

Beszámoló
a Magyar Honvédség – Honvédkórház
Tudomány Napi rendezvényéről
2011. 11. 24.

Program

- 8:30 – 8:35 Plenáris megnyitó
- 8:35 – 9:00 Semmelweis terv – Térségi ellátászservezés – Kórházaink együttműködése
Dr. Velkey György,
Dr. Demeter János
- „A” szekció**
- 9:00 – 9:15 Magyar Protézis Regiszter helyzete 2011-ben
Dr. Böröcz István,
Dr. Molnár Péter
- 9:15 – 9:30 Csípőprotézis revíziók során talált kiterjedt metallózisok
Dr. Batyalik István,
Dr. Zelenák Gergő o.fhdgy.,
Dr. Böröcz István
- 9:30 – 9:45 Sebészeti szempontok a fasciitis necrotisans kezelésében
Dr. Bakity Boldizsár o.ezds.,
Dr. Nagygyörgy Ádám o.örgy.
- 9:45 – 10:00 Stentimplantációt követő szívűtetek a Honvédkórház-ÁEK Szív-,
Ér-, és Mellkassebészeti Osztályán 2007 és 2011 között
Dr. Sugár Tamás,
Dr. Matlakovics Balázs o.fhdgy.,
Dr. Ignácz Ottó o.örgy.,
Dr. Vaszily Miklós,
Prof. Dr. Tomcsányi István Ph.D.
- 10:00 – 10:15 Fisztula ani kezelésének új metódusa
Dr. Bakity Boldizsár o.ezds.,
Dr. Záborszky Zoltán o.örgy.,
Dr. Horváth László
- 10:15 – 10:30 Korai stádiumú nem tapintható emlődagánatok műtėti kezelésével
szerzett tapasztalataink
Dr. Farsang Zoltán,
Dr. Nagygyörgy Ádám o.örgy.,
Dr. Horváth László,
Dr. Forrai Gábor,
Dr. Riedl Erika,
Dr. Bakity Boldizsár o.ezds.
- 10:30 – 10:45 A góckérdés gyakorlati problémái
Dr. Szmrtyka Ágota o.örgy.,
Dr. Sidó Levente,
Dr. Suri Csilla o.ezds., Ph.D.
- 10:45 – 11:00 Az osztályok együttműködése a modern orvoslásban
Dr. Győri Sándor,

Dr. Bazsó Péter,
Dr. Szalay Zsuzsanna,
Dr. Csáki Gábor o.örgy.,
Dr. Székely László,
Dr. Juhász Boglárka,
Dr. Deák P. Balázs,
Dr. Kálnay Tamás,
Dr. Tamás Róbert o.ezds.

Szünet

- 11:30 – 11:45 A craniocervicalis átmenet daganatai és kezelésük
Dr. Veres Róbert Ph.D.
- 11:45 – 12:00 Vertebroplasztika és kyphoplastika
Dr. Veres Róbert Ph.D.,
Dr. Kővári Viktor Zsolt
- 12:00 – 12:15 Sürgősségi ultrahang a Honvédkórházban
Dr. Stefán Ágnes,
Dr. Riedl Erika,
Dr. Forrai Gábor
- 12:15 – 12:30 Fekvő digitális sztereotaxiás emlő vákuum asszisztált biopszia (VAB) használata a gyakorlatban – az első év tapasztalatai a mikromeszesedések diagnosztikájában
Dr. Forrai Gábor,
Dr. Riedl Erika,
Dr. Cserepes Éva,
Dr. Farsang Zoltán,
Dr. Bakity Boldizsár o.ezds.
- 12:30 - 12:45 A perifériás eredetű vertigo agy melletti diagnosztikája
Dr. Helff erich Frigyes o.alez., Ph.D.
- 12:45 - 13:00 Ritka akut cerebrovaszkuláris kórképek: diagnosztikai, differenciál-diagnosztikai megfontolások
Dr. Pozsár Kinga
- 13:00 - 13:15 Diagnosztikus nehézség vagy diagnosztikus tévedés? Esetismertetés
Dr. Fekete László,
Dr. Bakity Boldizsár o.ezds.,
Dr. Záborszki Zoltán o.örgy.,
Dr. Horváth László,
Dr. Vörös Attila
- 13:15 – 13:30 A Tc-99m és az In-111 jelzett somatostatin analógokkal végzett somatostatin receptor szcintigráfia összehasonlító értékelése, kezdeti tapasztalataink
Dr. Buga Klára,
Dr. Varga Zsolt,
Dr. Takács Edit,
Dr. Valent Violetta,
Dr. Bálint Botond,

Dr. Dabasi Gabriella

Dr. Szilvási István Ph.D.

13:30 – 13:45 Immunológiai vizsgálatok fertilitási zavarokban

Dr. Szabó Zsófi a,

Dr. Petrányi Győző,

Dr. Padányi Ágnes,

Dr. Simsa Péter,

Dr. Fülöp Vilmos,

Dr. Simon Judit,

Dr. Miklós Kata

„B” szekció

9.00 – 9.15 A vékonybelek fisztulázó Crohn-betegsége, vagy mégsem?

Esetbemutatás

Dr. Szász Norbert,

Dr. Szamosi Tamás,

Dr. Csikós D.,

Dr. Lestár Béla Ph.D.,

Prof. Dr. Banai János Ph.D.

9.15 – 9.30 Esetismertetés - életmentő lehet egy „fél” polypectomia?

Dr. Schafer Eszter,

Dr. Szvatek Andrea,

Dr. Rábai Kálmán,

Dr. Zsigmond Ferenc

9.30 – 9.45 Az akut veseelégtelenség okai, diagnózisa, tünetei, lefolyása és kezelési lehetőségei

Dr. Borbély Tímea,

Dr. Zsigmond György

9.45 – 10.00 A prosztero-laterális disszekció szerepe a laparoszkópos radikális prosztatektómia során és hatása a korai posztoperatív kontinenciára

Prof. Dr. Papp György Ph.D.,

Dr. Kovács Gábor ny o.alez.,

Dr. Nallbani Marsel,

Dr. Sebestyén László,

Dr. Nagy Félix,

Dr. Kálmán Jenő

10.00 – 10.15 Andrológia és asszisztált reprodukció

Prof. Dr. Papp György

10.15 – 10.30 A magzati kromoszóma vizsgálatok napjainkban

Dr. Tóth András

10.30 – 10.45 1500 gramm alatti koraszülöttek – szülőszoba

Dr. Bodrogi Eszter

Szünet

- 11.30 – 11.45 Korszakváltás az SPA kezelésében
Dr. Tandari Magdolna
- 11.45 – 12.00 Béta-blokkoló kezelés alkalmazása szívelégtelenség ambulancián
gondozott betegek körében
Dr. Muk Balázs,
Dr. Dékány Miklós,
Dr. Nyolczas Noémi,
Dr. Szabó Barna,
Dr. Ancsin Bettina,
Dr. Polgár Balázs,
Dr. Borsányi Tünde,
Dr. Kiss Róbert Gábor Ph.D.
- 12.00 – 12.15 A verapamil alkalmazása transzradiális koronarográfiák
és intervenciók során
Dr. Majoros Zsuzsanna,
Dr. Hizoh István,
Dr. Szabó Gábor,
Dr. Kerecsen Gábor,
Dr. Major László,
Dr. Korda András,
Dr. Molnár Ferenc,
Dr. Kiss Róbert Gábor
- 12.15 – 12.30 Egyénre szabott terápia pszichiátriában
Dr. Kovács Gábor ny. o.ezds.
- 12.30 – 12.45 Daganatos megbetegedés talaján kialakuló para- és tetraplég
betegek rehabilitációja a Honvédkórház – ÁEK Rehabilitációs
Osztályán
Dr. Veszely Judit,
Dr. Svéd László ny. o.altbgy., Ph.D.
- 12.45 – 13.00 Egy titokzatos betegség és rehabilitációs lehetőségei
(Guillain-Barré szindróma)
Dr. Weinhoff Judit
- 13.00 – 13.15 A reziduális lipidkockázat jelentősége a szekunder prevencióban
részesült betegeknél
Dr. Kohut László o.ezds., Ph.D.,
Dr. Berkes Mária o.alez.,
Dr. Csokai Katalin o.alez.
- 13.15 – 13.30 Előre jelezhető-e a nozokomiális infekció valószínűsége?
Prof. Dr. Mózes Tibor D.Sc.,
Gornicsár Katalin,
Dr. Buzogány István Ph.D.

*Magyar Honvédség – Honvédkórház Ortopédiai Osztály, Traumatológiai Osztály,
Magyar Ortopédiai Társaság, Magyar Traumatológus Társaság*

A Magyar Protézis Regiszter helyzete 2011-ben

**Dr. Böröcz István,
Dr. Molnár Péter**

Célkitűzés

A Magyar Ortopédiai Társaság (MOT) égisze alatt, a protézist forgalmazó cégek anyagi támogatásával az Intellimed cég segítségével létrejött egy internet alapú Magyar Protézis Regiszter (MPR), amely az ortopédiai osztályokra vonatkozóan kötelező jelleggel 2007 augusztus elsejétől élesben működik. Az eredményekről rendszeresen beszámoltunk. 2011 áprilisától a Magyar Traumatológus Társaság (MTT) csatlakozása is megtörtént. Ez lehetővé teszi az ország teljes lefedését és a végső célt a 100%-os jelentést, követést.

Módszer

A MOT és MTT honlapján érhető el a regiszter, olvasható egy rövid tájékoztató és letölthetők az MPR adatlapok PDF formában, valamint beteg beleegyező nyilatkozat és a kitöltési útmutató. Az interneten elérhető adatlapok megegyeznek a letölthetőkkel, így lehetőség nyílik az adatlapok kitöltésére direkt online, vagy a kinyomtatott, majd kitöltött adatlapok alapján egy későbbi bevitelre. A bevétel után lehetséges score lapok elérése is. A rögzítés ideiglenesen és véglegesen történhet. Az egyes osztályok a saját adataikhoz férnek hozzá. A protézis típusok és komponensek a lehetőségekhez képest naprakész adatbázisból vihetők be. Az osztályokhoz rendelt, hozzáférési engedély után lehet a rendszerhez kapcsolódni. A betegek a TAJ szám alapján követhetők a rendszerben és a személyes jogoknak

megfelelő adatvédelemben részesülnek. A rendszert a MOT és MTT felügyeli.

Eredmények

Jelenleg már 90 adat áll naprakészen rendelkezésre, amit a bevitt adatlapok alapján a rendszer automatikusan generál. Az indulás óta 25 840 adatlap került végleges kitöltésre 2011 márciusáig. A nő férfi arány 2/1, a betegek jelentős része a 60–80 éves korosztályba tartozik. Az osztályok jelentési fegyelme néhány kivétellel az adatok alapján elmarad az elvárható 100%-tól. Traumatológiai osztályokról értelemszerűen eddig nem történt érdemi bevétel. A lapokon szereplő adatok alapján több szempont szerint lehet elemezni, értékelni a protézis beültetésekkel kapcsolatos adatokat, eredményeket, problémákat. Pl. BMI, diagnózisok, korai szövődmények, műtési idő, protézis komponensek fajtái, stb.

Következtetés

A szerzők összefoglalták a MPR-rel kapcsolatos tapasztalataikat a kezdetek óta. Kiemelik, hogy csak a pontosan a valóságnak megfelelő bevitelnek van értelme, hiszen csak ez hozhat hosszú távon valós, értékelhető, felhasználható adatokat. Jelenleg a bevitt adatok összeállítására, rendszerezésére fordították a figyelmet, lényeges összefüggések megállapítására az elkövetkezendő évek során lesz lehetőség, kiegészítve az eddigieket a traumatológiai osztályokról érkező adatokkal.

Csípőprotézis revíziók során talált kiterjedt metallózisok

**Dr. Batyalik István,
Dr. Zelenák Gergő o.fhdgy.,
Dr. Böröcz István**

Célkitűzés

Csípőprotézis revíziók során talált metallózis háttérben részben implantátum lazulás, törés (5,3 %-ban), részben jelentősen előrehaladott (átlagosan 14 év) cement nélküli (CN) implantátum kopás áll. Metallózis során a fém komponensek külső felszínéről lesodródott fém partikulumok (titán, kobalt ötvözetek), majd ezek környező szövetekbe való infiltrálódása, következményes synovitis, citokin modulált oszteolízis következik be, ami mechanikai irritációval együtt komponens lazuláshoz vezet. Célunk az általunk operált betegek esetében bemutatni a metallózis által okozott elváltozásokat, a műtétek során szerzett tapasztalatainkat.

Módszer

A Honvédkórház Ortopédiai Osztályán 2008–2011 között 114 csípőprotézis revízió történt. A revíziók során 5 esetben találtunk nagyfokú metallóziót (4,3 %). A betegek átlagéletkora a revízió idején 55 (65-31) év volt. A revíziókra a primer műtétet követően átlagosan 13 (23-3) évvel került sor. A vizsgált 5 revízió során tenyésztésre mintát vettünk és vizsgáltuk a gyulladásos paraméterek változását. Vizsgálatunk kiterjedt arra, hogy az implantátum milyen mértékű metallóziót, illetve csontdestrukciót okozott, valamint azt, hogy milyen okok vezettek a talált elváltozások kialakulásához (implantátum kopás, törés). A revíziók so-

rán talált szöveti és implantátum elváltozásokat fotókkal dokumentáltuk.

Eredmények

Az 5 vizsgált revízió során nagyfokú metallóziót találtunk. Egyik esetben sem tudtuk teljesen eltávolítani a környező metallózisos szöveteket. Minden esetben tenyésztésre mintát vettünk, de nem volt pozitív tenyésztési eredmény. A betegek gyulladásos laborparaméterei is normál tartományban voltak. Két esetben az elkopott Aesculap CN vápát, két esetben a laza, törött Protetim CN szárát, egy esetben az elkopott Etropal CN vápát és a laza Etropal CN szárát cseréltük ki. A vápák esetében mind a műanyag, mind a fém komponens jelentősen kopott volt. A száruk esetében a nagytompor kagylószerűen felszívódott. Homológ csontgraftot, vápakosarat egyik esetben sem használtunk.

Következtetés

Csípőprotézis revíziók során viszonylag ritkán találkozunk metallózissal. Ezen műtétek során gyakorlatilag lehetetlen eltávolítani a metallózisos szöveteket, de talán erre nincs is szükség, mivel steril körülmények között zajlik le a komponens lazulásának folyamata (negatív tenyésztés, normál gyulladásos laborparaméterek). Azon revíziók során, amelyeknél metallóziót találtunk a beültetett komponensek várható élettideje azonosnak tekinthető az egyéb steril revíziók során beültetett komponensekével.

Sebészeti szempontok a fasciitis necrotisans kezelésében

**Dr. Bakity Boldizsár o.ezds.,
Dr. Nagygyörgy Ádám o.örgy.**

Az előadásunkban a mindennapi tevékenységük alatt felbukkant fasciitis necrotisans diagnózissal kezelt eseteiket mutatjuk be. Fasciitis necrotisans az életet is veszélyeztető bőr-, és lágyrészfertőzés, ami elsődlegesen a szubkután szöveteket, valamint a fasciát érinti. A végtagon a kialakult fertőzés nyirokódémához vezet, ami a klinikai képet meghatározza. A betegséget leggyakrabban a *Streptococcus* és *Staphylococcus aureus* (46%) okozza. Az A csoportú streptococcus patogenitását meghatározza a toxinképzés, a szuperantigénként viselkedő toxin súlyos destrukciót okoz a lágyrészekben. A betegség progresszióját a baktériumok toxinja, a baktérium invázió és kolonizáció mértéke a gazdaszervezet reakciója (immundeficiencia), a társbetegségek (diabetes mellitus, veseelégtelenség, krónikus alkoholizmus) határozza meg.

A kezelés minden esetben célzott széles spektrumú antibiotikum terápia, intenzív ellátás (tüneti kezelés) ágynyugalom, fájdalomcsillapítás, antikoaguláció (LMWH), radikális sebészi nekrektómia és a folyamat progressziója miatt a nekrotizált szövetek ismételt eltávolításából állt. A folyamat progressziójának megállítása után a vákuum asszisztált sebkezelés, majd a plasztikai sebészettel közösen végzett helyreállító sorozatműtétek következnek.

A gyors kórlefolyás és sokszor a tragikus kimenetel szükségessé teszi a kezelőorvosok széleskörű és tárgyilagos ismereteit a megbetegedéssel kapcsolatban.

Az osztályunkon néhány sikeresen kezelt beteg esetét mutatjuk be, rámutatva a felismerés fontosságára, valamint az interdiszciplináris együttműködés szükségességére.

Stentimplantációt követő szívműtétek a Honvédkórház – ÁEK Szív-, ér-, és Mellkassebészeti Osztályán 2007 és 2011 között

Dr. Sugár Tamás,
Dr. Matlakovics Balázs o.fhdgy.,
Dr. Ignácz Ottó o.örgy.,
Dr. Vaszily Miklós,
Prof. Dr. Tomcsányi István Ph.D.

Osztályunkon 2 500 nyitott szívműtétet végeztünk (CABG 1417) 2007. és 2011. között. Jelenleg a stentimplantációt követően szívműtetre szorult betegeket vizsgáltuk (181 beteg, ebből 13 akut, 168 elektív műtét). 168 CABG műtétet végeztünk, amelyből 153 esetben instent restenosis miatt vált szükségessé a műtéti revaszkularizáció. 5 esetben a PCI szövdményei miatt kellett akut műtétet végezni. 18 kombinált (billeentyű+ CABG) műtétet végeztünk. 13 esetben csak billeentyű műtétre volt szükség. 26 esetben a stentimplantáció időpontjában már fennállt a billeentyű műtét indikációja, azonban rescue PCI történt (158 esetben), majd ezt követően végeztük el a kombinált, vagy billeentyű műtétet. 175 BMS, illetve 63 DES implantáció volt a vizsgált beteganyagban. A teljes revaszkularizáció 36 betegnél történt meg katéteres úton. Az elektív műtéteknél a PCI és a műtét közt eltelt idő 3 hónap és 4 év között van,

átlagosan 7 hónap. Átlagos ITO idő 1,76 nap volt a műtét után, műtét utáni halálozás 7,7% volt. Az akut műtéteknél az ITO idő 2,3 nap, a halálozás 15,4 % volt. Tehát intézményünkben a PCI után szívműtéten átesett betegek többsége „bridge to life” beavatkozáson esett át, melyek többségében a teljes revaszkularizációra nem volt lehetőség, illetve az idő előrehaladtával az implantált stentek beszűkültek. Így rescue PCI-t követően nagy szerepe van a műtét optimalis időpontjának megválasztásában (a műtéti teljes revaszkularizáció elérése céljából) a PCI alatti echo leletnek, valamint az implantált stentek minőségének (BMS vs. DES), illetve a rendszeres angiográfiás kontrollnak. Amennyiben a beteg állapota megengedi a teljes revaszkularizációt biztosító műtét időpontját érdemes a PCI-tól számított legkevesebb 6 hónapra kitolni az instent restenosis mértékének megítélése miatt.

Fisztula ani kezelésének új módszere

**Dr. Bakity Boldizsár o.ezds.,
Dr. Záborszky Zoltán o.örgy.,
Dr. Horváth László**

A fisztula lényegében olyan kóros, az anorectalis régióban lévő járatot jelent, amely a nyálkahártyáról, vagy az anus bőréről kiindulva rövidebb-hosszabb lefutás után vagy vakon végződik (inkomplett fisztula), vagy egy más szakaszon nyílik a végbél vagy az anus lumenébe teljes, komplett sipoly. A fisztula képződés és a tályogban megnyilvánuló akut fertőzés szorosan összefügg egymással.

A sipolyok beosztása: két nagy csoportra osztható: A alacsony – a szokványos mindennapos elnevezés szerint intrasphinctericus – sipolyok, amelyek kezelése a sipoly teljes kiirtása, valamint a magas sipolyok, amelyek az extrasphinctericus jelzöt viselik. Ennek jelentőséget a választott kezelési megoldás ad az extrasphinctericus, magas fisztula esetében a záróizom sérülés miatt inkontinencia lehet!

A Goodsall-szabály a fisztulákat két csoportba sorolja: egy képzelte harántvonal előtt (ventrálisan) nyíló sipolyok lefutása általában egyenes, míg ha a másodlagos nyílás e harántvonal mögött (dorzálisan) észlelhető, e nyílást a sipoly középvonalban látható elsődleges nyílásával egy ívelt, akár patkó alakú sipolyjárat köti össze.

A sipolyok kezelése: Kisebb, felületesebb, intrasphinctericus sipolyok esetében ez nem nehéz: a megfestett és szondával előemelt járatot kimetsszük. Bár sok

nem várható a vizsgálatától, azért helyes az anyagot szövettanilag feldolgozni. A sebet nyitva hagyjuk, mélyebb feltárás esetén lazán csíkozva, hogy a seb belülről kifelé telődjön fel. Igen fontos, hogy minden oldaljáratot feltárjunk!

Az extrasphinctericus sipolyok kezelése: Az anustól viszonylag távol, a bőrtől kiinduló és magasan a rectumban észlelt belső nyílású sipoly esetében joggal gondolhatunk extrasphinctericus lefutásra. Ilyenkor ne kockáztassunk egy inkontinenciát, hanem válasszuk a fonalas vagy *Hippokratészi* módszert: görbített vájtszonda segítségével fűzzünk 4–5 erős fonalat a sipolyba, azok közül egyet csomózzunk meg, és a többi páronként ragasszuk az anus mellé. Rövid narkózisban csomózzuk meg a következőt – egészen addig, amíg az utolsó fonal átvág, vagy már előbb kiesik. A gyógyulás mechanizmusa az, amit a fizikai kísérletben a jégtömböt átvágó, súlylyal húzott dróthurok demonstrál: a teljes sphincter apparátust átvágjuk úgy, hogy az izomrostok rögzülnek és a sipolyjárat fokozatosan intrasphinctericussá, majd teljesen felületessé válik, végül megszűnik anélkül, hogy a kontinencia károsodna. Az extrasphinctericus sipolyok műtete után a legretegettebb szövödmény az inkontinencia károsodása.

Az inkontinenciát *Wexner-score* szerint mérjük. A normális záróizomtonust (számláló) hasonlítjuk a bete-

günk záróizomtónusához (nevező). Az extrasphinctericus sipolyok esetén a záróizom funkció 61,7%-nál normális volt, 23,5%-nál találtak enyhe, vagy súlyos inkontinenciát. Az irodalmi adatok alapján kezelés után 12%-ban van recidiva.

Az extrasphinctericus sipolyok kezelésének új alternatívája: A Cook Biodesign Surgisis „Végbélsipoly Retesz”, amelynek lényege, hogy a reteszt a lágy szövetekbe implantáljuk, azok körkörös konfigurációját megerősítve, az anorektális sipolyokat fokozatosan megszünteti. A végbélsipoly reteszt a sipolycsatorna belső (elsődleges) nyílását biztonságosan elzárja. A belső nyílás a sipoly magas nyomású zónája. Kivarrjuk a végbélsipoly retesz belső (elsődleges) végét a helyére felszívódó varrat segítségével. A varrat megfelelő mélységben kösse össze a bél-

falat és a sipoly reteszt, hogy megelőzze a béltartalom sipolycsatornába ömlését, és hogy a sipoly plug-ot olyan erősen kösse meg, hogy megelőzze annak a csatornán való elmozdulását. A külső (másodlagos) sipolycsatorna-nyílásnak nyitva kell maradnia, hogy a váladék a külső nyíláson keresztül távozzon. A plug beépülése után a sipoly külső nyílása másodlagosan gyógyul, a sphincter ani károsodása nélkül. Néhány eset kapcsán beszámolunk a végbélsipoly kezelésének új módszeréről. Az eljárás nem bonyolult, a sikeres kezelés kulcsa a sipoly belső nyílásának pontos ismerete, valamint a sipoly műtét előtti tisztítása, hogy a sipoly gyulladásmentes állapotban legyen. A módszer leglényegesebb előnye a sphincter ani teljes megkímélése, ezért nem szerepel a műtét utáni szövődményeknél az inkontinencia lehetősége.

*Magyar Honvédség – Honvédkórház I. Sebészeti Osztály,
Központi Radiológiai Diagnosztikai Osztály*

Korai stádiumú, nem tapintható emlődaganatok műtéti kezelésével szerzett tapasztalataink

**Dr. Farsang Zoltán,
Dr. Nagygyörgy Ádám o.örgy.,
Dr. Horváth László,
Dr. Forrai Gábor,
Dr. Riedl Erika,
Dr. Bakity Boldizsár o.ezds.**

Az emlődiagnosztika fejlődése, a szűrővizsgálatok elterjedése miatt egyre gyakrabban kerülnek felfedezésre nem tapintható emlődaganatok. Az elmúlt két évben 210 emlőműtét kapcsán szerzett tapasztalatainkról számolunk be. A preoperatív pontos diagnosztika (mam-mográfia, emlő UH, MRI, aspirációs

cytológia, core biopszia, vacuum asz-szisztált core biopszia) során igazolt emlődaganat, valamint malignitás gyanú (mikrokalcifikáció, szerkezeti torzulás) miatt végzett műtétek során az előzetes jelölés utáni excízió kiemelkedő jelentőségűvé vált. Retrospektív feldolgozás során megállapítottuk, hogy az emlőműté-

tek 48 %-a ma már ún. nem tapintható elváltozás miatt történik. A nem tapintható elváltozások esetén is törekszünk preoperatív hisztológiai mintavétel elvégzésére, amely segíti a korrekt műtéti terv felállítását. Anyagunkban nem tapintható elváltozás esetén, műtét előtt, az elváltozások 90%-ában sikerült biztos szövettani diagnózishoz jutni. Vacuum asszisztált core biopszia megjelenésével kevesebb lett az indeterminált képletek miatti sebészeti beavatkozás. Várhatóan a később benignusnak bizonyuló elváltozások miatt elvégzett excíziók száma további csökkenést fog mutatni. A re-

sekcíós szélek intraoperatív radiológiai vizsgálata segíti definitív műtét végzését. Specimen mammográfia, specimen UH a mindennapi gyakorlatunk részét képezi. Végleges szövettani vizsgálat után kiemelkedő jelentőségű a megfelelő ép reszekciós szél megléte, amelynek hiánya esetén a műtét kiterjesztését tartjuk indokoltnak. Sebészi reszekciós szél elégtelensége miatt mintegy 5%-ban végeztünk reoperációt. T1 tumor méret esetén minden esetben sentinel nyirokcsomó vizsgálatot végzünk, hogy a felesleges axilláris blokdisszekciót elkerüljük.

Magyar Honvédség – Honvédkórház I. Sebészeti Osztály Szájsebészeti Részleg

A góckérdés gyakorlati problémái

**Dr. Szmrtyka Ágota o.örgy.,
Dr. Sidó Levente,
Dr. Suri Csilla o.ezds., Ph.D.**

Előadásunkban a góckérdés problematikájára szeretnénk felhívni ismételten a figyelmet. A témaválasztás aktualitását az adja, hogy a mindennapokban rendszeresen találkozunk gócvizsgálatra jelentkező betegekkkel – kórházunk csaknem valamennyi osztályáról – így ennek a kérdésnek interdiszciplináris jelentősége is nagy. Esetbemutatással is szeretnénk érzékeltetni a társszakmák által felvetett, akár vitát is provokáló kérdésekre

adott sokfajta megoldást kínáló válaszokat. Szeretnénk tájékoztatni az érdeklődőket álláspontunkról, az osztályunkon folytatott vizsgálati elemzés újfajta megközelítéséről, ill. a témával kapcsolatos nemzetközi állásfoglalásról. Az előadás fő célja kitérni a gyakorlati nehézségekre és ezek ismeretében a megoldások közös keresésére, illetve a felmerülő kérések, tanácsok, ötletek összehangolására.

Az osztályok együttműködése a modern orvoslásban

**Dr. Győri Sándor,
Dr. Bazsó Péter,
Dr. Szalay Zsuzsanna,
Dr. Csáki Gábor o.örgy.,
Dr. Székely László,
Dr. Juhász Boglárka,
Dr. Deák P. Balázs,
Dr. Kálnay Tamás,
Dr. Tamás Róbert o.ezds.**

A XXI. században, a modern orvoslásban a legmagasabb szintű ellátás csak a határterületi szakmákkal együttműködve, team munkában képzelhető el. Az előadás bemutatja, hogy a plasztikai sebészet, mint multidiszciplináris szakma, minden szövetpótlásra szoruló betegnek

segíteni tud a társszakmákkal történő együttműködés formájában. Esetismertetésekkel mutatjuk be az együttműködés lehetőségeit kórházunkban, amely kiemelt országos centrumként teljes körű ellátást nyújt akár a legsúlyosabb kórképekkel rendelkező betegek számára is.

Magyar Honvédség – Honvédkórház Idegsebészeti Osztály

A kraniocervikális átmenet daganatai és kezelésük

Dr. Veres Róbert Ph.D.

A kraniocervikális (CC) átmenet daganatainak felosztási áttekintése. A CC átmenetet érintő daganatos betegségek műtéti indikációinak és műtéti feltárási- és ellátási lehetőségeinek ismerteté-

se. Az CC átmenetbeni tumorok műtéti ellátásában a neuronavigációs lehetőségek bemutatása. Ritka, megtévesztő esetek bemutatása.

MH Honvédkórház Idegsebészeti Osztály

Vertebroplasztika és kyphoplasztika

**Dr. Veres Róbert Ph.D.,
Dr. Kövári Viktor Zsolt**

A csigolyastabilizáló vertebroplasztika és kyphoplasztika indikációjának, önálló és egyéb rögzítési eljárásokkal való kombinált alkalmazási módjának és lehetőségeinek bemutatása. AO A1 típusú ágyéki kompressziós csigolyatörés alternatív kezelési módszerének ismertetése.

geinek bemutatása. AO A1 típusú ágyéki kompressziós csigolyatörés alternatív kezelési módszerének ismertetése.

Magyar Honvédség – Honvédkórház Központi Radiológiai Diagnosztika Osztály

Sürgősségi ultrahang a Honvédkórházban

**Dr. Stefán Ágnes,
Dr. Riedl Erika,
Dr. Forrai Gábor**

A Honvédkórház egyike Magyarország legnagyobb kórházainak, ahol az SO1 szintű Sürgősségi Osztály súlyponti szerepet tölt be, köszönhetően a kiterjedt ellátási területnek, valamint az intézet magas színvonalú szubspecialitásainak és a tetőn kiépített heliportnak. A beteganyag széles spektrumot ölel fel a súlyosan sérült politraumatizáltaktól a potenciálisan trombolízisre alkalmas sztrók betegeken át az olyan egyszerű hasi kórképekig, mint az appendicitis.

Ennek elengedhetetlen feltétele a megfelelő képalkotó diagnosztikai háttér, amelyet a Központi Radiológiai Diagnosztika Osztály tapasztalt munkatársai, és gépparkja tesz lehetővé. Osztályunkon az ultrahang folyamatosan hozzáférhető.

2010-ben összesen 11 621 sürgős ultrahang vizsgálatot végeztünk, 70%-ban az

SBO-ról érkező traumás és sebészeti betegeknek. A vizsgálatot radiológus szakorvos vagy felügyelet mellett szakorvosjelölt végzi, beleértve a helyszíni vizsgálatokat is. Néhány társszakma képviselői (urologia, neurológia) is végeznek ultrahang vizsgálatokat, de alapvetően nem sürgősségi viszonylatban. Áttekintjük a sürgősségi ultrahang osztályunkon alkalmazott leggyakoribb indikációit traumás és nem traumás esetekben.

Intézetünkben az ultrahang könnyen elérhető, gyors és olcsó, ezért fontos szerepet kap a sürgősségi betegek ellátásában. Ugyanakkor figyelembe kell venni, hogy a súlyosan sérült vagy elesett állapotú páciensek vizsgálata nehézségekbe ütközhet és megfelelő tapasztalat szükséges. Néhány esettel illusztráljuk a fentiek.

*Magyar Honvédség – Honvédkórház Központi Radiológiai Diagnosztika Osztály,
I. Sebészeti Osztály*

Fekvő digitális stereotaxiás emlő vákuum asszisztált biopszia (VAB) használata a gyakorlatban – az első év tapasztalatai a mikromeszesedések diagnosztikájában

**Dr. Forrai Gábor,
Dr. Riedl Erika,
Dr. Cserepes Éva,
Dr. Farsang Zoltán,
Dr. Bakity Boldizsár o.ezds.**

Célkitűzés

Az újonnan bevezetett vákuum asszisztált emlőbiopsziás módszer előnyeinek, teljesítőképességének, indikációinak bemutatása – különös tekintettel a mikromeszesedések diagnosztikájának és ellátásának korszerű módjára.

Beteganyag és módszer

Az első évben fekvő stereotaxiás emlő vákuum asszisztált biopsziás beavatkozást 227 betegen végeztünk. A célzás Multicare Platinum (Hologic, USA) eszközzel történt. Az alkalmazott vákuum biopsziás eszközök 8 G átmérőjű Mammotome (Johnson & Johnson, USA) és 9 G átmérőjű Suros Eviva (Hologic, USA) voltak. Az indikáció 90,1%-ban mikromészcsoport diagnosztikája, 9,7%-ban – csak mammográfián ábrázolható – szerkezeti torzulás, noduláris eltérés vagy denzitásfokozódás volt.

Eredmények

108 benignus elváltozást (B2:62%) – fibrózis, epiteliózis, zsírnekrózis, hamartoma, fibroadenoma, collagen spherulosis –, 3 bizonytalan malignitási potenciálú léziót (B3: 1,7%) – papilloma, ADH, radial scar, hengersejtes metaplázia – és 62 malignus tumort (B5:35,5%) – *in situ* és invazív ductalis, lobularis karcinóma – találtunk. A mikromészcsoportok mérete átlago-

san 12 mm (4–31 mm) volt. A legkisebb igazolt lézió egy 2 mm-es grade I. invazív karcinoma. 2 esetben (1,1%) történt értékelhetetlen vagy a radiológiai képpel nem korreláló eredményű (B1) biopszia. Vérzéses szövődményt 2 esetben észleltünk. Technikai okokból 3 biopszia nem volt elvégezhető. A kisebb, 3–13 mm-es mézscsoportok többsége (123/158, 78%) teljesen eltávolításra került a mintavétel során, így 17%-ban MR-kompatibilis fémkliptet (markert) kellett elhelyezni a biopszia zárása előtt annak érdekében, hogy a későbbiekben lokalizálni lehessen az esetleges műtéthez az elváltozás helyét.

Következtetések

A fekvő stereotaxiás célzás és a Mammotome rendkívül pontos preoperatív diagnózist biztosít az ultrahanggal nem látható esetekben, különös tekintettel a mikromészcsoportokra. A biopsziás specimen mammográfiás felvétele rögtön visszaigazolja a mintavétel sikerét. A maradék nélkül eltávolított meszesedések helyét perkután behelyezett fémkliptel jelöljük a további ellátáshoz. A hagyományos – preoperatív diagnózis nélküli – excízióhoz képest 55%-kal csökkenthető a műtétek száma a benignitás egyértelmű igazolásával.

A perifériás eredetű vertigo ágy melletti diagnosztikája

Dr. Helfferich Frigyes o.alez., Ph.D.

A szédülés számos betegség tünete lehet. Diagnosztikája komplex, bonyolult feladat, mégis lehetőség van gyors, hatékony, könnyen kivitelezhető, akár a betegágy mellett végrehajtható vizsgálatok elvégzésére, amelyek nagy találati aránnyal valószínűsítenek egy-egy diagnózist. Az előadás célja azon egyszerű, tájékozódó vizsgálatok bemutatása, amelyeket protokoll-szerűen végre lehet hajtani a szédülő beteg első észlelésekor. Fő feladat a folyamat centrális vagy perifériás eredetének elkülönítése, ezen belül is elsősorban, jelentőségére való tekintettel, az akut sztrók és a perifériás vestibuláris kiesés differenciál-diagnózisa. Erre a célra a leghasznosabb eszköz

a közelmúltban egyre szélesebb körben alkalmazott Halmágyiféle fej-impulzus teszt, amelynek ismerete és alkalmazása nagyon hasznos lehet egy sürgősségi betegellátó ambulancián, belgyógyászati, neurológiai vagy fülészeti osztályon dolgozó orvos részére. Ismertetjük a leggyakoribb, perifériás vestibuláris lézió alapuló kórképeket: a BPPV-t, a *Meniére*-betegséget, a neuronitis vestibularist, a vestibuláris migrént, a labyrinthitist és a BVL-t. Részletezzük a kórképekre jellemző, specifikus vizsgálómódszereket, és röviden megemlítjük a terápiás lehetőségeket. Az előadás a centrális eredetű kórképeket nem tárgyalja.

Ritka akut cerebrovaszkuláris kórképek:- diagnosztikai, differenciál-diagnosztikai megfontolások

Dr. Pozsár Kinga

Célkitűzés

A RCVS klinikailag súlyos fejfájással, az esetek kisebb részében eszméletvesztéssel, neurológiai és pszichés tünetekkel karakterizálható kórkép, amelynek patomechanizmusa nem egészen tisztázott – a cerebrális artériák szegmentális, multifokális átmeneti primer, vagy szekunder vazokonstriktója alakul ki. A szekunder folyamatok etiológiája széles, a kiváltó okok között vazoaktív és szerotoninerg szerek bevitele és posztpartum állapot szerepel egyéb kisebb arányban előforduló tényezők mellett. A klinikai lefolyás változatos, a kizárólag fejfájásban megnyilvánuló enyhe tünetcsoporthoz súlyos neurológiai kórfolyamatok társulhatnak SAH, iszkémiás sztrók, PRES megjelenéssel. A differencial diagnosztikai szempontból szóba jövő kórképek, így cerebralis vasculitis, vagy PACNS, egyéb eredetű intrakraniális vérzések, szinus trombózis és nem vaszkuláris betegségek kórlefolyása, terápiája, prognózisa eltérő, így a radiológiai diagnosztika és az egyéb diagnosztikus tényezők (CSF) meghatározó szerepűek – az előadás a radiológia diagnosztikai, differenciáldiagnosztikai szempontokat mutatja be posztpartum esetek kapcsán.

Anyag módszer

A szülést követő egy hónapon belül kialakult hasonló akut tünetcsoporttal érkező három beteg klinikumát, MR vizsgálatait, likvor diagnosztikáját ismertettük. Valamennyi beteg kezdeti tünetei között súlyos fejfájás, konvulziók, változatos, hullámzó neurológiai és pszichés tünetek szerepeltek.

Eredmények

A diffúziós, a T2 és FLAIR méréseken látott eltérő MR vizsgálati eredmények, az eltérő likvor-eredmények, valamint az eltérő kórlefolyás a kezdeti hasonló tünetcsoport háttérében három különböző betegségre utalt, RCVS-ra, PACNS-ra, és limbikus encefalitiszre, az alkalmazott terápia ennek megfelelően különbözött.

Következtetések

A ritka, részben ismeretlen etiológiájú cerebrovaszkuláris kórképek, így a RCVS, PACNS kivizsgálásában a radiológiai diagnosztika döntő, a diagnózis felvetés a további kivizsgálás és terápia meghatározó eleme, a differencial diagnosztikai szempontokat képző betegségek kórlefolyása és kezelése eltérő.

Diagnosztikus nehézség vagy diagnosztikus tévedés? Esetismertetés

**Dr. Fekete László o.alez.,
Dr. Bakity Boldizsár o.ezds.,
Dr. Záborszki Zoltán o.örgy.,
Dr. Horváth László,
Dr. Vörös Attila**

A gasztrointesztinális stromatumorok (GIST) a gasztrointesztinális traktus leggyakoribb mesenchymalis daganatai közé tartoznak. A tumor dignitása többnyire kiszámíthatatlan: a kiliniailag csupán sebészi beavatkozással kezelhető formától az igen agresszív formáig bármilyenek lehetnek.

A 68 éves nőbeteg panaszai 2009. szeptemberében kezdődtek epigasztriális fájdalommal, fekete székürítéssel, vizszatérő lázas állapottal. Az akkori vizsgálat cholecystolithiasist igazolt és további diagnosztikai lépést nem tartottak szükségesnek a vizsgálók. December végén panaszai vizszatértek, láza állandósult. Más intézetben 2010. január 18-án hoszpitalizációra került, a kivizsgálás duodenalis ulcust, GERD-t és abscessus hepatist verifikált. A tályogot CT vezérelten drenálták. Mintegy egy hónapos obszervációt követően a beteg saját kérésére került át osztályunkra.

Osztályunkon a kontroll CT vizsgálat a máj bal lebenyének és VII. szegmentumának kivételével az egész hepatt involváló abscessust vizualizált környezeti zsírszöveti infiltrációval, következményes, a parenchimás szerveket érintő diszlokációval és a tüdőkben konszekutív jelekkel. Ismételt májpunkciót követően öblítő drént helyeztünk be. A drénen ürülő purulens bennék mennyisége az alkalmazott szélesspektrumú antibiotikus te-

rápia ellenére sem csökkent és felvetődött a tályogüreg és a felső gasztrointesztinális traktus között perzisztáló fistula lehetőség. Az elvégzett fistulográfia, majd felső panendoszkópia a duodenum posztbulbaris szakaszának kommunikációját igazolta a máj abscessusával. Az endoszkópos úton nyert biopszia nem hozott értékelhető eredményt. A talált lelet birtokában explorációt határoztunk, amely során a duodenum leszálló szárának a felső könyökhöz közeli szakaszán perforált idegenszövetet találtunk. Az intraoperatív hisztológiai vizsgálat stromalis tumort igazolt, amelynek metasztázisa okozta a májat involváló széteső elváltozást. Resectio duodeni, gastrojejunostoma sec Roux-Y, oncotomia, valamint tápláló jejunostoma képzés történt.

A korai posztoperatív időszakban általános állapota fokozatosan javult, de a 8. napon mélyülő zavartság jelentkezett, amelynek hátterét vizsgáló EEG, koponya CT lényegileg negatív eredménnyel zárult. Fokozatosan romló neurológiai állapot mellett a beteget a posztoperatív 14. napon elvesztettük. A beteg teljes dokumentációjának retrospektív vizsgálata után felmerül a kérdés, hogy történt-e diagnosztikus tévedés, vagy mulasztás, esetlegesen rövidebb, célirányosabb kivizsgálással, a betegség kimenetele megváltoztatható lett volna?

A Tc-99m és az In-111 jelzett somatostatin analógokkal végzett somatostatin receptor szcintigráfia összehasonlító értékelése, kezdeti tapasztalataink

**Dr. Buga Klára,
Dr. Varga Zsolt,
Dr. Takács Edit,
Dr. Valent Violetta,
Dr. Bálint Botond,
Dr. Dabasi Gabriella,
Dr. Szilvási István Ph.D.**

Célkitűzés

A somatostatin receptor szcintigráfia a neuroendokrin tumorok diagnosztikájában régóta használt módszer. A máig „arany standardnak” számító In-111-pentetreotid (Octreoscan: O) mellett újabban néhány Tc-99m-jelölt analóg is használatos. Diagnosztikai értékük összehasonlításáról kevés adat lelhető fel. Célunk az volt, hogy saját beteganyagunkban összehasonlítsuk egy Tc-99m-jelölt radiofarmakon, a Tc-99m-EDDA-HYNIC-octreotid (Tektrotyde: T) és az O szcintigráfia diagnosztikai értékét.

Módszerek

2009-től összesen 63 esetben végeztünk T szcintigráfiát. Közülük 18 esetben O szcintigráfia is készült. Mindkét módszert a felhasználási utasítás szerint végeztük. A planáris felvételek alapján célzott SPECT vizsgálatra is sor került. A két vizsgálat sorrendje véletlenszerű volt. A második vizsgálatra akkor került sor, amikor az első vizsgálat eredménye bizonytalan volt vagy ellentmondott a klinikai adatoknak. Az indikáció minden esetben szövettanilag igazolt neuroendokrin tumor stagingje (n=5) vagy posztoperatív recidívájának/metasztázisainak klinikai gyanúja (n=13) volt. 9 férfi és 9 nő adatait elemeztük. Átlag életkoruk 57 (41–80) év volt.

Eredmények

A részletes vizsgálatok alapján 12 betegben volt neuroendokrin tumorszövet kimutatható. 6 betegben (valamennyi posztoperatív) a tumorrecidíva/metasztázis gyanúja nem igazolódott. A 18 betegből az O és a T 13 betegben azonos eredményt adott. A kétféle vizsgálat 5 beteg esetében eltérő volt. Közülük 1 esetben az O volt álnegatív (a mellkasban), 1 esetben a T (a hasban). A további 3 eltérő eredmény közül 1 esetben az O vizsgálat mutatott kevesebb léziót, de intenzívebben, 1 esetben pedig fordítva, a T vizsgálat. 1 esetben a T a mellkasban is pozitív volt, de az O negatív.

Következtetések

Saját – kisszámú és különböző szövettani típusú neuroendokrin tumoros – betegeink vizsgálatában mindkét módszer jól használható. A betegenkénti analízisben nem volt különbség, de a léziónkénti-testtájankénti analízisben a T a hasban kevésbé, a mellkasban inkább használható. További vizsgálatok szükségesek annak megállapítására, hogy a különböző szövettani típusok vizsgálatában van-e különbség a két radiofarmakon diagnosztikai értéke között.

*Magyar Honvédség – Honvédkórház Központi Laboratóriumi Diagnosztikai Osztály,
Országos Vérellátó Szolgálat*

Immunológiai vizsgálatok fertilitási zavarokban

**Dr. Szabó Zsófia,
Dr. Petrányi Győző,
Dr. Padányi Ágnes,
Dr. Simsa Péter,
Dr. Fülöp Vilmos,
Dr. Simon Judit,
Dr. Miklós Kata**

A rekurrens spontán abortuszos (RSA) esetek jelentős százalékában, amennyiben kizárható minden egyéb ok (anatómiai, nőgyógyászati, belgyógyászati, hormonális, infektológiai, genetikai), a sorozatos vetélést immunológiai kóroki tényező idézheti elő („immunológiai abortusz”). Az olyan esetekben, amelyekben kimutatható sejtközvetített és humorális immunológiai vizsgálatokkal, hogy a protektív immunreguláció laboratóriumi jellemzői hiányzanak, ill. a magzattal szembeni alloreaktivitás tünetei kimutathatók, felmerül az immunterápia valamilyen formájának alkalmazása. Az immunológiai abortuszos esetekben leginkább a „partner specifikus trombocita transzfúziós” előkezelést és az „intravénás immunglobulin” (IVIG) terhesség alatti terápiát vezették be. Az eredményesség érdekében az immunterápiát csak az alloimmun háttérű betegeknél célszerű alkalmazni, ezért az RSA-s betegek humorális és celluláris auto- és alloimmunológiai kivizsgáláson esnek át.

Az elmúlt három évben 142 RSA-s nőbetegét vizsgáltunk ki laboratóriumban rejtett autoimmun betegség irányában (szisztémás autoimmun betegség, foszfolipid szindróma, lisztérzékenység, pajzs-

mirigy betegség) ELISA, vagy immunfluoreszcencia technikával. Ugyanezen pároknál vizsgáltuk az alloimmun kóroki tényezők esetlegesen fenállását (kevert limfocita kultúra, FcR blokkoló antitest).

A vizsgált betegcsoportban 15 esetben (10,5 %) találtunk valamely autoantitest pozitivitást. Ezeket a betegeket immunológiai szakrendelőbe irányítottuk. 110 esetben alloimmun háttérrel igazoltunk. Ezek közül 83 részesült IVIG terápiában és 27 partner (vagy harmadik személy) specifikus immunterápiában (trombocita transzfúzió). Ez utóbbi esetek felénél egy IVIG kezelést is adtunk. Sikereség (egészséges gyermek születése) IVIG terápia után: 91,4%, míg trombocita immunizálás és a kombinált terápia következtében 74% volt. Az egyéb okok miatt bekövetkezett vetéléseket kiemeltük a csoportokból.

Eredményeink tükrében megállapítható, hogy a terápiás beavatkozások sikeressége nagymértékben függ az előzetes immunológiai kivizsgáláson alapuló beválogatástól. Ennek alapján az ismeretlen háttérű RSA-s betegcsoportban szükségesnek tartjuk az immunológiai kivizsgálást.

*Magyar Honvédség – Honvédkórház Gasztroenterológiai Osztály, II. Sebészeti Osztály,
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház*

A vékonybelek fisztulázó Crohn-betegsége, vagy mégsem?

Esetbemutatás

**Dr. Szász Norbert,
Dr. Szamosi Tamás,
Dr. Csikós D.,
Dr. Lestár Béla Ph.D.,
Prof. Dr. Banai János Ph.D.**

Az 56 éves férfi, közel egy éve tartó alhasi panaszai háttérében az elvégzett kivizsgálás cholecystitis chronika calculosát, colon polypusokat, eroziv antrum gastritist és duodenitist igazolt. Hasi és kismedencei CT a vékonybelek kiterjedt gyulladásos folyamatát mutatta. Kolonoszkópia során az ileocecalis régió gyulladása volt látható. Mesalazin és kombinált antibiotikum kezelés mellett a betegnél dysuriás panaszok jelentkeztek, amelyek háttérében felmerült az intestino-vesicalis fisztula lehetősége. Az elvégzett cisztoszkópia

a fisztulát igazolta. Fentiek alapján a vékonybeleket érintő, penetráló Crohn-betegség gyanúja merült fel. Sebészi kezelés vagy biológiai terápia megkezdésének elbírálása céljából küldték ambulanciánkra a beteget. Az igazolt intestino-vesicalis fisztula alapján sebészeti konzíliáriussal együtt döntve műtéti kezelést javasoltunk. A műtét során felállított diagnózis eltért az eredeti elképzeléseinktől. Előadásunkban a kivizsgálás részleteiről és a végleges diagnózisról számolunk be.

Magyar Honvédség – Honvédkórház Gasztroenterológiai Osztály

Életmentő lehet egy „fél” polypectomia?

Esetismertetés

**Dr. Schafer Eszter,
Dr. Szvatek Andrea,
Dr. Rábai Kálmán,
Dr. Zsigmond Ferenc**

71 éves nőbeteg gasztrointesztinális vérzés miatt került felvételre osztályunk szubintenzív részlegére. A felvételt megelőzően más intézményben elvégzett gasztroszkópia során a duodenumban koagulummal fedett fekélyt találtak, en-

doszkópos terápiás beavatkozás nem történt. A beteg távolabbi anamnéziséből kiemelendő myocardialis infarctus, súlyos KALB, ISZB, hipertónia, inzulinval kezelte diabetes mellitus, krónikus veseelégtelenség, sztrók, degeneratív ízületi

betegsége. Rizikótényezők közül gyógyszerai közül kiemelném kettős kombinált trombocita aggregációgátló és NSAID kezelését. Az átvétel másnapján kontroll gasztroszkópiát végeztünk a beteg fokozatos, transzfúziót igénylő anémizálódása és folyamatosan ürülő meléna miatt. A vizsgálat során a duodenumban a Vater papillával szemben kifehélyesedett polypoid képletet láttunk, makroszkópos kép alapján GIST lehetősége felmerült. Kombinált vérzéscsillapítás mellett (Tonogénis infiltrálás, hemoklipp felhelyezése) a vérzés szűnni látszott. A sebészeti konzilium a beteg korára, kísérőbetegségeire való tekintettel az elektív műtétet nagyon magas rizikójúnak ítélte meg, további obszervá-

ciót javasoltak. A beteget 36 órás obszervációnk alatt 10 vörösvérsejt koncentráttal, 8 E friss fagyasztott plazmával, valamint 8 E trombocita szuszpenzióval transzfundáltuk. Az alkalmazott terápia ellenére a vérzés intenzitása nem javult, stabil hemosztázist nem tudtunk elérni. Az előadásból kiderül, hogyan folytatódott a beteg endoszkópos ellátása, hogyan került a beteg vérzésmentes időszakban, stabil állapotban műtőasztalra. Sikeres endoszkópos és sebészi ellátást követően kora és kísérő betegségei miatt magas műtéti kockázatú beteg a további transzfúzió igénye nélkül, 10 nap múlva, átmeneti intenzív osztályos kezelést követően saját lábán távozott intézetünkől.

Magyar Honvédség – Honvédkórház III. Belgyógyászati Osztály

Az akut veseelégtelenség okai, diagnózisa, tünetei, lefolyása és kezelési lehetőségei

**Dr. Borbély Tímea,
Dr. Zsigmond György**

Az akut veseelégtelenségről (AVE) szóló előadás áttekintő formában nyújt információt az akut veseelégtelenség okairól, lefolyásáról és tünettanárról.

Segítséget nyújt differenciál – diagnosztikai kérdésekben, eligazítást ad a veseelégtelenség konzervatív kezelési lehetőségeiről, a művese kezelés indikációiról és feltételeiről.

A téma aktualitását a betegség magas előfordulási aránya és mortalitása adja. AVE a kórházi kezelések 5%-ában, intenzív osztályon kezelt betegek 20–25%-ában fordul elő, mortalitása átlagosan

45%, de szepszissel szövődött esetekben ez elérheti a 70%-ot is.

Időnként nemcsak a nefrológusok, de a társszakmák számára is nehézséget/kihívást jelent bizonyos esetekben a veseelégtelenség okainak felismerése, ill. a már kialakult veseelégtelenség korrekt kezelése. Mindezeknek kiemelt társadalompolitikai és anyagi következményei lehetnek.

Ezzel az előadással szeretnénk néhány fontos tényezőre felhívni a figyelmet, amellyel reméljük segítséget nyújtunk a mindennapi gyakorlat szintjén is.

A prosztero-laterális disszekció szerepe a laparoszkópos radikális prosztatektómia során és hatása a korai posztoperatív kontinenciára

**Prof. Dr. Papp György Ph.D.,
Dr. Kovács Gábor ny. o.ezds.,
Dr. Nallbani Marsel,
Dr. Sebestyén László,
Dr. Nagy Félix,
Dr. Kálmán Jenő**

A szerzők a laparoszkópos radikális prosztatektómia során folyamatosan fejlődő műtéti technikájuk révén jutottak el ahhoz az általuk prosztero-laterális preparálásnak nevezett technikához, amelynek segítségével elérték hogy a műtét utáni korai kontinencia arányuk jelentősen megváltozott.

Anyag és módszer

2010. márciusa és 2011. júniusa között 83 betegen végzett laparoszkópos radikális prosztatektómia során szerzett tapasztalatokról számolnak be.

Bemutatják az általuk használt rétegkeresési technikát, annak előnyeit, nehézségeit. A betegek műtéti adatait, ill. vizeletelési szokásait a korai posztoperatív időszakban (1–3 hónap) dolgozták fel.

Eredmények

Az adatfeldolgozás folyamatosan zajlik, de az eredmények ígéretesek. A rész-

adatok ismeretében kijelenthető, hogy a proszterolaterális rétegkeresés nemcsak megkönnyíti az idegkímélő prosztatektómia végzését, de jelentősen javítja a műtét utáni korai kontinenciát is. A technika nemcsak a klaszszikus idegkímélési indikációk mellett végezhető, hanem kihasználva a videorendszer nagyítását és alaposságát lehetővé teszi minden ilyen műtét során a tokhoz legközelebbi preparálást (amennyiben ez lehetséges).

Megbeszélés

A prosztero-laterális preparálás a laparoszkópos radikális prosztatektómia során megkönnyíti a megfelelő és biztonságos rétegkeresést, hogy betegeinknek a műtét utáni korai posztoperatív időszakban is a legkedvezőbb életminőséget biztosíthassuk.

A magzati kromoszóma vizsgálatok napjainkban

Dr. Tóth András

A prénatális diagnosztika viszonylag fiatal tudományág, bevezetése jelentős előrelépést jelentett a preventív medicina területén. Amíg a genetikai tanácsadás a korábbiakban csak becslésekre szorítkozhatott a magzat genetikai betegségeire vonatkozóan, addig a prénatális diagnosztika egyértelmű véleményt adhat a magzat állapotáról.

A magzati genetikai eltérések kimutatására nem-invazív szűrések és invazív mintavételt igénylő diagnosztikus vizsgálatok állnak rendelkezésünkre. A szűrővizsgálatok az anyai vér biokémiai kiértékeléséből, valamint az ultrahangvizsgálatból állnak. Az invazív mintavételek között a leggyakrabban alkalmazott módszerek a chorionmintavétel és az amniocentézis. A chorionsejtek feldolgozása során olyan citogenetikai protokollt dolgoztunk ki, amely révén – annak ellenére, hogy extraembrionális szövet-

ről van szó – a diagnózis megbízhatósága a magzatvízből nyertéhez hasonló.

A chorion és magzatvízsejtek citogenetikai kiértékelése során rendkívül megbízható eredményt kapunk, azonban számos olyan tényező (pl. mozaikosság, kiértékelési problémák) merülhet fel, amelyek befolyásolhatják a megfelelő következtetések levonását. Az előadásban részletezzük az alkalmazott módszerek előnyeit és hátrányait. Hazánkban jelenleg a szűrővizsgálatok elterjesztését részesítik előnyben. Ezek során azonban számos kromoszóma-rendellenesség felderítetlen maradhat. Fontos lenne, hogy a várandósok korrekt információkat kapjanak, mind a felmerülő magzati rendellenességek esélyéről, mind a rendelkezésünkre álló módszerek megbízhatóságáról, ill. a mintavételek kockázati lehetőségeiről, és ezek alapján egyéni helyzetüktől függően dönthessenek a továbbiakról.

Korszakváltás az SPA kezelésében

Dr. Tandari Magdolna

A biológiai terápia a reumatológiában lényegi áttörést jelent, minden eddiginél hatásosabban csökkenti az autoimmun betegségekben a gyulladásos aktivitást, hosszútávra lefékezi az anatómiai progressziót.

Spondylitis ankylopoeticában (Bechterew betegség) a betegség aktivitásának érdemi csökkentése és a progresszió fékezése eddig a hagyományos gyógyszerekkel nem volt lehetséges, a biológiai terápia, ezen belül a tumor-nekrózis faktor gátlása (TNF-blokád) ezt a lehetőséget nyitja meg. A biológiai terápia körébe sorolható készítmények száma növekszik, fejlesztésük folyamatos, ugyanakkor küszöbön áll a generikus gyártás is.

Osztályunk – 2008 július óta szakambulanciánk megkapta az Arthritis Centrum működési jogosultságot, azóta van lehetőségünk SPA-s betegek biológiai terápiájának elindítására. Jelenleg már 112 biológiai terápiás esetből 27 SPA-s beteg részesül biológiai terápiában.

Az SPA-s betegek biológiai terápiás kezelése is az Eü. Minisztérium szakmai protokollja alapján történik.

Előadásomban az SPA klinikai tüneteit, ezzel összefüggésben a biológiai terápia protokoll szerinti elindításának feltételeit, a biológiai terápia hatásosságának, illetve kudarcának értékelését szeretném részletezni. A biológiai terápia gyakorlati kivitelezésének fontos része a terápia miatt és után végzett folyamatos biztonsági ellenőrzés, három havonta ambulanciánkon történő dokumentált klinikai vizsgálat.

Előadásomban szeretném felhívni a figyelmet arra, hogy SPA-ban is fontos a betegség korai felismerése, a hazai egészséggazdasági elemzések is megerősítik saját tapasztalatainkat, hogy a korai biológiai terápiás kezelés jelentősen növeli a betegek munkaképességét és jelentősen javítja életminőségüket.

Béta-blokkoló kezelés alkalmazása szívelégtelenség ambulancián gondozott betegek körében

**Dr. Muk Balázs,
Dr. Dékány Miklós,
Dr. Nyolczas Noémi,
Dr. Szabó Barna,
Dr. Ancsin Bettina,
Dr. Polgár Balázs,
Dr. Borsányi Tünde,
Dr. Kiss Róbert Gábor Ph.D.**

Háttér

Krónikus szisztolés szívelégtelenségben (KSZE) a béta-receptorblokkolók (BB) kedvező túlélési hatásait bizonyító kontrollált tanulmányokban elért BB-adagok meghaladták a céldózisok 75%-át. Cél: Annak vizsgálata, hogy a szívelégtelenség ambulanciánkon milyen arányban sikerült a betegeket céldózisú BB-val, illetve a céldózis legalább 50%-át elérő dózisú BB-val kezelni.

Betegek és módszerek

Szívelégtelenség ambulanciánkon gondozott 570, szisztolés diszfunkciós beteget átlagosan $48,4 \pm 43,1$ hónapig követünk. (Életkor: $60,9 \pm 13,11$ év; kiindulási NYHA funkcionális osztály: $2,98 \pm 0,91$; iszkémiás etiológia: 47%; EF: $28,5 \pm 6,6\%$; gyógyszeres kezelés: ACE-gátló/ARB: 92,5%; aldosteron antagonistá: 70%).

Eredmények

A betegek 96%-ában alkalmaztunk BB kezelést: 58,1%-ban bisoprololt, 17,3%-ban carvedilolt, 21,1%-ban metoprololsuccinatot, 3,5%-ban nebivololt. A BB kezelésben részesült betegek 67,5%-ánál értük el a céldózist, míg 83%-ban $\geq 50\%$ -át. A BB alkalmazás elmaradását, illetve a titrálás megszakítását bradikardia (62%), a szívelégtelenség progressziója (22%), szimptomás hipotenzió és súlyos vesefunkció csökkenés (10%), valamint bronchospasmus (6%) okozta.

Következtetés

KSZE-ben szenvedő betegek szívelégtelenség specialisták által történt gondozása, az optimalizált kezelés irányában fennálló motiváltság lehetővé teheti a nagy BB tanulmányokban elért BB dózisos alkalmazását.

A verapamil alkalmazása transzradiális koronarográfiák és intervenciók során

**Dr. Majoros Zsuzsanna,
Dr. Hizoh István,
Dr. Szabó Gábor,
Dr. Kerecsen Gábor,
Dr. Major László,
Dr. Korda András,
Dr. Molnár Ferenc,
Dr. Kiss Róbert Gábor Ph.D.**

Háttér

A transzradiális (TR) koronarográfia és PCI a betegek számára kisebb megterhelést jelentő módszer, amellyel a vérzéses szövődmények gyakorisága csökkenthető. A beavatkozás során a vizsgálat kezdetén rutinszerűen adnak intraarteriálisan verapamilt az a. radialis spazmusának kivédése céljából. Nemkívánatos mellékhatásai (vérnyomáscsökkentés, negatív inotrop, chronotrop, valamint dromotrop hatás) miatt azonban bizonyos klinikai körülmények között (aorta sztenózis, jelentős bradycardia, súlyos fokban csökkent szisztolés bal kamra funkció, kardiogen shockkal és/vagy magas fokú AV-blokkal szövődött myocardialis infarctus) a verapamil alkalmazása ellenjavallt.

Módszerek

Prospektív, randomizált, kettős vak vizsgálatot végeztünk, amelybe 592 beteget vontunk be, kizárva azokat, akikben a verapamil adása ellenjavallt lett volna (lásd fent). Az egyik csoport intraarteriálisan 5 mg fiziológiás sóoldatban oldott verapamilt ($n=294$, V+), a másik, pedig ugyanolyan térfogatú fiziológiás sóoldatot ($n=298$, V-) kapott. Összehasonlítottuk elsődleges végpont-

ként a femoralis konverziók arányát (X), a kódtörések számát (CB), a vazodilatátor alkalmazásának gyakoriságát (VD), másodlagos végpontként, pedig a procedurális időt (PRT), a sugáridőt (FT), a felhasznált kontrasztanyag mennyiségét (CV), illetve egy szemikvantitatív fájdalom-kérdőívvel a betegek szubjektív fájdalomélményét (SP).

Eredmények

(V- vs. V+): X $5/294=1,7\%$ vs. $2/298=0,7\%$, $p=0,44$; CB: $10/294=3,4\%$ vs. $4/298=1,3\%$, $p=0,17$; VD: $6/294=2,0\%$ vs. $298/298=100\%$, $p<0,0001$. PRT (median, (IQR)): $16'$ (9-30) vs. $17'$ (10-31), $p=0,35$; FT: $4,35'$ (2,1-9,6) vs. $4,8'$ (2,4-10,6), $p=0,27$; CV: $72,5$ ml (48-146) vs. $75,5$ ml (47-156), $p=0,72$, SP (p for trend= $0,12$).

Következtetés

A TR beavatkozások a verapamil rutinszerű alkalmazása nélkül magas sikeraránnyal kivitelezhetők. Mellőzéssel nemcsak a rutinszerű alkalmazással járó szövődmények küszöbölhetők ki, hanem az eljárás biztonságosan kiterjeszthetővé válik azon betegekre is, akikben eddig a verapamil kontraindikált volta miatt a transzradiális intervenció elvégezhetősége kérdéses volt.

Egyénre szabott terápia a pszichiátriában

Dr. Kovács Gábor ny. o.ezds.

Az orvostudomány, a biológia, a farmakológia haladása egyre inkább lehetővé teszi, hogy tudatosan, a betegségre és az adott betegre jellemző prediktív markereket felhasználva döntünk a különböző terápiákról. A genetikai kutatások nemcsak a pszichiátriai betegségek hátteréről szolgáltatnak egyre több információt, hanem a beteg és az alkalmazandó gyógyszer interakciójáról is. A farmakogenetikai, illetve a farmakogenomikai adatok alapján előre tervezhetővé válik az adekvát gyógyszer választása, azaz megvalósulhat az egyénre szabott terápia. Több diszciplína

(onkológia, reumatológia) egyre több esetben már a genetikai adatok alapján határozza meg a terápiát. A pszichiátriában még távol vagyunk az egyénre szabott terápiától, azonban gyógyszerválasztásunkat egyre inkább befolyásolják a pszichofarmakonok farmakodinámiás és farmakokinetikai tulajdonságai. Biztos predikcióval a pszichiáter nem rendelkezik, azonban ha kell, az egyre szélesedő paletta lehetővé teszi a megfelelő módosításokat. Így a pszichiátriában egyelőre egyénre igazított terápiáról beszélhetünk, amelyet az előadás esetismertetésekkel demonstrál.

Magyar Honvédség – Honvédkórház Rehabilitációs Osztály

Daganatos megbetegedés talaján kialakuló para- és tetraplég betegek rehabilitációja a Honvédkórház - ÁEK Rehabilitációs Osztályán

**Dr. Veszely Judit,
Dr. Svéd László ny. o.altbgy., Ph.D.**

Probléma felvetése

A daganatos megbetegedések következtében kialakuló gerincvelő sérülések kezelése korábban nem tartozott a korai rehabilitáció területéhez. A modern onkológiai terápia hosszabb túlélést eredményezhet. A korszerű, magas szintű idegsebészeti ellátás a gerincvelő-károsodások stabilizálását teszi lehetővé.

Kérdés

Milyen arányban fordulnak elő a tumoros gerincvelő-károsodott betegek a Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ Rehabilitációs Osztály központi idegrendszeri sérültekkel foglalkozó részlegén és milyen eredményekkel jár a betegek korai rehabilitációja.

Módszer

Munkánk során az elmúlt négy év beteganyagát tekintettük át, összesen 327 esetet. Ezek között daganatos megbetegedés miatt kialakult para-, tetraplégia, vagy parézis fordult elő (63 eset). A rehabilitációs tevékenység eredményességét minden esetben a FIM értékek segítségével mértük. A FIM értékek különbségeinek vizsgálatához 2-utas ANOVA-t használtunk.

Eredmény

Az elmúlt négy év során, részlegünkön az esetek 20 %-a valamilyen daganatos megbetegedés következtében kialakult gerincvelőkárosodás miatt került felvételre. E betegek korai rehabilitációja révén a tünetek és a további szövődmények előfordulása nagyfokú javulást mutatott. A FIM értékek alapján egyértelműen, és

a többi betegcsoporttal összevetve gyorsabban javítható a betegek mozgáslapota, továbbá önellátási képessége és nem utolsósorban az életminőség is.

Következtetések

A tumoros gerincvelő-károsodott betegek rehabilitációja iránti igény az elmúlt években folyamatosan növekedett, a primer daganat kezelésének már a legkorábbi időszakában is egyre nagyobb létszámú beteg válik alkalmassá rehabilitációs ellátásra. E betegek korai rehabilitációjának eredményessége ugyanakkor nagyban függ az onkológus, idegsebész és rehabilitációs team közös munkájától. Eredményeink alapján a daganatos megbetegedések miatt kialakuló harántsérült betegek rehabilitációja intézeti feladattá vált az évek során és érdemben hozzájárul e betegek életkilátásainak javításához.

Magyar Honvédség – Honvédkórház Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet

Egy titokzatos betegség és rehabilitációs lehetőségei, Guillain-Barré szindróma

Dr. Weinhoff Judit

A *Guillain-Barré* szindróma jelentőségét az adja, hogy az elmúlt évtizedben az előfordulási gyakorisága kifejezetten megnőtt, így a rehabilitáció során is egyre többször találkozunk ilyen betegekkel. Titokzatos betegség, mert nem tudjuk pontosan ki, mikor, milyen mértékben, milyen mechanizmussal betegszik meg. Az előadásban feldolgozom a betegség etiológiájával és kezelésével kapcsolatos néhány újabb kutatás eredményét, részletezem a rehabilitáció lehetőségeit, módszereit, akadályait, kimenetelét, el-

sősorban osztályunk beteganyagát alapján. Egy sikeresen rehabilitált betegünk esetét is ismertetem, röviden, video részletek bejátszásával. A beteget súlyos tetraparezissel vettük át neurológiai osztályról.

A videófelveteleken láthatók az első aktív mozdulatok, majd az önellátás tanítása, a járáselőkészítés, a járástanítás néhány mozzanata, a beteg osztályunkról történő távozása. Végül összefoglalom tapasztalatainkat a *Guillain-Barré* szindrómás betegek rehabilitációjáról.

A reziduális lipidkockázat jelentősége a szekunder prevencióban részesült betegeknél

Dr. Kohut László o.ezds., Ph.D.,
Dr. Berkes Mária o.alez.,
Dr. Csokai Katalin o.alez.

Előzmények

Hazánkban a kardiovaszkuláris betegségek vezetnek a legtöbb halálesethez. Annak ellenére, hogy az elmúlt évtizedben az ACS ellátásában jelentős előrelépés következett be, amely során a mortalitást sikerült csökkenteni, a szekunder prevencióban használatos optimális antiiszkémiás kezelés mellett is még számottevő reziduális kardiovaszkuláris rizikó marad, amely kedvezőtlenül befolyásolja a koronáriabetegek morbiditási és mortalitási mutatóit. Ezt a maradék kockázatot részben befolyásolható, részben nem befolyásolható rizikótényezők képezik.

Célkitűzés

Annak a megállapítása, hogy az intézeti rehabilitáció során a definitív koronária betegek körében, akik a szekunder prevenciónak megfelelően optimális kezelésben részesülnek, többek között az alkalmazott antilipidémiás kezelés mellett, milyen mértékben van jelen a reziduális lipid kockázat.

Betegek és módszerek

A vizsgálatban 250 (átlag életkor 58 ± 17 év, 58 % férfi, 42 % nő) definitív koronária beteg (STEMI, NSTEMI, PCI, ACBG, koronarográfiával igazolt koszorúsérbetegség) lipidprofilját elemeztük. Tanulmányunkban a befolyásolható rizikófaktorok közül vizsgáltuk

a vérzsírértékek alakulását: a koleszterin, a LDL, a HDL, a triglicerid-, valamint a non-HDL értékeket. A kapott eredményeket összehasonlítottuk a IV. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencia Ajánlásában, valamint az AHA/ACC 2006 szekunder prevenció guidelinees-ban szereplő lipid-célértékekkel.

Eredmények

Vizsgálatunk során azt találtuk, hogy az antilipidémiás terápia mellett a koronária betegeknél a koleszterin szint $5,02 \pm 1,6$ mmol/l (célérték $< 4,5$ mmol/l, $p < 0,05$). a TG $1,72 \pm 1,2$ mmol/l, (célérték $< 1,7$ mmol/l, $p = \text{NS}$), az LDL szint $2,49 \pm 1,3$ mmol/l (célérték $< 2,5$ mmol/l). A HDL a férfiak esetében $1,01 \pm 0,3$ mmol/l (célérték $> 1,0$ mmol/l), a HDL a nők esetében $1,3 \pm 0,5$ mmol/l (célérték $> 1,3$ mmol/l), a non-HDL $3,9 \pm$ mmol/l (célérték $3,3$ mmol/l, $p < 0,05$) értéket mutatott.

Következtetések

A reziduális lipidkockázat megítélésében fontos szerepet játszik a teljes lipidprofil monitorozása. A laboratóriumi vizsgálatok során célszerű meghatározni a koleszterin-, a triglicerid-, a HDL-, a LDL- szintek mellett a non-HDL értékét is. A szekunder prevenció során a teljes lipidkontroll megvalósítása érdekében ajánlott a kombinált antilipidémiás kezelés alkalmazása.

*Magyar Honvédség – Honvédkórház Központi Laboratóriumi Diagnosztikai Osztály
Speciális Diagnosztikai részleg,
Péterfy Sándor Utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ Urológiai Osztály*

Előre jelezhető-e a nozokomiális infekció valószínűsége?

**Prof. Dr. Mózes Tibor D.Sc.,
Gornicsár Katalin,
Dr. Buzogány István Ph.D.**

Tudományos háttér

A sérüléseket, műtéteket gyulladásos szervezeti válasz követi, amelynek lezajlása körülbelül egy hét. Ebben a gyulladásos válaszban fehérje, lipid mediátorok és szabad gyökök vesznek részt. A válasz első napjaiban gyulladás fokozó mediátorok túlsúlyával, míg a válasz második felében gyulladáscsökkentő mediátorok vannak túlsúlyban – ebben az esetben szabályozott gyulladásos válaszról beszélünk. Kimutattuk, hogy a gyulladást fokozó mediátorok közül elsősorban a TNF α jelentős egyéni különbségeket mutat mind fiatal és idős önkéntesekben, mind csípőtáji törött betegekben. Ez alapján háromtípusú szervezeti válasz különíthető el; alul-, normo-, és felülregulált.

Hipotézis

Az alulregulált szervezeti válasz esetén a noszokomiális infekciók száma fokozódik.

Anyag és módszer

Vizsgálatainkba 10, hólyagrák miatt radikális cisztektómiát és limfademektómiát kapott beteget vontunk be, meghatároztuk a műtét előtti (0. nap) és műtét utá-

ni (1, 3, 6, 9, 14. napok) szérum ACTH, cortisol, TNF α , IL-6, TNF receptor1, 2 szinteket és összevetettük a műtét után jelentkező fertőzések (légúti, vizelet, seb) gyakoriságával. A fertőzés megjelenésének időpontja alapján korai (28 napon belül) és késői (28 napon túl) fertőzések-ről beszéltünk.

Eredmények

A mikrobiológiai eredmények alapján (hemokultúra, vizelet, sebváladék) mind a 10 beteg kontaminált volt. Korai vagy késői fertőzés csak azoknál a betegeknél alakult ki, akiknek a 0. napon alacsony volt a szérum TNF szintje. Akiknek a szérum TNF szintje már a műtét előtt is magasabb volt és a műtét utáni megfigyelési időszakban folyamatosan növekedett, a pozitív bakteriológiai lelet ellérére sem alakult ki fertőzés.

Konklúzió

Választott műtétek előtt elvégzett, a szervezeti válaszban fontos szerepet játszó mediátorok vizsgálata alapján elkülöníthetők azok a betegek, akik a bakteriális kontaminációra fertőzés megjelenésével fognak válaszolni.