA/ASE/ASNC/HFSA/HRS/SCCM/SCCT/SCMR/STS 2012 Appropriate Use Criteria for Diagnostic Catheterization: A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, Society for Cardiovascular Magnetic Resonance, and Society of Thoracic Surgeons. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2012. 59(22): 1995–2027.

CORONARIA-CT

TÓTH LEVENTE

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Osztály, Kaposvár
Kaposvári Egyetem, Egészségügyi Centrum, Kaposvár

Előzmények: A második generációs Siemens Definition Flash dual source 2 × 128 szeletes CT-berendezéssel a kardiológiai vizsgálatok is alacsony sugárterheléssel jó minőségben elvégezhetők. Szerző előadásában a kardiológiai vizsgálatokat mutatja be az első év tapasztalatai alapján.

Vizsgálati anyag és módszer: A Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrumában (KE-EC) 2011. március 1 és december 31. között 505 szív CT-vizsgálat történt. 314 férfi és 191 nő, átlagéletkor 58,4 ± 9,3 év.

Eredmények: A vizsgálat indikációja 394 esetben (78%) a coronariabetegség igazolása vagy kizárása volt (I. csoport), 45 esetben (9%) revaszkularizációt követően került sor a vizsgálatra (II. csoport), 66 esetben pedig szűrővizsgálatot végeztünk (III. csoport). Az I. csoport 21%-a került invazív diagnosztikára, a II. csoportból 30%-ban találtunk problémát a korábbi revaszkularizációs területen, a III. csoportból 25%-ban pedig kardiológiai gondozásba vétel vált szükségessé.

Következtetés: A kardiológiai vizsgálatok nagy részénél a második generációs DSCT-technika alkalmazásával igen alacsony sugárterheléssel elvégezhető a coronaria CT-vizsgálat. Számos klinikai esetben segíti a legújabb CT-technika a napi kardiológiai gyakorlatban a magasabb szintű betegellátást.

ISCHAEMIÁS KAMRAI TACHYCARDIA SUBSTRAT ABLATIOJA

HERCZKU CSABA

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Általános Orvostudományi Kar,
Szívgyógyászati Klinika, Pécs

Az ischaemiás kamrai tachycardiák ablatios kezelése elterjedt és a modern képpalkotó eljárásoknak köszönhetően a korábbiaknál sokkal sikeresebb beavatkozássá vált. Míg a korábbi évtizedben elsősorban instabil kamrai ritmuszavarok esetében ajánlották a substrat, tehát az ischaemiás eredetű heg térképezésén alapuló technikát és döntően a zajló ritmuszavar alatt felvett aktivációs térkép alapján történt az ablatio, ma a hegtérképek felvételét és az ablatiot inkább kiegészítik a korábbi módszerek. A modern képpalkotó technikák, elsősorban a 3D MR-viabilitás vizsgálata lehetővé teszi az elektrofiziológiai beavatkozást megelőzően az ischaemiás eredetű kamrai ritmuszavarok kialakulásában döntő szerepet játszó hegek rekonstrukcióját és ezek integrációját az elektrofiziológiai térképező rendszerbe. A substrat alapú térképezési módszerek során aritmia indukcióra csak ritkán van szükség, a beavatkozás biztonságossága jelentősen nő, a szívelégtelenség, kontrollálhatatlan kamrai ritmuszavar, elektromos vihar esélye csökken. A beavatkozás hosszú távú sikerarányát a jelenlegi ablatios technikák növelték, az ischaemiás eredetű hegekben található túlélő szívizomszövetet tartalmazó és reentry típusú ritmuszavarok kialakulásához vezető csatornák teljes eliminációja a rekurrencia arányt csökkentette. A teljes csatorna mentesítés technikája jelenleg még kidolgozás alatt áll, de elmondható, hogy segítségével növekvő sikerarány mellett sikerült csökkenteni a szükséges ablatiok kiterjedtségét és az ismételt beavatkozások számát. A technika sikeresen alkalmazható mind endocardialis, mind epicardialis eredetű ischaemiás kamrai tachycardiákban, de aritmogén jobb kamrai cardiomyopathiában is nagy sikerarányt biztosít.

SZÍVSEBÉSZET ÉS KÉPALKOTÓ ELJÁRÁSOK - MODERN CORONARIASEBÉSZET

SZABADOS SÁNDOR

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Általános Orvostudományi Kar,
Szívgyógyászati Klinika, Pécs

A modern szívsebészet alapját és szerves részeit képezik a hozzá kapcsolódó képalkotó eljárások. Ezek invazív és nem invazív vizsgáló eljárások: ECHO, coronaria - CT, koronarográfia, szív - MR- és izotópvizsgálatok. Ugyanakkor nem elválaszthatók a szívsebészet fejlődése szempontjából az extrakorporális keringés, off pump technikák, myocardium védelem és az új műtéti technikai eszközök fejlődése sem.

Az alapfeltételt jelentő szív-tüdő motortól mára már eljutott a szívsebészet az off pump technikáig, minimál invazív sebészetig, sőt, a hybrid és robot technika is a beavatkozók kezében van.

A klasszikus „saját anyag” felhasználás változatlanul a coronaria bypass alapjai maradtak: ütőerek és visszerek. Kivételükben azonban előretörték a modern minimál invazív eljárások. A varrattechnikák modernizálódását az új varróanyagok és a varratokat erősítő különböző biológiai ragasztók szolgálják.

A klasszikus modern szívsebészeti eljárásokat újabban kezdik felváltani az invazív szemisebészeti beavatkozások, mint a TAVI, endoszkópos coronaria, vagy robot szívsebészet, intervencionális billentyű sebészet. Végezetül nem felejtendő el a terápiás angiogenezis, vasculogenezis, őssejt implantáció sem a modern eszköztárból.

A fentebb felvázolt modern szívsebészeti beavatkozási lehetőségek megvalósulását nagymértékben elősegítették, fejlesztették a bevezetőben említett modern képalkotó eljárások (experimentális és klinikai szinten egyaránt). A mai szemlélet elterjedésének, alkalmazásának alapvető szereplői voltak, vannak és lesznek.

KARDIOVASZKULÁRIS RIZIKÓBECSLÉS ÉS PREVENCIÓ (SZEKUNDER PREVENCIÓ)

AJTAY ZÉNÓ - CZIRÁKI ATTILA

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Általános Orvostudományi Kar,
Szívgyógyászati Klinika, Pécs

A szív-ér rendszeri betegségek és következményeik évente több millió halálesetért tehető felelőssé világszerte. Jól ismert, hogy a fejlett országokban a kardiovaszkuláris betegségek vezetnek a halálozási statisztikát. Az érlemeszesedés olyan szisztémás betegség, mely a szervezet teljes artériás rendszerét érinti, és a folyamat végeredményét tekintve súlyos következményekkel jár - ide tartozik a szívinfarktus, szívelégtelenség, a stroke, a végtagi erek betegsége illetve elzáródása. Az atherosclerosis igen hosszú

tünetmentes, lappangási időszak után manifesztálódik. A prevenció szempontjából tehát kulcsfontosságú a megelőzése, jelenlétének minél előbbi igazolása.

A mai álláspont szerint a szekunder prevenció mint fogalom elavultnak tekinthető, mivel a szervezet globális kardiovaszkuláris rizikóit vizsgáljuk és próbáljuk megelőzni. Ennek ellenére a fogalmat a szakma előszeretettel használja a nagyobb rizikójú célszervi manifesztációval rendelkező betegcsoport jelölésére, az újabb esemény megelőzésére. A prevenció tevékenység ugyanis a korrekt, globális kardiovaszkuláris rizikó felméréssel kezdődik. Egyik régebbi európai tanulmány a Münster Heart Study, amelyet az INTERHEART-tanulmány és a három EUROASPIRE felmérés követett. Jelenleg – az összes meglévő korlátaival együtt – a Framingham-modellt és az európai SCORE-táblázatot használjuk. A globális rizikóbecslés során e betegek az „igen nagy kockázatú” (több nagy kockázatú betegség és rizikófaktor együttléte), „nagy kockázatú” rizikócsoportba tartoznak (egy nagy kockázatú betegség), de létezik egy harmadik csoport is, a „tünetmentes nagy kockázatú”, ahol a primer prevenció stratégia vonatkozó célértékei a szekunder prevenció ajánlásokkal átfedéseket mutatnak. Ezen célértékek irodalmi adatok, a European Atherosclerosis Society és a European Society of Cardiology (EAS/ECS) irányelvei alapján évente változnak, szigorodnak (5. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia. Budapest, 2011. november 25.).

Egyre inkább növekszik a jelentősége az életmód illetve diétabeli változtatások betartásának, a kardiovaszkuláris rizikófaktorok gyógyszeres kezelése mellett. Ezen túlmenően természetesen az ischaemiás szívbetegség (ISZB) specifikus gyógyszeres kezelése, a revaszkularizációs kezelések és beavatkozások, valamint a coronaria eseményt követő rehabilitáció jelenti a prevenció tevékenységet.

A gyógyszeres kezelés során szekunder prevencióra minden kardiovaszkuláris betegnél továbbra is az első választandó szer az Aspirin. Stent beültetés után ASA és clopidogrel/prasugrel egy évig, gyógyszerkibocsátó stent után tovább is. Nem kardiogén stroke esetén Dipyridamol + ASA, vagy csak clopidogrel adandó. Aspirinallergia és intolerancia esetén az első választandó szer a clopidogrel. Kardiális embóliaforrás okozta stroke esetén Warfarin vagy dabigatran, rivaroxaban.

A gyógyszeres kezeléshez tartozik a béta-blokkoló, mely minden posztinfarktusos és/vagy szívelégtelenségben, szisztolés diszfunkcióban szenvedő beteg esetén kötelezően indikált, hacsak nincs abszolút kontraindikáció vagy intolerancia.

ACE-gátló (intolerancia esetén ARB) kezelés minden kardio-cerebrovaszkuláris betegségben szenvedő beteg esetén javasolt, valamint csökkent bal kamra funkcióban az eredmények egyértelműen az ACE-gátló (ARB) kezelés mellett szólnak. Stroke-ot követően normotensio esetén is ACEI ajánlott, esetleg Indapamid is adható. Szelektív aldosteron antagonisták infarktus utáni szívelégtelenség esetén szerepel az ajánlásokban.

A hypertonia kezelése is az első választandó gyógyszercsoport az ACEI/ARB és/vagy béta-blokkoló, de meg kell említeni a nem tachycardizáló dihidropiridin Ca-csatorna blokkolókat is. A rizikó csoportnak, társbetegségeknek fontos szerepe jut a megfelelő célérték megválasztásakor.

Mindemellett minden fokozott rizikójú beteg esetében javasolt a biztonságos és effektív statin készítménnyel végzett tartós kezelés rizikóbesorolás szerinti célértékre (célértéktől függetlenül kezelendő az ACS, stroke, kritikus PAD), az „igen nagy kockázatú” csoport további betegei LDL < 1,8 mmol/L, a „nagy kockázatú” betegek LDL Ch < 2,5 mmol/L célértékre kezelendők, hacsak nincs abszolút kontraindikáció.

Az ISZB és szívelégtelenség szekunder prevenciójában egyre több kedvező bizonyíték áll rendelkezésre a frekvenciacsökkentő Ivabradin szerepét illetően. Természetesen az előbb említett gyógyszeres terápia mellett fontos jelentősége van a testtömegcsökkentésnek, a dohányzás elhagyásának, a szoros vérnyomáskontrollnak és a megfelelő rendszeres fizikai aktivitásnak, valamint minden kardiovaszkuláris betegnél az influenza elleni védőoltásnak is.

Irodalom

5. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia a koszorúér-eredetű, agyi- és perifériás érbetegségek kockázatának becslésére, megelőzésére és kezelésére. Budapest, 2011. november 25. *Metabolizmus*, 2012. 10(Suppl. A): A1-A78.
- CONROY, R. M. - PYÖRÄLÄ, K. - FITZGERALD, A. P. - SANS, S. - MENOTTI, A. - DE BACKER, G. - DE BACQUER, D. - DUCIMETIÈRE, P. - JOUSILAHTI, P. - KEIL, U. - NJØLSTAD, I. - OGANOV, R. G. - THOMSEN, T. - TUNSTALL-PEDOE, H. - TVERDAL, A. - WEDEL, H. - WHINCUP, P. - WILHELMSSEN, L. - GRAHAM, I. M. - SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur. Heart J.*, 2003. 24(11): 987-1003.
- CZURIGA I. - KANCZ S. - KARLÓCAI K. - ZÁMOLYI K.: A cardiovascularis betegségek megelőzése a napi orvosi gyakorlatban. Kardiológiai Szakmai Kollégium irányelve. *Kardiológiai Útmutató*, 2008 1: 8-25.
- European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation - REINER, Z. - CATAPANO, A. L. - DE BACKER, G. - GRAHAM, I. - TASKINEN, M. R. - WIKLUND, O. - AGEWALL, S. - ALEGRIA, E. - CHAPMAN, M. J. - DURRINGTON, P. - ERDINE, S. - HALCOX, J. - HOBBS, R. - KJEKSHUS, J. - FILARDI, P. P. - RICCARDI, G. - STOREY, R. F. - WOOD, D. - ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) 2008-2010 and 2010-2012 Committees: ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur. Heart J.*, 2011. 32(14): 1769-1818.
- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*, 2001. 285(19): 2486-2497.

- GRAHAM, I. – ATAR, D. – BORCH-JOHNSEN, K. – BOYSEN, G. – BURELL, G. – CIFKOVA, R. – DALLONGEVILLE, J. – DE BACKER, G. – EBRAHIM, S. – GJELSVIK, B. – HERRMANN-LINGEN, C. – HOES, A. – HUMPHRIES, S. – KNAPTON, M. – PERK, J. – PRIORI, S. G. – PYORALA, K. – REINER, Z. – RUILOPE, L. – SANS-MENENDEZ, S. – OP REIMER, W. S. – WEISSBERG, P. – WOOD, D. – YARNELL, J. – ZAMORANO, J. L. – ESC Committee for Practice Guidelines: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Atherosclerosis*, 2007. 194(1): 1–45.
- GRUNDY, S. M. – CLEEMAN, J. I. – MERZ, C. N. – BREWER, H. B. JR. – CLARK, L. T. – HUNNINGHAKE, D. B. – PASTERNAK, R. C. – SMITH, S. C. JR. – STONE, N. J. – National Heart, Lung, and Blood Institute – American College of Cardiology Foundation – American Heart Association: Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation*, 2004. 110(2): 227–239.
- KOTSEVA, K. – WOOD, D. – DE BACKER, G. – DE BACQUER, D. – PYÖRÄLÄ, K. – KEIL, U. – EUROASPIRE Study Group: Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*, 2009. 373(9667): 929–940.
- RIDKER, P. M. – BURING, J. E. – RIFAI, N. – COOK, N. R.: Development and Validation of Improved Algorithms for the Assessments of Global Cardiovascular Risk in Women The Reynolds Risk Score. *JAMA*, 2007. 297(6): 611–619.
- RIDKER, P. M. – PAYNTER, N. P. – RIFAI, N. – GAZIANO, J. M. – COOK, N. R.: C-reactive protein and parental history improve global cardiovascular risk prediction: the Reynolds Risk Score for men. *Circulation*, 2008. 118(22): 2243–2251.
- WILSON, P. W. – PENCINA, M. – JACQUES, P. – SELHUB, J. – D’AGOSTINO, R. SR. – O’DONNELL, C. J.: C-reactive protein and reclassification of cardiovascular risk in the Framingham Heart Study. *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes*, 2008. 1(2): 92–97.

LEHETŐSÉGEK - A JÖVŐ

PAPP ELŐD

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kardiológiai Osztály, Kaposvár

Az előadás célja bemutatni a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház (KMOK) Kardiológiai Egységének műszeres lehetőségeit, felépítését: harmincnégy aktív kardiológiai ágy, nyolc CCU (Coronary Care Unit) ágy, tizenhét ágy rehabilitáció Kaposváron, harminc ágy rehabilitáció Mosdóson, Kardiológiai szakambulancia, Kardiometabolikus ambulancia, Szív-MR – nyugalmi és stressz, coronaria-CT, Kontraszt-echocardiographia. Humánerőforrás a működtetéshez adott: tizenkét „főállású” és négy részmunkaidős kardiológus szakorvos, egy részmunkaidős belgyógyász,

két szakvizsga előtt álló orvos, hét + két szakasszisztens, tizennyolc + tizenkét ápoló, három + kettő adminisztrátor. A tervekben szerepel a Szívelégtelenség ambulancia indítása, a Kardiometabolikus Ambulancia fejlesztése, az Ambuláns rehabilitáció kialakítása, Pacemaker Ambulancia és Pacemaker implantáció beindítása. Az előadásnak aktualitást ad az új szívkatéteres laboratórium kialakítása, mely Somogy megye és Dombóvár kistérség ellátását végzi. A hasonló laborok beindulása kapcsán várt kardiovaszkuláris mortalitás csökkenés számottevő. Az előadás áttekintést ad a KMOK-ban a kardiológia teljes vertikumáról, kiemelve a szívkatéteres labor lehetőségeit, feladatait és várható előnyeit.

ONKOLÓGIAI AKTUALITÁSOK A HÁZIORVOSOK SZEMSZÖGÉBŐL

Családorvosok, szakorvosok, szakorvosjelöltek, rezidensek részére meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.I./00056) - szabadon választható - továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. május 18.

VESEDAGANATOK KEZELÉSE NAPJAINKBAN

SÓRÉS KATALIN

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

A vesesejtes carcinoma relative ritka tumor, de incidenciája növekvő tendenciát mutat. Az utóbbi néhány évben hat új aktív gyógyszer került látóterünkbe, amelyek forradalmasították az első és másodvonalú kezelést. Az új ún. biológiai vagy target terápiai szerek nem csak a betegség kiújulásáig eltelt időt, de a medián túlélést is figyelemre méltóan kitöltik. A sunitinib (a Pazopanib és Bevacizumab interferon /INF/ mellett) a kis és közepes kockázatú betegcsoport kezelésében nyert első vonalban teret. A temsirolimus a nagy kockázatú betegcsoportnak nyújthat reményt a lezárult klinikai vizsgálatok konklúziója szerint. További fejlődést hozhat a terápiában a tumor biomarkereinek jobb megismerése, a hatékonyabb terápiavezetés, az optimális terápiai szekvencia meghatározása, és ha minden beteg a számára releváns kezelést megkaphatja.

TÜDŐDAGANATOK

SOMOGYINÉ EZER ÉVA

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

Hazánkban a tüdődaganat mind a férfiak, mind a nők esetében a daganatos mortalitási statisztikák élén áll. Somogy megyében 2011-ben 355 új tüdődaganatos beteget fedeztünk fel.

A betegség legtöbbször III/B vagy IV. stádiumban kerül felismerésre. Az öt éves várható túlélés III/B stádiumban 5%, IV. stádiumban kevesebb, mint 1%. Kezelés nélkül egy áttétes daganatos beteg átlagos túlélése három-négy hónap. A betegséget továbbra sem tudjuk gyógyítani, de egyre hosszabb túlélést tudunk nyújtani a modern kezelésekkkel. Szerző előadásában a tüdő adenocarcinómában bevezetett négy új gyógyszert ismerteti, esetbemutatóval kiegészítve.

Az Avastin, érújdonképződést gátló, ún. biológiai terápiás szer, mely első vonalban alkalmazható III/B vagy IV. stádiumú adenocarcinómában kemoterápiával kombinálva. A bemutatott esetben a beteg túlélése ötvenhárom hónap volt.

Az Iressa, tyrosin kinase gátló szer, mely első, második és harmadik vonalban is alkalmazható EGFR-mutáció pozitív adenocarcinómában, szintén III/B és IV. stádiumban. A bemutatott esetben a túlélés harminc hónap volt.

A Tarceva, tyrosin kinase gátló szer második és harmadik vonalban adható KRAS vad típusú betegeknek szintén a III/B és IV. stádium kezelésére. Szerző bemutatott esetében a beteg harmincegy hónapos túlélésnél tart, aki jelenleg is él.

Az Alimta kemoterápiás szer, antifolat, mely első és második vonalban alkalmazható. Az ún. harmadik generációs kemoterápiás szerekhez képest kedvezőbb mellékhatás profillal rendelkezik. Többek közt ezt a szert kapta az a beteg, akinek esetét szerző ismerteti. Itt tíz hónap a beteg túlélése, aki jelenleg is él.

Összefoglalva, az utóbbi öt évben jelentős előrelépést mutatott a tüdő adenocarcinómák kezelése.

COLORECTALIS DAGANATBAN SZENVEDŐ BETEGEK ELLÁTÁSA

VÖLGYI ZOLTÁN

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

A colorectalis daganat világszerte a harmadik leggyakrabban előforduló malignitás. A gyakori megbetegedés kedvezőtlen túlélési adatai a megelőzés illetve a korai stádiumbeli diagnózis fontosságát jelzik, ugyanakkor a modern kezelési lehetőségek reményt adnak az előrehaladott betegséggel jelentkező pácienseknek is. Nagyon fontos tehát, hogy a háziiorvosi praxisban megjelenő beteg a számára optimális ellátást kapja, ennek hátterét a háziiorvos és az onkológus együttműködése adja.

Az előadás célja a colorectalis malignus daganatok demográfiai, etiológiai áttekintése után a betegek stádium szerinti ellátási ajánlásainak bemutatása, mely a napról napra bővülő kezelési lehetőségek tárházában a szakorvosoktól is komoly odafigyelést követel. A daganatos betegek eredményes kezeléséhez az onkológiában kevésbé jártas háziiorvosok tájékoztatását szolgálja az előadás.

ÚJDONSÁGOK A MELANOMA MALIGNUM KEZELÉSÉBEN, CSALÁDORVOSI VONATKOZÁSOK

BATTYÁNI ZITA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A melanoma malignum a legrosszabb indulatú bőrdaganat, melynek incidenciája fokozatosan növekszik világszerte. A betegség prognózisa egyértelműen a felismeréskor észlelt stádium függvénye. A korán felismert daganatok csaknem 100%-ban gyógyíthatók, de az előrehaladott eseteknél csak pár hónapos túléléssel számolhatunk.

A melanoma malignum egyetlen hatékony ellátása a korai felismerés, megfelelő szabályok szerinti sebészeti eltávolítás, melyet az évtizedek folyamán fokozatosan kisebb szegély jellemez, és egyértelműen a daganat szövettan által meghatározott vastagsága determinál.

A nyirokcsomó metasztázisok megléte előrehaladott stádiumot jelent. A tapintható nyirokcsomók rosszabb prognózist jelentenek, mint a mikroszkópos, csak szövettani vizsgálattal kimutathatók. Cél a nyirokcsomók minél korábbi felismerése, mely a rutin szentinel nyirokcsomó-vizsgálat segítségével vált lehetővé. A pozitívítás kiterjesztett nyirokcsomó blokk dissectio követ, további sebészeti ellátás jön szóba izolált szoliter szervi metasztázisok esetén is.

A multiplex áttétek prognózisa rossz (átlagos túlélés kb. hat hónap), kemoterápiát indikálnak melynek hatékonysága meglehetősen korlátozott, az alapkezelést jelentő DTIC (dacarbazine) esetében 20%-os remissziós arány várható. További monoterápiák állnak rendelkezésre, az agyi áttétek speciális kezelésére. A több komponensű, kombinált kemoterápiás kezelések hatékonyságukban nem eredményeznek olyan mértékű növekedést, melyek a fellépő mellékhatásokat kompenzálnák. Ezen szerek alkalmazása napjainkban egyre háttérbe szorul.

Fontos szerepet tölt be az adjuváns kezelés, előrehaladott, de tumormentesített betegek esetében. A leggyakrabban alkalmazott készítmények az Interferonok (interferon alfa), melyek hatékonysága egyértelmű, de dozírozás még nem teljes mértékben egységes. A nagy dózisú, indukciós kezelés elsősorban nyirokcsomó metasztázisok eltávolítása után javasolt. A vastagabb, de nyirokcsomó áttéttel nem társuló primer daganat esetében az alacsony dózis (heti háromszor 3–9 ME) alkalmazandó. A kemoterápiával kombinált Multiferon kezelés napjainkban vált hozzáférhetővé. Az interferonkezelés legújabb lehetősége a pegylált interferon alkalmazása. Az interferonkezelések mellékhatásai elviselhetők, a kezdeti lázas állapot, influenzaszerű tünetek fokozatos csökkenése mellett laboratóriumi, autoimmun eltérések lépnek fel. Kiemelendő a depresszív hatás, ami akár szuicidumhoz is vezethet. A kezelés remissziós aránya hasonló a kemoterápiáéhoz. Metaanalízisek alapján a tünetmentes túlélés szignifikáns növekedését eredményezik, a nagy dózisú kezelés a teljes túlélésre is hatással van.

A melanoma malignum vizsgálata során felismert immunológiai folyamatok, valamint tumorgenezisre vonatkozó ismeretek bővülése tette lehetővé, a célzott kezelések bevezetését. A távoli metasztázisok kezelésre két új készítmény, a Yervoy® (ipilimumab) valamint a Zelboraf® (vemurafenib) áll rendelkezésre. A Yervoy® a citotoxikus T-limfociták működését serkenti (anti-CTLA4 monoklonális antitest), így eredményezi a tumor regresszióját. A kezelés négy indukcióból áll 21 naponként, mely progresszió esetén ismételhető. A tumor regressziója akár több hónappal később is kialakulhat, eddig öt éves tumormentes túlélést észleltek. A kezelés minden disszeminált melanoma esetében alkalmazható.

A Zelboraf a BRAF jelátviteli rendszeren keresztüli tumorgenezist gátolja. Csak olyan melanomás esetekben fejt ki hatását, ahol kimutatható a BRAFV 600-as mutáció. Pár hét alatt a metasztázisok regresszióját eredményezi, így módon kifejezett életminőség javuláshoz vezet. DTIC-hez képest szignifikánsan hosszabb túlélést eredményez. Nyolc-kilenc hónapos kezelés után a betegek jelentős részében rezisztencia miatt progresszió lép fel, egyéb tumorgenetikus utak aktiválódása következtében.

Számos mellékhatással kell számolni, elsősorban a Yervoy-kezelés során. Nagyon fontos a családorvosok szerepe az új terápiás lehetőségek mellékhatásainak megítélésében, hiszen sok esetben a mellékhatások (elsősorban immunológiai) kimenetele a korai felismerés, megfelelő ellátás függvénye.

REGIONÁLIS ANESZTÉZIA

Aneszteziológia - intenzív terápia, csecsemő-gyermekgyógyászat, idegsebészet, ortopédia, ortopédia-traumatológia, sebészet, szülészet-nőgyógyászat, traumatológia és urológia szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.II/00057) - szabadon választható - továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. október 17.

A REGIONÁLIS ANESZTÉZIA GYÓGYSZERTANA

BÁTAI ISTVÁN

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, Pécs

A helyi érzéstelenítők alkalmazása történelmi időkbe nyúlik vissza. A természet patikája számtalan ismert és ismeretlen hatóanyagot rejt, melyek nagy tömegű előállításában ma már a gyógyszeripar segíti az aneszteziológusok munkáját. A klasszikus szerek és a modern helyi érzéstelenítők számos előnnyel és hátránnyal rendelkeznek, ám a veszélyes vagy halálos szövődmények aránya a megfelelően alkalmazott technikáknak köszönhetően elenyésző. Az alkalmazott módszerek szerint a helyi érzéstelenítők dózisa nagyon különbözhet, ha helyi, vezetési, epiduralis vagy intrathecalis úton juttatjuk a szervezetbe. A kialakult szövődmények általában toxikus mellékhatások, melyek a nem megfelelően megválasztott módszerek és dózisok eredménye. A konvencionálisan alkalmazott készítmények mellett megjelent néhány új, kellemesebb mellékhatás profillal bíró ígéretes hatóanyag is, melyek általános használatát és elterjedését magas árak egyelőre korlátozza. A szükséges gyógyszer-tani ismeretek elsajátítása képezi az alapját a megfelelő gondossággal kivitelezett sikeres regionális érzéstelenítésnek.

AZ ULTRAHANGVEZÉRELT REGIONÁLIS ANESZTÉZIA

ALMÁSI RÓBERT

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Kaposvár

A perifériás idegbloádok és idegfonat bloádok esetén számos korabeli, módosított és finomított technika ismeretes, melyekkel nagy gyakorlat esetén sikeres anesztézia végezhető. A tanulás és kivitelezés megkönnyítésére, a sikerarány fokozására a képzőtechnikák alkalmazása világszerte feltörőben

mutatkozó jelenség. Ezen felül a gazdasági érdekek és a betegek komfortja miatt ma a regionális anesztézia újkori reneszánszát éli. Az ultrahang nem invazív, nem sugárterhelő, egyszerűen, műtőasztal mellett használható eszköz, melynek segítségével szemkontroll mellett felkereshetők a korábban is ismert markerek mellett az idegfonatok és perifériás idegek. Alapvető ultrahangos ismeretek ismertetése után bemutatásra kerülnek a módszertan és az indikációs területek, az előnyökkel és hátrányokkal együtt. A helyi érzéstelenítő oldatok sokkal kisebb szövődménnyel beadhatók, az anyag terjedése látható, a betegek közötti anatómiai különbség és variációk kiküszöbölhetők. Kellő gyakorlattal patológiás eltérések esetén, a krónikus fájdalomcsillapításban, a tumoros betegek ellátásában is sikerrel alkalmazható.

AZ INTERSCALENICUS PLEXUSBLOKÁDOK AZ ORTOPÉDIÁBAN

SZÉP ERZSÉBET

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Kaposvár

Az ortopédiában a műtéti mortalitás, a bronchopneumonia kockázatának és a vénás tromboemboliás szövődmények csökkentésének legfontosabb faktora a megfelelően végzett regionális anesztézia. A posztoperatív fájdalmak legnagyobb mértékben és előfordulásban a váll és kézműtött betegeknél fordulnak elő. A korabeli direkt feltárásos, a szabadkézi, stimulátoros technikákon keresztül a napjainkig elterjedt kifinomult ultrahang irányította módszerekig bemutatjuk a felső végtagi blokádok anatómiai, gyógyszeres és módszertani alapjait. Kellő anatómiai ismeret birtokában a helyesen megválasztott lokál anaestheticum segítségével akár önálló anesztéziára is alkalmas érzéstelenítés végezhető, de az altatással egybekötött regionális érzéstelenítések a közvetlen posztoperatív szak fájdalomcsillapításában nyújtják a legnagyobb segítséget.

A REGIONÁLIS ÉRZÉSTELENÍTÉS JELENTŐSÉGE A SEBÉSZETI ANESZTÉZIÁBAN

PATAK KRISZTINA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Kaposvár

A sebészeti anesztéziában főleg az alhasi, proktológiai eseteknél illetve az alsó végtagi érműtétéknél előszeretettel használtak a coaxiális blokádok, egyre nagyobb esetszámban. A spinalis és epiduralis érzéstelenítés történetén keresztül bemutatásra kerülnek a két technika közötti alkalmazásbeli és hatástani különbségek, az alkalmazható tűk, katéterek, módszerek, a várható

előnyök és mellékhatások, szövődmények. Szerző előadásában rámutat arra, hogy a megfelelő magasság és dózis kiválasztásával igen előnyös anesztézia, haemodinamikai stabilitás, kisebb szövődményarány váltható ki, mely kanülált technikával alkalmas posztoperatív fájdalomcsillapításra és használható a krónikus fájdalom menedzsmentben is.

REGIONÁLIS ANESZTÉZIA SZÜLÉSZETI-NŐGYÓGYÁSZATI BEAVATKOZÁSOKNÁL

SZABÓ JUDIT

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Kaposvár

A modern társadalom elvárásai a szülészeti anesztéziával szemben a biztonságosság, egyszerűség és fájdalommentesség. Szülési fájdalomcsillapítás indikált az anya kérésére, betapintás esetén szülés után, hüvelyi szülés előző sectio után, medencevégű fekvés, fogós szülés, veszélyeztetett magzatoknál (koraszülött magzatok, praeclampsia, hypertonia, diabetes mellitus). Az alkalmazható módszerek a spinalis és epiduralis anaesthesia. Alapvető követelmény a speciális jártasság, figyelembe kell venni a terhes és a magzati szervezet sajátosságait, ne csökkentse a méhizomzat tevékenységét, ne nyújtsa meg a szülés időtartamát, ne növelje a műtétes szülések gyakoriságát, valamint ne okozzon posztoperatív szövődményt. Perifériás és centrális blokádotak végezhetünk, megfelelő előkészítés után az előnyök és hátrányok, technikai különbségek és gyógyszeres ismeretek figyelembe vételével. Kórházunkban a regionális anesztéziák aránya öröndetesen emelkedik, mely tendencia megtartása változatlanul célunk.

TRAUMATOLÓGIAI PERIFÉRIÁS IDEGBLOKÁDOK

NAGY GÁBOR – SPANNENBERGER KATA – MIKLÓS JÚLIA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály, Kaposvár

A traumatológiában a regionális blokádotak a szervezet számára kisebb megterhelést, a súlyos társbetegséggel rendelkező betegek esetében kedvezőbb mellékhatás profilt jelent, mely a posztoperatív szövődmények csökkenő tendenciájában jelentkezik (tromboemboliás szövődmények, kognitív deficit, légzési elégtelenség). Kellő posztoperatív fájdalomcsillapítás elérésére ugyan „időigényesebb”, szabadkézzel nehezebb kivitelezni, valamint a betegek körében sem terjedt el általánosan, ezért a betegek nem ismerik, bizalmatlanság tapasztalható. A traumatológiában biztonságosabb, mert sokszor nincs idő részletes preoperatív kivizsgálásra, telt gyomorral érkezik a beteg, nagy az idő

korú betegek aránya. Bizonyos laboreltérések esetén is biztonsággal kivitelezhető anesztézia (INR, májfunkciós paraméterek, vesefunkciós paraméterek), nincs szisztémás vegetatív hatás. A perifériás idegblokádot egyre emelkedő számban és sikerarányban alkalmazzuk mind felső, mind pedig alsó végtagi műtétek esetén.

A MEDDŐSÉG ETIOLÓGIÁJA, KIVIZSGÁLÁSA, KEZELÉSE - ASSZISZTÁLT REPRODUKCIÓ

**Háziorvostan és szülészet-nőgyógyászat szakképesítésekhez meghirdetett,
akkreditált (PTE ÁOK/2012.II/00061) - szabadon választható - továbbképzés
a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében**

Kaposvár, 2012. november 9.

A MEDDŐSÉG ETIOLÓGIÁJA, KIVIZSGÁLÁSA ÉS KEZELÉSE

SZILÁGYI ANDRÁS

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Szülészet-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 tíz százalékban 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 spermogram vizsgálatával párhuzamosan szükséges a női partner nőgyógyászati és hormonális vizsgálata. A hormonális kivizsgálás része az FSH, LH, prolactin, ösztadiol, a ciklus második felében progeszteron-meghatározás és a TSH-szint-mérés is meddőséget okozó látens hypothyreosis kizárására. A petevezetők állapotának megítélése, illetve egyéb kismencedei betegségek (endometriosis, policisztás petefészkek, összenövés) vizsgálata céljából a laparoszkópia a ma már rutin diagnosztikus és ha szükséges, terápiás eszköz. A laparoszkópia során a petevezetők átjárhatóságának vizsgálatát chromohydrotubatioval végezzük. Endometriosis esetén szövettani mintavételre, a laesiok electrocauterizációjára van mód. Policisztás petefészkek esetén az ovariumok „drillingjét” végezzük. A kivizsgálás eredményeképpen, amennyiben a férfi partner részéről eltérés nincs, illetve a kürtök átjárhatóak, a peteérést fokozó gyógyszeres kezelés a leggyakrabban alkalmazott eljárás. Ez történhet clomifen-citrát tablettá adásával, vagy gonadotrop hormon, FSH-készítmények alkalmazásával. Ez utóbbi már az ovuláció indukcióban nagy gyakorlattal rendelkező szakorvos feladata, mivel szoros cikluskontrollt igényel (folliculometria). Az egyszerűnek tűnő clomifen-citrát adásával kiváltott ovuláció indukció is sokkal jobb eredményt ad, ha folliculometriával, majd a tüsszőrepedés elősegítésére recombinans HCG adással egészítjük ki.

A gyógyszeres ovuláció indukció kombinálható glucocorticoidokkal hyperandrogenaemia esetén, vagy metforminnal inzulin rezisztenciás, elsősorban policisztás ovárium szindrómában szenvedő betegeknél. Az ovuláció 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 ovuláció indukció eredménytelen, endometriosis, immunológiai okok állnak a háttérben, a spermiumszám kicsi, vagy évekig fennálló nem megmagyarázható meddőség az ok.

AZ ENDOSZKÓPIA SZEREPE A MEDDŐSÉG KIVIZSGÁLÁSÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN

NÉMETH LAJOS

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

A reproduktív nőgyógyászati sebészet a meddőség organikus okainak műtéti kezelésével foglalkozik. A nőgyógyászati sebészet e területe speciális képzettséget, felszerelést és gyakorlatot igényel. Az előadás ismerteti a műtétekhez szükséges technikai eszközöket, majd ezek ismeretében áttekinti a műtéti megoldásokat. Részletezi a műtéti lehetőségeket a petevezetőkön, a méh fejlődési rendellenességei esetén, a myomák miatt végzett beavatkozásokat mind laparoszkópos, mind hiszteroszkópos úton. Foglalkozik az endometrialis polypok meddőségben betöltött szerepével, az intrauterin adhaesiok jelentőségével. A policisztás ovárium szindróma (PCOS) műtéti megoldását a gyógyszeres kezelés előnyeivel és hátrányaival együtt tárgyalja. Áttekinti az endometriosis meddőségben játszott szerepét, kezelését. Továbbiakban foglalkozik a jóindulatú adnexképletek sebészetével, a műtét előtti kivizsgálás menetével, rosszindulatú nőgyógyászati daganatok esetén a szervmegtartó műtéti megoldásokkal, a petefészek- és petesejt-konzerváló eljárásokkal.

AZ ASSZISZTÁLT REPRODUKCIÓ SZEREPE A MEDDŐSÉG KEZELÉSÉBEN

MÁNFAI ZOLTÁN

Kaáli Intézet, Kaposvár

A meddő párok kezelésében nagy mérföldkő volt 1978 – LOUISE BROWN megszületése – és ezzel az in vitro fertilizáció (IVF) klinikai alkalmazásának megindulása. Csaknem ugyanekkora előrelépést jelentett az 1980-as évek végén, az 1990-es évek elején a mikromanipulációs technikák (intracytoplazmatikus spermium injekció /ICSI/, asszisztált hatching /AH/, embrióbiopszia) sikeres

alkalmazása, majd rohamos elterjedése, melyek a magyarországi IVF-centrumokban is rutinszerűen alkalmazásra kerültek. Ezáltal a „lombikbébi” programba felvehető házaspárok köre nagymértékben kibővült, főleg a súlyos andrológiai problémák esetén elvégezhető „ICSI”-nek köszönhetően. A mikromanipuláció alkalmazása az „asszisztált hatching” révén az implantáció sikerét is elősegítheti a meghatározott indikációs körben, ugyanakkor a preimplantációs genetikai diagnosztika területén is nagy fejlődés tanúi lehetünk. Ezen eljárások indikációival, alkalmazási területeivel kapcsolatban mind nemzetközi, mind hazai viszonylatban fennállnak véleménykülönbségek. Ugyanakkor az IVF-program révén a „iatrogen” többes terhességek száma ugrásszerűen megemelkedett, a perinatológiai mutatók alakulása pedig a többes terhességek arányával mutat szoros összefüggést. Az IVF-terhesek közel egyötöde gemini, így a koraszülések és az emiatt fellépő neonatológiai szövődmények előfordulása magasabb az átlag populáció ugyanezen mutatóihoz viszonyítva. Ezen adatok javításának legjobb módja a beültetésre kerülő embriók számának csökkentése révén a többes terhességek megelőzése. Az embriók mélyfagyasztásának és fagyasztva tárolásának lehetősége mellett a számfeletti, beültetésre nem kerülő embriókat nem kell megsemmisíteni, így azok későbbi felhasználása a terhesség esélyének további növekedéséhez vezethet.

AZ ASSZISZTÁLT REPRODUKCIÓ LABORATÓRIUMI HÁTTERE

WILHELM FERENC

Kaáli Intézet, Kaposvár

A meddő párok kezelésében nagy mérföldkő volt 1978 – LOUISE BROWN megszületése – és ezzel az in vitro fertilizáció (IVF) klinikai alkalmazásának megindulása. Csaknem ugyanekkora előrelépést jelentett az 1980-as évek végén, az 1990-es évek elején a mikromanipulációs technikák (intracytoplazmatikus spermium injekció /ICSI/, asszisztált hatching /AH/, embrióbiopszia) sikeres alkalmazása, majd rohamos elterjedése, mely az utóbbi másfél évtizedben a magyarországi IVF-centrumokban is rutinszerűen alkalmazásra került, ezáltal a „lombikbébi” programba felvehető házaspárok köre nagymértékben kibővült, főleg a súlyos andrológiai problémák esetén elvégezhető „ICSI”-nek köszönhetően. A mikromanipuláció alkalmazása az „asszisztált hatching” révén az implantáció sikerét is elősegítheti a meghatározott indikációs körben. Megfelelő urológiai háttérrel lehetővé vált azoospermias betegeknek hereszövetből izolált hímivarsejtek in vitro fertilizációra való felhasználására is (TESE, MESA), ezáltal kibővítve a programban részvevő házaspárok körét. A szekvenciális tápoldatok alkalmazásával rutineljárássá vált a blastocysta transfer, melynek révén számottevően javult az implantációs ráta. A cryopreservatio technikák fejlődése során a hagyományos, lassú fagyasztásos technika mellett egyre inkább a gyors, ún. vitrifikációs eljárás kezd

tért hódítani, mely mellett nagymértékben javulhatnak a mélyfagyasztott embriók túlélési esélyei. Az utóbbi években a preimplantációs genetikai diagnosztika (PGD) területén lehetünk komoly fejlődésnek tanúi. Szerzők ismertetik ezen eljárások indikációit, alkalmazási területeit, kiegészítve az intézmény IVF-laboratóriumában készült fotódokumentációkkal.

ÖNGYILKOSSÁGOK TÁRSADALMI ÉS ORVOSSZAKMAI ASPEKTUSAI

Addiktológia, gyermek- és ifjúságpszichiátria, gyermekpszichiátria, háziorvostan, igazságügyi elmeorvostan, igazságügyi pszichiátria, pszichiátria, pszichiátriai orvosi rehabilitáció és pszichoterápia szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.I./00168) – szabadon választható – továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. november 14.

ÖNGYILKOSSÁGOK TÁRSADALMI ÉS ORVOSSZAKMAI ASPEKTUSAI TAPASZTALATAINK ALAPJÁN

SOMOSKÖVI CSILLA

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár

Az öngyilkosság az emberiség történetével egyidős jelenség, társadalmi jelenségként is felfogható. Kutatása orvosszakmai és társadalmi szinten az 1800-as évektől tart. *„Az öngyilkosság egyéni sorsban megnyilvánuló társadalmi tény, amely számtalan biológiai, pszichológiai, pszichiátriai szociális és kulturális gyökérrel rendelkezik.”* (PETHŐ, 1989)

Az öngyilkosságok előfordulási gyakoriságában szerepe van a megelőzés társadalmi kompetenciáinak, a médiának, a különböző vallásoknak, a kultúrának. A lakhelynek, a közösségi hovatartozásnak és a migrációnak is nagy a szerepe az öngyilkosságok előfordulásában. Az öngyilkosságok számának alakulása a társadalom gazdasági helyzetével közvetlenül nem függ össze, a szociális helyzet, az egzisztenciális feszültség, a munkanélküliség és a családi állapot azonban komoly befolyásoló tényezők. Az öngyilkosságok szezonális. Nyugdíjas kor, mint veszélyeztetett korcsoport. Iskolai végzettség szerinti megoszlás, nemi megoszlás. Az elkövetés módszerének jelentősége, az egyéni, a kiterjesztett, a csoportos öngyilkosság fogalma.

A mentális betegségek és az egyéb szomatikus betegségek szerepe az öngyilkossági hajlam vonatkozásában. A családi és a szociális miliő térképezésének fontossága a megelőzésben, illetve az esemény ismétlésében.

Média szerepe a csoportos, vallási vagy látványos csoportos, extrém öngyilkosságok esetében (mintakövetés vizsgálatának fontossága, tömegkommunikáció elemzése). A média gazdasági és politikai erők befolyásoló eszközeként, reklám és kampányok révén hatást gyakorol a tömegek attitűdjeire, érzelmeire, szuggesztív befolyást gyakorol az emberi közösség viselkedésére.

A kultúra és társadalom értékítéletei, minősítései életről és halálról, krízisről, vagy akár a pszichiátriai betegségekről, stigmáról nagy befolyással bírnak.

Orvosszakmai aspektusok: szomatikus állapot, betegségek mint oki tényezők. Szociális milió feltérképezése, cry for help felismerése, értelmezése. A családi értékrend és attitűd vizsgálata, a házi orvosok szerepének fontossága. Az orvosi aspektus kettősségének értelmezése: szuicidbeteghez való empátiás attitűd, illetve az élet tisztelete, gyógyító attitűd és a szuicidbeteggel való empátia kettőssége. Az orvosi viszonyulásmódot is nagymértékben befolyásolja a társadalmi értékrend, az egészségügyben dolgozók „burn out”-ja.

Az öngyilkosságok elemzése nagyon fontos a megelőzésben, az öngyilkosságok módszerei, motivációja, kommunikációja leképezik a társadalom értékrendjét. Orvosszakmai szempontból komoly befolyásoló tényező a társadalmi ítélet az öngyilkosságokról, a gyógyító tevékenység kettős érzelmi hatása az ellátó orvosokra.

SZUICIDIUM PREVENCIÓ ÉS SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

TERENYI ZOLTÁN – VÁRSZEGI CSILLA

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár

Szerzők az öngyilkossági kísérlet jelenségének két ellentétes, gyakran ellentmondást hordozó perspektíváját elemzik és esetpéldákkal illusztrálják. A krízisparadigmában elhelyezett primer preventív megközelítésben kiemelendő a RINGEL-féle preszuicidális szindróma, amely a cry for help kommunikáció mellett másik alapja a közvetlen megelőzést segítő, laikus vagy szakember általi intervenciónak. A háttérben esetleg álló pszichiátriai betegség és más rizikófaktorok azonosítása fontos preventív tényező.

A prevencióban elkülöníthető a társadalmi, a lokális és személyes szint, a kórházi ellátás a másodikba illeszkedik. A sürgősségi szemléletben és gyakorlatban másodlagos prevencióra van mód, az adekvát orvosi, sürgősségi ellátás, a traumatizáló iatrogén hatások tudatos mérséklése, a kórházi ellátó rendszerbe való beillesztés, a szakmák közötti adekvát kooperáció csökkenti a kísérlet ismétlődésének valószínűségét.

A szociokulturális tényezők (modellek, média, szekták) leírása, az azonosulási folyamatok megértése, a morális dilemmák nyílttá tétele segíti a hatékonyabb prevenciót. A sürgősségi ellátást végző számára is eligazodást jelent az aktuális, gyakran szociális krízist befolyásoló tényezők és az ellátást övező ellentétes hatások (családi dinamika, ellátási kényszer, finanszírozás stb.) ismerete, az elvárható pszichiátriai beavatkozások határainak megértése, a kérdést a pszichiátriában övező ambivalencia átlátása, a krízisparadigma integráló modellként való alkalmazása.

AZ ÖNGYILKOSSÁGOK JOGI VONATKOZÁSAI

YASSER, SABLANI

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár

„A Magyar Köztársaságban minden embernek veleszületett joga van az élethez és az emberi méltósághoz, amelyektől senkit sem lehet önkényesen megfosztani.” (Magyar Köztársaság Alkotmánya, 1949. évi XX. törvény)

„Az emberi méltóság sérthetetlen.” (Magyarország Alaptörvénye, 2012)

Az Alkotmány és Alaptörvény nem nyilatkozik egyértelműen az önkéz általi ártalomról, melyet korábban többféle megkülönböztetéssel szankcionáltak. Napjainkban a jog és alkotmány nem csupán az egyedi élet védelmét, az emberi életet védi, hanem létfeltételeit is.

Öngyilkosság és büntetőjog: A magyar büntetőjog korán dekriminalizálta az öngyilkosságot (1878). Csupán a „sorshúzásos”, más néven amerikai párbajt rendelte büntetni. Az öngyilkosság – tekintve az elkövető lelki állapotát – büntetlen, nem lehet egy személyben elkövetője és sértettje az eseménynek. Abban az esetben büntetne, ha kizárólag önmaga a sértett, büntetőjogi kérdések merülnek fel öngyilkosságra való felbujtás, kiterjesztett öngyilkosság vagy asszisztálás esetén. Büntetőjogi kérdés a segítségnyújtás elmulasztása.

Öngyilkosság és közigazgatási jog: „az öngyilkosság lehetőség szerinti megakadályozása” akár a közigazgatási szervek, rendőrség bevonásával is, a közigazgatási szervek széles körű jogosultsága az öngyilkosságok megakadályozására. Média szerepe a prevencióban, az öngyilkosságok közösségi megítélésében.

Öngyilkosság és egészségügyi jog: A kezelőorvos az aktuális jogi szabályozás alapján minden esetben pszichiátriai betegként tekinti és kezeli az elkövetőt. Pszichiátriai vizsgálat szükséges, önkéntes és kötelező gyógykezelés jogi szabályozása.

Öngyilkosság és polgári jog: „életveszély esetén a beavatkozásra az ügy urának tiltakozása mellett is jogszerűen kerülhet sor. Az ilyen okból történő beavatkozást minden esetben helyénvalónak kell tekinteni.” (Ptk. 485. §) Az élet védelme minden esetben megelőzi a tulajdon védelmét, akár az öngyilkos, akár más tulajdonáról van szó.

Öngyilkos és munkajog: Munkaalkalmassági vizsgálat, korábbi öngyilkossági kísérletekről bizonyos esetekben nyilatkozatot kérnek. Jelentési kötelezettség bizonyos beosztások és foglalkozások esetén. Kérdés: indokolt-e minden esetben a merev szabályozás, esetleg kizáró kritérium, vagy nem? Nincs semmiféle időhatár az esemény „elévülésére”. A munkajog egyes területein a munkavállaló öngyilkossági kísérletéhez egyértelműen negatív jogkövetelményeket fűz.

KRÍZISELLÁTÁS ÉS KRÍZISINTERVENCIÓ

JÁKI ZSUZSANNA

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, Kaposvár

Szerző előadásában először a krízis definícióját, lehetséges kimeneteleit, ezen belül is a szuicid veszélyeztetettség felmérésének mikéntjét vázolja. Ezt követően a krízisellátás különböző formáira tér ki: mikor és miként segíthet a pszichiátriai osztályos közeg, mi a formája és indikációja az ambuláns ellátásnak. Reflektál arra, hol a határ a krízisintervenció és a feltáró terápia között, mennyiben szokványos krízisintervenciót követően egyéb terápiás indikációt figyelembe venni, és a kezelés irányának választani. Egy konkrét eset kapcsán bemutatja a krízisállapot katathym imaginatív pszichoterápiás (KIP), imaginációs, képi elemekkel való átdolgozásának lehetőségét.

A krízisállapotot a magatartás átmeneti dezorganizációja, az adott helyzettel való megbirkózás (vagy elkerülés) képtelensége, a szokásos problémamegoldó mechanizmusok elégtelensége jellemzi. Az érzelmi krízis olyan feszült, fájdalmas állapot, amelyben mind a jobb, mind a rosszabb irányba való fordulás lehetséges. Típusai közül megkülönböztetjük a normatív, illetve az akcidentális kríziseket. JACOBSON krízismátrix-elméletében magyarázza az időzített krízisek fogalmát, amikor a krízisek egymásra rétegződése miatt vált ki aránytalanul nagy egyensúlyvesztést egy helyzet, ilyen lehet például az évfordulás, az intergenerációs, az életkor aktiválta krízis.

A kríziseken belül fontos a szuicid krízis felismerése, elkülönítése, melyben alapvető segítséget nyújt a RINGEL-féle preszuicidális szindróma tüneteinek felismerése. Ez alapján a szuicid krízis három fő jellemzője a fokozódó beszűkülés (csökkenő családi, baráti kapcsolatok, minden értékét veszti), az agresszív feszültség felhalmozódása és maga ellen fordítása (önmagát leértékeli, magát hibáztatja a kudarcokért), és az öngyilkossági fantáziák (ezek közül a legsúlyosabbak a konkrét szuicid tervek, illetve az előzetes próbálkozások).

A kezelési forma megválasztásakor fontos mérlegelni először az akut veszélyeztetettséget, az állapot súlyosságát, a háttérben meghúzódó esetleges egyéb pszichiátriai rendellenességeket, az ambuláns illetve osztályos kezelés fő hatótényezőit, illeszkedését a beteg személyiségéhez, élethelyzetéhez.

Az ambuláns krízisintervenció általában öt-hat ülést vesz igénybe, fontos minél hamarabb, akár hetente többször találkozni a beteggel. A fő cél a kapcsolatban tartás, az erőforrások mobilizálása, a probléma átkeretezése a krízisintervenció során. A krízisállapot oldódásával, a krízisintervenció lezárása után mérlegelendő további (pszichoterápiás) kezelés szükségessége, a háttérben meghúzódó elakadások segítése céljából.

MODERN TRAUMATOLÓGIAI VEZÉRFONAL CSALÁDORVOSOK SZÁMÁRA

Háziorvostan, ortopédia, ortopédia-traumatológia, sebészet és traumatológia szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.II/00064) – szabadon választható – továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. november 23.

CSÍPÓTÁJI TÖRÉSEK BEOSZTÁSA ÉS KORSZERŰ OPERATÍV KEZELÉSE

BÖRZSEI LÁSZLÓ ZOLTÁN

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Kaposvár

A combfej (PIPKIN), a combnyak (GARDEN, PAUWELS) a pertrochanter (stabil, instabil) és a subtrochanter törések elszívését követő baleseti sebészeti feladatok. Cél a diagnózis felállítása, a fizikális és képalkotó vizsgálatok elvégzése után a lehető leghamarabb minimál invazív módon terhelés- vagy mozgásstabil szintézis létrehozása és a beteg mielőbbi mobilizálása.

A szerző rövid történeti áttekintés során bemutatja a kezdetben és jelenleg használt modern implantátumokat, melyeket a csípőtáji töréseknél alkalmaznak. Vázolja az extramedulláris és intramedulláris implantátumok közti különbségeket, bemutatja a minimál invazív technikák és a biológiai osteosynthesisek jelentőségét.

HOSSZÚ CSÖVES CSONTOK INTRAMEDULLARIS VELŐŰRSZEGEZÉSEI

MARKOCSÁNYI FERENC

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Kaposvár

Az előadó ismerteti a hosszú csöves csontok velőűrszegezésének történetét KÜNTSCHER munkásságától napjainkig. Felsorolja az intramedullaris csontörögztetés előnyeit, az indikációkat. Bemutatja a hosszú csöves csontok rögzítésére szolgáló speciális szegeket, a műtési technikát, valamint saját esetek kapcsán ezek gyakorlati alkalmazását. Ismerteti a szövődményeket és ezek elhárítására alkalmazható eljárásokat.

ÍZÜLETKÖZELI TÖRÉSEK SZÖGLETSTABIL RENDSZEREKKEL TÖRTÉNŐ MEGOLDÁSAI

PILLÉR ÁRPÁD

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti
Osztály, Kaposvár

Az előadó részletesen ismerteti az ízületközeli törések ellátásához nélkülözhetetlen alapvető anatómiai ismereteket, kitér a csont szerkezeti felépítésére, a csont vérellátására. Történeti áttekintés során ismerteti a lemezrendszerek fejlődési folyamatát, részletesen bemutatja az LCP-lemezek (locking compression plate) biomechanikai elveit, a szögstabil rendszerek előnyeit. Az LCP-lemezelési technika alkalmazása leggyakrabban az ízület közeli törések esetében alkalmazandó, mely még oszteoporotikus csontok esetén is jó töréskezelést biztosít. Az előadó testtájékonként részletesen ismerteti az alkalmazható műtéti eljárásokat, a különböző típusú LCP-lemezeket, lemezrendszereket, majd bemutatja azok gyakorlati alkalmazását.

SZEMLELETVÁLTOZÁS A TÉRDSÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSÁBAN

EZER FERENC

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti
Osztály, Kaposvár

Az artroszkópos technika széles körű alkalmazását bevezetve – 2008 óta – nagymértékű változáson ment át a térd sérültek ellátása. Az előadás célja az anatómiai, funkcionális alapismeretek felelevenítése mellett az általunk végzett beavatkozások ismertetése. Ilyen az instabilitások miatt végzett elülső, hátsó keresztszalag rekonstrukció, plya-, meniscus műtétek, patella betegségek kezelése, degeneratív, sérüléssel porcelváltások pótlása, kezelése. A szemléletváltozás, a szeptikus ellátás kivételével, teljesen kizárta a nyílt térdműtétek lehetőségét.

MODERN KÉZSEBÉSZETI VEZÉRFONAL

CZÓBEL GÁBOR

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti
Osztály, Kaposvár

Az előadó házi orvosoknak kézsebészeti diagnózisokat ismertetett. Röviden vázolta a diagnózisokhoz való ambuláns, osztályos ellátást, azok nehézségeit illetve a házi orvosok által lehetséges további kezelésüket. Továbbá felhívta a kollégák figyelmét, mely problémákat ne kezeljenek rendelőkben, és küldjék a betegeket haladéktalanul szakrendelésre.

GYERMEKKORI SÉRÜLÉSEK

LUKÁCS ÁKOS

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Kaposvár

Az előadás tárgyalja a felnőtt és gyerektraumatológiában meglévő különbségeket, kiemelve a speciális elveket a gyerektraumatológiai ellátásban, melynek az az alapja, hogy a gyermekkorban olyan nagyfokú regenerációs és remodellációs képességek vannak, melyek a felnőttkorban nincsenek meg. Ennek szemléltetésére néhány példát képekkel is illusztrál az előadó mind a konzervatív, mind az operatív ellátás kapcsán.

SEBEK ÉS SEBELLÁTÁS

BORSICZKY BALÁZS

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Aktív Mozgásszervi Sebészeti Osztály, Kaposvár

Az egyszerű sebek ellátása nem szakorvosi feladat, tehát az alapvető fogalmakat és az ellátás szabályait minden orvos ismeri. Az előadás célja ezen ismeretek felfrissítése, kiegészítése a mindennapi munka során előforduló döntéshozatal elősegítése érdekében.

INFEKCIÓS KÓRKÉPEK A BŐRGYÓGYÁSZATBAN

Csecsemő-gyermekgyógyászat és háziorvostan szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.II/00062) - szabadon választható - továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. november 29.

SYPHILIS ÉS HIV MEGBETEGEDÉS NAPJAINKBAN

BATTYÁNI ZITA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A klasszikus értelemben vett nemi betegségek a syphilis és a gonorrhoea. Az utóbbi időkben egyre nagyobb jelentőséggel bír a HIV. A nemi betegségek csoportjába kell sorolni a nemi úton átvihető betegségek közül a HPV és a nem gonorrhoeás uretritiseket is.

December 1. a HIV világnapja, a 2013. évi jelmondata: „*Ne forduljon elő új HIV-fertőzés, legyen vége a megkülönböztetésnek, senki ne haljon meg AIDS-ben*”. A HIV-fertőzés széles elterjedtséget mutat, a világon kb. 40 millió fertőzött beteg él. Ezzel szemben hazánkban, a szomszédos országoktól is eltérően a HIV-fertőzés robbanásszerű terjedése elmaradt, a regisztrált HIV-fertőzött betegek száma 2012-ben 2281, a bejelentett AIDS-betegek száma 689. A legtöbb beteget Budapesten regisztrálták. A megbetegedés további terjedésével számolni kell, így nagyon fontos ismét összefoglalni a betegséggel kapcsolatos ismereteket, fő tüneteket. A betegség több stádiumra osztható. A megbetegedés ártatlan, mononukleózisra emlékeztető vírusinfekció képében jelentkezik.

Az *AIDS-related komplexre* az alábbi tünetek esetén kell gondolni. Három hónapnál hosszabb ideig fennálló, háromnál több régió nyirokcsomó megnagyobbodása, három hónapnál tovább tartó láz, 10%-ot meghaladó mértékű testtömegcsökkenés, rendszeres hasmenés, gyengeség, rendszeres éjszakai izzadás, szájnyálkahártya candidiasis, herpes zoster. Az előrehaladott esetekben számos súlyos, normális immunrendszerű egyéneken ritkán előforduló, társuló fertőzés jelentkezik, protozoás, bakteriális, gombás etiológiával, a késői, előrehaladott fázis jellemző betegsége, a klasszikus formától eltérő KAPOSÍ-szarkóma.

A megbetegedés kezelése az utóbbi időben jelentős előrelépést mutatott, és kezelt betegeknél jelentős túléléssel számolhatunk, a kombinált antivirális szerek eredményeként. A mindennapi gyakorlatban bizonytalan, nem tisztázott infekciós esetben gondolni kell a megbetegedésre. Nagyon fontos, hogy a szerológiai vizsgálat elvégzése csak a beteg beleegyezésével, kijelölt laboratóriumokban történik.

A syphilis az örök imitátor, még mindig jelen van napjainkban is, hazánkban évi 800 eset előfordulásával számolhatunk. A klasszikus formában három, lényegesen eltérő stádiumot különböztetünk meg, melyek napjainkban sokszor hiányoznak, vagy atípusos formában jelentkeznek a szélesebb körben elterjedő antibiotikumok alkalmazása miatt. A primer affekció, fájdalomtalan fekély spontán javulása utána a betegek általában kiterjedt bőrtünetek miatt keresik fel az orvost. Nem mindig egyszerű a diagnózis felállítása, atípusos esetekben célszerű a szerológia elvégzése. A kezeletlen esetekben ismét spontán tünetmentesedés várható, majd több tíz év után jelentkezik a késői stádium, a neurosyphilis, melyre sajnos napjainkban is látunk példákat. A késői stádium mellett, sajnos a gyermek és újszülött kori forma is előfordul.

Kezelésében még mindig a penicillin az elsődleges, de gyógyszerérzékenység esetén tetrán vagy erythromycin származékok is alkalmazhatók. Nagyon fontos a gondos és alapos szerológiai vizsgálat, annak szakszerű értékelése, hiszen aspecifikus szeropozitivitása is jelentkezhethet.

A gonorrhoea a legnagyobb számban előforduló szexuális úton terjedő betegség, mely elsősorban férfiakat viszi rövid időn belül orvoshoz a kellemetlen panaszok miatt. A nők sokszor fertőző forrásként szolgálnak és a kevés panasz miatt nem kerülnek felismerésre. A kezelése ceftriaxommal megoldott, a penicillin rezisztens kórokozók száma emelkedőben van. Mindenképpen indokolt a betegek bőrgyógyászatra, vagy HIV-fertőzés esetén a fővárosi László Kórházba történő irányítása. Fontos a kontaktuskutatás elvégzése, mely lehetővé teszi a kiterjedt járványos fertőzés megakadályozását.

BAKTERIÁLIS FERTŐZÉSEK

BAJTEL NÓRA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A bakteriális fertőzések közül elsősorban a *gennykeltők által* kiváltott kórképekről beszélünk. Számos klinikai formája ismert.

A *folliculitis* a szőrtüszők felületes gennyes gyulladása, a kórokozó leggyakrabban *Staphylococcus aureus*.

A ritka előfordulású *Folliculitis et perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens* esetében a hajas fejbőrön kialakult folliculitisek egymással bőr alatti járatokon keresztül közlekednek. Maradandó, heges kopasz foltokat eredményez.

A *furunculus* a szőrtüsző mély, fájdalmas gyulladása. Kórokozója a *Staphylococcus aureus*. Nasolabiális redőre és szemzúgra lokalizálódó folyamat esetén sinus cavernosus thrombosis veszélyére gondolni kell, osztályos elhelyezés ajánlott!

A *carbunculus* több egymás melletti szőrtüsző egyidejű gyulladása, kórokozója szintén a *Staphylococcus aureus*, tünetei a láz és az elesettség. Furunculusra, carbunculusra hajlamosító tényezők: diabetes mellitus, immunszuppresszív állapotok.

A *hydradenitis* a pocrin mirigyek gyulladása az axilla, a gát és az anus környékén. A *Staphylococcus aureus*, a *Corynebacterium* és a Gram-negatív baktériumok váltják ki, recidívára hajlamos.

Az *impetigo* felületés, nagyon fertőző pyogen folyamat, kórokozói elsősorban a *Streptococcusok* és a *Staphylococcus aureus*. A kórokozó apró bőrsérüléseken keresztül jut be a szervezetbe, majd erythemás alapon felszínes, laza falú vesiculák jelennek meg, melyek gyorsan felrepednek és mézsárga pörkök észlelhetők. Hajlamosító tényezők az atopiás dermatitis, és egyéb krónikus ekzémás bőrfolyamatok.

Ekthyma a mély pyoderma csoportba sorolható. Kórokozói a *Staphylococcus aureus* és a *Streptococcusok*, a szövethiány a dermist is érinti. Klinikai képében a végtagokon distalisan vaskos falú gennyel telt hólyagok jellemzik, melyek felrepedése után vaskos pörkös felrakódással fedett ulcusok észlelhetők.

Az *erysipelas* a dermis acut gyulladáson alapuló folyamat, mely a nyirokerek mentén terjed. Kórokozói a *Streptococcus pyogenes*, a *Staphylococcus aureus*, Gram-negatív és anaerob baktériumok. Elsősorban alsó, ritkábban felső végtagokon és az arcon helyezkedik el. A behatolási kapu apró bőrsérülés (interdigitális mycosis), lábszárfekély, stasis dermatitis, orrnyálkahártya-, szájnyálkahártya-sérülések, lymphoedema. Jellemző tünetek a láz, hidegrázás, hányinger, fájdalom, melyek a bőrtüneteket megelőzhetik, melyeket hyperaemia, oedema, regionális nyirokcsomó megnagyobbodás jellemez. A szövődményes formák, bullosus, haemorrhagias, abscedáló, necroticus esetben bőrgyógyászati osztályos kezelés indokolt.

A *fasciitis necrotisans* gyorsan progrediáló (órák alatt) súlyos septicus kórkép magas lázzal, subcutisra, fasciára terjedő nekrotizáló gyulladás. Korai sebészi feltárást, necrectomiát igényel.

A *cellulitis* a dermis mélyebb rétegeinek gyulladása. Tüneti mérsékeltbbek, mint erysipelasnál, az erythema elmosódottabb szélű, subfebrilitással járhat.

A pyodermák terápiáját a kórkép határozza meg. Felületés és lokalizált betegség esetén elsősorban a helyi kezelés az elsődleges, dezinficiens ecsetelők (Betadine, Prontosan, Octenisept) alkalmazása. Antibakteriális kenőcsök: Betadine, Bactroban, Fucidin, Ung. antisept. páraakötés, jegelés a választási lehetőség. Beolvadás esetén sebészi excisio javasolt.

Szisztémás kezelés a Bőrgyógyász Szakmai Kollégium ajánlása szerint erysipelas esetén szövődménymentes vagy enyhe formában: inj. Retardillin i. m. 2 × 1 ME/nap, vagy per os: amoxicillin-klav. (Augmentin), clindamycin (Dalacin), ciprofloxacin (Cifran), moxifloxacin (Avelox).

Szövődményes formában parenterális adagolás, levofloxacin (Tavanic), moxifloxacin (Avelox), imipenem (Tienam) vagy kombinációs kezelés, ceftriaxon + metronidazol (Rocephin + Klion). Ciprofloxacin + clindamycin (Cifran + Dalacin) alkalmazandó.

Recidiváló vagy súlyos kórformában jelentkező pyodermák esetén a hajlamosító betegségek vizsgálata indokolt. Diabetes mellitus, immunszuppresszív kezelés, perifériás keringési elégtelenség, obesitas, ulcus cruris, alkoholizmus, ödémával járó betegségek (szív-, vese-, májbetegség)

kizárása, vagy kezelése szükséges. Recidiváló erysipelas esetén több hónapig, esetleg évekig preventív antibiotikus kezelés szükséges, pl. Maripen 3 × 500 mg vagy 2 × 1000 mg, Amoxicillin 3 × 500 mg vagy 2 × 1000 mg, Sumetrolim 2 × 1 tableta.

A következőkben felsorolt kórképek *kórokozói nem a gennykeltők csoportjába* tartoznak.

Az *erythrasma* jellemzők a hajlatokban elhelyezkedő éles szélű, halványvörös vagy sárgásbarna foltok finom hámlással. Kórokozója a *Corynebacterium minutissimum*. Terápiája 3 × 250 mg erythromicin, vagy lokálisan erythromycin, clindamycin tartalmú oldat.

Keratolysis plantaris: izzadó lábú egyéneken éles szélű, pontszerű eróziók figyelhetők meg a talpakon. Sportcipő, bakancs viselése hajlamosít. Kórokozó: *Micrococcus* és a *Corynebacterium*. Terápiáj lokálisan clindamycin oldat.

A *macskakarmolási betegség* kórokozója a *Bartonella* seu *Rochalimaea henselae*, a sérülés helyén papula, pustula, nyirokcsomó megnagyobbodás, skarlatiniform, rubeoliform exanthemák jellemzik. Terápiája Doxycyclin vagy Sumetrolim két hétig.

A *tularaemia* a *Pasteurella tularensis* által kiváltott kórkép. A klinikai képre jellemző a 2–3 cm átmérőjű barnásvörös csomó, mely kifehélyesedik, regionális nyirokcsomó megnagyobbodás, láz, fertőzés. Majd néhány héttel később erythema exudativum. multiforme (lymphocytas vascularis reakció) társulhat hozzá. A diagnózis szerológiai vizsgálattal lehetséges. Két hétig alkalmazott Doxycyclin hatékony kezelés.

Actinomycosis: Chr. granulomatosus, abscedáló és sipolyokat okozó bőrgyulladás. Kórokozó: *Actinomyces israelii* (nyálban, székletben szaprofitaként van jelen). A szövetekbe sérülés útján kerül: foghúzás, hasi műtét során, lokalizáció: cervicofacialis, abdominalis. Mellkasi terápia: Penicillin 10 ME/nap három hétig, utána 3 × 200 000 E fenoxymetilpenicillin vagy Klion 600 mg/nap fél évig

VÍRUSOS FERTŐZÉSEK

ZUBONYAI CECÍLIA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

Herpeszvírusok

HHV-1, 2: humán herpeszvírus 1, 2.

Herpes varicellae: zoster és varicella, Cytomegalovírus.

Epstein-Barr vírus (EBV): mononucleosis infectiosa, bowenoid papulosis.

HHV-6: exanthema subitum.

HHV-7.

HHV-8: KAPOSI-szarkóma.

Herpes simplex

Kórokozó: HSV-1, ritkábban HSV-2 (ez inkább a genitális nyálkahártyán okoz tüneteket). Primer infekció: általában gyermekkorban, gingivostomatitis herpetica formájában. Heves tünetek: magas láz, ajkon, szájnyalkahártyán erythemás alapon sok vesicula. Atopiás betegeken nagy területen jelentkezhetnek vesiculák (ekzema herpeticum). Terápia: lokálisan analgetikus ecsetelő (Susp. anaesthetica), desinficiens ecsetelő, per os acyclovir, Isoprinosine. 1-2 hét múlva erythema exud. multiforme jelentkezhet.

Herpes simplex recidivans

A cellularis immunvédekezés csökkenésekor (stressz, láz, trauma, emésztési zavar stb.) az érző ganglionokból kivándorol a bőrbe a vírus, enyhébb tünetekkel jár, mint primer infekció esetén, mindig ugyanott jelentkezik. Terápia: acyclovir elhúzódóan, vagy Isoprinosine hónapokon keresztül kivédheti vagy ritkíthatja a recidívákat.

Herpes zoster

Kialakulása: varicellán átesett betegek cellularis immunitásának gyengülésekor (stressz, malignus betegségek, immunsuppressív gyógyszerek, idős kor, diabetes mellitus), vagy cseppfertőzés útján szuperinfekcióval. Tünetek: az érintett érzőideg ganglion dermatomájának megfelelően apró hólyagcsák erythemás alapon, fájdalom, érzészavar jelentkezik, akut miokardiális infarktus (AMI), appendicitis, pneumonia gyanúját keltheti, mindig egyoldali, néhány aberrált hólyag máshol is megjelenhet, láz, regionális nyirokcsomó-duzzanat kísérheti. Megjelenési formái: nervus trigeminus I. ágának megfelelően 50%-ban szem érintettség (cornea fekély, vakság). Terápia: antivirális kezelés: 5 × 800 mg acyclovir (Telviran, Herpesin) hét napig, vagy famcyclovir (Famvir) vagy valacyclovir (Valtrex) vagy Isoprinosine. Lokális terápia: szárító desinficiens externák, rázókeverékek.

Molluscum contagiosum

Kórokozó: poxvírus. Közvetlen kontaktus vagy tárgyak útján terjed, lappangási idő több hét lehet. Tünetek: gyöngyszerű, behúzott közepű kemény papula, benne kásás bennék (vírusokkal teli keratinocyták), atopiában, AIDS-ben sok tünet. Terápia: jódos oldattal, Infectodellel ecsetelés, Volkmann-kanállal eltávolítás.

HPV-infekció

A HPV-infekciók a vírus elszarusodó laphámhoz kötődnek. A fertőzést elősegíti genetikai hajlam, illetve csökkent celluláris immunitás. Leggyakoribb a kéz, a talp és a nemi szerv bőrén. Sok a tünetmentes HPV-hordozó. A fertőzés direkt kontaktussal terjed, trauma, hámsérülés, izzadás elősegíti.

Verruca vulgaris

A HPV vírusnak számos típusa (1, 2, 4, 26–29) ismert, a talp, a tenyér, az ujjak, a térd és a lábszár területén okoznak megbetegedést. Az arcon, az orron, a szem körül filiformis, kocsányos, ecetszerű megjelenés figyelhető meg.

Verruca plana juvenilis

Lapos, 1–2 mm-es szemölcsök az arcon, nyakon, kézháton, ujjakon. Terápia: ecsetelők (Verramed, Verrumal, Colloid. c. acid. salic. FoNo, Duofilm, Acetokaustin, 20–40%-os salicyles kenőcs (magistralis). Volkmann-kanállal excohleatio, Kryoterápia CO₂-lézer.

ÉLŐSKÖDŐK OKOZTA MEGBETEGEDÉSEK

FÁBOS BEÁTA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

Scabies

A rühesség (scabies) parazita fertőzés, melyet egy atka, az *Acarus siro varius hominis* (régi nevén *Sarcoptes scabiei varius hominis*) okoz. Ezen atka megtermékenyített nőténye befúrja magát a hámsejtekbe és ezen járatokba rakja a petéit. A lárvák a petékből körülbelül három hét alatt kikelnek. A legjellemzőbb tünete, hogy a kifejezett viszketés miatt pontszerű vakarásnyomokkal van borítva a bőrfelszín. Jellemző az éjszaka, ágymelegben fokozódó viszketés. Családban, szoros kontaktusban levő embereken egy időben jelentkezhet. A vékonyabb bőrterületeket részesítik előnyben, ahová könnyebben befúrják magukat, úgy mint az ujjak közötti területek, csuklók az emlőbimbók udvara, a nemi szervek és azok környéki területe, a hajlatok feletti bőrterületek, a köldök bőre. Az arc és a fejbőr zsírosabb bőre általában megkímélt.

A scabies formái:

„Larvált” scabies: kevés tünet, egy-egy excoriált seropapula, esetleg járat.

Scabies nodularis: 3–5 mm-es sötétvörös viszkető papulák, csomók, melyek a szokásos kezelés után is hosszú ideig megmaradhatnak.

Scabies norvegica: bőr erythroderma szerű, diffúzan megvastagodott, hámló, felrakódásokkal borított, hemzseg az atkáktól.

Scabies kezelése: Linimentum scabucidum FoNo (benzil-benzoát 25%-os emulziója. Infectoscab. Kénes, ichthyoltartalmú kenőcsök scabies noduláris esetén. A nem mosható ruhákat egy hétig nem szabad használni.

Pediculosis capitis

A tetűt ritkán látni, a serkék diagnosztikus értékűek. Tünete viszketés, hosszú haj esetén nyakon hátul vörös papulák, vakarási nyomok. A serkék fejbőrtől való távolságáról megtudhatjuk a fertőzés idejét. Fertőzés terjedése, kontaktus

és használati tárgyak révén. Kezelés: Pedex, Paranit, Nittyfor, Hedrin, Neemoxan (gyógynövénykivonat).

Lyme-kór

A *Borrelia burgdorferi* fertőzés után kialakuló szisztémás betegség, mely jellemző bőrtünetekkel kezdődik. Az erythema chronicum migrans a korai stádiumban jelentkezik. A fertőzés helyén (kullancs- vagy rovarcsípés) vöröses papula alakul ki, ami a szélek felé terjed, közepe gyógyul, hetekig növekedhet (a fertőzés kb. egy-nyolc hetéig).

Terápia: 2 × 100 mg Doxycyclin 30 napig, 3 × 1000 mg Amoxicillin 20 napig, 2 × 500 mg Zinnat (cefuroxim) 20 napig.

GOMBÁK OKOZTA MEGBETEGEDÉSEK

NYÍRÓ ILONA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A gombák csoportosítása patogenezisük szerint lehetséges, három csoportot különítünk el. Az *obligát patogénnek* hajlamosító tényező nélkül mindekit megbetegítenek, ebbe a csoportba tartozik a dermatophyton és a dimorf gomba. A *fakultatív patogén (opportunist)* gombák a normál flórának vagy környezetnek a tagja lehet, a betegség kialakulásához hajlamosító tényező szükséges, a csoport tagjai a sarjadzógombák és a penészek. A harmadik csoportot az *apatógén (saprobion)* gombák képezik, melyek hajlamosító tényezők esetén sem okoznak fertőzést.

Gombák által kiváltott folyamatok számos patomechanizmus alapján okoznak megbetegedéseket. *Allergiás hatás* során az inhalált spórák conidiumok, pl. asthma bronchiale válhatnak ki. A gazdaszervezetben megtelepedett gombák mykideket indukálhatnak, melyek megjelenése eltér az eredeti gombás fertőzéstől. Bizonyos gombák *toxinképzésre* képesek, főként az élelmiszerben fordulnak elő, és így okoznak tüneteket. *Szövetkárosító hatásúak* is lehetnek, melyek a szöveti inváziója során morfológiai változásokat eredményeznek.

Gombás fertőzés elleni védelemben a celluláris immunitás szerepe a legfontosabb. Főként neutrophil sejtek (eosinophil, basophil és natural killer /NK/ sejtek vesznek benne részt, elsősorban az innét immunitás részeként. A humorális immunitásnak az epithelen való megtapadás megakadályozásában van szerepe, ez nem specifikus védelem. Az intakt bőrfelszín mindenképpen fontos a megelőzésben.

Számos *diagnosztikus módszer* áll rendelkezésre a gombák kimutatására. A legegyszerűbb és leggyorsabb a mikroszkópos vizsgálat, mely akár azonnal eredményt adhat. A vizsgálati anyag lehet bőr, köröm kaparék, genny, testnedvek és szövetdarabok. A gombák láthatóvá tételéhez a keratin oldása szükséges, mely KOH (10–30%-os) alkalmazásával lehetséges a natív vizsgálat során. A kenet és cellux vizsgálathoz speciális festés (methilénkék, gram festés)

szükséges. Hüvelyváladékot szintén natívan, NaCl-ba szuszpendálva vizsgálhatunk. Az egyértelmű diagnózis a gombatenyésztés során lehetséges, ehhez a dermatophytonok 14–21 napos 26 °C-on, sarjadzók esetében 2–6 napos 37 °C-on történő tárolása szükséges. Mintavétel terápia megkezdése előtt!

Az egyik leggyakrabban előforduló fertőzések a *dermatophytonok* által kiváltott megbetegedések. A mycosis capitis és a mycosis barbae felületes és mély formában jelentkezhet. A mycosis corporis a törzsön, mycosis intertriginosa az összefekvő bőrterületeken, az onychomycosis a körmökön jelentkező kórforma. *Sarjadzógombás fertőzések* is több formában fordulnak elő. Lehetnek akut és krónikus lefolyásúak, felületes és mély megbetegedések, lokalizált vagy disszeminált kórképek.

Kezelésük lehet lokális vagy szisztémás, melyet a folyamat kiterjedtsége, a kórokozó gomba fajtája, felületes vagy mély volta határoz meg. *Lokális kezelésre* számos antimikotikus készítmény áll rendelkezésre (a teljesség igénye nélkül): clotrimazol, ketoconazol, econazol, omoconazol, flutrimazol, fenticonazolium nitricum, cyclopyroxolamin, naftifin, kombinált készítmények, antimycoticum és steroid. Mély folyamatokban kiterjedt betegségekben, hajlamosító tényezők megléte esetén indokolt a *szisztémás kezelés* bevezetése, mely előtt mindenképpen javasolt a tenyésztés elvégzése, és ezáltal célzott szer alkalmazása (terbinafin, intraconazol, fluconazol).

A TUBERKULÓZISRÓL NAPJAINKBAN, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A BIOLÓGIAI TERÁPIÁRA

KUTASI ZSUZSANNA

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Kaposvár

A tuberkulózis a korábbi időszakok rettegett betegsége volt, előfordulásával napjainkban megint számolni kell. A tüdőt érintő formája jól ismert, és a rendszeres szűrésekkel időben felismerhető. A megbetegedés jelentkezhet a bőrön is, felismerése nem okoz nehézséget, ha gondolunk rá. A szervezet immunitási állapotától függően három típusú megbetegedést tudunk elkülöníteni: az anergiás, a normergiás és a hyperergiás formát. Az első két esetben a kórokozó, a saválló pálca kimutatható, míg a harmadikban csak fokozott sejtes immunválasz észlelhető.

Az *anergiás* forma elsősorban gyermekeken, időseken vagy immunszupprimált egyéneken fordul elő, nedvedző, váladékozó ulcerálódott formában. A *normergiás* formák közül a lupus vulgaris, vagy a tuberculosis colliquativa colli a legismertebb, bár az utóbbi előfordulása napjainkban nagyon ritka. A *hyperergiás* kórképek közül az erythema nodosum, erythema indurativum Bazin emelendő ki. A több komponensű antituberkulotikus kezelés mellett gyors regresszió észlelhető.

A specifikus tuberkulotikus megbetegedések mellett számolni kell az atípusos, nem a *Mycobacterium bovinum* okozta esetekkel is, ahol a kezelésben az antituberkulotikumok mellett egyes antibiotikumok is jól használhatók.

A megbetegedés nagyobb aktualitását a biológiai terápiák, elsősorban a TNF-alfa gátló kezelés bevezetése jelentette. A TNF-alfának jelentős szerepe van a veleszületett immunitásban, így elsősorban a baktériumok elleni védekezésben. A pikkelysömörben alkalmazott TNF-alfa gátló kezelés esetén számolni kell a betegség fellángolásával, ezért az ilyen típusú kezelések előtt kötelező a mellkas röntgen és a Mantoux-próba elvégzése, a betegség fennállásának tisztázása céljából.

Tekintettel arra, hogy hazánkban kötelező a BCG-vakcináció, elég nehéz eldönteni a Mantoux-próba alapján a beteg fertőzött állapotát. Ennek a kiküszöbölésére került bevezetésre a Quantiferon-teszt, mely segítségével vérből egyértelműen kimutatja a fennálló betegséget.

Pozitív teszt esetén javasolt az antituberkulotikus kezelés elvégzése, a biológiai terápia megkezdése előtt, valamint a kezelés során rendszeres mellkas-röntgenvizsgálat. Nem szabad megfeledkezni a ritkán, de előforduló egyéb szervi tuberkulotikus manifesztációk kizárásáról sem.

A MODERN NUKLEÁRIS MEDICINA KÉPALKOTÁS KLINIKAI JELENTŐSÉGE

Háziorvostan, izotópdiagnosztika, klinikai onkológia, nukleáris medicina és radiológia szakképesítésekhez meghirdetett, akkreditált (PTE-ÁOK/2012.II/00069) - szabadon választható - továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. december 6.

A MODERN NUKLEÁRIS MEDICINA KÉPALKOTÁS KLINIKAI JELENTŐSÉGE

BORBÉLY KATALIN

Országos Onkológiai Intézet, PET-CT Ambulancia, PET Várólista Bizottság elnöke, Budapest

A kettős modalitású Pozitron Emissziós Tomográfia - Computertomográfia (PET-CT) és a Single Photon Emissziós Computertomográfia - Computertomográfia (SPECT-CT) nukleáris medicina technikák rohamosan terjednek a világban. Az egy gépbe épített, kombinált technikák csaknem azonos időben és pozícióban készítik a felvételeket, és a PET vagy SPECT által nyújtott funkcionális térképe(ke)t a CT morfológiai adatokba vetítik.

A PET lehetőséget ad a különböző funkciók, benignus és malignus elváltozások molekuláris, négydimenziós feltérképezésére. Ez a technika in vivo méri és kvantifikálja a szervezetben zajló biokémiai folyamatokat, a regionális glükóz-, oxigén-felhasználást, véráramlást, protein-szintézist, gén expressziót stb. A CT a strukturális viszonyok részletes anatómiai megjelenítését nyújtja.

A PET-módszer során pozitron kibocsátó izotóppal jelzett vegyület jut az élő szervezetbe, ahol az eloszlást az arra alkalmas detektorrendszerrel mérik és feltérképezik. Elméletileg, a szervezet anyagcseréjében részt vevő bármely szerves molekula megjelölhető és bármely élettani, biokémiai, farmakodinamikai vagy -kinetikai folyamat paramétere térben és időben in vivo mérhető és lokalizálható.

A magyar származású HEVESY GYÖRGY már az 1910-es években vizsgálatokat végzett a természetes izotópok biológiai jelzőanyagként való alkalmazhatóságával kapcsolatban, és az 1930-as évek kezdetén a szintén magyar származású SZILÁRD LEÓ elsőként írt a mesterséges izotópok termelésére alkalmas részecskegyorsítóról, a ciklotronról. Az első PET-kamerát MICHAEL TER-POGOSSIAN és munkatársai készítették 1975-ben St. Louis-ban.

A leggyakrabban használt PET-izotópok a ^{11}C , ^{13}N , ^{15}O , ^{18}F , amelyek a szervezetünket alkotó, legnagyobb mennyiségben előforduló elemek izotópjai. Az izotópok rövid, illetve ultrarövid felezési ideje miatt a ciklotront a PET-CT közvetlen közelébe optimális telepíteni. A ^{18}F a relatíve hosszú felezési idejének köszönhetően alkalmas kereskedelmi szállításra, viszont más izotópokkal történő vizsgálatok a rövid felezési idők, illetve a radiofarmakonok instabilitása miatt csak a ciklotronnal ellátott helyeken végezhetők.

A PET klinikai alkalmazása sokrétű: 1. diagnosztika, 2. differenciáldiagnosztika, 3. terápiakijelölés, 4. a gyógyszeres kezelés hatékonyságának mérése, 5. a betegek utánkövetése: reziduális, recidív tumorok tisztázása, differenciáldiagnosztikája stb.

A PET-CT-nek különösen kiemelkedő szerep jut olyan esetekben, amikor a strukturális, illetve más képalkotó eljárásokkal (CT, MR stb.) nem tisztázható a felvetődött kérdés. Az anyagcsere-fokozódás mellett fontos a PET szerepe az anyagcsere-csökkenéssel járó laesiók detektálásában is. Az optimális terápia megválasztásában, az alkalmazott terápia hatékonyságának mérésében, a beteg követésében ugyancsak döntő lehet a PET-vizsgálat.

AZ IMMOBILIZÁCIÓS SZINDRÓMA

Szakdolgozóknak meghirdetett, akkreditált továbbképzés a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház szervezésében

Kaposvár, 2012. december 14.

AZ IMMOBILIZÁCIÓS SZINDRÓMA OKAI ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

BRIGOVÁ CZ ÉVA

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Kaposvár

Immobilizációs szindrómán a hosszan tartó ágynyugalom, inaktivitás következtében kialakuló, az egész szervezetet érintő tünetegyüttest értjük. A hosszú idejű ágynyugalom káros következményei az elmúlt ötven év tapasztalatai, kutatási eredményei által váltak ismertté.

Az immobilizáció következtében kialakuló tünetek nem egyformán súlyos mértékben jelentkeznek. A kialakulást előidéző okon kívül befolyásoló, súlyosbító tényező az idősebb kor, már meglévő fogyatékoság vagy krónikus betegség. A prevenció, a gyógyítás és a rehabilitáció gyakran nehezen választható el egymástól. A hosszabb kórházi vagy akár otthoni fekvés is veszélyes lehet az idős ember számára.

Az immobilizációt megelőző és kontroll alatt tartó intézkedések:

- Az ágyban fekvés idejének minimumra csökkentése.
- A fekvő beteg rendszeres tornáztatása: izotóniás és izometriás gyakorlatok, légzőtorna, értorna, az ízületek passzív átmozgatása naponta többször.
- Korai, fokozatos mobilizáció: fokozatosan növekvő aktivitás és a test fokozatos passzív emelt/függőleges helyzetbe hozása a kardiovaszkuláris rendszer épségének megőrzése érdekében.
- Megfelelő táplálás fehérje- és kalcium-kiegészítéssel.
- Ülve étkezés.
- Bőrhigiéne, forgatás, pozicionálás.
- Állandó katéter eltávolítása, ágytál helyett szoba WC-re kiültetés.
- Gondoskodni az ingergazdag környezetről és az intellektuális kihívásokról.

A DECUBITUS SEBÉSZETI ASPEKTUSAI

PINTÉR KITTI – OLÁH TIBOR

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

A decubitus nyomás, nyíró és súrlódó hatások eredményeképpen létrejött szövetelhalás. Sok részlete a mai napig tisztázatlan. Több szerző szerint 25–60 Hgmm nyomás vezet decubitushoz, ezt a feltevést azonban eddig nem sikerült tudományos módszerekkel bizonyítani. Hasonlóan kevés az adat arra nézve, hogy mennyi ideig tartó nyomás vezet decubitushoz.

A decubitus komoly egészségügyi és népegészségügyi probléma, amely az esetek egy részében megelőzhető. Ennek ellenére gyakran alakul ki, amit nagymértékben magyaráznak a technikai és tudásbeli hiányosságok, az interdiszciplináris csoportmunka elégtelenségei és a hiányos technikai felszereltség.

A decubitus osztályozása

A decubitus osztályozása során négy stádiumot különböztetünk meg:

- 1. stádium:* Első jele a nyomási terhelésnek a bőr elfehéredése a felfekvési pontokon. Ha a beteget nyomásmentesítjük, ezeken a helyeken élénkpiros bőrelszíneződés lép fel, ami reaktív hyperaemiának felel meg. Ez kezdetben nyomásra elfehéredik, később már nem. Nehezen körülhatárolt ödéma, meleg tapintat kíséri. Csekély intenzitású fájdalommal járhat.
- 2. stádium:* A bőr kékesvörös márványozott színárnyalatot mutat, ödémás, beszűrt, rajta folyadékkal telt hólyagok lehetnek. Ezek felszakadása éles szélű, bőrvastagságú ulcust eredményez, amelynek alapja subcutan zsírszövet. Nagyon fájdalmas lehet.
- 3. stádium:* A klasszikus értelemben vett decubitus. Fekete színű bőrelhalás, amelynek a környezete ödémás, kékesvörösén elszínezett, beszűrt, a fekély széle megvastagodott, a mély fasciát nem lépi túl. Kevésbé fájdalmas. Bűzös váladékozás kísérheti.
- 4. stádium:* A necroticus–infectiosus folyamat túllépi a mély fasciát, akadálytalanul tovaterjed. Megtámadja az izmokat, inakat, csontokat, ízületeket. Többnyire szeptikus állapottal jár együtt. Nagy mennyiségű bűzös váladékozás jellemzi. Nagyon nagy fájdalmakkal járhat.

A regresszív folyamatok előbb vagy egy időben nemcsak a felszínen, hanem a mélyben is zajlanak és a látható bőrelhalás e folyamatoknak csak diszkrét jele! A decubitus kialakulása az esetek nagy hányadában előre jelezhető. A fekély kifejlődését előrejelző tényezők megállapításával azonosítani lehet a leginkább veszélyeztetett betegeket. A kockázatos helyzetben lévő betegek azonosítása segít az ápolási költségek csökkentésében.

VÉNÁS TROMBOEMBOLIA

EGYED MIKLÓS

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály, Kaposvár

Mélyvénás trombózisról akkor beszélünk, ha vérrög (trombus) alakul ki a szervezet valamelyik mélyen (nem közvetlenül bőr vagy nyálkahártya alatt) futó vénájában.

Általában az alsó végtagot érinti, rendszerint a végtag duzzadása, meleg, lilásvörös bőr és súlyos esetben fájdalom jelzi. A mélyvénás trombózis sok esetben magától megszűnik, ám veszélyes szövődményeket, tüdőembóliát is okozhat. Véralvadék kialakulhat a bőrhöz közelebbi vénákban is, de ez nem annyira veszélyes, mivel jellemzően nem ad embólust a tüdőbe.

A tüdőembólia érrög vagy érrögök tüdőben való elakadását jelenti. Ezek az érrögök a vénákban, vagy jobb szívfélben kialakuló trombusból szakadnak le. A betegség oka, hogy a vénákban vagy jobb szívfélbe kialakuló trombusból egy vagy több darabka leszakadhat, és a tüdő ereit elzárhatja.

A trombózisra hajlamosító tényezők: tartós ágynyugalom, műtét, szülés, fogamzásgátló tabletta szedése, idős kor, agyi történés (agyvérzés, agylágyulás), szívinfarktus, szívelégtelenség, elhízás, combnyak- és combcsonttörés, rosszindulatú daganatok, örökletes véralvadási zavar.

A betegség tünetei függenek a beteg tüdőembóliát megelőző állapotától (szívbetegségek, tüdőbetegségek). A beteg hirtelen a hátában légzésre fokozódó fájdalmat, nehézlégzést, nyugtalanságot, köhögést, esetleg vérköpést és verejtékezést, szapora szív működést érezhet. A betegek egy részének hőemelkedése van.

A betegség hirtelen halált okozhat. A betegség kimenetele függ az alapbetegségtől. A fel nem ismert, és nem kezelt betegek halálozása 30%-os is lehet. A tüdőembólia megállapítása, és kezelését követő ismételt kialakulása, vagy halálozás kevesebb, mint 3%.

A TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT ÉS JELENTŐSÉGE

DEÉ KITTI – LELOVICS ZSUZSANNA

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár

Már HIPPOKRATÉSZ A régi orvostan című könyvében hangsúlyozta, hogy „...az alultáplálás veszélyes...”, majd leírta az alultápláltság következményeit. Az orvostörténet kezdeti szakából arra vonatkozóan is rendelkezünk adatokkal, hogy megfigyeléseik szerint annak a betegnek nagyobb a gyógyulási esélye, aki kielégítő erőnlétű, s van megfelelő tartaléka a betegségből kifolyó többletterhek fedezésére.

A tápláltsági állapot nagymértékben befolyásolja az emberek közérzetét, kedélyállapotát, életminőségét, meghatározza mindennapjainkat – egészségeseknél is. Beteg, leromlott egészségi állapotúak esetén a tápláltsági állapot jelentősége felértékelődik, hiszen kihatással van

- a gyógyulásra,
- a betegségek, sérülések, beavatkozások okozta elváltozások és
- szövődmények súlyosságára, illetve ezek esélyére,
- terápiás következményeire, azok általános és időbeni lefolyására, mindezek következtében
- a költségekre, valamint
- a végső kimenetelre.

Az alultápláltság jól ismert kórházi probléma, prevalenciája 28-50%-os.

A kórházba került betegek testmagasságát és testtömegét a felvételkor mérfi (amennyiben mérhető), majd a mérést rendszeres időközönként megismételni szükséges. Például ödéma, ascites, hipoproteinémia esetén még a tapasztalt szakembert is félrevezetheti a ránézésre megállapított tápláltsági állapot, ezért nem elegendő, ha rákérdezés alapján a beteg bediktált antropometriai adatai kerülnek rögzítésre!

A tápláltsági állapot meghatározása összetett feladat, több irányból kell megközelíteni, nem lehet egyetlen mérés vagy egyetlen eszköz felhasználásával azt megállapítani – tehát önmagában a testmagasság és testtömeg mérése nem elegendő, de szükséges hozzá!

A tápláltsági állapot változására kell számítani számos betegség különböző szakaszaiban, így például állapotrosszabbodáskor, műtét idején. Fontos időről időre megismételni a felmérést: alap- és szakellátásban ellátásban havonta-kéthavonta, fekvőbeteg-ellátó intézetben hetente javasolt a beteg tápláltsági állapotát ugyanazzal a módszerrel meghatározni.

MOZGÁSTERÁPIA HATÁSA AZ IMMOBILIZÁCIÓS SZINDRÓMÁBAN

GYÖRFI RITA – KATONÁNE HALUPA DÓRA

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztaály, Kaposvár

Immobilizációs szindrómán a hosszan tartó ágynyugalom, inaktivitás következtében kialakuló, az egész szervezetet érintő tünetegyüttest értjük. Az immobilizáció következtében kialakuló tünetek nem egyformán súlyos mértékben jelentkeznek, az idősebb, fogyatékos vagy krónikus betegségben szenvedők inkább érintettek.

A mozgásterápia csökkenti az orthostatikus hypotensio és a pneumónia kifejlődésének a lehetőségét (megelőzés). Ugyanakkor enyhe mobilizációval, melynek módját az adott állapot és diagnózis alapján határozzuk meg, megelőzhetők a gerinc és általában az ízületek degeneratív elváltozásaiból

adódó panaszok súlyosbodása, kiújulása. A célzott fizioterápia az aktuális betegség javulásához, gyógyulásához is hozzájárul. Időseknél a fizioterápiás tevékenység során a megelőzés és gyógyítás „összeolvad”.

Az aktív funkcionális kezelés a mozgásszervi rehabilitáció legfontosabb eszköze. Mint ilyen, beletartozik a fizikai aktivitás fogalmába, s a mozgásterápiát, gyógytornát is tartalmazza. *Aktív*, tehát az adott lehetőségek között a beteg mindig aktívan vegyen részt a mozgás kifejtésében. *Korai*, tehát közvetlenül a sérülés, eltérés észlelése után kezdődjék meg. Legyen *állandó*, a gyógyulás, a rehabilitáció végállapotáig folytatandó. Legyen *egyévre szabott*, vagyis a beteg általános állapotának, korának, kooperációs és értelmi képességének feleljen meg.

Az aktív funkcionális kezelés legfontosabb tényezője a regenerációs inger: minden szöveti regeneráció alapja az illető szövet saját, specifikus funkcionális ingere. Ezt a regenerációs funkcionális ingert használjuk fel legáltalánosabban a mozgásszervi rehabilitációban. Az aktív funkcionális kezelés a fentiek értelmében lényegében ingerkezelés és minden esetben konkrétan, individuálisan kell meghatározni az alkalmazandó inger fajtáját, mennyiségét. Az optimális és már káros ingermennyiség (pl. mozgás) között szűk a rés, ezért szükség van a kezelésben és a rehabilitációban résztvevő szakemberek szoros együttműködésére. Az aktív funkcionális kezelés során biztosítani kell a regenerációs ingereket, helyre kell állítani a sérült, beteg terület anyagcseréjét, helyre kell állítani a terület izomtónus-egyensúlyát, aktívan igénybe kell venni a végtagok mozgásait, minél hamarabb el kell érni a fájdalomtanságot, s a funkcionális kezelést a végállapot eléréséig kell folytatni.

A gyógytorna legfőbb célja a diszfunkciók kialakulásának megelőzése. Ebben a tevékenységben szükséges az izomerő, az állóképesség, a mobilitás, flexibilitás, stabilitás, az ellazulási képesség, a koordináció, az egyensúly és a funkcionális képességek helyreállítása, fejlesztése, növelése.

AZ ÁPOLÓ SZEREPE, POZICIONÁLÁSI LEHETŐSÉGEK AZ IMMOBILIZÁCIÓ MEGELŐZÉSÉBEN

KOVÁCS ZSOLTNÉ

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Neurológiai Osztály, Kaposvár

A beteg ágyban fektetése – nyugalomba helyezése – régi, hagyományos orvosi tevékenység, a gyógyítás egyik alapvető módszere. Súlyos betegségek esetén teljesen indokolt bizonyos idejű ágynyugalom előírása. Mindamellettt ügyelni kell arra is, hogy megóvjuk betegeinket a hosszan tartó ágyban fekvés káros következményeitől. A hosszú idejű ágynyugalom (immobilizáció) káros következményei az elmúlt ötven év tapasztalatai és kutatási eredményei által váltak ismertté. Az 1960-as évekig az USA-ban például myocardialis infarctus lezajlása után hat hétig, szülés után két hétig, míg sérvműtét után három hétig szigorú ágynyugalmat rendeltek el.

Az 1940-es években jelentek meg az első tanulmányok az immobilizáció káros következményeiről. Nagy lendületet adott a kutatásoknak az Amerikai Egyesült Államok űrprogramjához (National Aeronautics and Space Administration, NASA) kapcsolódó vizsgálatok, az inaktivitás, a súlytalanság különböző szervekre gyakorolt hatása kapcsán.

Az alapbetegségtől függetlenül az immobilizáció következtében létrejövő patofiziológiai változások azonos klinikai képet hoznak létre, bár etiológiától függően a domináló jelleg az adott betegségre jellemző lehet. A tünetek egy része reverzibilis, a mobilizáció során spontán vagy a kezelések eredményeként megszűnik, de a gyógyulás mindig hosszabb ideig tart, mint az immobilizáció.

Az immobilizáció következtében kialakuló tünetek általában nem egyformán súlyos mértékben jelentkeznek, az idősebb, fogyatékos vagy krónikus betegségben szenvedő populációt inkább érintik.

El kell érni, hogy a beteget pozicionálni, forgatni és biztonságosan táplálni lehessen, valamint a légzési- és kiválasztási funkciók is biztosítva legyenek. A decubitusok gyógyulására megfelelő pozicionálás és táplálás biztosítása nélkül nincs esély. Ha a szövődmények elhárítása nem sikerül, akkor a beteg élete is veszélybe kerülhet.

AZ IMMOBILIZÁCIÓS SZINDRÓMA MINT TÁPLÁLKOZÁSI KOCKÁZAT KORSZERŰ TÁPLÁLÁSTERÁPIÁJA

LELOVICS ZSUZSANNA

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár

Az immobilizáció következményei, az immobilizációs szindróma gyakori tünetei az étvágytalanság, a fogyás és a malnutríció. A malnutríció (alutápláltság) olyan kóros állapotnak tekinthető, ami az energia és/vagy legalább egy tápanyag abszolút vagy relatív hiányát jelenti.

A malnutríció kialakulásában szerepet játszó tényezők

- A táplálék felvételének, emésztésének és felszívódásának zavarai (mechanikus akadályok, malignus elváltozások, gyulladással járó bélbetegségek, az emésztőrendszer fekélyei, sipolyok).
- A táplálkozás tilalma.
- Nagymértékben csökkent étvágy.
- Idült hasmenés vagy befolyásolhatatlan hányás.
- Táplálkozási képtelenség vagy negativizmus.
- Rossz fogazat.
- Hipermetabolizmussal vagy hiperkatabolizmussal járó állapotok, pl. tartós láz, súlyosabb sérülés (elsősorban politrauma), égésbetegség, szepszis, hyperthyreosis stb.

A kórházban ellátottaknál a malnutrició létrejöttéhez ezen kívül hozzájárulhat még:

- az idegen környezet,
- a nem megszokott és nem időben tálalt, gyakran ízetlen, hideg étel,
- maga a terápia (egyres gyógyszerek, különösen a citosztatikumok, besugárzás hatása stb.),
- esetleg az ún. iatrogén malnutrició is, amely részben a kezelőszemélyzetnek a táplálással kapcsolatos hiányos ismerete és nem megfelelő szemlélete miatt alakul ki.

Az iatrogén malnutrició elősegítő okok

- A beteg kórházi felvételekor és a bent tartózkodása során a tápláltsági állapot felbecsülésének és folyamatos követésének nem tulajdonítanak kellő jelentőséget.
- A táplálásterápiával kapcsolatosan nehezen megszemélyesíthető a felelősség.
- A táplálkozás vagy a táplálás folyamatának ellenőrzése nem biztosított.
- Számos osztályon a táplálkozni nem tudó betegek ellátása során a tévesen „fiziológiásnak” nevezett izotóniás konyhasó és 5%-os glukózinfúzió – az energiaszükséglet fedezésére távolról sem elégséges – infúziók kizárólagos használata terjedt el.

A betegek osztályos felvételét követő állapotfelméréshez hozzátartozik a tápláltsági állapot meghatározása is. A tápláltsági állapot felmérésének eredménye alapján elengedhetetlen a táplálkozási irányelvek és – szükség esetén a személyre szabott – étrend meghatározása.

Az alultápláltságra *kismértében veszélyeztettség* esetén fokozott odafigyelés, nyomon követés, valamint a szűrés megismétlése indokolt a fekvőbeteg-ellátó intézményekben havonta. *Közepes kockázat* esetén a megfigyelésen kívül dokumentálni szükséges az étel elfogyasztását. Ha a táplálékbevitel és -felvétel növekedése elmarad, az ápolószemélyzetnek és dietetikusnak további intézkedéseket szükséges tennie. A szűrés ismétlése hetente szükséges. *Nagy kockázatú* beteg esetében konkrét intézkedési tervet kell készíteni, a malnutriciót kezelni kell. Szükséges a táplálékbevitel javításának és növelésének megtervezésére is. A kezelési terv felülvizsgálása hetente illetve szükség szerint történjen.

A betegek tápláltsága alapvetően meghatározza a végezhető rehabilitációs tevékenységet. A nem kielégítő táplálás következtében kialakuló alultápláltság miatt a betegek nagy hányada a rehabilitációs tevékenységben csak korlátozott mértékben képes részt venni, mert kevésbé terhelhető.

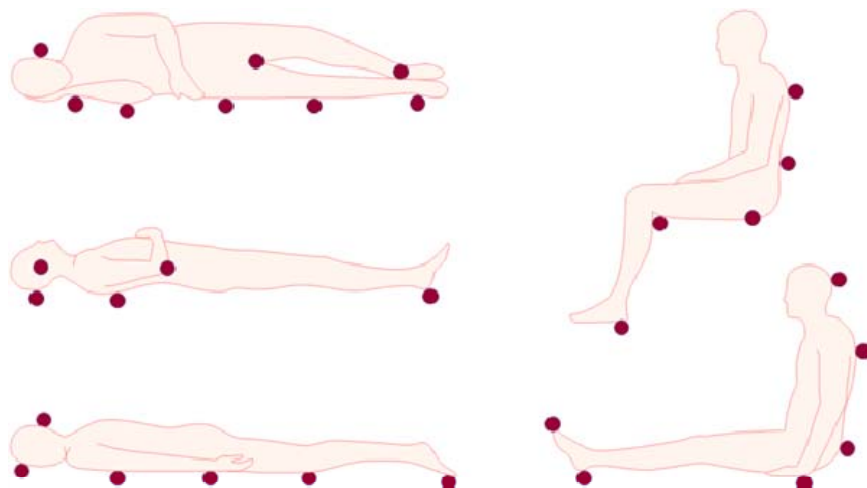
A korszerű táplálásterápia feltételei ma már széles körben rendelkezésre állnak, ezért a malnutrició kialakulása általában a nem megfelelő kezelés következménye, és elkerülhető szekunder károsodásnak tartott folyamat.

A TERÁPIA LEHETŐSÉGEI INKONTINENCIÁBAN ÉS DECUBITUSBAN

BENKŐ TÍMEA – VARGÁNÉ PETES GYÖNGYI

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár

Hosszas fekvés, vagy ülés esetén a nyomásnak kitett pontokon a bőr és az alatta lévő szövetek károsodhatnak (1. ábra).



1. ábra. Decubitus kialakulásának tipikus pontjai immobilizált betegen
(KVELL és mtsai, 2011)

Általános alapelvek a decubitus kezelése során

- A nyomási fekély ellátása az orvosi rendelés vagy az orvos által jóváhagyott kezelési terv szerint történhet.
- Kialakult decubitus esetén az előírt, elvégzett kezelés mellett a preventív technikákat is alkalmazni kell. A beteg nem feket a decubituson!
- Amennyiben kialakult a fekély, a krónikus sebkezelés irányelveinek megfelelően kell eljárunk. Az ápoló tájékozódjon a lehetséges ellátási módokkal kapcsolatban.
- A felfekvést a szövetkárosodás súlyossági fokának megfelelően kell kezelni. A decubitus fokozatának megállapítása, a seb állapotának felmérése orvosi feladat! A kezelés hatékonyságának objektív méréséhez célszerű az ún. Decubitométer használata, mert tizenhárom paramétere segítségével a decubitus gyógyulása monitorozható, illetve esetleges rosszabbodása korán felismerhető.
- A stádiumonkénti kezeléseket egységes intézeti protokollban kell rögzíteni! Az ott megfogalmazott elveknek, módszereknek tudományos bizonyítékokon kell alapulniuk. Csak így biztosítható a költséghatékony, szakmailag egységes kezelés és megítélés, az elért kezelési eredmények elemzése, értékelése és összehasonlítása.
- A kezeléseket során az aszepszis, antiszepszis szabályait szigorú be kell tartani.

A kezelési elveket a decubitus stádiumai szerint az adott környezet vonatkozásában (profil, betegösszetétel) részletesen kell meghatározni. A kezelések alatt, közben és után a higiénés-, és a környezetvédelmi szabályok betartása kötelező (védőeszköz, hulladékgyűjtés, felülfertőzés elkerülése).

INKONTINENCIA ÉS DECUBITUS, ANYAGOK ÉS ESZKÖZÖK

BENKŐ TÍMEA

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár

A decubitus kezelésének lépései

- *Permanens nyomásmentesítés:* a felfekvéses terület tehermentesítése nélkül a megfelelő vérellátás és így a környező szövetek életképessége nem tér vissza. Szöveti terhelést csökkentünk speciális nyomáscsökkentő vagy enyhítő eszközök, valamint „forgatási terv” alkalmazásával.
- *Sebtisztítás, az elhalt szövetek eltávolítása:* a tiszta sebalap biztosítása miatt elengedhetetlen. Leghatásosabb és legkíméletesebb módja a mechanikus vagy sebészi módszerekkel kombinált enzimátikus feltisztítás, amit fehérje oldó enzimeket tartalmazó kenőcsök alkalmazásával érünk el. Végzése sebészeti módszerekkel kizárólag orvosi kompetencia, enzimátikus módszerekkel és speciális kötszerekkel orvos által átadott ápolói kompetencia folyamatos jelentési kötelezettséggel, monitorizálással és dokumentálással.
- *Optimális sebellátás:* melynek lényege a gyógyuláshoz szükséges optimális mikrokörnyezet biztosítása. Ennek érdekében:
- *Sebkötözés:* önálló ápolói kompetencia vagy orvos által átadott kompetencia a dokumentációs kötelezettséggel együtt.
- *A környező ép szövetek védelme:* a nyomási fekély körüli bőr védelmével, a kötszerek megfelelő rögzítésével, a sebgyógyulást gátló okok kiküszöbölésével a sebgyógyulás minél optimálisabb feltételeinek megteremtésére kell törekedni.
- *Az infekció leküzdése:* fontos része a kezelésnek. Ez magába foglalja a seb dezinficiálását, kórokozó(k) kitenyésztését a sebváladékból és az esetleges helyi és/vagy általános antibiotikus kezelést.
- *A hajlamosító kockázati tényezők kiiktatása, kezelése:* ami legalább annyira fontos, mint a seb helyi kezelése, pl. malnutrició, hypoalbuminaemia.

HIGIÉNÉS FELADATOK ÉS LEHETŐSÉGEK A DECUBITUS ELLÁTÁSA SORÁN

PAPP ERZSÉBET

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Infektológiai Osztály, Kaposvár

A decubitus klinikai jelentősége. A statisztikai adatok szerint a kórházi betegek 3–11%-ában fordul elő decubitus. A betegek 3–4%-nál a kórházi kezelés mellett, annak ellenére vagy annak hatására alakul ki. Speciális profilú osztályokon ez az arány a 40%-ot is meghaladja. A decubitus incidenciája évről-évre világszerte növekvő tendenciát mutat. Sok esetben a krónikus fájdalomállapot fenntartásával a beteg szenvedéseit tovább fokozza, az egyén izolálódik, depresszió alakul ki és előfordul, hogy a gyógyulásba vetett hitét feladja. Komplikációi révén (szepszis, osteomyelitis, amyloidosis) az alapbetegségtől függetlenül a beteg halálát okozhatja. Decubitus kialakulásával az elhalálozás lehetősége négyszeresére emelkedik. Hibás az a felfogás, amely megjelenését a terminális stádium velejárójának tekinti, mivel a decubitusos betegeknek közel 40%-a meggyógyul. Fertőző gócot jelent azonban a környezet számára (IV. stádium) és a kórházban nosocomiális fertőzés forrása lehet. A decubitus terápiája nagyon drága. Emellett kezelése igen nagy ápolási erőfeszítést igényel. Az ápolási idő többszörösére megnő, munkaerő-igényes, gyakran betegenként két nővér közreműködésére van szükség (forgatás, ágytálazás, tisztábatevés, sebkezelés). Fizikailag is komoly megterhelést jelent, egyben speciális gyógykezelési ismereteket tesz szükségessé.

A higiénés szolgálat surveillance nővéreinek feladata és kompetenciája

- A bejelentett esetet kivizsgálja és a Decubitus kivizsgáló lapon dokumentálja.
- A decubitus fázisát és állapotát az ápoló személyzettel közösen újra elemzi.
- Kötszereket választ és biztosítja az osztályok részére.
- Rendszeres viziteket tart a decubitus menedzselése céljából, javaslatot tesz a kötszerekre, kötszer változtatásra, illetve részben biztosítja azokat.
- Betegkényelmi és antidecubitor eszközök kölcsönzésének koordinálása.
- A szükséges adatok gyűjtése, elemzése, havi jelentések megtétele.
- Kapcsolattartás a Higiéniai Osztály vezetőjével, a Decubitus Munkacsoport tagjaival, az osztályokon kijelölt decubitus koordinátorokkal, szükség esetén kezelőorvosokkal.

A decubitus kezelésének kivitelezése során higiénés szempontból fontos momentumok

- Az ágyneműt folyamatosan tartsa tisztán, szárazon és ráncmentesen!
- Tiszta, száraz bőrfelületet biztosítson!
- A kötözést két személy végezze!
- Fertőtlenítse kezét decubitus kezelés megkezdése előtt és készítse elő a szükséges eszközöket!
- Vegyen fel gumikesztyűt!
- Távolítsa el a szennyezett kötést, tegye veszélyes hulladékgyűjtőbe!

- Dobja el a használt kesztyűt a veszélyes hulladékgyűjtőbe!
- Fertőtlenítse kezét!
- Készítse elő a sebellátáshoz szükséges eszközöket: a steril izolálásra helyezze rá a steril állapotú eszközöket!
- Vegyen fel steril kesztyűt!
- Fertőtlenítse a sebet, alkalmazzon előírás szerinti öblítőfolyadékot!
- A sebkezelés elvégzése után vegye le a kesztyűt, majd mosson kezet!

GAZDASÁGI VONATKOZÁSOK - KÖLTSÉGHATÉKONY ESETMENEDZSELÉS

BENKŐ TÍMEA

Somogy Megyei Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár

Az immobilizációs szindróma a betegek körében gyakran alulbecsült, annak ellenére, hogy ebben a csoportban a legnagyobb morbiditást és mortalitást okozó tényező. A decubitus négyszeresre növeli a halálozási rátát (szepszis). Nem kellően ismert, hogy az immobilizációs szindróma előfordulása a belgyógyászati betegek körében legalább olyan nagy, mint a sebészeti betegeknél, részben köszönhetően a betegség aszimptomatikus jellegének illetve a szimptomatikus esetek diagnosztikus nehézségeinek. A nemzetközi szakirodalmi és a terápiás ajánlások egyértelműen javasolják a profilaxist. Összegzésképpen hangsúlyozni kell, hogy az immobilizációs szindróma kezelésének leginkább költséghatékony módja a megelőzés, vagyis a primer prevenció programok és a immobilizációs szindróma kialakulását elősegítő faktorkok kizárása.

NÉVMUTATÓ

AJTAY ZÉNÓ	12, 35	KOVÁCS NORBERT	10
ALMÁSI RÓBERT	14, 44	KOVÁCS ZSOLTNÉ	20, 74
ANTAL KÁROLY	12, 30	KÖVÉR FERENC	9
BAJTEL NÓRA	18, 60	KUTASI ZSUZSANNA	11, 18, 28, 66
BÁTAI ISTVÁN.....	14, 44	LELOVICS ZSUZSANNA.....	20, 72, 75
BATTYÁNI ZITA	11, 13, 18, 25, 29, 42, 59	LUKÁCS ÁKOS.....	17, 58
BENKŐ TÍMEA.....	20, 77, 78, 80	MÁNFAI ZOLTÁN.....	15, 49
BORBÉLY KATALIN.....	19, 68	MARKOCSÁNYI FERENC	17, 56
BORSICZKY BALÁZS	17, 58	MERKELY BÉLA	12
BÖRZSEI LÁSZLÓ ZOLTÁN	17, 56	MIKE ANDREA	9, 10, 24
BRIGOVÁ CZ ÉVA	20, 70	MIKLÓS JÚLIA	14, 46
BÜKI BÉLA	10	MOLNÁR SÁNDOR	9, 24
CZIRÁKI ATTILA	12, 35	NAGY FERENC.....	9, 10, 23, 24
CZÓBEL GÁBOR	17, 57	NAGY GÁBOR.....	14, 46
DEÉ KITTI.....	20, 72	NÉMETH ADRIENN	9
EGYED MIKLÓS.....	20, 72	NÉMETH LAJOS	15, 49
EZER FERENC.....	17, 57	NYÍRŐ ILONA.....	18, 65
FÁBOS BEÁTA	18, 64	OLÁH TIBOR.....	20, 71
GERLINGER IMRE.....	10	PAPP ELŐD	10, 12, 38
GILINCSEK LAJOS	10	PAPP ERZSÉBET	20, 79
GYÓRFI RITA.....	20, 73	PATAK KRISZTINA	14, 45
GYÓRFY KÁROLY.....	13	PÉCSI BALÁZS.....	13
HÁROMI ISTVÁN	9, 10, 24	PÉLEY IVÁN	10
HERCZKU CSABA	12, 34	PFUND ZOLTÁN	10
HORVÁTH IVÁN	12, 32	PILLÉR ÁRPÁD	17, 57
HUNYADY BÉLA	10	PINTÉR KITTI.....	20, 71
ILLÉS ZSOLT.....	10	REPA IMRE.....	19
JÁKI ZSUZSANNA	16, 55	ROSTÁS LÁSZLÓ.....	12, 30
JANSZKY JÓZSEF	10	SOMOGYINÉ EZER ÉVA.....	13, 40
KATONÁNÉ HALUPA DÓRA	20, 73	SOMOSKÖVI CSILLA	16, 52
KOMOLY SÁMUEL	9, 24	SŐRÉS KATALIN	13, 40

SPANNENBERGER KATA	14, 46	VARGA CSABA	9, 23
SZABADOS SÁNDOR	12, 35	VARGÁNÉ PETES GYÖNGYI.....	20, 77
SZABÓ JUDIT	14, 46	VÁRSZEGI CSILLA	16, 53
SZÉP ERZSÉBET	14, 45	VÖLGYI ZOLTÁN.....	13, 41
SZILÁGYI ANDRÁS	15, 48	WILHELM FERENC	15, 50
SZÓTS MÓNKA	10	YASSER, SABLANI.....	16, 54
TERENYI ZOLTÁN.....	16, 53	ZILAHÍ LÍVIA.....	19
TÓTH KÁLMÁN	12, 31	ZUBONYAI CECÍLIA	11, 18, 26, 62
TÓTH LEVENTE.....	12, 33		