Tokod Nagyközség Polgármestere
2531 Tokod, Kossuth Lajos u. 53.
Tel.: +36/33-505-110; Fax: +36/33-505-120
e-mail: polgarmester@tokod.hu

5.. napirendi pont

Előadó: Balogh Erika

E L Ő T E R J E S Z T É S
a Képviselő-testület 2018. június 25-ei rendes ülésére
Beszámoló a település egészségügyi helyzetéről

Tisztelt Képviselő-testület!

Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény 13. § (1) bekezdés 4. pontja értelmében a helyi önkormányzatok kötelező feladatai közé tartozik az egészségügyi alapellátásról való gondoskodás.
Tokod Nagyközség Önkormányzatának Képviselő-testülete a 2018. évi munkatervében, a 2018. június 25-ei rendes ülésére felvette a település egészségügyi helyzetéről szóló napirendi pont megtárgyalását. Ennek eleget téve az Önkormányzat idén is felkérte a településen dolgozó egészségügyi szakembereket, foglalják össze előző évi munkájukat. A településen két háziorvos, egy gyermek háziorvos, két védőnő és egy fogorvos látja el az egészségügyi feladatokat.

Fentiek alapján, kérem a Tisztelt Képviselő-testületet, hogy az előterjesztés megtárgyalását követően fogadja el a következő határozati javaslatokat.

I. Határozati javaslat
.../2018. (VI. 25.) önkormányzati határozat

Tokod Nagyközség Önkormányzatának Képviselő-testülete – a határozat mellékletét képező tartalommal – elfogadja dr. Oláh András háziorvos beszámolóját a település egészségügyi helyzetéről.

Felelős: Tóth Tivadar polgármester
Határidő: az értesítésre a döntést követő 8 napon belül

II. Határozati javaslat
.../2018. (VI. 25.) önkormányzati határozat

Tokod Nagyközség Önkormányzatának Képviselő-testülete – a határozat mellékletét képező tartalommal – elfogadja dr. Szabó András háziorvos beszámolóját a település egészségügyi helyzetéről.

Felelős: Tóth Tivadar polgármester
Határidő: az értesítésre a döntést követő 8 napon belül

III. Határozati javaslat
.../2018. (VI. 25.) önkormányzati határozat

Tokod Nagyközség Önkormányzatának Képviselő-testülete – a határozat mellékletét képező tartalommal – elfogadja dr. Pezderka Gyöngyvér gyermek háziorvos beszámolóját a település egészségügyi helyzetéről.

Felelős: Tóth Tivadar polgármester
Határidő: az értesítésre a döntést követő 8 napon belül

IV. Határozati javaslat
.../2018. (VI. 25.) önkormányzati határozat

Tokod Nagyközség Önkormányzatának Képviselő-testülete – a határozat mellékletét képező tartalommal – elfogadja Biró-Jámbor Gabriella védőnő beszámolóját a település egészségügyi helyzetéről.

Felelős: Tóth Tivadar polgármester
Határidő: az értesítésre a döntést követő 8 napon belül

V. Határozati javaslat
.../2018. (VI. 25.) önkormányzati határozat

Tokod Nagyközség Önkormányzatának Képviselő-testülete – a határozat mellékletét képező tartalommal – elfogadja Dr. Végh Róbert fogorvos beszámolóját a település egészségügyi helyzetéről.

Felelős: Tóth Tivadar polgármester
Határidő: az értesítésre a döntést követő 8 napon belül

Tokod, 2018. június 13.

Tóth Tivadar
polgármester

Az előterjesztés mellékletei:

I. dr. Oláh András háziorvos beszámolója
II. dr. Szabó András háziorvos beszámolója
III. dr. Pezderka Gyöngyvér gyermek háziorvos beszámolója
IV. Biró-Jámbor Gabriella védőnő beszámolója
V. dr. Végh Róbert fogorvos beszámolója

Tokodi Polgármesteri Hivatal	
Érk.sz.: 3984	Dátum: 2018.06.06.
Ikt.sz.: TPH/A/36-1	Dátum: 2018. JÚN. 07.
Előadó: D. E.	Előszám:

Tárgy: Fwd: éves tokodi EÜ jelentés
Feladó: jegyzo@tokod.hu
Dátum: 2018. 06. 03. 16:57
Címzett: titkarsag@tokod.hu

Az iPhone-omról küldve

Továbbított levél kezdete:

Feladó: Oláh András <draska@vipmail.hu>
Dátum: 2018. június 2. 17:49:24 CEST
Címzett: <jegyzo@tokod.hu>
Tárgy: éves tokodi EÜ jelentés

Mellékletek:

Jelentés 2018.doc 32,0 KB

Beszámoló jelentés

Tokod Nagyközség Önkormányzata Képviselő-testületének 2018. évi júniusi ülésére

a falu felnőtt lakosságának egészségügyi helyzetéről

Szervezeti és működési szabályok

Tokod falu felnőtt lakosságának háziorvosi ellátását az
O. Medic Kft. 2010. február 1-től látja el vállalkozás formájában, 2016. május 1-je óta Tokodaltáróval összevont körzetként.

A háziorvosi tevékenységet napi 8 óra rendelkezésre állási időben végezzük Keszthelyi Zoltánné ápolónővel. Ebből napi 12 óra a tokodi és 10 óra a tokodaltárói rendelési idő, melyből előírás alapján 1 órát bejelentkezett betegeknek kell fenntartani. A tokodi és tokodaltárói betegek mindkét rendelést látogathatják. A rendelési időpontok és elérhetőségek a rendelő falán, bejáratánál és a váróban is fel vannak tüntetve. A 16 óra utáni és hétvégi sürgős betegellátást a „Dorogi Kistérségi Központi Háziorvosi Ügyelet" látja el, melyen magam is havi 2-4 alkalommal veszek részt. Helyettesítésre Dr. Szabó Éva és Dr. Tittmann Judittal van megegyezésünk. (Dr. Szabó Andrással szükség szerint).

Változások

Kötelezően bevezetésre került az EESZT (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér), mely a későbbiekben betegek orvosi dokumentációjának lekérdezésére, receptek elektronikus továbbítására szolgál(-na), de jelenleg rengeteg fennakadást okoz, nem kiforrott. Az átmenet egyszerűsítésére jelentős befektetéssel korszerűsítettük hardveres és szoftveres állományunkat, mely a tokodi- és tokodaltárói körzetek közötti adatmegosztást és a betegek „átjárhatóságát" megkönnyítette, de az EESZT-vel való munkát sajnos nem. Továbbá ABPM (24 órás vérnyomásmérő) is bevezetésre került, melyre így nem szükséges szakrendelést felkeresni és segíti a betegek vérnyomásának pontosabb megítélését, beállítását. A 2018-ra tervezett vastagbélrák kampány szűréshez szükséges továbbképzésen az egészségügyi személyzettel részt vettünk, indítására felkészültünk. Szintén 2018-ra tervben van a tokodi és tokodaltárói rendelőkben történő vérvétel bevezetése (havi 1 alkalommal, max. 20 beteg részére engedélyezi a laboratórium a minták bevitelét) amennyiben az önkormányzatok a minták szállítását biztosítani tudják. A sporadikus vérvételek előzetes egyeztetés alapján továbbra is biztosítottak rendelőinkben, vagy a beteg otthonában.

A betegellátásról

A háziorvosi szolgáltató Tokod I. körzet és Tokodaltáró I. körzet felnőtt lakosságának (14+) ellátását végzi területi ellátási kötelezettséggel. A körzethez tartozó betegek száma: 3236 (ebből 1943 Tokod I. körzet). Nemek szerinti megoszlás: 1565 férfi (924), 1671 nő (1019).

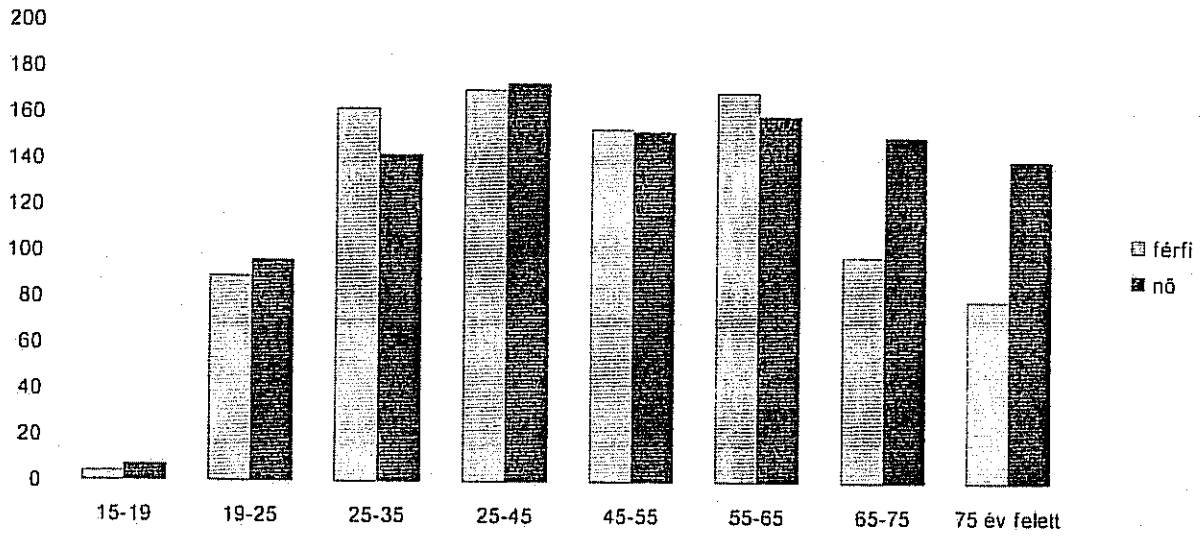
Forgalmi statisztika

2017-ben a rendelőben megjelent betegek száma: 11 376. Lakáson történt ellátás: 157 (Tokod+Tokodaltáró). Napi betegforgalmi átlag kb. 50 fő.
A betegforgalom az elmúlt évhez hasonlítva jelentősen nem változott.
Elhunyt betegek száma 2017: 28. Továbbra is zömmel daganatos és szív-/érrendszeri betegségek vezetik a halálozási statisztikát. Az adott időszakban elhunytak átlag életkorából megbecsülhető a körzethez tartozó betegek várható élettartama, mely az elmúlt évekhez hasonlóan 75,8 év (nők: 77,0, férfiak: 73,8). Az értékek nem egyeznek a születéskor várható élettartammal, mivel a gyermekhalálozást nem tartalmazzák. Tokod legidősebb lakosa 99 éves.

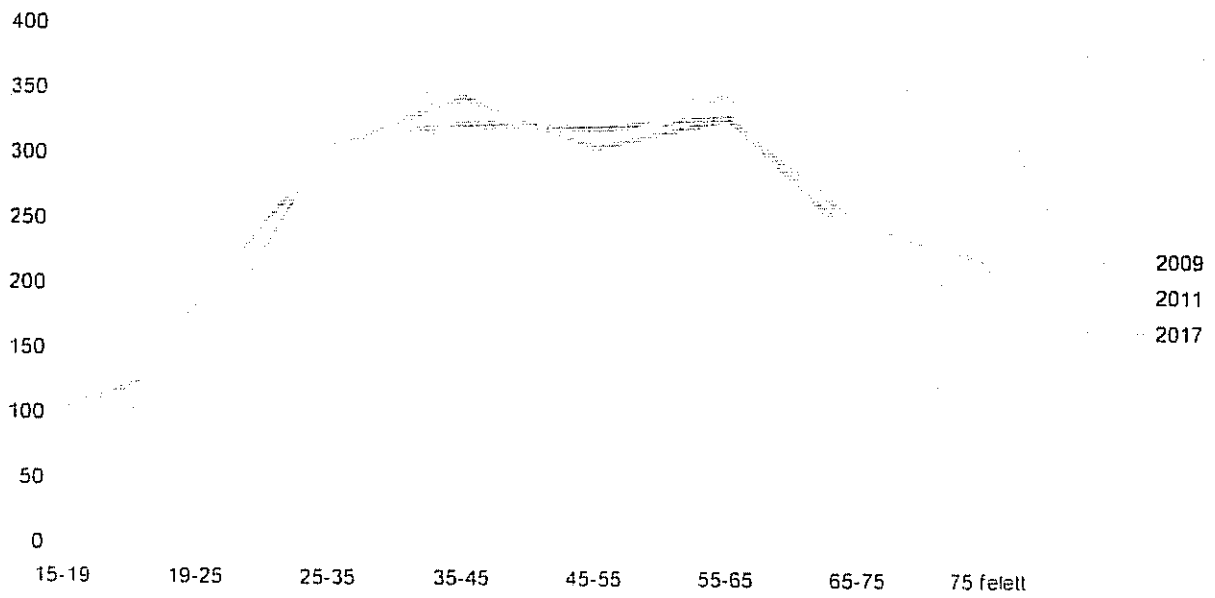
Tokod, 2018. 06. 02.

Dr. Oláh András
háziorvos
O. Medic Kft.
ügyvezető

Ábra: Körzet betegeinek koreloszlása nemek szerint 2018. 05.16.



Ábra: Betegek koreloszlása 2009-ben. 2011-ben és 2017-ben.



Budapest E.
2018.06.05.

Orvosi beszámoló 2018.
Tokod – üveggyár 2. sz. körzet Dr. Szabó András.

Tisztelt Tokod Nagyközség Polgármesteri Hivatal Polgármestere, Dr. Tóth Tivadar, tisztelt testületi tagok.

A betegeink :

Bejelentkezett lakosok száma
Hivatkozási dátum: 2017.12.31

Tokod Üveggyári Háziorvosi Sz.

	A háziorvosi / házi gyermekorvosi praxishoz bejelentkezett lakosok száma dec 31.-én	Férfi	Nő	Összes	Ebből: fokozott gondozásban részesül		
					Fiú	Lány	Összesen
1.	0-11 hónapos	0	0	0	0	0	0
2.	12 hónapos - 4 éves	0	0	0	0	0	0
3.	5 - 14 éves	2	1	3	0	0	0
4.	15 - 18 éves	4	9	13	0	0	0
5.	Csecsemők és gyermekek összesen	6	10	16	0	0	0
6.	19 - 24 éves	52	49	101			
7.	25 - 34 éves	159	103	262			
8.	35 - 44 éves	174	134	308			
9.	45 - 54 éves	140	89	229			
10.	55 - 64 éves	106	106	212			
11.	65 - 74 éves	100	105	205			
12.	75 éves és idősebb	45	101	146			
13.	19 éves és idősebbek összesen	776	687	1463			
14.	Összesen (5 + 13 sorok összege)	782	697	1479			

Finanszírozási gondok, az 1999 – ben 1128 bejelentkezett betegek létszáma hiába emelkedett 1479 – re számolásaink szerint az bejelentkezett betegek között alig van 537 – Tokod – üveggyári lakos, finanszírozás szempontból az környező településekből bejelentkezett 942 – beteg TB. Támogatása biztosítja az körzet fenntartásának anyagi stabilitását! Nélkülük finanszírozási nehézségek jelentkeznének az Tokod – Üveggyári orvosi rendelő működését illetően! Nővér fizetése 175.000 Ft takarítónő 15.000 Ft. Nem viselünk kártyaháborút, de nem tehetjük meg hogy ne fogadjuk be azokat a betegeket akik hozzánk szeretnének bejelentkezni! Végtére csak kártyaháború, amely előtt tehetetlenül állok csak azért mert nem tudok nemet mondani. Élnézést kérek minden kollégától! Habár rendelőnk négy évre kapta meg az Budapesti Családorvosi Tanszéktől az rezidensi oktatáshoz az engedélyezést. Budapest túl messze van, és egyre kevesebben szeretnének családorvosok lenni, ami érthető mert az mai modern orvoskutatásokon alapuló pontos diagnózis, és személyre szabott kezelések beállítása, csak az szakorvosokkal közreműködő Team munka keretében valósítható meg! Az vidék központi ellátó helyeinek hiányosságai túlterheltsége egyre csak megnehezíti az háziorvos feladatait, az közreműködés inkább viszályokat válthatnak ki! Segítség helyett a háziorvost bírálják! Élnek még az régi előítéletek, az fel alá rendeltségi vertikális viszonyrendszerek, az a szerencsés háziorvos akinek rendelője a legközelebb áll egy egyetemi oktató centrumhoz, sohasem tagadják meg a kért segítséget! Magyarországon több mint 300 háziorvosi betöltetlen hely vár háziorvosra! Az

továbbképzések továbbra is csak az egyedüli hely ahol a háziorvos nyíltan felteheti szakmájával kapcsolatos kérdéseit! Az jelenlegi tapasztalataim alapján sehonnan máshol nem kaphat szakmai segítséget!
Tényleg nincsen szükség háziorvosokra? Én is túl bonyolultnak látom a rendszert, amelyet csak az egyetlenegy tény nehezít meg, az beteg elvárásokkal, de az orvos szakmai tudásával is kapcsolatosan hogy az háziorvos csak akkor tudná rendesen ellátni a feladatát ha több évi kórházi munka tapasztalatával, és átlagon felüli szaktudással rendelkezne! Ő áll az front első vonalában, rá vár az beteg betegségeinek időbeni felfedése szürése és e célból az személyre szabott kezelésnek beállítása, amely érdekében célzott kivizsgálásokra, kell irányítania betegét a pontos diagnózis és terápia beállítás céljából!

2018 – Tevékenységünk

Forgalmi adatok

Hivatkozási dátum: 2017.12.31

Tokod Üveggyári Háziorvosi Sz.

	Megnevezés			Összesen
1.	Rendelési időben megjelentek (eset) (praxis betegei + ambuláns betegek)			7485
2.	Rendelőn kívüli ellátások (eset)			0
3.	Fekvőbeteg gyógyintézetbe utalások száma (eset)			0
4.	Szakrendelésre utalások (eset)	a	diagnosztikára (EKG, labor, képalkotó)	623
		b	egyéb	8

Hozzáállás az több mint 7000 betegnél csak 623 estben volt észlelhető kooperációs készség! Az gyógyszer felíráson felül, vagy ténylegesen jól vannak beállítva a kezeléseik?
Tekintettel... a ..Kimutatás a Háziorvos Szolgálathoz Bejelentkezettek betegségeiről, (19 éves és idősebb)

Tekintettel az országos helyzetre betegségekre öregedő lakosságra, ma Magyarországon nem dolgozhat orvos irányelvek nélkül!
Az háziorvoslás szempontjából is a legfontosabb
VII. MAGYAR KARDIOVASZKULÁRIS KONSZENZUS KONFERENCIA AJÁNLÁSA!
Prof. Dr Szollár Lajos. Prof Dr. Tóth Kálmán. Prof.Dr. Karády István. Prof. Dr. Paragh György.

Kockázat besorolás amelyekre minden kezelésnél tekintettel kell lenni...
I - Igen nagy kockázat
Akut súlyos állapotok, akut koronária szindróma, kritikus végtag iszkémia,Klinikailag igazolt vagy képalkotó eljárással dokumentált atheroszklerotikus koronária, cerebrális perifériás verőér betegség, Korábbi myokardiális infarktus, iszkémiás sztroke, TIA, aorta aneurysma, claudicatio intermitenskoronária PCI, CABG, carotis/perifériás ér beavazkozás, nem traumás végtag amputáció, Képalkotók koronária angiográfia, UH.MR, CT
Diabetes mellitus 1-es 2-es típus,és elszervkárosodás, pl proteinuria, vagy jelentős, lipidemelkedéssel vagy dohányzással társult cukorbetegség, súlyos krónikus veseelégtelenség, GFR kisebb mint 30/ml/1,73 m és proteinuria, Familiáris hypercholesterinaemia, (opcionális)

II Nagy kockázat – Egyes súlyos kockázati tényezők önálló kockázati tényezőket
vérnyomás nagyobb 180/110 Koleszterinszint nagyobb 8/mmol/l
Minden cukorbeteg amelyik nem tartozik az Igen kockázati csoportba, ide nem sorolhatók be a fiatal juvenilis 1-es típusú cukorbetegek

Krónikus vesebetegség GFR 30- 60/ml min 1,73m és vagy proteinuria, Boka – Kar Index nagyobb 09 SCORE nagyobb 5% kisebb 10% - nal /10 év

III – Közepes kockázat SCORE nagyobb 1- nél, nagyobb 5% - nal /10 éven belül
IV – Kis Kockázat SCORE kiseb mint 1% 10 éven belül
Majd külön kitérek arra hogy a fenti becslések csak az 10 éven belüli Kardiovaszkuláris halálozás rizikóját becsli, miközben nem tér ki a tíz éven belüli non fatális kardiovaszkuláris eseményekre!
Az becslés az már meglevő betegségek halálozási rizikóját veszi figyelembe, miközben nagyon emelkedett az tünetmentes, emiatt kezeletlen major kardiovaszkuláris eseményeknek a száma, amelyek nagymértékben emelhetik mind a halálozást mind a kórházi kezelések számát.

Egy példa miért fontos az fenti osztályozás! Ma Magyarországon mindenhol elérhető az azonnali koronárográfia, de..
Azonnali STEMI – esetében vagyis EKG – ST elevációs szívinfarktus esetében! Elégséges a típusos fájdalom és az ST – eleváció! Dr. Becker Dávid! Azonnal koronárográfiára és primér PCI – re kell küldeni a STEMI – beteget! De a nem az ST eleváció nélküli infarktusos beteget miközben figyelembe kell venni a rizikó csoportokat! A Nagyon Nagy (Magas) Kockázati csoportban a beteg állapota dönti el a beavatkozás idejét! Természetesen fontos az szívultrahang vizsgálata is más szívbetegségek, betegségeknek a kizárása céljából, látható a szegementális falmozgás zavar, vagy a Bal Kamra Globális funkciójának a megítélése szempontjából, vagy a szövődmények időbeni felfedezése céljából!
A szívkoszorúerek anatómiája s elhelyezése miatt mindig is fontos a koronárográfia, a megfelelő, és pontos revaszkularizáció elvégzése céljából! Ha nem STEMI infarktus a Nagyon Magas – Nagyon Nagy kockázati csoportba tartozóknál azonnal el kell végezni a beavatkozást! Nagy Rizikó csoportban 24 órán belül, Közepes rizikó esetében 3 - nap alatt! Ajánlatos Intervenciós centrumokba küldeni a beteget! A troponin teszt önmagában nem elég az infarktus igazolásához, de fontos a szintje változásának a dinamikája, amikor egy órás különbséggel levett második teszt megmondhatja, hogy betegnek infarktusa van! Kutatásban vannak több markerek is, copeptin és troponin együttes mérése és dinamikája!

Körzetünkben
Magas vérnyomás betegségek 110/115 (19 -24 év között -2 beteg- 25-34 év- 6 beteg 35-44 év 25 beteg, 45-55 év – 37 beteg 55-64 -év 67 beteg, 65 -74 év 83 beteg 75 év felett 84 beteg = összesen 304 – beteg!

Ehhez társulnak az Ischaemiás szívbetegségek /120/125/ 35-44 év – 3 beteg, 45-55 év 1 beteg 55-64 év 9 beteg 65 – 74 év 17 beteg, 75 év felett 47 beteg = összesen 77 beteg! Egyes szívbetegségek – veleszületett vagy szerzett – amelyek 35 – 44 év között derültek ki rendelőnkben - - 1 beteg, 45- 55 v – 1 beteg, 55- 64 év 1 beteg, 65 – 74 e-v – 4 beteg, 75 év idősebb 1 beteg, = összesen 8 beteg! Sajnos ezekből nem derülnek ki a szívelégtelenségek, hogyha figyelembe vesszük a magyar Kardiológiai társasság osztályozását, mind az magas vérnyomásos betegség által okozott tünetmentes szív elégtelenség II – osztály stádiuma egyenértékű bármelyik kezeletlen
szívbillentyűnek veleszületett, vagy szerzett betegségnek szív elégtelenség által okozott mortalitás számának növekedésében. Mind a kezeletlen magas vérnyomásos betegség, vagy szívbillentyű betegség, tekintettel a kockázati tényezőkre, társbetegségekre, az okozott elektromos instabilitásra, amely szívritmus zavarokhoz, hirtelen halálhoz vezethetnek. Főleg az Aorta billentyűnek a betegségei, ne feledjük az aorta billentyű alatt szájazzanak az szív vérellátását biztosító két nagy koszorúér! Nem oly rég vesztettünk el egy tehetséges háziorvos kollégát akinek szerencsétlenségünkre tünetmentes veleszületett aorta billentyű betegsége volt!

Az XX. Gottsegen Kardiológiai Nap, továbbá az Európai Kardiológiai társasság ESC - új irányelveket hozott a Szívelégtelenség diagnózisával kapcsolatosan amelyeknek céljuk az tünetmentes szívelégtelenség minél korábbi felismerése és kezelése, amely által lehetővé válnak az veleszületett, vagy szerzett rendellenességek minél korábbi felismerése! Az legnagyobb veszélyt továbbra is az fatális kimenetelű szívritmus zavarok okozhatják! Hirtelen szívhalált okozhatnak!

Dr Clemens Marcel- implantálható defibrillátorok, évről évre új típusok jelenek meg, egyre több szívinfarktusos betegség, miokárdium betegségeknél, ritka de halálos primer ioncsatorna betegség (lásd sportolók) vagy veleszületett, szerzett szívbetegségekhez társuló szív ritmuszavarok miatt! Újdonság a

Dr Simon Attila szerint a SPRINT vizsgálat az 140- Hgmm - célértéket 120- Hgmm alá vinné, két csoporton végzett tanulmány alapján – eredményes 3,26 v után szakították meg a sikereket mutató kísérletet! Az egy éves Systolés 121,5 és 134,6 Hgmm diasztolés 68,7 és 76,3 Hgmm között az 121,5/ 76,3 Hgmm csoportnál (összesen 9361 enyhe és középsúlyos magas vérnyomásos betegnél végzett tanulmány alapján) amelynek elsődleges végpontja a kardiovaszkuláris betegségek szívinfarktus akut koszorúér esemény, stroke, akut dekompenzált szívelégtelenség és kardiovaszkuláris halálozás megjelenésének az előfordulása volt. Az alacsony vérnyomáson tartott csoportban 25% - al csökkent az elsődleges végpont előfordulása! Illetve 27% - al az összhalálozás!
A halálozás relatív rizikója 43% - al, a szívelégtelenség előfordulásának kockázata pedig 38% - al alacsonyabb volt a standard kezelésben részesülő csoporthoz képest! Enyhe és Középsúlyos csoportban érdemes alacsonyabb célértékre törekedni!
Prof. Dr. Édes István szerint is az 120/80 Hgmm értéket tartja klasszikus célértéknek, az 120- 140 tartományt szürke zónának nevezi, amit magas normális zónának is szoktak nevezni! 140 Hgmm felett már kismértékű emelkedés is exponenciálisan rontja a túlélést stroke szívinfarktus miatt, különösen érzékeny a stroke, nagyon nyomásérzékeny már 2 Hgmm is számít! Dr. Nádházi Zoltán epidemiológiai adatok szerint – a szisztolés vérnyomás 115 Hgmm -ig történő csökkenése a stroke bekövetkeztének valószínűségét illetve a stroke okozta halálozás gyakoriságát kedvezően befolyásolja!

Ebben a fejezetben nem foglalkozok az anyagcsere betegségekkel cukorbetegséggel amelyek nagymértékben hozzájárulnak az kardiovaszkuláris mortalitás növekedéséhez, cél szervek károsodásához, érelmeszesedés fokozódásához,
cél érték éhomi vc. kisebb mint 6 mmol/l, étkezés utáni posztprandiális vc – 7,5 mmmol/l – nál kisebb kell hogy legyen HbA1 – 6-8% céltartományban kell hogy legyen!
Prof. Dr. Édes István szerint a kardiovaszkuláris betegeknél a HbA1C – 7% célérteke a legmegfelelőbb. Lásd a kezelt beteg hypoglkémia által okozott kardiovaszkuláris mortalitás növekedését! 4 mmol/l alatti vc szinteknél! Fölég a nagyon nagy és nagy rizikójú csoportokban! Tehát ne törekedjünk 7% alatti érték elérésére! Személyre szabott HbA1c értékek ajánlottak attól függően, hogy mennyi ideje áll fenn a cukorbetegség, és van- e a betegnek valamilyen kardiovaszkuláris betegsége – lásd rizikó osztályozást! A beteg motiváltságától és anyagi helyzetétől is függően! Az új modern gyógyszerek ára magasabb! Sajnos mind a multinacionális cégek, bankok (Rockefellerek) is, nyakig benne vannak az orvostudományi kutatások finanszírozásában nem adják olcsón a licencet! Ezért drágák a műszerek, és az labordiagnosztikák is! El kell fogadjuk a tényeket és alkalmazkodnunk kell ha ténylegesen gyógyítani szeretnénk!
Korai stádiumban levő betegeknél ajánlatos lenne ha három hónap után újból mérnénk az Hb A1c szintet, ha Metformin kezelés alatt nem csökken 7% alá akkor érdemes elkezdeni az DPP4 -gátló kezelést! Amely nem növeli a testsúlyt, nem jár hypogikaemiával, és védi az insulint termelő béta hasnyálmirigy sejteket! Bizonyos esetekben meg kell elégednünk, hogy a Hb A1c 7,5 – 7,8% tartományban maradjon Dr Fülöp Tibor. Nem a HbA1c célértékeket hanem a céltartományt határozzuk meg!

Cukorbetegségben is teljesen megváltozott kezelési sémákkal, osztályozásokkal, gyógyszerekkel szembesülünk amelyben megjelent az IGT – OGT alapján a prediabeteszes állapot amelyet már gyógyszeresen kell kezelni nem elég a diéta életviteli módosítás adhatók a Metformin vagy inkretin tengelyre ható gyógyszerek! Az kardiovaszkuláris halálozás csökkentése érdekében Magyarországon is 2017 óta - megjelent Na – glukoz cotransporter empagliflozin – liraglutiddal kezelés, amelyet klinikai vizsgálatokkal támasztották alá! Diabeteszben údonság hogy lehetőség legyen egyéni kezelésekre céltartomány HbA1c – estében 6- 8 mmol/l, az éhomi 6 a posztprandiális célérték 7.5 mmol/l maradt.
A dohányzás mindkét nemnél független CV - rizikó faktor, a passzív dohányosoknál is, a leszokás 50% - al csökkenti ezt a rizikót.

A túlzott alkohol fogyasztás több mint 60/gr nap növeli az CV – történések incidenciáját azoknak kialakulásának kockázatát.

A közepes mértékű alkohol fogyasztás napi 12 – 24g csökkenti az CV kockázatot. Legkisebb kockázattal jár a vörösbor fogyasztása

Opciónálisan elfogadott BMI – index, Diétás kezelésben Low – carb, High – protein. Lipidiológiai ajánlások PROVE –IT vizsgálat mely megerősítette a statin – ezetimb combinációját az 1,8 mmol/l LDL – Ch értéketMindkét nemben nagy kockázattal jár a 25kg/négyzetméternél nagyobb BMI index ennek következtében kialakuló hipertónia, diabetes mellitus, miatt.

A magas fizikai aktivitás ugyancsak csökkenti CV kockázatot, a közepesen aktív személyeknek is kisebb a CV rizikója mint az inaktív embereknél, a fizikai aktivitás mind a testtömeg vércukor, vérzsírok csökkentő hatása miatt.

A magas zöldség gyümölcs fogyasztóknál ugyancsak alacsonyabb a CV - rizikó, vagy akik havonta legalább egyszer halat fogyasztanak, vagy akik teljes kiőrlésű gabonakészítményeket fogyasztanak. A kevés D - vitamin bevitel is növeli a CV kockázatot, a magas E vitamin több minr 400 NE nap növeli a CV - kockázatot, a magas homocystein értékek növelik a CV kockázatot. A nőknél menopauzában hirtelen megemelkedik a CV kockázat, akárcsak az CV - történések incidenciát emelő hormon potló kezeltek.

MIÉRT MINDIG CSAK AZ ISMERT DIAGNÓZISÚ BETEGSÉGEK HALÁLOZÁSI ARÁNYAIT VESSZÜK CSAK FIGYELEMBE?

ESC – (European Society of Cardiology) - adatai szerint, egy év alatt, a szív elégtelenek 17% - a kórházban hal meg, Ugyancsak Nagyon Nagy, Nagy kockázatú ismert beteg csoportokról van szó, akiknél tudott, hogy bármikor felléphet mint szövődmény a szívelégtelenség! (a halálozási arány növekedésben nagy szerepet játszanak, az cukorbetegségen kívül, az vírusos fertőzések, és az egyéb járványszerű vírusos vagy bakteriális fertőzések, direkt szívizomra hatás vagy a hónapokig szervezetben felhalmozódó gyulladásos anyagok miatt, amelyek az stabil érelmeszesedési plakkokat instabillá olvasszák, az lágy sapka leszakadása szív, agyi infarktusokhoz érelzáródáshoz, tüdő embóliát okozhatnak a fertőzést követő egy éven belül nagy arányban növelhetik az kardiovaszkuláris mortalitást! Lásd Influenza elleni és tüdőgyulladások elleni védőoltások szerének a fontosságát! Influenza tüdőgyulladás után négy vagy hat hónapra teljesen (látszólagos egészségi állapotban) bekövetkezhet a hirtelen halál!
Prof. Dr. Tomcsányi János szerint Magyarországon az egyéves szívelégtelenségben halálozási arány 27% (A béta blokkolok 30-40% - al csökkentik a halálozási arányt! Sovány idősoknél Háromhetente, havonta dózis emelés, fiataloknál kéthetente is duplázhatjuk az adagot állapot rosszabbodás, Bal Kamra funkció romlás esetében, a túlélésért (Tomcsányi János)(betalok, cardeviol, nebivolol concor ivabradin)

AZ VESZÉLYES TÜNETMENTESSÉG – SZŰRÉSEK ÉS A SZEKUNDER PREVENCIÓ FONTOSSÁGA!
Továbbá ugyancsak az ESC – (European Society of Cardiology) - adatai szerint, a stabilnak nevezhető Szív elégtelen betegeknél, akik ambulánsan kezeltek, a halálozás eléri a 7% - ot! Hirtelen szívhalál vagy a szívelégtelenség rosszabbodása miatt! Körzetünkben nem is oly régen vesztettünk el egy 48 éves kezeletlen, tünetmentes magas vérnyomásos beteget, aki vagy két évig nem szedte beállított gyógyszereit, amelynek vég-kimenetele hirtelen szív infarktushoz, és agytörzsi infarktushoz vezetett, (azonnal leálltak az agytörzsben található szív és légzést szabályozó központok) Ilyen esetekben az egyetlen esély az azonnali újraélesztés! 30/2 arányban! Harminc szív nyomás két belégzés, amelyet azonnal el kellene kezdeni, ha kell órákon át is folytatni kellene, megszakítások nélkül, ilyenkor jól jönne egy segítség, aki felváltaná az élesztőt, amíg kiérkezik a mentő! Az újra élesztést legjobban egy labdán lehet gyakorolni, nagyon fontos, mert életet menthet! Sajnos csak az orvost nem éleszti újra senki!
Az modern háziorvoslás elsődleges célja az tünetmentes szívelégtelenség időbeni szűrése és kezelésének a követése, a megfelelő szakorvosi felügyelet, és terápia beállítása, vagy szívsebészeti beavatkozást is követően. Ezért fontos, hogy olyan módban kövesse, ahogyan az Európai Kardiológus Társaság irányelvei az előírják, (European Society of Cardiology) (ESC). Természetesen könnyű helyzetben vagyunk, mert Közelben az Budapesti Klinikák! És fogadják az céltudatosan megfelelő helyre irányított beteget! Tovább minden köszönet az Dorogi Laboratórium munkatársainak, akik ha szükséges, még Németországi Laboratóriumokba is elküldik a háziorvos által kért vérmintákat! További tárgyalások szükségesek!
Hogyan értelmezhetők az Kardiológiai UH – eredmények!
Azért fontos mert a túlterhelés miatt sok beteg lemond az Kardiológiai kivizsgálásról! Tünetmentes szervkárosodások – SOD keresése
SOD Jelentősen súlyosbítják a SCORE táblázatban levő CV – kockázatokat!

Pulzusnyomás idősek esetén 60Hgmm felett

Balkamra hipertrófia LVH – EKG férfi 115g – nők 95g/négyzetméter

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

Carotis . femorális PWV nagyobb mint 10 – ms

Boka – kar index nagyobb 0,9 – nél

CKD 30-60/ml/perc/1.73 négyzetméter

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

Fontos —

Az artériás stiffness Számos módszer közül az artériás stiffness meghatározása terjedt el a legjobban, amely alatt az augmentációs index (Aix) és a pulzushullám terjedési sebesség (PWV) mérését értjük. A témában megjelent többszáz publikációt összefoglaló közlemények alapján ma már bizonyosan mondhatjuk, hogy az artériás stiffness fokozódása, azaz az augmentá- ciós index növekedése és a pulzushullám terjedési sebesség emelkedése megelõzi az érelmeszesedés megjelenését. Ezek a paraméterek biztos, önálló, a klasszikus rizikófaktoroktól független elõrejelzõi az érelmeszesedés okozta CV megbetegedéseknek Az Aix alatt az artériás pulzushullámon látható két szisztolés hullámcsúcs, azaz az ejekció okozta direkt (korai szisztolés) hullám (P1) és a második, a visszaverõdött (késõi szisztolés) hullám (P2) amplitúdója közötti különbségének a pulzusnyomás (PP) százalékában kifejezett arányát értjük (1. ábra). Az Aix a klasszikus rizikófaktorok hiányában is elõrejelzõje a CV eseményeknek (22, 23). Chirinos és munkatársainak vizsgálatai koszorúérbetegeken azt igazolták, hogy az Aix 10%-os növekedése a CV halálozás rizikóját 28%-kal növeli (8)

Magyar jövö- magyar szűrések! Kérdésem miért késik?

A TensioMed arteriográf áttörést jelent a komplex hemodinamikai paraméterek és az artériás stiffness meghatározásában a mérés egyszerűsége, a vizsgálat gyorsasága és kényelmessége miatt. Az arteriográf lehetõvé teszi számunkra e technológia széles körben történõ alkalmazását, eszközt biztosítva a lakosság CV állapotának szűréséhez. Az arteriográf helye a klinikai gyakorlatban – Tünet- és panaszmentes népesség bizonyos csoportjainak szűrése. Az érrendszer állapotának objektív felmérése. Fokozott fizikai és pszichés hatásnak kitett személyek (sportolók, üzletemberek, felelõs vezetõk, biztonsági szolgálatot ellátók stb.). – Anamnézisükben rizikó-faktorokkal rendelkezõk (infarktus, agyi történések a családban stb.) vizsgálata. – Kóros laboratóriumi eltérések (hiperlipidémia, hiperkoleszterinémia, stb.). – Szív- és érrendszeri betegek elsõ vizsgálata (hipertó- nia, anginás panaszok stb.). – Anyagcsere betegségek (diabetes mellitus, elhízás stb.). – A fentiek miatt kezeltek követése, kontrollja. Ennek a módszernek és berendezésnek a használatával nemcsak egy optimális szûrési módszer áll rendelkezésünkre, hanem a vazoaktív gyógyszereknek a hemodinamikai hatása is ellenõrizhetõvé válik. Segítségével tökéletesíthetjük a betegek CV rizikó szerinti csoportokba sorolását. Az érelmeszesedést még annak korai stádiumában felfedezhetjük, amikor a megfelelõ terápia alkalmazása elkerülhetõvé teszi a CV események kialakulását. Az arteriográf maga is képes SCORE számításra, a kockázat kicsi, közepes vagy nagy voltának kimutatására. Az arteriográf számos szakma

művelőinek nyújt hathatós segítséget meg előző, diagnosztikus és a terápia hatását monitorozó munkájuk során.

Szűrések és az TensioMed Arteriográf! (Miért csak klinikai stádiumban van szó erről a módszerről?)

Az háziorvosnak is fel kell mérnie a beteg állapotát! Sokat segítene a TensioMed Arterográf. A beállított kezelés mellet, az alig észlelhető klinikai tüneteket is felfedné,, ha nincsen életveszélyes állapotban, de élet veszélyes állapotba kerülhet! Egy emelkedett pulzus szám miatt! Az majdnem hogy tünetmentes szívelégtelenség diagnózisát

Új ESC - algoritmusok segítik, nem sürgős akut körülmények között amelyek megkönnyíthetik a a körzeti orvosok és nem kardiológusok tevékenységét! Véleményem hogy csak kardiológus végezheti el a vizsgálatot! Mégsem háziorvosi gyakorlatban alkalmazhatók!

Eddig a szívelégtelenség fennállásának a valószínűségét az anamnézis alapján – magas vérnyomásos beteg vagy ismert koszorúér beteg, sugárzás, kardiooxikus gyógyszer szedése, vagy alatt, után, (emlőrák HER 2 pozitív típusban alkalmazott – taxanok és az új monoklonális antitest trastuzumah, vagy gyakori antraciklinek) Bal kamra diszfunkciót okoznak mely sajnos kezeletlen egy év után már visszafordíthatatlan betegségé alakul át, (ha nincsen kezelve ACE gátlókkal Carvedilollal prof Dr. Zámolyi Károly, ezért fontos az UH -ellenőrzés, EF – ejectiós frakció mérése, a bal kamra diszfunkció észlelése, a szívelégtelenség akár a szisztolés akár a diasztolés – korai kimutatása szempontjából! Vagy az antraciklineknek tirozin kináz gátlókkal felcserélése ha lehetséges, onkológus – kardiológus közreműködésével mindenféleképpen fontos az kezelt tumoros beteg kardiológiai UH vizsgálata akár az elkezdett kezelés alatt is mert még időben cserélhetők az gyógyszerek!) Vagy hogy tudjuk szívelégtelén beteg mert eleve vízhajtót szedd, az ortopnoe, hypoperfuzió paroxysmális nocturnális dyspnoe alapján vagy klinikum alapján állapítjuk meg pangás, kétoldali boka oedema, szívzörej, vena juguláris tágulat, kihegyezett szívcsúcs lökés, EKG – UH – RTG – labor eltérések melyek ha hiányoztak nem volt lehetséges a szívelégtelenség diagnózisának alátámasztásának a valószínűsége!

Ezekhez az új irányelvek szerinti vizsgálatokhoz a környékünkön még semmilyen hozzá állás sem észlelhető!

Laboratóriumi vizsgálatok
Legújabban egyetlenegy koros elem esetén. + nátriurétikus peptid szint mérése javasolt! NT – proBNP – 125 pikogramm vagy BNP 35 pikogramm/ml Emelkedése szívelégtelenségről árulkodik!

Az Dorogi Labor biztos hogy elvégezné az efféle labor vizsgálatokat! Még akkor is ha fizetős, ha nem TB köteles mert érdekeltek a szakma fejlesztésében, jelenleg is vállalnak fizetős vizsgálatokat, volt olyan vizsgálat is amelyet a Dorogi Labor Németországban végeztetett el! Mondjuk, hogy egy cukorbetegség diagnózisa érdekében az orvos egy insulint termelő pancreas sejt elleni antitestet kereset! Az vizsgálatot Németországban végezték el! Az orvos célja a beteg életben tartása, az preciz diagnózis és kezelés, az mai modern kezelésekhez alkalmazkodása, továbbá az laboratóriumi szakmának is lépésben kell maradnia! Én annak örülnék ha minél több fizetős vizsgálatot tudnának elvégezni! Az orvosnak egyetlenegy életnek a megmentése, több élet megmentéséért ad reményt.

Algoritmusok-----
Pontos ESC – ajánlások jelentek meg a csökkent ejekciós frakcióval – EF jellemezhető szívelégtelenség HfrEF
típusa és az megtartott ejekciós frakciójú típusú szívelégtelenség diagnózisával kapcsolatban HFpEF

1 - Ha megjelenek az szívelégtelenség klinikai tünetei EF – 40% alatt – HfrEF

2 - Ha megjelennek a szívelégtelenség tünetei EF – 40 – 49 között és emelkedett az NT – pro – BNP – szint N – 125 pikogramm /ml vagy az BNP normál 35 pikogram/ml plusz Bal Kamra hipertrófia vagy

megnagyobbodott Bal Pitvar (Releváns strukturális szívbetegségre utaló kritériumok) EKG – szív – UH. - Vagy diasztolés diszfunkció HfmEF

3- Ha megjelennek a szívelégtelenség tünetei, és vagy jelei, EF – 50% felett emelkedett nátriuretikus peptid szint és legalább még egy releváns strukturális szívbetegségre utaló kritérium Bal Kamra Hipertrófia megnagyobbodott Bal Pitvar diasztolés diszfunkció!

Tehát új ajánlások jelentek meg a már tünetekkel rendelkező szívelégtelenség megelőzése céljából, illetve a tünetek megjelenése előtti hirtelen halál megelőzése céljából!
Számos bizonyíték támasztja alá hogy a szívelégtelenség megelőzhető, vagy késleltethető a rizikó faktorok befolyásolásával, vagy az időben elkezdett bal szívkamra szisztolés diszfunkció kezelésével! Ide tartozik a magas vérnyomásos betegség megfelelő kezelése is, a cukorbetegségekben az empaglifozin csökkenti mind a szívelégtelenség miatti kórházi kezelési időt az halálozást, dohányzás mellőzése, a mérsékelt alkohol fogyasztás jelenti a legalacsonyabb kockázatot (U - görbe) az fizikai aktivitás és az szívelégtelenség rizikója közötti fordított összefüggés,
Az rendelkezésre álló adatok szerint a 40 év felett már kardiovaszkuláris rizikófaktorokkal rendelkezők a BNP szint által vezérelt kezelés csökkentheti a Bal Kamra szisztolés diszfunkcióját és a látható szívelégtelenség kialakulását!

Azokra a betegekre kellene jobban odafigyelnünk akiknek koszorúér betegségük mellett még nincsen Bal Kamra szisztolés diszfunkciójuk vagy még nincsen szívelégtelenségük, az ACE gátlók késleltetik, de meg is akadályozhatják a szívelégtelenség kialakulását csökkentik az összhalálozást,
Nagy tekintettel kell legyünk az ARB blokkolókra minden egyes kivizsgálás kimutatta, hogy növelik a mortalitást! Vagy Stroke esetén nem védik ki az újabb cerebrovaszkuláris eseményt! MOSES eprosartan 1405 - beteg, ProFESS - 920332 beteg – telmisartan. Stroke esetében az PATS és PROGRESS vizsgálatok eredményei mind az amerikai mind a hazai szekunder stroke prevenciós ajánlások az már cerebrovaszkuláris eseményen átesett betegeknél kezelésül első sorban diuretikumot, indapamid (PATS – 5665 beteg) 30% - al csökkentett a stroke bekövetkezését, és 25% - al csökkentette a CV mortalitás kockázatát! + ACE gátlókkal kombináció javasolt! Osztály I evidencia szint A. Dr. Nádházi Zoltán.
Mindenki nagy reményeket fűzött egy új terápia csoportba tartozó angiotensin receptor nefrilizin gátló /ARNI/tartozó szer – sacubril//valsartan kombinációjában! A PARADIGMA -HF vizsgálatban superiornak bizonyult az enalaprilhoz képest csökkentette a halálozást és az szívelégtelenség miatti hoszpitalizációt de csak IB indikációt kapott. Jósolhatók hosszú távú mellékhatásai az CV – mortalitásra illetően!

Csak akkor javasolt az szív elégtelen betegnél ha ACE gátló, béta blokkoló és mineralkortikoid terápia mellett a beteg továbbra is tünetes marad! Egyetlenegy remény ha az neprilysin inhibitor – sacubrin – ACE inhibitorhoz hasonlóan fejti ki a hatását! És nem receptor blokkoló! További tanulmányok szükségesek!
Az sacubrin/valsartan kombinációban az valsartan ARBG – receptor gátlókkal való kezelések az eddigi tanulmányok alapján, amelyet prof Dr. Zámolyi Károly is alátámasztott az 2018- as Siófoki Konferencián, bebizonyosodott, hogy az érfalra ható káros hatásai miatt hosszú távon növelik az Kardiovaszkuláris mortalitást! Akár a valsartan telmisartan lomisartan Füstbe ment ARNI álmok és remények! Helyettük maradnak az biztonságos és hatékony és bizonyított ACE – inhibitorok. Körzetünkben is teljesen át kell gondolni az ARBG – kezeléseket! Csak abban az esetben adhatók ha allergia vagy ACE intolerancia áll fent!

Ezért magas vérnyomásos betegségben az kezelés IA – indikációval ACE – gátlókkal kezdhető el!
Szívelégtelenségben nagyon fontosak a STATINOK is, fontos hogy emelkedett NT- proBNP vagy BNP szint esetén maximálisan titrálhatók az ACE gátlok és Béta blokkolok! Nagymértékben javítják a szívelégtelenség kimenetelét! STEMI szív infarktus esetében a minél korábbi PCI – beavatkozás mérskli az EF – romlását, s a szívelégtelenség kialakulását!
Szívinfarktust követően ACE gátlok, béta blokkolók mineralkortikoid receptor antagonisták bevezetése ha már szisztolés Bal Kamra diszfunkció is fennáll, + statin kezelés - csökkenti a szívelégtelenség miatti hospitalizációt és halálozást!

Nagyon gyakoriak a tünetmentes krónikusan csökkent EF amely az etiológiájától független csökkenti a szívelégtelenség miatti kórházi kezeléseket!

Ha ischaemiás eredetű (koszorúér betegségben) tünetmentes Bal Kamra diszfunkció áll fent EF kisebb mint 30% (s tünetmentes) 40 nappal az infarktus után ICD – defibrilátor beültetése javasolt!

Sajnos vannak olyan Labordiagnosztikai eljárások amelyeket csak az Esztergomi sürgösségi osztály végezhet el, amely miatt kénytelen vagyok terhelni az osztályt, mondjuk szívinfarktus, vénás rögök, tüdő embólia gyanú esetében, infarktusban Troponin szint miatt, (megemlíteném hogy még három koszorú ér betegségben is sokszor negatív az EKG) az troponin szintet ajánlatos lenne egy óra után megismételni, vagy embólia gyanú esetében – d- dimer szint mérés, végzetes és halálhoz vezető hiba lenne e két paraméter figyelmen kívüli hagyása! Ugyancsak nagy gondot okoz, hogy mindkét paraméter szintje számtalan más betegségekben emelkedett lehet!

Háziorvosi feladatok
A nyugalmi szívfrekvencia emelkedése a CV - halálozás, AMI, - myokardiális infarktus SZE – szívelégtelenség kialakulása, koronária plack ruptura predikátora. A nyugalmi tachicardia, 70/min felett pulzus a SZE állapotromlásának jele (BEAUTIFUL vizsgálat) (kéznél levő pulzus méréssel – pitvarfibrilláció jeleit is keresve) A pitvarfibrillációs betegek átlagos frecvenciáját a szívelégtelenség tartományában tartsuk, 80/min alatt - nyugalomban, és 110/min alatt - 6 perces séta után. Minél hamarább ismerjük fel a tarsuló ritmuszavarokat. Rossz prognosztikai jelek a csökkenő EF, romló funkcionális státusz, szélesedő QRS, hiponatrémia (melyet az idapamid is okozhat), krónikus hipotenzió, romló vesefunkció, emelhedő szérum kreatinin, 250 – 300 felett kálium 5,5 felett, és a nyugalmi tachycardia 70/min felett.

Kezelt betegeknél Sürgősségi jelek 2-3 nap alatt 2 kg -os súlytöbblet – napi testsúly mérés szükséges! Fokozódó nagyfokú légszomj, ortopnoe, cianozis, szürkés hűvős verejtékes bőr, jól hallható szöresölés, rózsaszínű habos köpet, tachycardia, vérnyomás esés.
Az alkalmazott gyógyszerek miatt is fontos, nemcsak a pulzus, hanem a systolés vérnyomás napi többszöri mérése is, mert szívelégtelenség esetén veszélyes lehet az agressziv RR – csökkenés, főleg a hipertóniával is kezelt betegeknél.

A szívelégtelenség kezelésének célja a bal kamra diszfunkció korrigálása, a maladaptáció javítása, a szimpatikotónia, és a RAAS aktivitás csökkentése által. Fontos a szedett gyógyszerek abszolút, és relativ kontraindikációi klinikai és labor ellenőrzése, szérum nátrium, kálium, kreatinin szint mérése, főleg ha ACE – gátlókat szednek, és nincsen szívelégtelenség ambulancia a környéken, tudván hogy az angioöedema (ACE – intolerancia – allergiás reakcióval) csakis friss fagyasztott plazmával kezelhető sikeresen. Keresni kell a hipotóniát, mert a hipertóniásoknál fennál a pszeudonormalizáció veszélye is, mely romló szisztolés diszfunkció jeleként is értelmezhető, hipoperfizió, klinikai állapot rosszabbodás, kamra tágulás miatt tachyaritmia, pitvarfibrilláció malignus szívritmus zavarok, romló vesemüködési tünetek mellett.Az etiológiát az CHAMP betűszó segíti
C – akut coronaria szindróma
H – hypertensív vészhelyzet
A – arrhytmia
M – akut mechanikus ok
P – pulmonális embolia

Megjelent az akut szívelégtelenség pangás/hypoperfusió jelenlétn/hiányán alapuló kombinált diagnosztikai és terápiás eljárás új algoritmusa Akut szívelégtelenségben a pangás és hypoperfusió hiánya vagy jelenléte alapján amely 4 csoportot különböztetett meg!

Száraz és meleg, nedves és meleg,
száraz és hideg, nedves és hideg
El kell dönteni ha fennáll a pangás ha igen akkor nedves, ha nem akkor száraz.
Ha megfelelő a perifériás perfüzió ha igen akkor meleg ha nem akkor a hideg csoportba tartozik!

I - A nedves és meleg betegnél a vérnyomás általában normális, vagy magas akkor vagy vaszkuláris típus – magas vérnyomás miatt, vagy cardiális típus amelyben az elsődleges pangás dominálja klinikai tüneteket!!
Ia - Vaszkuláris típusban a ahol fluidum redisztribució áll fenn értágítók vízhajtók ajánlottak

Ib- A cardiális típusnál ahol a folyadék felhalmozódása áll fenn vízhajtó-értágító és ultrafiltráció javasolt

II-A nedves és hideg betegnél

IIa - ha vérnyomás 90 alatt van, inotrop szer refrakter esetben vasopresor, ha a perfuzió rendeződik szóba jöhetnek a vízhajtók, ha gyógyszerre nem reagál akkor a mechanikus keringéstámogatás megfontolandó

II b ha a vérnyomás 90 felett van akkor vasodilatator diurétikum s refraktér esetben inotrop szer jöhet szóba!

III – száraz és meleg betegnél a per os gyógyszerek módosítása jöhet szóba!

IV – száraz és hideg betegnél hypoperfundált hypovolémiás betegnél megpróbálható a folyadk challenge illetve inotrop szer ha továbbra is hypoperfusió áll fenn.

Az szívelégtelenség szűrése kezelése becslések alapján
A háziorvosi gyakorlatban ESC – alapján tekintettel az életkor előrehaladtával szaporodó kardiovaszkuláris rizikók számának a növekedésre, az egyre szaporodó társbetegségek miatt az kardiovaszkuláris szűrés nem csak a már meglevő és ismert betegeknél szükséges, hanem az életkortól független tünetmentes egyéneknél is, főleg pozitív családi anamnézis esetében, 5 évente ismétlendő, ez érvényes lenne az tünetmentes 50 év feletti nőknél, és a 40 év feletti férfiaknál!
Hibák – az alkalmazott SCORE rendszerek, nem, életkor, dohányzás, életvitel, öszkoleszterin, illetve HDL - koleszterin alapján csak az 10 évre várható kardiovaszkuláris mortalitás becsli, a non fatális rizikót pedig nem! Új lehetősség a fiatalabb kórosztály esetében a relatív rizikó becslése, és a rizikó kor meghatározása! A korai Kardiovaszkuláris halálozás (CVC) 10 éven belül több mint 5% - al növeli a kardiovaszkuláris mortalitást! Mint Rizikó! Az újabb ajánlások között már nem szerepel az MRI - vizsgálat, sem az carotis intimma média arány mérése! IMT arány amely miatt agyonterheltük az érsebészeket! Helyette az kardiológus által elvégzendő arterial stiffnes mérése ajánlott! Jelenleg számunkra még az IMT arány elég fontos! Nemsokára áttérünk az arterial stiffnes mérésre!

Az új irányelvek az 50 év alatti populációt célozta meg.

Változtak az zsírszintek és vérnyomás célértékei is! Továbbra is természetes hogy a lipid anyagcsere kezelés célja az emelkedett LDL – C szint csökkentése, IA indikáció, az emelkedett öszkoleszterin szint csökkentése IIA indikáció, (a lakosság még mindig az öszkoleszterin szintet venné figyelembe ha nem világosítaná fel a háziorvosa) akkor érvényes ha az LDL -C szint nem mérhető. Az Non HDL -C az Apo – B szint kezelése BII továbbra is másodlagos indikáció maradt, ha van olyan intézmény ahol mérhető. A HDL -C és az ApoA/Apo B és a NON - HDL- C /HDL-C arány IIIA indikáció továbbra sem kezelendő!
A korai kardiovaszkuláris halálozás miatt fontos lett vagyis,
2016 – óta fontos lett a lipoprotein (a)– szint mérése! Lp(a) eddig csak a magas rizikójú betegeknél vagy pozitív családi anamnézis esetében volt fontos, legújabban fontos szerepet kapott a korai kardiovaszkuláris betegségek szűrésében, felfedi a familiáris hypercholeterinemiát, a korai Kardiovaszkuláris betegségekben,vagy ha a családi anamnézisben emelkedett lipoprotein (a) nő a korai halálozás, vagy ha optimális kezelés alatt visszatér a korai kardiovaszkuláris betegség! (CVD)
A SCORE alapján a CVD korai kardiovaszkuláris halálozás 10 éven belül több mint 5% - al növeli a kardiovaszkuláris halálozást!

A Nagyon Magas Rizikójú betegeknél ajánlatos lenne az LDL- C 1,8 MMOL/L alatti szint! Vagy az eredeti értéknek 50% - os csökkentése! IA – indikáció! De csak akkor 50% - os ha 1.8 – 3,5 mmol/l tartományban van!
A Magas Rizikójú csoportban LDL- C célértéke 2.5 mmol/l alatti IA – indikáció 50% csökkenés csak akkor fogadható el, ha 2,6- 5,1 mmol/l tartományban van!
A Közepes Rizikójú csoportban a cél kisebb mint 3 mmol/l

A kezelésben STATINOK – mindig a legnagyobb dózisban! IA
STATIN intolerancia esetében ezetimib, epesav kötők IIAc
Ha a célérték nem érhető el akkor adhatók koleszterin felszívó gátlókkal IiaB vagy epesav kötőkkel IibB. A nikotinsav kikerült a kezelésekből!

Biológiai gyógyszerek PCSK9
Nagyon magas CV rizikó esetében! Vagy terápia rezisztencia estében ha nagyon magas az LDL- C koleszterin

Familiáris hypecholesterinaemiában kimutatható a családi genetikai sor, (Dutch Lipid Clinik Network) az nemrég regisztrált PCSK9 antitestet ajánlja 60% - al csökkenti a koleszterin szintet!Habár még nincsenek randomizált hatékonysági vizsgálatok! Alkalmazható a Nagyon Magas Rizikójú betegeknél, ismert CVD betegségben az idősebb CVD betegek kezelése ugyanúgy mint a fiatalabb CVD betegeknél magas dózisú STATINNAL kezelhető, amelyet kisebb dózisokban lehet elkezdeni!
Idős betegeknél halmozott rizikóval mindig igazolt az STATIN terápia! CVD nélkül is elkezdhető!

Kötelező a magas dózisú STATIN – azonnal el kell kezdeni vagy folytatni ACS - akut koronáris syndromában, vagy beavatkozások után, PCI! Független az kezdeti LDL -C szinttől! Amennyiben a célérték nem érhető el – ezetimib indikált! IiaB. Ha nincsen eredmény PCSK9 IIbC Ha Non STEMI infarktus már a beavatkozás előtt el kell kezdeni a magas STATIN dozis adását! IiaA.
4-6 hét után ujra mérés – háziorvosi feladat is lehet IiaC.

A magas rizikójú betegeknél ha triglicerid szint nagyobb 2-3 mmol/l kezelést igényel Iia.B

A Statin az első választandó szer magas rizikójú betegeknél IA.
Ha a Statin kezelés mellett továbbra is emelkedett a TG szint agyobb mint 2-3 mmol/l kombinálható fenofibráttal II.b.C

HDL -C szint kezelése
A sztatinok és fibrátok emelik az HDL-C szintet.
2 TD – diabeteszben a fibrátok hatkonysága csökkent kikerült a nikotinsav használata.

ACE gátlót csak 300 umol/l kreatinin szint felett szabad felfüggeszteni. Ha javul a szint újból próbálkozni kell vele. Az ACE, vagy ARB kezelést akkor is folytatni kell, ha a NYHA osztályozás szerint sem javul a beteg állapota, mivel kedvező hatással van a kórkép progressziójára nézve. Együttes adásuk kerülendő, csak ha aldoszteron – antagonisták nem adhatók jöhetnek szóba. Egyes ACE – gátlók, ramipril captopril, enalapril, ugyancsak csökkenthetik a vér húgysav szintjét. Prof Dr.Merkely Béla

Elektromos instabilitás – hirtelen halál

Az Egyesült királyságban 5 millió beteg adatait feldolgozva az ACE, ARB gátlókat szedők közt alacsonyabb volt a PF kockázata. Fontos az új és visszatérő extrasztisztolék. PF, malignus ritmuszavarok megelőzése, eszméletvesztéssel járó (sustained malignus kamrai tachicardia, kamrafibibriláció) melyek a szív elektromos instabilitási jelei, és hirtelen halálhoz vezethetnek, primér prevenciója az ICD beültetése, 1 éves túlélési esély esetén

Az életkor meghosszabbításával a jövő távlatai előtt. - Felkészülés a jövőre!

Európai Kardiológiai társasság ajánlásai! - ESC. CARDIÁLIS RESZINKRONIZÁCIÓS TERÁPIA – CRT – BIVENTRIKULÁRIS INGERLÉS!

Szívelégtelenség 35% alatti EF, kiszélesedett 130ms feletti QRS vagy kiszélesedett Bal TAWARA SZÁR BLOKK KÉPE! Fontos ha még szinuszritmusban van a beteg.

Módosult a kardiális reszinkronizációs terápia is CRT – mikor a két szívkamra nem fiziológiásan húzódik össze.
IIA indikáció szerint a CRT – kontra indikált ha az EKG - QRS hullám időtartalma kevesebb 130 msec-nél!

Az 120 msec QRS - időtartamnál beültetett CRT – növelte a mortalitást!

BTSZB képe – EKG – BAL TAWARA SZÁR BLOKK KÉPE ALAPJÁN!
CRT – IA indikációt kapott ha a tünetes beteg szinusz ritmusban van, Bal Tawara szár Block képében a QRS időtartalma nagyobb mint 150 ms és az EF – kisebb mint 35%!

BTSZB – nélkül
IIB megfontolandó indikációt kapott ha a tünetes beteg szinusz ritmusban van a QRS – nem Bal Tawara szár Blokk morfológiára hasonlít de időtartalma nagyobb mint 150 ms- és az EF – 35% alatti.

BTSZB képe
IB – javaslatot kapott ha tünetes beteg, szinusz ritmusban van de a QRS időtartalma Bal Tawara szár morfológia mellett időtartalma 130 – 139 ms, FE 35% alatt.

BTSZB képe nélkül
De megfontolandó Iib B ajánlás ha a QRS morfológia nem hasonlít a Bal Tawara szár Blokkra
CRT megfontolandó Iib,B ha tünetes, szinusz ritmusban van, ha nem Bal Tawara Szár Blokk képű QRS 130-139 ms között EF 35% alatt az optimális kezelés ellenére, a tünetek javítása a morbiditás és a mortalitás csökkenése céljából!

PITVARFIBRILLÁLÓ BETEGEKNÉL - CSÖKKENT KAMRAI EJECTIÓS FUNKCIÓ MELLETT – NYHA stádiumtól független jobb kamra ingerlése helyett inkább CRT ajánlott! IA. Ha fennáll a kamrai ingerlés indikációja és magas AV blokk áll fennt.

NYHA III – IV Stádiumban PITVARFIBRILLÁLÓ BETEGEKNÉL EF egyenlő vagy kisebb 35% az optimális kezelés ellenére megfontolandó ha QRS szélessége 130 ms azzal a feltételel hogy biventrikuláris ingerlést biztosít és vissza fog állni a szinusz ritmus!

Aztoknál a csökkent ejekciós frakciós betegeknél akik korában konvencionális pacemakert, vagy ICD kaptak de ezt követően romlott a szívelégtelenségük optimális gyógykezelés ellenére, illetve nagy százalékban fordult elő jobb kamra ingerlés megfontolandó a CRT II.b.B ajánlás!

Gyógyszeres kezlés IA indikáció – ACE – INHIBITOROK
A béta blokkolók – Hiperónia - SZÍVELÉGTELENSÉG.
A béta blokoló kezelést SZE – ben 3 – vizsgálat alapozta meg (CIBIS II, KRUM 95, ANZ 95)
Csökkenti a legkeményebb végpontokat, Összmortalitást, CV – mortalitást, Hirtelen halált, SZE – ég progressziója miatti halált. A Kanadai Cardiológiai Társasság irányelvei szerint hipertóniában, 60 év alatt továbbra is élvonalbeli szerek 60 év után is egyre fontosabbak, az egyre számosabb társbetegségek miatt, amelyekben a béta blokolókkal való kezelés elengedhetetlen.
SZE - ben megfigyelhető a miokardiális béta - 2 receptorok up – regulációja, a beta – 1 szelektív blokkolok kevésbé hatnak a beta -2 receptorokra, ezért mindkető receptora ható gyógyszer ajánlott. (Dr Simonyi Gábor)
Az alfa – 1 adrenerg posztszinaptikus receptorok vasokonsztriktívek, az preszinaptikus alfa - 2 receptorok általában vasodilatatív hatást váltanak ki. Számuk a koszorúerekben, vázizomzatban sokka kevesebb mint beta -2 receptorok száma. A béta -1 receptorok zömében a szívben a béta -2 erekben simaizomzatban, a béta -3 főleg zsírsejtekben található. A beta - 1 receptorok chrono, dromo, ino, bathmotróp pozitív hatást váltanak ki, a béta -2 receptorok vazo, bronchus, dilatációt, uterus relaxációt váltanak ki és megnövelik a glikogenolizist. A szívben a beta – 2 receptorok csak 25% - vannak jelen.
Receptor gátlásának mértéke az első beta blokkoló propanolol hatásához viszonyítva adható meg, 40 mg propanolol mely 60/min szívfrecvenciát eredményez. Kardioszelektív ha egy egységnyi szer még nem blokkolja a beta – 2 receptorokat.
Intrinzik szimpatomimetikus hatás ISA ha a nyugalmi perctérfogatot és frecvenciát alig csökkenti, csak erőteljes terhelés alatt, mely a mai álláspontok szerint, már nem egy előnyös tulajdonság. Antiaritmiás tulajdonságú chinidin szerű membránstabilizáló a III – C osztályba tartozó K – csatorna blokkoló Sotalol. A májbetegségekben használt vízoldékonyoknak hosszabb a felezési idejük, az vesebetegségekben használt, az agy – ér – gáton is átjutó lipidoldékony béta blokkolóknak rövidebb a felezési idejük, könnyebben szívódnak fel, de rémálmokat, alvási zavarokat is okozhatnak.
Járulékos hatások a carvedilol alfa – receptor blokkoló, a nebivolol NO – szintézis fokozzó.

Egy 20 000 ezer betegen végzet randomizált vizsgálaton bebizonyították, hogy a beta blokkolók, 30- 35% - al csökkentették a morbiditást, és a mortalitást. Mind az összhalálozást, a CV.- halálozást, a SZE progressziója következtében beállt halálozást, hirtelen halált.
ACC irányelvekben SZE – ben a bisoprolol, carvedilol tartós hatású metoprolol IA szintű ajánlással rendelkezik.
Iszkémiás szívbetegségben, AMI után, preventív hatása van 25 klinikai vizsgálat – 25 000 betegnél bizonítottan, a béta blokkolók az összmortalitást 23% - al, az újabb AMI kockázatát 27% -al, a hirtelen halál előfordulását 32% - al csökkentette.
Post AMI +BK diszfunkció esetén I – szintű ajánlással adható, II – B ajánlással minden koronária beteg kaphat BB – szert. Dr Kantz Sándor a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet főorvosa.
Abszolút CI. - ELLENJAVALT - akut bal kamra elégtelenség, kardiogén sokk, II- III fokú AV blokk, vagy pozitív inotrop kezelést igénylő szívelégtelenség progressziója.
Az elmult 15 – évben valamennyi vizsgálat kudarcot vallott amelyben CV. rizikó csökkentést próbálták igazolni a diabéteszben, PONTIAC vizsgálatban NT – BNP szintjek alapján, megpróbálták igazolni, hogy hagyományosan kezelt nagykockázatú diabéteszes csoporttal összehasonlítva jól alapozott ACE, ARB, béta – blokkolók mellett kezelteknél csökkent a CV – rizikó, abban a csoportban amelyben RAAS gátlás, és erőszakosan feltitrált béta blokkolókat alkalmaztak, szignifikánsan csökkentek az elsődlegesen összetett végpontok eredményei, nemcsak CV – hoszpitalizációt halálozást, hanem a más okok miatti hoszpitalizációt, és halálozást is csökkentette. A PONTIAC eredményei Dr. Martin Hülsman professzor szerint (Bécsi Orvosi Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika) igazolják, hogy az ugyanaz kezelés mindenkinek jó megközelítés ideje lejárt. Törekedni kell a célzott terápiás stratégiák megtalálására. DM – esetében is a legfőbb halálok a koronária betegség, (magas preteszt lehetőség) a sztrukturális szívbetegség, a legfontosabb tényező a biztonságosság és a halálozás kivédése, amiben a béta blokkolóknak kedvező hatása van. Dr. Tomcsányi János professzor.
Prof Dr.Merkely Béla --- Beta blokkolok
Az nagyon alacsony dózisban mindig stabil betegnél adható, a tünetek progressziója is bekövetkezhet kezelés elején, és ha ezek a tünetek megszűntek, és a folyadékretenció diurétikummal kezelhető akkor szóba kerülhet a feltitrálása is. Tünetes hipotónia, hipoperfuzió esetében a szert azonban elkell hagyni. A a nem vazodilatator béta blokkolók ha vazokonsztrikció alakúl ki, ami inzulinrezisztenciához vezethet, ugyancsak emelhetik a hugysavszintet. (Dr. Med. Habil Alföldi Sándor) Ugyancsak bradycardia, vezetési zavar kialakulása, vagy II – III fokú AV blokk kialakulása esetében dózis csökkentés, vagy a szer elhagyása mellett kell döntenünk.
Prof Dr.Merkely Béla - Diurétikumok – Hipertonia - SZE.- Szívelégtelenség – EPRENOLON!
40% EF alatti szisztolés szívelégtelenségben aldoszteron antagonisták adhatók, szérum kálium kreatinin szint ellenőrzése mellett: a szer adása előtt, utána a 3 - ik napon, 3 hónapig havonta, utána csak 3 havonta. Az Eprelenom nem okoz gynekomastiát (nincsen progeszteron agonista – androgén antagonista hatásai. Kacsdiurétikum mellett adott diurétikumok kombinációja esetében hipotónia, azotémia, hyper – hypokálaemia alakulhat ki. (Furosemid - tiazid – spironolakton). Gyakori kreatinin – elektrolit, vesefunkció kontroll szükséges, minden hosszabb ideig tartósan adott diurétikum esetén. Növelik a húgysav szinet (az vazodilatator indapamid kevésbé, spironolaktonok közömbösek), akár köszvényrohamot is előidézhetnek.

DIGOXIN – SZE – III – osztály E - stádium

Szövődményei miatt, ritmuszavarok,vezetési zavarok, ma már ritkán találkozzunk vele de magas kamrafrekvenciával járó pitvarfibrillációban digitálisz is adható.

Direkt Vazodilatatorok - SZE

De ha a beteg továbbra is NYHA III –IV klinikai stádiumban marad, a kezelése kiegészíthető, direkt vasodiltátorokkal Hydralazin – Izoszirbid Dinitrát, de gyakori a hipotonia, és a hipovolémia, mely folyadékháztartás rendezést, gyógyszer dóziscsökkénest igénnyel.

SZE – D – IV osztály Stádium

Az szívelégtelenség ABC stádiumban használt gyógyszerek az D – V – osztály - Végstádiumú Refrakter stádiumban is adhatók. Progresszió esetén keresni kell az interkurrens betegségeket. COPD, Hypertireozis, Diabetész betegség romlását. Nagy dózisú kacsdiuretikum 1000 mg nap is szóba jöhet, vagy hemofiltráció, ultrafiltráció, vagy vazodilatatátor pozitív inotrop szerekkel, Dopamin, Dobutamin, Levosimendan) együtt adhatók. SZE - Progresszió, Hipotonia, Szervi Hipoperfuzió miatt, átmenetileg gyakran el kell elhagyni mind az ACE, BB, Direkt vasodilator kezeléseket melyeket állapot javulás esetén azonnal vissza kell állítani ha lehetséges. Gyakran a szerek elhagyása mellett kell dönteni. Keringési stabilizálás sokszor csak pozitív inotrop szerekkel lehetséges. A Dobutamint hetekig hónapokig, lehet adni. Végállapotú szívelégtelenségben

szívtranszplantáció indikált kontraindikáció hiányában. Magyarországon egyelőre a szívtranszplantációig teljes perctérfogatot biztosító mechanikus keringéstámogató eszközt alkalmaznak. (VAD, BiVAD)

Műszív kezelés Magyarországon.

I- Rövidtávú mechanikus keringéstámogatás.

Alkalmazható bármely okból kialakuló akut kardiogén sokk esetén gyógyulásig, terápia meghatározásáig, vagy hosszabb távú kezelésre. Indikációja főleg AMI esetén alacsony perctérfogat syndroma, kamrai sövény ruptura, akut mitrális regurgitáció, fullmináns szívizomgyulladás, szívműtét utáni posztcardiotóniás szindroma, vagy szívtranszplantáció utáni akut graft szindroma, vagy a SZE végstádiumában kialakult akut decompenzációja. (Intraaortikus ballon pumpa, extrakorporális membrán oxigénátor, vagy hónapokig alkalmazható Centrimag rendszer.

II- Hosszú távon!

A műszív kezelésben részesülő betegeknél, a jobb perfuzió miatt szervfunkciói javúlnak, csökken a magas pulmonális vaszkuláris rezisztencia, jobb általános állapotban kerülhetnek szívátültetés előtt. Egyes országokban már a kor, vagy társbetegségeik miatt is szívátültetésre alkalmatlan betegeknél is alkalmazzák végleges terápiaként a műszív beültetést.(Dr Sax Balázs) SZOTE. ÁOK. Városmajori Szív – és Érgyógyászati Klinika.

Hosszútávú magyarországon is elérhető második és harmadik generációs, elektromágneses meghajtású rotorral működő folyamatos áramlást generáló eszközök a Thoratec Heart Mate II és a Heart Ware HVAD műszív. Áthidaló kezelésként kerülnek beültetésre 2012 09. 09. – én végzett, első beültetés óta. Jelenleg 9 – betegről tudunk! A Heart Mate II műszívvvel eddig 17 000 ezer implantációról tudunk.

Háziorvosi teendők!

Nincs tapintható pulzusa, nem mérhető oszcillometriás elven az RR.

Csak kézi mandzsetás kézi Doppler ultrahangos eszközzel mérhető a vérnyomás.

Az artériás középnyomás 70- 85Hgmm közé történő beállításra törekszünk.

Keresni kell a kapilláris telődés, cianozis szívelégtelenség tudatzavar tüneteit.

A bal mellkasfal felé helyezett fonendoszkóppal folyamatos bugó hang jelzi a pumpa működését. Beültető Centrum telefonos értesítése (ha nem működik)

Súlyos szívelégtelenséget okoz ha az áramlás a pumpán megfordul mert leáll a rotor.

(Hangjelzés, piros lámpa jelzi)

Mellkasi kompresszió tilos! Graft kanül károsodás, és a megforduló áramlás veszélye miatt.

Keresni kell a hipovolémia okait, hypoglycaemiát, epilepsziát stroke jeleit ha működik a pumpa, más oki tényezőket kell keresni!

Hypovolémia

Megfelelő mennyiségű folyadékbevitel szükséges, az eddig korlátozott folyadékbevitelhez szokott betegnél, a túlzott diuretikus kezelés, az anticoagulációs kezelés általi vérzés hypovolaemiához vezethet.

Alacsony áramlás riasztás esetén a beteg Trendelenburg helyzése, iv folyadékpotlása szüséges.

Ritmuszavarok

Mind a kanül, mind a beteg betegségei gyakori ritmuszavarokat okozhatnak.

A betegek még kamrafibrilláció esetében sem vesztik el eszméletüket a teljes perctérfogatot leadó műszív miatt, gyengébnek szédülékenyebbnek érzi magukat, de a jobbszív leállása miatt SZE léphet fel.

Ha az alacsonyan minimális terápiára beállított ICD nem terminálja a ritmus zavart anesztéziában elektromos cardioverzó elvégzése szükséges. A lapátot minél távolabb kell elhelyezni a pumpától. Ablációs terápia is szóba jöhet.

Vérzés

Heart Mate II esetében K – vitamin antagonista TAGG szükséges. Célérték alatti INR esetébem LMWH adása szükséges.

Vérzések: nő a GI vérzések száma. Nem is beszélve az IC vérzés lehetőségéről.

Kritikus GI, IC, perikardiális vérzések is előfodúlhatnak

Thromboemboliás események

A pumpán kivüli trombusok noninvaziv képalkotási modszerekkel is láthatók, de pumpán belül csak indirekt jelek alapján feltételezhetőek.

Pumpa trombozis esetén fokozott hemolizis jelentkezik magas LDH, indirekt hiperbilirubinaemia magas plazma szabad hemoglobin szint anaemia.

Okkluziv trombus esetén megnő a pumpa áramfogyasztása, alcsony áramlási riasztások jelentkeznek és SZE lép fel, agyi stroke végtagi, zsigeri embolia keletkezhet..

Infekciók Minden láz esetében Centrum felhívás, gyakoriak a hasból kilépő vezérlőkábel környéki infekciók. Napi steril kötözés, vezérlőkábel immobilizálása, a műszív infekció sürgős transzplantációs indikáció.
A kezelés során
Fontos az életet veszélyeztető sürgős állapot felismerése! Fontos a kardiogén shock azonnali felismerése amely azonnali gyógyszeres vagy mechanikus keringéstámogatást igényel! Ha van légzési elégtelensége, akkor oxigénnel invazívan non invazívan segíteni kel a légzést azonnali stabilizálást igénnyel utána vagy, intenzív osztályra vagy - koronária őrzőbe szállítani.
Dr. Szabó András.

DR Szabó András

Babogh Anikó
2018. 05. 18.
dr. gy

Tokodi Polgármesteri Hivatal	
Érk.sz.: 3491	Dátum: 2018 MÁJ 17
Ikt.sz. PH/3436-6	Dátum: 2018. MÁJ. 30.
Előadó: B.E.	Előszám:

ELŐTERJESZTÉS

Tokod Község Képviselő-testületének 2018.évi képviselő- - testületi ülésére

Tárgy: Beszámoló a Házi Gyermekorvosi Szolgálat 2017-ben végzett munkájáról

Előadó: Dr. Pezderka Gyöngyvér gyermek háziorvos

Tisztelt Képviselő-testület!

Az alábbi beszámolómban Tokodaltáró,Tokod, Tokod-Üveggyár és Tokod-Ebszőnybánya 2017.évi gyermek-egészségügyi ellátásának alakulását /adatait/ kívánom ismertetni.

Házi gyermekorvosi tevékenységemet 1989.december 11-én kezdtem,mint közalkalmazott, 1995. december 31-től mint vállalkozó gyermek háziorvos végzem.

Jelenleg az általam ellátott gyermekek száma 1066 fő.

0-1	év	fiú	20 fő	lány	28 fő
1-4	év	fiú	133 fő	lány	104 fő
5-14	év	fiú	272 fő	lány	279 fő
15-18	év	fiú	124 fő	lány	106 fő

Ebből 336 fő a tokodi gyermek, 151 fő a tokod-üveggyári gyermek, 579 fő a tokodaltárói gyermek.
Ezek 2017 december végi adatok.

Az ellátottak egészségügyi állapotáról néhány adat:

0-6 éves korig

A szaktanácsadáson történik ezen korosztály folyamatos követése.1/2 éves korig kéthetente, 1 éves korig legalább havonta megjelennek.
2,3,4,12,15,18 hónapos és 6 éves korban a kötelező oltásokat kapják.
3 hónapos,1 éves,2 éves,3 éves korban státusz vizsgálat történik.

3-6 éves korig

Évenkénti szűrővizsgálatukat végeztem.

A szűrés jellege:
- Hallásélesség
- Színlátás
- Hallás vizsgálat
- Golyvaszűrés
- Mozgásszervi
- Vérnyomás
- Egyéb szűrés/magasság,súly, mell-körfogat/

5-14 éves korig /iskolások/

Módszertani levélben előírt program szerint történik évenkénti szűrővizsgálatuk.
A szűrt személyek száma összesen:
-Tokodaltáró,Tokodüveggyár és Tokod—168 fő

Ebből a kiszűrt személyek száma:

	Összesen	Tokod	Tokod-Üveggyár	Tokodaltáró
-Szemészetre utalva	12 fő	4fő	3 fő	5 fő
-Ortopédiára utalva	15 fő	5fő	3 fő	7 fő
-Hanyagtartás	26 fő	6fő	7 fő	13 fő
Összesen:	53 fő	15 fő	13 fő	25 fő

A bejelentkezett biztosítottak közül fokozott gondozásban részesül egészségügyi okból 149 fő Különböző gondozási csoport szerint tartjuk őket nyilván:/vashiányos anaemia ,endocrin-táplálkozási és anyagcsere betegségek,mentális- és viselkedészavarok,epilepsia,szembetegségek,asthma,atopiás dermatitis,deformáló hátgerinc elváltozások,idegrendszer veleszületett rendellenességei,keringési-rendszer veleszületett rendellenességei stb./

Az egészséges életmódra nevelés és egészségügyi felvilágosítás.
Itt a legfontosabbnak a személyes kapcsolat révén való ismertetést tartom. Ez folyamatos a rendelésen, tanácsadáson, látogatások során. A rendelőben és a váróban elhelyezett plakátok és szórólapok is ilyen célt szolgálnak.

-

Betegforgalmi adataink.

A rendelési időben ellátottak száma 6578 fő volt,ebből Tokodon a rendelőben megjelentek száma: 1535 fő.

Csecsemő és kisded tanácsadáson 2017-ben 810 gyermek jelent meg.

Kórházba utaltak száma: 15 fő,összes ápolt 15 fő /1-2.pont/
1.Kivizsgálás,kontroll vizsgálat /pl.Asthma/.
2.Műtétre utalás /pl.Adenotomia,Tonsillectomia+egyébb/.
3.Sürgősségi kórházba utalás /pl.Pneumonia,Pyelonephritis stb./.

Szakrendelésre utalt:

A,-Kiegészitő diagnosztikára	299 fő
B,-Szakkonzultációra	177 fő

A rendelésen a betegek legnagyobb számban felső és alsó légúti fertőzések tünetei miatt jelennek meg.
Összességében az általam ellátott lakosság egészségügyi állapota jónak mondható.

Hétvégeken a sürgősségi betegellátás a dorogi székhelyű központi ügyeleten történik,amiben én is részt veszek.
Gyermekkészenlét 2001. június 1-jétől megszűnt, hét közben is délután 4 órától a gyermeklakosságot a dorogi felnőtt ügyelet látja el.
Intézményekkel /óvoda, iskola,ÁNTSZ/ a kapcsolatom jó,munkámat segítik.
Munkatársam munkájával megvagyok elégedve, kapcsolatunk jó. A rendelő állapota jó.
Berendezése és felszerelése az előírtaknak megfelel.
Igyekeztem röviden, számadatokkal is alátámasztani az elmúlt évben történteket.
Kérem beszámolom megvitatását és elfogadását.

Tokodaltáró 2018.03.01

Dr.Pezderka gyöngyvér
Gyermek háziorvos

2018.06.08.
Kpr

BESZÁMOLÓ TOKOD NAGYKÖZSÉG ÖNKORMÁNYZATA VÉDŐNŐI SZOLGÁLATOK 2017. ÉVI TEVÉKENYSÉGÉRŐL

BESZÁMOLÓ VÉDŐNŐI SZOLGÁLAT

TEVÉKENYSÉGÉRŐL

2018.

TOKOD – I.

1999. szeptember 1-je óta látok el védőnői feladatokat Tokod I.sz. védőnői körzetben. Hosszabb távollétet követően 2016. január óta dolgozom ismét.
Jelenleg területi védőnőként Tokod falu, Tokod-Ebszőnyba, Csobántanya, a külterületi részek, beleértve pincék, valamint a falusi Mesevár Óvoda védőnői ellátása a feladatom.

Fő állásban, heti 40 órában dolgozom. Munkavégzésem fő színterei az Egészségház, a családok otthonai és az óvoda.
A jogszabályban előírt várandós- és nővédelmi, valamint önálló védőnői csecsemő-és kisgyermek tanácsadási órákon felül heti 1 órában Dr. Pezderka Gyöngyvér házi gyermekorvossal is tartunk közösen tanácsadást, valamint heti 2x1 órában védőnői fogadóóra keretében is elérhetőséget biztosítok.
Az I. sz. védőnői körzet mellett 2017. július 10-e óta tartós helyettesítéssel látom el Tokod II. sz. védőnői körzet feladatait is, melyet külön beszámolóban részletezek.

Várandós- és nővédelmi gondozás

Tavalyi évben összesen 30 kismamát gondoztam. Veszélyeztettek száma: 24 fő volt, 16 egészségügyi, 2 környezeti, 6 pedig egészségügyi és környezeti ok miatt.
A 30 kismama közül 6-an dohányoztak.
Az újonnan nyilvántartásba vettek száma 23 fő volt, közel duplája a megelőző évinek.
Közülük 19 várandós gondozásba vétele 12 hétig megtörtént, 4 esetben pedig 13 és 28 hét között.
A gondozásba vétel tanácsadási időn kívül, külön időpontban történik az időigényességre tekintettel, mely az elmúlt évben tovább fokozódott.

Nővédelmi gondozás kapcsán családtervezéssel, nem kívánt terhességek kivédésével, gyermekek szülői elhanyagolásával, dohányzással, nőgyógyászati szűrővizsgálatokkal, szoptatással, kisgyermekes anyukák életmódjával kapcsolatos kérdések merülnek fel leginkább.

Csecsemő-, kisded- és kisgyermek ellátás

Tavalyi év decemberében csecsemők száma 18 volt, közülük 6-an veszélyeztettettek, 2-en egészségügyi, 3-an környezeti, 1 pedig mindkét okból eredően.
A születésszám 18 volt, 10 leány és 8 fiú született; ezen felül még 1 leánygyermeket vettem gondozásba újszülöttként, akit születését követően Tokodon, nevelőszülőnél helyeztek el.
A 19 újszülöttből 11-en természetes úton, 8-an császármetszéssel születtek.
Súly-, illetve idő szerinti koraszülés nem történt, mint ahogy intézeten kívüli szülés, csecsemőhalálozás sem.
Az újszülöttek több mint fele 3500gr-mal, illetve e fölött született, 1 leánygyermek 4000gr-mal, 2 fiú- és 1 leánygyermek pedig 4000gr feletti testtömeggel.
Veleszületett rendellenesség 3 esetben fordult elő, 1 esetben nagyobb fokú.

12-35 hónapos gondozottak száma 2017. decemberben: 46 fő volt, közülük 21 fő veszélyeztetett; 3-6 éves gondozottak száma: 106 fő volt az elmúlt év végén, közülük 26 veszélyeztetett. A veszélyeztetettség oka itt is egészségügyi, környezeti, illetve a két ok együttes fennállása.
Egészségügyi okok között szív- és érrendszeri, asztmás, légúti megbetegedések, táplálékallergiák, felszívódási zavarok, vesét, húgyutakat, ivarszerveket érintő eltérések, gyomor-, bélrendszeri megbetegedések, testfelszín égési sérülése, szemészeti problémák, endokrinológiai betegségek, autoimmun folyamatok, daganatos megbetegedés, illetve veleszületett fejlődési rendellenességek, öröklődő betegségek szerepelnek.

Az életkorhoz kötött kötelező védőoltások és védőnői szűrővizsgálatok 1 eset kivételével rendre megtörténtek, 1 gyermek betegségéből eredően nem oltható.

Szűrővizsgálatok során a leggyakrabban észlelt elváltozások között a szemészeti, ortopédiai elváltozások, illetve beszéd-, mozgásfejlődés, szobatisztaság elmaradása, beszédhibák, mentális és szociális képességekkel összefüggő problémák álltak; ugyanakkor említésre méltók a pszichés, magatartási, illetve viselkedésbeli, valamint az audiológiai eltérések is.

Tanköteles korú, oktatási intézménybe nem járó, otthon gondozott gyermekek

Adott gyermekek száma 4 fő volt az elmúlt év decemberében, közülük 3-an veszélyeztetettek. Ezek a gyermekek betöltötték 7. életévüket, de még nem kezdték meg az iskolai tanulmányaikat, óvodai nevelésben álltak.

Óvoda egészségügy

Az elmúlt évben is problémát jelentett a fejtetvesség.
Jelenlegi rendelkezés alapján évi 3 alkalommal szeptember, január és április hónapban szükséges tisztasági vizsgálatokat végezni.
Amennyiben fejtetvesség észlelhető, 2 hetente kontrollvizsgálatot kell végezni, addig míg adott csoportban 3 egymást követő kontrollvizsgálat negatív eredménnyel zárul.

Gondos szülői ellátások hiányában és a fentiek értelmében így gyakorlatilag kétheti rendszerességgel jártam az óvodába az elmúlt évben is.
2 család esetében ÁNTSZ felé történő jelzés is szükségessé vált, folyamatosan fennálló, extrém mértékű fejtetvesség miatt.
Ezt követően az ÁNTSZ tetvetlenítést rendelt el, a családokat a hatóság szakemberével közösen kerestük fel több alkalommal is.
Sajnos az egyik családnál történő intézkedést követően testi épségünk is veszélybe került. Ez esetben a probléma azóta sem szűnt meg.
A másik családnál is csak átmeneti fejtetűmentességet sikerült biztosítani.

Érintett szakemberek egybehangzó véleménye szerint a jelenleg érvényben lévő módszertan jelentős módosítására lenne szükség a fejtetű mentesség elérése, és a fertőzések megakadályozása érdekében.

Gyermekvédelmi tevékenység

Munkaidőm jelentős részét képezi. Rendkívül sok időt von el a klasszikus értelemben vett védőnői feladatoktól.
A faluban dolgozó 2 családsegítővel történő együttműködés mellett a gyámhatósággal és rendőrséggel is kapcsolatban állok.

Sajnos több családban is fent áll gyermekek súlyos elhanyagolása, veszélyeztetése.
Ezek a családok általában igen kedvezőtlen szociális, szociokulturális, higiéniai háttérrel rendelkeznek, rendszeres anyagi bevételük több esetben csak a gyermekek után járó szociális ellátásokból tevődik össze.
Összesen 118 alkalommal intézkedtem családok ügyében.
Az elmúlt évben 2 esetben írtam helyzetértékelést, 22 esetben éltem jelzéssel gyermekjóléti szolgálat, gyermekorvos, illetve rendőrség felé, ebből 6 esetben súlyos elhanyagolás, bántalmazás miatt, 4 esetben jeleztem ÁNTSZ irányába; 26 esetben írtam tájékoztatást, jellemzést, véleményt, értesítést ÁNTSZ, gyámhatóság, gyermekjóléti szolgálat felé.

6 alkalommal vettem részt esetkonferencián, 1 alkalommal védelembe vételi felülvizsgálaton gyámhivatalnál, 1 esetben pedig rendőrségi meghallgatáson.
1 alkalommal szakmaközi megbeszélésen, 1 esetben éves gyermekjóléti tanácskozáson is megjelentem.
2 gyermek estében került sor adott családból történő kiemelésre.

Karitatív tevékenység

Az elmúlt év folyamán több esetben is adtam át gondozottaknak pelenka-, ruha-, illetve tápszeradományt.

Adminisztratív tevékenység – Szabályozási változások

A védőnői munka jelentős és egyre jelentősebb részét képezi az adminisztráció. Ezzel viszont a klasszikus védőnői feladatok, mint pl. a családlátogatások is jelentősen háttérbe szorulnak.
2017 szeptemberétől bevezetésre kerülő új iránymutatás a terhet tovább növelte. Az iránymutatás többek között részletesen szabályozza a gyermekvédelmi tevékenységeket, a gondozásba be- és kikerülés módját, a háziorvosokkal történő együttműködést, a szükséges tájékoztatások módját, valamint jelentős mértékben megváltoztatta az életkorhoz kötött kötelező szűrővizsgálatok rendszerét is.

Védőnői munkát érintő egyik jelentős jogszabályi változás 2017. januártól, hogy az ellátás igénybevétele kötelező, viszont egyéni gondozási tervek köthetők.

Működési feltételek

Az alapfeltételek adottak, azonban 2017 szeptemberétől szükséges lenne térlátás vizsgálata is a 3-7 éves korosztálynál, ehhez azonban vizsgálóeszköz (ún. Lang-teszt II.) nem áll rendelkezésre.

Az Egészségház épülete 2016 őszén belülről megszépült.
Sajnos külsőleg – a tavaly leírtaknak megfelelően- továbbra is rossz állapotban van (felülről és alulról is ázik, a palatető beázik, átázik, az ereszcsatorna több helyen tönkrement, a babakocsi tároló feletti hullámlemez széttöredezett, átázik, a fal kedvezőtlen állapotú).

Egyebek

Továbbképzésen az elmúlt évben több alaklommal is részt vettem, köztük kötelező szakmacsoportos képzésen is.

Közreműködtem szülői nyilatkozatok aláíratásában is, mely kapcsán Tokod hivatalos lapjában a született gyermekek neve megjelenhet.

Tisztelt Tóth Tivadar Polgármester Úr, Tisztelt Képviselő Asszony és Urak ezúton is köszönöm az elmúlt évben nyújtott támogatásukat és kérném beszámolóm szíves elfogadását!

Tokod, 2018. június 8.

VÉDŐNŐI SZOLGÁLAT
2631 Tokod, Rákóczi F. u. 3.
Tel.: 06 (33) 468-940
06 (20) 481-5221
E8.kód: 110097629
p.h.

Tisztelettel:

Biró-Jámbor Gabriella
védőnő

Összefoglaló Tokod-Üveggyár Védőnői Körzetről

2017. évről

A Tokod-üveggyári (Tokod II.) körzetet 2017-ben Tóthné Csombor Mónika kolléganővel közösen láttuk el. Az első félévben a kolléganő fő állásban dolgozott a körzetben, majd július 10-től tartós távollétében helyettesítés formájában látom el a védőnői feladatokat.
A körzet vegyes, területi védőnői feladatok mellett iskola-egészségügyi ellátást is végeztünk.

Területi ellátás

2017-ben az ellátott családok száma **70** volt.

Az évben **16 várandóst** gondoztunk, melyből 8 főt vettünk újonnan nyilvántartásba 2017-ben. 11-en egészségügyi, 3-an egészségügyi és környezeti szempontból is veszélyeztetettek voltak. 4-en dohányoztak, sajnos csak a napi cigaretta mennyiség csökkenését értük el náluk, a teljes abbahagyást nem.

2017-ben **16 gyermek született (8 leány és 8 fiú)**, ami **5 gyermekkel több a 2016-os évhez képest.** 2 esetben fordult elő koraszülés, ebből 1 esetben ún. méhen belüli alul fejlődés is; mindkét újszülött dohányzó édesanyától született.
A 2017-ben **egy évesek** közül (13fő) 6 fő még 1 éves korában is kapott anyatejet. Női tej adására is sor került két csecsemőt érintően.

Az év folyamán 25-30 fő közötti **1-3 éves gyermeket** gondoztunk havonta. A szűrővizsgálatokon mindenki megjelent. A három évesek közül (12 fő) 2 beszédfejlődésben, 2 szociális fejlődésben, 1 pedig mozgásfejlődésben észlelhető elmaradás miatt került kiszűrésre, 2 gyermeknél észleltünk testi fejlettséget érintő elváltozásokat.

2017-ben 39-43 fő közötti **3-6 éves gyermek** volt havonta nyilvántartva. Az év folyamán vizsgált 5 évesek (13 fő) közül 1 főnél mozgásfejlődésben, 2 főnél beszédfejlődésben, 1 főnél szociális fejlődésben, 1 főnél látásélesség-vizsgálat kapcsán, 1 főnél hallásszűrés során, 2 főnél pedig testi fejlettséget érintően regisztráltunk eltérést.

A kiszűrt gyermekeket további vizsgálatokra, illetve gyermek-háziorvosuk felé irányítottuk szüleik által.

Tanácsadások során személyre szóló tanácsokkal látjuk el a gondozottakat, eleget teszünk tájékoztatási kötelezettségeinknek, megtörténnek a szükséges vizsgálatok, életkorhoz kötött kötelező szűrővizsgálatok valamint a védőoltások beadása is.
Heti 1 órában Dr. Pezderka Gyöngyvér gyermekorvossal is tartottunk közösen tanácsadást.

Tanácsadási rend (2017.07-től):

Várandós- és nővédelmi tanácsadás : szerda 08:00-10:00

Csecsemő- és kisgyermek szaktanácsadás orvossal: hétfő 12:00-13:00
Önálló védőnői csecsemő- és kisgyermek tanácsadás: szerda 10.00-12.00

Tanácsadási forgalom 2017. évben:

várandósok: 100 fő
nővédelem: 3 fő
csecsemő:164 fő
1-3 év: 81 fő
3-6 év: 46 fő.

Látogatási forgalom 2017. évben:

várandós: 39 fő,
nővédelem: 6 fő,
csecsemő: 93 fő,
gyermekágyas: 41 fő,
1-3 év: 59 fő,
3-6 év: 36 fő.

A területi védőnői ellátás részét képezi a **Mesevár Óvoda üveggyári részlegében** gondozott gyermekek ellátása is, mely főként a tisztasági szűrővizsgálatokat jelenti. A vizsgálatok során eltérés nem volt tapasztalható.

Iskolaegészségügyi-munka

A körzethez tartozik a **Tokodi Hegyeskő Általános Iskola A (falusi) és B (üveggyári) épületében tanulók iskolavédőnői ellátása,** mely a területi munka mellett jelentős feladatokat képvisel.
Az iskolavédőnői feladatok ellátása az intézmény 2 épületében valamint a falusi és az üveggyári tanácsadóban történik.

Az iskolások körében a páros évfolyamokat érintően történtek szűrővizsgálatok, legtöbb esetben szemészeti és ortopédiai elváltozások kerültek kiszűrésre.
Tanév (2017/18.) elején megtörtént az A épület tanulóit érintően a testnevelési csoportbesorolás is, mivel itt gyógytestnevelés is elérhető.
Kötelező kampányoltások a 6. (MMR és dTap) és 7. (Hepatitis-B) évfolyamon tanulókat érintették, valamint a 7. évfolyamon tanuló lányok szülei igényelhették a nem kötelező, de ajánlott HPV fertőzés ellenni, méhnyakrák kialakulásának megelőzését szolgáló védőoltást is.
Külső előadók (ÁNTSZ, CSVSZ védőnő) bevonásával egészségnevelő foglalkozásokat szerveztünk.
Az iskolaegészségügyi feladatok lényeges részét képezi továbbra is a fejtetvesség elleni küzdelem, mely mindkét épületet érinti, de Üveggyárban kritikus mértékeket ölt. Sajnos, néhány, többgyermekes család évek óta gócot képez.

A pedagógusok és az iskola többi dolgozója is rendkívül készséges, az együttműködés jó.

A tavalyi év első felében (2016/17-es tanév) még működött a *Csodafa Waldorf Óvoda és Általános Iskola* is, mely védőnői ellátása szintén a II-es sz. védőnői körzethez tartozott. Az intézmény 2017 szeptemberében már nem funkcionált.

Gyermekvédelmi feladatok

2017-ben 4 esetben éltünk jelzéssel, 1 esetmegbeszélésen vettünk részt, 1 gyermekvédelmi éves tanácskozáson. 1 esetben készítettünk környezettanulmányt, 2 esetben egyéb írásos tájékoztatót.
Családsegítőkkel a kapcsolat jó.

Működési feltételek

A 3-7 éves korosztály térlátás vizsgálata eszközhiány miatt nem kivitelezhető, ezért szükséges lenne ún. Lang-teszt II. beszerzése, valamint az iskolás korosztály látásélesség-vizsgálatához alkalmazott ún. visus tábla ugyan rendelkezésre áll, de használhatatlan állapotú, cseréje lenne esedékes.

Az utóbbi években történtek a tanácsadóban felújítási munkálatok, de a belső megjelenése még mindig rendkívül lehangoló. Szükséges lenne a padló megújítása, a falusi tanácsadóhoz hasonlóan függönyök cseréje, egy új, zárható tárolószekrény és egy új íróasztal beszerzése, valamint a közösségi WC falának átfestése (többször elázott) is.

Fentieken kívül rendkívül fontosnak tartanám, hogy a takarítás heti 2 alkalommal megvalósulhasson. Jelenleg ugyanis heti egyszer történik takarítás, tanácsadások viszont heti 2 nap vannak, így gyakorlatilag a hétfői tanácsadásokat követően szerdán mindig a már koszos tanácsadóba érkeznek a kismamák és gyermekek.

Ez úton tisztelettel köszönöm meg *Kolléganőm* nevében is a **Polgármester Úr és az Önkormányzat támogatását** mellyel folyamatosan hozzájárulnak a védőnői szolgálat hatékony működéséhez!
Kérem beszámolóm szíves elfogadását!

Tokod-Üveggyár, 2018. június 08.

VÉDŐNŐI SZOLGÁLAT
2532 Tokod-Üveggyár
Iskola u. 9
Kód: 110097630
p.h.

Biró-Jámbor Gabriella

Helyettes védőnő

Bulcsu E.
2018.06.13.

Beszámoló Fogorvosi Szolgálat Tevékenységéről

Tokodi Polgármesteri Hivatal	
Érk.sz.: 5595	Dátum: 2018 JÚN 13
Ikt.sz.: TPH/436/2	Dátum: 2018 JÚN 14
Előadó: J. C.	Előszám:

2017.

TOKOD

2015 szeptembere óta látom el a szakmai feladatokat a tokodi fogorvosi rendelőben. Az elmúlt években a környéken több helyen is volt szerencsém dolgozni. Sárisápon, Gyermelyen és a tavalyi évben ért a megtiszteltetés, hogy felkértek Nyergesújfalu város rendelőintézet vezetésére.

2018 nyarán egyetemi hallgatók gyakorlati oktatásában is részt veszek, gyakorlatvezetőként.

Tokodon a 2017-es évben több, mint 1100 esetszámot jegyeztünk, és a beavatkozások száma 4200 feletti volt.
Sajnálatos módon rengeteg fogeltávolítást szükséges végeznem, ez többek között annak köszönhető, hogy hanyag módon a páciensek nagy része akkor jelentkezik a rendelőben, amikor már menthetetlen a fog.
Heti egy alkalommal gyerekfogászati ellátást tartunk. Sajnos a szülők egy nagy hányada nem tartja fontosnak a megfelelő fogápolást gyerekkortól, így nem hordja vissza a csemetéket a kezelésekre. 2017-ben szerveztünk fogászati napot a helyi iskolában. Ennek keretében pár osztállyal megismertettük a szájápolás fontosságát, a táplálkozás minőségbeli kimagasló szerepét, valamint kipróbálhattak fogászati műszereket. Ennek köszönhetően játékos és interaktív módon közelebb hozhatjuk a gyermekeket a fogászathoz, a szakmától való félelmet minimalizálni lehet és remélhetőleg gyakrabban vesznek részt a szűrővizsgálatokon.

A jövőben tervben van óvodalátogatás, iskolában, egészségnapokon való részvétel is. Ennek a módszertani fejlesztésnek köszönhetően drasztikus emelkedés tapasztalható a kezeléseken részt vevő gyerekek számát illetően. A 62 év feletti betegellátásban több, mint 300 beavatkozás történt és 20 esetben terhesgondozást eszközöltünk.

Összességében elmondható, hogy sajnos a lakosság többsége nem rendelkezik ép fogazattal, ellenben az elmúlt évek erőfeszítései miatt egyre többen járnak vissza kontrollvizsgálatokra.

Tisztelettel kérném beszámolóm szíves elfogadását.

Dr. Végh Réka
fogorvos

Végh Fogászati Kft.
4355 Nagycsécs, Szatmári u. 7.,
Adószám: 25974777-2-15
Cg.: 15-09-984422