



Building Partnership

Diagnosztikai eszközök beszerzése és határon átnyúló hasznosítása

HUSK 1101/1.4.1/0079

A projekt harmadik szakaszának tevékenységei:

2014. június – szeptember

Elkészült a témával kapcsolatos szakmai cikk:

A projekt azonosítószáma: HUSK 1101/1.4.1/0079

A projekt címe: „Diagnosztikai eszközök beszerzése és határon átnyúló hasznosítása”

A projekt megvalósítás ideje: 2013.10.01. – 2014.12.31.

A projekt támogatási intenzitása: 95 %

A hosszas előkészítést követően indult, a két kórház közös pályázati tevékenységként megvalósuló projekt az első fázisán túljutott.

Sikeresen lezajlott workshop rendezvényen a partner kórházak munkatársai bemutatták intézményük tevékenységét, a projektben elérendő egyéni intézményi célokat. Szakmai előadásokon a gyógyító profilba tartozó szakorvosok és egészségügyi szakdolgozók a légzés-rehabilitáció, tüdőgyógyászat aktuális helyzetét, mortalitási és morbiditási mutatószámait ismertették.

A partnerek szeretnék elérni, hogy a magyar-szlovák határmenti térség gazdasági és szociális integrációja növekedjen. A közös szakmai rendezvények erősítik a konzultációs lehetőségeket a gyógyító szakmák között, olyan utakat nyitnak meg, amelyek a pályázat nélkül sosem lennének elérhetőek, ezáltal növekszik az emberek és közösségek közötti társadalmi és kulturális koherencia, javul a térségek versenyképessége.

Ez azért fontos, mert a gazdasági, egészségügyi mutatók alapján az Észak-magyarországi Régió Magyarország legelmaradottabb régiója. GDP/fő tekintetében a régió az utolsó előtti a Magyarországi régiók között. Uniós viszonylatban a régió még elmaradottabb, az Uniós régióátlag 36%-át termeli meg. A mortalitási mutatók is rosszabbak az országos átlagnál. A csecsemőhalandóság magas, a keringési rendszer betegségei, a daganatos megbetegedések mellett jelentős a külső ok miatt bekövetkezett halálozás és az emésztőrendszeri betegségek.

Projektünk tevékenységei közül a legfontosabb az orvosi műszerbeszerzés

Kórházunk aktív, krónikus és rehabilitációs ellátásra szakosodott tüdőkórház. A tüdőgyógyászathoz szükséges orvosi műszereket és eszközöket szerezzük be a projekt keretén belül. 2012 óta rendelkezünk a legmagasabb, III. szintű progresszivitási besorolással, amelyhez új ellátási formaként egy hat ágyas intenzív osztályt alakítottunk ki. Megújul az intenzív osztályunk, hat darab betegmegfigyelő monitort és egy központi monitor egységet szerzünk be. A tüdőbetegek diagnosztikus vizsgálatát bronhoszkopos rendszer támogatja. Szintén új ellátási forma bevezetését teszi lehetővé a szinkron videometria, amely egy alváslabor megvalósulását segíti, ez a vizsgálati módszer teljesen egyedülálló megyénkben.

SAKMAI MEGALAPOZOTTSÁGA A PROJEKTNEK

Az elmúlt száz évben hatalmas változáson ment át a tüdőgyógyászat. A korábban „Morbus hungaricus”-ként emlegetett tuberkulózist, mint népbetegséget a magyar orvoslás, ezen belül a tüdőgyógyászat sikeresen felszámolta.





Building Partnership

Diagnosztikai eszközök beszerzése és határon átnyúló hasznosítása

HUSK 1101/1.4.1/0079

Jelenleg Edelényben is már csak ágyaink egy részén (15 ágy), megfelelően elkülönítve ápolunk ilyen betegeket.

A fejlődésre jellemző volt, hogy új diagnosztikus módszerek kerültek kifejlesztésre, például a bronchoszkópia, a légzésfunkció vizsgálata, a vérgáz analitika, valamint a sav-bázis diagnosztika, amelyeket napi szinten használunk intézetünkben.

Kiemelendő, hogy több mint 600 ezer krónikus obstruktív tüdőbeteg és több mint 250 ezer asthmabronchialában szenvedő beteg él ma Magyarországon, vagyis az ország lakosságának 8,5 %-a érintett ezen megbetegedésekben. A tüdőgyulladásnak, főként a súlyos állapotú betegek szövődményes tüdőgyulladásának ellátása is a tüdőgyógyászat feladata, gyakran a háziorvosi szinten elkezdett kezelés elégtelen, és a szakellátás szintjén kell megoldani az egyes betegek ellátását.

A tüdő betegségei rendszerint nem önmagukban, hanem más szervek betegségével együtt fordulnak elő. Ezért gyakori, hogy multimorbid és már előrehaladott légzési beteg kerül a tüdőgyógyász szakellátásba. A tüdőrák diagnosztikája és gyakran kevés reménnyel kecsegtető kezelése is a tüdőgyógyászok és onkológusok feladata, team munkában. A rossz általános állapottal járó immunhiány és következményes légúti fertőzések miatt a nehezen gyógyuló, leromlott állapotú beteg krónikus tüdőbetegé válhat.

A pulmonológia alkalmazkodott azon elváráshoz, hogyan kell igazolni a valódi kórokat, és hogyan gyógyítható meg a már reménytelennek tartott tüdőbeteg. Ma a tüdőgyógyászat egyik nagy kihívása a krónikusan kritikus állapotú betegek ellátása.

A modern pulmonológia szervesen együttműködik az intenzív terápiával, az onkológiával, a klinikai immunológiával, hogy a legfontosabb területeket említsük.

A Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium és a GYEMSZI ajánlása alapján az aktív tüdőgyógyászati fekvőbeteg ellátásra megajánlott III. progresszivitási szint eredményeképpen szükséges az Edelényi telephelyen struktúráváltást végrehajtani. Amely felöleli egy 6 ágyas intenzív osztály fejlesztését.

Mi indokolja a légzési szakmaspecifikus őrző szükségességét a III. progresszivitási szintű tüdőgyógyászati fekvőbeteg ellátásban?

A III. progresszivitási szint maga után vonja, hogy az ellátási területünkről a legsúlyosabb tüdőgyógyászati esetek intézetünkbe érkeznek, ideértve az akut intenzív ellátást, az aktív fekvőbeteg ellátást igénylőket, illetve a súlyos krónikus állapotú betegeket is.

A szakmai irányelvek szerint azokat a betegeket kell intenzív ellátást nyújtó osztályokon kezelni, akiknek a vitális szervműködésük akut elégtelensége vagy annak fenyegetettsége miatt folyamatos megfigyelésre és/vagy azonnali és folyamatosan végzett kezelésre (pl. gépi lélegeztetésre) van szükségük.

Amennyiben a szakmai irányelvek szerint a tüdőgyógyászati speciális szakkórházakban elegendő szakma specifikus őrző működtetése, akkor ez a fejlesztés ennek az ellátási szintnek is megfelelő építészeti feltételeket teremt.

Légzési elégtelenség felléphet heveny módon is, de kiemelten COPD-ben, Pneumonia-ban, Asthma bronchiale-ban és krónikus légzési elégtelenségben szenvedő betegek állapotában következik be olyan rosszabbodás, amely intenzív ellátást tesz szükségessé.

Amennyiben a kórházi kezelés során jelentkezik hirtelen állapotrosszabbodás, nagy jelentőségű az az időfaktor, amelyen belül a kritikus állapotú beteg megfelelő intenzív terápiában részesül.

A tüdőgyógyászati intenzív ellátásban a leggyakoribb betegcsoportok jellemzőit az alábbiakban mutatjuk be, kiemelve, hogy, melyek azok az okok amelyek az intenzív ellátást kiváltják.

A COPD jelentősége, elterjedtsége

A COPD gyakori betegség, amely mind a beteg és családja, mind az egészségügyi ellátás és az egész társadalom számára jelentős szomatikus, pszichés és anyagi megterhelést okoz. A tüdőgondozók 2010-ben COPD diagnózissal 147.480 beteget tartottak nyilván. A korábban közzétett epidemiológiai adatokkal (a felnőtt lakosság 6%-a) szemben az újabb felmérések (PLATINO, BOLD) a megbetegedés gyakoriságát a 40 évnél idősebb lakosság körében 10%-ra becsülik. Mivel a



Building Partnership

Diagnosztikai eszközök beszerzése és határon átnyúló hasznosítása

HUSK 1101/1.4.1/0079

tüdőgondozók nyilvántartásában valószínűleg a legsúlyosabb, szakgondozásra is szoruló betegek vannak, a betegek száma a valóságban ennél biztosan sokkal több.

A nemzetközi statisztikai adatok szerint hazánkban az elvárható becsült betegszám 600.000-700.000. A férfi-nő arány 3:2, a betegek zöme 50 évesnél idősebb. A halálozási statisztikákban a COPD 1990-ben a 6. helyet, 2020-ban pedig várhatóan a 3. helyet foglalja el akkor, amikor más krónikus kórképek (kardiovaszkuláris, daganatos, degeneratív, stb.) előfordulása stagnál, vagy csökken. A COPD Magyarországon az ötödik leggyakoribb halálok. Különösen riasztó a 35-74 éves férfiak 76/100 000-es mortalitása: ebben a népességcsoportban az egész világon ez a legmagasabb arány.

A betegsége jellemző, hogy a panaszok és a tünetek hosszú ideig változatlanok ("stabil COPD"), de időnként hirtelen állapotrosszabbodás következhet be, ami miatt azonnali intenzív ellátás válik szükségessé. Ez a hirtelen állapotrosszabbodás megfelelő kezeléssel általában rövid idő alatt rendezhető és ezáltal kitolható a „stabil” periódus időtartama.

A COPD-s betegek lélegeztetése nagyon bonyolult feladat, nagy tapasztalatot igényel. A beteg állapotától függően szükséges alkalmazni invazív és nem invazív lélegeztetési technikákat.

Pneumonia

A Pneumonia elsősorban időseknel, krónikus betegeknél, rossz körülmények között élő csecsemőknél, kisgyerekeknél, továbbá immunrendszeri betegeknél alakul ki, de fiatal, egészséges emberek is megfertőződhetnek.

A Pneumonia esetében két fajtát különítünk el, a betegség forrásától függően. A Pneumonia nagyobb számban származik közösségből szerzett kórokozó miatt, ebben az esetben nagyobb a megbetegedés prevalenciája, amihez alacsony mortalitás társul. A kórházi kezelés során szerzett nosocomialis pneumonia mortalitása 30-50 % körüli, azoknál az eseteknél, amelyek kezelése intenzív osztályon történik.

Kezelésüket tekintve az antibiotikus kezelés eltérő, viszont az intenzív terápiás elvek mindkét esetben megegyeznek. A közösségben szerzett pneumóniát 80-95 %-ban a háziorvos kezeli. A nemzetközi és hazai statisztikai adatok is azt mutatják, hogy ezer pneumónias betegből egy esetben van szükség intenzív osztályos felvételre.

A nosocomialis pneumonia 15 %-os részarányt képvisel a kórházi infekciók számarányából. Az intenzív osztályos infekciók esetében ez az arány már 40 %!

Az intenzív osztályokon a helyes diagnózis felállítását segíti az elérhető mobilröntgen megléte.

Súlyos akut asthma bronchiale

Az asthma bronchiale krónikus légúti megbetegedés. Jellemzője, hogy fokozott reaktivitást fejt ki a tracheobronchialis rendszer, amikor különböző ingerek érik, amelyek származhatnak gázok inhalációjából, infekcióból, fizikális terhelésből, hideg miatt, gyógyszerek mellékhatásaiból.

Jelentőségét az adja, hogy az egészségügyi statisztikák alapján a prevalenciája folyamatos növekedést mutat, jellemzően az iparilag fejlett országokban. Becslések szerint hazánkban kb. 200 ezerre tehető a betegek száma, és évente mintegy 10-18 ezer új asthmás beteget diagnosztizálnak. A járó beteg szakellátásban megjelent asthmás betegek száma évi 150 ezer körül mozog. A kórkép etiológiája multifaktoriális, genetikai és környezeti tényezők együttes hatásának eredménye.

A megbetegedési számok növekedésével ellentétes tendenciát látunk a mortalitásban. Ennek oka az, hogy a sürgősségi ellátások elérhetősége révén a betegek viszonylag hamar kerülnek be az első ellátásba, és innen megfelelő betegirányítás révén továbbküldésre kerülnek az intenzív osztályokra.

A krónikus asthma bronchiale kezelése alapvetően a tüdőgyógyászat feladata, de egy asthmás roham kiválthatja az intenzív ellátást, amelynek jellemzője, hogy az intubatio és a lélegeztetés megkezdése után jelentős javulás következik be a beteg állapotában.

Az asthma bronchiale nagyon komoly terheket ró úgy a betegre, mint az egész társadalomra.



Building Partnership

Diagnosztikai eszközök beszerzése és határon átnyúló hasznosítása

HUSK 1101/1.4.1/0079

ARDS - Heveny légzési elégtelenség szindróma

A légzési elégtelenség egyik lehetséges oka a heveny légzési elégtelenség szindróma (akut respirációs distressz szindróma, ARDS), melynek hátterében számos olyan elváltozás lehet, mely a tüdőben folyadék-felzaporodással, a vérben pedig az oxigénszint csökkenésével jár.

A heveny légzési elégtelenség szindróma orvosi sürgősségi állapot, mely gyakran súlyos tüdőbetegség talaján alakul ki. A szindróma azonban korábban egészséges embereken is felléphet.

Kiváltó okok: Bármely olyan betegség vagy állapot, mely a tüdőt károsítja, ARDS kialakulásához vezethet. A szindrómában megbetegedettek kb. egyharmadában súlyos, kiterjedt fertőzés (szepszis) zajlik. Kialakulhat a betegség egyéb szerv, például a hasnyálmirigy jelentős károsodását követően is

Az ARDS-ben szenvedő betegeket intenzív osztályon szükséges kezelni. A kezelés eredményessége azon múlik, hogy sikerül-e megszüntetni a kiváltó okot. Az állapot kezelése együttesen jelenti az alacsony oxigénszint korrigálását oxigénnel, és az alapbetegség kezelését. A diagnózis felállításához alapvetően szükséges az intenzív osztályon lévő mobil röntgen készülék, így a kritikus állapotú beteg fölösleges és veszélyes mozgatása elkerülhető.

Azonnali kezelés nélkül a szindrómát jellemző súlyos oxigénhiány az esetek 90%-ában halálhoz vezet. Megfelelő kezeléssel azonban a súlyos betegek közel fele megmenthető.

Amennyiben a beteg hamar és jól reagál a kezelésre, általában nem vagy csak kismértékű tüdőkárosodás alakul ki. Ha hosszú ideig szorul a beteg gépi lélegeztetésre, nagyobb a tüdőhegesedés veszélye. A tüdőhegesedés a gépi lélegeztetés befejezését követő hónapokban javulhat.

Az Észak-Magyarországi régióban a 2012-ben nyilvántartott COPD-s betegek száma 24.622 volt (a valóság ennél jóval több beteget jelent, sokan nem jutnak el a megfelelő ellátó helyre), súlyos és nagyon súlyos / III-IV stádiumú / COPD miatt 7083 esetet láttak el a régió pulmonológusai. A 2012-ben asthmásként nyilvántartott betegek száma 34.376 volt, ebből súlyos asthmás 1546 beteg. Évente kb. 2000 új COPD-s és kb. ugyanennyi asthmás beteg kerül felfedezésre a régióban.

Folyamatosan fennálló probléma volt, hogy a megyében illetve a régióban nincs speciálisan tüdő intenzív osztály. Eddig a betegeket vagy a Megyei Kórház központi intenzív osztályán, vagy Kazincbarcikán ill. Ózdon látták el, állandó helyhiánnyal és pulmonológiai szakképzettség, bronchológiai eszköz és jártasság hiánnyal küzdve.

Ezért két tüdőgyógyász szakorvosunk járt a Megyei Kórházba tüdőgyógyászati konzíliumot adni, így a KAITO-ra is. Ehhez adottak a tárgyi és személyi feltételeink: orvosaink bronchoszkópos leszívást végeztek és terápiás javaslatot tettek. Általában az ottani intenzív orvosok nem tudnak bronchoszkópos beavatkozást vagy leszívást végezni, mert ez speciálisan a tüdőgyógyászok feladata. Gyakorlatilag a Megyei Kórház pulmonológiai eredetű intenzív betegeit is mi láttuk el. Átlagosan havonta 50 konzíliumi esetünk volt, ebből 18 - 20 eset KAITO-s volt. A Koch Róbert Kórházban intenzív ellátást igénylő betegek esetében egy négy ágyas szub-intenzív részleg állt rendelkezésre.

Havonta az ilyen jellegű esetek száma 10-15 körül mozgott.

Itt kell megemlítenünk, hogy határterületben idetartozik a cardiológiai alapbetegséggel rendelkező betegek időnként szükségessé váló intenzív osztályos observációja és kezelése a krónikus tüdőbetegséggel járó oxigénhiány által generált ritmuszavarok és szívelégtelenség miatt.

Intézetünkben a bemutatott betegcsoportokból kerülnek ki az intenzív ellátást igénylők jelentős száma.

Dr. Daher Pierre
főigazgató főorvos
Koch Róbert Kórház
vezető partner