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

.... napirendi pont

Előadó: Szatai Gyöngyvér

E L Ő T E R J E S Z T É S
a Képviselő-testület 2022. június 27-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 2022. évi munkatervében, a 2022. június 27-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 az elmúlt évben két háziorvos, egy gyermek háziorvos, két védőnő és egy fogorvos látta 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
.../2022. (VI. 27.) önkormányzati határozat

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

Felelős: Bánhidi László polgármester
Határidő: az értesítésre a döntést követő 8 napon belül

II. Határozati javaslat
.../2022. (VI. 27.) önkormányzati határozat

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

Felelős: Bánhidi László polgármester
Határidő: az értesítésre a döntést követő 8 napon belül

III. Határozati javaslat
.../2022. (VI. 27.) önkormányzati határozat

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

Felelős: Bánhidi László polgármester
Határidő: az értesítésre a döntést követő 8 napon belül

IV. Határozati javaslat
.../2022. (VI. 27.) önkormányzati határozat

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

Felelős: Bánhidi László polgármester
Határidő: az értesítésre a döntést követő 8 napon belül

V. Határozati javaslat
.../2022. (VI. 27.) önkormányzati határozat

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

Felelős: Bánhidi László polgármester
Határidő: az értesítésre a döntést követő 8 napon belül

VI. Határozati javaslat
.../2022. (VI. 27.) önkormányzati határozat

Tokod Nagyközség Önkormányzatának Képviselő-testülete – a határozat mellékletét képező tartalommal – elfogadja Tóthné Csombor Mónika védőnő beszámolóját a település egészségügyi helyzetéről.

Felelős: Bánhidi László polgármester
Határidő: az értesítésre a döntést követő 8 napon belül

Tokod, 2022. június 20.

Bánhidi László
polgármester

Tokodi Polgármesteri Hivatal	
Érk.sz.: 3751	Dátum: 2022 JÚN 20.
Ikt.sz.: 1531-4	Dátum: 2022 JÚN 20.
Előadó: Szg	Előszám:

ELŐTERJESZTÉS

Tokod Község Képviselő-testületének 2022.évi képviselő- - testületi ülésére

Tárgy: Beszámoló a Házi Gyermekorvosi Szolgálat 2021-ben végzett munkájáról

Előadó: Dr. Pezderka Gyöngyvér gyermek háziorvos

Tisztelt Képviselő-testület!

Az alábbi beszámolómban Tokodaltáró,Tokod, Tokod-Üveggyár és Tokod-Ebszőnybánya 2021.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 1064 fő.

0-1	év	fiú	13 fő	lány	20 fő
1-4	év	fiú	98 fő	lány	132 fő
5-14	év	fiú	290 fő	lány	290 fő
5-18	év	fiú	107 fő	lány	91 fő

Ebből 344 fő a tokodi gyermek, 148 fő a tokod-üveggyári gyermek, 549 fő a tokodaltárói gyermek.
Ezek 2021 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.
2,3,4,12,13,15,16, 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—155 fő

Ebből a kiszűrt személyek száma:

	Összesen	Tokod	Tokod-Üveggyár	Tokodaltáró
-Szemészetre utalva	13 fő	5fő	2 fő	6 fő
-Ortopédiára utalva	15 fő	6 fő	2 fő	7 fő
-Hanyagtartás	18 fő	5 fő	4 fő	9 fő
Összesen:	46 fő	16 fő	8 fő	22 fő

A bejelentkezett biztosítottak közül fokozott gondozásban részesül egészségügyi okból 93 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 5050 fő volt,ebből Tokodon a rendelőben megjelentek száma: 910 fő.

Csecsemő és kisded tanácsadáson 2021-ban 763 gyermek jelent meg.

Kórházba utaltak száma: 4 fő,összes ápolt 10 fő /1-2.pont/
1.Kivizsgálás,kontroll vizsgálat /pl.Asthma/.
2.Műtétre utalás /pl.Adenotomia,Tonsillectomia+egyébb/.
3.Sűrgősségi kórházba utalás /pl.Pneumonia,Pyelonephritis stb./.

Szakrendelésre utalt:

A,-Kiegészitő diagnosztikára	268 fő
B,-Szakkonzultációra	195 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 2022.01.18

Dr.Pezderka gyöngyvér
Gyermek háziorvos

Tokodi Polgármesteri Hivatal	
Érk.sz.: 3729	Dátum: 2022 JÚN 20.
Ikt.sz.: 1531-2	Dátum: 2022 JÚN 20.
Előadó: SzGy	Előszám:

Összefoglaló Tokod -Üveggyár védőnői körzetről

a 2021. évről

Készítette:

Tóthné Csombor Mónika
Védőnő

A Tokod-Üveggyári körzethez **65 család** tartozott 2021-ben. Az évben **16 várandóst** gondoztam, melyből 12 főt vettem nyilvántartásba 2020-ban. Ebből 15-en egészségügyi, 1 fő pedig környezeti okok miatt volt veszélyeztetett. Sajnos 2 dohányzó várandós is nyilvántartott volt, az ő felvilágosításuk mindig megtörténik, egyiküknek sikerült a cigaretta elhagyása. Védőnői tanácsadáson 77-en jelentek meg, míg látogatásban 24-szer részesültek. (Akkor még betartva a járványügyi előírások miatti csökkentett látogatási számot.)

2021-ben **8 gyermek született**, ami **4 gyermekkel kevesebb a 2020-as évhez képest**. (Ez a csökkenő tendenicia a jelen évben még roszabb lesz sajnos.) A 12 első életévét betöltöttek közül **mind a 12 gyermek** 6 hónapos korban is kapott anyatejet, 6 fő pedig 1 éves kora után is. Védőnői tanácsadáson 70 alkalommal jelentek meg, míg látogatásban 87-szer részesültek.

Az év folyamán átlagosan havonta 20 fő, **1-3 éves gyermeket** gondoztam. Közülük 4 fő volt veszélyeztetett, 3 egészségügyi, 1 szociális okból. Védőnői tanácsadáson 48-szor jelentek meg, míg látogatásban 59-szer részesültek.

2021-ban, átlagosan havonta 40 fő, **3-6 éves gyermek** volt nyilvántartva. Közülük 6 fő volt veszélyeztetett, 4 egészségügyi, 2 szociális okból. Védőnői tanácsadáson 43-szor jelentek meg, míg látogatásban 50-en részesültek.
Az év folyamán vizsgált 5 évesek (14 fő) közül 1 főnél mozgásfejlődés elmaradás, 3 főnél túlsúly, 3 gyermeknél látás elváltozás lett kiszűrve. Ők minden esetben háziorvoshoz valamint szakorvoshoz lettek irányítva.

Önálló tanácsadások során személyre szóló tanácsokkal látom el az anyukákat, és megtörténnek a kötelező szűrővizsgálatok, melyek csecsemőkorban 1, 2, 3, 4, 6, 9, 12, kisgyermekkorban 15, 18 hónaposan esedékesek, majd 7 éves korig évente.
A **státuszvizsgálatok során** testsúly, testmagasság, fej- ill. mellkörfogat, BMI percentilis számítás, 3 éves kortól eszközös látásélesség vizsgálata, hallásvizsgálat, vérnyomás mérés, mozgásszervi elváltozások kiszűrése történik.

Csecsemőkorban rendkívül fontos a **mozgás fejlődés nyomon követése**, már a legapróbb lemaradások jelzés értékűek lehetnek, amit időben észrevéve, szakemberhez irányítva későbbi nagyobb területet érintő problémákat előzhet meg. Ezért fontos a **csecsemők otthonában történő rendszeres védőnői látogatása**, hisz az otthoni környezetben tud legjobban fényre derülni, mire is képes a gyermek.

Körzetemhez tartozik a **Tokodi Hegyeskő Általános Iskola**. A pedagógusokkal, gyermekekkel heti, napi kapcsolatban vagyok.

A **fejtetvességi** problémákat próbáljuk kordában tartani. Általában ugyan azoknál a családoknál ismétlődik. Azoknál a családoknál, ahol nehezebben történik az otthoni irtás, az iskolában, a szülővel megbeszélve végzem én is a fejkezeléseket. Vetettünk már így véget állandóan visszatérő fejtetvességnek. Többszöri visszafertőződés, elhanyagolás esetén az ÁNTSZ munkáját is szükséges bevonnunk, akik határozattal szólítják fel a problémás családot.

Az **iskola orvosi és védőnői szűrővizsgálatok** a páros osztályokban történnek. Az itt kiszűrt gyermekeket további háziorvosi vagy egyéb szakorvosi (szemészet, fül-orr-gégészet, ortpédia, endokrinológia stb.) vizsgálatra irányítjuk. Védőoltásokat 6. és 7. osztályokban bonyolítunk. A 2020-ban kezdődő tanévtől bővült a HPV-vírus (méhnyakrákot okozó vírustörzsek) ellen oltottak köre, ugyanis a 7. osztályos lányok mellett a fiúk is igényelhették ezt.

Az **egészségnevelő órák** szervezésében a pedagógusok rugalmasok és együttműködők; szeretettel látnak az órákon, a gyerekek pedig nagyon élvezik ezeket az órákat a visszajelzések alapján. A 2020/21-es tanévben több pedagógus hívta fel a figyelmem arra, hogy már a 7-8-os korosztályban is megjelenik az **alkohol fogyasztás, dohányzás**, ezért ebben a tanévben nagy hangsúlyt fektettem ezekre a témákra, bízva abban, hogy lesz olyan tanuló, aki elgondolkozik majd hogy valóban szüksége van e ezekre. Sajnos a „divat dohányzás", a legálisnak beállított újfajta dohányzási módszerek nem könnyítik meg a dolgunkat, merthogy ezek terjednek most leginkább a fiatalok körében.

A **szexuális felvilágosítás** terén is van dolgunk folyamatosan. Az internet, okostelefonok által mindenhez is hozzáférnek a gyerekek (aki kevésbé van felügyelve még inkább) és sajnos hozzájutnak olyan tartalmakhoz is, amik komoly károkat okozhatnak a fejlődő személyiségükben. Igyekeztem az érintett osztályokban helyre tenni ezeket a dolgokat a gyermekek fejében.

Körzetemhez tartozik még a **Tokodi Mesevár Óvoda- Mini Bölcsőde Tokod-Üveggyári intézménye**. Barátságos óvoda, ahol együttműködő óvónőkkel dolgozhatok, a közösen gondozott gyermekekről folyamatosan tudunk konzultálni fejlődésük elősegítése érdekében.

Igaz, már az idei évben kezdődött (a pandémia lecsengése után), de annál nagyobb szeretettel említem meg, hogy régi dédelgetett álmom is megvalósult. Elindíthattam a **Tökmag-klubot**, ahol az 1-2 éves korosztály számára nyújtunk lehetőséget egy kis önfeledt játszadozásra az üveggyári óvoda tornatermében hetente egyszer. Nagy sikere van a kisgyermekes anyukák körében.

Gyermekvédelmi tevékenységem a következő képpen alakult:

A 2021-es évben nem volt szükséges jelzést tennem. Helyzetértékelést két alkalommal írtam, kis súlyú újszülöttek hazaadásához. Éves tanácskozásra két alkalommal kaptam meghívást, mindkét alkalommal jelen voltam személyesen. Esetkonferencia 1 alkalommal online történt. Elégedett voltam annak hatékonyságával.
Kiváló, napi kapcsolatban vagyok más jelzőrendszeri tagokkal, óvónőkkel, tanárokkal. Velük is rendszeresen konzultálok, információkat kapok a gyermekekről.
A gyermekjóléti szolgálattal rendszeres kapcsolatban vagyok, telefonon bármikor elérhetem őket, a felmerülő problémákat, azonnal meg tudjuk beszélni.

A **Tokod-Üveggyári tanácsadó** felszereltsége a feltételeknek megfelel. Minden rendelkezésre áll, ami a hatékony munkához elengedhetetlen. Úgy tűnik a tavalyi álmom (egy korszerűbb tanácsadó kialakítása) is körvonalazódik, amit nagy szeretettel várok.

Ez úton is köszönöm **Polgármester Úr, Jegyző Úr, az Önkormányzat és a Polgármesteri Hivatal minden dolgozójának** az együttműködését, amivel hatékony munkámat elősegítik.

Tokod-Üveggyár, 2022. június 15.

TOKOD-ÜVEGGYÁR TOKOD NAGYKÖZSÉG ÖNKORMÁNYZATA VÉDŐNŐI SZOLG.

Tóthné Csombor Mónika
Védőnő

Szatainé Cs. Edit.
2022.06.16.

Tokodi Polgármesteri Hivatal

Érk.sz.: 3730	Dátum: 2022 JÚN 20.
Ü.sz.: 1531-3	Dátum: 2022 JÚN 20.
Irat:	Előszám:

2021. évi tevékenység

2020 után mindent megtettünk ,hogy az előző években elmaradt fogászati kezeléseket pótolni ,befejezni képesek legyünk.

A várólistánk picit megnövekedett ,egyrészt a covid-19 világjárványból fakadóan , másrészt az előző kolléga hanyag tevékenysége sem segítette munkánkat. Szerencsére sikerült megoldani a problémákat és sikeresen csökkent a várakozási idő és az ellátatlan emberek száma.

A 2020-ban még tiltott , vagy részben korlátozott beavatkozások újra elvégezhetőek voltak. Ez lehetővé tette az elmaradt nagy tömések,gyökérkezelések elvégzését.

2021-ben szerencsére feloldották a tilalmat és 2 év után újra leszűrhettük az iskolás tanulókat.

Örömmel tapasztaltuk ,hogy sokan jöttek vissza rendelésre és elkezdhettük a fiatalok fogazati állapotát is rendezni.

A legtöbb fogászati beavatkozas a 65 év felettiek között történt az előző évben.

Javuló tendenciat mutat azok száma is ,akik rendszeresen járnak vissza éves fogászati szűrésre és fogkőeltávolításra.

A jövőben szeretnénk kiegészíteni a rendszeres szűrést az óvodai és az idősotthoni lakókra egyaránt.

Végül szeretnék magam és asszisztensem nevében köszönetet mondani a Tokodi Polgármesteri Hivatal dolgozóinak a sok segítségért és együttműködésért , mellyel nagyon megkönnyítik és segítik a munkánkat.

Üdvözlettel,

Dr. Végh Róbert

ORVOS

Bölcsődei Nyilvántartó Hivatal

Érk.szám:	Dátum: 2016. JÚN 21.
Érk.szám:	Dátum: 2016. JÚN 21.
Érk.szám:	Előszám: .....

BESZÁMOLÓ VÉDŐNŐI SZOLGÁLAT

2021. ÉVI TEVÉKENYSÉGÉRŐL

2022

TOKOD – I.

1999. szeptember 1-je óta látok el védőnői feladatokat Tokod I.sz. védőnői körzetben, főállásban, heti 40 órában.
Jelenleg területi védőnőként Tokod falu, Tokod-Ebszőnybánya, Csobántanya, a külterületi részek, beleértve pincék, valamint a falusi Tokodi Mesevár Óvoda (5 csoport) védőnői ellátása a feladatom.

A jogszabályban előírt várandós- és nővédelmi, valamint védőnői csecsemő-és kisgyermek tanácsadási órákon felül heti 1 órában Dr. Pezderka Gyöngyvér házi gyermekorvossal is tartunk közösen tanácsadást, valamint heti 2x védőnői fogadóórában is elérhetőséget biztosítok.
Ugyanakkor a családok igényeihez igazodva, az emelkedő létszámokra, valamint az időigényességre is tekintettel gyakorta egyéni időpontokat egyeztetünk.

Várandós- és nővédelmi gondozás

Tavalyi évben összesen 50 várandóst gondoztam. Veszélyeztetettek száma: 41 fő volt, 33 fő egészségügyi, 8 fő egészségügyi és környezeti ok miatt.
Az 50 kismama közül 8-an dohányoztak.
Az újonnan nyilvántartásba vettek száma 33 fő volt. Közülük 31 várandós gondozásba vétele 12 hétig megtörtént, 2 esetben pedig 13 és 28 hét között.
A gondozásba vétel tanácsadási időn kívül, külön időpontban történik az időigényességre tekintettel.

Nővédelmi gondozás kapcsán családtervezéssel, nem kívánt terhességek kivédésével, gyermekek szülői elhanyagolásával, dohányzással, nőgyógyászati szűrővizsgálatokkal, szoptatással, kisgyermekes anyukák életmódjával, illetve a COVID-19/SARS-CoV-2 járvánnyal kapcsolatos kérdések merültek fel leginkább.

Csecsemő-, kisded- és kisgyermek ellátás

Tavalyi év decemberében a nyilvántartott csecsemők száma 29 fő volt, közülük 10-en veszélyeztetettek, 5-en egészségügyi, 2-en környezeti, 3-an mindkét okból kifolyólag.
Élve születések száma összesen 28 volt, 16 leány és 12 fiú született, közülük 4-en koraszülöttek voltak, 2 esetben diagnosztizáltak veleszületett fejlődési rendellenességet, mindkét esetben szívet érintően.
A szülések (27) több mint fele (15) császármetszéssel zajlott.
1 ikerszülés történt.
Tervezett otthonszülés 1 esetben fordult elő.
Csecsemőhalálozás nem volt.

12-35 hónapos gondozottak száma 2021. decemberben: 61 fő volt, közülük 21 fő veszélyeztetett; 3-6 éves gondozottak száma: 100 fő volt az elmúlt év végén, közülük 39 veszélyeztetett. A veszélyeztetettség okai jelen életkorokban 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, szemészeti problémák, endokrinológiai betegségek, autoimmun folyamatok, idegrendszeri, pszichiátriai megbetegedések, illetve veleszületett fejlődési rendellenességek, öröklődő betegségek szerepelnek.

Az életkorhoz kötött kötelező védőoltások és védőnői szűrővizsgálatok rendre megtörténtek.

Szűrővizsgálatok során a leggyakrabban észlelt elváltozások között a szemészeti, ortopédiai elváltozások, illetve beszéd-, mozgásfejlődés, finommotorika, szobatisztaság elmaradása, beszédhibák, mentális és szociális képességekkel összefüggő problémák álltak; ugyanakkor említésre méltók a pszichés, magatartási, illetve viselkedésbeli, valamint a hallásszűrésnél észlelt eltérések és a magas vérnyomás is.
Az észlelt elváltozásokat követően minden érintett gyermek háziorvosát írásban értesítettem, illetve szükség esetén szakellátás (pl. szemészet, gyerekszemészet; PSZSZ, korai fejlesztés, pszichológiai tanácsadás) felé irányítottam a szülőket.

Tanköteles korú, oktatási intézménybe nem járó, otthon gondozott gyermekek

Adott gyermekek száma ugyan 0 fő volt az elmúlt év decemberében, de az év folyamán 2-12 fő állt gondozás alatt.
Ezek a gyermekek betöltötték 7. életévüket, de még nem kezdték meg az iskolai tanulmányaikat, óvodai nevelésben maradtak. Ezen gyermekeknél is rendre megtörtént a kiegészítő védőnői éves szűrővizsgálat.

Látogatási szám és tanácsadási forgalom – 2021:

- Családlátogatások száma: 157; szaklátogatások száma: 284
- Tanácsadások száma összesen: 1021
    - személyes megjelenés:883
    - távkonzultáció:138

Óvoda egészségügy

A kötelező negyedéves, illetve a szükséges kiegészítő tisztasági szűrővizsgálatokat elvégeztem.
Az elmúlt évben is előfordult fejtetvesség, de jelentős problémát nem okozott, a szülők rendszerint lekezelték; további védőnői intézkedések nem váltak szükségessé.
Óvodai dolgozókkal a kapcsolat együttműködő.

Gyermekvédelmi tevékenység

2021-ben a védőnői gyermekvédelmi intézkedések szükségessége jelentősen csökkent.

Összesen 59 alkalommal intézkedtem családok ügyében.
7 esetben éltem írásbeli jelzéssel gyermekjóléti szolgálat felé, 5 esetben írtam tájékoztatást, jellemzést, véleményt gyámhatóság, gyermekjóléti szolgálat-, központ felé.
1 alkalommal vettem részt esetkonferencián és az éves gyermekjóléti tanácskozáson is megjelentem.

Családsegítőkkel továbbra is rendszeres, együttműködő a kapcsolatunk.

Karitatív tevékenység

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

Adminisztratív tevékenység – Megváltozott munkakörnyezet

A védőnői munka jelentős részét képezi az adminisztráció.

A 2021-ben is fennálló COVID-19/SARS-CoV-2 világjárvány kapcsán nőttek az adminisztratív feladatok.
A járvány emellett új kihívásokat eredményezett, megváltozott munkakörülményeket teremtett, fokozott alkalmazkodást és óvintézkedéseket követelt.
A védőnői ellátás folyamatos volt, ugyanakkor a távkonzultáció is előtérbe került.

A havi, éves és időközi jelentések elkészítése rendre megtörténtek.

Egyebek

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

Továbbképzések

A világjárványra tekintettel egészségügyi dolgozók részére a jelenléti képzések kevésbé voltak elérhetők, így online továbbképzésen vettem részt decemberben, az 1-3 éves korú gyermekek táplálkozását érintően.

Működési feltételek

Tavaly jelentős, régóta várt felújításokra került sor, melyet ezúton is köszönök!

Az Egészségház kívülről teljes mértékben megújult, a tetőt, ereszcsatornát, homlokzatot érintően; ezen kívül megtörtént a födém cellulóz szigetelése, továbbá központi fűtés került kialakításra gázkazánnal és a helységek festésére is sor került.
Lehetőséget kaptam új irattároló szekrény beszerzésére is.

Így most már elmondható, hogy kívül-belül megújult, jó műszaki állapotú, esztétikus, higiénikus környezetben történik a gondozottak ellátása.

Tisztelt Bánhidi László Polgármester Úr, Tisztelt Képviselők köszönöm, hogy beszámolómat elolvasták, kérem szíves elfogadását!

Tokod, 2021. június 21.

p.h.

Tisztelettel:

Biró-Jambor Gabriella
védőnő

Orvosi beszámoló 2022 Tokod Nagyközség
Tokod – üveggyár 2. sz. körzet.
Dr. Szabó András.

Tisztelt Tokod Nagyközség Polgármesteri Hivatala, Tisztelt Bánhidi László polgármester, tisztelt testületi tagok. tisztelt lakósok

Még a Covid – 19 járványok alatt és után, éppen, úgy ahogyan a tavalyi beszámolómban is megjósoltam, folyamatosan szembe kellett néznünk, mind a COVID-19 járvánnyal, mind az összes egészségügyi következményeivel, a szomszédos Országban zajló különleges háború közepén. Mindez, hogy ne legyen elegünk a bajokból, hirtelen, villámcsapásként ért minket és a világot is a WHO Május 21- i bejelentése, 13:00-ig 92 laboratóriumilag igazolt, 28 majomhimlő gyanús esetet jelentettek a WHO-nak 12 olyan tagállamból, amelyek nem endemikusak a majomhimlővírus számára,
Elnézést kérek a gépemben levő vírusokért. A megértéshez tartozik, a nem endémikus tagállam, Magyarország, vagy Nagy Britannia ahol legelőször jelezték, a Nigériában, Kamerunban, Kongóban, Közép Afrikai Köztársaságban már ismert vírus által okozott fertőzéses betegséget. És mindez betegségeket úgy fedezték fel, hogy semmilyen kapcsolati összefüggést sem találtak, az ismert endémikus Országokkal Mára több mint 80 nem endémikus ország érintett. Máig Azóta több lehet Magyarországon is felfedeztek 4 esetet. Múlt héti adatok Dr. Szlávik ános. szerint világunkban, összesen 1000 betegről tudunk A Mortalitás úgy 1-10% között mozog. Mondhatjuk, habár lassan emelkedik a fertőződtek száma még nem tudjuk mi lesz vége. A gyors magyarázathoz tartozik, hogy egy tetem, vagy hulla, 3 hónap után is fertőzhet A vírus jól bírja a szárazságot. A sebhelyes arcú Ramses - V Egyiptomi fáraó múmiája már biztosan nem fertőző A keletkező pörkök leszáradása, leesése után, a beteg fertőzőmentesé válik. Úgy a betegség 3-4 hétig tart. Ha nem is annyira fertőző, mint a Covid – 19 vírus, tudnunk kell, hogy 1-2 vírus is elegendő ahhoz, hogy fertőző betegséget okozzon, kiszáradva még mínusz 100 fok és az felett fertőző képes marad, a kiszáradt testnedvek, ürülékek porában, amit belélegezhetünk. Mosásnál, 60 fokon 2 óra alatt pusztul el. A használt jelenlegi tisztítószerek Hypo, Domestos, és renedelőnkben használt fertőtlenítőszerek, kézmosószerek éppen olyan hatékonyak mint a COVID-19 járvány ideje alatt Kérdés a 95% védettséget adó fekete himlő elleni védőoltás, több év (1980) utáni hatékonysága, és a vírus hatása a védtelen és oltatlan generációkra.. Az ellene használt védőoltások közül, az egyik a replikáló tipus, Bonly Smallpox Vaccine, a másik a nem replikáló típus, Smallpox and Monkeypox vaccine Live Non- Replicating (Jynneos) amit valószínűleg alkalmazni fogunk, főleg ha a Bavaria Norbie cég gyártja. Ellene gyógyszer is van. (Tecovirimat) Az eddig ismertetett esetek enyhe lefolyásúak voltak, általános fertőzési tünetekkel, a száj, és végbélnyílás, esetleg testen, végtagokon, megjelenő tipikus, de enyhébb klinikai bőrgyulladásos tűnetekkel, vezikulákkal bulákkal, pusztulákkal, a jellemző nyirokcsomó megnagyobbodással. A jelenlegi betegséggel megfertőződéhez nagyon

közelei kontaktus szükséges, ezért jelentkezet először a homoszexuálisoknál, az testi nyilasok közelében megjelenő tipikus bőrelváltozásokkal.
Ennek a betegségnek a haláloka, akárcsak a fekete himlőnél, a bakteriális fertőzések endotoxin mérgezéséhez hasonló A bacilusok belsejében levő mérgektől) (Vagyis mikor az elpusztult bacilusból, a vérbe kerül, a bacilus belsejében levő méreg. Ami Diszeminált Intravaszkuláris Koagulációt okoz. (DIC). Mint például a fertőző meningococcus, agyhártyagyulladás esetében. Nem tévesztendő össze a két betegség, csak a hasonló, COVID – 19 betegség halálos végkimenetelében is megjelenő nehezen kezelhető, halálok. az összes véredények elrögösödése miatt. Körzetünkben még egyetlenegy majomvírus eset betegség sem fordult még elő. Csak remélem, hogy nem a majomhimlő lesz a következő évi beszámolom témája

COVID – 19 járványok és betegeink
Magában a COVID -19 fertőzés sem rövid idő alatt lezajló betegség.

Akut Covid tartalma – 1-4 hétíg is eltarthat

Folyamatos tünetes Covid – 19 betegség, amikor - 4 héttől – 12 hétig tartottak a betegség tünetei.

Megjelent a - Poszt Acut Hiperimflamációs Covid – 19 – Amikor a második hét után többszervi betegségek alakultak ki.

A Poszt Covid szindróma magába foglalja a 4 hét után is fennálló maradványtüneteket, és károsodásokat.

A Hosszú Covid színdróma a 12 hét után is fennálló folyamatos Covid betegség,

és Poszt Covid szindróma.

Tehát még nincsen vége azok feladatoknak, amelyekkel szembe kell néznie, mind a háziorvosnak, mind a körzetében levő lakósoknak. Főleg a magas rizikó csoportba tartozó veszélyeztett betegeknek Ez járvány teljesen megváltoztatta az orvosi szakma hozzáállását, a bekövetkezett változások, teljesen új kutatási irányelvek alapjára helyezte a krónikus betegségekhez való hozzálást, az eddig is bevált irányelvek mellet teljesen új irányelvek egészítették ki, az már ismert veszélyeztetett krónikus betegségek kezelését

COVID – 19 - A gyakran elhangzott Kormányellenes Kritikák, a halálokok elemzése. Mellesleg megjegyezném, hogy az újságírók közül senki sem értette volna meg, ha a Kormányinfón Gulyás Gergely, elkezdett volna előadást tartani az ACE II receptorokról, az ugyancsak ugyanannyi gondot okozó, LFA1 receptorokról, a vírus tüskéjében levő, gp 120 fehérjéről, vagy a TMPRSS2 endothel felszini fehérjéről, arról hogyan jut be a SARS vírus T- Limfocita sejtekbe, a TMPRSS2 felszíni fehérje által a szövetekbe, a védekezési rendszerek megbénításával, egyre fokozottabb stressz oxidatív gyulladásos anyagok

felszabadítása mellett. Habár ismételten el lettek mondva az okok, azért mégsem várható el, hogy Gulyás Gergely úr, a Miniszterelnökséget helyettesítő Miniszter újságíróknak, Orvosi kongresszusi szintű orvos - kutatási előadásokat tartson.
(Megjegyzem) (nem szakembereknek) a Magyar Kardiovaszkuláris társasság, Kardiovaszkuláris kockázati kategóriairól, vagy a Budapesti Szent Imre Egyetemi Oktató Korház Anyagcsere központja legújabb ajánlásairól Vagy akármelyik Egyetem, AOK, Belgyógyászati Intézete, Anyagcsere betegségek tanszékei ajánlásairól, vagy a Semmelweis Egyetem Angiológia Tanszék ajánlásairól!
(Bezamámolom egy Nemzetközi Telekonferencia Orvosi Kongresszuson alapúl!

Mivelhogy a halálozás növekedésében nagyon nagy szerepet játszott LFA1 receptor aktivizálása, az ACE II receptor aktivizálásán túl, meg kell hogy említsek egy pár vele kapcsolatos kutatási eredményt. Nem a kormányinfón! Úgy tűnt elvárták volna! – Részletek az Orvosi Kutatásokból! Az okok, amelyek miatt a COVID – 19 fertőzés miatt összeomlott a beteg immunrendszerének védekezése, a HÍV fertőződőtekhez hasonlóan.

Például - Student-féle próba statisztikai elemzése. A (D és E) ICAM-1 érintkezési felületek morfológiájának tanúlmányozása, olyan közegben amely naiv CD4 T-sejtek ICAM-1- és CD4 (OKT4) vagy CD3 (OKT3) elleni monoklonális antitesteket is tartalmazott lehetőséget adva egy kettős rétegben kialakult kölcsönhatások tanúlmányozására. Természetesen nehezen érthető egy Oktató Egyetemi szintű Laborkutatás, főleg ha olyan idegen kifejezésekkel írnak amelyet csak az erre képzet szakma éerhet mint például a fenti kutatásban - a szimmetrikus (felső panel) vagy aszimmetrikus (alsó panel) ICAM-1 gyűrűket alkotó sejtek százalékos arányát a gp120 + ICAM-1 kettősrétegekben megfigyeltekkel, és velük való összehasonlítás után mutatták be (B). Az OKT4 és OKT3 sűrűsége a kettős rétegben 250 molekula/μm2 volt. Tudjuk hogy az LFA-1 celluláris adhéziós molekula és az ICAM-1 ligandum fontos szerepet játszik mind a HIV-1 vírus fertőzőképességében mind a vírus anyaga emberbe átvitelének elősegítésében. Ezek a molekulák HÍV -1 – ben vannak jelen! Sejtaktivációra volt szükség a kísérletben, ahhoz, hogy az LFA-1-et olyan aktív konformációvá alakítsák, amely magas. Naïve CD4 T cells - sejt LFA-1-ICAM-1 aktivitást és interaciót mutasson ki a bizonyított gp120 binding kötődése után..

.. <u>The origin of the Covid-19 virus : update April 2022</u> – A vírus eredetével kapcsolatban!
A SARS-CoV-2 természetellenes eredetét 2 éve vetették fel és vitatják. Fontos beszélni róla, hogy megértsük a biopolitika 2000-es évek óta tartó inflexióját. Ezen túlmenően a vírus már ismert koronavírusokhoz képest egészen más szerkezeti jellemzőkkel rendelkezett! A SARS-CoV-2 az egyetlen a humán patogén koronavírusok közül, amely egyszerre rendelkezik többbázisú furin hasítási hellyel és humán ACE2-kötő hellyel, vagy LFA 1 receptorra kötő helyel is amivel már megmagyarázható a magas halálozást okozó patogenitása Fő érv a vírus természetes eredete ellen az, hogy egyetlen olyan állatot sem sikerült

azonosítani, amely köztes gazdaszervezetként működött volna, és nem találtak rokon vírust, amelyből természetes módon fejlődhetett volna. A "mesterséges" vagy "szintetikus" eredet mellett meg kell említeni (többek között) a furin hely és a humán ACE2 kötőhely beillesztésével kapcsolatban végzett kísérleteket, valamint a feltárt projekteket. a nemrég közé tett eddig még nem publikált dokumentumok alapján. A SARS-CoV-2 más receptorokhoz is képes. Funkció növelési képesség!. Ezeket a funkciónövelési (GoF) kísérleteket nagyon pontosan írták le. EcoHealthAlliance válasza a DARPA (US Army Research Agency) pályázati felhívására. A koronavírus GoF-eket a 2000-es évek elején kezdte finanszírozni az NIH, és ezt követően bevonták a Wuhan Laboratory-t (WIV). Az Európai Bizottság a Horizont 2020 projekttel (EVAg és EVA Global) is finanszírozta a WIV-t. Vizsgálat folyik az Egyesült Államok Szenátusában, eredetével kapcsolatosan a laboratóriumból kiszivárogtatása a legvalószínűbb.

EGYÉBB KUTATÁSOK!

Egyéb kísérletek bizonyítékok A tanulmány célja a multiplex valós idejű PCR tesztek hasznosságának felmérése volt a tüdőgyulladás miatt kórházba került és társbetegségekkel terhelt gyermekek diagnosztikai és terápiás folyamatában. Gyermekvizsgálatokban, felnőtt korban ismert krónus betegségek hiánya által megkönyített vizsgálatokban.- Módszerek . A vizsgálati csoportba 97 gyermek tartozott, akik tüdőgyulladás miatt kórházba kerültek a poznańi Karol Jonscher Oktatókórházban, akikben multiplex... ... Az ACE2-n kívül valószínűleg más sejtreceptorok is lehetővé tették a sejtek SARS-CoV-2 általi fertőzését (25): a kizárólag leukocitákban expresszált LFA-1 fehérje (leukocita funkcióval asszociált molekula) teheti lehetővé, hogy a vírus bejusson a T-limfocitákba anélkül, hogy ACE2-recepzort használta volna, amely nem expresszálódott ezekben a sejtekben; ez magyarázhatja a Covid-19 betegeknél megfigyelt limfopéniát. Gyermekeknél sokkal kevecebb az ACE II receptor. Tehát könnyebben ismerték fel az LFA1 receptorra hatását Ezt a LFA-1 receptort a HIV - vírus is használja a CD4 limfocitákhoz való kötődéshez (26). Egy cikk már 2020 áprilisában javasolta közlését, a szerzők tudományos nyomásra visszavonták (27): akkor nem volt célszerű a HIV-hez közeli funkcionalitást felidézni a SARS-CoV-2 esetében!

Ugyancsak Biókémia! – Labor --

... Az LFA-1 akkor aktiválódik, amikor a gp120 fehérje kötődik az a4b7-fehérjéhez az elsődleges T-sejtekben. A virológiai szinapszis szorosan összefügg az LFA-1 aktiválásával, valamint azokkal a jelekkel, amelyek a gp120 és az a4b7 közötti kölcsönhatásból jönnek létre (38, 39). Ezért a vírus glikoproteinje és a T-sejtek közötti kötődés korlátozó lépést jelentett a DC-k és T-sejtek hosszan tartó összekapcsoló érintkezésének elősegítésében (40) (2. ábra). ... Bár jelentős előrelépés történt a humán immundeficiencia vírus (HIV) terápiája terén, a kezelés nem jelent gyógyulást, és továbbra is elérhetetlen sok HIV-fertőzött ember számára. A vírus életciklusának és a sejtbiológia számos aspektusával való találkozásának folyamatos mechanisztikus kutatása nemcsak a HIV elleni folyamatos küzdelemben alapvető fontosságú, hanem számos kulcsfontosságú megfigyelést is szolgáltat immunrendszerünk működéséről.

Több évtizedes HIV-kutatás bizonyította, hogy az aktin citoszkeleton szerves szerepet játszik a fertőzés létrejöttében és terjesztésében. Itt áttekintjük, hogy a vírus hogyan alkalmaz különböző stratégiákat a celluláris aktinhálózatok változásaiban és életciklusának különböző szakaszaiban a fertőzés hatékonysága növelésére érdekében. Míg úgy tűnik, hogy egyes HIV-fehérjék közvetlenül képesek kötődni az aktin filamentumokhoz, a citoszkeleton (sejtszerkezet váza) megváltoztatása, közvetett módon történik az aktin szabályozó fehérjék erejének kihasználásával, amelyek több szinten károsodnak. Ezenkívül ez a manipuláció nem korlátozódik a fehérjék csak egy külön osztályára, hanem a citoszkeleton minden rétegére kiterjed. Ezek összehangolt deregulációja vezethet a sejtek viselkedésében az olyan változásokhoz, amelyek elősegítik a vírus terjedését.
Kutatások amelyekben a szerzők felfedték nevüket!
HÍV -1 - COVID- 19 HASONLÓSÁGOK!
... Amikor a HIV megköti az α4β7-et, az aktív LFA-1-gyel és CD4-gyel kolokalizálódik a VS sejt-sejt határfelületén. Ez a gp120–α4β7 kölcsönhatás kiváltja az LFA-1 aktiválását a cél T-sejteken (Hioe és mtsai, 2011), és az LFA-1 aktív konformációi elősegítik a szinapszisképződést és a HIV-fertőzést. Az LFA-1 aktiválása gp120–α4β7 kötődés révén növeli a fertőzés hatékonyságát azáltal, hogy elősegíti a szinapszisok képződését, nem pedig a sejtmentes vírus közvetlen befogását (Ding et al., 2015).
Tehát a HIV hasonlóságok CD4 sejtek aktivitásának gátlása! Az 1-es típusú humán immundeficiencia mint tudjuk a vírus (HIV-1) krónikus fertőzést okoz, amely fokozatosan kimeríti a CD4+ T-limfocitákat. A COVID -19 betegségben ez a folyamat csak a betegség ideje alatt zajlódik le. Betegség után, újból normális lesz a Limfocita szám! A CD4+ T-limfociták központi koordinációs szerepet játszanak az adaptív celluláris és humorális immunválaszokban, és ennek érdekében vándorolnak és lépnek kölcsönhatásba a limfoid kompartmentekben és az effektor helyeken, hogy felerősítsék a védekezési rendszert!

Ami mégis bíztató volt, hogy a COVID – 19 fertőzés után nem maradt vissza a HÍV betegségben ismert Limfopénia, vagyis az alacsony Limfocita sejtszám! Mégis mindent félre téve nagyon magas volt a COVID – 19 halálozás!

Mindez ellenére – A veszélyeztetett betegek kezelése sem állhatott le, sem a krónikus betegségek kezelésének további kutatásai.

COVID – 19 JÁRVÁNY ALATT KEZELT KRONIKUS BETEGEINK, KRONIKUS BETEGSÉGEINEK KEZELÉSEINEK ÚJ IRÁNYELVEI!

A SÚLYOS KIMENETEL KIVEDÉSE COVID – 19 JÁRVÁNY ALATT! ÉS UTÁN!
MILYEN IRÁNYELVEK ALAPJÁN KEZELTE A HÁZIORVOS BETEGEIT!

Idézem Dr. Simony Gábort. (Szt, Imre Oktatókorház Anyagcsere Központ Izolációs egysége egyik orvosát. A súlyos kimenetel hátterében több kockázati tényező állhat: idősebb életkor, krónikus betegségek, mint pl a hipertónia, és

más kardiovaszkuláris betegségek, a 2-es típusú cukorbetegség, az elhízás. Ezen túlmenően tudjuk azt is, hogy a betegség poszt- COVID – 19 szindrómát okozhat, elhúzódó súlyos vagy kevésbé súlyos tünetekkel, gyakran jelentkeznek kardiális tünetek és ritmuszavarok. Ez utóbbi leggyakoribb, formája a pitvar – fibrilláció PF. 14% ban Stroke okozó! Az elhunytaknál 24,5% volt jelen. Egyes vizsgálatokban elérte a 42% - ot. Az ő tanulmányának a végeredménye az volt, hogy a modern vér hígítok közül a dabigatrán volt a legmegfelelőbb OAK (Orális antikoaguláns) e,GFR30 ml feletti vesefunkciónál, jó máj funkció -val) az aminotranszferázok 2x emelkedéséig! Tehát még jó májfunkcióval, már csökkent vesefunkció mellett! Továbbá figyelembe véve a vesefunkciót is! A már csökkent veseműködés - (A 30 – 15 ml e,GFR – nél adott edoxabánt is le kell cserélni, LMWH – ra ha 2x felé emelkednek a májenzimek! A covid- 19 kezelése alatt alkalmazott ver hígítókra utalt! Figyelembe véve CHA2DS – VASc score –t (VÉRHIGÍTÓK ADÁSÁNAL ALKALMAZOTT SCORE) amennyibben a férfiaknál, nagyobb mint egy, nőknél nagyobb mint 2. ANIBAL – spanyol orvosi protokoll – ajánlásai alapján amely szerint kezelték a fertőzést. A lényeg, fontos volt a korházban alkalmazott ver hígító kezelés!

KÖRZETÜNKBEN A HALÁLOZÁS A COVID- 19 JÁRVÁNY ALATT!
Jelenleg a bejelentkezett lakósok száma 1874. A rendelésen megjelentek száma 3685, szakrendelésekre utalások 712. A statisztikai hibák nem kizárhatók! Több a férfi 952 mint a nő 907. A COVID -19 FERTŐZÉS SZEMPONTJÁBÓL, MINDEN KOROSZTÁLY ÉRINTETT VOLT! AZ OLTOTT BETEGEKNÉL IS JELENTKEZŐ FERTŐZÉSES LÉGÚTI TÜNETEK, ENYÉBB KÖZEPESEN SÚLYOS TÜNETEKKEL MÁR MIND COVID – 19 VÍRUS VARIÁNSOKKAL FERTÖZŐTT BETEGEK VOLTAK. EZT BIZONYÍTJÁK, A TAVALY NOVEMBER ÓTA RENDELKEZÉSÜNKRE ÁLLÓ LATERAL FLOW ELVŰ GYORSTESZTEK IS! AZ OLTÁSOK FONTOSSÁGA PERDÖNTŐ VOLT. NAPOK ALATT MEGGYOGYÚLTAK AZ OLTOTT BETEGEK! VOLT OLYAN KRÓNIKUS LÉGÚTI BETEGSÉGBEN SZENVEDŐ BETEGÜNK IS, AKINEK FEBRUÁRBAN, MÉG DELTA VÍRUS TÍPUS FERTŐZÉSI TŰNETEI VOLTAK, MÁRCIÚSBAN, MÁR A Q VARIANS BETEGÍTETTE MEG! AZ KOMPENZÁLT EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTBAN LEVŐ BETEGEK ÁLTALÁBAN 4 NAP ALATT VÁLTAK TÜNETMENTESSÉ! MÉG JELENLEG IS, TESZTELÜNK Q – VARIÁNSÚ BETEGEKET! FELHÍVOM MINDENKI FIGYELMÉT ARRA, HOGY AZ ANTITEST SZINT, HA MÉRIK, NEM ALKALMAS A BETEGSÉG SZŰRÉSRE!
Amit nyugodtan elmondhatunk, a betegség fertőzőképessége sokkal magasabb lett, mondhatjuk a Q varians 300 X fertőzőbb, mint a Delta, ma már a B5 mutánsnál tartunk, de hála az oltóanyagoknak, és a betegségen átesetteknek, sokkal kevesebb azoknak betegeknek a száma, akiknél súlyos életet veszélyeztető szervi károsodások keletkeznek. Még egyszer kiemelném az oltások fontosságát. amit a vírus, fertőző képessége fokozásával próbál túlélni, azért hogy velünk maradjon. (Dr. Szlávik János infektológus)
Számítógépes adataink mégsem nyugtatók. Összeségében csak két oltatlan COVID -19 – ben elhunyt betegünk volt, azért sehogy sem egyeznek oltási statisztikáink. Habár személyesen végeztem rendelőben lakáson az oltást, az derült ki hogy csak a lakósság 61% százaléka kapta meg a járvány lefutási ideje alatt az első oltást. Ez annak is tudható, hogy betegeinket más oltóközpontokban is beoltották. Mivelhogy körzetünkben nemcsak helyi

lakosok vannak, utána érdeklődéssel, vagy beteg-orvos találkozáskor rá kérdezéssel, habár nem támaszthatom alá, a körzetünkben bejelentkezetteknek több mint 75-80% - a megkapta az első oltást! 56% százalékos a második oltás, a harmadik 28,8% tart. Már annak is örülünk, hogy 50% feletti, a második oltást megkapók aránya. A negyedik oltást, csak az orvos, még a nővér kapta meg! Március közepétől nincsen oltásra jelentkező, miközben folyamatosan kezeltük a B1- 5 variánssal megfertőzőt betegeket. Mivelhogy a gyomor – bélrendszer is tele van ACE – II receptorrokkal gyakoriak a hasmenéssel, vagy emésztőrendszer panaszokkal járó kórképek is.

A járvány időszaka alatt összesen 24 halottunk volt
2021.01. 01. – 202112.31 – között 17. (1937 – 1962 között születtek voltak)
2022.01.01. – 2022- 05 – 7 halott, (1936 – 1947 születésűek)

Végeredményben csak!
A magasvérnyomásos betegség, szív- érendszeri, anyagcsere betegségek mint a cukor betegség, zsíranyagcsere zavarok, mint minden lében két kanál, továbbra is a legfőbb halál okok maradtak, még a COVID – 19 járvány ideje alatt is. Csak két COVID – 19 fertőzésben elhunyt betegről tudunk!

Irányelvek! Kezelnünk kellett mind a COVID-19 fertőzést mind a betegeinknél előforduló, Nagyon Nagy, Nagy, CV- krónikus betegségekben előforduló rizikó tényezőket is.
Tévedés lenne azt állítani, hogy csak a COVID- 19 – et kezeltük. A legmodernebb és legújabb irányelvek alapján, próbáltuk kezelni, és kezelésüket irányítani a rendelőnkhöz tartozó krónikus betegeinket.
Beszámolom, ezeket a háziorvosi gyakorlatban is alkalmazható irányelveket tartalmazza. Mindazokat a törekvéseket, és elért eredményeket, amelyeket az orvos- kutató csoportól, értek el, és a háziorvosi gyakorlatban is alkalmazhatók, Jelenleg a legújabb és legmodernebb gyógyszerekkel, a legújabb terápiás ajánlások alapján kezeljük a krónikus betegségeket, ha a betegségek nem is gyógyíthatók a már fennálló szervi károsodások miatt, szervfunkciók csökkenése miatt, a betegségek progressziójának csökkenésével, és a major, halálos végkimenetelű CV – események bekövetkezésének a kivédésével, nagyon sokban javítottuk a betegek életminőségét.

Világunkban 17 percenként van egy szívroham, 8,76 millió eset
12 percenként egy stroke 6, 24 millió eset (majdnem minden 12 percben egy).
Utánuk következik a harmadik helyen, a COVID – 19 járvány alatt, a felső légúti betegségek, és tüdőgyulladás, a negyedik helyen áll a COPD. (A krónikus obsztruktív tüdőbetegség) utána ötödik a tüdőrák, a cukorbetegség a hatodik helyen áll, habár nehezen választható el az első két helyet befolyásoló halálozástól, a többi metabolikus betegséggel együtt. Mondható hogy korosztálytól független, mind a cukorbetegség mind az elhízás, nagyon nagy szerepet játszott, a fiatalabb korosztályok COVID- 19 halálozásában.
A mi esetünkben is az elhunytak, a rendelőnkben ismert krónikus betegségekben szenvedő és kezelt gondozott betegek voltak, akiket súlyos

szervi elégtelenségekkel diagnosztizáltak. Az 2021 – es halottak között olyanok is voltak, akik még az oltási kampány előtt haltak meg, vannak köztük olyanok is, akik csak egyetlenegy oltást kapták. A 2022 – es halottjaink között voltak olyanok, akik megkapták a második oltást, mégsem COVID- 19 fertőzésben haltak meg, még poszt COVID- 19 szindrómában sem, halálukat krónikus betegségük okozta. Mindez betegségek állapot rosszabbodásában haláloki tényezőként, továbbra is fontos szerepet játszanak a tavasz – őszi, szezonális felső légúti fertőzések, (a proinflamatorkus cytokinek) gyulladásos anyagok fellángolása miatt! jelenleg a COVID- 19 fertőzés cytokin vihara miatt!. Vegyük úgy még velünk maradtak a felső légúti fertőzések, az influenza Vietnámba költözött)! Nincsenek kétségeink visszajön! Ahogy 2021 – ben, Dr. Antony Fauci az amerikai elnök egészségügyi főtanácsadója megfogalmazta, a januári Dávosi Világgazdasági Fórumon,: a parainfluenza a rhinovírusok, és az egyéb légúti vírusok mellett ott lesz a továbbiakban, a SARS- Cov-2 is

Kérdés hogyan jutnak el a Háziorvosi ellátást is segítő, Nemzetközi Orvosi Telekonferenciák adatai. Magyarországon még nincsen magasképzetségű szakember hiány, már régóta ismertek azoknak az irányelveknek a körvonalai, amelyet hála szakembereinknek, körzeteinkben is nagy hasznát vesszük. Tehát alkalmazhatók! Már ismert nagyon egyszerű dolgokról van szó, amelyet évek óta alkalmazzunk mind a szűrésben, mind a primer, szekunder, terciér prevencióban.

2021 – ben tartott Telekonferencia –

A Magyar részvétellel is tartott Nemzetközi Telekonferenciákon hangzottak el, hogy mindez halálozások számának csökkenéséhez számos nemzetközi projekt jelent meg. például a DPP Diabétesz Megelőzési Projekt, WHO - Resolve to Save Lives, a World Hypertension League Latin Amerikában Afrikában, Ázsiában, (Zárta összefoglalóját Paul Welton professzor (Tulane Egyetem New Orleans USA) AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY CONGRESS TAGJA. (Közététel - Brázda Edgar dr blokkszerkesztő. Lásd BestOfCongress.olo. hu oldalt. amely a telekonferenciákat rögzítette. Tartalmazza
Giusepe Mancia professzor összefoglalóját - Milano Bicocca Egyetem, Paul Whelton Tulane Egyetem, Marco Metra Bresciai Egyetem, Eugene Yang professzor Washingtoni Egyetem összefoglalóit, Az Európai Klinikai Onkológiai Társasság ESMO elnöke Solange Peters professzor előadását. Ugyancsak részt vett a Magyar Onkológusok Társassága 2021 évi Kongresszusának díszvendége Járai Zoltán professzor is, a Magyar Hypertonia Társaság elnöke és Barna István a titkárság titkára, akik az Európai Hipertónia Kongresszus eredményeit ismertették. A Gasztroenterológia Európai legnagyobb seregszemléjét UEGWEEK bemutatását Altorjay István professzor és Vince Áron a Magyar Gasztroenterológiai Társaság elnöke mutatta be. A Reumatológia újdonságait az EULAR Kongresszuson Szántó Sándor professzor a Debreceni Egyetem Sportorvosi Tanszék vezetője, és Balog Attila a Szegedi Tudományegyetem, Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának adjunktusa adta elő.

A Kongresszuson Járai Zoltán professzor felvetette az angiotensiogén gén javítását is. (A Hypertonia kezelésében továbbra is IA - indikáció az ACE- 1 gátlóval induló kezelés).A COVID- 19 az ACE 2 receptorra hat. Hatékonyan alkalmazzuk rendelőnkben ezt a gyógyszert!

A megértés céljából kiemelendő Telekonferencián elhangzott krónikus betegségek kezelése!

Járai - Fontosnak vélte telemedicina eszközeit. Az orvos – beteg telekommunikációját. Burnier professzor az előadáson azt vetette fel, hogy hiába ha csak háromhavonta találkozik 30 percre a beteggel az orvos, ha a beteg élete 99,8% - át orvosi felügyelet nélkül tölti el. Ezért nagyon fontos a beteggel való kommunikáció, és a proaktív orvosi tevékenység.

Új szerepet kapott az ABPM készülék használta, vagy okos telefonon közvetített mérési adatok!
Az otthoni vérnyomásmérés, vagy otthon hordozható ABPM készülékek fontossága!
Nehéz elérni az 140/90 célértéket! Nemcsak elérni, de tartani is! Mondták a Konferencián! (Ez igaz a Háziorvosi gyakorlatban is)! Elérésének (140/80 érték) eszköze csak a hatékony kezelés lehet. Felvetették a single pill egytablettás kezelést! (Fix kombinációkat). A Magyar Hypertonia Társaság két poszterrel szerepelt a Kongresszuson Nemcsik Gábor doktor a magyarországi hipertónia regiszter adatait közölte, Páll Dénes professzor pedig a Hypertonia szezonális ritmicitását elemezte. Beszámolóimban már többször szó volt a 140 Hgmm Systolés értékről, még egy 90 éves betegnél sem megengedett a 142 – es érték, mert nyomása, már direkt károsítja az érfalat! Modern értelemben, az érfalban levő gyulladásos anyagok aktiválódását váltja ki! Amiről a krónikus betegségek szólnak, és amit a COVID – 19 fertőzés kivált és fokozz.
A KONGRESSZUS A TELEKOMUNIKÁCIÓRA FOKUSZÁLT!
Örök téma a beteg – orvos kommunikáció! Ma ez lehetséges lenne! Van már okostelefon! Vannak hordozható műszerek! Sok mindenre derült fény a COVID-19 járvány alatt! Már a kezdeti panaszok bejelentése is életmentő lehetett! Sok betegnek mentette meg az életét az időben elkezdett kezelés, és tanácsadás! Körzetünkben is több volt az otthon és nem a korházban kezelt betegek száma. Érdekes módon a beteg inkább telefonon fogadta el a tanácsadást mint a rendelőben, arra hivatkozva, siet, nincsen ideje, már többször hallotta, ne ismételje el ugyanazt az orvos!

MIÉRT FONTOSAK A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN AZ ORVOSKONGRESSZUSOK KÖZLÉSEI?

Kérdés miért közlöm ezeket a törekvéseket? Habár a körzetünkben nem fordult elő fiatal COVID- 19 fertőzött halott, a statisztikai adatok nagyon sok fiatal korú elhunytról számolnak be. Csak megemlíteném hogy a túlzott, cukor só bevitel, eleve aktiválja a proinflamatorikus makrófágokat, miközben csökkenti a regulatorikus T – sejtek működését, mindent ami a gyulladásra jellemző TCD4

TCD8 sejtek számát befolyásolja, akárcsak a COVID – 19 fertőzés mikor a LFA1 receptort is aktiválja. Ugyanilyen gyulladásos reakciókat támogatnak a magas glikémiás indexel rendelkező ételek, üdítő italok Nagyon magas volt a halálozási arány a magas vércukorszíntű betegeknél)

Tehát folyamatos véecukorszínt kontroll! Azoknál volt magasabb a COVID- 19 halálozás akiknél független a cukorbetegségétől, kezelésétől, állandóan magasabb volt a VC színtje.

Egyik magyarázata az fiatalkori halálozásnak az lehet, hogy az veszélyeztetteb időskorúak gyakrabban járnak orvosi vizsgálatokra. Majdnem folytonos kapcsolatban állnak az orvossal. Eltekintve a veleszületett rendelleneségekről, vagy immunhiányos, vagy immun betegségekről, vagy az olyan betegségekről, amelyek születés óta orvosi megfigyelés és kezelés alatt állnak, a genetikai hajlamosító tényezekről, a szociális kulturális életszínvonalról, az életviteli tényezőkről, étkezési és más szokásokról, a fiatalabb korosztálynál is egyre gyakoribbak a fel nem fedezett endokrin betegségek, magas koleszterin szint, a lappangó kezeletlen tünetmentes hypertonia, cukorbetegség elhízás. Fiataloknál a familiáris hiperkoleszterinémiára is gondolnunk kell!
A homo vagy heterozigota familiáris hypercholesterinaemia. 200 -250 ember közül 1. Vagy 2000 felnőtt között legalább 8-10 heFH – ást kellene találni. (Mint Metabolikus kockázat) Valójában az FH, a leggyakoribb, monogénes formában öröklődő metabolikus betegség. Ritka a homozigóta forma, a hoFH, gyakoribb, a heterozigóta forma. HeFH.
Ha eléri az időskort hiába kezeljük diétáztatjuk, magas marad az LDL- C szintje. Ilyen betegeknél jöhet szóba az LDL – aferézis. Vagyis vérből kitisztítása, hasonlóan, mint a dializált betegeknél.
Idős korban ennek diagnózisa könnyű! 8 -mmol felett van az összkoleszterin szintje, az LDL – 4,5-5 mmol felett Gyermekeknél ha 5- mmol szintet mérünk, pontosan kiszámolható hogy mennyi lenne értéke, 35 éves korában! Vagyis kiszámítható az a kór, amikor elérheti a kummulatív 160mmol/l értéket, de már mint manifeszt érbetegnél mondjuk 35 éves korában. Minden egyének minden évre van egy arra évre jellemző koleszterin szintje. (Kummulatív LDL – C - terhelés koncepció szerint) ha ezeket az értékeket évente összeadjuk a kummulatív LDL terhelést kapjuk meg. Mondjuk ha összegyűl 160 -mmol/l kumulatív érték, (a jelen esetben 35 éves kórban) nagy a valószínűsége a korai érelmeszesedésnek. 35 éves korában már plakjai vannak, szívérbeteg,
Más rizikók! Amikről a szó esett a Telekonferencián!
A magas pulzus szám (emelkedett szívfrekvencia), a fatális kardiovaszkuláris események prediktora prof. Mancia szerint! (Lásd telekonferencia résztvevőit) (Évek óta a Magyar kontexus is ugyanarról szól, lásd Merkely Béla professzor a Budapesti Semmelweis Egyetem Rektorának Szívelégtelenség tanúlmányát) Nagyon sok oka lehet a 80/perc felett értéknek, amely mindig a szimpatikus rendszer aktivitásfokozódására utal. Tehát szívérrendszerre káros, független mi okozza! Drogok, gyógyszerek, fizikai aktivitás, lásd sportszívet, lázas állapotok, különböző eredetű tumorális, fertőző, vagy még ismeretlen gócok. Sok esetben, hipertónia, cukorbetegség kezelésének abbahagyása. Olyan

kórképek, amelyekben még a rendszeresen gondozottaknál is sok a gond, főleg az életvitel miatt, vagy egyéni személyi okok miatt a gyógysreke elhagyása!
Ennek kiszűrését is megkönnyítené a háziorvosi gyakorlatban, ha már a háziorvos egy ismert és kezelt szívérrendszeri betegnél magas pulzusszámot mér! Vagy - A Nátrium Diurétikus Hormon szint mérése! BNP – szint mérés, vagy a Términális NT- BNP.. Már többször beszéltem a Dorogi Laboratóriummal, hogy fontos lenne számunkra ez a mérés, még akkor is ha a levett mintát Németországban vizsgálnák ki. Ennek a laborértéknek emelkedése, még egy jó általános állapotban levő betegnél is, előre jelzi, a mindig bekövetkező CV eseményt! Plakk rupturát, eroziót, amit UH vizsgálaton is láthatunk, ezért kérünk gyakori Nyaki Carotis UH vizsgálatot, IMT arányt, mert nem is a nagyobbodása a nagyobb gond, hanem a felszínén megjelenő eroziók, repedések, egyenetlenségek! Agyi infarktushoz vezetnek.

Egyéb információk kutatási eredmények! BNP és a NT – BNP szerepének fontosságáról!

Szív-és érrendszeri betegségek
A szív- és érrendszeri betegségek magas prevalenciáját figyelték meg a COVID-19-ben szenvedő betegeknél (34), és klinikai vizsgálatok is beszámoltak a COVID-19 és a szív- és érrendszeri betegségek közötti összefüggésről (35). Úgy vélték, hogy a már meglévő szív- és érrendszeri betegségek rosszabb kimenetelekkel és megnövekedett halálozási kockázattal állnak összefüggésben a COVID-19-betegeknél. Más vizsgálatok is magasabb troponinkoncentrációt figyeltek meg súlyosabb COVID-19-ben szenvedő betegeknél (36). Bár a COVID-19 domináns klinikai tünete a vírusos tüdőgyulladás (37–39), a COVID-19 kardiovaszkuláris szövődményeket is okozhat, például szívizom sérülést, szívizomgyulladást, akut koronária szindrómát (ACS), szívelégtelenséget, szívritmuszavarokat, hirtelen szívmegállást, véralvadás. rendellenességeket, trombózist (40–43). Egy dél-koreai esettanulmány arról számolt be, hogy egy COVID-19-betegnél akut szívizomgyulladást diagnosztizáltak, a betegél nagyon magas szívtroponin I-szintet és N-terminális (NT) pro B-típusú natriuretikus peptidet (NTproBNP) mértek! Nalunk az SBO – on mérik! Ez a két legérzékenyebb. klinikai biomarkere a szívizom károsodásának (44),Bár a szívizombiopsziás mintákbóan nem találtak SRAS-Cov-2 genomot (45). Emelkedett szívinfarktusban, vagy hirtelen szívmegnagyobbodásban, szívelégtelenségben, olyan kórképekben amelyek hirtelen halálhoz vezethetnek.
A közelmúltban több, stressz által kiváltott kardiomiopátiás esetet jelentettek COVID-19-vel, miközben ezeknek a betegeknek a múltbeli kórtörténete nem volt figyelemre méltó (45–47). Tehát nem észleltek eddig szívkárosodást! A feltételezett mögöttes mechanizmus az, hogy a COVID-19 tüdőgyulladás csökkentette a szisztémás oxigénellátást, miközben fordítottan növelte a szívszükségletet, vagyis oxigén igényét, a bekövetkezett immunrendszer diszreguláció és elektrolit-egyensúly felborulást követően. (48).

Összefoglalva, ezek az eredmények arra utalnak, hogy a szív- és érrendszeri betegségek nemcsak a COVID-19 gyakori tünete, vagy a rossz prognózis kockázati tényezője. Bár nem értjük a COVID-19-hez kapcsolódó szív- és érrendszeri betegségek hátterében levő mechanizmusokat, a rendelkezésre álló klinikai eredmények alapján kijelenthető hogy nagyrészt a szisztémás gyulladásnak tulajdoníthatók a keringésösszeomlással járó szív és érfal károsodások, a coagulációs rendszerek teljes összezavarásával amelynek végeredménye az Intravasculáris diseminált coaguláció!

COVID -19 - HALÁLOS SZÍVIZOMGYULLADÁSOK!
A szvizomgyulladás leggyakoribb EKG-eltérése a sinus tachycardia, amely nem specifikus ST/T-hullám-elváltozásokhoz kapcsolódik (Punja et al., 2010). A sinus tachycardia elsősorban a szisztémás gyulladás mértékét fejezi ki a/ Halálos szívizom gyulladásban!
visszafordíthatalan hemodinamikai károsodással, amiket már sokkal korában, még a COVID -19 járvány előtt leírtak (Ginsberg & Parrillo, 2013). 2019. november 28.
A COVID 19 BETEGSÉGBEN a gyulladásos folyamatok az Akut Myocardiális infarktushoz hasonló tüneteket okozhatnak!

Az akut myocarditis (szívizomgyulladás) mindig kihívást jelentő diagnózist jelent, mivel nincs patognomonikus klinikai képe, mivelhogy a betegség más számos nem gyulladásos szívizombetegséghez hasonlít köztük a szívinfarktushoz! A szívizomgyulladásban szenvedő betegek EKG-ja számos eltérést mutathat, ezért hasznos szűrőeszköz. Ezenkívül egyes EKG-eltérések független előrejelzői a kedvezőtlen prognózisnak az akut myocarditisben szenvedő betegeknél (lásd 1. táblázat). Ezek az adatok nagyon hasznosak lehetnek a klinikai gyakorlatban a páciensre szabott kezelésben a megfelelő terápia kiválasztása céljából.
Az AMI myocardiális infarktustól - differenciáldiagnózisban hasznos EKG-jellemzők és az EKG prognosztikai szerepe az akut myocarditisben
Rossz vagy Jó prognózis céljából! Végzetes Kamrai ritmuszavarok elkerülése céljából! COVID -19 HALÁLOK!
PR szegmens Depresszió mind a precordialis, mind a végtagi elvezetékekben //
ST - Depresszió az ST szegmens elevációval rendelkező elvezetékekben
Magas R az aVR elvezetésben
QRS-komplex / mély Q-hullámmal: különösen ha ST-szegmens elevációval társul /
/ Széles QRS komplex /
ST szegmens eleváció Pericarditis mintázat szerint lásd a / Szívburokgyulladás terminális QRS bevágását vagy amikor
T hullám / QRS/T szög ≥ 100° /
QT intervallum / megnyúlt QT intervallum /
Szívritmuszavarok / Magas fokú AV blokkok /
Rosszindulatú kamrai tachyarrhythmiák

Összegezve - A kórkép klinikai spektruma igen széles, a teljesen panaszmentes beteg véletlenül felfedezett EKG-eltéréseitől a szívelégtelenség tüneteivel, keringés-összeomlással, illetve akár hirtelen szívhalállal járó formákig. Lásd Intenzív Osztályokon a halálozást! A vírusos myocarditis legtöbbször spontán gyógyuló kórkép, de esetenként súlyos dilatatív cardiomyopathia (DCM) alakulhat ki. A betegek leggyakrabban mellkasi panaszokra, nehézlégzésre, ritmuszavarra panaszkodnak, de a gyakori panaszmentesség, a specifikus tünetek miatt valószínűleg sok esetben felderítetlen marad, még napjainkban is aluldiagnosztizált kórkép. Pulzusszám 80 felett, BNT, NT- BNT szint emelkedés. AMI estén Troponin- NT- Troponin- SBO – mérés Tromboembolizáció estében nagyon fontos a D – Dimer szint! (Lásd vénás, tumor és tüdőbetegségeket) A caoguláció veleszületett genetikai, vagy szerzet betegségeit mint a Leyden – mutáció stb.

ASzívizomgyulladás - Diagnosztika

A fizikális vizsgálat: a 12 elvezetéses EKG- és laborvizsgálat elvégzése, anamnézis felvétele elengedhetetlen, azonban az eltérések sok esetben nem specifikusak. A képalkotó eljárások közül elsőként választandó módszer a szívultrahang (echocardiographiai) vizsgálat. A szívizomgyulladás diagnosztikájában nagy szerepe van a szív MRI-vel történő vizsgálatának. Súlyos progresszív, szívelégtelenséget okozó formájánál szívizom-biopszia elvégzése javasolt. Bár invazív volta miatt a kevésbé súlyos esetekben általában eltekintünk az alkalmazásától, a myocarditis diagnosztikájában továbbra is ez a referenciamódszer. Nemcsak a diagnózis felállításában, hanem a prognózis megítélésében is kiemelt szerepe van. A betegség klinikai gyanúja esetén a diagnózis felállítása a klinika képen és bizonyos diagnosztikus kritériumokon nyugszik. EKG- és Holter- (24 órás EKG) eltérések, plusz szívizom-nekroenzim pozitivitás, vagy képalkotó vizsgálatokkal meghatározott funkcionális strukturális, valamint szív MRI-vel nyert információk alapján. Az akut szívizomgyulladás egyik leggyakoribb megjelenési formája az akut ST elevációs szívinfarktust utánzó myocarditis.

COVID – 19 – GYAKORI -

Prognózis Az akut myocarditis 50%-ban 2-4 héten belül spontán gyógyul, kb. 25%-ban kardiális díszfunkcióval jár, és az esetek mintegy 12-25%-át gyors progresszió jellemzi. Terápia, kezelés Az alkalmazott terápia függ a kórkép súlyosságától, lefolyásától és az etiológiától. Célzott terápiaként krónikus nonvirális autóimmun kórfolyamat esetén immunmoduláns, immunszupresszív terápia alkalmazható. Nem specifikus terápiaként a fizikai terhelés hosszú távú (min. 6 hónapos) felfüggesztése, hosszú távon a szívelégtelenség tüneteinek megjelenése esetén szívelégtelenség-terápia javasolt. Akut myocarditis következtében kialakuló, gyógyszerrel nem kezelhető cardiogén shock esetén a felépülésig vagy a transzplantáció elvégzéséig mechanikus keringéstámogatás válhat szükségessé. Az akut szakban fellépő másod- vagy

harmadfokú AV-blokk esetén pedig ideiglenes pacemaker implantáció válhat szükségessé. Az akut szakot követően fellépő kamrafibrillációt, illetve e keringésmegingást okozó kamrai tachycardia esetén ICD (impl. cardioverter defibrillátor) implantáció indikált

Egy külön fejezet a COVID – 19 kezelése. Előhozott minden betegséget!

Mit kereshet még a háziorvos? Mit találhat? A szerencsésen gyógyulóknál! Visszatérve a szívburok, és szívizomgyulladásra, amely végzetes lehet, a Nagyon Nagy, vagy Nagy CV – rizikójú betegnél a COVID -19 fertőzés alatt, amely egyetlenegy COVID- 19 betegnél sem kizárt, a gyerekeknél sem! Fontossá vált keresése az otthon kezelteknél, vagy a poszt COVID- 19 szindrómás betegeknél. Diagnózisához elégséges egy EKG vizsgálat!

Myopericarditíszben jellemző jellegzetes EKG-elváltozások
Homorú ST eleváció és PR-depresszió a legtöbb végtagvezetékben (I, II, III, aVL, aVF) és a precordialis elvezetésekben (V2-6)
ST depresszió és PR emelkedés aVR-ben (± V1)
Vagyis egyszerű ránézéssel az egyik alapvonal lent van, a magas hullám után még magasabban áll a kiemelkedő R hullám után az ST szakasz, plusz a valamelyik hullámon látható bevágásos horog, halhoroghoz hasonlóan. Természetes a kardiológiai UH vizsgálat is!

Megjegyzés. Az ST- és PR-szegmens változásai a T-P szegmens alapvonalhoz viszonyítva. Az ST emelkedés mértéke jellemzően szerény (0,5-1 mm).

Ami azonnal felhívja figyelmünk főleg pericarditísz esetén
A Pericarditis – halhorog AVR – elvezetésben (ellentétes jelek a többi elvezetéshez képes)

Vagy -- J-pont emelkedés a V4-ben, az ismert és jellemző jellemző „halhorog" morfológiával. Vagy bárhol horgokat találunk a TP vonalon.!

Vagy! Szembetűnő - PR – depressziót – ST – elevációt... vagy fordítva! Gyanús esetekben troponin szint, NT – troponin szint, BNP, vagy NT – BNP szint mérés. Rendelőnkben egyetlenegy gyanús esetet találtunk, amelyet nem támasztottak alá a korházi vizsgálatok.

A nem súlyos körképű betegség követéséből nem vonható ki a háziorvos Habár korunk túlhaladta az EKG vizsgálatokat, a háziorvosnak továbbra is az egyetlenegy hasznos fegyvere.
Az akut myopericarditis tünetei :
Sinus tachycardia (145 felett) felnőtteknél 80-100 felett!
A precordialis (V2-6) és inferior elvezetésekben (II, III, aVF) nem nagyon emelkedett homorú ST eleváció
Az aVR-ben kölcsönös ST-depresszió és PR emelkedés.

A gyermeknél sokkal gyakoribb a szívizom érintettség, emelkedett szívenzimekkel (azaz a myopericarditis

Pericarditis? Vagy jóindulatú Benignus Korai Repolarizáció? BER?
A szívburokgyulladást nehéz lehet megkülönböztetni a jóindulatú korai repolarizációtól (BER), mivelhogy mindkét állapotban konkáv ST-eleváció található, ebből alakulhat ki a horog!
Az ST szegmens / T hullám arány, és a jellegzetes halhorog (Fish Hook Pattern.
ST szegmens / T hullám arány:
• Megmérjük az ST szegmens magasságát (a PR szegmens végétől a J pontig), és összehasonlítjuk a T hullám amplitúdójával, vagyis magasságával a V6-ban.
• A > 0,25 arány pericarditisre utal
• A < 0,25 arány a BER-re utal
Mindezt a szív UH vizsgálat írja felül!

A pericarditis stádiumai A rendelkezésünkre álló (Non – Steroid – Gyulladás csökkentőkkel is kezelhető! (NSAID)!

1. stádiumra – jellemző az STE és PR depresszió, az aVR – elvezetésben követhető kölcsönös néha fordított elváltozásokkal (az első két hétben)
2 stádiumban – észlelhető az ST-változások normalizáládása a T-hullám ellaposodása jellemző (1-3 hétig)
• 3. stádiumban– fordúlnak meg az ellapult T-hullámok (3-tól több hétig)
• 4. stádiumban – normalizálódik az EKG - (néhány hétíg is eltarthat)
Megjegyzés. A betegek kevesebb mint 50%-a halad át mind a négy klasszikus stádiumon, és előfordulhat, hogy a változások fejlődése nem követi ezt a tipikus mintát.

Habár gyakoriak voltak a járvány ideje alatt, a fáradékonyság, izom és mellkasi fájdalom, levertség, depressziós hangulat, ami a szívizom vagy szívburok betegségéével járt, szerencsere spontán gyógyult! Nem okoztak különös gondot, eltekintve az Intenzív Osztályon kezelt, súlyos állapotban levő betegektől, akiknél mint komplikáció jelent meg! Már beszámoltam a Poszt COVID-19 szindrómáról, idézem Dr. Szlávik János infektológus véleményét, hogy bármennyi hosszú ideig is tartana, a klinikai kutatások, semmilyen morfológiai szervi elváltozást sem mutattak ki. Mondható hogy nincs kezelése. Marad a tüneti terápia, és azok a terápiás útmutatások, amelyekről a múlt évben számoltam be.

A Telekonferencián elhangzott hogy a magas systolés 140 Hgmm feletti érték mérésében, nem elhanyagolható a fehér köpeny szindróma sem – (WCH csoport) Mancia prof. tanulmányában, vagyis mikor csak a rendelőben emelkedik meg a vérnyomásuk) Valójában így van? A kardiovaszkuláris mortalitásuk mégis nagyobb mint azoké akiknek jó a vérnyomása az átlagpopulációhoz képes, náluk nagyobb arányban alakul ki a későbbiekben

magas vérnyomás, és 2-es tipusú diabetesz! Akiknél pedig mind az otthoni, mind az ABPM normális, náluk alacsonyabb a mortalitás kockázata.
ABPM – Mérés – (legalább 24 órás legyen, nappal óránként minimum két hiteles mérést tartalmazzon, éjjel minimum egy hiteles mérést, a mérések 70% - a hitelesíthető legyen) Fontos a DI – Diurnális Index, *Diurnalis index (DI):*
Jelentése: a nappali és éjszakai vérnyomás különbsége, melyet a nappali érték százalékában fejezünk ki. 10% alatti systolés és vagy diastolés érték esetén nondipper jelenségről, 20% feletti diurnalis indexnél extrém dippingről beszélünk ami azt fejezi ki hogy mennyivel tér el az éjszakai átlag a nappal mért átlagtól. DI – általában 10-20% Ha a DI – 10% alatt van Non Dipper görbével állunk szemben, ha a DI 20% felett van akkor extrém dipperől beszélünk. A megfordult diurnális ritmus azt jelenti amikor az alvás nem jár vérnyomáscsökkenéssel, mindig a rosszul beállított kezelést jelzi az emelkedett éjszakai vérnyomás érték, de már a célszervek károsodására is utal, szövődményekre, a mortalitás növekedésére! Az extrém dipper nemcsak rosszul beállított kezelésre utalhat, egy japán kohorsz vizsgálat alapján az idősebb betegeknél, fokozhatja az agyérbetegségek, és demencia kockázatát. Fontos a reggeli vérnyomás hullám átlaga, amit az ébredés utáni két óra átlagából, mínusz az éjszakai legalacsonyabb értékeket magába foglaló egy óra átlagából számítunk ki. Ezekben az órákban észlelhető a legtóbb szívinfarktus, stroke, hirtelen szívhalál ez az időszak, ezeknek a sokszor fatális CV eseményeknek - cirkadián incidenciájuk maximuma!

Ugyancsak az ABPM – mérésnél maradva!

A Hypertoniás időindex (PTEI: percent time elevation index):

- Azt jelzi, hogy a vizsgált időtartamban hány százalékban haladta meg a beteg vérnyomása a normális értéket.
- Ha nagyobb 15%-nál, akkor valószínű a hypertonia betegség.
- 40% feletti érték célszervkárosodásra is utalhat.
  Fontos tudni hogy a vizsgált idő hány százaléka volt, hypertoniás, ha nagyobb 10% - nál az hypertóniát valószínűsítha 40% - nál nagyobb célszervkárosodást bizonyít.

Hiperbáriás impakt vagy vérnyomásterhelés (HBI):
Jelentése: a normálisnál magasabb vérnyomást nemcsak időben fejezi ki, hanem a mértékét is Hgmmxóra egységben.). Ez jelzi legpontosabban a vizsgált időszakra vonatkozóan a hypertonia mértékét. Systolés értéke >60 Hgmmxh, diastolés értéke 0 Hgmm x h.Tehát Higany mm per óra dimenzióban fejezi ki, a normális értéket meghaladó vérnyomást, lényegében a hypertoniás görbe integrálja, a két utóbbi származtatott paraméter, plusz a napszaki vérnyomás átlagok, jól jelzik a szervkárosodás mértékét, jobban mint a rendelői vérnyomás. A maradék csúcshatás, aránya T/P hányados, a vizsgált gyógyszerek hatását tanulmányozza, megadja azt ha a vizsgált szer, maximális csúcs hatása, és következő gyógyszerbevételig megmaradó maradékhatása között, mekkora a különbség. Minél kisebb annál jobb, ha 100% - oz közelít! Az

Amerikai gyógyszerhatóság FDA, csak akkor mondja ki tartósnak egy gyógyszer hatását, ha a T/P meghaladja az 50% -ot.

Az ABPM mérés javallatai és ellenjavallatai

Érdemes a monitorozást elvégezni a következő okokból és célokból:

- Alvási apnoe szindróma gyanúja.
- Autonóm diszfunkció megítélése.
- Diabetes mellitusos betegeknél.
- Diurnális vérnyomás-ingadozás meghatározása.
- Ébredési vérnyomás meghatározása.
- Epizodikus vérnyomás-ingadozás gyanúja.
- Fehérköpeny-hypertonia és -jelenség igazolása.
- Maszkírozott hypertonia gyanúja.
- Gyógyszer-rezisztencia és gyógyszerhatás (maradék és csúcs) értékelése esetén.
- Hypertonia okozta célszervkárosodás gyanújának megerősítése.
- Szív- és érrendszeri kockázat megállapítása (különösen akkor, ha a kis cardiovascularis kockázat mellett rendelői hypertonia észlelhető).
- Pánikbetegségben.
- Szekunder hypertonia esetén.
- Vesetranszplantációt követően.
- Veszélyeztetett hypertoniás terhessége esetén.

Nem indikált az ABPM:

- Ha az eseti vérnyomásérték a 180 Hgmm-t meghaladja (nincs terápiás konzekvencia, a mandzsetta felpumpálása túl erős szorítást okoz).
- Ritmuszavarokban (pitvarfibrilláció, vagy gyakori extrasystolia) nem értékelhető a mérés. más szoftver ajánlatos.
- Ha a beteg elzárkózik a vizsgálattól, vagy úgy ítéljük meg, hogy nem együttműködő.

Ha konzekvensen magas a rendelői vérnyomás, stabil WHC –ról van szó (Mancia) eredményes a kezelésük! Tehát vérnyomás csökkentő gyógyszereket kell adni! ELISA vizsgálat! A HYVET vizsgálat csak a 80 évesekre fokuszált! A WHC nem csak 80 év felett gyakori! Williams professzor szerint ha 140/90 célérteket elértük, (ami célérték is már magas normális nyomás) (még a 90 év életkor felett sem engedett a 142 szisztolés nyomás, mert már károsítja az érfalat) a nőknél 39% - ban a férfiaknál 35% - sikeres a kezelés! Fontos a beteg adherencia a terápia tartóságában, egy olyan korszakban, amelyben a legmodernebb és leghatékonyabb gyógyszerekkel kezelik a hipertóniát a világunkban majdnem, hogy egységes irányelvek alapján. Giuseppe Mancia professzor kimutatta hogy az adherencia csökkenésével progresszíven nő az AMI (Acut myocardiális infarctus) és a stroke elő fordulása.
Ez a telekonferencia a COVID-19 járvány alatt zajlott le, magától érthető, hogy a COVID- 19 halálozását tanulmányozta!

Tudom sokan felteszik azt a kérdést mi köze a reumatológiai betegségeknek a szívérrendszeri betegségekhez, mortalitáshoz, (azon felül hogy a NSAID

GYULLADÁSCSÖKKENTŐK, ÉS FÁJDALOMCSILLAPÍTÓK, eleve az érfalban levő tromboxánra hatnak és ezáltal trombózist okozhatnak) tehát mi közük a CV - halálozáshoz, főleg az immun reumatológiai betegségek, (gyakran panaszmentesek, gyakran időskorban kerülnek elő, eltekintve azoktól az esetektől, amelyek fokozott fizikai terhelésnek kitéve, fiatalkorban jelentkeznek! Például egy három hónapnál tovább tartó gerincfájdalom, vagy egy gerincsérv megjelenésével) vagy immunbetegségekben megjelenő ízületi panaszok esetén, mert kevesen tudják, hogy az immunkomplex antigének éppen olyan oxidatív stressz anyagokkal károsítják az érfalat, akárcsak a COVID -19 betegségben megjelenő bradikinin cascade – ben megjelenő proinflamatorikus és inflamatorikus vagyis gyulladást okozó tényezők! RA (Reumatoid arthritis) betegség panaszok nélkül is szubklinikus gyulladás formájában is létezhet. Lassan és biztosan teszi tönkre az érfalat! RA, és SPA Sponylitis Ankílopoetiica csak az érem egyik oldala. Öregedő lakosságunk osteorthritiszben OA szenved! A világban 250 millió ember szenved fájdalmas csípő és térd ízületek kopása miatt. Plusz elhízás metabolikus betegségek, és emelkedésben levő CV – halálozás! Ne is csodálkozzunk ha az ízületi belhártyán, annak subintimális belhártyáján, csak úgy hemzsegnek a makrófágok a T, és B Limfociták! A korai fázisban a T – helper sejtek, után megjelennek a jó szándékú regulátor Treg – T sejtek is. A Treg funkció csökkenése a gyulladásos folyamatok fellángolásához vezethet. főleg a LAG 3 Limphocytaaktiváló gén aktivitásának a fokozódásával. A cytokinek másik fő forrása az infrapatelláris zsirpad. IPF a (Térdben) amely felelős az CD3 plusz T – limfocitákból, és CD14 plusz Macrofágokból felszabaduló gyulladásos cytokinekért.

ELHÍZÁS ÉS IUÜLETI BETEGSÉGEK

Mindenféleképpen van összefüggés az ízületekben felszabadúló gyulladásos anyagok, és az elhízott beteg viszcerális zsírszövetéből felszabaduló gyulladásos anyagok közt. egyformán termelik mind a TNF alfát, IL – 6 – ot, IL 1 bétát, amelyhez a zsírszövet adipocitái még bőven termelik leptin, adiponektin, rezisztin, viszfatin gyulladásos anyagokat. TNF alfa és az IL -1 béta azok amelyek vezérlik IL-6, IL -8 – IL -10 termelését. Ugyancsak az ízületi folyadékban jelenik meg a Th – 17 sejtek, hízó, és myeloid sejtek által termelt - IL -17. Cytokin, amely az IL- 22 cytokinnel a csontritkulásnál tárgyalt RANK receptorra hat. Ezeknek a gyulladásos anyagoknak a termelését idézik elő mind a hyperlipaemia, mind a hyperglykaemia lásd zsír – cukor anyagcsere zavarokat, betegségeket, az általuk indukált oxidatív stressz folyamatokat és ez betegségben megjelenő glikációs végtermékek - VGE hatását. Végeredményük nemcsak subcondrális csontdesztrukció, ha figyelembe vesszük milyen károsak az érrendszerre ezek a proinflamatorikus gyulladásos cytokinek. Ezek a betegségek összeségükben, egy állandó gyulladásos állapotot tartanak fent!

A modern gyógyszerek is, mint a TNF- alfa – gátlók (tumor necrozis faktor alfa – gátló kezelés is csak lassítani tudják a progressziót! Nem gyógyítja teljesen sem

a betegséget, sem az érfalat) Hosszantartó kezelésekre van szükség! Tehát nem az ízületi fájdalom vagy panasz a halálok, hanem az ér fal károsodása! Az ebből következő szívérrendszeri betegségek! Rögök, embóliák, agy és szívinfarktusok, szívbillentyű károsodások! Egy igéretes új gyógyszercsoportot jelentenek az AS – ben is, a JAK gátlók, az EULAR állásfoglalásától függ, hová kerülnek a kezelési palettán. Az upadacitinibbel (Biológiai gyógyszer) (2014 óta Már Magyarországon is engedélyezettek), már vannak eredmények, csökkenek a betegségi pontszámok, és látványosan csökken a CRP. (Körzetünkben is mérhető gyulladásra utaló labor paraméter) De mind a TNF alfa gátlókkal, mind a JAK gátlókkal gyakoriak a fertőzések, a herpes zoster infekciók, mind a trombóemboliás események. Kérdéses a gyógyszeren maradás! Vetették fel a Telekonferencián) Nemcsak a reumatoid arthritis jelent CV rizikót ugyancsak ide sorolható a psoriasis bőrbetegségben kialakuló ízületi gyulladás, ez a betegség sem kíméli az érfalat, TNF alfa gátlók mellé, IL 12/23 IL 17 GÁTLÓKAT IS ADNAK, Bőrgyógyászából már ismert az IL – 23 GÁTLÓ GUSELKUMAB, amely megerősítette, az ízületi érintés esetében az alkalmazását. (Ebben a pikkelysömörös betegségben, előfordulhat hogy kezünkből ujjainkból teljesen felszívódik a csont! Ugyancsak ezekkel a gyógyszerekkel kezelhetők, a BEHCET kór, (egy olyan immunbetegség amely szájnyálkahártya s fekélyekkel, idegrendszeri szemészeti tünetekkel jár) akár az összes szisztémás, autoimmun vasculitis, amelyet uveitis, (szembetegség) kisérhet (cisztás makuláris ödéma), amelyet ugyancsak TNF alfa gátlókkal, infliximabbal adalimumbabbal illetve IL-6 gátlóval tocilizumabbal kezeltek jó eredményekkel. (A telekonferencia adatai szerint) Amelynek fő célja az immun betegség okozta ér fal betegség (autoimmun vasculitis) kezelése volt, mint CV rizikó faktór) Vagy kezelésének eredményessége a kardiovaszkuláris betegségek (halállal is végződő) végpont kimeneteleire) Az ACR Egyesült Államokbeli ajánlások szerint, már krónikus fájdalomban és kéz osteoarthritiszben is ajánlott a TNF – alfa gátló kezelés, még a betegség remisszió fázisában is komolyan kell venni a beteg panaszait.

Nagyon komolyan kellene, hogy vegyük a sehová sem besorolható csontritkulást, a CV betegek körében a csontritkultaknál magasabb a halálozási arány. Tévhit hogy nem voltak kezelve a COVID- 19 járvány alatt! Sokuknak még a járvány előtt be volt állítva a kezelésük! Ha nem is működtek a szakrendelők, továbbra is a beteg adherencia volt a legfőbb téma! A gyógyszereket szedni kell! Ami a betegséget illeti Már az ízületi panaszosok is gyanúsok, mert egymagában a gyulladás, ha lokális jellegű is, lokális gyulladást csontritkulást, okoz. Nem lehet tudni mit rejthet a valójában! Sokkal bonyolultabb mint ahogyan az OA esetében próbáltuk bemutatni. CV - (Kardio vaszkuláris) szempontból mindenféleképpen rossz előjel! A gyulladásos folyamatok előrehaladását jelzi) (Nagyon is összefüggnek egymással ezek a kórképek).Mire derülhet még fény! Általánoságban az International Osteoporosis Foundation becslése szerint az 50 év felettiek közül minden harmadik nő, és minden ötödik férfi szenved valamilyen kisebb csonttörést élete során. Magyarországon 100.000 betegről tudunk. Rendelőnkben az 50 év felettiek egyharmada, volt kivizsgálva, kezelve,

amelyek közül jelenleg csak 30 beteg szedd gyógyszereket. A csípő taji csonttörés 30% - os halálozási arányt mutat. Nehezen fedezhető fel időben, ha a beteg nem szenved kiscsonttörést. Megeshet hogy a csigolyatörés is tünetmentes, észrevétlen marad. Általában kompressziós gerinctőrésnél fedezzük fel a betegséget. A fizikai vizsgálat továbbra is fontos marad, főleg ha csökken a beteg magassága, közelebb kerülnek a bordák a csípőhöz, megjelenek az logó úgynevezett bőrredők, gibbus, vagy fokozott háti kyphozis! Egyre görbébb és púposabb lesz a beteg háta! Tekintettel a COVID- 19 halálozásra, és tekintettel hogy ez a betegség is nagy részben gyulladásos anyagok felszabadulásával jár, ez évben eldöntöttük, hogy fokozni fogjuk a betegség szűrését, a DEXA vizsgálatokat. (Dual energy X- ray absorbtiometry) amely három standard anatómiai helyen méri a csontsűrűséget, az L1- L4 csigolyák, a combnyak, a teljes csípő, és a rádiusz distális harmadoló pontján (alkar alsó harmada táján) Kérésük a BMD, a csont ásványi anyag sűrűséget,g/cm a négyzeten kifejezett értékét. (Bone Mineral Density), Nem a mért abszolút értéket használjuk. A mért denzitásértéket, az azonos nemű 30 éves egészséges populáció átlagához viszonyítjuk. A kapott T – score – érték, az átlagtól szórásban mért eltérést mutatja ki. – 1 feletti érték, normál, denzitást jelent. – 1-2,5 között oszteopéniát, - 2,5 értéket elérő érték, már csontritkulást jelent. A csonttöréseket nemcsak a csont denzitása határozza meg, függ még a csontminőségtől, a csont szerkezetétől amelyeket genetikai, és környezeti tényezőktől is függnek. Általában az T – SCORE -1-2,5 közötti Osteopéniásoknál, 55% - ra tehető a kiscsonttörések száma.

Na most kialakítottak egy FRAX – törési valószínűségbecslő alkalmazást, egy egyszerű online is kitölthető kérdőívet. Jelentősége mind a szűrés, vagy diagnózis, mind a gyógyszertámogatás! Ha például a 10 éves csípő törési kockázat nagyobb mint 3% vagy az általános törési kockázat nagyobb 20% A telemedicinában is alkalmazható, ajánlom a FRAX magyar lakóságra validált honlapját.

Hogy hozható összefüggésbe a COVID- 19 halálozás és a Csontritkulás?

Ismert a SARS – CoV-2 szerepe a szisztémás gyulladás okozásában, a citokinvihar, a megemelkedett szérum, interleukinek, IL-6 Tumor Necrosis Faktor alfa, IL – 1 il-10 a csökkenő T – sejtek a CD4, CD8 Plusz sejtek csökkenő aktivitása! Már leírtuk hogy TNF alfa és az IL-6 a reumás betegségekben is fokozzák a csontvesztést. Tehát egy gyulladásos állapot áll fent!

Csontritkulásban az IL-1 közvetlenül aktiválja a csontot roncsoló oszteoklaszt sejteket, azáltal hogy fokozza a RANKL expresszióját! Lásd még IL -17.il -22 Azokat az állapotokat amelyekben jelentős makrófág- T, és B lymphocyták, és polimorfonukleáris sejtek vannak jelen! Csontritkulásban is a jelen levő gyulladásos anyagok csontvesztéshez vezetnek. Fokozzák a kappa-b nukleáris faktor – receptoraktivátor - ligánd aktivitását! – RANKL! (Receptor of Nuclear faktor kappa –B ligand – RANKL aktivitását! RANKL egyébként a csontot építő oszteoblasztokban termelődnek, céljuk az oszteoklaszt sejtfal építésében nyilvánul meg. COVID 19 - Izületi betegek korházi kezelése!

Sorrendben – Korházban kezelés alatt eleve jjelen vannak,a gyulladásos anyagok, hypocalcaemia, amely szekunder másodlagos hyperparathyreozist okoz, (mellékpajzsmirigyek fokozott túlműködésé - hogy még nagyobb legyen

a csontvesztés, nő a parathormon szint a gyulladásos anyagok szintje. Plusz amelyhez még hozzájárul a COVID -19 beteg kezelésében a napi 6 mg dexamethazon, (glükokortikoszteroid), ami napi 40 mg prednizolonak felel meg, hogy még jobban fokozza az oszteoklasztok aktivitását, és az ásványi anyag tartalom csökkentését. Ehhez társul még a hosszan tartó immobilizáció, amely ugyancsak csontvesztéshez vezet.
Végtére nem feledkezhetünk meg a csontritkulásnak, mint gyulladást fenntartó betegség szerepéről. Lásd RANKL aktivitást! Plusz a Dexametazon VC szint emelő. fehérvérsejt szám emelkedés – Limfocita szám csökkenés!
Nem elég csak megemlíteni az időskori esendőséget, egy gyulladásos folyamat estében, sokkal fiatalabb kórban is elkezdődhet az öregedés! És a limfocita T és B sejtek számának és működésének a csökkenése, olyan betegségekben, amelyekben lelassulhat a differenciálodásuk, vagy olyan irányban amelyben, fokozódhatnak az autoimmun jelenségek, a proinflamatorikus citokinek túlsúlyba kerülése által. Immuno – aging inflamm aging. Ami nemcsak az időskorra jellemző. Főleg ha még felnagyított fájdalmat is okoznak! Főleg ha már tudjuk hogy a különböző helyekről származó protoinflamatorikus anyagok, felerősíthetik egymást! Például az elhízott betegek hasi viszcerális zsírszövetéből! Komolyan kell vegyünk minden fájdalmat, ne is említsem a fejfájásokat, amelyekben legújabban ugyancsak Biológiai gyógyszereket adnak. Adva van és tudott hogy a krónikus fájdalomban adva vannak, és jelen vannak a gyulladásos anyagok. De számolnunk kell ezeknek a gyógyszereknek a mellékhatásaival is!

A csontritkulás mint gyulladásos folyamat!
Kezelése --
Ellene mind a világon mind Magyarországon elsővonalbeli kezelését a biszfoszfonátok jelentik. Per os hetente, vagy havonta! Injekcióban 3-12 havonta kell adni! Kovalensen kötődik a csont szervetlen állományához. A remodelling során az Oszteoklaszt elfogyasztja, ezáltal az oszteoklaszt sejtfalában meggátolja a sejtfala képződését, azáltal hogy irreverzibilisen (visszafordíthatatlan) gátolja, a sejtfal építésében fontos farnezil- pirofosfat enzimet. Tehát a csont építést támogatja!
Mi sem bizonyítja jobban az Oszteoporosis- csontritkulás, gyulladásos betegség jellegét, mint az, hogy legújabban egy Desonosumab (Biológiai gyógyszerrel) érték el a legnagyobb sikert, amely egy RANKL – ligand elleni monoklonális antitest, amely nagymértékben csökkentette az oszteoklasztok aktivitását, gátolva a csontrezorbcíót, előtérbe hozva a csontformációt, ezáltal azonnal növekedni kezd a beteg BMD csontsűrűsége, és javult a T – score.
Mindkét gyógyszernek az alkalmazásával 30% -50% - os töréscsökkentő hatást értek el. Mellékhatásuk a ritka, állcsont oszteonekrózis, atipusos femurtörés! Ezek aránya 1/1.000.000. vagy 3-10 /100.000 – femur törésnél.
Ugyancsak csontépítő hatású anabolikus hatású, a teriparatid, parathormon analog. Aktiválja az oszteoblasztokat, és fokozza a remodellinget.
Tehát nagyban növelheti a COVID – 19 halálozást a kezeletlen csontritkulás is! Érthető az új gyógysrek alkalmazása csontritkulásban, vagy RA, vagy SPA betegségekben, mert fiatalabb kórban diagnosztizáltak. Egészen más a

helyzet az időskorúak OA betegségével, még eddig sehol sem olvastam hogy valaki DESONOSUMAB- AL próbálkozott volna. Vagy valamelyik TNF alfa gátlóval! Lehet tévedek! Az is igaz hogy a mellékhatásokkal is számolni kell! Vannak határai a kezelésnek is! Még akkor is ha az OA – betegségben teljes egészében felsorakozott a gyulladásos panel. A gyakorlat a Krónikus fájdalomkezelési kategoriájába sorolta be, a klaszikus reomatológiai kezeléseken túl! Legújabban opiátokat és antipszichotikus – triciklikus antideprenszásokat is adnak krónikus fájdalomban!
Fontos a D – Vitamin – ajánlatos szérum szint 75 - nmol/l ez szint alatt jelentkezhet a szekunder parathyreozis is. Ennél kisebb szérum szintnél D3-vitamin feltöltés ajánlatos mely után, a fenntartó adag ugyancsak 2000 NE naponta. Legyünk tekintettel arra is, hogy Magyarországon októbertől márciusig alacsony a napsugarak beesési szöge. Ez lenne az ideális időszaka a napi 2000 NE D3 – vitamin szedésének. Nem hínem hogy elégséges lenne márciustól, októberig, ha 10.00 és 15.00 óra között, napvédő krémek nélkül, 10-15 percre, napoztatjuk, arcunkat, nyakunkat, karunkat, lábunkat, és felsőtestünket! Egy külön téma lenne, a bélrendszerünk felszívódási zavarai, a szivárgó bél szindróma, és más emésztési zavarok, a táplálékunkban előfordul gyomírtók, rovarírtók, alfa lecitin, lizin, és más aminosavak, lektinek, és más glykopproteinek, WGA – protein. allergiát okozó cukrok, FODMAP, édesítők, és más pótlok, színezékek, vagy a pálma zsír, pálma olaj stb. Amúgy egy Osteoporosisos betegnél, elég lenne egész évre, napi 1000 NE egység D3 vitamin. A kalciumból javasolt bevitel napi 1000 – 1500 mg. Felmérések szerint, a lakósság 70% - a 1000 mg – nál, 50% -a még 800 mg- nál is kevesebb kalciumot visz be naponta. Tehát kalcium pótlás szükséges. A kalcium - citrátot javasolják! Halkan merem javasolni a kovászolt kenyeret ha azt akarjuk hogy a bélbolyhókból, a véráramba kerüljön, a bevitt kalcium.

A D-vitamin kritikus fontosságú a csontok és ásványi anyagok anyagcseréjében. Mivel a D-vitamin-receptor immunsejteken, például B-sejteken, T-sejteken és antigénprezentáló sejteken expresszálódik, és mivel ezek a sejtek képesek szintetizálni az aktív D-vitamin metabolitot, a D-vitamin a veleszületett és adaptív immunválaszok modulálására is képes. 1
A D – vitamin szerepe. Ne szedjünk 2000 NE egységnél többet naponta, ha nincsen orvosi ajánlás!

A D-vitamin-hiány (a 25-hidroxi-D-vitamin szérumkoncentrációja ≤20 ng/ml) gyakoribb az idősebb betegeknél, valamint elhízásban és magas vérnyomásban szenvedő betegeknél; ezeket a tényezőket a COVID-19-ben szenvedő betegek rosszabb kimenetelével társúltak. Megfigyeléses vizsgálatokban az alacsony D-vitamin szintet összefüggésbe hozták a közösségben szerzett tüdőgyulladás fokozott kockázatával idősebb felnőtteknél3 és gyermekeknél.

A D-vitamin-kiegészítők növelhetik a T-szabályozó sejtek szintjét egészséges egyénekben és autoimmun betegségben szenvedő betegekben; A D-vitamin-

kiegészítők szintén növelhetik a T-szabályozó sejtek aktivitását.5 A randomizált klinikai vizsgálatok metaanalízise szerint a D-vitamin-kiegészítés véd az akut légúti fertőzések ellen.6 Azonban két kettős vak, placebo-kontrollos, randomizált klinikai vizsgálatban. A kísérletek során nagy dózisú D-vitamint adtak D-vitamin-hiányban szenvedő (de nem COVID-19-ben szenvedő) kritikus állapotú betegeknek, nem csökkentették a kórházi tartózkodás időtartamát vagy a halálozási arányt a placebóhoz képest.7,8. A magas D-vitamin szint hypercalcaemiát és nephrocalcinosisot okoznak.

A D-vitamin használatának indoklása nagyrészt immunmoduláló hatásokon alapul, amelyek potenciálisan védelmet nyújthatnak a COVID-19 fertőzés ellen, vagy csökkenthetik a betegség súlyosságát. A folyamatban lévő megfigyelési vizsgálatok a D-vitamin szerepét értékelik a COVID-19 megelőzésében és kezelésében. A D-vitamin COVID-19-fertőzöttek körében történő alkalmazásával kapcsolatban néhány vizsgálati kísérletet terveznek, vagy már egyre többen vannak. Ezekben a kísérletekben a D-vitamint önmagában vagy más szerekkel kombinálva adják be azoknak a résztvevőknek, akiknek D-vitamin hiánya van, vagy nem. A klinikai vizsgálatokkal kapcsolatos legfrissebb információk a ClinicalTrials.gov oldalon találhatók.

COVID – 19 – D – VTAMIN : A D-vitamin-pótlás szerepe a COVID-19 kezelésében jelentős vita tárgyát képezi. Szükséges a jelenlegi bizonyítékok alapos megértése a COVID-19 elleni D-vitamin-pótlás hatékonyságára és biztonságosságára vonatkozóan, randomizált, kontrollos vizsgálatok alapján.

. A bevont vizsgálatok jelentős klinikai és módszertani heterogenitást mutattak,

Nem volt kimutató eredmény lásd vizsgálatok eredményeit ClinicalTrials.gov NCT04366908 NCT04449718 NCT04459247. Copyright © 2021 The Cochrane Collaboration. Kiadó: John Wiley & Sons, Ltd

Mit javasolhat a házorvos? Az fent említet gyógyszerek mind szakorvosi javaslatra adhatók! Egy egyszerű biszfoszfonát felírásához, DEXA mérés, T score és Reumatológiai szakorvosi javaslat is kell, miközben egyre több az öregedő lakósság, egyre több ízületi panasszal. Az Reumatológiai szakrendelők is egyre nehezebben érthetők el! Nem beszélve a csak Pilisvörösváron vagy Budapesten elvégezhető DEXA mérésékről. A körzetünkkel jó közreműködési kapcsolatban álló Főgyógyszerés úrral tárgyalva felvetődött a biszfoszfonat tartalmú gyógyszer alkalmazása, az magas gyulladásos Faktor Indexű, izületi betegeinknél! (Egyetlenegy háziorvosi körzet sem működhet jól, ha nincs szoros kapcsolat a körzetet kiszólgáló gyógyszertárral) Sedron – Biszfoszfonátot tartalmazó gyógyszerről van szó! a legújabb ajánlásokban szerepel! Adhatná

a háziorvos? Mondhatjuk ha az izületi beteg nem kap DEMARD kezelést vagy Biológiai gyógyszert antiinflamatorikus kezelés nélkül marad, ezáltal a CV mortalitás emelkedhet. Sokszor gondoltunk erre a gyógszerre mint könnyen hozzáférhető lehetőségre, hogy a háziorvos is adgassa de ami szándékot kénytelenek voltunk mindig elvetni. Egy nagyon komoly és sok beteget átfogó klinikai színtű tanúlmányra lenne szükség! Beszámolómnól jól kivehető hogy ez a gyógyszer amely támogatás nékül 3000 forintba kerülne, nagyon fontos szerepet játszik a gyulladásos faktorok gátlásában, az Oszteoklasztok falában levő RANK ligand aktivitásának a gátlásában mely gyulladásos anyag amely az OA oszteoarthritiszes betegeink izületében is sok kárt tesz. A játékszabályok is megváltoztak mint látható a korszerű kezelésekben előtérbe kerültek a szívérrendszert is károsító proinflamatorikus cytokinek aktivitásának a lelasítássa, a CV halálozás megelőzés céljából.Mint már írtam mellékhatásai ritkák! A ritka, állcsont oszteonekrózis, vagy atipusos femurtörés! Ezek aránya 1/1.000.000. vagy 3-10 /100.000 – femur törésnél. De ennél sokkal fontosabb lenne számunkra a CV – halálozás csökkenése! Fogimplantátum vagy akut myocardiális infarktus? Vagy Agyi Infarktus? Ha Beta – Cross 200pg/ml alatt van! Végeredményben, ha nincsenek direkt biztató szakmai ajánlások, nem hinném hogy egy háziorvosi tanúlmány amely legalább egy évig tartó kisérleti adatai alapján, olyan bizonyítékokkal tudna előállni amellyel befolyásolná a szakmát! (Figyelembe véve a nemet, kórt, ízületi betegségét, betegsége stádiumát, (RTG – Labor vizsgálatokkal alátámasztva) panaszai osztályozását, társbetegségeit, kezelésének társbetegségeire hatását) amelyhez miatt több mint egy éves követés is szükséges lenne plusz ha jelentkeznének az ismert mellékhatások! Plusz Beta – Cross szint monitorizás hogy 200 pg/ml felett maradjon! Egy olyan gyógyszerrel, amely nehezen eliminálódik a szervezetből, esetleg állcsont necrozis, femur tőrést okozz.
A háziorvosnak egyetlenegy célja a CV halálozás csökkentése, vagy a CV események végpontjaira hatás elemzése lenne) figyelembe véve a beteg ízületi betegségére is kezelésének hatását, tekintettel mind a remodelling hatásra, mind a beteg panaszaira is.

NEGATÍVUMOK – AMELYEK –ELVESZIK A KISÉRLETEZŐ KEDVÉT – tehát mardnak a Biológiai Gyógyszerek!
Dr Szendi Gábor írása. Nem árt tudni, hogy a gyógyszeripar kedvelt módszere az abszolút és relatív kockázatokkal való játék. Ha 100 emberből kettőnél várható csonttörés, s ebből mondjuk a biszfoszfonát egyet kivéd, akkor a jól hangzó 50%-os relatív, vagy a jelentéktelen 1%-os abszolút kockázatcsökkenésről beszélünk. Ha veszélyekről van szó, a gyógyszeripar az abszolút kockázatot szereti megadni, ha nyereségről van szó, a relatívat. Világos, hogy ha azt mondjuk valakinek, hogy 50%-al csökken gyógyszer hatására a törés kockázata, akkor meg van győzve. De ha ez abszolút értékben csak annyit jelent, hogy az eddigi 2%-os kockázata 1%-ra csökken, rögtön azt fogja gyanakodva kérdezni, "mibe kerül ez nekem?". Mert olyan kicsi a nyereség, hogy talán nem is éri meg. Pl. a Fracture Intervention Trial-ban négy éven át 4134 nő vett részt, s az eredményeket nagy sikerként könyvelték el. A csonttörések relatíve 14%-al csökkentek a Fosamaxot szedő csoportban, de

abszolút értelemben a javulás csak 1.8% volt. A csípőcsont törések száma ugyancsak 14%-al csökkent, ez a valóságban abszolút értékben 0.2%-os csökkenés volt csupán. Viszont váratlan módon 20%-al (de abszolút értelemben csak 0.5%-ban) növekedett a Fosamax csoportban a csuklótörések aránya. A vizsgálat fontos eredménye volt, hogy a Fosamax bármiféle előnyt csak az egészen szélsőséges csontritkulást mutatóknak jelentett. Náluk a vizsgálati üdvrivalgás szerint 56%-al csökkent a csípőcsonttörések száma, ami a valóságban csupán 1.2% csökkenést jelentett. Tehát még a szélsőségesen alacsony csontsűrűséget mutatók közül is 100 nőnek kellett négy éven át Fosamaxot szednie, hogy közülük egy megússza a csípőcsont törést.

Ráadásul Susan Ott kutató 2001-es cikkében rámutatott arra, hogy a biszfoszfonátoknak van egy optimális szedési ideje, de azon túl szedve nem erősítik, hanem morzsalékossá teszik a csontokat. 2004-es az Annals of Internal Medicin-ben közölt levelében a neves csontkutatónő ezt írta:"sok ember úgy hiszi, ezek a gyógyszerek 'csontépítők', de a tények azt mutatják, hogy valójában 'csontnehezítők'".
Mert mit is csinál a biszfoszfonát? Gyakorlatilag megbénítja a csont megújulási képességét azáltal, hogy blokkolja a csont lebomlását. Ennek következtében viszont a csont szerkezetében az idők során bekövetkező mikrosérülések nem tudnak reparálódni, és a sérülések felhalmozódva fokozott törékenységhez vezetnek.

CI --- Implantátum beültetése biszfoszfonát tartalmú gyógyszerek szedése esetén

2021. 10. 29. | Dr. Németh József

Biszfoszfonát tartalmú gyógyszereket széleskörűen alkalmaznak csontritkulás vagy különböző csontanyagcsere-betegségek esetén. Sokan nem tudják, hogy a kezelésükhöz kapott gyógyszerek biszfoszfonátot tartalmaznak és mellékhatásai lehetnek.

Mi az a biszfoszfonát és hol alkalmazzák?

Biszfofonátot tartalmazhat a csontáttétet gyakran adó daganatos megbetegedéseknél használt gyógyszer is. Magyarországon a csontritkulás 50 év felett kb. 900.000 embert (600.000 nőt és 300.000 férfit) érint, azonban kezelés alatt csupán csak töredékük, mindössze kb. 100.000 ember áll. Sokan nincsenek tudatában annak, hogy a kezelésükhöz kapott gyógyszerek biszfoszfonátot tartalmaznak, ahogy azok mellékhatásairól sincs tudomásuk.

Hogyan hat a biszfoszfonát?

A biszfoszfonát gátolja a csont lebontásért felelős sejtek működését, javítva a csont teherbíró képességét, bizonyítottan csökkentve a későbbi csonttörések esélyét, valamint az áttétekkel járó fájdalmat.

Hogyan befolyásolja a biszfoszfonát tartalmú gyógyszerek szedése a fogászati kezeléseket?

A szer működési mechanizmusa miatt, a csont képtelenné válik a megújulásra, így a csont vagy nyálkahártya sérülése esetén a seb nem gyógyul be, hanem esetenként elfertőződik és csontelhalást okoz. Ez leggyakrabban az alsó állcsontot érinti, de ritkán a felső állcsontban is megjelenhet. Az állcsont nekrózis egy gyógyíthatatlan állapot, kezelése nem egyszerű, Magyarországon pedig még nincs egységes protokollrendszer kidolgozva a kezelés teljes folyamatára. A biszfoszfonát tartalmú gyógyszerek szedése mellett csak bizonyos esetekben lehet bármilyen szájsebészeti beavatkozást elvégezni.
Mekkora a mellékhatás kialakulásának kockázata?
A mellékhatások kialakulásának esélye különböző a gyógyszer intravénás és orális adagolása esetén. Az intravénás alkalmazást többnyire daganatos megbetegedéseknél alkalmazzák, és bár hatékonysága megelőzi a tablettás verzióét, a mellékhatások kialakulásának kockázata is jóval magasabb, eléri a 4%-ot. Az orális adagolás esetén a gyógyszer szedőinek Magyarországon mindössze 0,001%-át érinti ez a probléma.

Lehetséges-e implantátum beültetése biszfoszfonát tartalmú gyógyszerek szedése mellett?
Amennyiben még nem kezdte el a biszfoszfonát tartalmú gyógyszer szedését, úgy mindenképpen tájékoztassa erről fogorvosát, hogy megfelelően tudja ütemezni a szükséges szájsebészeti beavatkozásokat, valamint az implantátum beültetését még a gyógyszer szedésének megkezdése előtt.

Abban az esetben, ha a gyógyszer szedése már megkezdődött, lehetőség van arra, hogy egy úgynevezett Béta-Cross Teszttel felmérjük, milyen állapotban van a páciens csontállománya. Ez az információ segíti a fogorvost, hogy el tudja dönteni, lehetséges-e bármilyen szájsebészeti beavatkozás elvégzése, avagy sem. Jelenleg Magyarországon a szájsebészeti kollégium állásfoglalása az irányadó, mely szerint implantálni biszfoszfonát tartalmú gyóygszer szedése mellett nem szabad.
Hogy működik a Béta-Cross Teszt?
A Béta-Cross Teszt a vérből állapítja meg a csontanyagcsere aktivitását. Amennyiben a kapott érték alacsonyabb, mint 200pg/ml, az magas kockázatot jelent, így a fogászat implantáció nem javasolt. A 200pg/ml feletti szám viszont zöld utat jelent, így a legtöbb szájsebészi beavatkozás elvégezhető.

Mit tehetünk a szövődmények kialakulásának elkerülése érdekében?
A szakértők szerint a gyógyszer előnyei messze felülmúlják az esetleges mellékhatások kialakulásának kockázatát, így fontos, hogy a gyógyszert nem szabad abbahagyni a kezelések alatt sem, hiszen azoknak a szervezetből való kiürülése úgyis hosszú éveket vesz igénybe. Amire folyamatosan nagy hangsúlyt kell fektetni, az a rendszeres, alapos szájhigiénia és a gyakori fogászati ellenőrzések. Kezdetben a csontelhalás teljesen tünetmentes és csak röntgennel kimutatható, kialakulásának minél korábbi felismerése pedig megkönnyíti a betegség kezelését.

Melyek a leggyakoribb biszfoszfonát tartalmú készítmények?

Etidronsav, Klodronsav, Pamidronsav, Alendronsav, Tiludronsav, Ibandronsav, Rizedronsav, Zoledronsav, Alendran, Alendromax, Alendron Hexal, Alendronat, Bluefish, Calcisedron-D, Ibandronsav, Indrofar, Risebona, Risedronat Halex, Risedrowin, Risemedis, Risendros, Risetact, Sedron, Zolacitor, Zoledronat Stada*

A gyógyszer gyulladásos faktorokra hatása bizonyított elnehezedik a csont, gátolja a csontépítést, az legnagyobb gond hogy nem javulnak az terhelésnéljelentkező apró csonttrepedések, melyek összegyülése végtére csonttöréshez vezet!
Egy Háziorvos sem vállalhat fel ekkora kockázatot! Vagy mégis?

Zsíranyagcsere betegségekben -

Ugyanez gyulladásos folyamatok játszódnak le az érelmeszesedett érfalban is mikor a kis méretű LDL – Koleszterin 27- 18 nm között jut át az érfalat bélelő endothel sejtek között, természetesen az szállító apolipoprotein – B méretétől függő, (Koleszterin nélkül nem létezhet élet, vagy sejtváz) de az LDL ha átjut az érfalon, gyulladásos folyamatot vált ki, azonnal felfalják a monocyák, amely ha elhal, és ki kerül belőle az LDL, gyulladást okozva, újból felfalják a fehérvérsejtekből képződő, újabb monocyták, egy folyamatos gyulladásos oxidációs folyamatot fenntartva, amelyben csak gyűl az LDL Koleszterin, és csak nő a plakk, amelybe később a kalcium is bele kerül. Plakk mely eldugíthatja az eret, vagy megrepedhet, a nagy erekben mint az aorta disszekció, ha szétszakad, akár halálos vérzést is okozhat, a legtöbb esetben azonban trombusok keletkeznek, a trombociták azon igyekezetében hogy be tapasztják a sérült érfalat, de ha leszakadnak és belekerülnek a véráramlásba, eldugíttathatják a náluk kisebb átmérőjű eret ezáltal szív-infarktust, tudó embóliát ha vénás rendszerből ered, vagy stroke-t okozhat. Kimutatható az plakk képződés közben folyamatosan fennálló gyulladásos állapot. Yang professzor dr. James Underberg a New York-i Egyetem adjunktusa, a tipikus labor Lipid panel hiányosságaira hívta fel a figyelmünk hogy az LDL mérésben, a Friedwald egyenlet nem mindig pontos. fontosabb a közvetlen LDL mérés, illetve a Martin Hopkins – egyenlet. Egy újabb Markert az Lp(a) szint mérését is javasolja. ennek a zsírfrakciónak is emelkedett kockázat szint jelző szerepe van. Nem elégséges csak az életvitel megváltoztatása. Dr. Bayley, dr Orlinger emelt Statin dózisú kezelést ajánl a magas kockázatú betegeknél mind a primer mind a szekunder prevencióban! (Ez rendelőnkben 80 mg lenne) Az LDL szintet 1,4 mmol/l szintig kellene lecsökkenteni az Európai Kardiológiai társaság ajánlása szerint az ezetimib hozzáadásával. Az Ezetimib gyógyszert is rendszeresen adjuk) Ezt alkalmazzuk a h.o gyakorlatban is. Még akkor sem lenne szabad le állni a Statim kezeléssel, ha a betegnek izom fáradás, vagy izomfájdalom tünetei jelentkeznének a statim mellékhatásaként! Legsúlyosabb formája akár halálos is lehet a rabdomyolizis! (Izomelolvadás)! A nagyon nagy, magas kockázatú betegek számára ajánlott csak a lipid centrumokban felirt PCSK9-

más néven evolocumab, alirocumab, (biológiai gyógyszerek) jelen esetben a hatóanyaga proprotein –konvertáz szubtilizin /kexin – PCSK9. Az ilyen betegeket Lipid centrumokba irányitjuk! Még nagyon sok terápiás gyógyszerek léteznek, én csak azokra utalok, amelyeket használunk! Tehát a Telekonferencián elhangzottak alapján mi is a modern kezelést alkalmazzuk! Azt ami Magyarországon is elérhető. Vannak még más biológiai gyógyszerek is! Mert ugyancsak gyulladásos betegség kezeléséről van szó! Nem merem véleményezni az már ismert betegek kezelésükhez hozzáállást, a beteg adherenciát! Haragot esetleg gyűlöletet válthat ki! Sok esetben úgy tekintenek az orvosra, mint valami hatalmasságra, aki valamilyen szabadságát korlátozó rendelet szerint írja fel a betegnek, a kezeléséhez, normális életvitele fenntartásához szükséges gyógyszereket! A telekonferencián tanulmányozott algoritmusban, összhang van az amerikai, és az európai ajánlások között. Habár vannak küszöbérték különbségek. Fontos az adherencia! Bemérték hogy szívinfarktuson átesett betegek 50% -a egy év elteleltével már nem folytatják az irányelvek által ajánlott terápiát! Bemérhetők a gyógyszertárban kiváltott gyógyszerek! Fura megjegyzés, de ez mind a beteg érdekében történt! Még akkor is ha egyesek ebben valami cégérdeket sejtő összeesküvési elméletet látnak! Nem kizárható, de ezek az adatok tényleg csak az orvosi kutatásokat szolgálták! A mi rendelőnkben sem más a helyzet!

Az elhízás a súlyos COVID-19 halálozásának kockázati tényezőjévé vált.. A bizonyítékok arra utalnak, hogy az elhízottaknál nagyobb a kockázata annak, hogy súlyosabb COVID -19 fertőzésen essen át. Egy 4103 beteget vizsgáló New York-i vizsgálat amelyben a betegek (65 év feletti obez betegek voltak,, magas vérnyomással, a szív- és érrendszeri betegségekkel vagy a cukorbetegséggel kezeltek voltak azt bizzonyította be hogy Covid – 19 fertőzés halálozási kockázata a (BMI, >40 kg/m2) testtömeg – indexxel rendelkező betegeknél volt a legmagasabb! Összhangban a CORONADO vizsgálat eredményeivel amelyben a COVID-19 miatt kórházba került cukorbetegeknél a BMI (>40 kg/m2) összefüggésbe hozható a COVID-19 betegség súlyosságával

Elsősorban a hasi zsír miatt is megváltozott légzési teljesítmény csökkenése, és a tüdő perfúziójá romlása miatt is, és az ezeknél a betegeknél gyakrabban bekövetkező IDC - intravascularis disszeminált koaguláció miatt is. Tekintettel a már meglévő társbetegségekre is, mint a magas vérnyomás, cukorbetegség és az olyan protrombotikus állapotok (54, 55), amelyek hozzájárulnak a COVID-19-betegég gyógyúlásának rossz előrejelzéséhez. Tromboemboliás kockázat növekedése által! Egy németországi boncolási tanulmány, is ezt támasztotta alá, amely megállapította, hogy 12 beteg közül 7-nél mélyvénás thromboemboliát találtak, 4 betegnél a tüdőembólia volt a halál közvetlen oka (56). Gyakoriak obezitásban, a nem megfelelő és túlzott immunológiai válaszok, mind a viszcerális zsírszövet, mind a sok krónikus betegségeik gyulladással járó kórképeik, gyulladásos anyagok termelése miatt is, amely a súlyos COVID-19-betegeknél egyszerre is többszervi elégtelenséghez vezethet (57). Fokozott gyulladásos folyamatot, például emelkedett IL-6- és TNF-szintet is megfigyeltek elhízott betegeknél, ami elősegíti a COVID-19 betegség

progresszióját, rontja a tüdő- és szívműködést (69). Már említettük a viszcerális zsírszövetéből felszabaduló gyulladásos anyagokat. a TNF alfát, IL – 6 – ot, IL 1 bétát, amelyhez a zsírszövet adipocitái még bőven termelik a leptin, adiponektin, rezisztin, viszfatin ugyancsak gyulladásos anyagokat. TNF alfa és az IL -1 béta azok a cytokinek amelyek vezérlik IL-6, IL -8 – IL -10 termelését Ugyancsak a Th – 17 sejtek, hízó, és myeloid sejtek termelik az - IL - 17. Ezeknek a gyulladásos anyagoknak a termelését idézik elő mind a hyperlipaemia, mind a hyperglykaemia lásd zsír – cukor anyagcsere zavarokat, betegségeket, az általuk indukált oxidatív stressz folyamatokat és ez betegségben megjelenő glikációs végtermékek - VGE hatását
Egy másik magyarázat azon a megállapításokon alapul, hogy a SARS-CoV-2 nagy affinitást mutat a humán ACE2- receptorhoz. És az ACE2 sokkal nagyobb mértékben expresszálódik a zsírszövetben, mint a tüdőben, a fő SARS-CoV-2 célszövetben az elhízott egyénekben a több zsírszövet miatt, több az ACE2 receptort expresszáló sejtek száma, és ennek következtében asokkal több ACE2 receptorral rendelkeznek! Ami a vírus gyors szaporodását segíti elő!

FOGYÓKURA! Testsúlycsökkenés!
Magyarországon is forgalomba került a SAXENDA! Cukorbetegség ellen használt GLP- 1 RECEPTOR AGONISTA! A háziorvosi gyakorlatban már alkalmazható. BMI 27 ÉS 34 – felett alkalmazható! (Körülbelül 30%) nem volt tapasztalható javulás (Ha a beteg kiindulási testtömegének legalább 5%-át nem adta le 12 heti, napi 3 mg Saxenda-val végzett kezelést követően, a Saxenda-kezelést fel kell függeszteni). Erről az modern antidiabétikus gyógyszerről a liraglutidról fogyáshoz használt alkalmazásáról is 2022 – ben szereztünk tudomást! (Győri háziorvosi továbbképző tanfolyamon) Tehát, eredeti, a szakma által is elfogadott módszertan alapján alkalmazható) Nem természetgyógyászati készítmény! Elég sokat kellett várni rá 2015 – 2022!
Csak diétával és akarattal hatékony! Lásd ajánlást! A Saxenda diétával és testmozgással együtt alkalmazott, az alábbi felnőtt betegek testsúlyának csökkenését elősegítő gyógyszer: • • elhízott betegek (testtömegindexük – BMI – 30 vagy több); túlsúlyos (27 és 30 közötti BMI-vel), a testsúllyal kapcsolatos szövődményekkel – pl. diabétesz, kórosan magas vérzsírszint, magas vérnyomás vagy obstruktív alvási apnoé (a légzés gyakori leállása alvás közben) – rendelkező betegek. A BMI olyan mérőszám, amely a testsúlynak a magassághoz való viszonyulását jelzi. A Saxenda hatóanyaga a liraglutid. Hogyan kell alkalmazni a Saxenda-t? A Saxenda oldatos injekció, amely előretöltött injekciós tollban kerül forgalomba. A gyógyszer csak receptre kapható.

A Saxenda-t naponta egyszer, lehetőleg minden nap ugyanabban az időben kell beadni. A comb, a felkar vagy a has bőre alá befecskendezett injekcióként alkalmazzák. A kezdő adag 0,6 mg/nap. Az adag ezután hetenként 0,6 mg-mal emelkedik, amíg el nem éri a napi 3,0 mg-os maximumot. Ha a beteg kiindulási testtömegének legalább 5%-át nem adta le 12 heti, napi 3 mg Saxenda-val végzett kezelést követően, a Saxenda-kezelést fel kell függeszteni.

Az orvos évente egyszer újraértékeli a kezelés folytatásának szükségességét. Hogyan fejti ki hatását a Saxenda? A Saxenda hatóanyaga, a liraglutid glükagonszerű peptid-1 (GLP-1) receptor agonista, amelyet Victoza-ként, alacsonyabb adagokban (napi legfeljebb 1,8 mg) már engedélyeztek az EU-ban a 2-es típusú diabétesz kezelésére. A Saxenda hatásmechanizmusa a testsúlycsökkentésben nem teljesen ismert, de úgy tűnik, hogy az agynak az étvágyat szabályozó részeire hat oly módon, hogy az agysejtekben a GLP-1 receptorokhoz kötődik, és ezáltal növeli a teltségérzést, és csökkenti az éhségérzetet. Milyen előnyei voltak a Saxenda alkalmazásának a vizsgálatok során? A Saxenda hatékonynak bizonyult a testsúlycsökkentésben öt, több mint 5800 elhízott vagy túlsúlyos beteg részvételével végzett, legfeljebb 56 hétig tartó fő vizsgálatban, amelyek során a Saxenda-t placebóval (hatóanyag nélküli kezeléssel) hasonlították össze. A vizsgálatban részt vevő betegek a gyógyszert a diétára és a testmozgásra vonatkozó konzultációt és tanácsadást tartalmazó testsúlycsökkentési program részeként kapták. Az öt vizsgálat eredményeit együtt értékelve a Saxenda 3 mg-os napi adagban 7,5%-os testsúlycsökkenéshez vezetett, szemben a placebót szedő betegeknél tapasztalt 2,3%-os testsúlycsökkenéssel. A Saxenda-val kezelt betegeknél a kezelés első 40 hete során folyamatos testsúlycsökkenés volt tapasztalható, amelyet követően az elért testsúlycsökkenés fenntartható volt. A testsúlycsökkenés nőknél kifejezettebb volt, mint férfiaknál. Amikor a fő vizsgálatok során kapott számokat újbóli elemzésnek vetették alá egy konzervatívabb módszer alkalmazásával, amely feltételezte, hogy a vizsgálatot be nem fejező betegeknél (körülbelül 30%) nem tapasztalható javulás, hasonló, de kisebb testsúlycsökkenéseket figyeltek meg a Saxendaval. Milyen kockázatokkal jár a Saxenda alkalmazása? A Saxenda leggyakoribb mellékhatásai (10 beteg közül több mint 1-nél jelentkezhet) a hányinger, a hányás, a hasmenés és a székrekedés. A Saxenda alkalmazásával kapcsolatban jelentett összes mellékhatás és korlátozás teljes felsorolása a betegtájékoztatóban található. Miért engedélyezték a Saxenda forgalomba hozatalát? Az Ügynökséghez tartozó emberi felhasználásra szánt gyógyszerek bizottsága (CHMP) megállapította, hogy a Saxenda alkalmazásának előnyei meghaladják a kockázatokat, ezért javasolta a gyógyszer EUban való alkalmazásának jóváhagyását. A CHMP arra a véleményre jutott, hogy a Saxenda szerény (különösen férfiaknál), de klinikailag mégis releváns hatással van a testsúlycsökkenésre. A biztonságosságot illetően a Saxenda leggyakoribb mellékhatásai a gyomorral és a belekkel kapcsolatosak (például hányinger). Ezeknek a hatásoknak a korlátozására a kezelés megkezdésekor a Saxenda adagját lassan emelik, 4 héten keresztül. A liraglutid hosszú távú biztonságosságára vonatkozó további információk (különösen a szívre és az erekre gyakorolt hatásokat illetően) a Victozaval végzett, folyamatban lévő vizsgálatból várhatók. Milyen intézkedések vannak folyamatban a Saxenda biztonságos és hatékony alkalmazásának biztosítása céljából? A Saxenda lehető legbiztonságosabb alkalmazásának biztosítása céljából kockázatkezelési tervet dolgoztak ki. A terv alapján a Saxenda-ra vonatkozó alkalmazási előírást és betegtájékoztatót a biztonságos alkalmazással kapcsolatos információkkal egészítették ki, ideértve az egészségügyi

szakemberek és a betegek által követendő, megfelelő óvintézkedéseket. További információ a kockázatkezelési terv összefoglalójában A Saxenda-val kapcsolatos egyéb információ található. 2015. március 23-án az Európai Bizottság a Saxenda-ra vonatkozóan kiadta az Európai Unió egész területére érvényes forgalomba hozatali engedélyt. A Saxenda-ra vonatkozó teljes EPAR és kockázatkezelési terv összefoglalója az Ügynökség weboldalán található: ema.europa.eu/Find medicine/Human medicines/European public assessment reports . Amennyiben a Saxenda-val történő kezeléssel kapcsolatban bővebb információra van szüksége, olvassa el a (szintén az EPAR részét képező) betegtájékoztatót, illetve forduljon kezelőorvosához vagy gyógyszerészéhez.

Ami a cukorbetegségeket illeti, hangzott el a Telekonferencián--- most először vannak olyan gyógyszereink amelyek javítják, a kardiovaszkuláris kimenetelt. Korábban nem voltak, mondta a SGLT2 gátlókról Mikael Ryden az EASD – Európai Diabetes Tásaság Tudományos Programbizottságának elnöke.

Körzetünkben és korházban, cukormérés, cukormérés, folyamatos vércukorszint kontroll szükséges!

A két vuhani kórházban 1561 COVID-19-betegből álló csoportban a cukorbetegek nagyobb valószínűséggel igényeltek intenzív kezelést (ICU) –t, a halálozás is nagy volt közöttük (16). Egy központosított, retrospektív tanulmányban Yang et al. kimutatták, hogy a rossz kimenetelű esetek közül egy 32 nem túlélőből álló, 52 intenzív osztályos betegből álló csoportban 7-en (22%) szenvedtek cukorbetegségben (74). Egy brit kórházból származó adatok, 10. 926 - COVID-19-hez kapcsolódó haláleseteket közöltek egy 17.278.392 felnőttből álló csoportban, azt mutatták, ki hogy a halálozási kockázat sokkal nagyobb azoknál, akiknél nem volt kontrollált a cukorbetegsége (20). Más tanulmányok azt is leírták, hogy a COVID-19 betegeknél rosszabb kimenetelű volt a cukorbetegség (75), több napi kórházi kezelést, több intenzív osztályra történő felvételt ICU kezelést igéyeltek több halálesettel végződő kimenettel Mint tudjuk, egyes kórokozók virulenciája megnő a hiperglikémiás környezetben. Beszámoltak arról, hogy a fagocitózis és a kemotaxis károsodott, és a fertőzésre adott válaszként a T-sejtek és a neutrofilek termelődése szintén csökken cukorbetegségben (76). Általában az immunválasz károsodik azoknál a cukorbeteg COVID-19 betegeknél, akiknél rossz volt a vércukorszint. A cukorbetegségben szenvedő COVID-19-betegek közül a neutrophilia és lymphopenia magasabb előfordulási gyakorisággal fordúlt elő. A közelmúltban számos tanulmány mutatta ki, hogy a károsodott tüdőfunkció szignifikánsan korrelál a vércukorszinttel (77, 78). Emiatt nő a légúti fertőzésekkel szembeni hajlam, és csökken a tüdőkapacitás. 663 COVID-19-beteg vizsgálata során a 2-es típusú cukorbetegek kerültek kritikus állapoba, náluk sokkal hatékonytalanabb volt a terápiás hatás, független kockázati tényezőnek minősűlt, a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő COVID-19-betegek Limfocitopéniája, amely a gyenge terápiás hatással val járt együtt (79).

Angliában egy populáció-alapú kohorsz-vizsgálatban 1-es és 2-es típusú diabéteszben diagnosztizált betegeknél Holman azt találta, hogy a COVID-19-hez kapcsolódó megnövekedett mortalitás nemcsak mindkét típusú cukorbetegség szív- érrendszeri, és vese szövődményeitől függ, összefüggésbe hozható a testsúlyal BMI - indexxel és a glikémiás kontrollal (80).
Egy nemrégiben készült tanulmány arról számolt be, hogy a COVID-19-betegeknél, akik cukorbetegek és kontrollálatlan volt vércukor színtjük, tehát hiperglikémiások voltak (24 órában két vagy több vércukorszintjük magasabb volt mint > 180 mg/dl, a HbA1C színtjük is magasabb volt < 6,5% vagy akiknél nem végeztek el a HbA1C-tesztet a kórházi kezelés alatt), hosszabb ideig tartott. a kórházi kezelésük és magasabb mortalitással járt (81). A tanulmányok azt is megállapították, hogy a korházba felvételkor, a magasabb vércukorszintűeknél rosszabb kezelési eredményeket értek el. 85 COVID-19-beteg retrospektív elemzésében Iacobellis et al. beszámoltak arról, hogy a felvétel első napján fellépő hiperglikémia a radiográfiai képalkotás legjobb előrejelzőjévé vált, függetlenül a már meglévő cukorbetegségtől (82). Ezenkívül a kezelés alatti hiperglikémia, a súlyos COVID-19-ben szenvedő betegeknél halálozásuk bíztos kockázati tényezőjévé vált! (83). Egy retrospektív, többközpontú tanulmányban, Spanyolországban, megállapították, hogy a hiperglikémia (>180 mg/dl) rossz előrejelzője lett, a nem kritikus kórházi kezelésben részesülő COVID-19-betegeknél, függetlenül a cukorbetegségük stádiumától. (84). Kiemelendőa glikémiás kontroll fontossága minden COVID-19-beteg számára, azok számára is akik nem cukorbetegek! Mivelhogy az állapították meg hogy a legtöbb COVID-19-es beteg hajlamos a glükóz-anyagcsere-zavarokra. Ennek az az oka, hogy azok az ACE-receptorok, amelyekhez a SARS-CoV-2 kötődik, ahhoz hogy bejusson a célsejtekbe, a hasnyálmirigy β-sejtjeiben is expresszálódik (24). Ez az inzulintszekrétáló β-sejtek akut károsodását és pusztulását idézheti elő, ami de novo új - cukorbetegség kialakulásához vezethet.
Összefoglalva, a kontrollálatlan glukoz vérszint, a korházi felvétel és a kórházi kezelés alatt is súlyosbítja a COVID-19 betegek betegségét! Rossz pronozísű előjel!. Hiperglikémiában szenvedő COVID-19 betegeknél csak glikémiás kontrollal és kombinált terápiás stratégiákkal csökkenthető a halálozás kockázata..
Pár szó a kezelésről! Pro és Contrák Kritikák!

Mindkét típusú cukorbetegség általános terápiája az inzulinkezelés

Az inzulinkezelésről azonban a COVID-19 súlyossága alapján kell dönteni, mert intenzíven ellenőrizni kell a kezelést, bár javasolt az inzulin a súlyos, cukorbetegségben szenvedő COVID-19 betegeknél (85). egy tanulmány megállapította, hogy az inzulinnal kezelt betegeknél gyengébbek a klinikai eredmények, mint a metforminnal kezelt betegeknél (7). Annak ellenére, hogy a COVID-19-ben szenvedő diabéteszes betegeknél jobb eredményeket értek el metforminnal, fel kell függeszteni, ha légzési distresszben, veseműködési zavarban vagy acidózis miatti szívelégtelenségben szenved a beteg (85). A

CORONADO tanulmányban Cariou et al. beszámoltak arról, hogy a tanúlmányozott elhunyt betegeknél, kevés volt a Metformint szedők száma, az elhunytak mind inzulinkezelés alatt általk, érrendszeri betegségeik miatt, hypertónia miatt- renin-angiotenzin-aldoszteron rendszer (RAAS) blokkolókkal - β-blokkolókkal és kacsdiuretikumokkal voltak kezelve a 7. napig követve amikor bekövetkezett halálluk. Halálukat a mögöttes kísérőbetegségeknek és a cukorbetegség szövődményeinek tulajdonították. Egy nemrégiben készült tanulmány szignifikánsan magasabb étkezés utáni glikémiás ingadozásokról és hiperglikémiának való kitettségről számolt be a COVID-19-ben szenvedő betegek körében, folyamatos glükózmonitorozás közben (86). Így a folyamatos vércukorszint monitorozást is be kell vonni a kezelési folyamat során. A nátrium-glükóz transzporter 2 gátlókkal is óvatosnak kell lenni az olyan káros mellékhatásaik miatt, mint a ketoacidózis és a károsodott zsíranyagcsere (87). Emellett óvatosan kell eljárni a glukagonszerű receptor-1 (GLP-1R) analógok használatával is, mivel ezek hasmenést, hányingert, hányást és fejfájást okozhatnak (88). Egy közelmúltban végzett multicentrikus, esetkontrollos, retrospektív megfigyeléses vizsgálatban SGTL2 – gátlót - szitagliptint, és egy rendkívül szelektív orális dipeptidil-peptidáz 4 (DPP4) gátlót alkalmaztak, kiegészítő terápiaként a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő betegek kezelésében. COVID-19 betegek esetében. Azt találták, hogy a szitagliptin-kezelés csökkent mortalitással, jobb klinikai eredménnyel és több kórházi elbocsátással járt együtt (89). Ezek a jótékony hatások a koronavírus-fertőzések és a 2-es típusú cukorbetegség közös patofiziológiai útvonalainak tulajdoníthatók. A DPP4 és az ACE2, az a két fő koronavírus-receptor fehérje, amelyre hat a vírus, a glükoz homeosztáziáját is szabályozó utvonalnak transzduktorai is ezáltal . Ezen túlmenően, a széles körben használt DPP4-gátlók ismerten módosítják az immunmoduláló szubsztrátok biológiai aktivitátsát (90). Az ACEI és az ARB vérnyomáscsökkentők jótékony hatása cukorbetegségben a vesére és a szívre már bizonyított (91). Azonban, amint azt fentebb említettük, a COVID-19-ben szenvedő cukorbetegek esetében az ACEI és az ARB-k alkalmazása (IA – indikáció) a vese és máj álapotáttól is füg.

A glükokortikoidokról (szteroidok - cortizol) ismert, hogy hiperglikémiát okoznak az olyan betegeknél, akiknél már fennáll vagy még nincs cukorbetegsége, vércukorszínt emelést okozhat!. Súlyos betegeknél a citokinek és c-reaktív peptidek csökkenése érdekében alkalmazzák, mint gyulladáscsökkentő gyógyszert gyakran megfigyelhetők az ilyen kezelés alatt áűlló betegeknél, az keletkező inzulin rezisztenciát, vagy az meglevő inzulinrezisztencia sulyobbosodását! Az inzulinérzékenység csökkenése miatt súlyos hiperglikémiát okozhatnak. Egyetlen tanulmány sem találta azt, hogy csökkentenék a mortalitást vagy lassíthatnák a vírus kiürülését klinikailag.

Körzetünkben 2014 óta használjuk azokat a gyógyszereket amikről szó van!

Ami a COVID – 19 járvány alatt kezelt cukorbetegeknél alkalmazott gyógyszerek hatékonyságát illeti nagyon sok eltérő vélemény olvasható! A halálozás a szitagliptin – gátlók, SGLT2- gátlók esetében volt a legalacsonyabb! 3,2/ 1000 betegév míg az alfa- glükozidáz-gátlók esetében volt a legmagasabb 17.06/1000 betegév.

Kiemelendő hogy a halálozás kockázata, három gyógyszercsoportnál volt alacsonyabb, a metfoormin, a szulfanilureák, és az SGLT2 esetében volt alacsonyabb! Egy 2,85 millió T2DM beteg adatain alapuló vizsgálaton, statisztikailag is igazolták, hogy azok akik metformint, SGLT2 – gátló és szulfanilurát kaptak alacsonyabb volt a mortalitás. Ezzel szemben akik inzulint és DPP4 – gátlót kaptak magasabb volt a mortalitás! Tény és valóság hogy a Metformint a betegség korai szakaszában kezdik adni, amikor még nem alakultak ki a betegnél az ismert szervi károsodások! Az inzulinnal kezeltek, már a betegség nagyon előrehaladott stádiumában vannak! Tény és valóság, az amire kezelés alatt oda kell figyelnünk COVID-19 fertőzés alatt az a vércukorszint.

Megismételhető -- most először vannak olyan gyógyszereink amelyek javítják, a kardiovaszkuláris kimenetelt. Korábban nem voltak, mondta a SGLT2 gátlókról Mikael Ryden az EASD – Európai Diabetes Tásaság Tudományos Programbizottságának elnöke.

Beszámolom az körzetünkben kezelt krónikus betegeink kezelésére fokuszal, amelyeknél, mindnél, megtalálható gyulladásos álapotok, bármikor fellángolhatnak, föleg fertozó betegségek esetében, nem is beszélve egy olyan fertöző betegségről mint a COVID-19! Ma már modunkban áll ezeknek a gyulladásos folyamatoknak a lasítása. A legmodernebb javaslatok alapján, és gyógyszrekkel kezeljük betegeinket. Majdnem minden lehetőségünk megvan ahhoz, hogy javítsunk betegeink életminőségén! Habár soknak tűnik a leírás, az sok háterében, sokszor nagyon egyszerű kivizsgálási módszerek is elégségesek. Mielőtt nagyon komoly kivizsgálásokra küldenénk betegeinket! Melyek elekerülhetetlenek a mai modern korszakban!

Dr Szabó András

Háziorvos – üzemorvos szakorvos.