

Beszámoló 2024

Orvosi beszámoló 2024.

Tokod – üvegyár 2. sz. körzet Dr. Szabó András.

Tisztelt Tokod Nagyközség Polgármesteri Hivatal, Tisztelt Bánhidi László Polgármester, tisztelt Testületi tagok. tisztelt Lakósok

Elsősorban gratulálni szeretnék önöknek, a választási sikerükért, a hétfői napon elérhetetlen volt a Polgármesteri Hivatal, imádkozom magukért, hogy ilyen nehéz időkben is helyt álljanak, és becsülettel képviseljék lakóságunkat. Reménykedjünk nem lesz háború, nem lesz rosszabb sorsunk.

Még eddig Isten csak adott nekünk, nem feledkezett meg rólunk, körzetünkben is nőtt bejelentkezettek száma, 1993 bejelentkezett lakósról kell gondoskodnunk. Valószínűleg a vendég munkások miatt több a férfi lakós, 1017, a 976 nőhöz képest. A statisztikai adataink sosem tükrözik a valóságot sem azt hogy a rendelési időben csak 4809 beteg jelent meg. A gyógyszerfelírásokkal ennek tízszerese. Ami a szakrendelésekre utalásokat illeti 572 + 303. Ez a szám 875 sem felel meg a valóságnak, mert a betegek beutaló nélkül is visszajárhatnak a szakrendelőkhöz. Nem mondhatom fiatalodik lakosságunk, 50 éves korig ugyanannyi 10- 50 éves betegünk van mint 50- 70 év felett. Legtöbb a középkorú lakós 40-50 év – 232 férfi 201 nő mely felett az 50-60 év 175 férfi 133 nő. Mely alatt 30-40 év 194 férfi, 143 nő van. Ami érdekes 70 év felett az emelkedett a nő létszám 234 a 150 férfi létszámhoz képest, ami emelkedett férfi halálozás bizonyítéka. 50 év

kor alatt több a férfi mint a nő, amely arány csak 70 év felett változik meg. Ezt összehasonlítva a 10 évvel ezelőtti adatokkal az 50 év feletti férfiak száma – 259. Nők – 319. Az 40 -50 év közötti 118 férfi, és 78 nő. Mindez CV – rizikó szempontjából veszélyeztetett csoportok elemzése, annak bizonyítéka hiába javult a szűrés a modern terápiák által a primer és szekunder prevenció 70 év felett minden összeomlott. Ennek oka meglehet hogy a COVID – 19 járvány volt. CV – rizikó szempontjából emelkedett a középkorosztályhoz tartozó veszélyeztetettek száma. A nők veszélyeztetettebbek, de 70 év felett mégis a férfi létszám csökkent. Tehát javult a veszélyeztetettebb nők gondozása, de 70 év felett majdnem 100 – al lett kevesebb a férfiak létszáma. Ez az adherenciával is magyarázható, a férfiak ritkán járnak orvoshoz. Jelenleg rizikó becslés alapján 741 veszélyeztetett betegünk van 407 férfi, 334 nő. Ezeknek felénél a BMI 25 felett van, egyharmada túlsúlyos, ami azt jelenti több mint 70 TDM2 cukorbetegünk van 10 TDM1 betegség mellett, több mint 300 hipertóniás beteggel – 1993 beteg közül. ami azt is jelenti 40 év felett 1379 szívérrendszeri betegségre hajlamosító érlelmeszesedéssel kell hogy számoljunk. Amire szűrés szempontjából nagyon oda kell figyelnünk az a 40 – 60 korosztály Ehhez még hozzáadható az egészséges 60 – 70 év feletti, melyeknek több mint a fele 70 év felett betegszik meg a kor miatti érlelmeszesedés miatt.

De a fiatalok sem állnak jobban --- körzetünkbe 20- 40 év között 576 beteg van 267 nő, 309 férfi. 10 éves - 1,3% -os érlelmeszesedési, és CV –anyagcsere betegség kockázatával. 30 évre – 3,1% kockázattal.

Összesen 414 260 fiatal felnőtt (átlagéletkor 29,8 év, 60,6% nő) szerepelt ebben az elemzésben, akik közül 813 személynél tapasztaltak ASCVD betegségeket az első 4 év alatt (a maximális követési idő, 11 év volt). A 10 éves ASCVD előre jelzett kockázata 0,6% (0,3%, 1,3%), volt, a 30 éves előre jelzett kockázat pedig 3,1% (1,5%, 6,2%) volt.

Primer prevenciós szempontok Hypertónia--

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

NŐVÉR EGYEDÜL –

A COVID 19 JÁRVÁNYT AZÉRT TUDTUK KÉZBEN TARTANI MERT MÉG BETARTOTTÁK A CSALÁDORVOSI TANSZÉK ÉPPEN 2019 – BEN KIADOTT ÚTMUTATÁSAIT.

Jelenleg 800 betöltetlen háziorvosi praxis van. Hiába kérünk rezidens-t már azt is kértem, utolsó éves egyetemistákat küldjenek gyakorlatra,

vagy nővérképzés alatt álló nővéreket. Ami az Orvosokat illeti nincsen jelentkező erre a pályára. Kong a családorvosi tanszék! Vannak községek, akik mindent, de mindent biztosítanak, és még sincsen jelentkező. Amit nem tartanak be, és nem oktatnak az a Nővér egyedül! Amit 2019 –ben még betartottak, arra se lehet kötelezni a körzeti nővért hogy tevékenységi naplót vezessen! Csak a kórházakban végzik el. Ne is beszéljek a multicégekről, munkavállalói kötelesség. Minden segítséget köszönünk, megköszönjük a Polgármesteri Hivatal segítségét, hogy autót-biztosít betegszállításhoz. Van hogy nem elég a mentős, egy mozgáskorlátozott, beteg kimentéséhez. Ne feledjük túlteljesít az OMSZ. – SZAKKÉPZETEK, NÉLKÜLÜK TELJESEN ÖSSZEOMLANA A VIDÉKI ORVOSI ELLÁTÁS. A MAI MODERN SZAKSZERŰ ORVOSI ELLÁTÁS TERÜLETEN CSAK AZ OMSZ – TEAM MUNKÁJA SEGÍTSÉGÉVEL OLDHATÓ MEG.

A NŐVÉR EGYEDŰL! Egyre nagyobb szerepet kap a nővér tevékenysége. Mind a napi betegellátásban, mind a sürgősségi betegellátásban! Családorvostani tanszék már 2019 – ben kidolgozta a nővér által elvégezhető feladatok munkakörét, mely megvalósításához, a nővér folyamatos továbbképzése szükséges, a házi orvosi rendszer működőképességének fenntartása céljából.

.Sajnálattal közlöm, egyáltalán nem látok buzgó lelkesedést a nővérek továbbképzése érdekében! A nővérek továbbképzési lemaradásuk teljesen veszélybe sodorhatják a házi orvosi ellátást. Én képezem, tanfolyamokra is jár, csak az EETSZ rendszer teljesen elszívja. Szerencsére nagyon szakképzett, ezeket az új kezeléseket mindig elmagyarázom. Ellentéttel a Kormány, és Családorvosi tanszék, ajánlásaival. Nem a családorvosi tanszék módszertanát követjük amely szerint, hangsúlyt kellene fektetnünk a házi orvoslásban dolgozó

nővérek, munkánkba bevonásával. Még nem létezik a nővér egyedül! Azért mert nem szak képezték? Nem tud róla? Miközben mindenki úgy tesz tudja! Nem SZAKMAI ÚTMUTATÁSOK SZERINT intézkedik a nővér! MERT - Orvos van, de nővér kevés! És a végén ugyancsak orvos hiányhoz vezet. Ha pedig nincsen aki betanítsa akkor további még nagyobb nővér hiány lehetséges. Tehát túlterhelt a nővér! Ezt az útmutatót is a nővéreknek írtam! Családorvosi tanszék követelmény!

Fontos - Ha az orvos többhelyen van, ha a nővér egyidőben van. Vagy ha egy faluban nincsen orvos, de van nővér! A módszertani tananyagban, pontosan le van írva, hogy a nővér kitől kérjen segítséget, ha mégsem éri el a háziorvosát, akkor kötelező intézkednie, és hívni a segély számot! És be kell jelentkeznie mint intézkedő! Név - nővéri munkaköre, munkahely háziorvosa, akivel dolgozik, és miért veszi igénybe a segély segítségét! Mert ha ő nem találja meg az orvost a segély szám biztos megtalálja. De ha a háziorvosát sem informálja, sem a segély számot, van hogy a beteg ellátatlan marad akkor ha a beteg nem ismeri az orvos telefon számát! Lemerül, elromlik telefonja, autója. Főleg idősebb betegeknél fordul elő!. Egy orvos körzetéből sosem távozzon reggeltől 8 – órától délután 16 óráig helyettesítő orvos nélkül. De az új rendszerben a 1414 ismeri az orvos számát, sürgős esetek esetén, ha mégsem sürgős eset, akkor halotthoz hívják ki, az éppen elérhető háziorvost! . Az OMSZ még eddig mindig megtalálta az orvost!!

A FATÁLIS KIMENETELŰ KARDIVASZKULÁRIS ESEMÉNYEK, MODERN IRÁNYELVEKEN ALAPULÓ, KEZELÉSE, TELJESEN MEGVÁLTOZTATTA A HÁZIORVOSI ELLÁTÁST, BEGYAKOROLT TEAM MUNKÁRA VAN SZÜKSÉG! Akárcsak egy balesetben, hiába a háziorvosi felszereltség egymagában csak éleszteni tud. Annak is csak akkor foghat neki, ha segítséget hívott. Az élesztésnek folyamatosnak kell lennie, már 8 másodperces leállás, végzetes lehet. De a kezelési irányelvek is mások, egy ilyen betegnek otthoni kezelése egyenértékű lenne azzal, ha a háziorvos otthon műtete meg egy vakbelet. Még a múlt században, antibiotikumok előtti korszakban a hashártyagyulladások, akárcsak a tüdőgyulladások halálos kimenetelűek lehettek. Kísérletezni lehet, de jogi következményei egyértelműek.

Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék 2019 --

Prof. Dr. Kalabay László Egyetemi Tanár Kiadva

2019 Sürgősségi betegellátás (Családorvosok, ügyeletes orvosok rezidensek, és asszisztensek számára. írta Dr. Sirák András. Tudományos Munkatárs Lektorok Szerkesztés Prof Dr. Kalabay László Egyetemi Tanár

Dr Szabó János Főorvos SE Családorvosi Tanszék Dr Balogh Zoltán PhD

SE –ETK Ápolástani Tanszék Tanszékvezető, Főiskolai Tanár Dr. Gesztes Éva Gyermek Mentőorvos

Dr Lupkovics Gergely Tüdőgyógyász Főorvos

Dr Zacher Gábor Toxikológus főorvos

NÖVÉR EGYEDŰL – Akut Balszív elégtelenség.

Hirtelen jelentkezik akár percek alatt fulladást halált okozhat. Ellátás nélkül nem szállítható.

Az asthma cardiale nem nehéz diagnózis. Típusos esetben éjszaka jelentkező fulladás! Paroxysmális nocturnális dyspnoe. A szívbetegek nagy része független milyen eredetű ebben a kórképben hal meg. Az asthma cardiale, és az oedema pulmonum ugyan annak kórképnek különböző súlyossági fokozatai. Az összes leírt szívbetegség okozhatja plusz Hypo – sósav mérgezés.) Hyperventilláció – orthopnoe – A beteg ül szürcsölő nehéz légzése van, zihál, szaggatottan köhög, ül, kezeit hátra támasztja, végső esetben habos váladék jelenik meg a szájában, arca hamuszürke, verejtékes, ajak –és akrocyanosis - kék ajka és körmei alatt is kék Fajdalma nincsen ha van Infarktusra kell gondolni. Alacsony vérnyomás rossz prognózisú.

A nővér helyezze, nyugalomba a beteget ne fektesse le, tegye szabaddá ruháit, gombolja ki, üllő felülő helyzetbe hozza a beteget Mérjen pulzust vérnyomást szaturációt

Fújjon 15 percenként Nitromint, Nitrolingual spray –t Ez életmentő lehet. De! ha a beteg vérnyomása nincsen 90 Hgmm alatt 2 puffot azért befújhat - Kössön be Ringer infúziót egy perifériás vénába 20-30 csepp/ percenként

Adjon iv. 2 Ampulla Furosemidet, ha nem talál vénát, akkor IM. – Vagy izomba. Hatása csak 20- 30 perc múlva érvényesül. 90 RR alatt a furosemid CI. . Mert 90 alatt megszűnik a vese vérkeringése.

De infúzió mellett, lehetséges az RR – emelkedés. Ha visszaáll a vese keringés.

A terápia lényege a szív elő és utóterhelésének csökkentése.

Ha a vérnyomása magasabb 180/90 akkor adjon be neki 25 Mg Tensiomint. Amit 30 perc múlva ismételhető.

Ha szpasztikus légzése van VENTOLIN vagy Berodual spray 2-4 puff adható 20 percenként.

Nem szerepel nővér indikációban az Ebrantil - 10 ml sóoldatban kell feloldani, 200/100 Hg/mm felett. 12,5 mg – fél vagy 25 mg 1 ampulla adható be frakcionáltan.

A lényeg az gyors felismerés és Nitromint puff után azonnal hívjon Orvosi segítséget. EKG –t, csak ellátás után szabad csinálni.

Maradjon a beteg mellet, hogy 15- 20 percenként Nitromint spray puffot fújjon be.

Rögzítse írásban az elvégzett méréseket és tevékenységet

Írja fel a beteg adatait Név. TAJ. szám stb.

Orvosi kísérettel szállítható kardiológiai őrzőbe.

Nyugtassa meg a beteg környezetét, és magyarázza meg a korházi kezelés fontosságát.

Akut coronaria szindróma

Magyarországon leggyakoribb 40-70 éves kór között. Lényegük a koszorúerek elzáródása amely átmeneti, vagy végleges szívizompuztulással jár.

ACS – halálozás a legnagyobb keletkezése pillanatában, attól kezdve az idővel, négyzetes arányban csökken. Azért van a területen hirtelen halál, végzetes kimenetelű szívritmus zavarok miatt. Az elektromos instabilitás miatt a kialakulásakor a kis infarktusból éppen úgy lehet meghalni, mint a nagy kiterjedésű infarktusból. Veszélyes az R a T – on jelenség. Korboncolás igazolja az ACS – okot. Az STEMI – ST elevációval járó ACS – NSTEMI – Non – Stemi – ST eleváció nélküli – ACS. Az - IAP – Instabil angina pectoris. Ma az invazív kezelés által, a kórházi kezelés legfeljebb csak pár napos. Ma 60- 90 percben érhető el egy – egy invazív centrum. A harmadfokú AV- blokk esetén helyszíni PM – igényel.

Típusos a hirtelen jelentkező mellkasi fájdalom. Amely légzéssel nem függ össze szorító jellegű, légszomj kísérelheti. Általában állkapocsba, bal vállba karba alsó molláris fogakba vagy gyomor tájékra sugárzik. Van hogy beteg csak a kisugárzási helyen érez fájdalmat 10-20% - ban nincs fájdalom Silent ischemia. EKG – Troponin teszt. A Troponin T, I 4-8 ÓRA UTÁN A CKMB - 48 óra után lesz pozitív. Gyakran kísérel vegetatív tünetek, verejtékezés hányás hányinger, általában 40 év feletti férfi, Menopauzás nő. De fiatal sportolóknál, szerektől elektromos instabilitás léphet fel, kamrafibrillációval.. Figyelembe kell vegyük a nemet kort, az összes hajlamosító tényezőt, CV – rizikó faktorokat, anyagcsere betegségeket, immun, rákos betegségeket, familiáris halmozódást, alul kezelt hypothyreozist stressz hatást

Ami fontos a vérnyomás amplitúdó beszűkülésé emelkedik a diasztolés, de nem követi a systolés nyomás érték – 160/110 – Az EKG – sorsdöntő. Nagyon oda kell figyelni az Instabil Angina Pectoris – ra

Ha először jelentkezik

Ha nyugalomban jelentkezik, nem terhelésre

Ha erősödő jellegű (crescendo)

Ha megváltozott eddigi jellege, időtartalma szerint, vagy helye, a fájdalom kisugárzási helye

Ha lezajlott infarktus, vagy szívműtét, PCI után jelentkezik.

A stabil Angina Pectorist angina mentessé kell tenni PCI CABG műtéttel.

TRANZTELEFOIKUS EKG – TTEKG - .

NŐVÉR EGYEDŰL

Helyezze nyugalomba a beteget, fektesse le kissé megemelt felsőtesttel, szoros ruházatát oldja meg ne engedje feleslegesen mozogni a beteget.

Mérjen vérnyomást pulzust szaturációt

Fújjon folyamatosan a beteg szájába Nitromint, Nitrolingual spray-t 15-20 percenként 2 puff. 3 puff . Ha vérnyomása alacsony 90 alatt csak egyszer alkalmazzuk.

Adjon szájon át 280 Mg aszpirint, 80 – Mg Szimvasztatint

Vagy 4 tabl Clopidrogélt, plusz 80 Mg Szimvasztatint.

Biztosítson vénát, kössön be Ringer infúziót 20- 30 csepp percszámmal

Hívja mentőket tájékoztassa orvosát, orvosi ügyeletet

Mentőknek jelezze nővér, és orvos távollétében intézkedik.

Saját orvosa utasítására egyéb gyógyszereket is beadhat

Kerülje az IM – INTRAMUSZKULÁRIS INJEKCIÓK BEADÁSÁT-
VÉRZÉSI VESZÉLY AZ INFARKTUS KEZZELÉSÉBEN
ALKALMAZOTT VÉRHIGÍTÓK MIATT. A területi kórházban is
csak 5000 E - HEPARINT lehet beadni--

Rögzítse a mért adatokat, az elvégzett tevékenységet, az általa ismert allergiát, egyéb ismert betegségeket esetleges folyamatosan adott gyógyszereket.

Küldje meg a beteg adatait név TAJ. számstb.

Ha keringés leállást észlel miután értesíti a mentőket azonnal kezdje el a BLS élesztést.

Magas vérnyomás

Hipertenzív sürgősségi állapot vagy krízis, ha célszervkárosodásra utaló tünete van. Lehet életveszélyes emergency és fenyegető urgency

A súlyosság jobban függ a kialakulás gyorsaságától, mint a mért érték nagyságától.

A legtöbb Aorta dissectió háttérében RR – kiugrás áll.

Mindenféleképpen azonnali beavatkozást igényel egy bizonyos érték felett, mert akkor is kritikus lehet, ha semmilyen szervi panasza nincsen.

Legveszélyesebb ha hirtelen alakul ki, egészséges fiatalnál, toxaemiás gravidánál, vagy akut vese elégtelenségben, fagyálló mérgezésben!

Lehet panaszmentes. Leggyakoribb panaszok, fejfájás, fülzúgás, szédülés, zavartság, látászavar, alvászavar, mellkasi fájdalom fulladás érzés, szikralátás, agyi - vazoregulációs zavarok, vagy koronária-perfúziós zavarok miatt. Nem az agyvérzés a gyakoribb, hanem az akut koronária szindróma. Angina Pectoris, Akut Balszív – fél elégtelenség amely kezeletlen halálhoz vezethet. Az agyi sztróke esetében a precapiláris sphincterek zárnak túl szorosra ne arasszá el az agyat a magasvérnyomású vér, a túl hosszú ideig tartó zárás, mögöttes agyi ischémiát, és agyi oedemát okoz, hipertenzív encephalopáthiához vezetnek – nincsenek góc tünetei. . Veszélyes a hirtelen vérnyomás csökkentés amikor a sfinkter előtt hirtelen leesik a vérnyomás elejtjük, nem egyenletesen csökken a sfinktér tonúsa, emiatt csak nagyon kevés vér megy át rajta, alacsony nyomáson, emiatt elhal az agyi szövet emollició jön létre agyoedemával. Átlag az első 4 órában 10-15% -al csökkentjük a vérnyomást. A másik esetben amikor a sfinkterek ellenállása felmondja a szolgálatot, a nagy nyomáson érkező vér elárasztja az agyat. Rhexis-t – vérzéses elhalást okoz. Súlyosabb az ischémiánál, ebben esetben sem ajánlott a túl gyors vérnyomás csökkentés mert vazospazmust okoz. Még több terület hal el! Lokális tünetek bénulások parezisek, plégia, agyidegek érző mozgóköri funkció elvesztései már állomány pusztulásra utalnak.. Nem lehet tudni hogy

reverzibilis folyamatról van szó TIA - vagy bekövetkezett az emollició, amely definitív irreverzibilis károsodás.

Mérésnél 10 perc pihenés után ülve történjen, érdemes, mindkét karon, ha Coarctáció Aortae –t keresünk akkor a két lábon is vagy érszűkület keresésnél Boka –kar indexet - 1,2 – Ismételt vizsgálat 30 perc múlva.

NÖVÉR EGYEDŰL

Helyezze kényelembe a beteget nyugtassa meg

Mérjen vérnyomást

Gyors vizsgálat után értesítse háziorvosát

Adjon 25- 30 percenként 1x1 Tensiomin 25 mg tablettát, nem kell szétrágni

Első alkalommal adjon be a Tensiomin- el 0,25 mg frontin, vagy xanax tablettát

A gyógyszer bevételt követően 25- 30 percenként kontrollálja a vérnyomást.

A Tensiomint maximum három alkalommal adhatja be kérjen orvosától további utasításokat

Kérdezze betegét mellkasi fájdalomról, szikralátásról, kettős látásról, fulladásról szédülésről, látászavarokról, ha nem észlel bénulásokat

Az elvégzett tevékenységet a beadott gyógyszereket, adagolás módját jegyezze fel

Feladata a további beteg megfigyelése állapota megfigyelése, nem várt események felismerése, elhárítása.

Fontos a beteg hozzátartozó megnyugtatója, pszichés vezetése

Ha az orvos egy órán belül nemérhető el, és vagy más tüneteket is észlel, a magas RR – mellett Mentőkkel hospitalizálja a beteget.

STROKE

– MAGASVÉRNYOMÁS - 85% - ban ischémiás, 15% állományvérzés rhexis

Carotis Stenozis 70- 80% - os szűkületnél. Ér felett surranás, surranó hang. IMT – mérésnél nem a méret számít hanem a plak felszíne ha egyenetlen nagy baj lehet. Artériális emboliát okozhat.

Agyi embólia 14% - ban pitvarfibrilláció, vénás embólia, artériás plakk ruptura, immunoglobulin komplexek, rákos megbetegedéseknél.

Fejfájás, féloldali bénulás, beszédzavar apházia, egyensúlyzavar látászavar, eszméletzavar.

CINCINNATI SCORE

Az egyik száj zug elmaradása arc aszimmetria

Számoljon el egyesével egytől tízig vagy egyszerű szöveg elmondása Felemelt és felfelé tartott tenyér megtartása 10 másodpercig becsukott szemmel

Ha hirtelen alakul ki és az egyik koros 72% a stroke esélye

Ha mindhárom vizsgálat pozitív 90% a stroke valószínűsége.

A stroke gyanús beteget azonnal mentővel szállítsuk el. 3 órás időablak áll rendelkezésünkre.

NŐVÉR EGYEDŰL

Helyezze a beteget kényelembe felülő helyzetbe ruháját lazítsa meg

Mérjen pulzust szaturációt vércukrot vérnyomást

Eszméletlen betegnél helyezze stabil oldalfekvésbe vagy biztosítsa légútjait vagy áll felemeléssel, fej hátra hajtással

Értesítse saját ügyeletes orvosát a mentőket

Kössön be Ringer infúziót 20/min csepp számmal

220/120 vérnyomásnál, nyelni tudó betegnél adjon 1x1 Tensiomin tablettát

Ezt követően feladata a beteg további megfigyelése, feljegyzése, nem várt események felismerése elhárítása

Fontos a beteg hozzátartozó megnyugtató pszichés vezetése.

Rögzítse írásban a mért paramétereket, az elvégzett tevékenységet az alkalmazott terápiát, a beadott gyógyszereket, az adagolás módját.

Írja össze a beteg korelőzményét szedett gyógyszereit TAJ számát

Hospitalizálja a beteget a mentők segítségével- Stroke centrumba

Jelezze nővér, és háziorvosa távollétében kér segítséget

A SZÁLLÍTÁS ALATT OXIGÉN ADÁST KÉRJEN 5-10 L PERC.

A többi betegségekben átlag 6 L perc COPD – 2 l PERC EZ ESETBEN 10L PERC. TÜDŐEMBOLIA 12-15 L PERC.

TÜDŐEMBOLIA

Gyakran előfordul nem egy embolus sodródik a tüdőbe, ha széttöredezik mikroembolizációt okoz

Jellegzetes a mélyvénák trombózisa a lábon.

Műtétek után, gipszrögzítés alatt, fogamzásgátló szedés hosszas ágyhoz kötöttség, szteroid kezelések, kemoterápia, daganatos, és immunbetegségek, Nagyobb tüdőér elzáródása esetén a klinikai halál azonnal be áll.

Hirtelen fulladás, cianózis arcon nyakon, légzéssel összefüggő szögező fájdalom, nem magyarázható szívdobogás, tachykardia, Klinikai halál esetén azonnali újra élesztés.

Fontos megjegyezni Hepariben injekció 1ml – 5000 E. – 1ML

Vagy Fragmin 0,2ml – 5000 e. im. Vagy Clexane 0.8 ml vagy Fraxiparine 0,6 ml im.

Korházban TERÁPIÁS LMWH 2X 15- 20,000 E. ILYEN ADAGBAN AZ LMWH – TROMBOLITIKUS HATÁSÚ.

NŐVÉR EGYEDŰL

Fektesse le a beteget felemelt felső testtel ne engedje mozogni, mozgatni

Mérje meg a vitális paramétereit

HÍVJA MENTŐKET, NE HAGYJA MAGÁRA A BETEGET

Orvos telefonos utasításra kössön be Ringer oldatot.

Adjon a hasfal bőr alá 5000 E LMWH heparint - Vagy Fragmin 0,2ml – 5000 e. im. Vagy Clexane 0.8 ml vagy Fraxiparine 0,6 ml im.

Ezt követően feladata a beteg további megfigyelése, feljegyzése, nem várt események felismerése elhárítása

Ha keringésleállást észlel azonnal kezdjen BLS –t

Az Asthmás rohamot expiratorrikus dyspnoe uralja. Legsúlyosabb formája a néma tüdő a beteg eszméleténél van kontaktusképes, de a tüdő felett nincs légzési hang. Ha zavart lesz, azt jelenti életveszélyes állapotba került. Tehát a bronchus görcs miatt nem megy át annyi levegő, ami hallható legyen. A közepesen súlyos mondatokban beszél, ül, nem fekszik, nyugodt, légzés szám 30 alatt van, pulzusa 100-120/min. A súlyos beteg csak szavakban beszél, előre görnyedten ül, nyugtalan 30 feletti a légzés szám, 120 feletti pulzusa, sat 90% alatt még működnek a légzés segéd izmok.

Életveszélyben ha Néma tüdő, de már zavart a tudat, vagy eszméletlen.

A nővér általában tudja, ismeri, hogy Asthmás a beteg

Fontos felismerje az asthmás rohamot

A felismerés után kérjen telefonon orvosától tanácsot.

Próbálkozzon béta mimetikus Ventolin spray –el

Mély belégzés elején fújjon 2 puffot a beteg szájába. A beteg tartsa vissza ameddig lehet. Ha nincsen hatása, ismételje 5- 10 perc után. Napi 8 adagnál többet ne adjon.

Kössön be Ringer infúziót 30 csepp/perc

Orvosi utasításra adhat steroid tartalmú gyógyszert az infúzió szereléken keresztül - 125 mg Solu – Medrol hatás 30 perc után várható

Orvosi utasítás nélkül ne adjon

Intézkedjen a mentők értesítéséről

Írja, össze milyen gyógyszereket szed a beteg.

Az elvégzett tevékenységet, beadott gyógyszereket az adagolás módját jegyezze fel.

Ezt követően feladata a beteg állapotának további megfigyelése, feljegyzése további nem várt esemény felismerése.

. Anaphylaxiás shockban – 1 ampulla Tonogént 9 ml fiziológiás sóoldatban öldünk fel. 10 ml – 10 mg Adrenalint tartalmaz Ebből iv – 1-2 ml. (0,1- 0,2 mg) 10- 20 percenként ismételt tartós javulásig.

Gyomorvérzés - végső esetben nyombélfekély.

Magyarországon 1200 ember hal meg évente gyomorvérzésben.

Fekély amely vérzik és perforál. Intenzív fájdalom, időseknél kevésbé, kávéaljszerű színű hányás, szurokfekete széklet. Mégsem határozzák meg a vérzés mennyiségét! Az instabil állapot vérzési sokra utalhat hasi katasztrófa tünetekkel.

Ritka hogy nincs defense tünet, továbbá eltűnik a máj tompulat. ha a perforációt nem fedi be az omentum egy része.

Nővér egyedül

Próbálja meg felismerni a kórképet Általában nem nehéz.

Fektesse le a beteget, ne engedje fölöslegesen mozogni, Mérje meg a beteg pulzusát vérnyomását a szaturációt.

Értesítse saját háziorvosa/ügyeletes orvosát. és a Mentőket!

Adjon im Algopyrin No- Spa injekciót 1-2 amp A gyógyszer beadása szabályait betartva.

Kössön be Ringer infúziót 500 ml 20 csepp perc.

Az elvégzett tevékenységet, beadott gyógyszereket, az adagolás módját, jegyezze fel, az ápolási naplóba.

A perforáció ritkán okoz vérzéses sokkot, de a nyelőcső repedés ha nagyobb ér reped akkor igen Mallory Weiss syndroma, gyakori hányással, amely ugyancsak kávéaljszínű.

Várja meg a Mentőket. A beteget sürgősségi osztályra küldje.

Acut hasi fájdalom!

A gyomor perforáció is az gyakori akut hasi fájdalomhoz tartozik.

Ne feledjük, hogy sérülés is állhat a hasi fájdalom mögött, külsérelmi nyomok nélkül, léruptura, vérzési sokkal, fekvve normális vérnyomással, feállva azonnal leesik vérnyomása, állva ülve elájul, lefekve magához tér, és még jobban emelkedik a pulzusa is, Schellong tünet, hasonlóan lép – máj nagyobbodást okozó betegségekben, gyakori a spontán léruptura, de nőgyógyászati betegségek is. Vakbélgyulladás, kizárt sérv, a beteg pontosan emlékszik keletkezése időpontjára, idetartoznak a vesekő, uréter kő, epegörcs, epekőbetegség, cholecystitis acuta, amely perforálhat, ezért minél hamarabb LC – laparoscopos cholecystectomy javasolt, pancreatitis acuta, diverticulitis acuta, ileus bélelzárodás, ha sérv, tumor zárja el, vagy adhézió vagy vastagélbe perforált epekő, ha leáll akkor mechanikus illeus, ha le áll a bélműködés akkor paralitikus illeus, mind sürgősen kórházba küldendők gyanú esetén. Akár a hasi aorta dissectiot vérzési sokkal, felső végtagon tapintható pulzussal lábfejen alig. idős korban mesenterialis thrombózist, ha egy nőnél elmarad a menstruáció, és vérzéses sokk képe, akkor Graviditas extrauterina, más kórképek is akár címszavakban felsorolva abscessus subphrenicus, abscessus lienis, petefészek kocsány csavaródás, a hasüreg számtalan daganata, hasnyálmirigy vastagbél rák, vékonybél malignus tumorai, néha akut vérzést, vagy illeust okoznak.

Vagy gyerekeknél, acetonaemia, amit hányás okoz, ha nem tud inni kórházba kell küldeni, gyakori a kizáródott sérv invagináció, Tehát gyerekeknél komolyan kell venni a hányást!

Nővér egyedül nincs könnyű esetben, az akut hasi betegségek felismerésében, gondolnia kell a felsorolt betegségekre.

Kérdezze ki alaposan a beteget nyugtassa meg a hozzátartozóit, a beteget helyezze nyugalomba fektesse le.

Telefonon tájékoztassa saját ügyeletes/háziorvosát ,annak utasításait kövesse Hívja a mentőket jelezze hogy nővér, és háziorsosa távollétében intézkedik A Mentő megérkezéséig ne hagyja el a helyszint.

Mérje meg a vitális paramétereiket, pulzus vérnyomás, saturáció.

Akut hasi betegségben, orvosi utasításra adjon, egyszerű fájdalomcsillapító injekciót, Algopyrin – No – Spa.

Ha nincsen infekció vérzéses sokk vesekő epegörcs esetén iv is adhatja. Vesekő esetén vizelet teszt csík hematuriát mutat ki. Általában vesekő esetén nem szükséges kórházi felvétel. csak ha várandós lázas, egy veséje van, ha oliguria anuria alakul ki, ha a roham nem múlik szokványos görcsoldókra. Urológia osztályra szállítás szükséges.

Epegörcs esetén, ha fennál mély belégzésben, a telt epehólyag akkor, hydrops vesicae, kórházi felvétel szükséges, akár ha fennál az mechanikus icterus. Belgyógyászati osztályra szállítás.

Az elvégzett tevékenységet, a beadott gyógyszereket, az adagolás módját, jegyezze fel az ápolási dokumentációban, Ezt követően feladata, a beteg állapotának, további, megfigyelése feljegyzése, Továbbá a nem várt események, felismerése elhárítása.

Fontos a beteg hozzátartozó megnyugtatása, pszichés vezetése.

Figyeljen oda a beteg ne igyon ne egyen semmit.

Oesophagus varix Ruptura

Májbetegeknél, májzsugorodásban!

Hirtelen friss vér hányása percek alatt elvérzéses halált okozhat. Fordítsuk fejét oldalra ha hány, az aszpiráció kivédése céljából! 10-15 percenként kell pulzust vérnyomást mérni. (Azonnali Volumen potlást igényel) Blakemore Sengstaken szondát csak orvos használhat!

De lehet hogy csak kávéalj színű hányadékot hány. Csak több óra után jelenhet meg a szurok fekete színű széklet.

Az oki terápia a vérző varix gastroscopon át történő ellátása, Aetoxysclerol infiltrációval!

Nővér egyedül Ha egyedül talál egy ilyen beteget.

Ismerje fel a szituációt

Ebben sokat segít hogy általában a nővér ismeri a betegeket, tudja ki szenved, májzsugorodásban, kinél várható esemény.

Helyezze nyugalomba a beteget, fektesse le, egyik oldalára.

Mérje meg a vitális paramétereket pulzs vérnyomás szaturáció

Értesítse a Mentőket, saját házi/ ügyeletes orvosát.

Biztosítson vénát kanüllel. Kössön be Ringer infúziót perifériás vénába.

Súlyos kivérzés esetében, párhuzamosan két vénába egyszerre, más szert ne használjon!

Ezt követően feladata, a beteg állapotának, további megfigyelése, feljegyzése, a nem várt esemény felismerése, elhárítása. Kommunikáció mentőorvos, ügyeletes/háziorvos. Ha súlyos vérzési sokkot észlel, jelezze, helikopteren érkező vérrel, azonnali vértranszfúzió lehetséges.

Az elvégzett tevékenységeket a beadott gyógyszereket, ha kéri az adagolás módját jegyezze fel az ápolási naplóba.

Fontos a beteg, hozzátartozó, megnyugtató, pszichés vezetése.

Küldje kórházba a beteget mentőkocsival, endoszkópos ügyeletre. Kérni kell!

Nem ritkák a hasúri belső vérzések, oldalt hanyat fektetve a beteget változik a tompulat. Lásd extrauterin graviditást, lép, máj, rupturát, Aorta dissectiot

De a mellkas nagyereinek a sérülése, mellkasból kifolyó vér, vagy a az esetek nagy részében halálos szívtamponád is vérzésses sokkos állapotot okoz. ahol törekedni kell, a vérzés lehetőség szerinti megszüntetésére, másrészt pótolni kell az elveszett vért plazmamennyiséget.

Nehéz helyzet ha a nővér egyidül, kell hogy felismerje, és elláson egy belső vérzést. Sokat könnyít ha a vérzés a gastrointestinális tractusba történik. A megjelent Melena, és/vagy haematemezis felismerése, nem tartozik, a diagnosztikai alkotáshoz csak gondolni kell mi okozhatja. Mit tegyen a nővér?

Fektesse le ne engedje mozogni/mozgatni.

Mérje meg a vitális paramétereket pulzus vérnyomás, saturáció

Biztosítson vénát, kanüllel, az infúzió beadásánál leírt módon, sokkos állapotban két perifériás vénába. Kössön be Ringert.

Értesítse a Mentőket, és saját, házi/ügyeletes orvosát, nem várt esemény felismerése, elhárítása inni.

Az elvégzett tevékenységeket a beadott gyógyszereket, ha kéri az adagolás módját jegyezze fel az ápolási naplóba

Ezt követően feladata, a beteg állapotának, további megfigyelése, feljegyzése, további nem várt események felismerése elhárítása, utasítás kérés.

, , Fontos a beteg hozzátartozó megnyugtatása, pszichés vezetése.

Hospitalizálja a beteget. Vérzési sokk esetén rohamkocsival, ha kell helikopter kérés. Írja össze az összes általa ismert, vérzést okozó körülményt. Ha vérhígítót, véralvadásgátlót szed, vagy TAG alatt áll, ha NSAID reuma ellenes gyulladáscsökkentőket szed, akár aszpirint. Vérnyomáscsökkentő gyógyszereket, beta blokkolókat, alfa receptorra ható gyógyszereket, pszichiátriai gyógyszereket, ,

Akut végtagi verőérelzáródás

A trombózis vagy helyben keletkezik dohányosoknál, vagy artériás embólia zárja el.

Leggyakrabban a nyak Carotis artériánál, de előfordul láb kar artériáknál.

Az egyik végtag előfordul mindkettő fájdalmassá, fehér színűvé, és hideggé válik.

Fontos a perifériás pulzus tapintása. ADP ATP ha tapintható a bel boka felett az ADP vagy hátul ATP a tibiális, csak attól lejjebb lehet az elzáródás. Lábduzzanat ha van nem nagyfokú – Elhanyagolt esetekben alakul ki a gangréna. Ha mindkét láb hideg felső lovagló embolus van a az artera illaca communis bifurcációjánál.

A szív pitvarfibrillációs betegeknél azért fontos a korrekt antikoguláns kezelés hogy ne alakuljon ki carotis vagy végtagi embólia.

Nővér egyedül

Ismerje fel a kórképet.

Helyezze nyugalomba a beteget, fektesse le, ne engedje fölöslegesen mozogni/mozgatni

Mérje meg a vitális paramétereket

Értesítse telefonon a saját ügyeletes/háziorvosát

Értesítse a mentőket, jelezze, hogy a nővér, és házi orvos, távollétében intézkedik.

Kössön be, Ringer infúziót 20- 30 min cseppszámmal.

Adjon im 5000 E Fragmint előzetes orvosi hozzájárulással saját házi orvos/ ügyeletes mentős orvos.

Fájdalomcsillapításra adjon Algopyrin injekciót 2 amp. iv vagy im.

Különösen óvja a beteg végtagot, a lehűléstől, és mindenféle sérüléstől.

Ha megoldható télen használjon hőtakaró fóliát a láb védelmére.

Ha elvégzi tevékenységét a beadott gyógyszereket, az adagolás módját végezze el az ápolási dokumentációban.

Fontos a beteg/hozzátartozó megnyugtatása, pszichés vezetése.

Akut végtagi visszér – elzáródás

A felületes vénás trombózis oka általában a varicositas

Mélyvénás trombózis és a Pulmonális Embólia

Fájdalmas mozgásban korlátozott zsibbadó, dagadt kékesen elszíneződött végtag. Keringési zavarra utal a Homman tünet, Műszeres

vizsgálata az UH. A PTE diagnózisa a D- Dimer tesz Normál ,05 2 felett egyértelműen trombózisa utaló jel. ,

Nővér egyedül

Legfontosabb a felismerés, különbséget tenni a a mélyvénás és felületes vénák trombózisa között.

A mélyvénás trombózis tudó embólia közvetlen veszélye miatt!

Azonnali Hospitalizációt igényel! A felszínes trombózissal megvárható a következő rendelés.

Mérje meg a vitális paramétereket, és a két oldali láb körfogatát

Mélyvénás trombózis biztos jele a láb fájdalma, duzzanata, az ellenoldalihoz képest. és a pozitív Homman test.

Ha felismerte a mélyvénás trombózist helyezze nyugalomba a beteget, ne engedje feleslegesen mozogni, vízszintesen tartsa.

Hívja a Mentőszolgálatot – 1414 A beteget belgyógyászatra vagy sürgősségi osztályra hoszpitalizálja.

Telefonon értesítse saját házi/ ügyeletes orvosát.

Adjon fájdalomcsillapító injekciót im 1-2 Amp Algopyrin-t enyhébb esetben, cataflam-t vagy 1-2 tabl Algopyrint.allergiára rákérdezve.

Kössön be Ringer infuziót

Adjon IM 5000 E Fragmin inj. –ót előzetes orvosi konzultáció után. Saját házi orvos/ügyeletes orvos mentőorvos

Az elvégzett tevékenységet, a beadott gyógyszereket jegyezze fel ápolási naplójába. ,

Nővér egyedül

MÉRGEZÉSEK

Boros pincébe -2-3 hétig légzőkészülékkel lehet bemenni.

Óvnia kell saját testi épségét. boros pincébe ne menjen le a must forralásakor. Ha gázmérgezésre van gyanú több beteg fekszik egy z

árt helyiségben, ne menjen be. Borospince,, lakásba egyszerre működtetett, para elszívó és gázkazán használat miatt.! kipufogó gázzal teli garázsba. Általában ipari, vagy közlekedési balesetekben keletkezik, klórgáz. Hypo és sósav keveréke! Vagy öngyújtóhajtógáz belégzés, butángáz! Véletlen mérgezések is elfordulnak!

Hogyan jutott be – megette, megitta, belélegezte, , ép bőrön felszívódott, ritka a parentálási mérgezés, saját munkakörében nővér, suicid baleset, parenterális droghasználat után, kígyó, és egyéb méreggel rendelkező állatok során.

Ismerje fel a szituációt, nem könnyű feladat.

Mérje fel a sérültek számát azt jelentse telefonon

Mentőknek, saját házi/ügyeletes orvosának. Azt is jelentse speciális mentésre lesz szüksége. Tűzoltók.

Ha felismeri s mérgezést és biztonsággal hozzáfér, a beteghez mérje fel a vitális paramétereket.

Felismerés!

Ha valaki jó állapotban van egyáltalán nem jelenti azt nincsen életet veszélyeztető állapotban. Ha lehetséges szemmosás, a gyomormosás is abszolút javallat - csak szerves foszforsavészter mérkezés Bi 58, paraquat – Gramoxon, fagyálló etilénlikol, metilalkohol, gombamérgezés. Orvos mentős végzi indikált még altató szereknél.

Ha klinikai halálhoz érkeznek, kezdjen reanimációt Mérgezés gyanúja esetén, ne lélegeztessen szájból szájba,/orrba Ha nincs AMBU ballon csak mellkas kompressziókat végezzen, folyamatosan.

Gondosan figyelje meg környezetét, keressen Bucsú levelet,bucsú SMS-T, gyógyszert, vegyszer maradékot, bizonytalan szagú folyadékot, italüvegben, gyakori sörös üvegben.

Vizsgálja a beteg tudati állapotát, nem kell nagy vizsgálatra gondolni, lényegében azt kell eldönteni, kontaktus képe a beteg.

Súlyosabb állapotú betegnek, kössön be Ringer infúziót.

Várja meg a Mentők megérkezését a helyszínrre. A beteg környezetében talált gyógyszeres üvegeket, gombát, vegyszert küldje el a kórházba.

Az elvégzett tevékenységet, a beadott gyógyszereket, az adagolás módját, jegyezze fel az ápolási dokumentációban. -- .

A reanimációt soha sem lehet elkezdni segítség hívás nélkül!

Balesetek

Légúti idegen test – Erős ütés a két lapocka közt. Heimlich műfogás. Magill féle idegentestfogó, Kocher használata is szóba jöhet, amit csak tud. telefonon keresztül. Vizbe fulladt betegnél alapos száj garat orr légúti tisztítás reanimáció. Csak a sós tengervíz kell leszívni. Lélegeztetés 10-12 víz cm nyomásnál PEP szeletes AMBU ballonnal.

Akasztásnál azonnal le kell vágni, és le kell szedni nyakáról a kötelet. Mi tehet áramütésnél, lépésfeszültség sérülés, lehülés fagyás, hőterhelés, napon, vagy kocsiban felejtett csecsemő esetén?

Az egyedül dolgozó nővér, legfontosabb feladata, hogy felismerje a belgyógyászati balesetek bármelyikét. Nagyon vigyázzon saját környezete épségére, semmiféle bizonytalanságba ne menjen bele.

Ismerje fel a szituációt, mérje fel a sérültek számát, állapotát, azt haladéktalanul jelentse a mentőknek – 1414.

Ha kell a tűzoltóknak De ezt a 1414 megoldja. A rendőrségi segítséget is ha kell. legkevesebb idővesztéssel.

Ha reanimáció szükséges, a kimentés után, haladéktalanul kezdje meg

.

Áramütés utáni klinikai halál esetén defibrilátort is használhat ha rendelkezésére áll!

Értesítse saját ügyeletes háziorvosát.

A sérültek vitális paramétereit mérje meg. Pulzus vérnyomás szaturáció. Az adatokat jegyezze fel!

A Mentők megérkezéséig ne hagyja el a helyszínt.

Helyes ha bármelyik belgyógyászati baleset áldozatának, korház előtt, Ringer infúziót kött be 20- 30 –cseppszámmal

Törekedjen a fizikális hűtésre, illetve melegítésre, a szituációtól függően, amihez képzés nélkül kevesen értenek!

Szükség esetén alkalmazzon nem kábító, fájdalomcsillapítót lázcsillapítót Hűtés – Algopyrin.

Az elvégzet tevékenységet jegyezze fel az ápolási dokumentációban. ,

Égés nővér egyedül

Mielőtt kezdjen erős fizikális hűtést.

Mérje fel az égési terület nagyságát, és fokozatát.

Korházifelvételt, igénylő esetben, a hűtés mellett, kössöb be Ringer Infúziót. Adjon im. Algopyrin injekciót.

csak enyhébb esetben orális fájdalomcsillapított. Gyermekeknél felnőtteknél egyaránt.

A beteget mentővel küldje, be a korházba értesítse telefonon, saját ügyeletes/ házi orvosát.

Kisebb kiterjedésű égések esetén, ha elsőfokú, alkalmazhat, Naksol, Panthenol, spray-t

Bullát ne távolítson el egyedül.

, Fontos a beteg/hozzátartozó megnyugtatása, pszichés vezetése

Ne engedje hogy a népi szokás szerint, olajat, tejfölt, tojásfehérjét tegyenek a sebre.

Az elvégzett tevékenységet, a beadott gyógyszereket, az adagolás módját jegyezze fel az ápolási dokumentációba.

Nővér egyedül!

Baleset esetén

, Mérje fel a sérülés jellegét, a sérülések számát.

Hívja Mentőszolgálatot jelezze pontosan hol a baleset, és hány sérült van, Megérkezésükig ne hagyja el a helyszínt.

Vegyen fel fényvisszaverő mellényt. Ha gépkocsival van, kapcsolja be az elakadás jelzőt. Hagyja bekapcsoltna a motort, és a tompított fényt.

Hívja telefonon, saját, házi/ügyeletes orvosát.

Próbálja a sérülteket ellátni, azokat lehetőleg, mozgassa feleslegesen, Azt se engedje hogy mások, feleslegessen mozgassák a betegeket

A shockos vagy shock, közeli, állapotban levő betegeknek kössön be Ringer infúziót.

Orvosi utasításra alkalmazzon, im. iv. Algopyrin inj. 1-2 amp im. Egyébb fájdalomcsillapítót saját kezdeményezésre ne adjon.

Shockos vagy shock közeli állapotban levő betegeknél, kössön be Ringer infúziót!

Gondosan jegyezze fel a sérültek adatait, az elvégzett tevékenységet a beadott gyógyszereket.

A helyszínt lehetőség szerint, ne változtassa meg.

Adjon im. Algopyrin injekciót.

SBO - Mi számít sürgősségi állapotnak?

Sürgősségi állapotról beszélünk, ha a beteg állapota életveszélyes vagy potenciálisan maradandó károsodást okozhat.

Az alábbiak sürgősségi állapotnak számítanak, ezért ilyen esetekben hívja a 112-t, vagy keresse fel a legközelebbi sürgősségi osztályt:

- tudatzavar (pl. alkoholmérgezés, magas vércukorszint, fejtrauma miatt);
- görcsroham (epilepsziás roham), ami eszméletvesztéssel, a test megfeszülésével, végtagok rángatózásával, nyelvelharapással, esetleg a beteg székletének vagy vizeletének maga alá engedéssel járhat;

- eszméletvesztés (különösen akkor, ha a beteg 50 év feletti, ismert szívbeteg, vagy ha a beteg nem, vagy csak lassan tér magához);
- súlyos hasi fájdalom, mely fájdalom- és görcscsillapító ellenére sem szűnik;
- súlyos hasi fájdalom, melyet hányás, bélmozgások leállása (székrekedés) kísér;
- gyógyszeres terápiával csillapíthatatlan láz;
- hirtelen kezdetű sugárhányás;
- látásvesztés, látászavar (főként, ha mindkét szemet érinti);
- súlyos, akut kezdetű mellkasi fájdalom vagy nehézlégzés;
- kontrollálhatatlan asztmás roham;
- kiugróan magas vérnyomás (180/120 Hgmm fölött);
- kifejezett, csillapíthatatlan, ütésszerű, tarkótáji fejfájás (különösen, ha magas lázzal, hányással, szédüléssel, látászavarral, beszédzavarral, féloldali gyengeséggel vagy zsibbadással társul);
- hirtelen kezdetű, erőteljes szédülés;
- hirtelen hallásvesztés;
- szívinfarktus tünetei (pl. újonnan jelentkező, nyugalomra nem szűnő, szűró, esetleg állba, bal váll vagy kar felé sugárzó mellkasi fájdalom, verejtékezés, halálfélelem);
- szívritmuszavarok;
- stroke tünetei (hirtelen kezdettel elkentté váló beszéd, beszédértési zavar, újonnan kialakult arc aszimmetria, szájzug elhúzódomása vagy száj körüli zsibbadás, zavartság, féloldali végtaggyengeség (pl. kar), bénulás, végtagi zsibbadás vagy

érezszavar, kettős- vagy homályoslátás, egyensúlyzavar, ütésszerű, tarkótáji fejfájás);

- hirtelen jelentkező egyoldali (általában alsó) végtagi fájdalom, duzzanat, melegség;
- súlyos allergiás reakció (nehézlégzés, verejtékezés, ajak-, nyelvduzzadás, duzzadás az arcon);
- közepes és súlyos égési sérülés;
- tüzeset áldozataként, amennyiben füst, korom belégzése történt, vagy hőártalom érte a légutakat);
- mérgezés (sav-, lúgmérgezés, gyógyszer, növényvédőszer, állati méreg, gomba, ablakmosó folyadék);
- nyílt csonttörés, amennyiben a törött csontvég átszúrja a bőrfelszínt;
- mély vágott- vagy lőtt sérülések;
- súlyos fej-, nyak- vagy hát-/gerincsérülés;
- közlekedési baleset sérültjeként;
- állatharapás sértettjeként;
- hőártalom, hóguta;
- áramütést követően;
- gyorsan romló általános állapot.

Fontos! Ha nem áll fenn egészségügyi vészhelyzet, a háziorvosi ellátást szükséges igénybe venni. Amikor valaki halasztható problémával keresi fel a sürgősségi osztályt, azzal más, esetleg vészhelyzetben lévő betegtől vehet el értékes percekét és erőforrásokat!

Halasztható problémával (pl. receptírás, hetek óta fennálló panaszok) a háziorvosi rendelőt, rendelési időben szükséges felkeresni.

Amennyiben állapota 24 órán belül ellátást igényel, úgy a háziorvosi ügyelet segítségét kérheti. Ilyen panaszokról, állapotokról és helyzetekről külön cikkben olvashat:

Magasvérnyomásos betegség anyagcsere betegségek érlemeszesedés.

ATEROSZKLEROZIS – KOLESZTERIN – ANYAGCSEREBETEGSÉGEK

Ateroszklerózis --Endothel disfunkció.. növelheti az aldosteron szintet és a magas vérnyomást RR. 11000 beteget evacetrapibbal kezeltek biológiai gyógyszer. Nem jött be.

Cukorbetegség - GLP – peptid károsodást az Insulin hatás csökkenést már 13 éves korban észlelni lehet!

METFORMIN – CUKORBETEGSÉG -

Metformin nefroprotektív hatása, acetyl Co A enzim hatását fokozza, az ATP KÉPZŐDÉST,

MÉRSÉKLI A REAKTÍV OXIGÉN SZTRESZT,
CSÖKKENTI A TRANSZFORMÁLÓ NÖVEKEDÉSI FAKTORT -,
b – angiotensin – II -BŐL az aldosteron gén expresszióját, fibrosis kialakulását, növeli az albuminuria mértékét, PAI -I csökkentsét okozz! Érfal – Célszervek káros elváltozásait lassítja!

FAMILIÁRIS HPERKOLESZTERINAEMIA 2/3 LDL mutáció, 5% -
ban Apo-B 1% - ban - PCRSK mutáció!

Koleszterin – genetikai mutációk- FH - Familiáris hypercholesterinaemia—Egy betegről tudunk, de ezt a betegséget keresni kell.

Magyarországon átlag 20.000 beteg van (15 – 30.000), az egész világban 15 milliárd beteg közül csak, 10% diagnosztizált! Ha tízszer nagyobb valakinek a Koleszterin szintje 10X LDL – HOMOZIGOTA FH. 10-12 MMOL/MMOL/L

HA HETEROZIGOTA -FH - akkor csak kétszerese - háromszorosa a normális értéknek! / LDL 2 -3X . Előfordulása – 1/200-600 a HO -FH – nak A heterozigóták előfordulása 1./1.000.000. Ritkább.

Magyarországon összesen - 17- 50.000 BETEG VAN! .

Férfiaknál - 48X – szor Nőknél - 125X növeli CV mortalitás előfordulását! Már 13 ÉVES -korban jelentkeznek az tünetek.

SUPRA AORTIKUS STENOZIST okozhat a KOLESZTERIN LERAKODÁS! A Homozigota -FH betegekénél!.

LDL-C terhelés fogalma! ISZB okozó határértéke! 160 mmol/l Fam HP - mentesek 55 év korban érik el ezt a határt ! A kezeletlen FH – 35 éves korban! Ha 18 évtől indokolt a kezelés akkor – 48 évesen éri el a határt. Kezeletlen nő CV - halálozás Nőknél 50 év alatt férfiaknál 60 év alatt! Tünetek a Szembogár szürkés gyűrűje! Az -Achiles IN – megvastagodása! A - 10 éves kór vízváltó – 8-10 éves korban az LDL 4mmol/l alatt kell hogy legyen! 10 év felett 3,5 mmol/l alatti. 18 éves kor előtt – Dietás tanácsadás! 8Mmol/l TG emelkedés nélkül! LDL-CH 8 – MMOL/L + 1 CV RIZIKÓ

Akárhogy is számolnám 50 év felett 976 veszélyeztetett betegünk van kardiovaszkuláris rizikó miatt. Ezek közül a 334 nő jelenleg a legveszélyezettebbek. Ennek a 976 betegnek a fele már primer szekunder, tertier prevencióban részesül, magasvérnyomásos betegség, anyagcsere betegség, vagy agyi szívérendszeri betegségek miatt. A háziiorvosi gyakorlatban ESC – alapján tekintettel az életkor előrehaladottáál szaporodó kardiovaszkuláris rizikók számának a növekedésre, az egyre szaporodó társbetegségek miatt az kardiovaszkuláris szűrés nem csak a már meglévő és ismert betegekénél szükséges, hanem az életkortól független tünetmentes egyénekénél is, főleg pozitív családi anamnézis esetében, 5 évente ismétlendő, ez érvényes lenne az tünetmentes 50 év feletti nőknél, és a 40 év feletti férfiaknál!

Hibák – az alkalmazott SCORE rendszerek, nem, életkor, dohányzás, életvitel, őszkoleszterin, illetve HDL -koleszterin alapján csak az 10 évre várható kardiovaszkuláris mortalitás becsli, a non fatális rizikót pedig nem! Új lehetőség a fiatalabb kórosztály esetében a relatív rizikó becslése, és a rizikó kor meghatározása! A korai Kardiovaszkuláris halálozás (CVC) az érelmeszesedés - 10 éven belül több mint 5% - al növeli a kardiovaszkuláris mortalitást! Jelenleg számunkra még az IMT arány elég fontos! KEZELÉSEK - A Magyarországi kezelések! Változtak az zsírszintek és vérnyomás célértékei is! Továbbra is természetes hogy a lipid anyagcsere kezelés célja az emelkedett LDL – C szint csökkentése, IA indikáció, az emelkedett őszkoleszterin szint csökkentése IIA indikáció, akkor érvényes ha az LDL -C szint nem mérhető. Az Non HDL -C az Apo – B szint kezelése BII továbbra is másodlagos indikáció maradt, ha van olyan intézmény ahol mérhető, A HDL -C és az ApoA/Apo B és a NON - HDL- C /HDL-C arány IIIA indikáció továbbra sem kezelendő! A korai kardiovaszkuláris halálozás miatt fontos lett vagyis, 2016 – óta fontos lett a lipoprotein (a)– szint mérése! Lp(a) eddig csak a magas rizikójú betegeknél vagy pozitív családi anamnézis esetében volt fontos, legújabban fontos szerepet kapott a korai kardiovaszkuláris betegségek szűrésében, felfedi a familiáris hypercholesterinemiát, a korai Kardiovaszkuláris betegségekben, vagy ha a családi anamnézisben emelkedett lipoprotein (a) nő a korai halálozás, vagy ha optimális kezelés alatt visszatér a korai kardiovaszkuláris betegség! (CVD)

A Nagyon Magas Rizikójú betegeknél ajánlatos lenne az LDL- C 1,8 MMOL/L alatti szint! Vagy az eredeti értéknek 50% - os csökkentése! IA – indikáció! De csak akkor 50% - os ha 1.8 – 3,5 mmol/l tartományban van!

A Magas Rizikójú csoportban LDL- C célértéke 2,5 mmol/l alatti IA – indikáció 50% csökkenés csak akkor fogadható el, ha 2,6- 5,1 mmol/l tartományban van!

A Közepes Rizikójú csoportban a cél kisebb mint 3 mmol/l

A kezelésben STATINOK – mindig a legnagyobb dózisban!

A 334 – nőnél a csontritkulás diagnózisa és kezelése. A nem diagnosztizált betegeknél, jelenik meg 70 év felet, az súlyos térd vagy csípő ízületi kopás. . Ízületi deformitással igazolható akárcsak a nőknél, ezeknek az ízületi panaszoknak csak 1% -a várólistás. És mind CV betegségek miatt állnak kezelés alatt. A 30-50 éves korosztálynál, 770 beteg – évente úgy terhelésre jelentkező lumbális gerinc fájdalom észlelhető. ezek közül 1 nő beteg is van. Csak azokat számoltuk akiknek RTG vizsgálat is volt, és annak alapján, számuk sokkal több, de egy légúti fertőzés átírja a diagnózist. Majdnem az összeset, a tüdőgondozóba járókat is mert hozzánk felső, alsó légúti fertőzéssel jelentkezik mind az asztmás mind a COPD – es beteg, akiknek kezeléseik jól vannak beállítva. A légúti fertőzések teljes egészében megváltoztatják, statisztikai adatainkat. Folyamatosak! Mindenben megtévesztenek minket számolásainkban. Szerencse ismerjük betegeinket! Statisztikánkban sokat segít a korcsoport rizikó becslés szerinti analízis. Nem tévedhettünk, mivelhogy várólisták vannak, szakorvos eljutásáig vállaljuk kezelését. Sokat segít EKG készülékünk, kezünkben a legnagyobb ágyú! Nélküle elképzelhetetlen, mind a kezelés, mind a beteg követése. Mivelhogy nagyon sok fiatal rezidens orvos dolgozik oktatás céljából, az EKG teljes kielemezésével küldjük a beteget további kivizsgálásokra hogy tanuljanak! Tudjuk használni, a maximumig! Tudjuk kezelni vele betegeinket, nagy segítség. Már kértem nővér növendéket, orvosnövendéket, mindent, nem jönnek. Tavaly nem volt gerincsérv műtétünk. Elég hatékonyak a reumatológiai kezelések. Ezek a panaszok általában nehéz fizikai munka végzés után jelentkeznek. Egyetlenegy negyvenes korosztályú betegünk van akinek csípő műtetre lenne szüksége. Rákos betegeink száma az idén nőt eggyel, tavaly egy halálesetről rákos megbetegedés miatt. Ezek közé vannak azok is besorolva akik műtét kezelés után 5 évet túléltek, de rákos megbetegedés miatt kezelték vagy műtötték őket. Ezek a betegek is elkerülnek minket. Vagy csak felső légúti panasz miatt keresnek fel.

Szűrés hatáskörének emelése fiataloknál. Megtagadják! Sietnek!
Dolgoznak! - MAGÁNORVOSHOZ- KLINIKÁRA JÁRNAK!
MEGDÖBBENTEM NEM BÍZNAK BENNEM NEM FOGADJÁK
EL TANÁCSAIM- LEHET ÉN VAGYOK HIBÁS MERT DIREKT
MÓDON JELENTEM KI A VÁRHATÓ ELKERÜLHETETLEN

ÁLLAPOT ROSSZABBODÁST! A BECSLÉST RITKÁN TÉVEDTEM!

Zámolyi Károly professzor véleménye szerint a HOLTER – Nem háziiorvosi feladatkör. Igaza van! Leállított. Meghaladja a háziiorvosi feladatkört!

A hirtelen szívhalált (SCD). kockázatát még a tünetmentes állapotban is egy Holter vizsgálat kimutathatja. Netanyahu Izraeli Miniszter elnök életét egy WI- FI – HOLTER mentette meg. (A jelenlegi Magyarországi helyzetben, nem tanácsos az Egyetem állásfoglalásaival, szembe kerülni, panaszkodnak, hogy a vidékre kikerült szakorvosok nem keresik velük a kapcsolatot, vidéken ragadtak, akiről én tudok az egyedül Dr. Ámon Esztergom, Kardiológus, tartott előadást a 2024 – Siófok Oktató Családorvosok találkozásán a Járai Zoltán professzor (Magyar Hipertónia Társaság Elnöke) által vezetett Kardiológiai blokkban! Nekünk ez fontos információ, maradjon köztünk, Budapest Orvosait a Budapesti lakosság saját maguknak foglalták le. A Környéken dolgozó fiatal szakorvosainknak is tanácsolom, van köztük cukorgyógyász is, hogy keressék a Klinikák, időközönként önkéntesként járjanak be dolgozni pár órára, például keressék fel Karádi professzort, (SOTE belgyógyászati Klinika). Ne csak a tanfolyamokra járjanak! Bátrabbnak kell lenni! Csak említem annak idején, hogy lássam hogyan műt Varga Péter Pál egy gerincsérvet, műtős fiúként mostam a vért, miközben Varga Péter Pál a műtétet magyarázta. Jelenleg USA ortopédek is járnak hozzá. A szakmát lopni kell! Jelenleg is, akik ismernek, tudják keményen rákérdezek a tanár urakra. De nem látom a fiatalok lelkesedését. HOLTER - A Korai Kamrai Összehúzódsok - A PVC-terhelési tesztek már szakember végzi, a vizsgálat idejének nincs abszolút határértéke, hagyományosan az ambuláns, 24 órás Holter-monitorizálást használják!. A 24 órában ≥ 2000 (~2%) PVC-vel rendelkező fiataloknál, 30% - ban strukturális szívbetegséget találtak. Fontos, hogy az 500 PVC/24 órás értéknél is arrhythmogén jobb kamrai kardiomiopátiát (ARVC) találtak. .Nem mindegy a PVC morfológiája, amely lehet polimorf, jobb szár blokkos

mintázatú, RBBB, vagy bal szár blokkos LBBB típusú, kiknél azonnali vizsgálatok szükségesek. Akárcsak a kiváltott kamrai tahikardiák esetében, tartós vagy nem tartós!

Mind a mai napig az endovaszkuláris beavatkozások után, magas az egy éven belüli halálozás. Mondjuk DES - STENT – ek felhelyezése után is!. Ez felveti a szívizom strukturális betegségeinek a jelenlétét Genetikai – vagy Ischémiás eredet. Kivizsgálása MCT – gladolin – izotóppal vagy PET – pozitron vizsgálattal. (CT – izotópos kivizsgálások) MCT – Mellkas CT.- . PET – vizsgálatnál, ha nem találnak az Endokárdium (szívbelhártya) alatt, denzitás eltéréseket. Érthető ha a HOLTER nem háziorvosi feladat. A szív ultrahangos vizsgálatai nem mutatják ki a szív strukturális betegségeit. Estleg fali mozgászavart észlelnek. De fontos szerepet kaptak a szívelégtelenség kezelésében, az EF – ejekciós frakció mérésével mennyi a diasztolé elején végén, a frakcionált mérés, mert az szerint kezelik a szívelégtelenséget.. Az 500 PVC/24 órás értéknél is arrhythmogén jobb kamrai kardiomiopátiát (ARVC) találtak. .Nem mindegy a PVC morfológiája, amely lehet polimorf, jobb szár blokkos mintázatú, RBBB, vagy bal szár blokkos LBBB típusú, kiknél azonnali vizsgálatok szükségesek. Akárcsak a kiváltott kamrai tahikardiák esetében, tartós vagy nem tartós! Ennél azért sokkal bonyolultabb a diagnózis, multidiszciplináris team-megközelítésre lenne szükség a kezelések egyénre szabásához. 14 napon túli HOLTER - monitorozásra is szükség lehet. Természetes EP elektrofiziológia vizsgálatok is szükségessé válnak, tovább MCT gladolin izotóppal elvégzett vizsgálatok is, amiloidozis, vagy más immunbetegségek kiszűrésé coljából tiszta képet kapva a szívizom funkció betöltéséről 40% alatti vagy feletti károsodásáról, esetleg az szívbillentyűk károsodásának mértékéről, és olyan szívritmus zavarokról, amely ICD defibrilátorokkal, PM implantációkkal időben megmenthetik a beteg életét, és javíthatják életminőségét, nem is beszélve az egyes járulékos kötegek cauterizálásáról, vagy refrigerációjáról. .Rossz prognózisú a 40 % alatti szívizom károsodás Az legnagyobb veszélyt továbbra is

az fatális kimenetelű szívritmus zavarok okozhatják! Hirtelen szívhalált okozhatnak! Dr Clemens Marcel-

Csak hogy az immun terápiának is megvannak a határai, vannak már resztriktív betegségekre biológiai gyógyszerek. Speciális Centrumokban lehetséges kezelésük! Klinikai szinten. Még nincsen hosszú évekre elég tapasztalat használatuk hatékonyságáról. Sajnos ezek a betegségek epigenetikusan a nukleinsavak metilazilációjával, 30- 40 év felett is bekövetkezhetnek, a genetikai mutációk által. Akárcsak a rákos megbetegedések. Egyesült Királysági és Szingapúri kutatók áttörést értek el, A TruSight Cardio Sequencing Kit – nek nevezett teszt segítségével. A - 17 örökletes szívbetegséggel kapcsolatosan 174 azonosítható gént találtak, amelyek egy egyszerű DNS vizsgálattal mutathatók ki! Ha egy anya rendelkezik egy ilyen génnel, akkor 50% az esélye hogy ezt gyermekének továbbadja! Dr. James Ware

HOLTER – FIATALOK – SZÜRÉSÉBEN - A rövid és hosszú távú atheroscleroticus kardiovaszkuláris betegségek (ASCVD) fiatal felnőttek körében.

Egy amerikai integrált egészségügyi rendszer (Kaiser Permanente Southern California) adatait használták fel a 18-39 éves fiatal felnőttek ASCVD-kockázatának vizsgálatára 2008-2009-ben. A kohorszot az ASCVD előfordulása tekintetében 2019-ig követték. Eredmények Összesen 414 260 fiatal felnőtt (átlagéletkor 29,8 év, 60,6% nő) szerepelt ebben az elemzésben, akik közül 813 személynél tapasztaltak ASCVD betegségeket az első 4 év alatt (a maximális követési idő, 11 év volt). A 10 éves ASCVD előre jelzett kockázata 0,6% (0,3%, 1,3%), volt, a 30 éves előre jelzett kockázat pedig 3,1% (1,5%, 6,2%) volt. A 10 évre előre jelzett kockázattal összehasonlítva a 30 évre előre jelzett kockázat javította az átsorolást (nettó átsorolási index, 16%),

Ezek az adatok azt sugallják, hogy azoknál a fiatal felnőtteknél, akiknél a 30 éves kockázati egyenletből számolva magasabb az ASCVD hosszú távú kockázata, nagyobb az ACSVD-események előfordulása, beleértve azokat is, amelyeknél alacsonyabb a 10 éves kockázati pontszáma. A szerzők rámutatnak, hogy ez lehetőséget

adhat a magasabb kockázatú felnőttek korai azonosítására, lehetővé téve a módosítható kockázati tényezőket célzó megelőző intézkedéseket.

Genetikai mutációk - Érvényes az ér fal megbetegedéseire is. Cukorbetegségekre is érvényes. főleg a TDM2 – re. Lásd NEM, INZULIN DEPENDENS CUKORBETEGSÉGET

Például a Framingham Offspring Study, amelyet 3471 alanyon végeztek 34 éven keresztül, azt találta, hogy a gyakori genetikai variációk pontosabbak előrejelzési diagnosztikai szempontból mint a klinikai kockázati tényezők de csak a fiatalabb korosztályoknál nem vált be mint az idősebb korosztályoknál [145]. Emellett a gyors gazdasági növekedés és az életmódbeli változások mellett nagy szerepük van a környezeti tényezőknek is a TDM2 patogenezisében. Tanulmányok bizonyítják, hogy a TDM2 kialakulása mérsékelhető életviteli változásokkal testmozgással diétával megszüntethető vagy mérsékelhető ugyanakkor, ha nem változnak, fokozhatják a betegség kialakulását ugyanaz tényezők..

Ezeket azoknak a politikusoknak is írom. akik egészségügyi javulás ígéretéseikben megfélekeznek, az atomfizikáról, atomfizikusokról, radioaktív anyagokról, sugárvédelemről, a vegyiparról, vegyész-mérnökökről, vegyvédelemről, vegyszerekről, gyógyszeriparról, gyógyszerekről, laboránsokról, genetikusokról, orvosi és ezeknek az iparágak kutatásairól, orvosi eszközökről, mielőtt eljutnának az orvos – beteg kapcsolatig – orvos kutatásokig.

Nyilvánvaló hogy egy ilyen kicsi országban, ez nem működne állami támogatás nélkül. És amit ígéretnek – Surányi – Bokros csomag nélkül? Még csak az hiányozna. – Örüljünk vagyunk! Mert vagyunk- Jelen pillanatban Orosz atomflotta kötött ki Kubában! 90 Mérföldre USA – tól! Tehát nincsen háború! Nem volt COVID – 19 járvány! Migránsok miatt büntették! Miközben nagyon rendes Ázsiai betegeket kezelek. Minket is ez a túlnyomósos 8-9% - os gazdasági

befektítési rendszer tart életben. Magyarország nem tudta volna helyreállítani a fenntarthatatlan külügyi egyensúly hiányt! Így azonnal 5% felé emelkedett az export, ami már jó, a 20% import mellett. Ebben az Országban a privát orvosi szektor ezt nem tudná finanszírozni. Az mai gyógyszerekkel eszközökkel, modern kezelési irányelvekkel. az tényleges orvosi ellátás, Magyarországon is ugyanannyiba kerül mint az USA – ban ott mégis 100% felett van!. Szabad piaci áron. Sok kedvezményel. Más a GDP, a kórházak szállodai rendszerben működnek, vannak mecénások, és a TB – rizikó alapú, nagyon drága, a kezelt betegnél a szedett gyógyszer szintet és bemérik, a saját magadnak okozott kár kezelését, ki kell fizetni. A biztosítók konkurenciája a gyógyszeripar! Haszonélvezők az ügyvédek! Nem kötelező a betegbiztosítás! Az USA – ban hamar meggazdagodhatsz csak ne légy soha se beteg! A szakmai irányelvek nélküli kezelés egyenértékű lenne a Dr Mengele orvosi kísérletezéseivel. Tény és valóság volt egy időszak, amikor még az orvoskutatás nem állt a mai szinten, az orvos éppen úgy dolgozhatott mint egy vidéki állatorvos, többet vállalhatott, több orvosi beavatkozást végezhetett el, nem megfelelő feltételek, és nem megfelelő szakképesítés mellett. Ma Magyarországon az állatorvosok virágkorukat élik, van UH készülékük, endoszkópjaik, műtőjük. és nagyon merészek. Ma ezt a Humán Orvosi ellátásban, megfelelő háttér, és igazolt akkreditált, szakképesítés nélkül, még elképzelni sem lehetne. Nyugaton gyerekgyógyászati ügyelet – team begyakorlással, közreműködik egy fül – orr gégész, tüdőgyógyász, gyerekgyógyász. ha a gyerek netán idegen testet aspirál, vagy nyel le. Teljes felszereltséggel. Előfordulhat kimész a vajúdo nőhöz és az öledbe hull a csecsemő, se kép se hang se, felsírás, jöhet egy lavór langyos víz, felsír a csecsemő leköthetted a köldökzsinórt, utána benyúlhatsz ha nem jön ki egészen teljesen a placenta. Néha össze kell rakni, mi maradt bent? - Placenta delivració- vagy Crédé módszer. Ez még a legjobb esetben. Volt, hogy egy 1500 g – gyerekre találsz! Ugyancsak langyos vízzel teli üvegekkel melegíted! - OMSZ nélkül összeomlanánk! - De ma nem itt tartunk. Az orvosi műhibák is százalékosan a Nyugathoz hasonlóak, elvéve hogy a beteg hasában

marad egy tampon, vagy csipesz. A leg több műhiba, a gyógyszergyártóhoz köthető, lásd saxenda – fogyókúra cukorbetegség elleni - termék halálos kimenetelű hasnyálmirigygyulladásához vezethet. Vagy szívservadáshoz. Számolnunk kell a gyógyszerek mellékáásaival. Pszichiátriai gyógyszerek, antidepresszánsok, modern antipszichotikumok, szerotonin szindrómát, Parkinson betegséget, okozhatnak.

CUKOR BETEGSÉG – KEZELÉSE ELVESZET REMÉNYEL - LIRAGLUTID- HASNYÁLMIRIGY GYÚLLADÁST OKOZHAT

FOGYÓKURA! Testsúlycsökkenés! Tilos GYÓGYSZER ! -
SAXENDA! Cukorbetegség ellen használt GLP- 1 RECEPTOR
AGONISTA! BMI 27 ÉS 34 – felett volt alkalmazható!

ELHÍZÁS – GYULLADÁSOS FAKTOROK

Gyakoriak obezításban, a nem megfelelő és túlzott immunológiai válaszok, mind a vizcerális zsírszövet, mind a sok krónikus betegségek gyulladásal járó kórképek, gyulladásos anyagok termelése miatt. Fokozott gyulladásos folyamatot, például emelkedett IL-6- és TNF-szintet is megfigyeltek elhízott betegeknel, rontja a tüdő- és szív működést (69). Már említettük a vizcerális 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

Felvetődik a környezet és a folyamatos gyulladásos állapot fenntartása.- beleértve táplálkozást, életvitelt, szokásokat, életmódot, kort öröklött, szerzett betegségekkel hogy milyen hatással vannak a szívizomra, szív strukturális betegségeire, az érfalra is káros hatásaiival.

Immun reumatológiai betegségek, (gyakran panaszmentesek, gyakran időskorban kerülnek elő, eltekintve azoktól az esetektől, amelyek fokozott fizikai terhelésnek kitéve, fiatal korban 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 oxidatív stressz anyagokkal károsítják az érfalat

RA (Reumatoid arthritis) betegség panaszok nélkül is szubklinikus gyulladás formájában is létezhet. Lassan és biztosan teszi tönkre az érfalat! RA, és SPA Sponylitis Ankilopoetiica 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, makrofágok a T, és B Limfociták aktiválódnak ! 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 Lymphocyaaktiváló gén aktivitásának a fokozódásával.

Ízületi gyulladásokban – elhízás, mozgásszegény életmód, direkt traumák, anyagcsere betegségek, meglevő keringési betegségek- 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. Ezeknek a gyulladásos anyagoknak a termelését idézik elő mind a hyperlipaemia, mind a hyperglykaemia Végeredményük nemcsak subcondrális csontdesztrukciót okoznak, ha figyelembe vesszük milyen károsak az

érrendszerre ezek a proinflammatorikus gyulladási citokinek. Nem elég csak megemlíteni az időskori esendőséget, egy gyulladási folyamat estében, sokkal fiatalabb korban is elkezdődhet az öregedés! És a limfocita T és B sejtek számának és működésének a csökkenése, olyan betegségekben, amelyekben lelassulhat a differenciálódásuk, vagy olyan irányban amelyben, fokozódhatnak az autoimmun jelenségek, a proinflammatorikus 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 protoinflammatorikus anyagok, felerősíthetik egymást! Például az elhízott betegek hasi viscerális zsírszövetéből! Komolyan kell veyünk 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 gyulladási anyagok. De számolnunk kell ezeknek a gyógyszereknek a mellékhatásaival is!

Elhízás, mozgásszegény életmód, öregedés, vagy korai öregedés?
Korai ízületi gyulladások.

Ugyancsak az ízületi folyadékban jelenik meg a Th – 17 sejtek, hízó, és myeloid sejtek által termelt - IL -17. Cytokin, amely az IL- 22 citokinnel a csontitkulásnál tárgyalt RANK receptorra hat. A megemelkedett szérumban, interleukinok, 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. A gyulladási anyagok, hypocalcaemiát okoznak, amely szekunder másodlagos hyperparathyreozist okoz, (mellékpajzsmirigyek fokozott túlműködését - hogy még nagyobb legyen a csontvesztés, nő a parathormon szint a gyulladási anyagok szintje Tehát egy gyulladási állapot áll fent!

Csontitkulásban 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 makrofág- 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. CV betegek körében a csontritkulatknál magasabb a halálozási arány! Általánoságban az International Osteoporosis Foundation becslése szerint az 50 év felettek közül minden harmadik nő, és minden ötödik férfi szenved valamilyen kisebb csonttörést élete során. Magyarországon 100.000 betegről tudunk. 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 gerinctörésnél fedezzük fel a betegséget. A fizikai vizsgálat továbbra is fontos marad, főleg ha csökken a beteg magassága, közelebb kerülnek a bordák a csípőhöz, megjelennek az logó úgynevezett bőrredők, gibbus, vagy fokozott háti kyphozis! Rendelőnkben általában a csípő és térdízületi gyulladásos idős betegeknél találunk csontritkulást. Az ötven év feletti nők óvatosabbak, időben kezeltek. Időben szűrünk, váró lista ellenére.!

KEZELÉS -

És csodák csodájára a csontritkulás kezelésében 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. is. Ezért fontos a DEXA vizsgálat a T- score. (DESONOSUMAB plusz parathormon analóg Teriparatid.. Aktiválja az oszteoblasztokat, és fokozza a remodellinget)

Ezek a betegségek összeségükben, egy állandó gyulladáshoz vezető állapotot tartanak fent! Ezért magas a halálozás tavasszal – ősszel járványok esetében amelyek citokinek láncreakcióját indítják be.

Ezek a betegek a váró listások. Protézis beültetésre várnak! Kérdés mibe? Maradt csont?. DEXA - . (Dual energy X- ray absorbtometry) amely három standard anatómiai helyen méri a csontsűrűséget, az L1-L4 csigolyák, a combnyak, a teljes csípő, és a rádusz distális harmadoló pontján (alkar alsó harmada táján) Kérésük a BMD, a csont ásványi anyag sűrűséget, g/cm a négyzetben 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 osteopéniát, - 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 függenek. Általában az T – SCORE -1-2,5 közötti Osteopéniásoknál, 55% - ra tehető a kiscsonttörések száma. Bifoszfonát kezelés alatt érdemes a Béta-Cross Teszt amely a vérből állapítja meg a csontanyagcsere aktivitását. Amennyiben a kapott érték alacsonyabb, mint 200pg/ml, az magas kockázatot jelent. Karádi professzor SOTE belgyógyász, tényleg megdicsért hogy ezt a vizsgálatot csípő protézis műtétre váró betegnél kértem, anélkül hogy bifoszfonát kezelést kapott volna. Mindenféleképpen ki kell vizsgálni a beteget!

ÚJBÓL A KOLESZTERIN

Ugyanez gyulladáshoz vezető folyamatok játszódnak le az érlemeződött 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 sejtív) de az LDL ha átjut az érfalon, gyulladáshoz vezető folyamatot vált ki, azonnal felfalják a monocyták, 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 rendelőkben 80 mg lenne) Az LDL szintet 1,4 mmol/l szintig kellene lecsökkenteni az Európai Kardiológiai társaság ajánlása szerint az ezetimib hozzáadásával.

CUKORBETEGSÉGBEN -

Háziorvos kezében továbbra is a Metformin maradt – Hypoglikémiát okozhat – fokozatosan szabad emelni a dózist---Hasi puffadást okozhat

Alátámasztják – Szívelégtelen és Krónikus veseelégtelenségben szenvedőknél, 65- 75 év felett

DAPA – HF. EMPEROR –R – Reduced. EMPA – Kidney. DAPA – CKD vizsgálatok.

EMPA Kidney vizsgálatban, 40% alatt e GFR vese funkció romlásnál, 60 év alatt 70 év felett, de a legnagyobb rizikó csökkenés 75 év volt a legeredményesebb.

Természetes a célszervek károsodásának megelőzése akárcsak időskorban a demencia megelőzés.

DAPA – CKD vizsgálat, a végstádiumú vese elégtelenség, és a renális halálozás valószínűségét csökkentette.

Vita téma az empagliflozin (EMPA) dampaglifozin DAMPA - SGLT2 inhibitor csökkenti kardiovaszkuláris (CV) eseményeket és a mortalitást. Tény adható! Kellemetlen mellékhatása a cukorürítés, és húgyút fertőzések.

MÉGIS CIRKUS VAN—AZÉRT AJÁNLATOS SZAKORVORA BÍZNI. mellékhatásai miatt. marad a EMPA – DAMPA –

INKRETIN TENGELYRE HATÓ GYÓGYSZEREK

Ezeknél a gyógyszereknél azért nagyon oda kell figyelni a hasnyálmirigy gyulladásra, a lipid – zsír labor panelre, mert egyik legsúlyosabb következménye a GLP-1 gyógyszereknek a hasnyálmirigygyulladás! SAXENDA – LIRAGLUTID-- Amiláz Lipáz szint emelkedéssel! Továbbá a magasvérnyomásos betegségre, szívbetegségekre, tehát a jón háztartásra, és a húgyút fertőzésekre. Krónikus húgy úti fertőzésekre, prosztatagyulladásra, prosztatanagyobbodásra. Főleg empflagozin kezelés alatt! Az összes nátrium- glükóz kotranszporterekre Tehát a betegközpontúság! Nagyon fontos! Epekövesség, a már egyszer volt hasnyálmirigy gyulladás, dohányzás alkoholizmus, vese működése, veseelégtelenség, rbdomyolizis, lásd koleszterin csökkentő gyógyszereket is, mint rizikót, vagy már valamilyen betegség miatt kialakult májelégtelenség, esetében, kialakult sztázis miatt, ezért érdemes kérni egy albumin, pszeudokoleszterin, és protrombin szintet is, az összes többi májenzimeken felül, ide lehetne még sorolni az összes lép megnagyobbodást is a hematológiai betegségekben! Várjuk az újabb kutatási eredményeket. ,

AACE – Irányelvek - Orvosi diplomádba kerülhet!

AACE – 2015 – 2021 - TANÚLMÁNY

Az Amerikai Klinikai Endokrinológiai Szövetség (AAACE) egy orvosi szakértőkből álló munkacsoportot választott ki, amely az AAACE 2022. évi klinikai gyakorlati útmutatója: A cukorbetegség átfogó ellátási tervének kidolgozása és a munkacsoport szerzőinek konszenzusa alapján frissítette a 2020-as AAACE átfogó 2-es típusú diabéteszkezelési algoritmust. Válaszul a kutatócsoport retrospektív, egyközpontú vizsgálatot végzett egy egyetemi intézmény Weight Wellness programjában 2015. január 1. és 2021. december 31. között látott betegek körében. A GLP-1RA terápiát kezdő betegeket az akut betegség kialakulása alapján rétegezték. hasnyálmirigy-gyulladás.

A betegek kiindulási jellemzőit, a társbetegségeket és a műtéti előzményeket a 2245 résztvevő 49,5 éves átlagéletkorú diagramjának áttekintéséből nyertük. A legtöbb (80,5%) nő volt, és a résztvevők átlagos BMI-je 39,7 kg/m² volt. A 2245 beteg közül 49-nél (2,2%) alakult ki AP a GLP-1RA megkezdése után.

Az eredmények azt mutatták, hogy a kórtörténetben előfordult T2DM (korrigált esélyhányados (aOR) 2; 95% CI, 1,04-3,96, P = 0,04), dohányzás (aOR 3,3; 95% CI, 1,70-6,50, P <0,001), és az előrehaladott (III. vagy magasabb stádiumú) CKD (aOR 2,3; 95% CI, 1,18-4,55, P = 0,01) a GLP-1RA használata esetén az AP magasabb kockázatával járt együtt.

Eredmények

Ez a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedők kezelésére szolgáló algoritmus 11 különálló részből áll: (1) A 2-es típusú cukorbetegség kezelésének alapelvei; (2) A túlsúlyos/elhízott személyek gondozásának szövődmenyközpontú modellje; (3) Prediabetes Algorithm; (4) Ateroszklerotikus szív- és érrendszeri betegségek kockázatának csökkentésére szolgáló algoritmus: Dislipidémia; (5) Ateroszklerotikus szív- és érrendszeri betegségek kockázatának csökkentésére szolgáló algoritmus: magas vérnyomás; (6) Szövődmenyek-központú algoritmus a glikémiás szabályozáshoz; (7) Glükóz-centrikus algoritmus a glikémiás szabályozáshoz; (8) Algoritmus az inzulin hozzáadására/intenzifikálására; (9) Antihyperglükémiás gyógyszerek profiljai; (10) Testsúlycsökkentő

gyógyszerek profiljai (új); és (11) Vaccine Recommendations for Persons with Diabetes Mellitus (új), amely az Egyesült Államok Betegségellenőrzési és Megelőzési Központja oltási gyakorlatokkal foglalkozó tanácsadó bizottságának ajánlásait foglalja össze.

Következtetések

A 2022-es AACE diabétesz-irányelv frissítéséhez igazodva ez a 2023-as diabétesz-algoritmus-frissítés az életmód módosítását és a túlsúly/elhízás kezelését hangsúlyozza, mint a prediabétesz és diabetes mellitus kezelésének kulcsfontosságú pilléreit, és kiemeli a diszlipidémia és a magas vérnyomás ateroszklerózisos kockázati tényezőinek megfelelő kezelésének fontosságát. Az egyik figyelemre méltó új téma a szövődményközpontú megközelítés hangsúlyozása a glükózszinteken túlmenően, a cukorbeteg kezelésére szolgáló első vonalbeli farmakológiai döntések meghozatalakor. Az algoritmus magában foglalja a gyógyszerekhez való hozzáférést/költséget is, mint az egészségi méltányosságához kapcsolódó tényezőket, amelyeket figyelembe kell venni a klinikai döntéshozatal során

Hasnyálmirigygyulladás cikkek! 7. Jensen TM, Saha K, Steinberg WM. Is there a link between liraglutide and pancreatitis? A post hoc review of pooled and patient-level data from completed liraglutide type 2 diabetes clinical trials. *Diabetes Care*. 2015;38(6):1058–1066. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

8. Riddle MC, Forst T, Aronson R, Sauque-Reyna L, Souhami E, Silvestre L, et al. Adding once-daily lixisenatide for type 2 diabetes inadequately controlled with newly initiated and continuously titrated basal insulin glargine: a 24-week, randomized, placebo-controlled study (GetGoal-Duo 1) *Diabetes Care*. 2013;36(9):2497–2503. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

9. ELIXA trial show CV safety of lixisenatide. Available from: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/elixa-trial-shows-cv-safety-of-lixisenatide>.

10. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2012. *Diabetes Care*. 2012;35(Suppl 1):S11–S63. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

11. Nauck MA, Friedrich N. Do GLP-1–based therapies increase cancer risk? *Diabetes Care*. 2013;36(Supp 2):S245–S252. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

2022 – Elhízás kezelése! Dallas – Milyen tényezők valószínűsítik többé-kevésbé valószínű, hogy a fogyás érdekében GLP-1 receptor agonista (GLP-1RA) kezelést kezdeményező betegeknél akut hasnyálmirigy-gyulladás alakul ki?

Ezzel a kérdéssel foglalkoztak 2022. október 24-én az American College of Gastroenterology éves tudományos ülésén Charlotte-ban, Észak-Karolinában.

„Mivel ez a gyógyszer csoport egyre népszerűbbé válik az Egyesült Államokban, fontos, hogy a szolgáltatók tudják, mely betegeknél nagyobb vagy kisebb az akut hasnyálmirigy-gyulladás kialakulásának kockázata, miután elkezdtek szedni” – nyilatkozta a műsorvezető, Robert Postlethwaite, MD. University of Texas Southwestern. "Különösen csak azokat a betegeket vettük figyelembe, akiknél az elhízás kezelésére kezdték a GLP-1RA-t, és nem a cukorbetegség kezelésére."

Az elemzés megállapította, hogy az akut hasnyálmirigy-gyulladás kialakulásának nagyobb kockázata a következőkhöz kapcsolódik:

- 2-es típusú diabetes mellitus anamnézisében
- Dohányzás
- Előrehaladott krónikus vesebetegség (CKD; III. vagy magasabb stádium).

"Nevezetesen, az akut hasnyálmirigy-gyulladás ismert klinikai kockázati tényezői, beleértve az alkoholfogyasztást, a kórelőzményben szereplő akut hasnyálmirigy-gyulladást és az epekőbetegséget, nem jártak együtt az akut hasnyálmirigy-gyulladás megnövekedett kockázatával a GLP-1RA megkezdése után ebben a tanulmányban" - tanácsolta Dr. Postlethwaite, hozzátéve: „A jövőben a klinikusok felhasználhatják ezeket az információkat arra, hogy a GLP-1RA-k felírásakor kockáztassák betegeik rétegzését. Ezzel

szemben megelőzhetjük az akut hasnyálmirigy-gyulladás kialakulását a magas kockázatú egyéneknél, vagy legalábbis jobban tudatában vagyunk annak kockázatának, és képesek vagyunk elég korán felismerni a szövődmények megelőzése érdekében.”

A tanulmány nem tárt fel bizonyítékot arra, hogy a korábbi akut hasnyálmirigy-gyulladás növeli a GLP-1RA-kezelés megkezdése után következő epizód kialakulásának kockázatát. "Ezért a klinikusoknak nem szabad megtagadniuk ezeket a gyógyszereket emiatt" - jegyezte meg Dr. Postlethwaite.

A tanulmány háttérinformációi rámutattak arra, hogy a GLP-1RA-k forradalmasították az elhízás kezelését, és széles körben írják fel az elhízás és a kapcsolódó társbetegségek, elsősorban a 2-es típusú diabetes mellitus (T2DM) kezelésére.

"Bár a GLP-1RA-k kedvező mellékhatásprofil mutatnak más típusú elhízás elleni gyógyszerekhez képest, az akut hasnyálmirigy-gyulladás (AP) továbbra is súlyos és néha életveszélyes mellékhatás" - írták a szerzők. „Sajnos kevés adat áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy mely betegeknél lehet fokozott a GLP-1RA-k által okozott AP kialakulásának kockázata. Ennek a vizsgálatnak az a célja, hogy azonosítsa azokat a betegeket, amelyek befolyásolják az AP kockázatát az elhízás GLP-1RA-kezelésének megkezdése után.

Válaszul a kutatócsoport retrospektív, egyközpontú vizsgálatot végzett egy egyetemi intézmény Weight Wellness programjában 2015. január 1. és 2021. december 31. között látott betegek körében. A GLP-1RA terápiát kezdő betegeket az akut betegség kialakulása alapján rétegezték. hasnyálmirigy-gyulladás.

A betegek kiindulási jellemzőit, a társbetegségeket és a műtéti előzményeket a 2245 résztvevő 49,5 éves átlagéletkorú diagramjának áttekintéséből nyertük. A legtöbb (80,5%) nő volt, és a résztvevők átlagos BMI-je 39,7 kg/m² volt. A 2245 beteg közül 49-nél (2,2%) alakult ki AP a GLP-1RA megkezdése után.

Az eredmények azt mutatták, hogy a kórtörténetben előfordult T2DM (korrigált esélyhányados (aOR) 2; 95% CI, 1,04-3,96, P = 0,04),

dohányzás (aOR 3,3; 95% CI, 1,70-6,50, P <0,001) , és az előrehaladott (III. vagy magasabb stádiumú) CKD (aOR 2,3; 95% CI, 1,18-4,55, P = 0,01) a GLP-1RA használata esetén az AP magasabb kockázatával járt együtt.

TDM2 Új DPP-4 gátlók! SZÍVFIBRÓZIS VESZÉLYE.

További gondok - Okoznak-e szívelégtelenséget a DPP-4-gátlók az adrenergikusan közvetített kardiotoxicitás elősegítésével?

Laboratóriumi modellekből és klinikai vizsgálatokból származó nyomok

Milton Packer

Eredeti közzététel: 2018. február

7. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.312673> Circulation Research. 2018;122:928–932

A DPP-4 (dipeptidil-peptidáz-4) inhibitorok mind a randomizált klinikai, mind a megfigyeléses vizsgálatok során növelték a szívelégtelenség kockázatát, de a káros hatásuk hátterében álló mechanizmusok tisztázásra várnak. A korábbi munkák ezeknek a gyógyszereknek a szívfibrózis elősegítésében betöltött szerepére utaltak.

Mit vállalhat a háziorvos? Vállalhatja a DPP-4 gátlókat! Ha nem szívbeteg? Milyen más tényezők járulhatnak még hozzá hogy elősegítsék a szívizomzat fibrozisát? A régi Szulfanyl – Ureák is szívelégtelenséget okoztak! Most újból ajánlják! Természetesen fiatal betegeknél, nem előrehalad arterioszklerózisban! Vagy nem szívbetegeknél!

Ha a DPP-4 gátlása felerősíti az endogén SDF-1, NPY és P anyag hatásait, amelyek károsan befolyásolhatják mind a szív szerkezetét, mind a működését. Szívelégtelenségben szenvedő betegeknél jellemzően megemelkedik ezen peptidek keringési szintje. 2018. febr.

Therefore, DPP-4 inhibition potentiates the actions of endogenous SDF-1, NPY, and substance P, which can adversely affect both cardiac structure and function. Circulating levels of these peptides are characteristically increased in patients with heart failure. 2018. febr. 7.

INZULIN DEPENDENS CUKORBETEGSÉG – SZAKORVOSI FELADAT. HÁZIORVOS MÉG NEM KAPOTT SZABAD KEZET. MEGFONTOLANDÓ AZ A HÁZIORVOSOKNAK ADOTT LICENS VIZSGA IS, AMELY FELJOGOSÍTOTTA AZ INKRETIN TENGELYRE HATÓ GYÓGYSZEREK FELÍRÁSÁT. VISSZA KELLETT VONOM, AMIT FELÍRTAM, AMI A CUKORHÁZTARTÁST ILLETI, ÉS A CÉLSZERVEK KÁROSODÁSÁNAK, SÉRÜLÉSÉNEK LELASSÍTÁSÁT ILLETI, AZ INKRETIN TENGELYRE HATÓ GYÓGYSZEREK MÉGIS IDEÁLIS GYÓGYSZEREK - A CV - betegeknek nem okoznak hipoglikémiát, ami halálos kimenetelű is lehet, DE alkalmazásuk, csakis szakorvosok által lehetséges.

A T1DM-ben szenvedő betegek kezelése alappillére a bazális bolus inzulin terápia.. Az inzulinpumpa terápia legésszerűbb választás. Mivel Növelheti a mortalitást a hipoglikémia ezért azok a kezeléseket kell előnyben részesíteni, amelyek nem okoznak hipoglikémiát.

A mai modern világban a szakmai irányelveknél maradva csak ilyen típusú, ehhez hasonló készülékeket ajánlanék! Mellékhatásuk a hipoglikémia, többször kell pótolni a cukorbevitelt. Pécsi Egyetem Diabetológia Osztály ajánlása alapján. Mint háziorvos nem áll jogomban kommentálni. Azzal dolgozunk amink van! Egy ilyen vagy hasonló modernebb készülékkel sportolni, kemény fizikai munkát is végezhetünk! De ahogyan lehetséges kerülnünk kell az Inzulin terápia bevezetését, mert független, Human, vagy Analóg Inzulin, az Inzulin ellen az összes szinten, receptor szinten is immuntestek, képződnek, válasz immun reakciók lehetségesek. Intenzív kutatások folytatódnak. MERT - Genetikai, epigenetikai betegség.

Inzulinpumpa

A CGM-től ötpercenként kapott, folyamatosan frissülő adatok alapján a vízálló pumpa automatikusan szabályozza, illetve korrigálja az inzulin adagolását . Ha a mért értékek emelkedést mutatnak, akkor a pumpa több inzulint adagol. Csökkenő értékek esetén az inzulinadagolás mértéke is csökken. A pumpa értesítéssel figyelmeztet a kiugróan magas, vagy éppen a normálisnál alacsonyabb értékekre.



MiniMed™ Quick-Set™ infúziós szerelék

Könnyen, gyorsan, problémamentesen cserélhető³. A MiniMed™ Quick-Set™ infúziós szerelék előtöltött belövővel is rendelkezhet, hogy a szerelék cseréje kevesebb lépésben, könnyebben és gyorsabban végrehajtható legyen.^{3, 4}

Az előtöltött belövővel rendelkező szerelék egy kézzel is felhelyezhető, ami megkönnyíti a nehezen elérhető területekre történő felszerelést.

Folyamatos cukormonitorozás (CGM)

A Guardian™ 4 szenzor & távadó minden 5. percben megméri a páciens cukorértékét, amit automatikusan továbbít a pumpának, így Ön állandó tájékoztatást kap cukorszintjének alakulásáról, valamint a változás irányáról.



A MiniMed™ 780G rendszer folyamatosan előre jelzi az inzulinigényt, szabályozza az inzulin adagolását és segíthet elkerülni a kiugróan magas és normálnál alacsonyabb értékek kialakulását és megóvja Önt^{1, 2}. Automatikus szabályozás és korrekció, hogy a cukorbetegségének kezelése mellett mással is tudjon foglalkozni a mindennapokban.

- Segít megelőzni a kiugróan magas értékek kialakulását^{1, 2}, ha a páciens vércukorértéke nőni kezd, akkor a pumpa több inzulint adagol

- Segít megelőzni a kiugróan alacsony értékek kialakulását^{1,2}, ha a páciens vércukorértéke süllyedni kezd, a pumpa kevesebb inzulint adagol

10 mmol 3.9 mmol

Cukorszint (mmol/l)

Bázisinzulin

Autom. korrekciós bólus

PUMPÁK – HYPOGLIKÉMIA- LEGYEN KÉSZENLÉTBEN CUKOR-

Az utóbbi 15 évben az Animas, a Medtronic és a Roche pumpái váltak elterjedtté, 2019 nyara óta azonban csak két gyártó eszközei érhetőek el, mivel az Animas cég beszüntette a pumpák gyártását és fejlesztését. A pumpák a bőr alá helyezett fém vagy műanyag kanült a pumpa inzulintartályával egy vezetéken keresztül kötik össze. Ezzel ellentétben a „patch” rendszerű pumpáknak nincs szükségük vezetékre, mivel az inzulintartály a befecskendezési pont felett van rögzítve. Mindkét esetben három-hat naponta javasolt cserélni a kanült. Egy nemrégiben elvégzett átfogó vizsgálat eredménye nem mutatott ki szignifikáns különbséget HbA1c-érték tekintetében az egyes gyártók és típusok között. Megfigyelhető viszont, hogy míg a kétezres években a hagyományos pumpák terjedtek el, manapság a „patch” típusúak lesznek egyre népszerűbbek.

Itthon a „patch” rendszerű pumpa nincs forgalomban, elterjedését jelentős mértékben befolyásolja a magasabb ára. Az inzulinpumpák ultragyors hatású inzulinkészítményeket használnak (pl. a Magyarországon elérhető inzulinok közül az aszpartot, a lisprót vagy a glulizint alkalmazzuk.) Pár hónapon belül nálunk is megjelenik a fenti inzulinokhoz képest a kezdeti időszakban – első 25–35 percben – gyorsabban és intenzívebben ható analóg inzulin, amely precízebb és hatékonyabb kezelést tesz lehetővé a pumpás betegek körében, ezáltal megkönnyítheti az AP rendszerek sikerét.

Teljesen automatizált rendszer irányába azonban azok a megoldások mutatnak, ahol az AP három fő komponensét egyre jobban integrálják. Ilyen fontos mérföldkő volt a CGM rendszer és az inzulinpumpa együttes használata. Az első ilyen típusú rendszert 2006-ban mutatták be, akkor a „vezérlő algoritmus” még a betegek és az őket kiképző egészségügyi személyzet fejében működött, ezért a rendszer sikeres használata sok oktatást és folyamatos ellenőrzést igényelt. A 2009-ben bemutatott következő integrált rendszer már lehetővé tette, hogy hipoglikémia esetén egy algoritmus leállítsa a bazálisinzulin-adagolást. Ennek az egyik továbbfejlesztett funkciója (amely Medtronic esetén a 600-as szériától érhető el) már hipoglikémia bekövetkezése előtt képes megszakítani az inzulinbevittelt (8). A Medtronic legújabb MiniMed 670G rendszere már képes részben autonóm módon működni a bazális inzulin folyamatos állításával. A rendszer a későbbiekben részletesebben említett „Proportional-Integral-Derivative” (arányos-integráló-deriváló, röviden PID) szabályozási algoritmust használ (9). A rendszert 2016 óta használják az Amerikai Egyesült Államokban, míg Európa számos országában 2018 őszén vezették be. Az azóta publikált, valós klinikai gyakorlaton alapuló vizsgálati eredmények nagyon meggyőzőek: a betegek 70% feletti időt töltenek a céltartományban [3,9–10,0 mmol/l (70–180 mg/dl)], a kalkulált HbA_{1c}-érték 6,9%.

Továbbá, a CGM rendszer és a pumpa integrálása lehetővé teszi a „single-port” technikát is, ugyanakkor a CGM rendszerek 7–14 napos üzemidejével szemben az inzulinpumpák kanüljeit 3–6 naponta cserélni kell. Így a jelenleg használt rozsdamentes acél- és teflonkanül között nem mutattak ki szignifikáns különbséget a gyulladásos folyamatok, illetve az élettartam tekintetében (10).

A CGM rendszerek – VS – Könyvecskék ellen, amelybe a beteg akkor írja be mért VC – értékét amikor eszébe jut. De ezekről a témákról már az előző beszámolóknál is írtam. Mindezek ellenére, jól kezeljük

betegeinket, a genetika, és a már említett gyulladásos folyamatok, írják felül kezeléseinket, amit elérünk még a legkorszerűbb készülékekkel is, az a célszervek károsodásának lelassítása.

Ugyanakor GWAS alapján diagnosztizált öröklött vagy szerzett cukorbetegségek esetében klinikailag gyakran megfigyelték, hogy még a hasonló antidiabetikus kezelésben részesülő betegeknél is nagy eltérések mutatkoznak a gyógyszereloszlás, a glikémiás válasz, a tolerálhatóság és a mellékhatások gyakorisága tekintetében. Mindezek a betegség és a gyógyszeres kezelésnek mechanizmusaiban részt vevő specifikus génpolimorfizmusoknak tulajdoníthatók, habár a farmakogenomika napirenden van mind a megvalósítható genetikai kivizsgálásokban mint az előrejelzésekben hogy megfelelően kezelhessék a TDM2 betegséget.

Úgy látszik a jövővöben a cukorbetegség kezelése is, nemsokára Biológiai antiinflamatorikus gyógyszer kezelésre szorul.

Még nem tudunk ilyen próbálkozásokról! Lehet vannak, de ez meghaladja háziiorvosi kompetenciámat. A Klaszikus DEMARD is bevált, Methotrexát – al. Vagy Ciclophosfamid . al, összes mellékhatásai ellenére.

Általában a biológia kezelésekről Már az asztmában MONOLUKAS-T adnak IL- ellenes gyógyszert. Obsztriktív Cardiomyopáthiában is.

A modern gyógyszerek is, mint a TNF- alfa – gátlók (tumor necrosis faktor alfa – gátló kezelés is csak lassítani tudják a progressziót! Nem gyógyítja teljesen sem a betegséget, sem az érfalat) Hosszantartó kezelésekre van szükség az ér fal károsodása miatt! Az ebből következő szívérrendszeri betegségek! Rögök, embóliák, agy és szívinfarktusok, szívbillentyű károsodások! Egy ígéretes új gyógyszer csoportot 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. 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! Mert ezek a betegségek nem kímélik az érfalat, TNF alfa gátlók mellé, IL 12/23 IL 17 GÁTLÓKAT IS ADNAK, Bőrgyógyászból már ismert az IL – 23 GÁTLÓ GUSELKUMAB, amely megerősítette, az ízületi érintés esetében az alkalmazását. (Ebben a pikkelysömörös betegségben, előfordulhat hogy kezünkől 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) kísérhet (cisztás makuláris ödéma), amelyet ugyancsak TNF alfa gátlókkal, infliximabbal adalimumabbal illetve IL-6 gátlóval tocilizumabbal kezeltek jó eredményekkel. Kezelések 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)

A TDM2 betegséget is CGM - Monitorizálni kellene.

A CGM rendszerek használata egyre elterjedtebb a mindennapokban, annak ellenére, hogy költségvonzatuk jelentősen nagyobb, mint a klasszikus ujjbegyes méréseké. Legnagyobb előnyük az, hogy folyamatos visszajelzést tudnak adni a páciens vércukorszintjéről, ami az állandó információnyújtásnak köszönhetően jelentős segítséget jelent a terápia beállítása szempontjából. Emellett a páciensek számára is fontos: szorosabb glikémiás kontroll segítségével könnyebb elérniük a kitűzött glikémiás célokat, akár csak elérni, valamint megtartani a kívánt HbA1c-szintet. A CGM használata az inzulinpumpa használatától függetlenül is minden cukorbeteg páciens számára hasznos. Számos olyan klinikai kísérletet végeztek, amelyek bizonyították, hogy egy ilyen rendszer használata minden korosztály és minden betegségtípus esetén segítséget jelent.

A CGM rendszerek alapvetően három fő egységből tevődnek össze: szenzorból, jeladóból és vevőből (2. ábra). A szenzor és a jeladó technológiától függően egy készülékben is implementálásra kerülhet. A CGM rendszerek megvalósítására eltérő mérési elveken alapuló megoldások is léteznek. Az esetek többségében a szerkezet a páciens has-, tompor-, illetve felkartájékán van rögzítve, ahol egy vékony katéteren keresztül csatlakozik a bőr szubkután rétegéhez. A leggyakrabban alkalmazott mérési módszer a glukóz-oxidáz (GOx) enzimen alapszik, amely alapján a beteg vércukorszintje a szenzor valamilyen elektromos tulajdonsága változásának monitorozásával állapítható meg. Az enzim a glukóz glukonsavvá alakulását katalizálja, a reakcióban közvetetten elektromos töltés jön létre. Az elektródban létrejövő töltés nagyságából – megfelelő analóg és digitális jelfeldolgozás segítségével – kiszámolható a glukózkoncentráció.

Mégis hogyan kezeljük a magasvérnyomásos érelmeszesedett, cél szerv károsodott TDM2 cukorbetegét. Figyelembe kell vegyünk az újabb ajánlásokat is! -- DAPA – HF. EMPEROR –R – Reduced. EMPA – Kidney. DAPA – CKD vizsgálatokat.

DPP-4-inhibitorok, SGLT-2-gátlók - pioglitazon +metformin . Az SGLT-2 inhibitorok előnyei csökkentik testtömeg súlyt, vérnyomást (BP) és az albuminuriát

Hb A1C célértékének 7% alatt kell lennie a mikrovaszkuláris szövődmények kivédése érdekében a. A - BP-célnak 130/85 Hgmm-nél kisebbnek kell lennie, kezelésében előnyben kell részesíteni az (ACE) gátlókat és az ARB/angiotenzinreceptor-blokkoló terápiát. Az alapvizsgálatokat az irányelvek és a vizelet-albumin kiválasztásának megfelelően évente legalább kétszer kell elvégezni.

A lipidpanel esetében a cél a 75 mg/dl-nél 1,8 mmol/l kisebb LDL-C, abban az esetben, ha nincs atheroscleroticus kardiovaszkuláris betegség (ASCVD), kevesebb kell legyen mint 70 mg/dl, ha lehetséges 55mg/dl 1,4 mmol/l ha ASCVD van jelen. Az már említett gyógyszerek csökkentik a CV eseményeket és a CV mortalitást.

Már a járvány alatt is észlelték a halálozás a szitagliptin – gátlók, EMPA- DAMPA - SGLT2- gátlók esetében volt a legalacsonyabb! 3,2/1000 beteg év míg az alfa- glükózidáz-gátlók esetében volt a legmagasabb 17.06/1000 betegév.

Kiemelendő hogy a halálozás kockázata, három gyógyszer csoportnál volt alacsonyabb, a metformin, 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!

MAGYARORSZÁGON A HÁZORVOSLÁS ALAPJA TOVÁBBRA IS ---- MAGYAR KARDIOVASZKULÁRIS KONSZENZUS KONFERENCIÁK IRÁNYELVEI (Ez nem kötelező, a testületnek csak megemlítem) Beszámolóm már a változásokat is tartalmazza! (PADOSGYULA DR.1, PARAGH GYÖRGY DR.2, JERMENDY GYÖRGY DR.3, KARÁDI ISTVÁN DR.4, KISS ISTVÁN DR.5, BEDROS J. RÓBERT DR.1, SIMONYI GÁBOR DR.1, KISS RÓBERT GÁBOR DR.6, FARKAS KATALIN DR.7, MERKELY BÉLA DR.8, SZOLLÁR LAJOS DR 9. 1. Szt. Imre Egyetemi Oktatókórház, Országos Obezitológiai Centrum, Budapest; 2. Debreceni Egyetem Klinikai Központ Belgyógyászati Intézet, Anyagcsere Betegségek Tanszék, Debrecen; 3. Bajcsy-Zsilinszky Kórház, III. Belgyógyászati Oktató Osztály; 4. Semmelweis Egyetem, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest; 5. Szt. Imre Egyetemi Oktatókórház, Nephrologia-Hypertonia Profil, Budapest; 6. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Kardiológiai Osztály, Budapest; 7. Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság Szt. Imre Egyetemi Oktató Kórház, Angiológia Profil, Budapest; 8. Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, MTA-SE „Lendület” Kardiovaszkuláris Képző Kutatócsoport, Budapest; 9. Semmelweis Egyetem, ÁOK Kórélettani Intézet, Budapest)

VÉLEMÉNYEIM MEGÍRÁSÁNÁL NEM A HASAMRA ÜTÖTTEM, BETEGEIM KEZELÉSÉBEN MINDIG FIGYELEMBE VESZEM AZ IRÁNYELVEKET, BETEGEINKET IS AZ EMLÍTETT GYÓGYSZEREKKEL KEZELJÜK. USA – EURÓPAI UNIÓ - MAGYARORSZÁG UGYANAZOKKAL, GYÓGYSZEREKKEL KEZELI A BETEGEKET- körzetünkben is oda kell figyelni az irányelvekre.

Következtetések

A 2022-es AACE diabétesz-irányelv frissítéséhez igazodva ez a 2023-as diabétesz-algoritmus-frissítés az életmód módosítását és a túlsúly/elhízás kezelését hangsúlyozza, mint a prediabétesz és diabetes mellitus kezelésének kulcsfontosságú pilléréit, és kiemeli a diszlipidémia és a magas vérnyomás ateroszklerózis kockázati tényezőinek megfelelő kezelésének fontosságát. Az egyik figyelemre méltó új téma a szövődmény központú megközelítés hangsúlyozása a glükózszinteken túlmenően, a cukorbetegség kezelésére szolgáló első vonalbeli farmakológiai döntések meghozatalakor. Az algoritmus magában foglalja a gyógyszerekhez való hozzáférést/költséget is, mint az egészségi méltányosághoz kapcsolódó tényezőket, amelyeket figyelembe kell venni a klinikai döntéshozatal során. • cukorbetegség algoritmusát

Outline

1. Abstract
2. Key words
3. Introduction
4. Principles of the AACE Comprehensive T2D Management Algorithm
5. Complications-Centric Model for the Care of Persons with Overweight/Obesity (ABCD)
6. Prediabetes Algorithm
7. ASCVD Risk Reduction Algorithm: Dyslipidemia
8. ASCVD Risk Reduction Algorithm: Hypertension
9. Complications-Centric Algorithm for Glycemic Control
10. Glucose-Centric Algorithm for Glycemic Control
11. Algorithm for Adding/Intensifying Insulin
12. Profiles of Antihyperglycemic Medications

- 13. Profiles of Weight-Loss Medications
- 14. Vaccine Recommendations for Persons with Diabetes
- 15. Review Process
- 16. Disclosures
- 17. Acknowledgment
- 18. References

Show full outline

Cited by (4)

Figures (24)

1.



2.



3.



4.



5.



6.



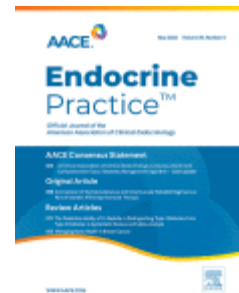
Show 18 more figures

Tables (3)

1. Abbreviations
2. Table 1
3. Table 2

Endocrine Practice

Volume 29, Issue 5, May 2023, Pages 305-340



AACE Consensus Statement

American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2023 Update

Author links open overlay panel Susan L. Samson MD, PhD, FRCPC, FACE^a, Priyathama Vellanki MD^b, Lawrence Blonde MD, FACP, MACE^c, Elena A. Christofides MD, FACE^d, Rodolfo J. Galindo MD, FACE^e, Irl B. Hirsch MD^f, Scott D. Isaacs MD, FACP, FACE^g, Kenneth E. Izuora MD, MBA, FACE^h, Cecilia C. Low Wang MD, FACPⁱ, Christine L. Twining MD, FACE^j, Guillermo E. Umpierrez MD, CDCES, MACP, FACE^k, Willy Marcos Valencia

Abstract

Objective

This consensus statement provides (1) visual guidance in concise graphic algorithms to assist with clinical decision-making of health care professionals in the management of persons with type 2 diabetes mellitus to improve patient care and (2) a summary of details to support the visual guidance found in each algorithm.

Methods

The American Association of Clinical Endocrinology (AACE) selected a task force of medical experts who updated the 2020 AACE Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm based on the 2022 AACE Clinical Practice Guideline: Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Care Plan and consensus of task force authors.

Results

This algorithm for management of persons with type 2 diabetes includes 11 distinct sections: (1) Principles for the Management of Type 2 Diabetes; (2) Complications-Centric Model for the Care of Persons with Overweight/Obesity; (3) Prediabetes Algorithm; (4) Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Reduction Algorithm: Dyslipidemia; (5) Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Reduction Algorithm: Hypertension; (6) Complications-Centric Algorithm for Glycemic Control; (7) Glucose-Centric Algorithm for Glycemic Control; (8) Algorithm for Adding/Intensifying Insulin; (9) Profiles of Antihyperglycemic Medications; (10) Profiles of Weight-Loss Medications (new); and (11) Vaccine Recommendations for Persons with Diabetes Mellitus (new), which summarizes recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.

Conclusions

Aligning with the 2022 AACE diabetes guideline update, this 2023 diabetes algorithm update emphasizes lifestyle modification and treatment of overweight/obesity as key pillars in the management of prediabetes and diabetes mellitus and highlights the importance of appropriate management of atherosclerotic risk factors of dyslipidemia and hypertension. One notable new theme is an emphasis on a complication-centric approach, beyond glucose levels, to frame decisions regarding first-line pharmacologic choices for the treatment of persons with diabetes. The algorithm also includes access/cost of medications as factors related to health equity to consider in clinical decision-making.

MAGASVÉRNYOMÁSOS BETEGSÉG.

A Háziorvos nagy gondja a Magasvérnyomásos beteg kezelése. Jó gyógyszerek mellett, is nehezen kezelhető. Nem szedik rendszeresen, nem időben értesítik az orvost, hogy a meglevő gyógyszerek mellett is

emelkedik vérnyomása. Ilyenkor dózis emelésre, vagy gyógyszercserére lenne szükség, életviteli, életmód változással, amelyekben az orvos csatát veszti.

2024 – Siófok – Oktatók továbbképzésén – Direkt a tanfolyamon kérdeztem meg Járai Zoltán professzort, ha a fiatalabb korosztálynál még abban az esetben is, ha nem terápia rezisztens a betegsége mi a véleménye a vese denervációról, mivelhogy a jól kezelt betegeknel is gyakran elfordulnak magas vérnyomás kiugrások. Esztergomból Dr. Ámon is előadóként vett részt ezen a 4 – napos tanfolyamon.

Válasza ---

Kulcsfontosságú pontok a vese denervációjáról szóló európai klinikai konszenzusnyilatkozatból a magas vérnyomás kezelésében felnőtteknél.

A következő kulcsfontosságú pontokat kell megjegyezni egy európai klinikai konszenzusnyilatkozatból a vese denervációjáról a magas vérnyomás kezelésében felnőtteknél:

Ez az állítás változást jelent az Európai Kardiológiai Társaság/Európai Hipertóniás Társaság (ESC/ESH) 2018-as, az artériás hipertónia kezelésére vonatkozó iránymutatásaihoz képest, amelyekben az eszközalapú terápiák, például a vese denervációja nem javasoltak, kivéve, ha klinikai összefüggésben. próbatételek. Azóta tárgyalásokat és új bizonyítékokat tettek közzé, amelyek indokolják az új nyilatkozatot.

Ez a kijelentés elismeri, hogy a legjobb minőségű vizsgálatok többközpontúak, randomizáltak, színlelt kontrolllosak és vakok, és elsődleges eredményként az ambuláns vérnyomást (BP) használják. Mostanra magas színvonalú tanulmányok készültek, amelyek kimutatták, hogy a vérnyomás 24 órán keresztül csökken mind rádiófrekvenciás, mind ultrahangos vese denervációval, amelyekben enyhe-közepes, súlyos és rezisztens magas vérnyomásban szenvedők is részt vettek.

A vese denervációja nem eredményezte a veseartéria szűkületének hosszú távú növekedését vagy a vesefunkció romlását.

A vese denervációjának vérnyomáscsökkentő hatása 3 évig fennmaradt. A haszon olyan, mint egyetlen gyógyszer, nagyjából 5-10 Hgmm, némi eltéréssel.

Számos vizsgálat kimutatta, hogy a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek be nem tartása volt a fő tényező a rossz vérnyomásszabályozásban, és ügyeltek arra, hogy az alanyok megfelelő orvosi terápiában részesüljenek, bár egyes alanyok nem toleráltak semmilyen gyógyszert, vagy csak minimális gyógyszert szedtek.

A vese denervációja hasznos lehet kontrollálatlan vagy rezisztens magas vérnyomásban szenvedő felnőtteknél (háromszoros gyógyszeres terápia, amelyek közül az egyik vizelethajtó), és lehetőség lehet olyan betegek számára, akik nem tolerálják a hosszú távú gyógyszereket a szükséges dózisokban, vagy akik egyáltalán nem tolerálják a gyógyszereket -

A vese denervációjának szerepe lehet azoknál a betegeknél, akik egyszerűen nem akarnak gyógyszert szedni. A betegeket teljes körűen tájékoztatni kell a vese denervációjának kockázatairól és lehetséges előnyeiről a gyógyszeres kezeléssel összehasonlítva.

A vese denervációját elsősorban azoknak a betegeknél kell ajánlani, akiknél magas a globális kardiovaszkuláris kockázat, és akiknél az intenzív vérnyomáskezelés különösen jelentős előnyökkel járhat.

A vese-denervációt kínáló központoknak tartalmazniuk kell egy multidiszciplináris, magas vérnyomással foglalkozó szakemberekből és intervenciós szakértőkből álló csapatot, akiket kifejezetten a vese denervációjára képeztek ki, és akiknek eredményeit szorosan figyelemmel kísérik. Megjegyzendő, hogy a vese denervációját NEM hagyták jóvá a magas vérnyomás terápiájaként az Egyesült Államokban, de valószínűleg hamarosan felülvizsgálják – ha még nem. Magyarországon nem ajánlott, de megfontolandó. Kérdésemet megértették.

Járai Zoltán professzor ajánlása 2024 – ben is! Siófokon - Tananyag – Jelenleg a Kardiológiai szakrendelők végzik mind az HOLTER – ABPM vizsgálatokat. Főleg diagnosztikai célból. szűrési célból, vagy alvási apnoe szindróma gyanúja esetében.

ha a már kezelt hipertóniás betegnél RR kiugrásai vannak, vagy dózis, vagy gyógyszercserére van szükség.

A fiatal, fiatalabb korosztály továbbra is kerüli rendelónket! Esetleg egy légúti fertőzésnél derül ki magasvérnyomásos beteg. Csak táppénz, táppénz, igazolásért jelentkeznek. Akkor is a munkahely küldi orvoshoz őket! Őszinte vagyok, ha elkapok valakit, azt nagyon kivizsgálom! A fiatalabb korosztály gyakrabban találkozik az üzemorvossal mint velem! Az EESZT rendszer teljesen megnehezítette a szűrési vizsgálatokat. Kötelezni nem lehet, ezt csak az üzemorvos tehetné meg! Szűrünk! De a fiatal, és fiatalabb korosztály nagy hátrányba került! A multikkal szemben nem hinném nyernénk! Ezt egy üzemorvosi tanfolyamon említettem, azt mondták álmodozom! Tehát azt szűröm, akit elkapok! Ha elkapom. Ez az egész beszámoló inkább a fiatalok szűréséről szól. – Szívbetegség, cukorbetegség, genetikai, epigenetikai betegségekről és gyulladásoos betegségekről. Ez a tény és valóság! Az idős betegek megtehetik nem kérik a vizsgálatot, mert tényleg teljesen ki vannak vizsgálva, legtöbbjük szakorvosi gondozásban áll, mert időben szűrtük őket. Diplomáciai készségre, türelemre van szükség, és sok minden megoldható, nem állunk rosszul. Az idegen vendégek még a kivizsgálást is megtagadják. Tehát nem kerülnek sokba. Angolra fordított nyomtatványokat adok a kezükbe. Még eddig semmi komolyabb betegség, vagy komplikáció nem volt.

Az ABPM mérés javallatai és ellenjavallatai neuropáthiája is van.

Érdemes a monitorozást elvégezni a következő okokból és célokból:

- Alvási apnoe szindróma gyanúja. (Légsin terápia előtt közben CPAP, BiPAP vagy akiknek végtagfájdalmaik vannak, alvás alatt lábfej dorzálflexió, térd, csipő flexió, vagy REM – magatartás zavara – elalvási myoklonusokkal- izomrángásokkal- vagy alvási felébredései vannak, egyszóval ha végtag mozgási zavarai vannak – RLS/PLMD és dopaminerg gyógyszert szed rá, PRAMIPEXOL. Vagy neuropáthiája is van. Ezeknél a Stroke, a szívinfartus, a magas vérnyomás, a szívritmus zavarok külön rizikó faktorok. Genetikai vizsgálat is szükséges, HLA – meghatározás, is szükséges a poliszomnográfias vizsgálatnál. Gyakori a Narkolepszia – nappali bealvás álmodással hipnagóg hallucináció, nevetésre kialakuló izomtonus vesztés – KATAPLEXIA vagy ébredés utáni megmozdulási képtelenség, -

alvási paralízis. Az alvás elleni stimulánsok – METILFENIDÁT – MODAFINIL, RR – kiugrást, szívritmus zavarokat okozhat, továbbá

- Autonóm diszfunkció megítélése - Diabetes mellitusos betegeknel. CAN – fatális szívritmus zavar kimenettel—a KATAPLEXIA kezelése, KLOMPRAMIN- nal, már egy veszélyes triciklikus antidepresszáns, neurotoxikus szindrómát okozhat, felhevüléssel! Halálos lehet!
- 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 vizsgálatától, vagy úgy ítéljük meg, hogy nem együttműködő.

Ha konzekvensen magas a rendelői vérnyomás, stabil WHC –ról van szó eredményes a kezelésük! Tehát vérnyomás csökkentő gyógyszereket kell adni! ELISA vizsgálat! A HYVET vizsgálat csak a 80 évesekre fókuszált! 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. A140 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 típusú 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, Diurnális 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 diurnális 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 legtöbb szívinfarktus, stroke, hirtelen szívhalál ez az időszak, ezeknek a sokszor fatális CV eseményeknek - cirkadián incidenciájuk maximuma!

Ugyancsak az ABPM – mérésnél maradv!

A Hypertoniás időindex PERCENT TIME ELEVATION INDEX (PTEI: percent.

- 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 valószínűsítho 40% - nál nagyobb célszervkárosodást bizonyít.

KOLESZTERIN ---

Ami körzetünkben gyakori magasvérnyomás – arterioszklerózis, magasvérnyomás – arterioszklerózis – cukorbetegség.

Kevés betegnek van igénye Lipid Centrumba menni. Nem tudunk róluk. Akiket beküldünk nem jelzik vissza.

Két betegről tudok akit monoklonális antitesttel kezelnek PCSK9 – el. Nagyon magas az atheroscleroticus cardiovascularis betegség (ASCVD) kockázatnál, azaz akiknek a kórtörténetében több jelentős

ASCVD esemény vagy egy jelentős ASCVD esemény és több magas kockázatú állapot szerepel:

Ezetimibet kell hozzáadni, ha az LDL-C ≥ 70 mg/dl a maximálisan tolerált sztatinkezelés mellett.

Lépésenkénti megközelítés az új lipidcsökkentő gyógyszerekről -----
Sherrie R. Webb, PA-C

PCSK9 - monoklonális antitest terápiát kell hozzáadni, ha az ezetimib és a maximálisan tolerált statin ellenére az LDL-C ≥ 70 mg/dl vagy a nem-nagy sűrűségű lipoprotein koleszterin (nem – NON -HDL-C) ≥ 100 mg/dl.

A bempedonsav megfontolható, ha aggódik a PCSK9-inhibitor költségei miatt.

Az Inclisiran alkalmazása megfontolható azoknál a betegeknél, akik a ritkább injekciókat részesítik előnyben.

Homozigóta familiáris hiperkoleszterinémiában szenvedő betegeknél megfontolandó a lomitapid vagy az evinakumab alkalmazása.

Azoknál a betegeknél, akiknél nem túl magas az ASCVD kockázata, és ≤ 75 évesek:

Ezetimibet kell hozzáadni, ha az LDL-C ≥ 70 mg/dl a maximálisan tolerált statinon. terápia

Megfontolandó a bempedonsav, ha az LDL-C ≥ 70 mg/dl marad az ezetimib és a maximálisan tolerált statin ellenére.

Azoknál a betegeknél, akiknél nem túl magas az ASCVD kockázata, és 75 év feletti, közepes intenzitású vagy nagy intenzitású statin adható, szükség esetén utólagos intenzitással.

Az icosapent etil alkalmazása megfontolandó azoknál a betegeknél, akiknek trigliceridszintje ≥ 135 mg/dl, és megfelelnek a REDUCE-IT kritériumoknak.

A jövőben új, lassító géntechnológián alapuló lipidmódosító szerek válhatnak elérhetővé.

Az új terápiák az LDL-C-n kívül más lipideket is megcélozhatnak, például HDL-C-t, triglicerideket és lipoproteint(a).

2022. november 7-én befejeződött a bempedoinsav kardiovaszkuláris kimenetelű vizsgálata (CLEAR Outcomes). 2022. december 7-én a vizsgálat szponzora arról számolt be, hogy a CLEAR Outcomes vizsgálat elérte elsődleges végpontját, a MACE-4 statisztikailag szignifikáns csökkenését (szív- és érrendszeri halálozásnak nem halálos szívinfarktus, nem végzetes stroke vagy koszorúér-revaszkularizáció esetében) bempedoinsavval a placebóval összehasonlítva. Nincsen hosszú távú eredmények.
Koleszterinszintre vonatkozó irányelvek

Kockázati kategória - Cél LDL-C szint
Nagyon alacsony <55 mg/dl (<1,4 mmol/l)
Alacsony <70 mg/dl (<1,8 mmol/L)

Mérsékelt – közepes <100 mg/dl (<2,6 mmol/L) Magas <115 mg/dl (<3,0 mmol/L)

Trigliceridszintje ≥ 135 mg/dl

– Az Egyesült Államok Preventive Services Task Force ajánlási nyilatkozata a sztatinok használatáról a szív- és érrendszeri betegségek elsődleges megelőzésére felnőtteknél. A munkacsoport azt javasolja a 40-75 év közöttieknek, akiknél magas a szív- és érrendszeri betegségek kockázata, hogy sztatinot szedjenek az első szívroham vagy szélütés megelőzésére.

Cukorbetegségben is az 1,4 mmol/l LDL-C szint ajánlott!

TUMOROS BETEGSÉGEK – RÁK – folyamatosan végezzük a rákszűrést.

Sajnos egy szolid tumorban egyszerre vannak jelen a prosztatata, tüdő, mell, vastagbél, petefészek, stb rákos sejtek. Csak az egyiket tudod kezelni, a többi még tovább fejlődik.

ÁTTÖRÉS – Nem akarom hamisítással vádoljanak közlöm az angolnyelvű szöveget is.- Los ANGELES – A City of Hope, az Egyesült Államok egyik legnagyobb rákkutató és rákkezelő szervezete kutatói ma új tanulmányt tettek közzé, amelyben elmagyarázzák, hogyan szedtek be egy fehérjét, amelyről korábban azt hitték, hogy túl nagy kihívás volt a célzott terápiához, proliferáló sejtnukleáris antigén (PCNA)), és kifejlesztett egy célzott kemoterápiát, amely a preklinikai kutatások során úgy tűnik, hogy megsemmisíti az összes szolid daganatot. Miközben a tudósok továbbra is vizsgálják azokat az alapvető mechanizmusokat, amelyek miatt ez a rákmegállító tabletták működik állatmodellekben, megjegyzik, hogy folyamatban van egy 1. fázisú klinikai vizsgálat, amely a Remény városa által kifejlesztett terápiás hatást embereken teszteli.

Áttörés történt a rákos megbetegedések kezelésében! A rákos sejtek DNS osztódásának caPCNA blokkolása által - AOH 1996 – ligandummal, a molekula a Neuroblastomában szenvedő Anna Olivia Healy /(1996- 2006) beteg nevére lett elnevezve! Egereken, kutyákon elvégzett kísérletekben eddig 70 ráktípusban hatékony, 2023 – ban indult el az emberekkel elvégzendő, Fázis I vizsgálat, az AOH 1996 PCNA inhibitorral. A legtöbb célzott terápia egyetlen útvonalra összpontosít, amely lehetővé teszi a ravasz rák mutációját és végül rezisztenssé válását – mondta Linda Malkas, Ph.D., a City of Hope Molekuláris Diagnosztikai és Kísérleti Terápiás Tanszékének és a M.T. & B.A. Ahmadienia molekuláris onkológia professzor. A Malkas rákölő tablettát azonban az elmúlt két évtizedben fejlesztették ki, az AOH1996-ot, amely a PCNA rákos variánsát célozza meg, egy olyan fehérje, amely mutált formájában kritikus szerepet játszik a DNS-replikációban és az összes növekvő daganat helyreállításában.

„A PCNA olyan, mint egy nagy légitársasági terminál csomópont, amely több repülőkapuval rendelkezik. Az adatok azt sugallják, hogy a PCNA egyedülálló módon módosul a rákos sejtekben, és ez a tény lehetővé tette számunkra, hogy olyan gyógyszert tervezzünk, amely csak a PCNA formáját célozza meg a rákos sejtekben. A rákölő tablettánk olyan, mint egy hóvihár, amely bezár egy kulcsfontosságú

légitársasági csomópontot, és csak a rákos sejteket szállító repülőgépeken állít le minden be- és kijáratot” – mondta Malkas, a Cell Chemical Biology című folyóiratban ma megjelent új tanulmány vezető szerzője. „Az eredmények biztatóak voltak. Az AOH1996 képes elnyomni a tumor növekedését monoterápiaként vagy kombinált kezelésként sejt- és állatmodellekben anélkül, hogy toxicitást okozna. A vizsgált kemoterápiás szer jelenleg az 1. fázisú klinikai vizsgálat alatt áll embereken a City of Hope-ban.

Az AOH1996 hatékonynak bizonyult az emlő-, prosztatá-, agy-, petefészek-, méhnyak-, bőr- és tüdőrákból származó sejtek kezelésében végzett preklinikai kutatásokban, és a City of Hope kizárólagos licence az RLL, LLC biotechnológiai vállalat számára, amelynek Malkas társalapítója és pénzügyi érdekeltsége van.. A kutatók az AOH1996-ot, egy kis molekulájú PCNA-gátlót teszteltek több mint 70 rákos sejtvonalon és számos normál kontroll sejtben. Azt találták, hogy az AOH1996 szelektíven elpusztítja a rákos sejteket azáltal, hogy megzavarja a normális sejtszaporodási ciklust. Célja az úgynevezett transzkripciós replikációs konfliktusok, amelyek akkor fordulnak elő, amikor a génexpresszióért és a genomduplikációért felelős mechanizmusok ütköznek. A vizsgálati terápia megakadályozta, hogy a sérült DNS-sel rendelkező sejtek a G2/M fázisban osztódjanak, és az S fázisban a hibás DNS-ről másolatot készítsenek. Ennek eredményeként az AOH1996 rákos sejthalált (apoptózist) okozott, de nem szakította meg az egészséges őssejtek szaporodási ciklusát.

Ezt a fehérje komplexumot a meglévő sebészeti kemoterápiával, sugárterápiával együtt lehet alkalmazni. Mikor lépünk velük kapcsolatba? Ezt a hírt elküldtem Dr. Blasszauer Céliának, aki a MedicalScalNew keretén belül éppen a tüdőrákról szervezett egy előadást. Visszaírta hogy nélkülem már nem lehetne előadást sem tartani. Ugyanígy egy német ismerősömnek is elküldtem, hátha a Bambergi onkológia felveszi a kapcsolatot USA - val. Nem tudok róla. De februárban elküldtem az angol királynak és biztos a klinikán kezelteti magát, mert rá két hétre a menyje is bejelentette, hogy petefészek daganata van. Látásból ismerem az angol családorvosi tanszék vezetőjét, jelen volt

mikor Merkely Béla professzor személyesen adta át nekünk a Címzetes főorvosi kinevezést. Az angol tanszékvezető húzta el előlem az Ukrán orvost, akinek azt magyaráztam, hogy sok Ukrán idős menekültnél ízületi gyulladás észlelhető, a gyulladásos faktorokról beszéltem neki, (lásd beszámoló), háború idején, miközben biztos más támogatásért volt jelen Magyarországon. Azért megkérdezném, mit tesz az angol családorvosi tanszék királyukért.

A LEVÉL – ANGOLUL

Your Majesty's truth is the inspiration of the Holy Spirit. Let it not be like this, the Lord did not sacrifice his only son for us to suffer, we must trust him, he freely entrusts the solution to us, it is up to us to choose, whether we want it or not, the only truth, in the eternal struggle against ourselves, when it is already in our nature that we do not even understand ourselves. In today's world, many people cannot understand, I cannot apologize if I referred to the Holy Spirit, Your Majesty and Your Majesty's family have already made so many sacrifices for humanity that the Holy Spirit could never leave them alone. As for the fate of humanity, it does not sound good to forget armaments and military technology while forgetting about the research institutes that fight to maintain human life. Real facts! Today, everyone would just develop an atomic bomb! Nowhere in the world can you hear of a collaboration that would make sacrifices for medical research. To support researchers such as - City of Hope California. - Researchers working in the USA!

There has been a breakthrough in the treatment of cancer! By blocking the DNA division of cancer cells with the ligand caPCNA - AOH 1996, the molecule was named after the patient Anna Olivia Healy / (1996-2006) suffering from Neuroblastoma! It has so far been effective in 70 types of cancer in trials conducted on mice and dogs, and a Phase I trial with the AOH 1996 PCNA inhibitor to be conducted in humans will begin in 2023. And that's a fact! I see no interest! And this is also suggested by the Holy Spirit. Something should be done. Fact!

NEWS RELEASE 1-AUG-2023

City of Hope scientists develop targeted chemotherapy capable of killing all solid tumors in preclinical research

The City of Hope-developed investigational small molecule selectively disrupts DNA replication and repair in cancer cells, leaving healthy cells unaffected, a new study reports. Most targeted therapies focus on a single pathway, which enables wily cancer to mutate and eventually become resistant, said Linda Malkas, Ph.D., professor in City of Hope's Department of Molecular Diagnostics and Experimental Therapeutics and the M.T. & B.A. Ahmadinia Professor in Molecular Oncology. However, the cancer-killing pill Malkas has been developing over the past two decades, AOH1996, targets a cancerous variant of PCNA, a protein that in its mutated form is critical in DNA replication and repair of all expanding tumors.

“PCNA is like a major airline terminal hub containing multiple plane gates. Data suggests PCNA is uniquely altered in cancer cells, and this fact allowed us to design a drug that targeted only the form of PCNA in cancer cells. Our cancer-killing pill is like a snowstorm that closes a key airline hub, shutting down all flights in and out only in planes carrying cancer cells,” said Malkas, senior author of the new study published in Cell Chemical Biology today. “Results have been promising. AOH1996 can suppress tumor growth as a monotherapy or combination treatment in cell and animal models without resulting in toxicity. The investigational chemotherapeutic is currently in a Phase 1 clinical trial in humans at City of Hope.”

AOH1996 has been effective in preclinical research treating cells derived from breast, prostate, brain, ovarian, cervical, skin and lung cancers and is exclusively licensed by City of Hope to RLL, LLC, a biotechnology company that Malkas co-founded and holds financial interest in. Your Majesty, I apologize if I am tired, I cannot resist the outpouring of the Holy Spirit, He only knows Love and hugs. About how to help others

A siker a HOPE intézeté!

Ezt a siker hírt Donald Trump úr csoportjaiban is megosztottam, mikor panaszt tettem, hogy David Pressman semmit sem tesz az ellen, hogy Magyarországon Donald Trump úr kampány beszédeiben ne szakadjon meg a hangja. Nagy cirkusz lett belőle, utána nyilatkoztak a Soros civil szervezetek is az USA – ban. Utána megkértek legyek

tagja valamelyik Donald Trump csoportnak! Hogyan? Nem vagyok sem politikus, sem újságíró, orvos vagyok! Az angol király facebook oldala elfogadta levelem. De mint Magyar házi orvos, a piciny Magyarországból, házi orvosként, hogyan írok az angol királynak beutalót. A király és menyje jól van. Biztos vagyok a HOPE intézet is kezeli őket. A királyi család folyamatosan a facebook lapomon van! Nem illene írjak. Van botrányból elég! Mikor írtam rosszul volt azt írta tanácstalan magával szemben, és nem érdekli, hogy mások mit gondolnak róla. Erre válaszoltam beutalóval! Aznap utána (télen februárban) helikopterrel szállították a kórházba. 2024 Június 6-án, ő celebrálta a D – nap ünneplését.

Felső elnézést kérek öntől, ha, nem tudok ellenállni a Szent Lélek kiáradásának, csak Szeretetről, ölelésről tud. Arról hogyan segítsünk, másokon..

Your Majesty, I apologize if I am tired, I cannot resist the outpouring of the Holy Spirit, He only knows Love and hugs. About how to help others

A vírusok miatt kijavítani sem tudnám a levelet.

Felső igaz a Szent Lélek sugallata. Tegyel érte ne legyen így, az Úr nem azért áldozta fel egyetlenegy fiát értünk, hogy gyötrődjünk, bízunk kell benne, szabadon ránk bízva a megoldást, tőlünk függ a választás, ha akarjuk, nem akarjuk, az egyetlenegy igazságot, a saját magunk elleni örök küzdelemben, amikor eleve benne van természetünkben, hogy saját magunkat sem értjük meg. A mai világban sokan nem érthetik, nem kérhetek elnézést ha Szent Lélekre hivatkoztam, Felső, és Felső családja, már olyan sok áldozatot hozott az emberiségért, hogy a Szent Lélek sosem tudná magára hagyni. Ami pedig az emberiség sorsát illeti, nem hangzik jól, a fegyverkezés, a haditechnika felejtése, miközben megfélemlítjük, azokról a kutató intézetekről amelyek az ember élete fenntartásáért küzdenek. Valóságok! Ma mindenki csak atombombát fejlesztene! Sehol a világban nem hallani, egy olyan összefogásról, amely az orvoskutatásokért hozna áldozatokat. Hogy olyan kutatókat támogassanak mint például

- A Remény városában City of Hope Kalifornia. – USA- ban dolgozó kutatókat!

Áttörés történt a rákos megbetegedések kezelésében! A rákos sejtek DNS osztódásának caPCNA blokkolása által - AOH 1996 – ligandummal, a molekula a Neuroblastomában szenvedő Anna Olivia Healy / (1996- 2006) beteg nevéből lett elnevezve! Egereken, kutyákon elvégzett kísérletekben eddig 70 ráktípusban hatékony, 2023 – ban indult el az emberekkel elvégzendő, Fázis I vizsgálat, az AOH 1996 PCNA inhibitorral. És ez tény! Nem látok érdeklődést! És ezt is a Szent Lélek sugalja. Tenni kellene valamit! A Remény városában City of Hope Kalifornia. – USA- ban!

- NEWS RELEASE 1-AUG-2023

City of Hope scientists develop targeted chemotherapy able to kill all solid tumors in preclinical research

The City of Hope-developed investigational small molecule selectively disrupts DNA replication and repair in cancer cells, leaving healthy cells unaffected, a new study reports.

Peer-Reviewed Publication

CITY OF HOPE

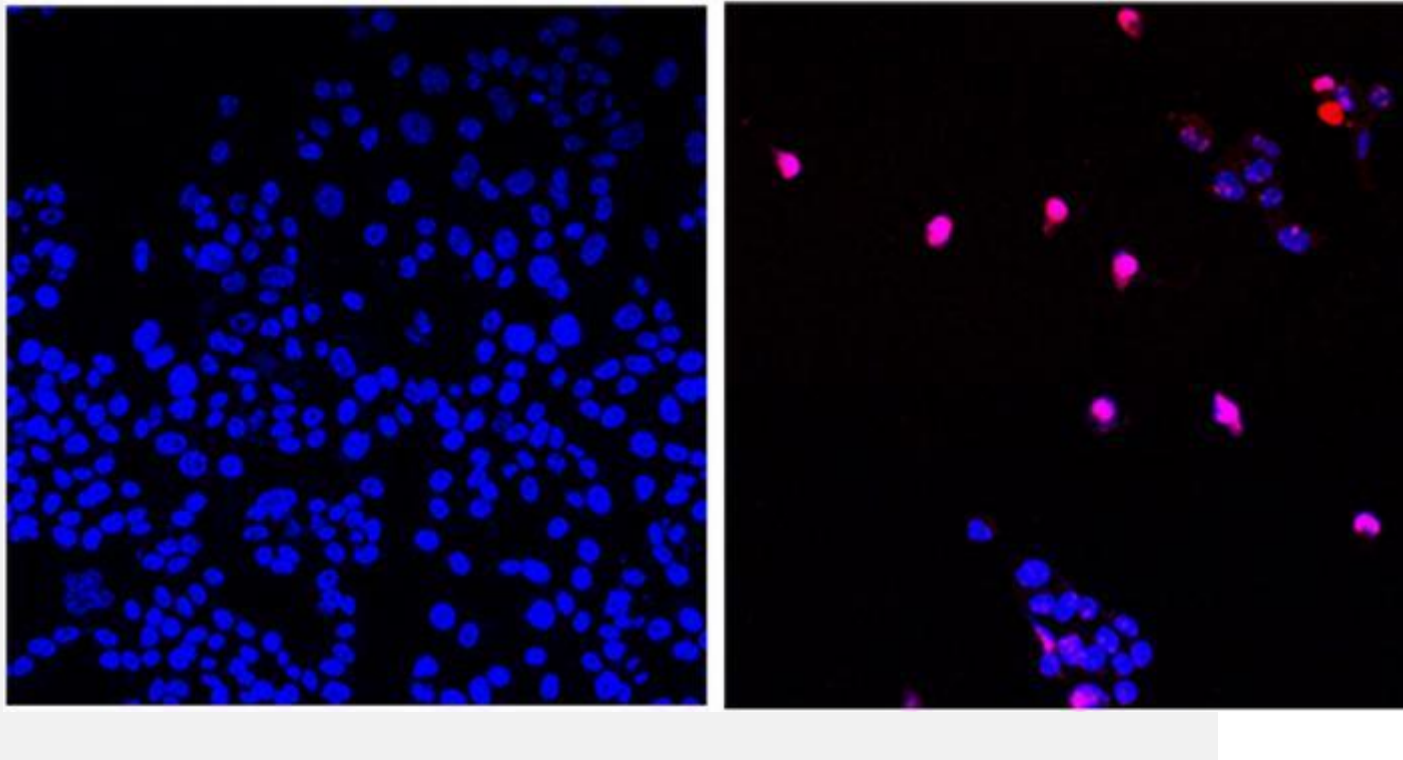


IMAGE: THE CITY OF HOPE-DEVELOPED SMALL MOLECULE AOH1996 TARGETS A CANCEROUS VARIANT OF THE PROTEIN PCNA. IN ITS MUTATED FORM, PCNA IS CRITICAL IN DNA REPLICATION AND REPAIR OF ALL EXPANDING TUMORS. HERE WE SEE UNTREATED CANCER CELLS (LEFT) AND CANCER CELLS TREATED WITH AOH1996 (RIGHT) UNDERGOING PROGRAMMED CELL DEATH (VIOLET). [view more](#)

LOS ANGELES — Researchers at City of Hope, one of the largest cancer research and treatment organizations in the United States, today published a new study explaining how they took a protein once thought to be too challenging for targeted therapy, proliferating cell nuclear antigen (PCNA), and developed a targeted chemotherapy that appears to annihilate all solid tumors in preclinical research. As the scientists continue to investigate the foundational mechanisms that make this cancer-stopping pill work in animal models, they note that there is an ongoing Phase 1 clinical trial testing the City of Hope-developed therapeutic in humans.

JOURNAL

Cell Chemical Biology

METHOD OF RESEARCH

Experimental study

SUBJECT OF RESEARCH

Cells

ARTICLE TITLE

Small Molecule Targeting of Transcription-Replication Conflict for Selective Chemotherapy

ARTICLE PUBLICATION DATE

1-Aug-2023

COI STATEMENT

Linda Malkas, Ph.D., developed the investigational small molecule AOH1996, which is exclusively licensed by City of Hope to RLL, LLC, a biotechnology company that Malkas holds financial interest in.

Disclaimer: AAAS and EurekAlert! are not responsible for the accuracy of news releases posted to EurekAlert! by contributing institutions or for the use of any information through the EurekAlert system.

Article Smallmoleculerargetingoftranscription-replication conflictforselectivechemotherapy Graphicalabstract Highlights
dCrystallography-directedmedicinalchemistryidentifiesa PCNAligand(AOH1996)
dAOH1996enhancesPCNAandRPB1interactionand interfereswithTRCresolution dAOH1996inducesDNAdouble-strandedbreaksina transcriptiondependentmanner
dGivenorally,AOH1996suppressesstumorgrowthbutcauses nodiscernablesideeffect Authors LongGu,MinLi,CarolineM.Li,..., RobertJ.Hickey,J.JeffersonP.Perry, LindaH.Malkas Correspondence Lgu@coh.org Inbrief Guetal.usedcrystallography-directed medicinalchemistrytoidentifyasmall moleculeligandofPCNAthatinterferes withtheresolutionoftranscriptionreplicationconflicts.Thiscompoundwas foundtobeorallyactiveandinhibited tumorgrowthinanimalswithoutcausing

anydiscernabletoxicityevenat6times itseffectivedose.
Guetal.,2023,CellChemicalBiology30,1 – 13 October19,2023^a
2023TheAuthors.PublishedbyElsevierLtd.
<https://doi.org/10.1016/j.chembiol.2023.07.001>

Small molecule targeting of transcription-replication conflict for
selective chemotherapy

Cell Chemical Biology (IF 8.6) Pub Date: 2023-08-01 ,
DOI:10.1016/j.chembiol.2023.07.001

Long Gu, Min Li, Caroline M. Li, Pouya Haratipour, Robert
Lingeman, Jennifer Jossart, Margarita Gutova, Linda Flores, Caitlyn
Hyde, Nikola Kenjić, Haiqing Li, Vincent Chung, Hongzhi Li, Brett
Lomenick, Daniel D. Von Hoff, Timothy W. Synold, Karen S.
Aboody, Yilun Liu, David Horne, Robert J. Hickey, Linda H. Malkas

A HOPE intézet kutatásai mindent felülírtak! De a szükséges
kezeléseket tovább kell folytatni akár kemoterápia, sebészeti sugár
kezelés, és biológiai gyógyszerek

Tisztelettel Dr. Szabó András.