



MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG DÉL-MAGYARORSZÁGI
Cserkeszőlő
M B T
DECENTRUM 2018

ELŐADÁS ABSZTRAKTOK

**MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG
DÉL-MAGYARORSZÁGI DECENTRUM
48. TUDOMÁNYOS ÜLÉS
ÉS TOVÁBBKÉPZÉS**

CSERKESZŐLŐ AQUA-SPA** HOTEL
2018. MÁRCIUS 22 - MÁRCIUS 24.**

1. POSTOPERATÍV SZAK KIHÍVÁSAI A BELGYÓGYÁSZ SZEMÉVEL - ESETISMERTETÉS

Dr. Vágó Angéla Babett¹, Dr. Ilyés Sándor¹, Dr. Kesztyűs Fruzsina², Dr. Novák János¹

¹Békés Megyei Központi Kórház Pándy K. Tagkórház III. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Gyula

²Békés Megyei Központi Kórház Pándy K. Tagkórház Patológia Osztály, Gyula

Bevezetés: Egy esetismertetésen keresztül szeretnénk bemutatni, hogy a gyors diagnózis, rövid időn belül elvégzett operáció sem biztosít minden esetben pozitív kimenetelt a beteg számára. Van, hogy a nehézségek pont ezt követően kezdődnek.

Esetismertetés: A 63 éves, negatív kórelőzménnyel rendelkező férfi beteg 2017. október 13-án jelentkezett gasztroenterológiai szakrendelésünkön fél év alatt bekövetkezett 20 kg-os fogyás, étvágytalanság miatt. Fizikális vizsgálatnál a has bal oldalán rezisztenciát tapintottunk. Laborjában emelkedett gyulladásos paramétereket, diszkrét anaemiát és hyperglycaemiát láttunk. Tumor markerei negatívak. Gastroszkopos vizsgálat jelentős eltérést nem mutatott. Hasi ultrahang eredmény alapján, sürgős CT vizsgálatot kértünk, mely a colon descendens falának megvastagodását és fedett perforációját igazolta. Az elváltozás természetének pontosabb megítélése céljából colonoszkopos vizsgálatot végeztünk. A fedett perforációt a vizsgálat megerősítette, de a dignitásról érdemben nyilatkozni nem lehetett. A beteget megoperálták, mely során a colon descendens fedett perforációját, interintestinalis tályogot okozó tumorosnak imponáló elváltozását találták, a szövettani vizsgálat a malignitást megerősítette. A postoperatív 6. napon bal oldali femoralis szintű mélyvénás thrombosis alakult ki, terápiás LMWH kezelést kezdtek. Fokozódó oedema, rapidan csökkenő thrombocytaszám, légzési nehezítettség miatt belgyógyászati konzílium történt. Hypalbuminaemiát, pneumoniát, embolia pulmonum gyanúját véleményezték. Az LMWH mellett kialakult gravis thrombocytopenia miatt dabigatran indult. Maximális dózisú dabigatran mellett hamarosan jobb alsó végtagon is az iliaca terjedő thrombosis alakult ki, mindkét alsó végtagon jelentős artériás keringészavarral. A komplex kezelés ellenére a beteg november 17-én elhunyt. Sectio során a halál közvetlen okaként friss, nagy kiterjedésű myocardialis infarctust találtak, mely bal kamra elégtelenséghez vezetett.

Értékelés: A műtétet követően kialakult számtalan szövődményt egyaránt okozhatta a hasüregi tályog miatt kialakult septicaemia, csakúgy, mint a vastagbél-daganat okozta paraneoplasziás szindróma. Olyan kóros folyamatok sora indult meg az operáció után, melyeket legnagyobb igyekezetünk ellenére sem sikerült visszafordítanunk. Ezek elkerülhető volta kérdéses jelen esetben, de az biztos, hogy időnként a diagnózis és a műtéti indikáció felállítása a legegyszerűbb kérdés egy történetben.

2. HARC A VASTAGBÉLRÁK ELLEN-AZAZ A KORAI FELISMERÉS JELENTŐSÉGE

Tapolcsányiné Balog Éva¹, Enyediné Szegedi Gabriella¹, Dr. Vágó Angéla Babet¹, Dr. Gurzó Zoltán¹, Dr. Novák János¹

¹Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház I. Gasztroenterológia, Gyula

Bevezetés: Magyarországon a daganatok okozta halálozások között a vastag- és végbélrák nemtől függetlenül a második helyen áll. Éppen ezért fontos, hogy a jövőben tervezett colorectális szűrés bevezetésével elősegítsük a megbetegedés korai szakaszban történő felismerését, így javítsuk a betegek életminőségét és várható túlélési idejét.

Anyag és módszer: Előadásomban a 2016-2017-es évben az Endoszkópos Laborunkban újonnan diagnosztizált vastagbél daganatos betegek adatait dolgoztam fel retrospektíve.

Eredmények: A két év alatt összesen 4017 colonoscopos vizsgálat történt laborunkban. Az elvégzett vizsgálatok kapcsán összesen 127 esetben (3%) igazolódott vastagbél daganat a beteg panaszai háttérében. A vizsgálatok főbb indikációi a pozitív eseteknél a következők voltak, gyakorisági sorrendben: hasi fájdalom, anaemia, fogyás, széklet habitusváltozás, manifeszt vérszékelés. Egy betegnél több panasz is fennállt egy időben. Nemi eloszlás tekintetében a betegek 31,5 %-a nő volt, 68,5 %-a férfi, ez az arány a két évet külön nézve is ugyanekkora. Az esetek 55 %-ában a bal és 45 %-ában a jobb colonfélre lokalizálódtak a folyamatok. Bár a vizsgálati idő csak rövid szakaszt ölelt át, mégis azt tapasztaltuk, hogy a 2016-ban felismert esetek közül a betegek 34 %-a az adatgyűjtés időpontjában (2018. január) már elhunyt.

Megbeszélés: A diagnosztizált esetek mind, már panasszal orvoshoz forduló betegek voltak, így a két év alatt észlelt halálozási arány is azt mutatja, hogy milyen fontos az időben, még panaszmentes stádiumban történő szűrővizsgálat bevezetése.

3. AZ INZULINKEZELÉSRE VONATKOZÓ ADHERENCIA FELMÉRÉSE DIABETES BETEGEINK KÖRÉBEN

Dr. Szerencsi Regina¹, Dr. Bótyik Balázs¹, Dr. Tárnok Enikő¹, Dr. Spröber Zita¹, Fekete Magdolna¹, Nyisztorné Árgyelán Klára¹, Dr. Taybani Zoltán¹

¹Békés Megyei Központi Kórház – Dr. Réthy Pál Tagkórház, 3. Belgyógyászat, 1. Endokrinológia Osztály

Bevezetés: A diabetes szövődményeinek megelőzésében nemcsak a megfelelő kezelés kiválasztásának, hanem a terápiás adherenciának is fontos szerepe van. Nemzetközi adatok szerint az inzulinkezelésre vonatkozó adherencia alacsony fokú, a betegek 20%-a rendszeresen elmulasztja az inzulindózis beadását. Jelentősége ellenére a témával kapcsolatban hazai adatok nem állnak rendelkezésre.

Kitűzött célok: Vizsgálatunk célja volt, hogy felmérjük gondozott, felnőtt cukorbetegünk inzulinkezelésre vonatkozó adherenciáját, és elemezzük a terápiahűsége befolyásoló faktorokat.

Módszerek: 2017. szeptember 11. - november 3. között tervezett kontrollra érkező, inzulinnal kezelt 1-es és 2-es típusú cukorbetegünk (n=119) egy általunk készített, 10 kérdésből álló kérdőívet töltöttek ki anonim módon. 108 beteg kérdőíve volt értékelhető (átlag életkor 62,66±11,6 év, 53% férfi, átlag diabetes tartam 14,82±8,6 év, 84% 2-es típusú diabetes).

Eredmények: A válaszadók 41%-a nyilatkozott úgy, hogy hagyott már ki valaha inzulindózsit, ilyen eset a férfiak, és a fiatalabb betegek körében fordult elő gyakrabban. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők nagyobb arányban (62%) számoltak be inzulinkihagyásról, mint az alap- vagy a középfokú végzettséggel bíró betegek (34% és 39%). A teszt kitöltését megelőző egy hónapban a megkérdezettek 13%-a mulasztotta el legalább egy alkalommal az inzulindózis beadását, ezen betegek körében is észlelhető volt a férfidominancia (az igennel válaszolók 70%-a volt férfi). A komplexebb (napi 3 vagy több injekciót tartalmazó) rezsimek használata esetén az inzulinkihagyás esélye magasabb volt. Az inzulinkihagyás három leggyakoribb oka a feledékenység, a hypoglykaemiától való félelem, és a beadás időigényessége volt.

Értékelés: Felmérésünk szerint az inzulinadásra vonatkozó adherencia gondozott beteganyagunkban sem ideális. A terápiahűség a jövőben a betegek reedukációjával, a bonyolult kezelési rezsimek egyszerűsítésével, valamint az alacsonyabb hypoglykaemia rizikót jelentő terápiás lehetőségek preferálásával javítható.

4. AZ ACUT PANCREATITIS KEZELÉSE ÉS ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA INTÉZMÉNYÜNKBEN

Pongrácz Zoltán¹, Dr. Rácz Bettina¹, Dr. Vágó Angéla¹, Dr. Crai Stefán¹, Dr. Netye Zoltán¹, Enyediné Szegedi Gabriella¹, Dr. Novák János¹

¹Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház, I. Gastroenterologia, Gyula

Bevezetés: Magyarországon évente 20-50/100.000 lakosnál diagnosztizálnak acut pancreatitist, mely progrediálása esetén intenzív, vagy sebészeti ellátás válik szükségessé. Amennyiben necrotizáló pancreatitistről beszélünk a betegség igen magas mortalitási rátát mutat, azonban az oedematosus pancreatits gyakoribb előfordulású (80-85%), igen alacsony a halálozási arány, viszont ez is súlyosbodhat nem megfelelő ellátás esetén. Ezért fontos a korai diagnosztizálás és a megfelelő kezelés alkalmazása.

Anyag és módszer: Vizsgálatomban a 2013 óta osztályunkon acut pancreatitissel diagnosztizált, és kezelt betegek adatait dolgoztam fel, retrospektíve.

Eredmények: Az elmúlt öt évben összesen 253 beteget diagnosztizáltunk osztályunkon ezzel a kórképpel. Nemi eloszlását tekintve 127 férfi (50,1%) és 126 nő (49,8%) volt, tehát elmondható, hogy a nemi arányok nem mutatnak szignifikáns eltérést. Etiológiai faktorként szerepel magas arányban, legfőképpen férfiaknál az aethyl abuzus. A betegség kimenetelét tekintve a betegek 2%-nál kerül sor intenzív ellátásra, vagy műtéti beavatkozásra. Mintegy 5%-ban tapasztaltunk progressziót, necrosist az acut pancreatitissel diagnosztizált betegeink között, ezen esetekben jejunális táplálást alkalmaztunk, melynek során az ápolási napok száma csökkent, a gyulladáshoz kapcsolódó paraméterek regressziója rövid időn belül bekövetkezett.

Megbeszélés: Bár a betegek táplálásával kapcsolatban többféle hypothézis eljárás létezik, de a jejunális szondatáplálás mind a mai napig elfogadott módszer az acut pancreatitis kezelésében.

5. HELICOBACTER PYLORI FERTŐZÉS ELŐFORDULÁSA GASZTROENTEROLÓGIAI SZAKRENDELÉSÜNKÖN!

Pálfia Istvánné¹, Berkeczné Hérány Márta¹, Brezovai Zoltánné¹

¹Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Gasztroenterológiai Szekrendelés, Sentes

Bevezetés: A Gasztroenterológiai Szakrendelésre beutalt betegeknél *Helicobacter pylori* szűrést végeztünk, annak pozitivitási gyakoriságát összehasonlítva gasztroszkópos, makroszkópos lelet és a szövettani biopsziás minta leletével.

Kitűzött célok: A mindennapi gyakorlat szempontjából a célszerűségi eljárás értékelése. A *Helicobacter pylori* kimutatási teszt használatának értékelése.

Módszerek: A vizsgált esetszám 102 (férfi 25 eset, nő 77 eset). A vizsgálatokat endoszkópos, makroszkópos lelet és a szövettani biopsziás mintavétel (antrum területéről) értékelés utáni összehasonlítása történt a *Helicobacter pylori* előfordulás gyakoriság megítélése céljából. A *Helicobacter pylori* kimutatást HELIPROBE - kilégzési teszttel végeztük.

Eredmények: A randomszerűen végzett *Helicobacter pylori* teszt (74 fő) esetén 27 esetben volt pozitív *Helicobacter* teszt (11 férfi és 16 nő). A 74 esetben ahol Heliprobe teszt történt gasztroszkópiát végeztünk 61 esetben, ezek közül *Helicobacter pylori* pozitív 18 fő bizonyult.

A 61 esetben végzett gasztroszkópia 44 esetében volt makroszkóposan gastritisnek megítélhető nyálkahártyakép, ezek között 18 esetben volt a *Helicobacter* kilégzési teszt pozitív.

Azoknál a betegeknél akinél antrum biopszia szövettani vizsgálata megtörtént 13 esetben a hisztológia *Helicobacter* nem igazolt, mindössze 4 esetben volt *Helicobacter* vonatkozásában pozitív a szövettani kép.

Értékelés: Az eredmények alapján az a következtetés vonható le, hogy a hisztológiai vizsgálat rutinszerű *Helicobacter pylori* fertőzés kimutatására nem alkalmas, a makroszkópos kép alapján végzett biopsziás minta nagyobb számban negatív eredményt ad.

A makroszkóposan a vizsgáló által gastritisnek vélt kép mindössze 30%-a volt *Helicobacter pylori* pozitív. Azt mondhatjuk a szám adatok alapján, hogy a *Helicobacter pylori* kimutatás rutinszerű alkalmazása nem célszerű, a tesztet leginkább a makroszkópos kép alapján elvégzett kilégzési teszt használatát ajánljuk.

6. IATROGÉN GASZTROINTESZTNÁLIS PERFORÁCIÓK ENDOSZKÓPOS KEZELÉSE

Dr. Rác Beatrix¹, Dr. Ilyés Sándor¹, Dr. Szalai László¹, Dr. Bordás Levente¹, Dr. Vágó Angéla¹, Dr. Crai Stefan¹, Dr. Fazekas Ilona¹, Dr. Gurzó Zoltán², Dr. Novák János¹

¹Békés Megyei központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Gasztroenterológia Osztály, Gyula

²Békés Megyei központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Endoszkópos Labor, Gyula

Bevezetés: Az iatrogén gasztrointesztinális perforáció egy életet veszélyeztető komplikáció, mely rutin endoszkópos beavatkozások során ritkán, de invazív beavatkozások alkalmával gyakrabban előfordulhat. Azokban az esetekben, ahol a perforáció endoszkóppal zárható és antibiotikumot is alkalmazunk, elkerülhető lehet a sürgős sebészi beavatkozás.

Módszer: Retrospektív vizsgáltuk azon betegek adatait, akik 2015 és 2016-ban centrumunkban endoszkópos beavatkozások során iatrogén gasztrointesztinális perforációt szenvedtek el.

Eredményeink: Nyolc esetben detektáltunk gasztrointesztinális perforációt (3 nyelőcső, 1 patkóbél és 4 vastagbél) az 1848 therápiás beavatkozás során (0,004%). A beavatkozásokkal egy időben mindet észrevettük. 7 betegnél endoszkóppal klipp felhelyezés történt, vagy Ovescot-t alkalmaztunk, továbbá SEMS-et ültettünk be. 1 betegnél sebészeti beavatkozás vált szükségessé. Mind a 7 beteget kórházunkban obszerváltuk és antibiotikummal kezeltük. Az átlagos kórházi tartózkodási nap 6 nap volt, (4-től 11 napig), sebészeti beavatkozásra nem volt szükség, egy beteget sem veszítettünk el.

Konkluzió: Számos esetben az iatrogén perforációk endoszkópos kezelése biztonságos és eredményes. A beavatkozások sikere a korai észlelésen, adequat endoszkópos záró technikán, és a korán alkalmazott antibiotikum adásán múlik. A sikeres endoszkópos zárással elkerülhetővé válik a sebészeti beavatkozás.

7. JOBB PITVARI TERIME KÜLÖNLEGES ESETE

Dr. B. Tóth Linda¹, Dr. Boskó Mónika¹, Dr. Rábai Éva¹, Dr. Ruby Éva², Dr. Szolnoky Jenő³, Dr. Nagy András^{1,4}

¹Bács-Kiskun Megyei Kórház, I. Belgyógyászat - Kardiológia Osztály, Kecskemét

²Bács-Kiskun Megyei Kórház, Tüdőbelgyógyászati Osztály, Kecskemét

³Magyar Honvédség Egészségügyi Központ - Szív-,ÉR- és Mellkas-Sebészeti Osztály, Budapest

⁴Neumann János Egyetem, Kecskemét

Bevezetés: Dohányzó, 69 éves nőbetegünk belgyógyászati kivizsgálása köhögés, fulladás, visszatérő lázas epizódok miatt indult. Negatív fizikális status mellett a laborokban emelkedett gyulladásos értékek, anaemia, thrombocytopaenia igazolódott. A mellkas röntgen vizsgálat infiltrációt, valamint multiplex kerekárnyékokat mutatott. Ezért a primer tumorkutatás részeként has-, és mellkas CT történt, mely a májban és a bal mellékvesében soliter, a tüdőben többszörös, helyenként cavitatiót mutató gócot írt le lymphadenomegaliával. A jobb pitvarban kontrasztelődési hiány ábrázolódott. Osztályunkon transthoracalis, majd transoesophagealis echocardiographia során a jobb pitvarban egy nagy kiterjedésű, cavernosusnak imponáló, nyúlványos képlet látszott. A morfológiai eltérések alapján lymphoma, egyéb malignoma, illetve echinococcus fertőzés lehetősége is felmerült, ezért a beteget a pitvari terime eltávolítása, valamint nyirokcsomó mintavétel céljából Szívsebészeti Osztályra helyeztük át. Végül a műtét során nyert szövettani eredmény vezetett a pontos diagnózis felállításához.

8. A NYILVÁNOS HELYEN TÖRTÉNŐ DOHÁNYZÁS TILTÁSÁNAK HATÁSA A PERCUTAN CORONARIA- INTERVENCIÓK MAGYARORSZÁGI GYAKORISÁGÁRA

Dr. Vendrey Róbert¹, Abonyi-Tóth Zsolt², Dr. Márk László¹

¹ Békés Megyei Központi Kórház-Pándy Kálmán Tagkórház, Kardiológia Osztály

² RxTarget Kft., Szolnok

A dohányzás az ateroszklerózis és a kardiovaszkuláris betegségek egyik legfontosabb, befolyásolható rizikófaktora. A köztéri dohányzást tiltó törvények legfőbb haszna a passzív dohányzás csökkentése. Magyarországon a nyilvános helyen történő dohányzás tiltása két részletben, 2010 és 2012. január 1-jével lezajlott tiltások kardiovaszkuláris hatásait elemeztük. Vizsgálatunk országos méretű volt, nagy esetszámokon, az OEP és a KSH adatain alapult.

A tiltás előtti évek (2008 és 2009) valamint az enyhe (2010-2011) és a szigorú tiltás utáni évek (2012-2014) akut koszorúér-esemény miatti percutan coronariaintervenció (PCI) gyakoriságát elemeztük az OEP adatbázis alapján nemeként, két életkori csoportban (40-59 év és 60 év vagy több). A PCI-k számában szignifikáns csökkenés volt a 60 évesek vagy idősebbek csoportjában mindkét nemből, mindkét tiltás után. A dohányzást tiltó törvények Magyarországon is kedvezően hatottak a PCI-k előfordulására.

9. KI SEGÍT A SEGÍTŐKNEK? – A KIÉGÉS KOCKÁZATA ÁPOLÓKNÁL

Sebők Erika¹

¹Dr. Bugyi István kórház, Belgyógyászati osztály, Szentesz

Bevezetés: Mindannyian, akik betegágy mellett dolgozunk, köztudottan fokozott veszélynek vagyunk kitéve mind fizikai, mind lelki szinten mindennapjainkon. Amitől leginkább tartunk, az a kiégés, a lelki, szellemi kimerülés. Amely akár veszélyes is lehet, hisz nem csupán saját jólétünket befolyásolhatja hátrányosan, hanem magát a betegellátást is.

Módszer: A tapasztalat azt mutatja, ma már nincs sem időnk, sem lehetőségünk a fokozódó terhek, a lassan kialakuló társadalmi elszigeteltség miatt önmagunkra is figyelni. Ahhoz, hogy a problémát időben felismerjük, tudnunk kell melyek a jelei, és hogyan találunk megoldást.

2018-ban ehhez egyre nagyobb mértékben van szükség a közösségi média elemeire is, amely közelebb hoz egymáshoz, nyithat egy olyan kaput, ahol – akár anonim módom – segítséget kaphatunk.

Következtetés: Saját tapasztalatom azt mutatja, a kiégés elleni küzdelemben eredményes, és támogató hatást tudunk elérni tematikus oldalak olvasásával, vagy akár személyes történeteink megosztásával, mindennapi életünk, nehézségeink bemutatásával.

Én ezt vállaltam fel az Ápolónő blog írásával, és ma már elmondhatom több, mint 35 ezer követő, és 3 millió oldalmegtekintés által, hogy van helye életünkben egy olyan fórumnak, ahol meghallgatnak és támogatást kaphatunk.

10. MYELOPROLIFERATÍV KÓRKÉP-VAGY MÉGSEM?

Dr. Seres Zsuzsanna^{1,2}, Dr. Svárnig Lajos^{1,3}, Dr. Szakál Gergő^{1,4}, Dr. Intzedy Katalin¹

¹Orosháza Városi Kórház, Orosháza

²Orosháza Városi Kórház, Belgyógyászati szakrendelő, Orosháza

³Orosháza Városi Kórház, Nőgyógyászati osztály, Orosháza

⁴Orosháza Városi Kórház, Pathológiai osztály, Orosháza

A szerzők két beteg esetét ismertetik, ahol az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok alapján myeloproliferatív kórkép (egyik esetben polycythaemia vera, másik esetben essentialis thrombocytosis) gyanúja merült fel. A további vizsgálatok azonban mindkét esetben más, meglepő -műtéttel gyógyítható benignus elváltozást igazoltak. Azóta mindkét beteg panasz és tünetmentes.

11. SZTATIN ADHERENCIA JÓL EDUKÁLT BETEGEK ESETÉN

Oskóné Tamási Márta¹, Dr. Nagy László¹

¹Kardiológiai magánrendelés, Orosháza

Bevezetés: Napjainkban a közösségi média hatása mindennapi életünkre már-már kezelhetetlen méretek ölt. Sajnálatos, hogy ennek hatása az egészségügyben is érezteti hatását. A tényként kezelt rémhírek központjába az utóbbi években a koleszterincsökkentő gyógyszerek közül a sztatinok kerültek. A betegek egyre nagyobb hányadban hagyják el ezen gyógyszereiket a mellékhatások, valójában döntő részben a vélt mellékhatások miatt vagy éppen el sem kezdik szedni az ettől való félelem miatt. Napjainkban Nagy betegszámú, keményvég-pontú kardiovaszkuláris vizsgálatok igazolták azonban a sztatinok kardiovaszkuláris halálzáscsökkentő hatását mind primer, mind szekunder prevenció esetében.

Módszerek: Saját beteganyagunk vizsgálatát tűztük ki célul. A korábban kardiovaszkuláris történésen átesett (szekunder prevenció), rendelésünkön 2017-ben kezelt betegeink sztatin kezelésének terápiahűségét vizsgáltuk (adherencia). Telefonos interjú során betegeink kérdőívünkre anonim módon válaszoltak. Értékeltek a sztatin terápia tekintetében a perzisztenciát és a compliancet is.

Eredmények: A kérdőívek összegzése során választ kaptunk arra, hogy vajon a nyugodt környezet, bizalmas –akár évek óta tartó– orvos – beteg – nővér kapcsolat kedvező hatással volt-e betegeink sztatin adherenciájára, vajon a megfelelőnek gondolt beteg edukáció elégséges volt-e.

12. ESETBEMUTATÁS: „A MI TIBINK” AVAGY A SZÍVELÉGTLEN BETEG GONDOZÁSÁNAK NEHÉZSÉGEI EGY VIDÉKI KÓRHÁZBAN

Dr. Ferencz Edit¹, Dr. Gergely-Tóth Bálint¹, Dr. Sztanojev Miklós¹, Dr. Szepesvári Szabolcs¹, Dr. Nádaskay Márta¹, Dr. Gavallér Henriette², Dr. Zimmermann Zsolt², Dr. Ungi Imre², Prof. Dr. Forster Tamás², Dr. Kócsy József¹

¹Kiskunhalasi Semmelweis Kórház, Kardiológia, Kiskunhalas

²Szegedi Tudományegyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ, Szeged

A szívelégtelen beteg gondozása a gyakorlatban számos nehézséggel küzd. Kardiológiai Osztályunkon igyekszünk szívelégtelen betegeinket hosszú távon, a nemzetközi ajánlásokkal összhangban kezelni és gondozni. Betegeinknek etiológiai tisztázást követően az optimalizált terápián túl az időben végzett invazív, műtéti és eszközös beavatkozásokat a SZTE kardiológus kollégáink segítségével tudjuk biztosítani. Azonban a transzplantációhoz való hozzáférés a vidéki betegek számára különösen nehéz lehet. Egy fiatal, dilatatív kardiomiopátiás páciens betegségkarrierjén keresztül mutatjuk be a transzplantációhoz vezető út lépéseit és az ezekben rejlő buktatókat.

13. A COLITIS ULCEROSA RITKA MEGJELENÉSI FORMÁJA AVAGY MIÉRT FONTOS A HOLISZTIKUS SZEMLÉLET

Dr. Kapus Katalin¹, Dr. Nagy László¹

¹Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Belgyógyászati osztály, Szentés

Bevezetés: A colitis ulcerosa a vastagbél gyulladásos megbetegedése, mely általában vérzéses, fekélyekkel tarkított nyálkahártya elváltozásokkal jár, etiológiája ismeretlen, leginkább autoimmun kórképnek gondolják, a modern kezelési elvek is ez irányba tolódtak.

Esetismertetés: Akut gyulladásos kórképek után gyakran észlelünk izületi panaszokat, szeronegatív spondylarthritis alakul ki. Betegünket is láz, véres hasmenés után kialakult sacroileitissel észlelték, reaktív arthritist vélelményeztek. A társuló pajzsmirigy és szemészeti eltérések miatt autoimmun betegség gyanúja merült fel. Reumatológiai – immunológiai szakvizsgálata történt, addigi kezelés érdemi javulást nem hozott. Ismételt hasmenés és véres széklet miatt végzett colonoscopos vizsgálat a vastagbél leszálló ágának vérzékeny polyposisát igazolta. Virtuális colonoscopia a többi vastagbélszakaszon a hausztráció teljes hiányát, falmegvastagodást és polyposist írt le. Lymphoma lehetősége is felmerült, azonban a szövettan aktív colitis ulcerosat igazolt. Az alkalmazott terápiára a beteg panaszmentessé vált, kontroll colonoscopia során a klasszikus kép ábrázolódott.

Következtetés: Az esetet azért tartjuk szükségesnek bemutatni, hogy felhívjuk a figyelmet az autoimmun betegségek holisztikus szemléletére, az autoimmun betegségek társulnak, többszörösen jelennek meg. A colitis ulcerosa, mint autoimmun megbetegedés, továbbra is ilyen szemléletet kíván meg. Emellett esetünk a colitis ulcerosa ritka megjelenési formáját is bemutatja, mely differenciáldiagnosztikus problémát jelentett.

14. EMLŐS SEJTEK MEMBRÁNFÜGGŐ STRESSZVÁLASZA, ANNAK JELENTŐSÉGE AZ ÖREGEDÉS SORÁN

Dr. Benkő Sándor¹, Balogh E. Gábor², Péter Mária², Török Zsolt², Gombos Imre², Glatz Attila², Tim Crul², Horváth Ibolya², Víg László²

¹SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika, Geriátriai és Krónikus Belgyógyászati Osztály, Szeged

²MTA SZBK Biokémiai Intézet, Molekuláris Stresszbiológiai Kutatócsoport, Szeged

Bevezetés: Mivel sejtjeinkben az öregedés következményeként hibás fehérjék szaporodnak fel, ezért a megfelelő protein homeosztázis ("proteosztázis") fenntartását biztosító dajkafehérjéink (molekuláris chaperon stresszfehérjék) szintje, működése az öregedési folyamatokban kulcsszerepet töltenek be. A stresszfehérjéink szintje ui. csökken az életkorral, ennek legjobb bizonyítékaként a neurodegeneratív betegségek gyakorisága az öregedéssel növekszik. Az SZBK Molekuláris Stresszbiológia Csoportja új megközelítésben tárgyalta a fentieket.

Módszer: Munkáink során bizonyítottuk, hogy a sejtes stresszválaszadó képességének az öregedés során megfigyelhető redukciója szoros összefüggésben van a sejtmembránok finomszerkezeti ill. lipidösszetételbeli változásaival, a membránfluiditás csökkenésével. A membránjaink "minősége" és a stresszfehérje válasz közötti kapcsolat felderítéséhez különböző *in vivo* membránmódosító eljárásokat (pl. katalitikus lipid hidrogénezés, kémiai fluidizáló ágensek használata, legújabban szelektív koleszterol kivonás a sejtfelszíni membránokból ciklodextrinnel) vezetünk be.

Eredmények: Az általunk elsőként kidolgozott hidrogénezési technikával a sejtfelszíni membránok szabályozottan rigidizálhatók (Benkő et al., BBA, 1997), az amfilil benzilalkohol (BA) a plazmamembránt fluidizálja. Míg a hidrogénezés élő sejteken csillapította, addig a BA kezelés már izotermális körülmények között is jelentősen aktiválta a Hsp70 dajkafehérje expresszióját. A szelektív raft-roncsoló koleszterol kivonás csökkenti a sejtek előedzéssel kialakítható ún. szerzett stresszrezisztenciáját (Crul et al., közlés alatt). Az irányított membránperturbációk által módosítható stresszválasz univerzalitását jól igazolta, hogy azt a legkülönbözőbb sejtekben megfigyelhettük (Balogh et al., FEBS J., 2005; Nagy et al., PNAS, 2007), kiválhattuk a sejtmediumból hozzáférhető lipidek arányának módosításával is (Péter et al., Mol. Mem. Biol., 2012). Megfigyeltük, hogy az élettani szempontból is nagyon lényeges hőstressz hogyan modulálja az elsődleges stresszérzékeléssel összefüggő membrán mikrodoméneket (Balogh et al., BBA, 2010; Nagy et al., PNAS, 2007; Balogh et al., PLoS ONE, 2011). Az átrendeződött lipid-raftokban lokalizált különböző jelképző fehérjék a lipidkörnyezetük változására úgy módosítottak bizonyos jelátviteli útvonalakat, hogy a plazmamembrántól a sejtmagba irányuló jeltovábbítás stresszfehérje gének modulációjához vezetett.

15. BIOLÓGIAI MITRALIS MÜBILLENTYŰ KÉSŐI OBSTRUKTÍV THROMBOSISA

Dr. Juhász-Nagy István¹, Dr. Pálincás Attila¹

¹Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ, Belgyógyászati Osztály, Hódmezővásárhely

Bevezetés: A biológiai műbillentyű késői thrombosis (KBMT) ritkán előforduló, esetenként műbillentyű dysfunkciót okozó kórállapot. A KBMT-s kezelésével kapcsolatban – annak ritka előfordulása miatt – nem rendelkezünk erős evidenciákkal.

Esetismertetés: A 77 éves nőbeteg kivizsgálása általános gyengeség, fokozatosan kialakuló nehézlégzés, enyhe mellkasi fájdalom tünetei miatt indult. A kórelőzményében 2,5 évvel korábban beültetett mitrális biológiai műbillentyű (St. Jude Epic 27) szerepelt. A szinusz ritmusban lévő betegnél a fizikális vizsgálat során 4/L2 punktum maximummal 3/6-os erősségű diastolés zörej volt hallható. A TTE egy 32x19mm-es közepes echodenzitású struktúrát mutatott ki, mely a balpitvar üregébe boltosult, a mitralis ringgel kapcsolódott. A billentyű mindkét vitorlája jelentősen megvastagodott. A terime pontosabb megítélése céljából transoesophagealis echocardiographia történt. Doppler echocardiographia során súlyos fokú mitrális beáramlási obstrukció igazolódott. A beteg idős kora és elesett állapota, stabil keringése miatt nem döntöttünk fibrinolysis mellett. A szívsebész nem javasolta a műtéti beavatkozást. Terápiás dózisú enoxaparine kezelést alkalmaztunk, mely mellett a beteg állapota fokozatosan javult. A kontroll szívltrahang a thrombus teljes eltűnését mutatta, a transmitralis gradiens enyhe fokúvá vált.

Megbeszélés: Hosszú idővel a műtétet követően, sinus ritmus esetén is kialakulhat biológiai műbillentyű thrombosis. A transthoracalis és transoesophagealis echocardiographiának kiemelt szerepe van a kórkép diagnosztikájában, a kezelés hatékonyságának kimutatásában. A kis molekulásúlyú heparin hatékony és biztonságos terápiás eljárás a biológiai műbillentyű thrombosis esetén, amennyiben a fibrinolysis, vagy szívsebészeti beavatkozás nem jön szóba.

16. AZ OTTHONI VÉRNYOMÁSMÉRÉS -AZ EDUKÁCIÓ MÁSODIK LÉPÉSE

Somogyiné Bulla Anikó¹, Dr. Nagy László¹

¹Csongrád Megyei Dr Bugyi István Kórház Belgyógyászati osztály, Szentese

Bevezetés: A rendelőben mért vérnyomásmérés és az erre illesztett terápia hátrányai mindannyiunk számára ismertek. Ezek a mérési adatok a legtöbb esetben nem reprezentálják a beteg valós vérnyomásértékeit. Előbbiek miatt kerültek előtérbe a beteg otthonában végzett mérések, a 24 órás vérnyomás-monitorozás (ABPM) és az otthoni vérnyomás-önellenőrzés (HBPM). Az hatékony otthoni vérnyomás-önellenőrzés alapvető feltétele, hogy a beteg az előírt metodikával és körülmények között mérje a vérnyomását.

Módszerek: Előző évi felmérésünk során, melyet 200 hipertóniás betegünkön végeztünk, kiábrándító eredményt kaptunk. Megállapítottuk, hogy a betegek tulajdonképpen nincsenek tisztában a helyes mérési technikával. Ahhoz, hogy a betegek kezelésében valódi, érdemi hatékonysággal használhassuk a HBPM-t, elengedhetetlen a megfelelő oktatás. Ebben azonban valódi teammunkára van szükség az alapellátás, szakápolók és az orvosok között. Idei felmérésünkben arra kerestük a választ, hogy a szakápolók, vagy a nővérképzésben részt vevők milyen ismeretekkel rendelkeznek a helyes vérnyomásmérésről.

Értékelés: Korábban saját beteganyagunkon igazoltuk, hogy az otthoni vérnyomásmérés csak akkor segítheti a diagnosztikus és terápiás eredményeinket, ha a beteg alapvető oktatása megtörténik. Ezen oktatásban szakápolóink, viszont csak akkor tudnak hatékony szerepet vállalni ha képzésük megfelelő és később rendszeres oktatásban részesülnek saját maguk is.

17. AMYLOIDOSIS - RITKA BETEGSÉG?

Dr. Földeák Dóra¹, Prof. Dr. Nemes Attila², Dr. Domsik Péter², Dr. Kalapos Anita², Prof. Dr. Borbényi Zita¹

¹SZTE II.sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológia Központ, Hematológia Osztály, Szeged

²SZTE II.sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológia Központ, Kardiológia Osztály, Szeged

Bevezetés: A szisztémás amyloidosis ritka betegség, nem oldódó fehérje fibrillumok extracelluláris szöveti lerakódásaként jön létre. Számos formája ismert, leggyakrabban a szerzett szisztémás immunglobulin könnyűlánc forma (AL) fordul elő. A monoklonális plazmasejtek által termelt immunglobulin könnyűlánc fragmentumok számos szervben, szövetben lerakódhatnak, klinikai szempontból a vese és a szív manifesztáció a legjelentősebb.

Kitűzött célok: Szív érintettség esetén restriktív cardiomyopathia alakul ki, amelynek mértéke jelentősen befolyásolja a betegek túlélését. Számos vizsgálómódszer segít a betegség súlyosságának megítélésében, mint a biomarker vizsgálatok (NT-proBNP és kardiális TroponinT), valamint a képalkotó vizsgálatok közül a szívultrahang és a szív MRI vizsgálat. Mivel az amyloid fehérje több szervben is lerakódhat, így a tünetek is változatosak lehetnek. Az első észlelő orvos nem feltétlenül hematológus, előfordul, hogy belgyógyász, kardiológus vagy nefrológus kezdi el a kivizsgálásokat. A betegség kimenetele szempontjából igen fontos a korai diagnózis és kezelés. Amennyiben a tünetek felvetik az amyloidosis lehetőségét, a kivizsgálások megkezdése és a terápiás terv felállítása létfontosságú.

Módszerek: Jelen előadás az amyloidosis általános jellemzői, a tünetek és a lehetséges kezelés irányelveit mutatja be.

Eredmények: Sajnos a betegség rossz prognózisú, a korszerű, összehangolt kezelés mellett is magas a halálozás.

Értékelés: Az amyloidosis egy ritka betegség, bár bizonyos adatok azt mutatják, hogy nem minden eset kerül felismerésre.

18. EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ FERTŐZÉSEK ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA 2012-2017 KÖZÖTT BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLYUNKON

Dr. Kószó Brigitta¹, Dr. Patyi Márta², Dr. Gurzó Mihály¹

¹Bács-Kiskun Megyei Kórház SZTE ÁOK Oktató Kórháza II. sz. Belgyógyászat Osztály

²Bács-Kiskun Megyei Kórház SZTE ÁOK Oktató Kórháza Kórházhygiénés Osztály

Bevezetés: az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések (EEÖF) azon infekciók, melyek nem voltak jelen lappangási formában sem a beteg felvételekor. Az EEÖF-ek fellépése, kezelése növeli az adott betegek halálozási rátáját, megnyújtja az ápolási napok számát, és magasabb ellátási költségekkel jár. Ezen fertőzések monitorizálása céljából kialakított folyamatos és rendszeres adatgyűjtést, elemzést, értékelést és visszacsatolást a klinikusok számára a kórházhygiénés surveillance tevékenység biztosítja. Ez lehet aktív, passzív, folyamatos, valamint végezhető pont prevalencia vizsgálat formájában is. Az előadás során csak az alábbiakban részletezett EEÖF-ekre vonatkozó adatainkat mutatjuk be, ezért a behurcolt, területi esetek, illetve a kolonizációk nem képezik tárgyát.

Módszerek, célok: belgyógyászati osztályunkon 6 éves időintervallumban (2012-2017) áttekintettük a multirezisztens kórokozók (MRK), illetve a *Clostridium difficile* okozta EEÖF-ek előfordulási gyakoriságát. 2017-ben kórházunkban bevezetett új, Fluorokinolon-mentes antibiotikum politikának a *Clostridium difficile* infekciók (CDI) előfordulására gyakorolt hatását is vizsgáltuk. Céljaink között szerepelt, hogy a 2012-2017 között alkalmazott helyi infekciókontroll és antibiotikum politika hatását elemezzük osztályunkon.

Eredmények: a vizsgált időszakban osztályunkon előforduló EEÖF-ek az alábbiak voltak: methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) 14 eset, széles spektrumú béta-laktamáz (ESBL)- termelő törzs okozta 27 eset, multirezisztens *Acinetobacter baumannii* (MACI) 1 eset, vancomycin rezisztens *Enterococcus faecium* (VRE) 1 eset, karbapenemáz termelő *Enterobacteriaceae* (CPE) 1 eset, *Clostridium difficile* infekció 323 eset. Az előadás során az 1000 kibocsájtott betegre számolt új esetek, a korábban felsorolt MRK-k és CDI incidenciájának változását részletezzük évenkénti bontásban.

Következtetés: a CDI gyakorisága a bevezetett új antibiotikum politika ellenére nőtt. Ennek hátterében több tényező állhat, jelezve, hogy csupán az antibiotikum politika megváltoztatása nem elegendő a sikerhez. Az ápolat betegeink nagy számban 65 év feletti, szakmai profil (nefrologia, hematológia, diabetológia) alapján krónikus alapbetegségeik miatt immunszupprimáltak. Ezen tényezők növelik az endogén eredetű EEÖF-ek kialakulását. Emellett a hatékony infekciókontroll intézkedések gyakorlati alkalmazását nehezíti a szakápolói hiány, és a túlterheltség.

19. ÁTTÖRÉSI LEHETŐSÉGEK AZ IVABRADIN THERÁPIÁBAN

Dr. Moser György¹

¹JNSZ megyei Hetényi Géza Kórház Kardiológia Osztály, Szolnok

Hemodinamikai krízisállapotban a tahikardia a kórfolyamat autoaggravációs triggerre. Ugyanakkor, nem rendelkezünk olyan ajánlással, amely szisztolés diszfunkció talaján létrejött instabil állapotban a szívfrekvencia csökkentéshez utat mutat, s az alkalmazási előíratok is megfelelő vizsgálatok hiányában a defenziót választják. A klinikus számára marad a tanácstalanság, vagy a patofiziológiai-farmakodinamikai érvek alapján alkalmasnak tartott gyógyszer off label használata. A szerző csokorba szed 12 gondolatot az ivabradin gyakorlati alkalmazása kapcsán. Azok egy része az ivabradin-béta blokkoló differenciálterápiás döntéshozatala során mérlegelendő szempont ill. olyan kórállapot, ahol „csak” érvek és azzal összhangban levő, off label klinikai tapasztalatok szólnak ivabradin választása mellett. Felmerül a lehetőség, hogy az ivabradin által nyújtott lehetőségek terén jelenleg még csak a jéghegy csúcsát látjuk.

20. ZAVART BETEG A BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLYON

Székely-Gruik Brigitta¹, Badár Petra¹

¹Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Belgyógyászat, Szentes

Belgyógyászati osztályokon és egyéb szociális intézményekben fekvő betegek-nél több betegség következtében alakulhat ki zavartság, pl: lázas állapot, delirium, O₂ hiány, dementia, ill. egyéb mentális betegségek, exicosis, stroke, hypoglicaemia, sepsis. A zavart tudatú beteg közvetlen veszélyt jelent saját magára és a környezetében lévőkre egyaránt: balesetek, ebből adódó traumás sérülések, sebek, vérzések, pszichés nehézségek.

Osztályunk 2017-es dokumentációját áttekintve meglepően magas aránnyal szembesültünk a kényszerintézkedések számát illetően.

Az egészségügyi törvény határozza meg a beteg rögzítésének feltételeit, azonban a jogszabályi előírások gyakran nem illeszkednek a gyakorlatban kialakult helyzetekkel, így ilyenkor különösen nehéz a megfelelő lépésről dönten.

Mivel a betegek zavartsága sokszor ügyleti időben alakul ki, ezért a legnehezebb helyzetben a nővérek vannak. A hozzátartozó, betegjogi képviselő és gyakran a szakorvos sincs jelen amikor a döntést meg kell hozni a kényszerintézkedésről.

Emellett a nővéreket a hozzátartozóktól ért támadások jelentős részét a kényszerintézkedések megléte vagy - hiánya vagy minősége jelenti.

Előadásunk célja, hogy saját példáinkon át rávilágítsunk a jogi szabályozás és a gyakorlat közötti hiányosságokra, valamint, hogy mit tehet egy nővér ezekben a helyzetekben.

21. CSAK EGY „KIS” HASMENÉS? TAPASZTALATAINK CLOSTRIDIUM DIFFICILE FERTŐZÉSEK KAPCSÁN

K. Tóthné Ujj Magdolna¹, Dr. Nagy László¹

¹Csongrád Megyei Dr Bugyi István Kórház Belgyógyászati osztály, Szentes

Bevezetés: Az ezredforduló óta ugrásszerűen megemelkedett világszerte és hazánkban is a clostridium difficile fertőzések száma. A nosocomiális infekciók rangsorában az első helyre került megbetegedést a clostridium difficile (toxintermelő) okozza, mely megbetegedés az egyik legnagyobb terhet jelenti az intézmények és a betegek számára is. A kórházi ellátás során jellemzően kézkontaktussal vagy fertőzött széklettel terjed, ezért kiemelkedő fontosságú a megelőzés. A preventioegyttöblépcsős csapatmunka, a személyzet valamennyi tagjának aktív részvételével valósulhat meg.

Módszerek: Az utóbbi években intézményünkben, osztályunkon is megemelkedett a CDI (clostridium difficile) megbetegedések száma- az országos tendenciát nem meghaladó mértékben. 2017-ben 40 esetben igazolódott a fertőzés, melyek nagy része az év utolsó három hónapjában fordult elő. A halmozott előfordulás késztetett minket arra az elhatározásra, hogy meghatározzuk a kórházi ápolás során előforduló „gyenge” pontokat. Újraértékeljük munkánkat, minden lépcsőt áttekintettünk.

Értékelés: A CDI visszaszorítása érdekében kiemelkedő jelentőségű, elsősélegfontosabb feladataz egészségügyi dolgozók folyamatos újraoktatása, tájékoztatása. Intézkedési terv ugyan már készült a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében, de a helyi viszonyok, infrastruktúra intézményenként más és más, a szakmai ajánlás egy ideálisan kialakított és működtethető egészségügyi rendszert feltételez. A fertőzés nem csak intézményi keretek között jelenik meg, alapellátás során is veszélyt jelent, melyet egy érdekes esetünkkel szemléltetünk.

22. VESEELÉGTELENSÉG EGY KICSIT MÁSKÉPP..

Dr. Simon Edina¹, Dr. Bánfi Nikolett^{1,2}, Dr. Berkesi Erika^{1,2}, Dr. Juhász Magdolna^{1,2}, Dr. Tóth Eszter^{1,2}, Dr. Szűcs Zoltán³, Dr. Farkas Éva⁴

¹BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Nefrológia

²B. Braun Avitum 5. sz. Dialízis Központ, Békéscsaba

³BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Sebészet

⁴BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Radiológia

Bevezetés: A mai modern orvostudományak köszönhetően a sokszínű diagnosztikai paletta lehetőségei számtalan esetben segítik, esetleg félre is vezethetik a klinikusokat a pontos diagnózis mielőbbi megállapításában. Egy fiatal férfi betegünk esetének bemutatásával szeretnénk felhívni a figyelmet a gyógyszerek és egyéb orvosi beavatkozások okozta iatrogéniákra.

Hogyan lesz egy sürgősségi esetből infektológiai, ezt követően sebészeti, majd nephrológiai kázus? A válasz összetett, kezdetben a beteg hanyagsága, majd a kiterjesztett komplex képalkotó vizsgálatok okozta, valamint a gyógyszerek indukálta esetleges szövödmények játszottak ebben első sorban szerepet.

Esetünkben az acutan kialakult veseelégtelenség az azonnal elindított hemodialízis kezelés, majd a konzervatív antiuraemiás terápia után megszűnt. Bár a beteg veseelégtelensége megszűnt (EPI-GFR: >90 ml/perc), nefrológiai utánkövetése során megállapítottuk, hogy erőfeszítéseink ellenére sajnos a vesebetegség krónikussá vált.

Esetünk konklúziói, eredmények: A korai diagnózis felállítása és az adekvát terápia mielőbbi elkezdése jelentősen befolyásolja a kórlefolyást és csökkenti a súlyos veseelégtelenség kialakulásának kockázatát.

Az acut veseelégtelenség esetén a GFR numerikusan becsült értéke nem értelmezhető entitás.

A különböző eredetű iatrogen, acut vesekárosodások gyakorisága növekvő tendenciát mutat. Ezek megelőzésében alapvető fontossága van annak, hogy átgondoljuk a potenciálisan szövödményeket okozó diagnosztikus vizsgálatok és gyógyszerek indikálását, ismerjük a lehetséges következményeket és azok kivédési lehetőségeit.

23. A BETEGSÉG KÖZTÜNK SZUNNYAD - MIT TEHETÜNK ELLENE?

Dr. Halász Tímea¹, Dr. Juhász Magdolna¹, Dr. Berkesi Erika¹, Dr. Tóth Eszter¹

¹Békés Megyei Központi Kórház, Dr. Réthy Pál Tagkórház Békéscsaba, Nefrológia

Előadásomban egy esetbemutató kapcsán szeretném felhívni figyelmet egy olyan kórképre, amely itt szunnyad köztünk, de talán még most is ritkán gondolunk rá.

Fiatal férfi betegünk kórtörténete semmilyen módon nem nevezhető átlagosnak. Enyhe mentális retardációval született 32 évvel ezelőtt. Már 18 éves korában diagnosztizálták hypertóniáját, melyet korábbi lakóhelyén kivizsgáltak, essentialis eredetűnek vélelmezték és ekkortól már kezelték. Testsúlya életének egyik szakaszában sem volt átlagos, de az utóbbi időben extrém mértékben megnőtt, BMI értéke 58,3 kg/m². Kóros mértékű elhízása, állandó vérnyomás ingadozásai, mentális problémái mellett rendszeresen dohányzik.

Fulladásos panaszai miatt sürgősséggel került osztályunkra felvételre. Az SBO-n elkezdett, majd kórházi kezelése alatt elvégzett vizsgálatokkal kis-, és nagyvérköri szívelégtelenséget, meglepően jó laborvizsgálati eredményeket, magas vérnyomás értékeket észleltünk. ABPM vizsgálattal rosszul kontrollált, non-dipper hypertóniát diagnosztizáltunk.

Végül kiemeljük, hogy átlagosnak közel sem volt nevezhető betegünk aspektusa, nappali és éjszakai „viselkedése” sem.

Esetünk inspirált bennünket arra, hogy osztályunkon egy obszervációs vizsgálatot indítsunk el, melynek vizsgálati tervéről az esetbemutató végén szeretnénk beszámolni.

24. GÓCOS MÁJBETEGSÉGEK

Dr. Martyin Tibor¹

¹Békés Megyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Infektológiai (Hepatológia és Immunológia) osztály, Gyula

A gócos májbetegségek olyan körülhatárolt elváltozások a májban, amelyek szerkezetileg különböznek a máj állományától. Az utóbbi években a fokális májlaesiók felismerésének lehetősége jelentős mértékben javult, elsősorban a képalkotó radiológiai diagnosztikai módszerek fejlődésének köszönhetően. Ezek az elváltozások lehetnek nem daganatos (cysták, fertőzések) és daganatos jellegűek. A daganatok alapvető csoportosítása nem változott: benignus és malignus eltéréseket különítünk el. A májban észlelt rosszindulatú tumrok gyakrabban áttéti daganatok, mint primerek. A laboratóriumi vizsgálatok eredményei legtöbbször nem mutatnak eltérést, mivel a gócos májelváltozások a májműködést nem befolyásolják, ugyanakkor egyes tumormarkereknek szerepe lehet a májdaganatok diagnosztikájában és a betegkövetésben. A gócos májelváltozások egy része klinikai jelentőség nélküli, jóindulatú eltérés, amely azonban differenciáldiagnosztikai szempontból nehézséget okozhat. Más eltérések pontosabb leírása az elkülönítő kórisme felállítása, illetve a kezelés megtervezése szempontjából fontos. A diagnózis felállításában jelentős szerepe van a képalkotó vizsgálatok mellett a célzott májbiopsiának. A máj gócos elváltozásainak jelentős része nem igényel kezelést. A kuratív vagy palliatív terápiát igénylő gócos májbetegségek legtöbbször komplex, multidiszciplináris megközelítést igényelnek; sebészeti, intervenciósi radiológiai és gastroenterológiai, valamint onkológiai beavatkozások egyaránt szóba jöhetnek. A terápiás döntést számos tényező együttes értékelése határozza meg. Az időben és jól megválasztott kezelési forma létfontosságú lehet, hogy aztán a legjobb, személyre szabott terápiában részesülhessen a beteg, az állapotának és a betegség stádiumának megfelelően.

25. KLINIKAI TAPASZTALATOK NALTREXON+BUPROPION KEZELÉSEL ELHÍZÁSBAN KÉT ESET KAPCSÁN

Dr. Csajbók Éva¹

¹Szegedi Tudományegyetem 1. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Bevezetés: Magyarországon nemrégiben került bevezetésre elhízás kezelésére a naltrexon és bupropion fix kombinációja (naltrexon 8mg/bupropion 90 mg, NB). Jól megválasztott betegcsoportban hatékony segítség lehet mind az elhízás, mind társbetegségeinek kezelésében.

Kitűzött célok: 2 olyan beteg esetében ismertetném a NB kezelés hatékonyságát, akik a bariátriai sebészi beavatkozást nem vállalták. Az első betegünk egy 26 éves súlyosan obes nőbeteg, aki meddőség miatt került asszisztált reprodukciós intézetbe. Másik esetünk egy 52 éves férfi extrém obezitással, 2-es típusú diabéteszsel (T2DM), hipogonadizmussal és hipertenzióval

Eredmények: Fiatal nőbetegünknel a meddőség okán tervezett hysteroscopiát magas éhomi vércukor (15 mmol/l) miatt kontraindikálták. Testmagassága 172 cm, testsúlya 134 kg volt (testtömeg-index, BMI: 45 kg/m²). Részletes endokrinológiai kivizsgálása policisztás ovarium szindrómát (PCOS) igazolt, T2DM, hipertóniával (HbA1c:10,7%, 3. ciklusnapon: FSH: 3,4 IU/l, LH: 12,5 IU/l, tesztoszteron: 3,4 nmol/l DEAS: 19,4 nmol, transvaginalis ultrahang: mindkét oldali petefészkekben „számos” apró folliculus). Tekintettel a súlyos obezitásra és frissen felfedezett T2DM-re, az életmódi vezetés mellé NB és metformin kezelés indult. A napi 3x1000 mg metformin, 2x2 tbl. NB kezelés megkezdése után 6 héttel testsúlya 9 kg-t csökkent. A kezelés 3. hónapjának végére HbA1c szintje 9,2%-ra csökkent, de éhomi vércukrai magasan maradtak (3 napi átlag 12 mmol/l), ezért degludec+liraglutide (DL) adásával egészítettük ki kezelését. A 6. hónapra testsúlya 18 kg-t (BMI: 39 kg/m²), HbA1c 7,8%-ra csökkent. DL dózisát tovább emelve a 8. hónapra HbA1c:7,2 lett, testsúlya összesen 25 kg-t csökkent (BMI: 37 kg/m²). Második esetünk egy 55 éves férfi, akit urológus kollega küldött, a tesztoszteron-undecanoate kezelés ellenére sem javuló erektilis diszfunkció miatt. Ambulanciánkra kerülésekor a beteg antidiabetikus kezelése napi 3x1000 mg metformin, napi 1 mg glimepiride, napi 25 mg empagliflozin, napi 1,8 mg liraglutide, illetve tesztoszteron-undecanoate 250 mg (1.6.18. héten i.m. adva). Testsúlya ekkor 148 kg (tm.: 178 cm, BMI:47,7 kg/m²), éhomi vércukra: 9,4 mmol/, HbA1c: 8,9%, szérum tesztoszteron: 8,6 nmol/l volt. NB kezelést indítottunk, antidiabetikus terápiáját módosítottuk, életmódi reedukációt végeztünk. Napi 2x1000/12,5 mg metformin+empagliflozin, napi 0,6 mg liraglutid és 2x2 tbl. NB mellett a kezelés 4. hónapjára testsúlya 127 kg (BMI: 39 kg/m²), HbA1c 7,6%, tesztoszteron 9,5 nmol/l lett, életminősége jelentősen javult.

Értékelés: A naltrexon+bupropion (NB) fix kombinációs kezelés nagy segítség a súlyos obezitás kezelésére illetve a társbetegségek jobb kontrolljának elérésére (szénhidrátanyagcsere-, fizikális terhelhetőség-, endokrin funkciók javulása, vérnyomás csökkenése, stb.).

26. ESİK? NEM ESİK? – A BETEGBIZTONSÁG AKTUÁLIS KÉRDÉSEI OSZTÁLYUNKON

Bajiné Major Tímea¹, Pikóné Olej Mária², Dr. Tóth Eszter¹

¹BMKK, Dr. Réthy Pál Tagkórház Békéscsaba, Nefrológiai Osztály

²BMKK, Dr. Réthy Pál Tagkórház, Minőségbiztosítási Osztály

Az idős embereknek és a kórházban ápolott betegeknek leggyakoribb balesete az elesés. Mivel az esés következtében kialakult egészségkárosodás döntően befolyásolhatja az egyén életminőségét, a gyógyulás kimenetelét, növelheti az ápolás idejét, és az ellátás költségét. A WHO és egyéb szervezetek az esés megelőzését ezért a betegbiztonság egyik fontos elemeként határozták meg 2005-ben.

A BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórháza elsők között csatlakozott az Egészségügyi Menedzserképző és Kórházzövetség felkéréséhez, mely a NEM Várt Események jelentő rendszerét (NEVES) dolgozta ki Magyarország vonatkozásában. A NEVES jelentő rendszer alkalmazása a kórházakban hozzájárul, hogy feltárják a nem várt események, így a betegesések kiváltó okait és ajánlásokat dolgozzanak ki ezek elkerülésére. 2006-ban a pilot munkacsoport próbafázisában négy témát választott: decubitus kialakulása, betegesések, elmaradt, tervezett műtétek és az újraélesztés. Mára már 21 témában dolgoztak ki jelentőlapot. 2008. december 4-én rendezték meg az első értékelő Betegbiztonsági Fórumot, melynek kiemelt témája a beteg esések jelentősége és a megelőzés lehetőségeinek kialakítása volt.

Előadásomban az itt rögzített alapelvek mentén, a betegek esési kockázatának csökkentése céljából, a NEVES jelentőrendszer adatbázisának felhasználásával vizsgáltam az osztályunkon előfordult esetek okait és próbáltam feltárni a megelőzés lehetőségeit. A prezentációmban hangsúlyt adok az aktuális jogi háttérnek, betegjogoknak a betegek biztonságos ellátásának érdekében. Osztályunkon az eddig dokumentált, több mint 50 jelentőlap és az országos jelentések összehasonlító elemzése alapján igyekeztem megtalálni az esések megelőzésének leghatékonyabb módját.

27. AKUT KORONÁRIA SZINDROMÁS BETEG ELLÁTÁSA SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓ OSZTÁLYON (SZAKÁPOLÓI SZEMMEL)

Sinkó Edit¹, Márton Hajnal¹

¹Csongrád Megyei Dr. Bugyí István Kórház, Szentes Sürgősségi Betegellátó Osztály

Bevezetés: Előadásunk szeretné bemutatni az akut koronária szindrómás beteg ellátását, sürgősségi betegellátó osztályon. a prehospitális ellátást követően, az intézmények közötti transzportig, illetve az intézetben belüli transzportig. A triage ápoló és a sürgősségi ápoló feledatainak segítségével szeretnénk ezt a betegutat szemléltetni.

Kitűzött célok: A sürgősségi betegellátó osztályon a triage bevezetésével lehetőséget szeretnénk biztosítani arra, hogy az akut koronária szindrómás betegek ellátása során minél rövidebb időablakkal kerüljenek a területileg illetékes centrumba.

Módszerek: Betegforgalmi adatok feldolgozása. Áttekintettük, hogy 2014 óta hány beteg járt az osztályunkon akut koronária szindrómával, közülük hány beteg került osztályunkról percutan coronaria intervencióra, illetve hányan kerültek kórházunk belgyógyászati osztályára további kezelés céljából. Vizsgáltuk a betegek összetételét (kor, nem tekintetében).

Eredmények: Az általunk vizsgált időszakban a sürgősségi betegellátó osztályunkon emelkedő tendenciát mutatott az időablakon belüli percután koronária intervencióra kerülő betegek száma.

Értékelés: Az általunk kapott eredményeket összehasonlítottuk a vizsgált időszak országos adataival.

28. FATÁLIS PERIKARDIÁLIS FLUIDUM

Dr. Kapus József¹, Dr. Nagy László¹

¹Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Belgyógyászati osztály, Szentés

Bevezetés: Vírusfertőzések utáni heveny perikarditisz nem ritka klinikai entitás. A kezelés sikerességét a korai diagnózis segíti. Perikardiális tamponád kialakulására akut vírusos perikarditisz esetén kevésbé kell számítani, azonban a kifejezetten jó prognózis ellenére, irodalmi adatok szerint, a fluidum akár az esetek 30%-ban visszatérhet. Ezekben az esetekben azonban egyéb etiológiára is gondolni kell.

Esetismertetés: 38 éves fiatal nő betegünknél felső légúti vírusos megbetegedést követő fulladás miatt indult kivizsgálás. A mellkas rtg során észlelt kardiomegália vetette fel perikardiális fluidum gyanúját, melyet az echocardiographia megerősített. A jelentős mennyiségű folyadék és tamponade jelek miatt végül perikardium fenestráció történt. Hasi és mellkas CT valamint szív MRI vizsgálat egyéb okot nem írt le. További gondozása során végzett sorozatos szívvultrahang vizsgálatok perzisztáló perikardiális folyadékot írtak le, majd három és fél hónappal később a jobb pitvarban trombuszt észleltek, K-vitamin antagónista terápia indult.

Ismételten jelentkező panaszok miatt kezdeményezte vizsgálatát rendelésünkön. Kórkörös 3 cm-es perikardiális folyadékot észleltünk, a szívet a jobb pitvar szabad falánál észlelt terime a külső szívburokhoz rögzítette, a látott kép neopláziára utalt. TEE vizsgálat során 7 cm alapú 3-4 cm-es karfiolszerű szövetplaszt észleltünk.

Betegünk a Szegedi Tudományegyetem Kardiológiai központjába került, további kivizsgálása angioszarkómát igazolt. Bár PET CT vizsgálat regionális nyirokcsomó metasztázison kívül egyéb áttétet nem írt le, a beteg a kombinált sebészeti és onkológiai kezelés ellenére néhány hónapon belül elhunyt.

Következtetés: Az angioszarkóma a leggyakoribb primer rosszindulatú szívdaaganat. Előfordulása ritka, az okozott panaszok és tünetek nem specifikusak. A diagnózis a legtöbb esetben elkésett, a prognózis kimondottan rossz. Nem áll rendelkezésre bizonyítékokon alapuló ajánlás kezelésükkel kapcsolatban. Esetismertetésünk üzenete, az előbbieket mellett, az az örökérvényű belgyógyászati szemlélet, mely szerint bármennyire is megalapozottnak tűnik is a diagnózisunk kezdetben, amennyiben a klinikum azt nem követi, át kell gondolnunk kezdeti felvetésünk helyességét. A csapatmunka ebből a szempontból is kiemelt jelentőségű mindennapi munkánk során.

29. SINUS TACHYCARDIA – A LEGJOBB BARÁT

Dr. Kapus József¹, Dr. Nagy László¹

Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Belgyógyászati Osztály, Szentés

Bevezetés: A sinus tachycardia és az emiatt észlelt palpitáció az egyik leggyakoribb panasz és tünet, mellyel a betegek szakirányú rendeléseken jelentkeznek. Kardiológiai magánrendeléseken is leggyakoribb a „sinus tachycardia betegség”. A legtöbb esetben szekunder tachycardiával találkozunk, valamely provokáló tényező hatására alakul ki. Elsődleges célunk a társuló betegségek felismerése és kezelése, nem pedig a tüneti terápiaként sokszor alkalmazott béta blokkoló. Fontos szem előtt tartanunk, hogy a sinus tachycardia, mint reflex mechanizmus a cardiac output emelésére jön létre fiziológias, patofiziológias vagy farmakológias stimulusokra.

Esetismertetés: Középkorú nőbetegünk kardiológiai magánrendelésen jelentkezett évek óta tartó szapora szív működéssel, alacsonyabb vérnyomással. Ismétlődő tüdőgyulladások óta terhelhetősége is jelentősen csökkent. Mellkas CT vizsgálatot terveztek, azonban a beteg kardiológiai vizsgálatát kezdeményezte. EKG vizsgálat során is detektált sinus tachycardia háttérében álló betegséget az elvégzett echocardiographia igazolta, bal szívfél telődési zavart detektáltunk. Műtéti beavatkozás után a beteg panaszmentesen gyógyult.

Következtetés: Esetünkben a sinus tachycardia mint kompenzáló reflex mechanizmus a perctérfogat fenntartásával évekig biztosította a beteg relatív panaszmentességét, jól reprezentálja a végleteket, melyet a szív – szervezet még korigálni képes. Ezen eset is felhívja a figyelmet a mindennapi munka során olykor észlelt „sinus tachycardia sztereotípiá” veszélyére.

30. K-VITAMIN ANTAGONISTÁK – MIT TEHETNÉNK MÉG?

Dr. Erdei Norbert¹, Dr. Nagy László¹

¹Dr. Bugyi István Kórház, Belgyógyászati Osztály, Szentes

Bevezetés: A direktantikoagulánsok (DOAC) megjelenésével a tromboembóliás szövődmények megelőzésében új utak nyíltak meg, egyes vélemények szerint az évtizedekig alkalmazott K vitamin antagonisták szerepe egyre inkább megkérdőjeleződik. Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni, hogy a K vitamin antagonisták hatékonyságát (önmagukban és a DOAC terápiával szemben), valamint mellékhatásprofilukat döntően befolyásolja a terápiás tartományban töltött idő (TTR). A betegágy melletti labor diagnosztika fejlődésével elérhető váltak a gyors, pontos INR mérések.

Kitűzött célok: Tekintettel arra, hogy az ágy melletti INR készülékek megbízhatóságáról kevés tanulmány született, jelen felmérésünk célja az volt, hogy összehasonlítsuk a klasszikus laboros INR meghatározást, az ágy melletti INR gyorseszt (POC INR) eredményeivel.

Módszerek: 2015 december és 2016 január között 100 beteget vontunk be a tanulmányba, ezeknek 50%-a warfarint, 50%-a acenocoumarolt szedett. Az ágy melletti INR meghatározáshoz szükséges ujjbegyből való vérvételt azonnal követte a vénás vérvétel citrátos vérvételi csőbe. A kapott eredményeket a „Minitab” 14.0 statisztikai software-rel értékeltük.

Eredmények: Eredményeink alapján elmondható, hogy a két mérési módszert statisztikailag összehasonlítva megegyező eredményt mutatott, az észlelt eltérések elfogadható mértékűek voltak. Ugyanakkor megjegyzendő, hogy INR mérési hibahatárok továbbra sincsenek egységesen meghatározva, az irodalomban INR értéktől függetlenül a 0,5 hibahatár elfogadottnak minősül. Nem szabad elfeledkeznünk arról, hogy laboros mérés során az értékelés citrátos mintából történik, míg POC INR mérésnél az ebből adódó esetlegeshibákkal nem kell számolni. A POC módszer jelentősen megkönnyíti az INR ellenőrzés menetét, javíthatja a compliance-t, elősegítheti a mérési gyakoriságot, de egyben egy kézzel fogható lehetőséget is ad az adherenciakontrollja szempontjából. A leggyakrabban a Rosendaal módszer alapján számított TTR is jelentősen javítható. Vajon jól ítéltük a hagyományos OAC terápia értékét?

31. MALIGNUS TUMOROK KÜLÖNLEGES LOKALIZÁCIÓJÚ METASTASISAI

Dr. Varga Antónia¹, Dr. Dávid Diána¹, Dr. Fodor István¹, Dr. Hudák János¹

¹Orosházi Kórház Belgyógyászat, Orosháza

A daganatsejtek tovasodródásának és megtelepedésének, azaz a metastasis képződésnek lehetséges mechanizmusai többé-kevésbé tisztázottak. A tumorsejtek többsége lymphogen úton jut a nyirokáram útjába eső első, un. „satellita” nyirokcsomókba, majd később a távolabbi nyirokcsomókba is. A ductus thoracicuson vagy a lymphvenosus anastomosisokon át a keringésbe jutva azonban egészen szabálytalan helyekre is sodródhatnak. Hematogén áttét helye a primer tumor lokalizációjától, a venosus erek lefutásától függ. A legtöbb daganat a vena cava-n keresztül a tüdőbe, hasi tumorok a portalis keringés révén a májba, kismencedeai tumorok a gerincoszlop menti Batson plexuson keresztül az agyba és a csigolyatestekbe. metastatizál. Hasonlóan tisztázott a pericarcinómás áttétek per continuitatem kialakulása és a tumorsejtek (zömmel iatrogen) cavitalis implantációja. is. A szerzők két, lényegében a különleges lokalizációjú metastasist adó esetüket mutatják be. Egyik esetben gyomorfekély szövettani vizsgálata igazolta tüdőtumor fenállását, a másik esetben Vater papillában igazolódott vesetumor áttétje.

32. RENÁLIS DENERVÁCIÓ - MÉG MINDIG CSAK EGY LEHETŐSÉG

Dr. Schulcz Domonkos¹, Prof. Dr. Ábrahám György¹, Dr. Légrády Péter¹

¹SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Nephrologia és Hypertonia Centrum, Szeged

Továbbra is keresi a helyét a terápia rezisztens hypertensio (RHT) kezelésének vertikumában a percután transluminális rádiófrekvenciás renális denerváció. Az ígéretes minimálisan invazív módszer eredményeit első ízben 2009-ben közzölték. Kezdetben több multicentrikus tanulmány (e. g. a HTN-1 és HTN-2; utóbbi már randomizált kontrollált vizsgálat) igazolta a procedúra hatásosságát, azonban a 2014-ben publikált Symplcity HTN-3 vizsgálat nem hozta a remélt és eddig tapasztalt jó eredményeket. Az RDN csoportban a sham kontrollhoz (megtörtént a renális angiográfia, de RDN nem) képest nem csökkent szignifikáns mértékben a szisztolés vérnyomás. Ennek azonban az utólagos elemzések alapján nem maga az RDN hatástalansága volt az oka, hanem számos tervezési és kivitelezési hiba kísérte végig a vizsgálatot. A biztonságossági végpontokat teljesítette a vizsgálat, azaz itt is bebizonyosodott, hogy maga az RDN technikailag egy biztonságos módszer. A HTN-3 vizsgálat eredményei némileg visszavetették a denervációval szemben korábban megfogalmazott várakozásokat. Számos előadás látott napvilágot „Renal denervation: hope or hype?” tartalommal. A reményt újraélesztették a 2015 elején megjelent DENERHTN vizsgálat eredményei, ahol a beválasztástól az RDN előtti és utáni valamint a kontroll csoportban végrehajtott terápiás módosításokat is szorosan, előre tervezetten kontrollálták. A denervált csoportban szignifikánsan csökkent a vérnyomás a kontroll betegekhez képest. Jogos a kérdés, hogy ezek után mit várhatunk a renális denervációtól a jövőben? A hatékonyságot technikailag javíthatja, hogy a denerváló katéterek generációváltásának vagyunk tanúi. A korábban alkalmazott Simplicity Flex katétereket – melyek egy időben 1 ponton voltak képesek ablatiót végezni – felváltják a Simplicity Spirál jellegű katéterek, melyek egyszerre legalább 4 ponton tudják kezelni az érintett érszakaszt. A további második generációs katéterek előnye a katéterek kisebb vagy több méretű átmérője, mely lehetőséget biztosít a distálisabb érszakaszokban történő beavatkozásra is. Továbbra is igen hangsúlyos a megfelelő betegkiválasztás, melyet az SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinikáján végzett saját vizsgálatunk is megerősített. Ugyanakkor még mindig nyitott kérdés, hogy a megfelelően kiválasztott betegeknél elvégzett renális denerváció lehet-e alternatívája a kombinált farmakoterápiának? Bizonyosak lehetünk benne, hogy a következő időszak vizsgálatai megbízhatóan meg fogják válaszolni e fontos kérdést.

33. FEKVŐ BETEGEKNÉL KIALAKULÓ TÜDŐGYULLADÁS GYAKORISÁGA, MEGELŐZÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

Giláné Gyömbér Marianna¹

¹Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Belgyógyászat, Szentes

Bevezetés: Belgyógyászati osztályon dolgozó szaknővérként nap mint nap ápolunk súlyos állapotú, több betegségtől szenvedő idős embert. Idősebb korban a szervezet működése lelassul, a tüdő vérellátása, átszellőzése romlik, így nagyobb az esélye a kórokozók elszaporodásának. Sok átmenetileg, vagy tartósan ágyhoz kötött beteg kerül kórházba tüdőgyulladással. Emellett kiemelendő, hogy a tüdőgyulladás, mint szövődmény a leggyakoribb a kórházban szerzett fertőzések között. Kórházban szerzett tüdőgyulladásról akkor beszélünk, ha a beteg több napos bennfekvés után egy kórházi törzzsel fertőződik meg.

Kitűzött célok: Vizsgálatom során választ keresek arra, milyen lehetőségeink vannak e szövődmény kivédésére, hiszen ezek a kórokozók ellenállóak az antibiotikumok többségével szemben, rendkívüli módon megviselik az egyébként is legyengült szervezetet, gyakran fatális kimenetelt vetítve előre.

Módszerek: Felmérésem során osztályunk egy éves beteganyagát áttekintve vizsgáltam az állapotuk, illetve betegségük miatt tartósan fekvő betegek körében előforduló, klinikailag igazolt tüdőgyulladás előfordulásának arányát, kimenetelük súlyosságát.

Eredmények: Megállapításra kerül, hogy az orvos-nővér kapcsolat, illetve a társszakmák együttműködése (szakápoló, gyógytornász, dietetikus) hogyan segítheti a beteg állapotának javulását.

34. AZ ANAFILAXIÁS REAKCIÓ FELISMERÉSE ÉS KEZELÉSE

Patakiné Márkus Ágnes¹, Dr. Bodó Kinga¹

¹Városi Kórház Orosháza KAITO

Bevezetés: Előadásom, ahogy a cím is sugallja, az anafilaxiás reakció körüli ismereteket foglalja össze.

Kitűzött célok: Kialakulása egyre gyakoribb kórkép. Sokszor észrevétlen marad, vagy egyéb betegségnek gondolják. A szervezet minél többször találkozik a kiváltó ágenssel, annál súlyosabb reakciók jönnek létre, amelyek nem egyszer életveszélyesek. Nagyon fontosnak tartom, hogy az egészségügyben dolgozók pontosan ismerjék e betegség fogalmát, patofiziológiáját, felismerését, kezelését. Tudják a kezelésben alkalmazott gyógyszerek hatásait, dózísát, beadási módját. Mivel az időfaktor nagyon rövid lehet adott helyzetben, azonnal tudni kell, mit és hogyan kell cselekedni, hogy ne végződjön tragédiával némely eset. Az előadásban kitérek a szakdolgozói feladatokra, melyek sokszor sorsdöntő jelentőségűek lehetnek. Összefoglalva, remélem hasznos tudnivalókkal szolgálhatok ebben a témakörben minden érintett dolgozónak, akinek munkája során szüksége lehet e tudásra.

35. SZÍVELÉGTELENSÉG KEZELÉSE-EGY KICSIT MÁSKÉPPEN

Dr. Berkesi Erika^{1,2}, Hankó Ágnes², Tóthné Betkó Zsuzsanna², Seres Zsuzsanna³, Tóth Eszter^{1,2}

¹BMKK-Dr. Réthy Pál Tagkórház Nefrológiai Osztály

²B.Braun Avitum 5. sz. Dialízis Központ, Békéscsaba

³Dr. László Elek Kórház, Orosháza

A már kialakult súlyos szívelégtelenség kezelése mindennapjainkban holisztikus szemléletet,

multi-diszciplináris látásmódot igényel. A betegség előrehaladtával több szerv, szervrendszer működése válik fokozatosan elégtelenné. A betegek egy jelentős részénél veseérintettség, a már jól ismert kardiorenális szindróma lép fel, melynek tartós és sikeres kezeléséhez nephrológus bevonása is szükségessé válhat.

A végstádiumú, krónikus veseelégtelen betegek kezelésében igazolt és a tapasztalati tények alapján bizonyított peritoneális (PD) vesepótló kezelés a kedvező hemodinamikai és kardiális hatások miatt a súlyos szívelégtelenségben szenvedők terápiájában is egyre jobban teret nyer.

A nemzetközi irodalomban közölt eredmények, valamint a hazai tapasztalatok szerint a PD kezelés indítását követően a betegek kardiális funkciói, erőnléte és nem utolsósorban életminőségük jelentősen javul, a szívelégtelenség miatti hospitalizációs igényük csökken. Sokuk esetében igazán látványos javulást érünk el.

Előadásunkban egy esetbemutatáson keresztül szeretnénk bemutatni ennek a kezelésnek jótékony hatásait.

36. GONDOLATOK AZ INZULINREZISZTENCIÁRÓL

Dr. Naszódy Péter¹

¹Kecskeméti Megyei Kórház, Endokrinológiai Szakrendelés, Kecskemét

Bevezetés: Az inzulinrezisztencia (bizonyos szövetek csökkent válaszkészsége inzulinra) ma már jól ismert orvosi kifejezés. Az absztrakt megírásának pillanatában a PMC-n 203514 cikk érhető el ezzel a kulcsszóval. Ennek ellenére az orvostudomány még mindig nem tekinti önálló betegségnek.

A továbblépéshez elengedhetetlen egy diagnosztikus rendszer kidolgozása, a tünettan megismerése és a kezelési lehetőségek kutatása.

A szerző irodalmi adatok és saját tapasztalatok felhasználásával próbálja bemutatni az inzulinrezisztenciát mint önálló betegséget.

Mindenek előtt fontos annak ismerete, hogy az inzulinra való érzékenység/érzékletlenség szervenként (máj, zsír és izomszövet) változhat, ezen szervek szerepe a CH anyagcserében eltérő, ezért nem lehetséges csupán egyetlen mérési ponttal teljes képet kapnunk az egész szervezetben jelen lévő inzulinrezisztenciáról.

Tünetek: Elhízás, kóros soványság, reaktív hypoglycaemia vagy erre utaló tünetek, fokozott CH éhség, étkezést követő fáradtság, hyperandrogén tünetek, kóros petefészek működés, hosszabb menstruációs ciklus, meddőség, vetélési és koraszülési kockázat, placentáris keringészavar, terhességi toxaemia, kofaktorok jelenléte esetén PCO-s jellegű peteérés gátlás, here hypofunkció, migrén, zsírmáj, acanthosis nigricans

Diagnosztika: OGTT 75 g cukorral, 0 és 120 perces cukor és inzulin meghatározással. Amennyiben reaktív hypoglycaemia gyanúja nem igazolódik, akkor 40-60 vagy 180 perces mintavétel is javasolt. Az első inzulinválasz megítélésére a 8 perces értékek használhatóak, de ennek a klinikumban kisebb a jelentősége.

Kezelés: A gyorsan felszívódó CH-ok kerülése, kis adagokra bontott CH bevitel, túlsúly esetén 120 g, egyebekben 160-180 g legyen a napi CH bevitel maximuma, mozgás hetente legalább 3x30 perc, szükség esetén inzulin érzékenyítő készítmények használata (metformin, DPP4 gátlók, GLP analógok/agonisták, glitazonok, inozitol, Diazulin, Metanax, stb.) A kezelés előtt és után (1-3 hónap múlva) OGTT javasolt a kezelés hatékonyságának megítélésére. Fontos, hogy egyszerre csak egy készítmény próbáljunk ki, mert különben nem ítéltető meg, hogy egyes kezelés mennyire volt hatékony. Az inzulinérzékenyítő készítmények az esetek nagy részében nem javítják, sőt gyakran rontják a beteg inzulinrezisztenciáját. A hatásuk dóziszfüggő, gyakran a kisebb dózis a hatékonyabb és a hatás szervenként változhat.

37. OK VAGY OKOZAT? NEHÉZSÉGEK AZ EPIGASZTRIÁLIS FÁJDALOM DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Dr. Dani Győző¹, Dr. Litvai Emőke¹, Dr. Köpe Andrea¹

¹Orosházi Kórház

Bevezetés: Bár az epigasztriális fájdalom differenciáldiagnosztikájában az újabb laboratóriumi módszerek és képalkotó vizsgálatok jelentősen könnyítettek, azonban számos esetben még mindig nehézségekbe ütközik a felhasi kórképek pontos tisztázása. Esetünk kapcsán szeretnénk részletesebben megvilágítani ezt a problémát.

Eredmények: Esetismertetés: 74 éves nőbetegünk kórelőzményében hipertónia, 2-es típusú cukorbetegség, két alkalommal magas frekvenciájú pitvarfibrilláció miatt elektromos kardioverzió szerepel, illetve coronarographia is történt, mely szignifikáns szűkületet nem mutatott. Felvételére felhasi fájdalom, étvágytalanság, nagyfokú gyengeség miatti elesés miatt került sor. Fizikális vizsgálat során szapora, aritmias szív működést, a pulmo felett jobb oldalon gyengült légzést, jobb bordaív alatti nyomásérzékenységet találtunk. Mellkasröntgen jobb oldali pneumoniát igazolt, emellett hasi ultrahang vizsgálat epeköveséget talált. Mérsékelt emelkedett kardiális nekroenzim értékek miatt invazív kardiológusnak referálták a beteget, urgens szívkatéterezést nem tartottak indokoltnak. Kardiológia Őrzőbe került felvételre. Állapota romlott, lázassá vált, gyulladáshozos paraméterek romlottak, hasi fájdalmai fokozódtak. Egy alkalommal véres székletet ürített. Natív hasi röntgen eltérést nem mutatott. Zavarttá, majd somnolenssé vált, felvételét követő harmadik napon elhunyt. Kórboncolás során nagykiterjedésű iszkémiás bélelhalás igazolódott.

Értékelés: Az akut mezenterialis iszkémia felismerése továbbra is nehéz, a nem specifikus tünetek gyakran tévútra visznek. Az emelkedett troponinérték hátterében nem mindig akut koronária szindróma áll.

38. ANAPHYLAXIA! SEGÍTSÉG!

Gajdács Dorottya¹

¹Városi Kórház Orosháza, KAITO

Hazánkban a kórházi körülmények között bekövetkező anafilaxiás reakciók pontos száma nem ismert, mivel nem bejelentés köteles betegség. Az európai becült adatok azt mutatják, hogy 10000 lakosonként 1-3 eset fordul elő, de feltételezhető, hogy a valós előfordulás ennél nagyobb. Az anafilaxia tünetei nem mindig egyértelműek és valószínűleg rengeteg olyan szakdolgozó van, aki az egész egészségügyi, szakmai pályafutása alatt nem találkozik ezzel a betegséggel, de az ellátását illetően azonnali, pontos beavatkozásra van szükség ahhoz, hogy a fatális végkimenetelt megelőzzük. Dolgozatomban annak vizsgálatát tűztem ki célul, hogy a Békés-megyei kórházi egészségügyi szakdolgozók tudása mennyire naprakész a betegség megelőzésében, tüneteinek korai felismerésében és a kialakult betegség azonnali, pontos kezelésében. A kutatást Békés megye kórházaiban dolgozó, egészségügyi szakdolgozók körében végeztem. Kutatási módszerként a kérdőíves kikérdezést és azok elemzését választottam. A kutatás eredményeképpen elmondható, hogy a Békés-megyei kórházakban dolgozó egészségügyi szakdolgozóknak vannak hiányosságai az anafilaxia tüneteinek felismerésében, kezelésében és a betegség megelőzésében főleg azoknál, akik nem hallottak a tudásukat frissítő szakmai előadást a témával kapcsolatban. Dolgozatomban javaslatot tettem arra, hogy az ötévenkénti kötelező szakmai képzési periódusokban a szakdolgozók frissíthessék a témával kapcsolatos tudásukat, mint ahogy az az újraélesztés esetében is történik, valamint a kórházi osztályok egyéni jellemzőit figyelembe vevő protokollok kidolgozására és annak meghatározott időnkénti elméleti és gyakorlati felidézésére, frissítésére az osztályon dolgozók körében.

39. A MEZENTERIÁLIS PANNIKULITISZRŐL ESETÜNK KAPCSÁN

Dr. Horváth József¹, Dr. Gurzó Mihály¹

¹Bács-Kiskun Megyei Kórház II. sz. Belgyógyászat, Kecskemét

A mesenterialis pannikulitisz a mesentérium ismeretlen eredetű, primér gyulladáshoz vezető megbetegedése. Ritka klinikai entitás, becsült prevalenciája 0,6%-os. Megjelenése általában műtéti beavatkozásokhoz, autoimmun betegségekhez vagy malignitáshoz köthető. Tünettana az atípusos fájdalomtól az ileuszig terjedhet. Diagnózisa a radiomorfológián és a szövettanon alapul. Kezelését szövödményeinek jelenléte alapján lehet tervezni. Konszenzus, szakmai ajánlás nem áll rendelkezésre. Kimenetele széles skálán mozog a tünetmentestől a fulminánsig.

A szerzők egy 49 éves nőbeteg esetét mutatják be. A beteg 2003-ban laparoszkópos kolecisztektómián esett át, myomája okozta metrorrhagia miatt nőgyógyászati kontroll alatt áll, krónikus belszervi betegsége nem ismert. Kórházi felvételére a fél éve tartó, szűrő, bordaív alatti és alhasi fájdalmak miatt került sor. A hozott hasi CT-én a peripankreatikus zsírszövet infiltrációja, diszkrét adenomegalia és a duodenum falának megvastagodása ábrázolódott. A képalkotó vizsgálat kontrollja a mezenterium érintettségét támogatta. A tumorkutatás során (tumor markerek, pánendoszkópia, endoszkópos ultrahang, mellkas röntgen, hasi CT vizsgálat) térfoglalás nem igazolódott, az autoimmun panel eredménye negatív volt. A kórkép tisztázása érdekében endoscopos hasi explorációt történt. Ez ép anatómiai viszonyokat igazolt. Szövettani vizsgálatra mintavétel történt.

A szerzők az irodalmi adatok áttekintésével elemzik az egyes diagnosztikai beavatkozások értékét a kórkép diagnózisában, gondozásában. Álláspontjuk szerint esetükben a mesenterialis pannikulitisz egy olyan formája jelent meg, mely hasi műtétjének késői következménye, lefolyása pedig benignus volt.

40. ESETBEMUTATÁS: CROHN - COLITIS DIFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI NEHÉZSÉGEI

Dr. Netye Zoltán¹, Dr. Gurzó Zoltán², Dr. Novák János¹, Vágó Angéla Babett¹,
Dr. Crai Stefan¹,

¹Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház, I. Gastroenterologia, Gyula

²Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház, Endoscopos Labor

Bevezetés: Crohn-Colitis differenciáldiagnosztikája nehézkes, az esetek kb. 10%-nak elkülönítése nem lehetséges, ekkor intermedier colitisről beszélünk. A differenciáldiagnosztika kihívásait egy esetünk kapcsán szeretnénk bemutatni.

Esetbemutató: Egy 42 éves nő beteg esetét mutatjuk be, akinél 1994-ben Colitis ulcerosát diagnosztizáltunk kórházunkban. Hasi panaszok, fogyás, gyakori hig székletürítések miatt történt colonoscopia. Az endoszkópos kép és a hisztológia is CU -ra utalt. Későbbiekben a beteget éveken át klinikai centrumban kezelték. Mivel a szokásos terápiára nem megfelelően reagált, véres székletei nem voltak, tünetegyüttese a M.Crohn gyanúját vetette fel. Ismételt vizsgálatokra került sor, colonoscopia és biopsia mégsem támasztották alá a feltételezést, ezért továbbra is CU-ként kezelték. Hosszú éveken át a beteg klinikai tünetei nem progrediáltak, de pancolitise miatt a totál colectomiát felajánlották. 15 évvel a diagnózis felállítását követően kontroll colonoscopia során már szűkületet is leírtak. Ekkor totál colectomiát ismételten megjavasolták, de a beteg ettől teljes mértékben elzárkozott és a továbbiakban gondozásra már nem járt. 2016-ban a sebészeti osztályra került, hasi fájdalom, láz miatt, ekkora a CT vizsgálat sigmatáji abscessust mutatott. Gastroenterológiai szakvizsgálatát kérték, retrospectíven átnézve a beteg dokumentációját, illetve a beteg vizsgálata alapján M. Crohnt véleményeztünk. A rectum megtartása mellett, a szűkült bélszakasz eltávolítását javasoltuk. A betegnél ascendo-rectostoma műtétet végeztek. Azóta is jól van.

Konklúzió: IBD esetén javasolt a klinikai lefolyás, endoscopos kép, hisztológia alapján az iniciais diagnózist időnként akár többször is újra átgondolni. Esetünkben totál colectomia elvégzésével a beteg életminősége jelentősen romlott volna.

41. A SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÓK ELŐÍTÉLETE A SZUICID HAJLAMÚ SZEMÉLYEKEL SZEMBEN

Jagicza Dóra¹

¹BKMK SZTE ÁOK Oktató Kórháza, Kalocsai Szent Kereszt Kórház telephely

Bevezetés: A sürgősségi betegellátók részéről tanúsított attitűd, amellyel a szuicid hajlamú személyekhez viszonyulnak, rendkívül meghatározó tényezővé válhat, és befolyásolhatja a beteg öngyilkossági szándékát. A céloom az volt, hogy feltérképezsem és összehasonlítsam a mentődolgozók valamint a sürgősségi osztályon dolgozók attitűdjét a szuicid hajlamú személlyel szemben.

Kitűzött célok: Célkitűzésem volt annak feltárása, hogy van-e kapcsolat a sürgősségi betegellátók életkora, munkatapasztalata, neme, beosztása és az ön-destruktív magatartású személlyel szembeni attitűd között.

Módszerek: A vizsgálat típusa egy leíró, összehasonlító, kvantitatív jellegű, keresztmetszeti kutatás. Az adatfelmérés Szekszárd Mentőállomásán és a Tolna Megyei Balassa János Kórház Sürgősségi Betegellátó Osztályán történt, 2015. július 28 - augusztus 17. között. Kutatásom alapja egy saját szerkesztésű, valamint adaptált ellenszenv skála és szuicídiumot véleményező kérdőív volt, melynek kitöltése anonim és önkéntes módon zajlott. Az adatok feldolgozása MS Excel 2007 és SPSS 20.0 statisztikai programok használatával készült, leíró statisztika, Khi-négyzet próba, független mintás t-próba és ANOVA alkalmazásával.

Eredmények: 109 kérdőív feldolgozása alapján elmondható, hogy a férfiak az ellenszenv skálán elért átlagpontszám szerint, és egyes kijelentések véleményezése alapján elutasítóbbak a szuicid hajlamú személlyel szemben, mint a mintámban szereplő nők ($p=0,030$). Korreláció analízis alkalmazásával statisztikailag igazolható összefüggést nem találtam az életkor, a munkatapasztalat és az attitűd között. A mentődolgozók ellenszenv skálán elért átlagpontszám szerint (33,69 vs. 31,92) negatívabb attitűdöt tanúsítanak, mint a sürgősségi osztályon dolgozók ($p=0,028$). A magasabb beosztásban lévő dolgozók (orvos és mentőtiszt) elfogadóbban viszonyulnak az öngyilkossági kísérletet elkövető személyekhez, mint az alacsonyabb beosztásban (gépkocsivezető és betegkísérő) lévők ($p=0,046$).

Értékelés: A sürgősségi betegellátók attitűdjének formálásához különböző képzések és oktatási lehetőségek szervezése szükséges. Ezek eredményeként egy kevésbé ítélkező, és sokkal inkább megértő személyzet valósulna meg, amely pozitív változást eredményezne az öngyilkossággal összefüggő tabu és stigma megszüntetésében.

42. GYÓGYSZER MELLÉKHATÁS?

Dr. Zatykó Máté¹, Dr. Varga Zita¹, Dr. Gurzó Mihály¹

¹Bács-Kiskun Megyei Kórház II. sz. Belgyógyászat, Kecskemét

A szerzők egy 40 éves beteg esetét ismertetik. A beteg korábbi betegségei között vírus-fertőzéshez társuló thrombocytopenia, ectopias dermatitis szerepel. Kezdeti panaszai infectiora utaltak, antibiotikumokat kapott. Hat nappal később bőre besárgult. A fertőző osztályon a fertőzés lehetőségét kizárták, gastroenterológiai osztályra irányították. A hasi UH felvetette a porta thrombosis lehetőségét. Ezt a hasi CT eredménye nem erősítette meg, kislökű hepatosplenomegaliát írt le. A tumormarkerek, az autoimmun és a kiterjesztett vírus szerológiai vizsgálatok döntően negatív eredményt hoztak. A diagnózis pontosítása érdekében UH-vezérelt máj biopszia történt. Javuló állapotban bocsátották otthonában. Nyolc nappal később került felvételre a haematológiára súlyos thrombocytopenia, alacsony fehérvérsejt szám és diszkrét anaemia miatt. Csökkent terhelhetőségről, éjszakai izzadásról, száraz köhögésről számol be. Láztalan. A kórkép tisztázása érdekében Csontvelő biopszia történt.

A folyamatban lévő vizsgálatok eredményei közül a vírusszerológia felvetette a parvovirus-infectio lehetőségét. A májbiopszia krónikus portális hepatitisre utaló elváltozásokat írt le, pericentralis májnecrosis jeleivel. A necrosis eredetere vonatkozóan toxikus ágens, gyógyszer szerepe merült fel. A csontvelő szövettani feldolgozása megakaryocytá hyperplasiát, hypoplasiás erythro-és myelopoiesist írt le serosus atrophíával, diszkrét, atypusos cytotoxicus T-sejt populációval. A perifériás vér flow cytometria vizsgálata 5 % T sejtet detektált megtartott CD4/CD8 aránnyal. A mintában polyclonalis T-sejt receptor géntrendeződés volt kimutatható, clonalis B vagy T sejt populáció nem volt azonosítható. Az alkalmazott nagy dózisú parenteralis steroid kezelés mellett panaszmentessé vált, vérképe kifejezetten javult, icterusa megszűnt, májenzim értékei jelentős javulást mutattak. Átmeneti javulást követően száraz köhögése, éjszakai izzadása, láza, rossz közérzete visszatért haematológiai paraméterei romlottak. A PET CT a májban soliter, a csontokban, a szívben, a jejunumban multiplex FDG-avid folyamatot igazolt. Ismételt jamshidi biopsziára került sor. A diagnózist a szövettani vizsgálatok összehasonlító elemzése állította fel. Az alkalmazott kezelés ellenére a beteg állapotja romlott, sepsis tünetei között exitált.

43. MELANOMA MALIGNUMRÓL ESETÜNK KAPCSÁN

Dr. Bodócsi Réka¹, Dr. Boskó Mónika¹, Dr. Nagy András^{1,2}

¹Bács-Kiskun Megyei Kórház I. Belgyógyászat-Kardiológia Osztály, Kecskemét

²Neumann János Egyetem Pedagógusképző Kar, Kecskemét

62 éves nőbeteg kórelőzményéből mozgásszervi panaszok miatti reumatológiai gondozás, COPD, hypothyreosis emelendők ki. 2017 novemberében fül-orr-gégész a páciens bal oldali orrjáratából szövetpluszt távolított el, mely orrfolyást, visszatérő orrvérzéseket okozott. Kórszövettan melanoma malignumot (MM) igazolt. Epigastriális fájdalom miatt hospitalizáltuk, panaszait tisztázandó képalkotó vizsgálatokat (hasi UH+MRTG) végeztettünk, melyek érdemi eltérést nem ábrázoltak. Gyomortükrözés gastritis igazolt. Observationk során alkalmazott PPI terapia hatására gyomorszáj környéki fájdalmai megszűntek. Otthonában további szelektív protonpumpa - gátló kezelés folytatását javasoltuk. Emissziót követő napon spontán jelentkezett osztályunkon intenzív hátfájás miatt a páciens. Urgens natív és kontrasztos mellkas CT és angiographia történt, mely tüdőembóliára utaló kontrasztkiesést nem ábrázolt. A metszeteken több régiót érintő lymphadenomegalia mutatkozott, mely a később elvégzett hasi és kismedencei CT felvételen is ábrázolásra került. Részletes tumor kutatást indítottunk (mammographia, pm aspiratio, stb.). E nyirokcsomó megnagyobbodásokat MM lymphogen áttéteinek véltük, mely gyanút később kórszövet-tani lelet is alátámasztott. Teljestest csontszcintigrafia többgócú metastasist igazolt. Vizsgálati eredmények birtokában terveztük a további therápiát. Az esetbemutatásom során kevésbé specifikus tünetek körjelző jelentőségére szerettem volna felhívni a figyelmet. Jelen esetben az orrfolyás, időszakos orrvérzés hátterében MM igazolódott. A beteg szünni nem akaró hát-, epigastriális fájdalmát disszeminált lymphadenomegalia okozta helyi kompresszió, illetve csontmetastasis következményének tartottuk.

44. STEMI ELLÁTÁSA MULTIMODÁLIS KÉPALKOTÁS SEGÍTSÉGÉVEL

Dr. Ruzsa János¹, Dr. Dani Győző², Dr. Jambrik Zoltán^{1,3}

¹BMKK Pándy Kálmán Tagkórház, Invazív Kardiológiai Részleg Gyula

²Orosházi Kórház, Non-Invazív Mátrix Kardiológia, Orosháza

³Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Budapest

Az akut coronariaszindróma (ACS) közvetlen életveszélyt jelentő, megfelelő ellátás nélkül magas halálozással járó népbetegség. A kezelés alapja a megfelelő időablakon belül elvégzett (jellemzően katéteres) revascularizáció. Az esetek nagy részében az angiographia alkalmas az infarctust okozó ér identifikálására, azonban bizonyos (ritka) anatómiai helyzetekben használhatósága erősen korlátozott. Előadásunkban olyan esetet ismertetünk, mely során a myocardialis infarctust elszenvedett beteg ellátása alatt az invazív képalkotás (coronaria angiographia) mellett non-invazív metódust (coronaria CT) is alkalmaztunk. A két modalitás együttes alkalmazása a diagnosztikai fázisban lehetővé tette az infarctust okozó ér eredésének meghatározását. Ezt követően sikeres katéteres revascularizációt végeztünk. Összefoglalás: esetünk tanúsága szerint megállapíthatjuk, hogy az intervenció kardiológiai ellátás során a non-invazív metódusok (pl. coronaria CT) jelentős információ hozzáadásával segíthetik a beavatkozás sikerességét akár még akut coronaria syndroma esetében is.

45. HOGYAN SEGÍTSEK HOGY NE ÁRTSAK?

Dr. Valenczi Regina¹, Dr. Zolyomi Szilárd¹

¹BKMK SZTE ÁOK Oktatókórháza, Kalocsai Szent Kereszt Kórház, Belgyógyászati Osztály

Egy 77 éves férfi beteg terhelésre jelentkező mellkasi panasz miatt érkezett a sürgősségi ambulanciára. Fizikális vizsgálat során észlelt emésztőrendszeri vérzés miatt végzett eszközös gastroenterológiai vizsgálatok vérzésforrást nem igazoltak. Hasi ultrahang és kontrasztos hasi CT vizsgálatokkal megállapított disszeminált lymphogen és osteogen metastasisok miatt kért urológiai vizsgálat során primer malignomát valószínűsítettek, melynek lehetőségét a magas PSA szint is támogatta. Továbbra is fennálló, tisztázatlan eredetű emésztőrendszeri vérzés miatt kapszulaendoszkópiás vizsgálatra került sor, mely a jejunumvérzés forrásaként béldaganat lehetőségét vagy -a CT leletet figyelembe véve- külső folyamat progresszióját vetette fel. Angiographia során a fenti bélszakaszt ellátó artériák szelektív embolizációja a vérzést megszüntette. A vérszegénység mellett terhelésre, majd nyugalmi állapotban is fellépő mellkasi fájdalom és a szívultrahang vizsgálat során több koszorúér ellátási területének megfelelően leírt hypokinetikus falmozgások miatt coronarographia is történt, mely a LAD ág kritikus stenosisát igazolta, azonban stent implantációt a thrombocytopenia és a szükségessé váló TAG terápia miatt nem végeztek. Ínyvérzés, pancytopenia, retroperitonealis lymphadenomegalia miatt kért haematológiai, illetve onkológiai vizsgálat csontvelő- és nyirokcsomó-biopsziát javasolt vérképzőszervi betegség gyanúja miatt. CT vizsgálat során vena cava inferior részleges thrombosisa igazolódott, mely előny-kockázat gondos mérlegelése alapján a TAGG terápia, anaemia és thrombocytopenia ellenére LMWH terápia elindítását tette szükségessé, cava filter behelyezésére nem nyílt lehetőség. Thrombocyta szuszpenzió transzfúzióját követően végzett transrectalis, ultrahang vezérelt szövettani mintavétel prostata adenocarcinomát igazolt, melynek kezelését elindították. Az ezt követő hónapok során a beteg több alkalommal is jelentkezett mellkasi panasz miatt, melyhez necroenzim emelkedés vagy ekg elváltozás nem társult, mindannyiszor szekunder módon, recidiváló anaemiához társuló coronaria keringési zavart találtunk, mely vérkép rendezését követően megszűnt, stent implantációra nem szorult. LMWH és TAG terápia együttes fenntartása mellett foglaltunk állást, thrombocytopenia miatt csökkentett dózisban. Előrehaladott, disszeminált malignus betegség és kardiális dekompenzáció miatti időszakos osztályos felvételek ellenére példás családi háttér mellett a rendkívül összetett kórkép ellenére csak ritkán, transzfúziók kapcsán szorult kórházi kezelésre, a diagnózist követően közel nyolc hónapot kielégítő életminőségben családi környezetben töltötte csendes exitusig.

46. MELLKASI FOLYADÉK EREDETE

Dr. Valenczi Regina¹, Dr. Zolyomi Szilárd¹

¹BKMK SZTE ÁOK Oktatókórháza, Kalocsai Szent Kereszt Kórház, Belgyógyászati Osztály

65 éves férfi beteg kivizsgálása terhelésre fokozódó légszomj miatt indult. Bal oldali mellkasi folyadék miatt ismételten végzett mellkaspunkciók során lebecsátott nagyobb mennyiségű serosus, majd serosanguinolens, később véresen festenyzett váladékból vett mikrobiológiai, citológiai és laboratóriumi vizsgálatok infekciós és malignus betegséget nem igazoltak. Bronchoszkópia során nem észleltek tumoros elváltozást. A bal alsólebenyhörgő területén végzett lavage citológiai, bakteriológiai és Koch-vizsgálata sem mutatott pozitívítást. Videoasszisztált thorakoszkópia során pleurából szövettani mintát nyertek, majd pleurodesist végeztek. Hisztológiai vizsgálat malignitást nem igazolt. Tumorkeresés részeként végzett hasi ultrahang vizsgálattal térfoglaló elváltozás nem került látótérbe. Ezt követően a beteg 1 éven keresztül rendszeres tüdőgyógyászati gondozás alatt állt, az ellenőrző mellkasröntgen vizsgálatok a pleurodesisnek megfelelő állapottól eltekintve más kóros pulmonológiai folyamatot, pleuralis folyadékszaporulatot nem írtak le. Ismételt tüdőgyógyászati osztályos felvételre került sor nehézlégzés, hörgőgyulladás, kétoldali mellkasi folyadékszaporulat és ascites miatt. Kombinált diuretizáló, szteroid és antibiotikus terápia mellett dyspnoes és infekciós tünetei javultak. Mellkasi és hasi CT vizsgálat a tüdőparenchymákban térfoglalásra utaló elváltozást nem igazolt, novumként 18-30 mm széles pericardiális folyadék és hepatosplenomegalia vált láthatóvá. Szívultrahang vizsgálat a kéthegeű és a háromhegeű billentyű II-III. fokú elégtelenségét, illetve a jobb oldali szívfél kompresszióját okozó pericardiális folyadékot mutatott ki, mely miatt pericardiocentesisre került sor. A leszívott véres váladék citológiai és bakteriológiai vizsgálata, illetve az ismételt hasi ultrahang, a felső és alsó endoszkópos gasztroenterológiai vizsgálatok malignus betegséget vagy infekciós eredetet nem igazoltak. Autoimmun laboratóriumi vizsgálatok polyserositis iránydiagnózisát nem támasztották alá, a TBC kizárásra került. Szív MRI vizsgálat alapján constrictiv pericarditist véleményeztek, ezért szívsebészeti referálását tervezték, azonban erre a beteg állapotromlása (pangásos szívelégtelenség, negativisztikus magatartás, táplálkozási képzetlenség) miatt nem került sor. Exitust követően kórbonctani vizsgálat igazolta az alapbetegségét.

47. SÚLYOS KINIKAI TÜNETEKSEL JÁRÓ AUTOIMMUN HAEMOLYTICUS ANAEMIA SIKERES KEZELÉSE KIS DÓZISÚ ANTI CD20 (RITUXIMAB) ÉS NAGY DÓZISÚ STEROID KEZELÉSEL

Dr. Tóth Eszter Margit¹, Dr. Jakucs János¹, Dr. Dudás Mihály¹, Dr. Varga Márta²

¹Békés Megyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház Gyula I.sz. Belgyógyászat, Hematológia

²Réthy Pál Tagkórház, Belgyógyászat, Gastroenterológia, Békécsaba

Az autoimmun haemolyticus anaemia (AIHA) viszonylag ritkán előforduló betegség, melyet a saját vörösvérsejtek ellen képződött autoantitestek okoznak. Ezek hátterében csak az esetek mintegy felében sikerül valamilyen kiváltó alapbetegséget igazolni (lymphoma, autoimmun betegség, solid tumorok, infectio, bizonyos gyógyszerek). A többi esetben primer-idiopathiás AIHA-ról van szó. A betegség súlyos formáinál a vvt-k élettartamának olyan mértékű meg rövidülése jön létre, melyet a csontvelői vérképzés már képtelen kompenzálni. Az alkalmazott nagy dózisú immunszuppresszív kezelések ellenére még ma is fordulnak elő fatális kimenetelű esetek az uralhatatlan anaemia, a következményes hypoxia és vese laesio, illetve az alkalmazott gyógyszerek mellékhatásaként fellépő infekciók miatt. A betegség kezelésében elsődlegesen alkalmazott steroidra refrakter esetekben korábban második kezelésként végzett splenectomia napjainkban egyre inkább háttérbe szorul, ugyanakkor több közlemény számol be a viszonylag kevesebb toxicitással járó anti-CD20 (rituximab) alkalmazásáról.

Az előadásban egy 22 éves férfi beteg kórtörténetét ismertetjük, aki súlyos haemolyticus anaemia miatt került társkórházunk belgyógyászati osztályára. Az alkalmazott steroid kezelés és 5 E vértranszfúziója ellenére állapota nem javult, ezért átvételét kérték hematológiai osztályunkra. Felvételekor súlyos fokú hypoxiás tünetekkel járó gravis anaemiát észleltünk (hgb: 32,3 g/L). Az előzőleg alkalmazott kezeléssel befolyásolhatatlan haemolysis tünete miatt haladéktalanul nagy dózisú metylprednisolon (1000 mg/nap) mellett kis dózisú anti-CD20 (rituximab) terápiát indítottunk. A súlyos hypoxiás tünetek miatt átmenetileg még transzfúzió adására is szükség volt (7 E vvt. cc.). Néhány nap elteltével a hemoglobinszint emelkedését és a haemolyticus labor tünetek javulását észleltük. A későbbiekben a rituximab kezelést még három alkalommal megismételtük, majd elkezdtük a steroid fokozatos leépítését. Egy hónap elteltével a beteg immunszerológiai vizsgálata a kezdetben pozitív direct és indirect Coombs teszt negatívvá válását mutatta. Másodlagos okot az elvégzett vizsgálatok nem igazoltak. A beteg közel másfél év elteltével jelenleg is jól van, steroid kezelését sikerült teljesen leépítenünk.

Eredményeink alátámasztják azt a legújabb szemléletet, miszerint kisebb dózisú rituximab korai alkalmazásával gyors és tartós terápiás válasz érhető el, mely akár az autoantitest képződés teljes megszűnéséhez is elegendő lehet.

48. TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT FELMÉRÉS IDŐSEK OTTHONÁBAN

Havasi-Sántha Emese¹

¹BKMK SZTE ÁOK Oktatókórháza Kalocsai Szent Kereszt Kórház

Bevezetés: A malnutrició negatív hatással van az idősek egészségére és életminőségére, mégis jelen van a bentlakásos idősothonokban.

Kitűzött célok: Kutatásunk célja felmérni, a városom idősek otthonában élő lakók tápláltsági állapotát és étkezésüket befolyásoló tényezőket. Továbbá szeretnénk feltárni az idősek tápláltsági állapota, mentális státusza és betegségeik közötti összefüggéseket.

Módszerek: A kutatásunk típusa longitudinális, kvantitatív vizsgálat, melyet a kalocsai idősek otthonában végeztünk 2015. augusztus 4. és december 12. között. A nem véletlenszerű célirányos, szakértői mintaválasztás során célcsoportot az otthon 60 évnél idősebb lakói alkották (N=100). Az adatfelvétel sajátkészítésű kérdőívvel, dokumentum elemzéssel, antropometriai mérésekkel és standard kérdőívek (MUST, MNA-SF, MNA, SNAQ 65+, MMSE) használatával történt. A leíró statisztika mellett chi-négyzet próbát, egymintás t-próbát és ANOVA-t számoltunk SPSS 22.0 segítségével ($p < 0,05$).

Eredmények: A minta átlagéletkora 81,24 év ($SD = 8,758$) volt. A mintánál a malnutrició prevalenciája következő volt: MNA 3 =8%; MNA-SF 3 =11%; MUST 3 =13%; SNAQ 65+ 3 =14%. Az alanyok tápláltsági állapota MUST és MNA-SF szerint szignifikánsan romlott a felmérések között ($p < 0,05$). A demencia és az alultápláltság kockázata között jelentős összefüggés van az MNA pontjai alapján ($p = 0,018$). A tápláltsági állapotot a mintában a hypertonia ($p < 0,05$), gastrointestinalis ($p = 0,008$), pszichiátriai ($p = 0,037$), csont-izomrendszeri betegségek ($p = 0,008$), az étvágy ($p < 0,001$), nyelési ($p < 0,05$) és önellátási képesség befolyásolja ($p < 0,001$).

Értékelés: Az idősothonban a lakók közel negyedénél jelen van az alultápláltság. A mintában a demenciás betegek körében magasabb az alultápláltság és az alultápláltság rizikójának előfordulása, hasonlóan Malara és társai 2010-es kutatásához.

49. EGY RITKA KÓRKÉP AZ ELHÍZÁS HÁTTÉRÉBEN - ESETISMERTETÉS

Dr. Horváth Ágnes¹, Dr. Magony Sándor¹, Dr. Sepp Krisztián¹, Dr. Czékus Csilla¹, Dr. Valkusz Zsuzsanna¹

¹SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika, Endokrinológiai Osztály, Szeged

A fiatal férfi beteget eszméletvesztéssel, zavartsággal járó állapot miatt észlelték a neurológiai osztályon. Az akár napokon át fennálló konfúziós epizódok háttérében patológiás részegség lehetősége merült fel. Egyszeri alacsony vércukorszint mérés felvetette endokrinológiai betegség kóroki szerepét.

Az endokrin osztályos kivizsgálás során derült ki, hogy a rendszeresen fellépő tudatzavar mellett rövid idő alatt 15 kg testsúlygyarodás is jelentkezett. A klinikum és a laboreltérések (spontán hypoglycaemia, emelkedett inzulin szint) insulinoma diagnózisát támogatták. Az elváltozást egyik releváns képalkotó-modalitás (EUS, hasi CT és MR vizsgálat) sem tudta lokalizálni, így diazoxid kezelést kezdtünk.

Fél évvel később esedékes kontroll vizsgálatára súlya tovább gyarapodott, az emelt dózisu gyógyszeres kezelés mellett továbbra is hypoglycaemiás epizódok léptek fel. Ismételt kontrasztos hasi MR vizsgálat a pancreas processus uncinatusának területén 10 mm-es, insulinomának megfeleltethető térfoglalást igazolt. 2017. decemberében az elváltozást sebészeti úton eltávolították, azóta cukor- és hormonháztartása rendben van.

Esetismertetésünk kapcsán szeretnénk felhívni a figyelmet az elhízás háttérében álló olyan kórképekre, melyek bár ritkák, mielőbbi kórismézésük elengedhetetlen a szövődmények megelőzése érdekében.

50. D-DIMER: ÁTOK VAGY ÁLDÁS? ESETISMERTETÉS

Dr. Bod Bence Barnabás^{1,3}, Dr. Kapus Katalin²

¹SZTE-ÁOK-Idegsebészeti Klinika, Szeged

²Dr. Bugyi István Kórház-Belgyógyászati osztály, Szentes

³Dr. Bugyi István Kórház-SBO, Szentes

Bevezetés: Az elmúlt évek növekvőlabordiagnosztikai arsenáljának egyik újdonsága volt a D-dimer. A D- dimer az ún. fibrin degradációs proteinek közé tartozik, mely az intravascularisan keletkezővérrögök fibrinolysis általi bomlás-terméke. Nevét a bomlás során keletkezőkereszt kötött fibrinről kapta. A molekula igen értékes markere a mélyvénás thrombosisnak, illetve egyéb thromboticus állapotoknak. D-dimer, azonban egy sor egyéb állapotban is növekedett értéket mutat, így főként a mélyvénás thrombosis kizárására használható.

Kitűzött célok: Esetismertetésünkben egy olyan beteg esetét mutatjuk be, aki-nél a klinikai jelek alapján (Geneva score: 3, Wells score: 3) kis valószínűsége volt a PE lehetőségének, azonban a D-dimer megerősítette az alapvetően ott motoszkáló gyanút.

Eredmények: Előadásunk főkérdése az, hogy használjuk-e ezt a diagnosztikai eszközt vagy túl gyakran visz minket tévútra.

51. SZÉLMALOMHARC LENNE...? A CLOSTRIDIUM DIFFICILE FERTŐZÉS MEGELŐZÉSÉRŐL

Dr. Zsarkó Ildikó¹, Dr. Hajdú Edit²

¹SZTE II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológia Központ, Szeged

²SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

A kórházi fertőzés miatti hasmenések leggyakoribb kórokozója ma Európában és Magyarországon is a Clostridium difficile fertőzés (CDI). Incidenciája az elmúlt években jelentősen megnőtt, ahogyan a súlyos, vagy szövődményes esetek száma is növekvő tendenciát mutat. Megjelenése nemcsak az adott beteg állapotát súlyosbítja, de további költségeket ró a már így is túlterhelt egészségügyi büdzsére. Ezért is rendkívül fontos a megelőzése! A prevenció alapja az expozíció, valamint a normál bélflóra károsodásának elkerülése. Ennek egyik lépése a helytelen és mértéktelen antibiotikum és gyomorsav csökkentő gyógyszerek alkalmazásának racionalizálása. A gyakran alkalmazott probiotikumok védő hatása ez esetben kétséges és nem bizonyított. A gyanítottan és bizonyítottan CDI-s betegek ellátása során a megfelelő infectio kontroll alkalmazása szükséges. A beteg izolálása, az előírt kézhigiénés gyakorlat pontos betartása, a védőeszközök használata, a környezet és a textiliák fertőtlenítése, mind-mind fontos részlet a betegség terjedésének, az esetleges járvány kialakulásának megelőzésében. A szabályok és ajánlások pontos betartása mindannyiunk közös érdeke és kötelessége is, mert csak így lehetséges mérsékelni a fertőzés előfordulását.

52. VALÓ ÉLET VIZSGÁLATOK A DIABETOLÓGIÁBAN

Dr. Dudás Mihály¹

¹Békés Megyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Endokrinológia-Diabetológia, Gyula

Bevezetés: A korszerű orvoslás alapja olyan, a gyógyító tevékenységhez, illetve klinikai döntéshozatalhoz használt módszertan, amely a rendelkezésre álló legjobb tudományos bizonyítékok (eredmények) gyűjtése és kritikus elemzése alapján hoz döntéseket az egyes diagnosztikai, teprápiás technológiák (eljárások), illetve egyéb gyógyító-megelőző tevékenységek gyakorlati alkalmazásáról. Lényege az olyan, protokollszerű működés kialakítása, amelyben a protokollok megfelelő tudományos bizonyítékokkal (evidenciákkal) vannak alátámasztva. A felhasznált bizonyítékokat osztályozzák evidenciaszintek szerint. A bizonyítékok és az individuális tényezők együttes figyelembe vétele biztosítja, hogy betegek - a túlzott szubjektív szempontok helyett - a tudomány aktuális állása szerinti legmagasabb szintű orvosi ellátást kapják, figyelembe véve a rendelkezésre álló erőforrásokat.

Kitűzött célok: A hagyományos randomizált kontrollált vizsgálatokat (RCT) mesterségesen leszűkített betegcsoportokban végzik, eredményeik sokszor nem alkalmazhatók a való életben. A való élet vizsgálatok (RWE) során az egészségügyi ellátásról szóló információkat több forrásból nyerjük, a típusos klinikai vizsgálatok eredményein kívül az elektronikus adatbázisok biztosítási és számlázási adatait, termék- és betegség-nyilvántartási adatait, a páciensek személyes használatú készülékein és az egészségügyi berendezéseken át kapott adatokat felhasználva.

Módszerek: Az RCT vizsgálatok során a működhet-e, RWE vizsgálatok során a működik-e kérdések vetődnek fel. Az RCT vizsgálatoknak, szemben az RWE vizsgálatokkal, alacsony ill. közepes a külső validitása (homogén betegpopuláció) és magas a belső validitása (maga a beavatkozás jelenti a fő különbséget a két betegcsoport között).

Eredmények: Az inzulinnal végzett RWE vizsgálatok során (HAT, CREDIT, CEGEDIM, DELIVER-2, Alchieve, DISCOVER, DUNE, EU-TREAT) a hypoglikémia és a testsúly alakulását vizsgálták elsődlegesen. 2017-ben közöltek egy robosztus vizsgálatot (CVD-REAL) melyet SGLT2-gátlókkal (canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin) végeztek az USA-ban és 5 európai országban. A betegek átlagos életkora 57 év volt és a betegek 87%-ának nem volt kardiovaszkuláris előzménye és betegsége. A vizsgálat során az összhalálozás 51%-kal, a szívelégtelenség miatti hospitalizáció 39%-kal csökkent az SGLT2-gátlót szedők csoportjában, szemben az egyéb OAD-t szedők csoportjával.

Értékelés: Az RWE vizsgálatok eredményei jól kiegészítik az RCT vizsgálatokkal nyert eredményeket és nagy segítséget nyújtanak a döntéshozóknak mind szakmai, mind finanszírozási kérdésekben.

53. VÁRAKOZÁS A BETEGÁGYNÁL – NÉHÁNY SZÓ AZ NSTEMI-RŐL

Dr. Zsarkó Ildikó¹

¹SZTE II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológia Központ, Szeged

A heveny koszorúérbetegség egyik előfordulási formája az ST eleváció nélkül jelentkező miokardiális infarktus(NSTEMI). Az elmúlt évtizedben incidenciája növekvő tendenciát mutat. Változatos tünetekkel jelentkezhet: a teljes tünetmentességtől kezdve, a típusos mellkasi fájdalomtól, a kardiogén shock, vagy acut szívmegállás formájáig találkozhatunk vele. A diagnózis felállításához – az EKG mellett – ismételt necroenzim pozitivitás is szükséges. Osztályos felvételt követően az első lépések egyike a beteg monitorra helyezése legalább 24 órán át, illetve a beavatkozásig. Ezután elvégezzük a rizikóstratifikációt (pl.: GRACE score), mely során meghatározzuk, hogy korai, vagy halasztott invazív beavatkozásra van szükség. Az echocardiographiás vizsgálat is ezen időszakban készül el. Mindezzel párhuzamosan a páciens esetleges egyéb eltéréseinek rendezése is elkezdődik (pl.: anaemia korrekció, ionok, vesefunkció normalizálása, fennálló fertőzés azonosítása, kezelése). A szövödmények elkerülése érdekében fontos, hogy a beteg minél jobb általános állapotban kerüljön a katéteres műtőbe. Ennek előkészítése a kardiológiai belgyógyászati osztályok feladata, éppen úgy, mint a beavatkozás után a rehabilitáció első lépéseinek elindítása.

54. OSLER-KÓR KEZELÉSÉNEK KIHÍVÁSAI A NAPI GYAKORLATBAN

Dr. Ionescu Adrian¹, Dr. Nagy András^{1,2}

¹Bács-Kiskun Megyei Kórház, I. Belgyógyászat - Kardiológia Osztály, Kecskemét

²Neumann János Egyetem Pedagógusképző Kar, Kecskemét

Bevezetés: Osler-kórban szenvedő GI manifestációkkal rendelkező 72 éves nő-beteg kezelése 4 éve folyik osztályunkon.

Módszerek: A klinikum, a fizikális vizsgálat, ill. oesophago-gastro-duodenoscopia leletéből gyanítottuk az Osler-Weber-Rendu kór jelenlétét. A gyomorban és duodenumban angiodysplasiák igazolódtak szivárgó vérzés mellett. A vastagbél tractus tiszta volt. Capsula endoscopia a vékonybélben számos angiodysplasiát mutatott. Az első APC 2015 novemberében történt az SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika Endoszkópos Laboratóriumában. Átmenetileg stabil vérképet és széklet weber negativitást értünk el, majd relapsusok miatt a következő 2 évben rendszeresen APC, ill. haemostatus rendezés történt. Transzfuziológia: Kezelésünk alatt havonta 1-2 alkalommal 3 vagy több egység VVC transzfúzióban részesítettük. Keresett VVC-t, majd szűrt VVC-t alkalmaztunk. 2 és fél év után urticaria-szerű tünetek miatt (serologiai vizsgálatok a plasma fehérjék elleni reactiot igazoltak) szűrt mosott VVC-re váltottunk. A gyakran phlebitises, nehezen gyógyuló cubitalis ill. alkar vénái nehezítették a vérvételeket és transzfúziókat, ezért tartós vénabiztosításként port-catheter behelyezése történt. 2017. decemberében transzfúzió után magas lázat, emelkedő CRP-t. és PCT-t észleltünk. A port-catheter szerepe felmerült. Haemokultura alapján (periferiából vett minta negatív, port-catheterből vett mintából Acinetobacter jejunii tenyésztett ki) célzott antibioticumot alkalmaztunk. Egyértelmű egyéb góc nem igazolódott. A port-catheter eltávolításra került.

Eredmények: A kórkép gyógyszeres kezelése nem megoldott, több szerrel vannak biztató megfigyelések, azonban ezekből kezelési indikáció még nem született. Esetünkben a beteg ismétlődő anaemiáit rendszeres transzfúzió adásával, illetve endoszkopos APC alkalmazásával próbáljuk uralni.

55. PARANEOPLASIA ÉS OBESITAS

Dr. Gaál Anita¹, Dr. Bérci Zsuzsanna², Dr. Keszthelyi Péter³, Dr. Szepes Zoltán⁴
Prof. Dr. Tiszlavicz László⁵, Dr. Szepes Attila⁶, Dr. Sikorszki László⁷, Dr. Varga Márta¹

¹BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Gasztroenterológia, Békéscsaba

²BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Bőrgondozó, Békéscsaba

³BMKK Dr. Pándy Kálmán Tagkórház, Reumatológia, Gyula

⁴SZTE I. Belklinika, Gasztroenterológia, Szeged

⁵SZTE Patológiai Intézet, Szeged

⁶Bács-Kiskun Megyei Oktató Kórház, Gasztroenterológia, Kecskemét

⁷Bács-Kiskun Megyei Oktató Kórház, Sebészet, Kecskemét

Bevezetés: Már régóta megfigyelték, hogy túlsúlyos betegeknél a rákrizikó akár 2-2,5x magasabb, mint az átlag populációban jellemző, amire a kivizsgálás és kezelés során mindig érdemes gondolni. Mindez körülményesebb, ha a megbújó alapbetegség más kórképet utánoz.

Kitűzött célok: Egy 63 éves, magas kardiovasculáris rizikójú, patológiás obes, gyógyszeresen egyensúlyban tartott diabeteses, COPD-s nőbeteg, több társszakma érintésével történő kivizsgálása során nyert tapasztalatainkat mutatjuk be, és a felmerülő kérdésekre keressük a választ.

Módszerek: Először 2016. márciusban kezdeményezték a helyi Bőrgondozóból hospitalizációját fájdalmas, tenyerekre lokalizálódó erythema multiformenak gondolt tünetekkel. Majd obszervációja második napján több kéz- és lábujj ízületeiben, és a sarok mediális felszínén hirtelen, feszes erythemas duzzanat alakult ki, mely tünetek szinte valamennyi kisizületben hullámzó lefolyással megjelentek. A felmerülő paraneoplasticus folyamat gyanúja miatt kiterjesztett góc- és tumorkutatást kezdtek, ami későbbiekben érdemi kóros eltérést nem igazolt. Érsebészeti vizsgálattal mikrocirkulációs zavar kizárható volt. Autoimmun panel kryoglobulin pozitivitást mutatott. A bőrtünetek nem típusos jellege és fokozatosan progrediáló ízületi panaszai hátterében polymyalgia rheumatica diagnózist valószínűsítettek, Reumatológiai kezelés alatt szteroidos infúziók, majd bazis terápia Metoject heti 15 mg sc, folsav pótlás, fenntartó szteroid hatására tüneteiben, gyulladáshoz paramétereiben átmeneti javulást észleltek, ellenben a következő hónapokban a reumatológusok nem tudtak betegségében remissziót elérni. Fokozatos ütemű, jelentős fogyás, anaemizálódás, hullámzó súlyosságú, kifejezett mozgáskorlátozottsággal zajló ízületi- és izomfájdalmi miatt, biológiai terápia bevezetésével párhuzamosan, ismét kezdeményezték 2017. januárban gasztroenterológiai kontroll kivizsgálását. Egyedüli eltérésként a hasi UH, majd MR vizsgálattal is, a pancreas corpusában egy 13x11 mm-es benignus küllemű cystikus képlet mutatkozott, mivel Ca 19-9 értékét jelentősen megemelkedettnek találtunk, klinikai centrumban EUS, célzott FNA elvégzését kértük, ami intraductalis papillaris mucinosus neoplasia igazolt, majd műtétre delegáltuk a beteget.

Eredmények: Anesztézia szempontjából a tervezett beavatkozást magas kockázatúnak minősítették. Két hónap múlva kontroll EUS megerősítette a pancreas corpusában növekvő IPMN-t. Laparoscopus pancreas rezekciós műtétben járatos sebészeti centrumban megoperálták. Onkológiai team gyógyultnak minősítette, utókezelést nem igényelt. Pancreatogen diabetesét kezelik, jól van, gondozásra jár.

Értékelés: A tanulságos eset kapcsán keressük a választ, hogy milyen immunmechanizmusok és cytopatológiai faktorok játszhatnak szerepet a carcinogenezisben, a mimikri tünetek fenntartásában, és az egész antireumatikus gyógyszerpaletta hatástalanságának hátterében.

56. AZ ELHÍZÁS KOMPLEX KEZELÉSÉNEK HATÁSA RÖVID- ÉS KÖZÉPTÁVON

Dr. Wórum Endre¹, Dr. Gurzó Mihály², Dr. Ruzsa Zoltán³

¹Bács-Kiskun Megyei Kórház, Obezitológia Szakrendelés, Kecskemét

²Bács-Kiskun Megyei Kórház, II. Belgyógyászati Osztály, Kecskemét

³Bács-Kiskun Megyei Kórház, Invazív Kardiológia Osztály, Kecskemét

Napjainkra az elhízás világméretű járvánnyá nőtt. Az OECD legfrissebb felmérése alapján Magyarországon az elhízás prevalenciája 28,5%, amivel Európában az első, a világon a negyedik helyre kerültünk. Az elhízás és szövödményeinek kezelése egyre nagyobb terhet ró az egészségügyi ellátó rendszerre. Kezelésében a legnagyobb kihívás az elért célsúly hosszú távú megtartása, a jo-jó effektus elkerülése, amelynek elsődleges oka a kezelés tervezésénél az elhízásra való koncentráció, az igazi kiváltó ok, a túlevés helyett. Számos tanulmány igazolta a hatékony viselkedésterápiás elemeket tartalmazó életmódváltás nélkül programok esetén, hogy a leadott túlsúly hosszú távon nem tartható.

A Bács-Kiskun Megyei Kórház Obezitológia Szakrendelése 2016 novemberében kezdte meg működését. A komplex kezeléseket kezdetektől fogva obezitológus szakorvos, dietetikus és pszichiáter pszichoterapeuta közösen tervezi és viszi véghez. Az elmúlt több mint egy év adatainak feldolgozásával összehasonlítottuk a hagyományos hypokaloriás diéta, a gyógyszeres kezelés, és a napi teljes étrendet helyettesítő LCD (low calorie diet) eredményeit az elhízás rövid- és középtávú kezelésében. A különböző alcsoportokban megvizsgáltuk a viselkedésterápiás elemeket tartalmazó életmódváltó csoportfoglalkozások hatását a rövid és középtávú eredményekre.

A különböző diétás és gyógyszeres csoportok között jelentős különbség volt megfigyelhető a rövid távú eredményekben, ahol a napi teljes étrendet helyettesítő alacsony kalóriatartalmú diéta bizonyult a leghatékonyabb módszernek. Viselkedésterápiás elemeket tartalmazó életmódváltó csoportfoglalkozások nemcsak a közép-, de a rövidtávú eredményeket is sikeresen javították.

57. AZ ESZKÖZÖS TERÁPIA LEHETŐSÉGEI ÉS BUKTATÓI SZÍVELÉGTELENSÉGBEN EGY SZOKATLAN ESET KAPCSÁN

Dr. Gergely-Tóth Bálint¹, Dr. Ferencz Edit¹, Dr. Szepesvári Szabolcs¹, Dr. Nádaskay Márta¹, Dr. Sztanojev Miklós¹, Dr. Kócsy József¹, Dr. Ságghy László², Dr. Makai Attila², Dr. Ungi Imre³, Dr. Katona András³, Prof. Dr. Forster Tamás^{2,3}

¹Semmelweis Kórház Kardiológia, Kiskunhalas

²SZTE II. Belgyógyászati Klinika Elektrofiziológiai Részleg, Szeged

³SZTE II. Belgyógyászati Klinika Invazív Kardiológiai Részleg, Szeged

A szívelégtelenség kezelésében az utóbbi évtizedekben számos új lehetőséget kaptunk, a bizonyítékokon alapuló optimalizált gyógyszeres terápiától az eszközös kezelésig. Betegeink nagy része számos egyéb krónikus betegséggel is rendelkezik. A multidiszciplináris megközelítés elengedhetetlen morbiditás és mortalitás tényleges javításához. Figyelemmel kell lennünk a társbetegségekre és - megfelelő feltételek teljesülése esetén - a kardiális reszinkronizációs terápia alkalmazására is. Az esetismertetésben egy multimorbid, idős szívelégtelen betegünk esetén keresztül szeretném áttekinteni a több szempontú gondozás szempontjait, különös tekintettel a kardiális reszinkronizációs terápia lehetőségeire és korlátaira.

58. EZ CSAK EGY PNEUMONIA... (A KÖZÖSSÉGBEN SZERZETT TÜDŐGYULLADÁS ELLÁTÁSÁNAK KIHÍVÁSAI A KLINIKAI GYAKORLATBAN)

Dr. Irsai Ákos¹, Dr. Duray Gergő², Dr. Makfalvi Ildikó²

¹Városi Kórház, Orosháza

²Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Orosháza

A közösségben szerzett tüdőgyulladás a napjainkban észlelhető növekvő incidencia és mortalitás miatt még mindig jelentős terhelést és kihívást jelent a klinikai gyakorlat számára. Világszerte a 6. leggyakoribb halálok, az epidemiológiai elemzések alapján mortalitása ambulánsan kezelt betegek esetén 1-5% közötti, a kórházi kezelést igénylők körében 12, míg az intenzív terápiát igénylő betegek esetében 40%. A növekvő incidencia okaként az emelkedő átlagéletkort, a környezetszennyezést, valamint a tartósan immunszupprimált betegek növekvő arányát, míg a mortalitás emelkedésének okaként az antibiotikumokkal szembeni növekvő rezisztenciát azonosították az epidemiológiai elemzések. A kezelés sikerének záloga, a betegség korai azonosítása, a súlyosság meghatározása, a mikrobiológiai mintavételeket követő korai hatékony empirikus antibiotikum terápia, valamint a tüdőgyulladás súlyosságának megfelelően történő betegelhelyezés. A megfelelő diagnosztikus és terápiás döntéseket számos protokoll és könnyedén alkalmazható klinikai pontrendszer segíti, melyek alkalmazása csökkenti a diagnosztikus időt, segít az adekvát empirikus antibiotikum választást és a helyes betegelhelyezést.

Prezentációmban, klinikai aspektusból, esetismertetésekén keresztül kísérlek meg egy komplex összefoglalót nyújtani a protokollok, pontrendszerek mindennapi gyakorlatban nyújtott hasznáról, azok előnyeiről és hátrányairól, rávilágítva arra a tényre, hogy a konstruktív klinikai gondolkodást azok nem képesek helyettesíteni, kiváltani. Eljárásrendek, ajánlások alkalmazásával, konstruktív klinikai gondolkodás mentén, komplex, multimodális kezelést nyújtva is szembesülhetünk terápiás sikertelenséggel. Az ilyen esetek részletes elemzése számos esetben hasznosabb lehet, mint az aktuális protokollok ismertetése. Előadásomban esetismertetésekén keresztül foglalom össze mindazokat a kihívásokat, melyek a CAP (Community Acquired Pneumonia) intenzív terápiáját jellemzik.

59. MINDÖRÖKKÉ INZULIN?

Mácsainé Kovács Éva¹

¹Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Szentes

A 2-es típusú cukorbetegség terápiajában az inzulin bevezetése általában véglegesnek tűnt egészen az elmúlt évekig. Az új hatású és korszerűbbnek gondolt antidiabetikumok mellett egyre többször van lehetőség a korábban beállított inzulinok felfüggesztésére, amennyiben a páciens részéről elég erős az elhárítás az életmód terápia hosszú távú folytatására. Az ismertetett eset olyan páciens történetét mutatja be, aki a kezelésének 10 éve alatt közel 20 kg-ot hízott a legkorszerűbb inzulin kezelési rendszer ellenére. SGLT-2 gátló gyógyszer és GLP-1 receptor agonista injekció alkalmazásával fél év alatt korábbi magas HbA_{1c} értéke 2%-kal csökkent, testsúlya pedig 12 kg-ot.

A bemutatott eset jelzi, hogy különbséget szükséges tenni az átmeneti és végleges inzulin kezelés között és felhívja a figyelmet a sorozatos páciens educatio és az életmód kezelés jelentőségére.

60. BIZTONSÁGOSNAK ÍTÉLT NOAC TERÁPIA MELLETT JELENTKEZŐ GASTROINTESTINALIS VÉRZÉS. - A NOAC TERÁPIA BUKTATÓI, TERÁPIÁS KIHÍVÁSOK. ESETISMERTETÉS.

Dr. Török István¹

¹SZTE II. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ, Acut Belgyógyászati és Kardiológiai Osztály, Szeged

Bevezetés. A K-vitamin antagonistá típusú orális anticoaguláns terápia sokszor nem állítható be biztonsággal a nem megfelelő beteg compliance, diéta szemponatok ill. az étkezési szokások valamint a beteg statusának változása miatt.

Betegbemutatás. Betegünk egy idős férfibeteg, aki hypertonia és cardialis decompensatio miatt rendszeres kardiológiai ellenőrzés alatt áll. Novum pitvarfibrillatio miatt ambuláns acenocoumarol beállítás történt, ritmuszavara miatt metoprolol succinate és digoxin indult, később perzisztáló magas kamrai frekvenciával járó pitvarfibrillatio miatt per os amiodaron telítést kezdtünk. Fokozódó cardialis decompensatio és magas kamrai frekvenciával járó pitvarfibrillatio miatt osztályunkra felvettük. Echocardiographia során a korábbiakhoz képest a balkamra systolés functioja jelentősen romlott. Negatív TEE-t követően ITO-n elektromos cardioversio történt de a sinus ritmus csak átmenetileg tért vissza. A beteg cardialis decompensatioja fokozódott, ezzel egyidőben az INR értékek megemelkedtek mely miatt az acenocoumarolt leállítottuk, helyette enoxaparine indult. Romló cardialis status és társuló légzési elégtelenség miatt a beteg az ITO-ra került ahol kompenzálták, majd a korábban bevezetett antiaritmia terápia mellett a sinus ritmus visszaállt és a beteg az intézetünkbe visszakerült. A megelőzően az acenocoumarol terápia mellett észlelt jelentős INR ingadozás, magas INR értékek miatt apixabane került beállításra a beteg testsúlyát, életkorát és vesefunctióját figyelembe vett dózisban. Hazabocsájtást követően néhány hét elteltével a beteg savhaematinos hányás és szurokszéklet ürítés miatt került az SBO-ra. Ekkor a laborvizsgálat gravis anaemiát és beszűkült vesefunctiót igazolt. A gastrointestinalis vérzés miatt prothrombinkomplexet, FFP-t kapott, anaemiáját keresett vvt cc. adásával rendeztük. Gastroscopia során diffúz nyálkahártya vérzés mutatkozott mely az alkalmazott terápia megszűnt.

Megbeszélés. A NOAC terápia indításakor a beteg vesefunctioja jó volt. A gastrointestinalis vérzés miatt történt újrafelvételkor a beteg vesefunctioja beszűkült volt, mely a NOAC kezelés mellett jelentkező gastrointestinalis vérzést elősegítette.

61. K-VITAMIN ANTAGONISTÁVAL ILLETVE NOAC-KAL KEZELT, GASTROINTESTINALIS VÉRZÉS MIATT HOSPITALISATIORA KERÜLT BETEGEK ADATAINAK ELEMZÉSE A LABOREREDMÉNYEK ÉS AZ ENDOSCOPOS LELETEK TÜKRÉBEN

Dr. Török István¹

¹SZTE II. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ, Acut Belgyógyászati és Kardiológiai Osztály, Szeged

Bevezetés. A szakmai szabályok betartása mellett alkalmazott orális anticoagulans terápia általában biztonságos, de a kezelés veszélyeket rejt magában. Egyik fő veszély a gastrointestinalis vérzés jelentkezése, mely miatt a betegek általában a sürgősségi osztályra kerülnek beszállításra, ellátásra.

Betegek és eredmények. A szegedi Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályra gastrointestinalis vérzés miatt bekerült betegek éves betegforgalmának valamint az osztályunkra felvett betegek laboratóriumi eredményeinek, ismert társbetegségeinek és az endoscopos vizsgálatok eredményeinek elemzése, a vérzéshez vezető okok vonatkozásában.

Megbeszélés. Az orális anticoagulans terápia során jelentkező gastrointestinalis vérzések megelőzésének lehetőségei, terápiás lehetőségek.

62. „MINDENT BELE...?! AHOGYAN MI CSINÁLJUK...” ENTERÁLIS ÉS PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS KOMBINÁCIÓJA

Dr. Hegedűs Attila¹, Dr. Duray Gergő¹, Dr. Sahin-Tóth Gábor¹, Dr. Borszár Stefánia¹

¹Orosházi Kórház, KAITO

Előadásomban kórházunkban a KAITO-n használatos ERAS (Enhanced Recovery after Surgery) perioperatív protokoll valamint a kórház szakdolgozói által használt, az osztályos felvételtör rögzített MUST állapot felmérő alapján az ITO-n végzett klinikai táplálás eredményeiről szeretnék áttekintést nyújtani.

Operatív megoldásra alkalmas elektív/semielektív belgyógyászati GI betegek útja és állapota az első megjelenéstől a műtőig. Cél: a lehető legjobb elérhető állapot a legkisebb műtéti megterhelés mellett!

- Diagnosztika (mit, miért, mikor)
- Beteg bemutatás (perioperatív team)

-Multidiszciplináris döntések (kiegészítő konzíliumok, a műtétet megelőzően szükséges állapot korrekciók/pl.: TÁPLÁLÁS!/, haszon-kockázat mérlegelés)

-Beteg edukáció/aktív bevonása a műtétre történő felkészülésre

Az operatív időszakot NEM RÉSZLETEZNÉM. Néhány példa az általunk végzett monitorizálásról

- CVC, páros vérgáz induláskor/megelőzően, EDA, intraoperatív test hő mérés, melegítés, IBP ha kell

A korai postoperatív időszakban végzett enterális táplálás alapjai, kivitelezése és a kiegészítő parenterális táplálás szükségessége.

- ERAS eredmények a korai enterális táplálással (mit?miért?hogyan?)
- kiegészítő PN alapjai, indokai

A nem operatív okok miatt ITO-s felvételre kerülő belgyógyászati beteg csoport klinikai táplálása.

- betegség és állapot specifikus
- enterális vs. parenterális? MINDKETTŐ

Üzenet minden betegség esetén minden klinikus számára, hogy a napokig tartó éhezés vagy az egy oldalú kalória bevitel (pl.:1000ml 5%-os glükóz/nap) biztosan nem segíti a felépülést!

63. A FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS ÁPOLÁSI SZEMPONTJAI

Bakos Márta¹

¹Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Szentes

A fájdalomcsillapítás minden betegellátásban részt vevő embernek alapvető feladata és kötelessége. Fájdalmi nem csak az onkológiai betegeknek vannak. A fájdalomcsillapítás összehangolt orvosi és nővéri munkát igénylő feladat, melynek elvégzése alapjaiban befolyásolja a beteg bizalmának kialakulását az ápoló személyzet felé és sikerének kulcsa a betegekkel való hatékony kommunikáció.

64. A BIZTONSÁGOS CITOSZTATIKUS KEZELÉSEK NÖVÉRI FELADATAI

Kissné Mikula Andrea¹

¹Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Szentés

A citosztatikus terápia vénás alkalmazása nem csak a betegekre, hanem a kezeléseket végzőkre és a környezetre nézvést is hordoz magában veszélyeket. A cyto set rendszer alkalmazásával ezek a veszélyek majdnem teljesen kiküszöbölhetők.

65. A JAMSHIDI BIOPSIÁRÓL AZ ASSZISZTENSI FELADATOK TÜKRÉBEN

Jutasi Anikó¹

¹Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Szentés

A Jamshidi-biopszia a csontvelő vizsgálat modern formája. Számos Onkológiai és Haematológiai betegség diagnózisának felállításához elengedhetetlen.

Ennek folyamatát szeretnénk bemutatni szakdolgozói szemszögből. (Vizsgálat indikációja, beteg előkészítés, vizsgálat folyamata, vizsgálat utáni teendők)

66. NOAC KEZELÉS HATÁSOSSÁGA – ANGIOLÓGIAI SZEMPONTOK

Dr. Nagy György¹, Dr. Bobor Krisztina¹, Dr. Nyirati Gábor¹

¹Bajai Szent Rókus Kórház I.I. Belgyógyászat

Az IUA 2015-ös budapesti kongresszusán már rendkívül markánsan fogalmazódott meg a vénás thrombembóliás megbetegedése (VTE) kezelésében a NOAC használat egyre nagyobb arányának szükségessége.

A VTE kezelésében a rövid távú hatásosság mellett számos tényezőre kell figyelni: recidív thrombembólia, progressio, pulmonalis embolisatio kialakulása, hosszútávú hatékonyság, recanalisatio elősegítése (fibrinolyticus aktivitás), krónikus vénás elégtelenség kialakulása, magas elzáródás/katéteres beavatkozás utáni hatékonyság, mellékhatások (elsősorban minor és major vérzések) előfordulása.

Az általunk beállított betegek regiszterét áttekintve a nemzetközi irodalmi eredményhez hasonlóan megfelelő hatásosságot észleltünk: recidiva nem jelentkezett, nem észleltünk kezelés közbeni progressiot, nem volt major szövődmény, több, 3 éven túli követés során megfelelő hatásosságot észleltünk.

Szerencsénk volt két késői recanalisatiót elérni NOAC kezelés mellett.

Magas elzáródás/katéteres beavatkozás utáni hatékony védelmet sikerült nyújtani recidívával szemben.

Mellékhatások tekintetében három, minor vérzést észleltünk.

Microembolisatio miatt is átmenetileg sikeresen kezeltünk beteget NOAC-al.

67. SZIGNIFIKÁNS 3-ÉR BETEGSÉG - A VÉGSŐ SZÓ A BETEGÉ

Dr. Domsik Péter¹

¹Szegedi Tudományegyetem, II. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ, Szeged

A 62 éves férfibetegnek korábban ismert belszervi megbetegedése nem volt. Családi anamnesisében stroke szerepel. Jelen eset előtt egy évvel ezelőtt intracranialis vérzés kapcsán derült fény hypertoniájára, diabetes mellitusára, hypercholesterinaemiájára, atherosclerosisára. Neurológus kollégák javaslata alapján indult meg kardiológiai kivizsgálása. Echokardiográfiás vizsgálata lényegi eltérést nem mutatott. Futószőnyeg terhelés folyamán antero-laterálisan szignifikáns descendáló ST-depresszió és negatív T-hullámok jelentek meg. Kezelő kardiológusa DT-MIBI vizsgálatot kért ezt követően, amelyen szívműködési zavar nem igazolódott, továbbá regionális falmozgászavar sem volt kimutatható. Tovább lépve, coronarographia során bal közös törzs szűkület és szignifikáns 3-ér betegség igazolódott. Heart-team egyértelműen CABG műtét mellett döntött. A beteg a többszöri, szakszavaktól mentes, részletes tájékoztatás ellenére következetesen elzárkózott CABG műtétől, így került sor PCI-ra.

