

Faragó Ferencné
2015. 06. 19.
dr. György

Orvosi beszámoló 2015-06-15

Tokodi Polgármesteri : 01	
Érkezett: 2015 JÚN 19.	Melléklet: <i>Van</i>
Szám: 3993	Előadó: Faragó Ferencné

Tokod – üvegyár 2. sz. körzet

Jelenleg a tavalyi 1289 betegszámhoz viszonyítva körzet őszlétszáma 1323 beteg. 690 férfi, 633 nő. Orvosi egészségügyi szempontokból, körzetünkben kezelések szempontjából továbbra is az 50 -60 év, és 70 év feletti korosztályra kell odafigyelnünk. Szűrések szempontjából az 50 év alatti korosztály, 426 férfi, 296 nő összesen 722 lakos, kiknél gyakoriak lehetnek a halállózáshoz vezető, vagy major szívérrendszeri betegség miatti korhízi kezelésekhöz vezető, nem kiszűrt, vagy primer szekunder prevencióban alulkezelt, vagy prevencióban nem részesült, tünetmentes szervi károsodások miatt. A jelenlegi orvostudomány legnagyobb gondja egy olyan kivizsgálási rendszer mely lehetővé teszi a tünetmentes szervkárosodások időbeni megtalálását! Sajnos nagyon drága új biológiai markerek jelentek meg. Nem is beszélve a drága CT – MRI – vizsgálatokról! Körzetünkben az 50 év feletti férfiak száma – 267. Nők száma – 327. Körzetünkben hosszabb életkorúak a nők, nagyon fontos az 50 – 55 év közötti nőkre odafigyelni. Menopauza – csontritkulás miatt is! Szűrés, elsődleges, másodlagos megelőzés gondozás, kezelés szempontokból, még számolnunk kell az 30 -50 év közötti gondozásban levő, úgynevezett szívérrendszeri betegségek, vagy veszélyeztetet, nagyon magas, vagy magas rizikó tényezőkkel rendelkező 34 - férfival, és 21- nővel. Ezen 50 év alatti korosztályon úgy ülünk, mint egy rejtett bombán, mely bármelyik pillanatban felrobbanhat, ha tekintetbe vesszük a családi anamnézist, a családban előforduló betegségeket, a genetikai és öröklődési tényezőket, a jelenlegi szociális és kulturális helyzetet. Nem minden a szerencsén múlik! És ezért vagyunk mi orvosok! Nem a valóságot tükrözi személyességi okok miatt az 8 alkohol beteg férfi, vagy 2 nő, vagy 17 szenvedélybeteg férfi, és 25 – nő. Jelenlegi ismereteim alapján megtalálták a depresszió kezelésének gyógyszerét! Semmit sem tudunk a fiatal drogfogyasztókról! Több adattal rendelkeznek a rendőrségi, vagy oktatást végző szervek, az szakkezelőknek sem kötelező kiadniuk adataik! Nagyon sok úgy mondott nagyon jó anyagi, jó társadalmi helyzetben élők családjai fiataljai is érintettek! Ugyanakkor megvan a bűnnyomozási háttér, titoktartási kötelezettsége is, miközben a házi orvos tehetetlenül úgymond csak hallja mi minden történik!

Mindezek alapján, egészségügyi okokból a veszélyeztetett lakosság száma több mint az ősz lakosság fele, de ezen adatok pontosítása az jelenlegi számítógépes rendszerünkben nehezen számítható ki.

Tünetmentes szervi károsodások!

Továbbra is nehéz feladatnak tartom a tünetmentes szervi károsodások kiszűrését! Nemcsak szívérrendszeri betegségekről lenne szó, gyakoriak mind a genetikai, mind az autoimmun, vagy vérképző szervek betegségei, daganatos megbetegedések, bőrbetegségek is, melyek ugyancsak szívérrendszeri betegségekhez vezethetnek. Csak egy példa a gyakori reumatológiai kórképekről, körzetünkben összesen 89 - beteg, de 50 év alatt csak 12 férfit és 7 - nőt jegyzett programunk, miközben gyakoriak a derékfájások és a kisízületi gyulladások. Főleg a fiatal korosztálynál szükséges, ezek kórképek kiszűrése, általában egy idült velük társuló bélbetegség, bőrbetegség során derülnek ki ezek a betegségek, ha házi orvos tényleg odafigyel, mert egy radiológiai pozitív vizsgálat már kései, előrehaladott betegséget jelez, melynek volt ideje érrendszeri károkat okozni. Természetesen egy új kivizsgálási rendszerben kell majd ezeket a betegcsoportokat kezelni, akár az egyes bőrbetegségeket is. Olyan kórképeket rejthetnek, melyek hosszú távon tönkreteszik a szívérrendszert, növelik a szívérrendszeri halálozást, miközben az új kivizsgálási rendszerben kivizsgálhatók, és új modern biológiai gyógyszerekkel kezelhetők, Van oki terápia. Nagyon veszélyes, nagyon drága biológiai gyógyszerekkel kezelhetők! Természetesen ezek betegségek kiszűréséhez magyar országon, eddig csak kilenc olyan centrumról tudok melyek PET – MRI vizsgálatokat végez. (Dr. Szekanecz Zoltán tanár úr), ezért fontos a házi orvos tudása, hozzáállása hogy időben a megfelelő helyre, megfelelő kezelése érdekében irányítsa betegét. A csonttrikulás bármennyire is fájdalmas a legnagyobb veszélyt, mégis az érrendszere jelenti, mikor az érfal sima izomsejtje csontsejté alakul, csontot termel, és csontosodik az érfal, ugyancsak a modern orvos kutatás legújabb felfedezése alapján. Tehát új irányelvek alapján kell kezelni, és tekintettel kell lennünk, hogy nagymértékben növeli a szívérrendszeri halálozást, főleg az 50 év feletti menopauzás nőknél. Az időskori ízületi betegeknek a legnagyobb veszély mégis, a már vénnyel nélkül is kapható fájdalomcsillapítók Algiflex, vagy a szeretet Voltaren, Diclofenac, Cataflam, melyek a legújabb kutatási eredmények alapján, embóliához vezetnek, szívelégtelenséghez, szívinfarktust, agyi infarktust, tüdő embóliát érelzáródást okozhatnak a már ismert szövődményei mellett (gyomorvérzés, máj, vese). Csakis indikációval mérlegeléssel lehet ezek gyógyszereket indokolt esetekben adni. Az amerikai Saint Mount egyetem felfedezte az depresszió gyógyszerét – béta – catenin alapanyagát, idő kérdése mikor jut el hozzánk, de kezelhető lesz ez a betegség is.

Miért fontos a házi orvos? És milyen úton folytassa tevékenységét?

Amiről tudnunk kell !

Magyarországon a legjelentősebb halálóki tényezők a stroke - szélütés, miokardiális infarktus, a stabil koszorúér betegség, és a krónikus szívelégtelenség (Dr. Tóth Kálmán professzor) (Általában egy előadáson, a rezidenseknek kell említeniük a tanár urak nevét, mert nem mondhatnak mást, csak amit a tanár úr mond)

Az választandó út a modern házi orvoslás egyénre szabott major kardiovaszkuláris eseményekhez vezető kardiovaszkuláris betegségek, (érthetően ezek mind hirtelen halálhoz vezethetnek független a betegsége stádiumától, a nap bármelyik pillanatában! Akár cukor, vagy ér - szívbeteg.) Azt sem én találtam ki, hogy a cukorbeteg egy két lábon járó halál! Nekünk küzdenünk kell ellene! Mert valós állítás!

Megelőzése szűrése,

Primer szekunder prevenciója,

Rehabilitációban való részvét

A ma ismert kardiovaszkuláris betegségek kockázatai ismerete alapján

Véleményem mai házi orvosról, mai házi orvoslásáról.

Bármennyire is furcsán hangzik egy házi orvos részéről, mindenféle egészségügyi, egészségbiztosító, szakigazgatási rendeleteken felül, (ha sok is az ellentmondás, de legalább ne gátló - akadályozókként lépjenek fel az magára hagyott, (azon értelemben, hogy környékünkön alig vannak szakmai értekezletek. (Eddig csak négyet tartottak az utóbbi 5 – évben, egyre még Tatbányára is elmentem) és emiatt egyre távolabb kerülünk, az oly fontos, helyi szakorvosokkal is megbeszélendő, helyi szakmai lehetőségekről teendőkről). Pont abban az időszakban függesztettek fel, mikor megnyerhettem volna, ha pályázok, egy vissza nem fizetendő pályázatott 1.500000 forintot, amelyre nagyon nagy szükség lett volna, a körzetem betegeinek a kezeléséhez! Minden kollega pályázott és nyert, én pereskedtem sehol sem voltam!

Jelenleg SOTE – tanfolyamokra járok, nagyon magas szintű képzésekről van szó, egyetlen alaki hibával! Sokszor a nagyok mind kifutnak! Vagyis a nagy előadók vidéken tartják előadásait! És egészen más, ha a lényeg, a hallgató az ő szájukból halja! De ez nem változtat a tudási színvonalon csak az előadói minőségen. Könnyebben érhetők el Győrben, ahová eddig is jártam Dr. Schmidt Péter habil egyetemi tanár úr által szervezett előadásaira, mely előadásokon tényleg összefutottak az ország nagyjai, de az anyagi gondjaim ezt már nem teszik lehetővé, főleg ha 90 – Km – re van ennek benzin költsége miatt is, és ezen felül még három matrica jegyet is vennem kellene! Ne is említsem az utóbbi három év pereskedési kiadásait, olyan 120000 ezres orvos szakértői vizsgálatokat, kártérítést sem kérhetek szakigazgatási hibák miatt, a helyettesítő orvosok olyan 450000 – 500000 ezer forintért vállalnák a helyettesítést. Rezidens orvost sem sikerült szereznem, de ez ügyben még érdeklődök! Nekem is érdelem egy fiatal jól képzett orvos oktatása, kívül megoszthatom, az egyetemen hallott tudásokat, a gyakorlati tapasztalatokkal! Volt idő mikor én is három faluban dolgoztam, sosem volt gond ugyanazon községhez tartozó háziorvossal a helyettesítés, ki más

A polgármesteri hivataltól csakis a rezsiköltségek kifizetésével várhatom el a segítséget, hogy ebben segítsenek, hogy valamiképpen újabb pályázatok kiírásáig gyógyítani tudhassak, mert azt sohasem fogom tudni megérteni, hogy pont a szakmai tudásommal gyűlt össze a bajom, és pont szakmailag minősítettek alkalmatlannak! Amitől nem félek, és lehet ezért nem is vettem komolyan a vádakat! Az megint más, hogy naponta olyan rendeletek születnek, hogy semmiféleképpen sem tudok érvényesülni, csak abban, hogy szakmailag nem tévedhetek, és tiszta lelkiismeretem minden kezelt betegemmel szemben, mert amit tudásom szerint tudtam azt meg is tettem érdekében és meg is fogom tenni! Nem a szakigazgatási rendeletekkel gyógyítom betegeim, hanem azzal hogy az belépése pillanatában, ránézéssel, már előre tudnom kell, hogy állok hozzá! Sokat elárul légzése, mozgása, állapota, beszéde panaszai leírása, hogy azonnal kiszűrjem, és hogy tudjam, hol kezdem el vele vizsgálatát, a kivizsgálást mire összpontosítsak! Abból a szempontból vagyok drága költségvetés szempontból, hogy tényleg alapos kivizsgálásoknak vettem alá betegeim, ha szükséges, de ezt érdekükben teszem, számomra ez a legdrágább érték a beteg élete, életben tartása, mert még az orvos kutatási eredmények sem állnak azon a szinten, hogy ténylegesen gyógyítani tudjunk, sok még a kérdőjel, sok még a kutatni való, habár vannak áttörő eredmények, nagyon nehezen érhetők el a sikeres kezelések. Nemcsak társadalmi politikai okok miatt, hanem a kutatásban elért jelenlegi eredmények miatt is, melyek sajnos csak az eddig a szintre tudtak eljutni. Csak reménykedhetünk abban, hogy kutatóink végre mindenre fényt derítenek majd!

Szakmai szempontokból a lakósági számhoz viszonyítva nagyon sokszámú beteggel, betegségekkel szemben egy szociálisan hátrányos helyzetben levő községben. Működőképes vagyok, de azt csakis szakmai tudással tudom fenntartani, és csak azon betegekkel kik közreműködnek, és rám hallgatnak, szerencsére hallgatnak rám, és sokan követik tanácsaimat, alávetik magukat a szükséges kivizsgálásoknak és kezeléseknak. Vannak eredményeink, időben felfedett kezelt betegségek! Hihetetlen de most 2 – éve a nagy áradások idején, egy olyan Budapesten László kórház által is igazolt betegséget találtam, ami Ázsiában, Afrikában honos, nem oly rég Brazíliában csonttörő betegségnek nevezett járványként tűnt fel. (Dengue – láz). A betegnek enyhébb tünetei voltak, nem csonttöréshez hasonló fájdalmakkal. A betegséget tényleg igazolták, de azt senki sem tudja, hogy került ide le a Duna partjára, mert a beteg tele volt szúnyogcsípésekkel! Megkérdeztem egy tanfolyamon Dr. Ócsai Lajos tanár urat is, de a titer szintről nem voltak információim, mert közben a beteg visszaköltözött külföldre, lehet ott végezték el, nekem még megszüntették a munkaviszonyom.

Nekem is rosszul esik, mikor egy jól kezelt beteg panaszkodik, hogy miért kell ennyi gyógyszert szednie még, mert ő jól érzi magát? Az igazi válasz, hogy ha a mai modern orvoslás irányelvei alapján, nem szedné felírt gyógyszereit, nem lenne életben. Továbbá egyik betegem tényleg feljelentett, mert kezelni szerettem volna testsúlyát, (ISZKIN – derült ki) sajnos sokan nem értik milyen rizikóterhet viselnek, és milyen modern tudományos ajánlások vannak, egy cukorbetegnek úgy hat hónapon belül, ha életben szeretne maradni, 10% testsúlycsökkenésre lenne szüksége, abban esetben ha emelkedett a testtömeg indexe. Ezek mind ajánlásokat nem én találok ki, hanem ezt tanítják a továbbképző tanfolyamokon, megelőzéshez, primer és szekunder prevenciók ajánlások, és én is csak szakmai irányelvek alapján gyógyíthatok. Természetesen nehéz megérteni, de nekünk akkor is kezelni kell a beteget.

Csak megemlíteném, hogy havonta 500 000 forint adót kell befizetnem a nővér fizetése 115 000 forint, a telefonköltségeket a hivatal vállalta, de a számítógép karbantartása is havi 12000 forint, és nem merek hitelt felvenni egy új gépkocsi vásárlására! Nagyon sokba kerülnek a gépkocsi benzin

halállóság, szívérrendszeri halállóság, nem halállhoz vezető betegség miatt korházban kezelték száma, napok száma alapján, az körzetünkben élők 50 év felettiiek szívérrendszeri betegeink száma 183 férfi, 313 nő. Melyekhez, ha hozzácsatoljuk az anyagcsere betegségeket is 81- férfi, 129 - nő az összes 50 év feletti, 694 - lakoshoz viszonyítva, azt is mondhatjuk, hogy az ötven év felettiiek körzetünkben, mind veszélyeztetett betegek. Ezen betegek mind elsődleges és másodlagos megelőzési kezelésben részesülnek, nagyon magas, magas, rizikótényezők miatt, a magas vérnyomásos betegség, valamilyen érbetegség, érelzáródás, vesebetegség, szélütés, szívbetegség, szívritmus zavar, szívelégtelenség, cukorbetegség és szövődményei stb, miatt. Ezek csak olyan számoknak tűnek, melyekre ránézve természetesnek is nevezhető, hogy 50 – év felett nem is nevezhető, öregedőnek az akinek nincsen érlemeszedése, magas vérnyomásos betegsége, valami szívbetegsége, mert már öregszik, a cukorbetegség is, és az is hogy szélütést kap természetes, öregedő korosztályok tartozéka. A kór a nem tényleg nem befolyásolható rizikó tényezők! De azért mégsem mindegy, ha összehasonlítjuk más országok hasonló korosztályai halálzási arányait, halálzási életkort, vagy betegségeik előfordulási rátáját, vagy életviteli minőségét. De az sem mindegy hogy hogyan éltek 50 – éves korukig. Én csak orvostudományi szempontokból próbálom bemutatni, mi minden létezik a fenti nézetek felett, és hogy hogyan lehetne mindez tényezőket befolyásolni, a mai orvostudomány sikeres kutatásai, és irányelvei alapján. Milyen tudományos hátterei vannak, hogyan lehetne javítani az nem kívánatos mutatókon. Nem csak politikai és gazdasági tényezőktől függő, mondható, hozzáállástól szokásoktól, és kulturális szintől is függő. Természetesen gazdaságilag befolyásolható, és ha gazdaságilag, akkor politikailag, de sok minden maga az emberi tényezőtől függő. Nemcsak genetikai adottságok alapján, hanem hozzáállása alapján is. De mindezeket hogyan tudná befolyásolni az orvostudomány? Végére vannak eredmények, de mégsem mondhatók sikeresnek! Mindezekre orvostudományi szempontokból, kutatási nehézségei szempontjából próbálom betekintést nyújtani, hogy még nagyon sok nehéz próbálkozás van még hátra, és hogy az elért sikerek is milyen nehezen valósíthatók meg, milyen küzdelmek árán, azért hogy egészségesen hosszabb életkort éljünk, és hogy enyhítsük a már betegségekben szenvedők szenvedését, javítsunk életminőségén.

A fent nevezett, magas rizikó tényezőkkel rendelkező korosztálynál természetesen nem tudható melyik lesz az első várható inzultus, (carotis sztenozis esetében stroke - szélütés várható) Gyakorikak körzetünkben! Az összes tavalyi 16 beteg elhalálzása, a fent felsorolt betegségeket, és rizikóinak a következménye. Még a három - daganatos betegségben elhunytak esetében is, gyakorikak az erek elzáródása, gyakori agyi infarktussal, tüdő embóliával, vagy valamelyik szerv ereinek az elzáródásával. Jelenleg 65 – daganatos betegünk van, 50 év alatt 13 nő, 7 – férfi beteg, 50 év felett 15 – férfi, és 30 - nőbeteg. Van köztük olyan is, aki 12 – éves túlélő, de életvitele miatt cukorbetegsége mellett,(alkohol

- fogyasztás) állandóan, visszaeső, és jelenleg romlik állapota is! Az időbeni szűrés és kezelés, életmentő lehet! Általában egy kései stádiumban felfedezett daganatnak már csökkentek a kezelési lehetőségei.

Az 50 év alattiaknál 722 lakos, 426 – férfi, 296 nő habár jóknak látszanak a statisztikai adatok szívérrendszeri betegségek 44 – férfi, 22 – nő anyagcsere betegségek 20 – férfi 22- nő tekintettel a felmenőkre genetikai adottságokra, életvitelre, szociális kulturális helyzetre, bármennyire is elvégezzük a rutin szűréseket, nem a legjobbak a kilátások. Túl gyakoriak a felső légúti fertőzések, és betegállományba vétel, olyan családokban, melyeknél már ismert nagyon magas rizikótényezők fordulnak elő. Amit egy korosztály sem vesz komolyan az a visszér betegség. Már eleve valamiféle kötőszöveti betegséget rejthet. A kötőszöveti betegségek pedig szívérrendszeri betegségekhez vezetnek. 50 év felett csak 10 – nő - betegről tudunk, és 2 - férfi betegről. Lehet, hogy a számítógép rendszer váltásakor (Visual X – Doki 2) veszték el a fiatalabb, már alvadás gátlóval kezelt nő-betegeink. Továbbá ezek a betegségek összehozhatók a spontán vetélésekkel is, de nincsenek adataink. Nem minden fiatal nő - beteg mondja el házi orvosának hogy vetélése volt, a nőgyógyászok sem adják ki az információkat, esetleg ha betegállományba kerül, szerzünk róla tudomást. Tehát keresnünk kell ezeket a betegeket. Mert mélyvénás trombozist, tüdőembóliát, okozhatnak. Senki sem veszi komolyan, és senki sem hordja a felírt gumiharisnyát! Két kezelt tüdőembóliáról van tudomásom körzetünkben, de nemrégén szerencsére nem nálunk, két fiatalabb nő halt meg tüdőembóliában, az Esztergomi kórházban, úgy hogy nagyon komolyan kell vegyük, a fenti betegség kezelését is, mert kezelhetők! Tehát ez betegség szűrése is házi orvosi feladat.

Amire minden vizsgálatnál gondolni kellene!

Vénás thromboembóliák - (VTE)

(VTE és a Tüdőembólia - PE)

Új szemlélet váltás a visszérbetegség kezelésében a tartós alvadás gátlás jelentősége

(Dr. Sas Géza, Dr Pető Iván)

Ne csak a patológus állapítsa meg a hirtelen halál háttérében meghúzódó flebotrombozist!

Néma tünetmentes trombusok! Sajnos léteznek!

Tünetmentes, embóliát még nem okozó néma trombusok keresése, kezelése. (Gaber és munkatársai bebizonyították, hogy a posztrombotikus lábszárfekélyes betegek 53% - ban lezajlott trombozist

lehetett kimutatni, 36% - ban genetikai hajlamot trombofiliát, tudtak igazolni). Ma már bizonyított, hogy az alsó végtagi proximális mélyvénás trombózis recidíváját tartós alvadás gátló kezeléssel 10% - al lehet csökkenteni. És van rá kezelés, lásd tavalyi beszámolóm! Dr. Sas Géza tanár úr a háziorvosoktól is elvárja, hogy merészebben, álljunk hozzá! A háziorvos fegyvere sürgős esetben a nagyon drága kismolekula tömegű LMWH - heparin injekció, éppen olyan hatásos, mint az Na – Heparin, melyet sürgős emelkedő ST - STEMI infarktuszban kötelező adni, ha nem áll fent egy nagyon ritka betegség a heparin rezisztencia. Ilyenkor nem hat! Egyik betegünk ez okok miatt bénult le, egy kórházban elvégzett műtét után, mert nem hatot a műtéti indikáció által előírt, beadott heparin. Nagyon nehéz megtalálni az ilyen fajta betegségeket, de számolnunk kell vele, hiába adjuk be a gyógyszert, mégis elvesztjük a beteget. A fenti eset szerencsésnek mondható, habár rokkantsághoz vezetett.

Most mi a szerencsénk? Általában egy fogamzásgátló felírásnál, a nőgyógyásznak trombofilia szűrést kellene végeznie, hogy megelőzzük a hirtelen kialakuló mélyvénás trombózist! Mely halálos végkimenetelű lehet! A legnagyobb szerencsétlenség mikor terhesség alatt jelentkezik, mert a túlélésért, a kezelése a trombolízis, magzat elvesztéséhez vezethet. Magyarországon a 45 000 szélülés esetében csak 3% - ban történt trombolízis, mely a környező országokhoz viszonyítva alacsony arány, azt is jelentheti, hogy a terápiás ablak 60 – 90 perce eltelte után kerültek be a kórházba!

A háziorvos is kérheti a szűrést, vannak olyan laborok, melyek végeznek ilyen vizsgálatot, ha nemcsak az háziorvos érdeke, hogy e vizsgálat meglegyen! Sokan nem tudnák kifizetni!

Trombofilia szűrés

Fontos ha terhes, mert a terhességét csak heparin injekció kúra alatt tarthatja meg!

Anamnesztikus adatok 45 év alatti trombembóliás mélyvénás betegég, szokatlan lokalizáció recidiváló, enyhe provokációra keletkezik, utazás hosszabb üllés, utazás repülés ideje alatt, terhesség alatt jelentkezik, családi halmozódás, habituális abortusz, heparin rezisztencia, kumarin nekrozis. (A DOTE – egyetem honlapján találtam két mélyvénás trombózis terhes nő kezelését leírva). Megrázó tanulságos eset leírások! Az egyik betegnél még a heparin rezisztencia is fennállt!

Szűrő vizsgálat fogamzásgátlók, hormonpotlók szedése előtt, pozitív anamnézis, családi anamnézis, felületes tromboflebitisz, AV – varikozitás, ha fennáll infertilitás, habituális vérzések, sikertelen IVF koraszülés, magzati halálozás!

Trombofiliás, antifoszfolipid szindrómás nők terhessége csak LMWH antikoaguláns kezelés mellett lehetséges.

Labor vizsgálata

Véralvadási funkcionális tesztek

PT – idő, APT, Fibrinogén, D- Dimér, ATIII – antitrombin, PC – Protein – C

PS- protein S APC –r Aktivált Protein – C – rezisztencia LA – lupus anticoagulás, Homocisztein

Imunológiai okok

Fosfolipid autoantitestek, igG igA/igM

Kardiolipin – B2 –Cpi igC/igA/igM.

Anti prothrombin igC/igA/igM

Annexin V – igC/igM

Genetikai okok

V – alvadási faktor genetikai elváltozása Leiden mutáció MTHFR gén mutáció,

FII – G202 1 DA prothrombin mutáció

Ha nem is vagyunk rá felkészülve főleg a szerzett trombofilia esetében, melyek gyakoriak 50 – év felett, szükségesek lehetnének a fenti laborkérések, az 50 év kór feletti cardiovasculáris halálozás megelőzésére.

Magyar árak (– 60. 0000 Ft).

Cardiovasculáris halálozás megelőzése.

Nem szándékom a testület fárasztása, nem is beszámoló téma, csak nagyjából szeretném bemutatni a legújabb irányelveket, melyeknek célja főleg a tünetmentes szervi károsodások felfedezése, nemrég tavaly szeptemberben vesztettünk el, egy 48 éves beteget kinek egy tünetmentes szív balkamra nagyobbodása volt, fatális kimenetelű szívinfarktust, és szélütést is okozva. Egy kezeletlen magas vérnyomásos betegről van szó, ki 2011 – óta nem szedte gyógyszereit, sem életvitelén nem változtatott, miközben kemény fizikai munkát végzet, zsíros étrenden élt, és gyógyszereit sem szedte. Egy olyan szívnagyobbodással élt melyet a magas vérnyomása (nyomásra kialakuló, tehát nagyon veszélyes nagyobbodás) okozott, és mely betegsége, a magyar osztályozás szerint, egy tünetmentes

szívelégtelenség (B - stádium) volt, összehasonlítva akár egy szívbillentyű betegségnél, mely végtére a beteg elvesztéséhez vezetett.

Mivelhogy dolgoztam még nem is, visszszámolva 2014 – óta eddig 10810 beteg jelent meg rendelésünkön. Az időben elkezdett irányítás, kezelés drasztikusan csökkenti a sürgős eseti ellátást. A mi körzetünkben 31 – esetről tudunk, nincsenek benne az ügyeleti indokolt vagy indokolatlan eseti hívások. 1193 – kivizsgálásról, és 722 szakkonzultáció szerepel adataink között, nincsenek benne a magánrendelések, sem a háziorvos későbbben megtudott, vagy be nem jelentett, konzultációk száma sem.

Amit egy magyar háziorvosnak tudnia kell, főleg ha az 50 év feletti korosztályú lakossága majdnem 100% -os arányban érintett!

A VI. MAGYAR CARDIOVASZKULÁRIS KONSZENZUS KONFERENCIA IRÁNYELVEI.

Új kockázati besorolások

I - Igen nagy kockázat

1. Az összes major szívérrendszeri heveny események, dokumentált ateroszklerotikus koronária cerebrális, perifériás érbetegségek, mint előző AMI. iszkémiás stroke, TIA, aorta aneurysma, koronária PCI. CABG. koronária és perifériás érbeavatkozások, koronária angiográfia, UH. MR. CT. sztrepsz echokardiográfia SPECT. carotis IMT, koronária calcium score.

2. Súlyos krónikus vesebetegség eGFR 30. ml./min/ 1,73. m alatti, és proteinuria.

3. T1, T2. Diabetes Mellitus plusz egynél több RF. nagy rizikófaktór, és szervkárosodás.

RF – nagy kockázati tényezők: életkor, dohányzás, hipertónia, magas koleszterin szint.

4. Familiáris hypercholesterinaemia.

SCORE nagyobb mint 10%

Ami nagyon gyakori a hipertónia – magas vérnyomásos betegség, és a stroke betegség.

Magyarországon minden órában egy osztályon kezelt szélütött beteggel kell számolnunk. Tavalyi adatok alapján 45000 szélütött beteget kellett ellátni.

Az agyér betegségek többségének rizikótényezői és patofiziológiai gyökere közös, az iszkémiás szívbetegséggel, (koszorúér) és az obliteratív – eret elzáró betegségekkel. Elemezni kell a primer prevenció sztatistikai adatai jellemzőit: RR – relatív rizikó, AR – abszolút rizikó, OR – esélyarány, NNT - kezelendő betegszám egy nagyobb kardiovaszkuláris esemény elkerülése végett egy év alatt –

(numbers needed to treat) – prevenció céljából. SOD – szűrés –(tünetmentes szervkárosodások) néma vérrögök keresése!

Sokszor már csak a másodlagos prevenció jöhet szóba! A primer prevenció elsődleges megelőzés, tünetmentes embereknél előzi meg a major minden vaszkuláris események AMI - szívinfarktus, STROKE szélütés, PAD - érszűkületek, stb kialakulását

Általános vaszkuláris megelőzés avagy miért kell kardiológushoz küldeni a beteget.

Szív UH – vizsgálatra, vagy érsebészhez nyaki ütő erek állapotának felmérése céljából.

Nagy kockázatott jelent, fiatalabb korosztályoknál a (szubklinikus ateroszklerózis,- tünetmentes érlemezésedés), cukorbetegség - diabetesz, önmagában a krónikus vesebetegség valamint az egyes önálló súlyos rizikó faktorok.

Tünetmentes szervkárosodások – SOD keresése

SOD Jelentősen súlyosbítják a SCORE táblázatban levő CV – kockázatokat!

Pulzusnyomás idők esetén 60Hgmm felett – ezért fontos a kardiológiai kivizsgálás! Vagy nyaki erek UH – vizsgálata, egy rutin labor, Boka – Kar index – pulzus tapintás – egyszerű feladatok, a beteg észre sem veszi, de sokat elárulnak! Akár a vérnyomás mérés. De várni kell hogy megnyugodjon a beteg! A rendelésen megjelent beteg balkamra nagyobbodásának keresése.

Rendelőben elvégzett EKG jelei értelmezése.

Szűrés

Tünetmentes BK - szervkárosodásra utaló eltérések.

EKG jele Sokolow – Low index nagyobb mint 3,5 mV. Kardiológia beutalás.

Kardiológiai UH

- A koncentrikus BKH Echokardiográfiás kritériumai, kamrafal üregméret nagyobb mint - 42, a bal kamrai tömeg index g/m nagyobb mint 95 – nők, 115 – férfiaknál.

Balkamra hipertrofia LVH – EKG férfi 115g – nők 95g/m - négyzetméter

Carotis fal – vastagodás IMT nagyobb mint 0,9 vagy plakk

Carotis . femorális PWV nagyobb mint 10 – ms

Boka – kar index nagyobb 0,9 – nél

CKD 30-60/ml/perc/1.73 négyzetméter

Mikroalbuminuria 30-300 mg/24/h vagy albumin – creatininarány 3.4- 34/mg/mmol/ (a reggeli első vizeletből).

Természetesen nem tudható melyik lesz az első várható inzultus, (carotis sztenózis esetében stroke várható) Az stroke általános elsődleges megelőzése fontos eszközei a vérnyomás vércukor, vérzsír szint beállítása, rendszeres fizikai aktivitás, dohányzás túlzott alkohol fogyasztástól tartózkodás, alacsony só, telített zsírsavas és rost dús diéta, magas testtömeg index esetén súlycsökkentés diéta, PF és VTE kockázat mértékének meghatározása kezelése.

A háziorvosi rendelőben leggyakoribbak, a szinte mindennap megjelenő hipertóniával és koronária betegségekkel is kezelt, infarktuson, szélütésen átesett betegek száma, nem túlzás a hetente egyszeri panasz, vagy kezelése során hozott leletek miatti találkozás!

Nem csak a Hirtelen halál, hanem a szélütés prevenciója is fontos a kardio – vaszkuláris betegségekben.

Körzetünkben szinte naposak az igen nagy kardio – vasculáris rizikókockázattal élő betegek egyre növekvő száma. Hogyan is kezelhetők, azok a betegek kiknek a betegségei, a nap bármelyik pillanatában fatális kimenetelűek lehetnek? Végképp ide vezethetnek, az nem, vagy helytelen, nem időben kezelt, mind több szervet érintő, progresszív, (folyamatosan előre haladó,) sztrukturális, funkcionális (alaki és működési) szervkárosodással járó, igen nagy kockázatba tartozó szívérrendszeri kórképek. Szervi elégtelenségek közül a perfúzió (helyi szervi vérellátás) fenntartása céljából, nagyon fontos a szív – érbetegségekben, a kockázatok kezelése, hogy valamiképpen meggátoljuk a többi szerv további károsodását és fenntartsuk azoknak az élethez szükséges optimális működési szintjét.

Részletek az irányelvekből!

Nem egy testületi beszámolóhoz tartoznak, csak azért teszek mindezekre említést, hogy a testület is belelásson, mi minden szakmai tudással kellene rendelkeznie egy modern háziorvosnak, és hogy nem csak egy egyszerű feladat, az háziorvosi teendők ellátása!

Az öregedő összetételű lakosságban naponta találkozunk hipertóniával a betegség károsító szervi funkcionális következményével társ, és társuló, vagy már több major szívérrendszeri – eseményeken átesett betegek betegségeivel, és nem szívérrendszeri – eredetű, de a szívérrendszeri – betegségek életet veszélyeztető eseményei végkimenetelét befolyásoló kórképekkel. A cardiovascularis betegségek egyénre szabott kezelése, a háziorvos tudásától is függő. Ne állítsa le egy a kardiológiai szakrendelőben már feltrilált, (felemelt) vagy beállított (beta – blokkoló) kezelést, vagy eleve egy beta – blokkolót CI – contraindikált betegségben, (cukorbetegség, PAD - érszűkület esetén, ha

szívelégtelensége van, vagy szívinfarktusa volt – a koszorúér átáramlásához szükséges – szívfrekvencia szinten tartásához – kezeléséhez, vagy szívelégtelensége kezeléséhez szükségesek!) De mely betegségekben nem adhatók csak kardiológus – javaslatra. Vagy az egyénre szabott Statin - koleszterint csökkentő kezelést! Melynek más gyulladáscsökkentő hatása is van nemcsak a vér zsírokat csökkentik!. Új terápiás irányelvek alapján még egészen új megközelítésben áll az egyénre szabott terápia! A kezelt cukorbeteg legnagyobb veszélye az tünetmentes vércukor szintjének a csökkenése. Nem kívánatos ellenválaszokat válthat ki, hirtelen halált okozhat, egy hirtelen fellépő fatális halálhoz vezető szívritmus zavar miatt. Tavalytól új modern gyógyszereket használunk, új Degludek inzulinfajták jelentek meg, új irányelvek léptek életbe. Ami nehezen valósítható meg anyagilag, de tényleges jövő háziiorvosi feladat lenne. Remélem eljön az ideje, az kezelt cukorbeteg CGMS – és Holter készülékkel való 6-7 napos ellenőrzésének, mely olyan készülékek, melyek minden 5 -percben mérik mind a vércukorszintet, mind észleli (Holter - készülék) vércukorszint csökkenésekor az halált okozható szívritmus zavarokat is, melyeknek oka a gyógyszer, vagy inzulin által okozott vércukor csökkenése. Mert sokszor tünetmentesek, a beteg észre sem veszi, hogy milyen veszélyes szint alá csökkent a vércukor szintje. Jelenleg klinikai intenzív osztályos rutin vizsgálat, az utolsó júniusi tanfolyamon, kérdésemre Dr. Oláh Ibolya előadó válaszolt, hogy éppen jelenleg az egyetemen egy nagy kutatócsoport végez vizsgálatokat, a hasonló mérést végző készülékek rendszeresítése érdekében.(Dr. Oláh Ibolya)

CGMS – készülék

A CGMS – olyan készülék, amely több napon keresztül a nap 24 órájában képes a vércukorszintet monitorizálni. A subkután vércukorszintet mérő szenzor 5 percnként méri az interszticiális vércukorszintet.

Ha a kezelés alatt a vércukor, a korábban megállapított érték 3mmol/l alá csökken, jellegzetes klinikai tünetek jelentkeznek! De a vércukor határértékek felett is jelentkezhetnek hipoglikémiái tünetek!

A 3mmol/l alatti biokémiai hipoglikémiában semmilyen klinikai tünet nem észlelhető.

Gyakorlatilag szem előtt tartva a 3,9 mmol/l már ellenregulációt kiváltó (alert value) értéket, tünetmentes hypoglicaemiának nevezhető állapotról beszélünk, mert bármennyire magasra húzott hypoglicaemia értékek mellett is, jelentkezhet tünetmentes hipoglikémia.

Az ellenreguláció döntően adrenerg tüneteket vált ki, tachycardia éhségérzés,izzadás, a neuroglykopénia legsúlyosabb tünete a coma. Még veszélyesebb a gyógyszert kibocsájtó koszorúér Stentes betegeknel.

Súlyos hipoglycaemia mikor külső személy segítségére van szükség.

A T2DM – betegek 38% - ban fordul elő, gyakran 7% HbA1c szint alatt. Folyamatos glükóz – monitorizálással mutatható ki, (CGMS). A cukorbetegnek 25% - nál súlyos hipoglikémia miatti kórházi kezeléseket mutattak ki, dokumentáltan, cardiovascularis halálalossal járnak, szívérrendszere ható adrenerg hatása miatt. Rendelő EKG - Gyakori ischémia, változó P – hullám morfológia, a korrigált - QTc szakasz megnyúlása miatt, malignus ritmuszavarok keletkezhetnek: kamrai tachycardia, kamrai fibrilláció, hirtelen halál, különösen ha nagyon nagy, nagy rizikóval rendelkező betegeknél, kórházi, ISZB, és cardiovascularis rizikók, és az autonóm neuropátia egyidejűleg áll fenn.(Dead in bed) szindróma aritmogén patogenezise, szoros összefüggés létezik az autonóm neuropátia és a hypoglycaemia között. Kifejezett autonóm neuropátia esetén 1,7 – szeresére nő a külső személy segítségére szükséges igény. 2013 Amerikai Diabetes Kongresszuson közzétett 10 éves követést követő eredmény mely szerint mérsékelt autonóm neuropátia károsodás esetén, 2,5 szeresére, közepes és súlyos fokú károsodás után 4 – szeresére nő a hipoglikémiák száma. (Ewing féle standard tesztek)

Az autonóm funkciók károsodásával, párhuzamosan gyakoribbá válnak a hipoglikémiák.

A 2015 év – már más, mint a 2014 – es év. Vagy Stroke - szélütés kezelés esetén, ne maradjanak ki a vízajtók - diurétikumok. Központi idegrendszeri betegségek kezelésében elsősorban a diurétikumok - DIU jöhetnek szóba!(Indapamid). Tekintettel a DIU – diurétikumok, húgysav szintet emelő hatásaira, (xanthin – oxidáz XO)- rendszer szöveti károsodást okozó oxidatív stresszre – (superoxid anionok vaszkuláris endothel) rendszere kifejtett károsító hatására kezelni kell az emelkedő húgysav szintet is. kialakult mortalitást, csökkenti a kórházi felvételek, kezelési napok számát. Leggyakoribbak az hipertónia betegség, betegség szűrése primer szekunder prevenciója Stroke esetek, a vele járó rokkantsággal rehabilitációs gondjaival, koronária betegségek - perifériás érbetegeknél anyagcsere cukorbetegségnél. Szinte naposak a stroke betegekkel, és szerencsére, csak a C – D stádiumig eljutott szívelégtelen betegekkel való találkozások. Az összes fiatal magas vérnyomásos beteg, már B – stádiumban levő szívelégtelenséggel rendelkezik, leletei alapján!

Nagy erőlepet jelenthet a fent említett fatális kimenetelű kórképek kezelésében, az időben elkezdett más szakmai területek cardio – vasculáris érintettséggel járó betegségeknek új modernnek számító egyénre szabott kezelési irányelvek (tailored) szerinti kezelésének bevezetése, mely betegségeknek gyakori szubklinikus jelenléte progressziója,(például húgysav szint emelkedés – XO rendszer aktivitás fokozódásának jele, hyperinsulinaemiában – viscerális obezitás metabolikus szindróma esetében,

vagy hipertóniában). Melyek nagymértékben befolyásolhatják a major CV – események végkimenetelét, akár a fő anyagcsere betegségek – DM T1 –T2 T2DM melyeknél új gyógyszerek bevezetésére került sor (új kezelési irányelvek születtek) T1 – Insulin dependens cukorbetegség(Diabetes – Mellitus) T2 – Nem insulin dependens cukorbetegség – DM.)

Amit a háziorvos is elvégezhet:

CV - szűrés és kardiovaskuláris rizikó keresztmetszetet

Megelőzés primer, szecunder prevenció rizikói szétratifikálása, még átfedések estén is, hogy mind a négy kimenetel, összesített primer végpont kimenetele rizikóját csökkenteni lehessen.

Az I – fokozatú hipertóniás betegeknél az életmód változásával, és diétával nem normalizálható a vérnyomás, vagy ha az otthoni méréssel HBPM vagy ambuláns monitorozással ABPM is magas vérnyomást mérünk, gyógyszeres kezelés indokolt.

Az esszenciális hipertónia nem gyógyszeres kezelésének az alapja az életmód változása és a társrizikó faktorok optimális kezelése.

Életvitel nem is beszélve dohányzásról alkoholfogyasztásról, a legalább hetente kétszeri halfogyasztásról,

Napi só bevitel 5g alá csökkentése, napi 45g rostanyag, 200g zöldség naponta kétszer háromszor, telítetlen transzsírsavak csökkentése, őszenergia kisebb mint 1% - a míg a telített zsírsavak az őszenergia bevitel több mint 10% legyen. A BMI célértéke 20 – 25kg/m négyzetméter legyen, has körfogat férfiaknál - 94 nőknél 80- cm aerob közepes tréning heti 2,5 – 5 h legyen.

Laborterhelések!

A házi orvoslás laborvizsgálatok kéréseinek túlterheléseinek legfőbb okai nemcsak a szűrés elvégzése, vagy diagnosztikai jellegű laborvizsgálatok céljából történnek, hanem a fennálló betegségekben alkalmazott gyógyszerek abszolút, relatív, vagy végleges containdikációi miatt is, főleg az egyénre szabott terápiák alkalmazása esetén, állapot rosszabbodás, szervkárosodás elégtelenségek - betegség progresszió, vagy szer – intolerancia estében számolnunk kell a labor - terhelések növekedésével!

IRÁNYELVEK - FOLYTATÁS (STROKE – SZÉLÜTÉS)

Avagy milyen szempontok alapján vizsgálja a háziorvos a betegét

EKG – vizsgálatnál fel nem fedezett szívritmus zavarok, melyek éppen a kivizsgálás alatt nem jelentkeznek!

Miért lenne fontos az alvási apnoe kivizsgálása? Gépkocsivezetőknél!

A stroke egy vaszkuláris betegség, amely legtöbbször ateroszklerotikus - érlemezésesedés betegség talaján alakul ki. Legfontosabb rizikófaktora a hipertónia magas – vérnyomásos betegség, mely prevalenciája 30- 35%. Szélütött betegek esetében ez 38- 88% -os hazánkban 75% A hipertónia kapcsolata a strokek és szélütéssel szorosabb mint az szívinfarktussal Magyarországon az ateroszklerózis a teljes halálozás 51% - ért felelős. A stroke gyakran társul más kardiovaszkuláris betegségekkel.

Ennek megfelelően a stroke 85% - ban iszkémiás típusú, a keringési zavart okozó érszűkület az esetek 20,5 % kisebb erek (lakunáris) 20.6% - ban pedig nagy erek. Az Ischémiás stroke 92% - ban fordul elő.

A háziorvos és a rendelőben mért vérnyomás!

Fontos a vérnyomásmérés a pulzus tapintása és számolása! Ne csak a gépi számra hivatkozzunk, meg kell tapintani a beteg pulzusát! Gépek, eszközök nélkül, is sokatmondóak lehetnek!

Összegyűjtött adatok metaanalízisek alapján megfogalmazott epidemiológiai adatok szerint a rendelőben mért vérnyomás független, folyamatos összefüggésben áll, a súlyos CV – eseményekkel, Stroke, Szívinfarktus, Hirtelen halál, Szívelégtelenség (SZE), PAD, éppúgy mint a végstádiumú vesebetegségnél - ESRD.

Ez igaznak bizonyult minden életkorban, 50 éves kór után az SBP jobb kórelőjelző, mint a DBP. (A vérnyomásmérő felső számértéke az SBP, alsó számértéke a DBP). Különösen Nagy CV – kockázat a magas SBP, és a normális vagy alacsony DBP(diaistolés nyomás) (izolált szisztolés magas vérnyomás esetében). Az éjszakai vérnyomás erősebb előjelző, mint a nappali.

Az ABPM – HBPM - éjszakai nappali arány a klinikai CV – események kimenetelek jelentős előjelzője.

Az ABPM – el kimutatott Non – dipper hipertónia fontos prognosztikai információt ad. Extrém dipperes esetekben is nagy a kockázat.

Ultrahangos vizsgálat!

Szűrés: Boka – kar index, és a carotis Doppler UH vizsgálatok alapján.

Javasolt 50 év kor alatt, ha diabétesz vagy még egy rizikófaktor létezik,

50-70 éves kor között, ha fennáll 1 – rizikófaktor

70 év felett kórtól, rizikó faktoroktól független, közepes CV. kockázat estében, a MHT ajánlása szerint javasolt, minden panaszos, illetve kóros alsó végtagi pulzustapintási lelettel, rendelkező betegnél vagy illetve ismert ÉR BEREKSÉGBEN szenvedő betegnél

CW - Ultrahang

BKI – boka – kar index CW – ultrahang készülékkel mind a négy végtagon, felkaron és bokán mérünk!

Minden hipertóniás betegnél carotis Doppler vizsgálat szükséges szűrés céljából A jól beállított vérnyomás csökkenti a stroke kockázatát, gyakori a PF és a Stroke hipertóniás betegek estében. Főleg gyakori hipertóniában hol mind a szisztolés mind a diasztolés szívelégtelenség olyan gyakori mint a stroke.

PULZUS tapintása

Kéznel aló tapintható pulzus a CV események bekövetkezésének jó prediktora.

Magyarországon évente 45000 akut ischémias stroke fordul elő - Dr. Bereczki Dániél SOTE (Neorologiai Klinika) Csak 14% a putvarfibrilláció, (kéznél levő tapintható pulzus vizsgálatának jelentősége, (a kéznél áló tapintható pulzus a major CV - események bekövetkezésének jó prediktora), de ez átlagosan azt jelenti hogy magyar országon óránként egy beteg kerül kórházba PF – ós stroke miatt. Az EKG – vel fel nem ismert paroxysmális PF aránya szroke után 5% . Országosan csak 3% - a kerül trombolizisre. Az érvényben levő ajánlás szerint a kórházba érkezés, és a thrombolizis között kevesebb, mint 60 percnél szabad eltelnie, a Debreceni Neurológiai Klinikán 700 beteget kezeltek trombolizisrel 40 – 42% sikerarányal, ezek közül 200 kardiogén sok eredetű stroke volt. Nagyér elzáródása esetén, még 3 órás időablak túllépése esetén is érdemes megpróbálni az intraartériális lizist, (Dr. Csiba László professzor Debrecen) A PF – szívpitvar remegés - talaján kialakult stroke – nál nagyobb a halálozási arányozás, mint a nem PF kapcsán kialakult strokehoz képest.

Életmód: kardiovasculáris rizikó fokozók a dohányzás alkohol, diabétesz dyslipidaemia – (vérzsírok emelkedése),metabolikus szindróma szívelégtelenség szívbetegségek, érbetegségek, hyperurikaemia – mint CV - kockázat proteinuria – vizeletfehérje ürítés.

. Szoros összefüggésről számoltak be a magas vérnyomás prevalenciája és a stroke mortalitása között. WHO adatai alapján elemezték a stroke mortalitás incidenciáját és tendenciáit. A Nyugat Európai Országokban lefelé mutató tendenciák, a Kelet Európai Országokban emelkedő tendencia összefüggésbe hozható a hátrányos társadalmi szociális kulturális helyzetekkel, munkanélküliség, alacsony jövedelem, nem kielégítő helytelen táplálkozás, helytelen egészségmegőrző viselkedés miatt

A nem befolyásolható kockázati tényezők közé sorolható életkor a nem, befolyásolhatóak a cardiológiai betegségek, fokozott véralvadással járó állapotok hormonális faktorok, trombocitózis, alvási apnoe, depresszió, sztrész, stroke családi halmozása, antikonceptív szedése, a terhesség a migrén, genetikai markerek szerepe.

Hipertónia szűrés

Évente legalább egyszeri RR – mérés.

Kevés a célértéken kezelt hipertóniás beteg Amerikai Kanadai adatok szerint csak 30% (1999 – 2000)

A betegség felismerése 69% - os, a kezelt aránya 58% a célértéken tartott betegek 31%

Kardiológiai manifesztációja BKH - balkamra nagyobbodás, SZE - szívelégtelenség, Tachycardia – szívritmus zavar szapora szívdobogással, pitvarfibrilláció – pitvarremegés, hipertonia magas vérnyomás, okozta szívkoszorúér - koronária betegség (TIDES – vizsgálat).

Mit tehet a házi orvos szívelégtelenség esetében?

Megelőzés, kivizsgálás, felismerés, gondozás, és sürgősségi ellátás.

De a házi orvosnak is tudnia kell!

NAGYON FONTOS LENNE! BIZTONSÁGOS BETEGKEZELÉS HIÁNYOSSÁGAI! NEM MINDEN ESTBEN ELÉGSÉGES AZ ORVOS TUDÁSI SZINTJE!

Új biomarkerek jelentek meg (BNP, NT –BNP, VEGF) Nem gyakoriak magyar országon, de léteznek magánlaborok! Nagyon drága laborvizsgálat!

Marad a szívultrahangos vizsgálata melyet a házi orvosnak is el kellene olvasnia!

Magyarországon nincsenek szervezett szűrések, felmerülnek az szakrendelői optimális kezelési szintek, házi orvos által is megérthető leletek ismerete, kamrafunkció, ejekciós frakció, a pulzushullám szisztolés hulláma, leszálló ágának Dicrot hullámának elemzése, vagyis a diasztolés visszaáramlás diasztolés hulláma vizsgálatának az házi orvos által is értelmezése, (ha a beteg szakrendelőből tér vissza és hozza leleteit).

Jó tudni ha a diasztolés, és szisztolés hullám aránya nagyobb mint 1,2 akkor a kezelésben terápiás szinten vagyunk.

BIZTONSÁGOS ORVOSLÁSI

2013 – ban nagy diagnosztikai előrelépést jelentett, nemcsak a szívelégtelenség kezelésében, az agyi BNP és NT - pro BNP biomarkerek felfedezése, és bevezetése a diszpnoe differenciáldiagnosztikájában, szívelégtelenség - prognózisában, és terápia vezérlésében. (Dr. Merkely Béla professzor)

Még a tüdőembólia diagnosztizálása, és kezelése alatt is SZE - szívelégtelenség esetében!

Endothel funkció javulásosát mutatja,

ORSZÁGUNKBAN NE CSAK TUDOMÁNYOS KUTATÁSI SZINTEN végezzék!

NT – BNP, BNP (az agyi natriuretikus peptid) szintjének csökkenése,

a NO illetve az angiogenezist fokozó faktor VEGF szintjének a növekedése jó, gyógyulási jelek.

Oktatás! Szívelégtelenségben

(Nagyon magas kockázat – Nagy kockázati csoportokba tartozó betegeknél) NYHA – III –IV SZE – C-D stádium

Teendők közé tartozik beteg, hozzátartozók oktatása, életet veszélyeztető tünetek észlelése, 70/min feletti pulzusszám,(BEAUTIFUL – vizsgálat) nyugalmi tachicardia – pitvarfibrilláció megelőzésében kéznél levő eszköz a pulzus tapintása számlálása! (Fulladás cyanózis, eszmélet veszteség, stroke tünetek, syncope, (fertőzések azonnali kezelése) anaemia, az okkult vérzések keresése, vashiányos normocitér anaemia mértéke - csontvelő hipoxia miatt. Fáradékonyság főleg negatív inotrop szereket szedő betegeknél, és ha 3 nap alatt 2 kg - os testsúlynövekedést észlelünk! Primér, szekundér Stroke prevenció orális alvadás gátlók - OAC – NOAC szedése

Kardiális cachexia megelőzése,

Testsúly ellenőrzés, a beteg száraz súlyának figyelembe vétele, napi reggeli szárazon mérése. Az ideális testsúly elérése céljából, napi só, folyadék, kalória bevitel ellenőrzése szükséges a terhelési tolerancia növelése, tüneteket nem provokáló fizikai tréninggel, NYHA I- III ajánlott heti 3-4 –szer, 20-30 perces terhelés, a beteg submaximális frekvenciáját 40- 70% - on tartva, séta, szobakerékpár, úszás javasolható, pneumococcus, influenza elleni védőoltások adása.

Mire figyeljünk! A nyugalmi szívfrekvencia emelkedése a CV halálozás, AMI, SZE – kialakulása, koronária plack ruptura predikátora.

A nyugalmi tachycardia, 70/min felett pulzus

a SZE állapotromlásának jele (BEAUTIFUL vizsgálat) (kéznél levő pulzuszámolással – pitvarfibrilláció jeleit is keresve) A pitvarfibrillációs betegek átlagos frekvenciáját a szívelégtelenség tartományában tartjuk, 80/min alatt - nyugalomban, és 110/min alatt - 6 perces séta után. Minél hamarabb ismerjük fel a tarsuló ritmuszavarokat. Rossz prognosztikai jelek a csökkenő EF - UH vizsgálatnál, romló funkcionális státusz, szélesedő QRS - EKG - rendelő, Na - hiponatrémia – labor, (melyet az idapamid is okozhat), krónikus hipotenzió – alacsony vérnyomás, romló vese funkció - labor, emelkedő szérumszerv kreatinin, 250 – 300 felett kálium 5,5 felett - labor, és a nyugalmi tachycardia 70/min felett - pulzusszámlálás. Feladatok melyet a házi orvos végez oktató. Irányelvek alapján!

Sürgősségi jelek - szívelégtelenségben

Fokozódó nagyfokú légszomj,- ortopnoe, cianózis - kékül, szürkés - hűvös verejtékes bőr, jól hallható szőröség, rózsaszínű habos köpet, tachycardia szívdobogás, vérnyomásesés.

Az alkalmazott gyógyszerek miatt is fontos, nemcsak a pulzus, hanem a systolés vérnyomás napi többszöri mérése is, mert szívelégtelenség esetén veszélyes lehet az agresszív RR – csökkenés, főleg a hipertóniával is kezelt betegeknél. De hány betegnek van otthonában készüléke, és ha van hányan méri? Hiába mondjuk, és azt is számolja pulzusát azonnal szóljon!

Egy minimális szakmai betekintést szerettem volna benyújtani, a házi orvosi tevékenységről, hogy nem éppen olyan egyszerű az a feladat, amely kívülről lehet, egyszerűnek tűnik, de melynek gyakorlása, és elvégzése, nagyon nagy felelősséggel jár, és mindez tudományos háttérrel mellett is, alig látható eredmények mutathatók fel, pedig ezek az alig látható sikerek, mégis nagyon nagy erőfeszítéseket jelentenek, és reméljük hogy majd egyszer az kutatási eredmények, tényleges áttörésekhez vezetnek majd!

Mivelhogy üzemorvosi feladatokat is ellátok, csak betekintés céljából írom, hogy milyen első segélynyújtási alapokra oktatom a jelentkezőket

Részletek - Elsősegély nyújtási tanfolyam oktatási anyagából

A fent nevezett: a következő elméleti és gyakorlati oktatásokon vett részt.

Első segélynyújtás élesztés újraélesztés eljárásrendje

Teendők!

Életveszélyes állapotok

Eszméletlen betegnél, ha van légzése keringése pulzusa, ajánlott a stabil oldalfektetés, hogy a nyelve ne hátra, hanem oldalra csúszzon. És a hányadék, vér egyéb folyón ki, tisztítsa ki szájüregét, távolítsa el az idegentesteket, orrából, szájából, garatjából, biztosítja a szabad légutakat. Abszolút ellenjavallat, az beteg elmozdítása, ha gerinctörés gyanúja merül fel. Mindig a tört alsó végtag kerüljön alulra. Mellkas sérülésnél, a sérült mellkas oldal maradjon felül. mikor a beteget oldalra fordítjuk és hátsó alsó végtagját hátra húzzuk, behajlított térdel és felül maradt felső végtagját előre hogy támasztéknak használjuk.

Ha nem lélegzik, nem tapintható a nyaki ütőerek pulzusa, nincsenek életjelenségek, azonnal el kell kezdeni az újraélesztést.

Az újraélesztést, ha lehetséges kemény alapon, tíz másodpercre sem szabad abbahagyni, a 30/2 arányt tartani kell, ha elfárad, valamelyik munkatársnak folytatnia kell az mentősegítség megérkezéséig! Már nagy segítség, ha van valaki, ki a beteg fejét tartja, és a segítsége végzi a mellkas nyomást, általában a bal kéz tenyerét helyezzük hosszanti irányban a szegycsontra, és a jobb kézzel nyomjuk, úgy hogy figyeljük a mellkas süllyedését. Vigyázzunk, ne okozunk borda, szegycsonttörést, miközben a fejénél térdelő, és a fejét tartó kolléga végezze a befújást, és figyelje az nyaki ütőerek pulzusának, életjelenségek visszatérését, fordítsa fejét a beteg mellkasa felé hátha légzést szuszogást, szívdobogást hall , esetleg valamelyik nyaki ütőér pulzusát is megpillanthatja.!

ER-03	ÚJRAÉLESZTÉS ELJÁRÁSRENDJE
-------	---------------------------------------

Szájba fújáskor ugyanúgy hátrahajtjuk a fejet, befogjuk a beteg orrát, majd a szájába fújunk. A két befúvás közt itt is fordítsuk fejünket a beteg mellkasa felé.

Befúvás Ambuballon segítségével

f.) Folytassa az újraélesztést.

A 30:2 arányú kompresszió-befúvást addig végezze, míg nem érkeznek meg a mentők vagy defibrillátor használatára lesz lehetőség, illetve nem rendeződik a beteg keringései.

7.4 Az újraélesztés hibái

A lenyomás túl mély, túl felületes, túl gyors, túl lassú. Gyakori és súlyos hiba, ha nem szilárd felületen végezzük (padlózat).

Lélegeztetésnél hiba a túl sok vagy túl kevés befújás, ha mellé megy, nem megfelelően hátrahajtott fejnél vagy hirtelen befújásnál a gyomorba áramlik a levegő.

Azonban ne felejtsük el, hogy a legnagyobb hibát akkor követjük el, ha el sem kezdjük az újraélesztést, hisz ez esetben lehetőséget sem biztosítunk a keringés rendezésére.

Ami gyakran előfordulhat!

Gépjármű vagy munkaeszköz gépjármű balesete esetén felfordulás ütközés, egyéb helyszínen előforduló balesetek esetében a kimentés technikai végrehajtója leggyakrabban az tűzoltósság helyszínre kért egysége.

Gépkocsiból kimentés Rautek – féle fogás.

Mikor hátulról beteg hona alatt benyúlva megragadja a beteg nem sérült alkarját, és a sérült testéhez behajlítja, rögzíti majd hátulról fogva combjaira támasztja a beteget, hogy kiemelje a gépkocsiból arra vigyázva, hogy a sérült lába, ne legyen beakadva, utána óvatosan kiemelheti.

Újraélesztési irányelvek lásd fent!

Az Európai, és magyar reszuszcitációs ,társasságok irányelveiről, az újraélesztés eljárásrendjéről. És kiktől kérjen azonnali segítséget. Légutak biztosítása, ne fulladjon meg a hátraeső nyelvétől, és 30/2 kompresszió befújás!

Tekintettel a munkahelyi kockázat becslésekre, a leggyakoribb balesetek!

A - Elektrotrauma

1. központi áramtalanítás, és a sérült feszültség forrástól való eltávolítása. Tűzoltó mentő hívás. OMSZ – segítség kérés minden esetben, általában ritkán jár eszméletvesztéssel, és még akkor is ha látszólag minden rendben tűnik, és jól érzi magát a beteg, mert a következő 24 órában életet veszélyeztető szívritmuszavarok léphetnek fel.

15 – 150 m.A. A veszélyes zóna áramütéseknél, vagyis szívritmus zavarok keletkezhetnek szív megállás esetén alkalmaznia kell, az újraélesztés eljárásrendjét. O.M.SZ.- segítség kérés.

Minden áramütés esetén, még abban az esetben is ha látszólag nem történt nagy baj az sérültet korházba kell irányítani megfigyelés céljából. O.M.SZ. (Belgyógyászati baleset)

Halálesetben a rendőrséget is értesíteni kell.

B - Termikus traumák

Égés - Helyszíni ellátás,

Hűtés, ha lehetséges folyó vízzel. 25% százalék feletti nagy égésnél, mondjuk mindkét lába, vagy mindkét karja mellkasa érintett, a beteget nem szabad levetkőztetni, a sürgősségi dobozban levő steril kötszert is az éget ruhára, testfelszínre tesszük, azonnali O.M.SZ hívás, vagy súlyos esetekben az újráélesztés irányelveit kell alkalmazni. A kisebb égési felületeket azonnal steril lappal kell letakarni!

Vágó szúró eszközök által okozott balesetek,

Sebzések sebellátás

A hajszálér vérzés vér színe világos piros, csekély a vér vesztesége

A vénás vérzés sötétpiros, de a nagy véna vérzése már halálos is lehet. Nagy nyaki, alsó, felső végtagi vénák sérülése eset az ütőérvérzések lüktető élénkpiros, kivérzést, halált okozhat.

Vénás vérzés azonnali nyomókötés, vagyis gézlapokat helyezünk a sebre és szorosan lekötjük. Nem szabad szoros körkörös kötést alkalmazni, ha ilyent lát azonnal engedje fel, leszorítja az ütőeres ereket, a szövetek elhalásához vezethet. ,

A beteget le kell fektetni, a vérző testtájékot fel kell emelni

Nem szabad szoros körkörös kötést alkalmazni,! De még artériás vérzés estében sem.

Nyomókötés

Ha artériás vérzés, fontos, az első segélyt adó újjal nyomja el a vérzést, hasi vérzések esetén sok kötszermennyiség ráhelyezés után, próbálja elnyomni a vérzést! Külön fontos nyaki, vagy combtő ütőerek vérzése esetén. Mondjuk halántéki, ütőér is elnyomható, nyaki ütőeret, ha spriccel, a hüvelyk vagy mutató újjaink közé, vagy hüvelyk és tenyerünk vagy többi újjaink közé tudnánk fogni, és szorítani combtő ütőeret térdelve öklünkkel lenyomnánk, mindaddig, míg O.M.SZ.- segítség érkezik. A metszet sebet éles ék alakú eszköz okozza húzó hatással, ha nyomó hatással akkor vágott seb de gyakoriak a tompa eszközzel okozott zúzott sebek is, de lehet szakított seb is. Minden esetben, ha rendelkezésre Betadine Octanosept fertőtlenítő szer van jelen, ajánlatos használata, és a seb azonnali

steril lefedése kötése, a fent említett vérzésekre tekintettel, nem szabad körkörös szoros kötést alkalmazni! Az idegen testet nem szabad kihúzni, de vigyázni kell, hogy ne okozzon további sérüléseket, óvatosan kell minden mozgásra, légzésvételre figyelni!

Balesetek

Törés ficam, rándulás

Az ellátás kezdetéig általában maradjon mozdulatlan! Vérzések esetén lásd sebek kezelését, O.M.SZ, segítség, főleg ha gerincsérülés gyanúja is felmerül,!

Általában szabályos mechanikai sebellátás végezhető, ha nyílt törésről van szó. Ők is a törést, ficamot, a talált helyzetben rögzítik. De a vérzés ellátása kötelező, ne hagyjuk elvérezni a beteget!

Szemsérülések

Kisméretű idegentest por tiszta vízzel mosás, ha nem mosható ki lefedés kötés szemészeti ellátást igényel.

A szem tompa sérülései

Már véres a szem, csarnokvérzés is lehet, ilyenkor a sérültet lefektetjük, teljes nyugalmat biztosítunk, kétszemes kötést lefedést alkalmazzunk. Szemészeti ellátást igényel.

Maróanyagokkal történt szemsérülés

Minél nagyobb mennyiségű tiszta vízzel ki kell mosni a szemet. 15 -20 percig!

Mérgezések oldószer

Ilyenkor a segítséget nyújtó is életveszélyes állapotba kerülhet!

Ha nem műszaki mentés! Tűzoltó, O.M.SZ. segítség, főleg tűzveszély füstmérgezés esetén.

Ha lehetséges, nem katasztrófa helyzet, és nem veszélyezteti az a segítséget nyújtó életét. Mondjuk kiömlött az oldószer! De számolni kell a robbanás veszéllyel, tűzveszéllyel.

Szabad levegőre vinni, ha lehetséges, leültetni, lefektetni, az átítatott ruházatott eltávolítani, ha nincs vegyszerrel fertőzve, akkor a mérgező térből kimentése után, ruháját meglazítani, oldalt fektetni, légutak biztosítása.

Testfelszínre került mérget, vegyszert, szappanos vízzel lemosni, szemet, szájüreget kimosni kötelező, amíg O.M.SZ segítség érkezik, de a mérgező vegyszer típusától az első segítyt nyújtó is mérgezést kaphat, lásd munkavédelmi leírásokat! Munkavédelmi oktatást!

Hyperterm állapotok melyek nem azonosak a hypertermiával.

Túlmelegedésre való hajlam fizikai megterhelésre, célszerűtlen ruházat miatt, fizikai megterhelés, nedves klíma 26 fok feletti hőmérséklet! Megelőzés megfelelő hőmérséklet szellős környezet, könnyű ruházat, bő folyadék, biztosítás.

Előfordulhat napszúrás, magas lázzal, eszméletvesztéssel, ilyenkor hideg vizes borogatás a tarkóra, és a beteget 30 fokra megemelt felsőtesttel kell elhelyezni.

De előfordulhat hőség kollapszus!

Nem forró a beteg, bőre hideg is lehet nem felhevült, de nagyon izzad, rosszul van A beteget a mentőérkezéséig, hűvös szelős helyen kell lefektetni.

Hőkimerülés.

Ha lázas 39 fokot mérünk, verejtékeznek, izomgörcsei vannak, fullad, akkor hő kimerüléssel álunk szemben ilyen esetben azonnal OMSZ! - SEGÍTSÉG KÉRÉS SZÜKSÉGES, SÓHIÁNY MIATT.

Hőguta

A ritkább hőgutás bőre száraz, magas a hőmérséklete rosszul van, de általában az idős valamilyen szívérrendszeri betegséggel kezelt betegeknél jelentkezik.

Fagyás

Primer hypothermia.

Tartós alacsony hőmérséklet, nem megfelelő védőöltözet, fizikai megerőltetéssel párosulva. Gyakori a remegés eszméletvesztés halál. Gyakoriak a szívritmus zavarok. 16 – 28 C – maghőmérsékletenként. Újráélesztést is igényelhet a segítség megérkezéséig. A visszamelegítés elkezdése nem helyszíni feladat. Elegendő a meleg környezet, a betakarás. Kerülendő a végtagmozgatások! Ismert a visszamelegítési shock, a hidegvér a szívbe áramlik, végtagi értágulat mellett. A fellépő szívritmus zavarok a beteg halálát okozhatják! Ajánlatos a tarkótájéki felmelegítés! A szív hűlése, ritmuszavarai újráélesztést igényelnek

Fagysérülések!

Első fokú fagysérülés

Leggyakoribb a fagyott testtájék szúró fájdalma. Az érzéstelensége már állapot rosszabbodás jele a bőr színe sápadt, márványozott, utána kipirul, vagy duzzadt szederjessé válhat.,

Másodfokú fagysérülés

Vörhenyes, kisebb nagyobb hólyagok jelennek meg! A bőr fekélyessé válhat.

Tovább a az elsősegély dobozban levő kötszerek fertőtlenítőszeres tárolása, szavatossági idejének az ellenőrzése, megfelelő helyen tárolása, lista vezetése, ellenőrzési dátumainak a beírása naplóvezetése,

Nagyon súlyos harmadfokú fagyásnál már az összes szövetek megfagytak, a hólyagok összefolytak, a fagyott terület piszkos szürke színű.

Az ellátó minden fémot, órát, gyűrűt, lábelit, zoknit, vegyen le a fagyott területről. Nem szabad hirtelen felmelegíteni!

Csak akkor szabad dörzsölni a megfagyott területet, ha nincsenek hólyagok!

Ha vannak hólyagok, steril lappal kell lefedni az fagyott területet. Segítség megérkezéséig meleg teáztatás, meleg környezet betakarás.

A munka nehéz jellege napi 2000 - 2400 kcal energia szintet igényel. Rosszidőjárás körülmények közt is, a nyers faanyag kullancsok elleni védekezést is igényelnek. Baleset veszélyes nehéz fizikai munkavégzésről van szó. Számolni kell az, zaj vibráció, pór, fertőzés, veszélyeivel is.

Faporok orrvérzést émelygést, hányingert okozhatnak. Aprítás, faszállítás közben.

A gyantamaradványok, nedv és a fa egyéb alkotóelemei elsődleges bőrkárosodáshoz allergiás betegségekhez vezetnek, nyálkahártya gyulladásokhoz. (Rákkeltő faanyagok estében orr – rák Hodkin kór) A nem nagy faipari ágazathoz tartozó cég, aprítási, szállítási tevékenysége esetében csak bőrkárosodásokkal, bőrallergiával számolhat. Nem nagy faipari ágazathoz tartozó erdőgazdálkodó fakitermelő, vagy fűrésztelep, vagy deszkagyártó cég. A fagyanták is rákkeltő anyagok!

Aláírással igazolom, hogy a fenti alapfokú elsősegély nyújtási tanfolyamon résztvettem és gyakorlati elméleti oktatásban részesültem.

Tovább az elsősegély dobozban levő kötszerek fertőtlenítőszeres tárolása, szavatossági idejének az ellenőrzését, megfelelő helyen tárolását, lista vezetését, ellenőrzési dátumainak a napló vezetését, oktatáson való részvétem, alkalmazottjaim oktatását is vállalom, és az oktatási időpontokat is, alkalmazottjaim aláírásával rögzítem.

Tisztelettel Dr. Szabó András házi orvos üzemorvos szakorvos

Tokod – üveggyár 2015.06. 18.