

# **A Magyar Resuscitatio Társaság VI. Kongresszusa**

**Szeged, 2007. szeptember 14-15.**



**Fővédnök**

**Dr. Mikó Tivadar**

**a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvos- és Egészségtudományi  
Centrum elnöke**

**Védnök**

**Botka László**

**Szeged város polgármestere**

**PROGRAM ÉS ÖSSZEFOGLALÓK**



## **Tudományos Bizottság**

Elnök: Dr. Rudas László  
Tagok: Dr. Berényi Tamás  
Dr. Diószeghy Csaba  
Földi István  
Dr. Gőbl Gábor

## **Szervező Bizottság**

Elnök: Dr. Janecskó Mária  
Tagok: Dr. Berényi Tamás  
Dr. Fritúz Gábor  
Dr. Pető Zoltán

## **A Szervező Bizottság címe**

Dr. Janecskó Mária  
Magyar Resuscitatio Társaság  
1125 Budapest, Kútvölgyi út 4.  
tel: (1) 356-6058, fax: (1) 355-7975  
e-mail: janmar@kut.sote.hu  
honlap: www.reanimatio.com

## **A kongresszus helye**

SzTE József Attila Tanulmányi és Információs Központ  
Szeged, Ady Endre tér 10.  
honlap: www.tik.u-szeged.hu

**Időpontja:** 2007. szeptember 14-15.

**Hivatalos nyelve:** magyar

## **A kongresszusi iroda címe**

K&M Congress Kft.  
1064 Budapest, Podmaniczky u. 75.  
tel: (1) 301-2000, fax: (1) 301-2001  
e-mail: [info@kmcongress.com](mailto:info@kmcongress.com)  
honlap: www.kmcongress.com

## **A regisztrációs iroda helye**

a SzTE József Attila Tanulmányi és Információs Központ földszinti előcsarnoka

## **A regisztrációs iroda nyitva tartása**

2007. szeptember 14., péntek	8.00 - 18.00
2007. szeptember 15., szombat	8.00 - 14.00

## **A kongresszus honlapjai**

www.reanimatio.com  
www.kmcongress.com

## **A kongresszus tudományos témái**

- Prehospitális ellátás - a resuscitatio helye a sürgősségi betegellátás folyamatában
- Kontrollált hypothermia - tanfolyam
- Postresuscitatio
- A szakdolgozók szerepe az újraélesztésben
- Szabad előadások
- Poszterek

## Társasági program

2007. szeptember 14., péntek  
10:00 Megnyitó  
19:00 Fogadás a Port Royal Étteremben  
2007. szeptember 15., szombat  
13.00 MRT Közgyűlés  
14:00 Zárszó, elutazás

## Kredit pontok

A kongresszus akkreditálása folyamatban van. A kreditpontok jóváírásához kérjük, adja meg orvosi pecsét számát, illetve működési nyilvántartási számát a jelentkezési lapon.

## Részvételi díjak

	2007. július 15-ig	2007. július 15. után
MRT tag orvos	15 000 Ft	18 000 Ft
Nem tag orvos	20 000 Ft	24 000 Ft
MRT tag szakdolgozó	10 000 Ft	12 000 Ft
Nem tag szakdolgozó	15 000 Ft	18 000 Ft
Kísérő	7 500 Ft	9 000 Ft
Napijegy	9 500 Ft	

Első alapképzésben résztvevő, nappali tagozatos egyetemi hallgatók (diákigazolvánnyal) nem fizetnek részvételi díjat.

A részvételi díj az alábbiakat tartalmazza

- részvétel a tudományos programon
- programfüzet és összefoglalók
- névkitűző
- fogadás szeptember 14-én a Port Royal Étteremben
- kávé a tudományos program szüneteiben

A kísérők - a befizetett díj ellenében - névkitűzőt kapnak, és részt vehetnek a fogadáson.

A napijeggel rendelkezők névkitűzőt kapnak, és részt vehetnek az aznapi tudományos programon.

A kongresszus tudományos és társasági programjai csak a kongresszusi névkitűzővel látogathatók.

## Étkezés

Hideg büféebéd (saláták, szendvicsek, sütemény, üdítő, kávé) 2 100 Ft/fő

Fogadás a Port Royal Étteremben szeptember 14-én a részvételi díj tartalmazza

**A kongresszusi részvételi díjak és a szolgáltatások díjai 16,67% ÁFA-t tartalmaznak.**

## Lemondás

A lemondást írásban kérjük benyújtani a kongresszusi szervezőiroda címére. A korábbi befizetések visszatérítése: 2007. augusztus 14-ig beérkezett lemondás esetében a befizetett díjak 80%-a. 2007. augusztus 14. után a befizetett díjakból visszatérítésre nincs lehetőség.

## RÉSZLETES PROGRAM

2007. szeptember 14. péntek

10:00 - 10:15 **Megnyitó**

10:15 - 10:45 **Újabb evidenciák a 2005. évi Guideline bevezetése óta**

Üléselnök: Rudas László (Szeged)

Referátum: Diószeghy Csaba (Yeovil, Nagy-Britannia)

10:45 - 12:00 **PAD - pro-con vita**

Üléselnök:

Pro: Berényi Tamás (Budapest)

Con: Rudas László (Szeged)

12:00 - 13:00 **Ebéd**

13:00 - 14:30 **MET - brit-magyar tapasztalatok**

Üléselnök: Berényi Tamás (Budapest)

Diószeghy Csaba (Yeovil, Nagy-Britannia): *Brit tapasztalatok*

Futó Judit (Budapest): *Magyar tapasztalatok*

Földi István (Debrecen): *MET a szakdolgozók szemével*

14:30 - 15:30 **MET és sepsis - Lilly Szimpózium**

Üléselnök: Bogár Lajos (Pécs)

Rudas László (Szeged)

Bogár Lajos (Pécs): *A sürgősségi osztály, illetve a MET szerepe a sepsis korai ellátásában*

Zilcz Emilia (Budapest): *A sepsis ellátás tapasztalatai SBO-n*

Bertalan Viktória (Szeged): *Általános osztályon fekvő septicus betegek ellátásával szerzett tapasztalatok*

15:30 - 16:00 **Kávészünet**

16:00 - 17:00 **HOSCAR Study**

Moderátor: Merkely Béla (Budapest)

17:00 - 18:00 **Szabad előadások 1.**

Üléselnök: Diószeghy Csaba (Yeovil, Nagy-Britannia)

Mikos B, Süveges L, Zsigó E. (Miskolc): *Az akut hemodinamikai inszufficiencia presszor terápiajának lehetőségei* Sz01

Székely G, Kiss D. (Budapest): *Tachycard ritmuszavarok ellátása - mindenki másképp csinálja?* Sz02

Kamarás Gy, Geller T. (Debrecen): *A „4T-4H” jelentősége két eset elemzése kapcsán* Sz03

Geller T, Bódi A, Kamarás Gy. (Debrecen): *Újraélesztett betegek kezelése a DE OEC Kardiológiai Intézet PCI- centrumban és a kardiológiai intenzív osztályon* Sz04

Talabér J, Antalóczy P. (Budapest): *Kompetenciák a sürgősségi betegellátásban* Sz05

Nagy G, Marton J, Demsa G, Bethlen J. (Pécs): *A helyszín és a vizsgáztató ismertségének hatása a hallgató újraélesztés vizsgán nyújtott teljesítményére* Sz06

19:00 **Fogadás a Port Royal Étteremben**

2007. szeptember 15., szombat

08:30 - 09:30 **Újabb evidenciák a gyermek resuscitatióban**

Üléselnök: Hauser Balázs (Budapest)

Somogyvári Zsolt (Budapest): *Hibák és tévedések az újszülött resuscitatióban*

Tálosi Gyula (Szeged): *Újszülött újraélesztés: újabb evidenciák és szegedi tapasztalatok*

Hauser Balázs (Budapest): *Újdonságok és evidenciák (?) a gyermekresuscitációban*

**09:30 - 10:30 Kontrollált hypothermia**

Üléselnök: Berényi Tamás (Budapest)

Berényi Tamás (Budapest):

Fritúz Gábor (Budapest):

Schaffer Éva, Kirchfeld Ágnes, Puskás Tivadar, Lórántfy Mária (Szombathely):

*Reanimáció során, helyszínen elkezdett enyhe hypothermia alkalmazása*

**10:30 - 11:00 Kávészünet**

**11:00 - 12:00 Etika - kerekasztal a nem resuscitálandókról**

Moderátor: Janecskó Mária (Budapest)

Referátum: Élő Gábor (Budapest)

Részvevők: Mezőfi Miklós (Budapest)

Rudas László (Szeged)

**12:00 - 13:00 Szabad előadások 2.**

Üléselnök: Nagy Ágnes (Budapest)

Geller T, Kamarás Gy, Diószeghy Cs. (Debrecen): *Tapasztalatok a kórházon kívüli resuscitáció alatti thrombolysis alkalmazásával*

Sz07

Baglyas Sz., Székely G., Kiss D., Hermann Cs. (Budapest): *Utstein Formula - új adatok (2006/2007)*

Sz08

Kunetz Zs, Razsovitz G. (Budapest): *A légimentés szerepe a prehospitális resuscitációkban*

Sz09

Seres G, Kunetz Zs, Molnár J. (Budapest): *Véget ér-e a mentőorvos munkája a helyszínen - egy sikertelen gyermekújraélesztés története*

Sz10

Borgulya G, Czifráné Tóth É, Berecz I, Kósa M. (Békéscsaba): *A reanimatio hatékonyságának növelésére való törekvés kórházunkban*

Sz11

**13:00 - 14:00 MRT Közgyűlés**

## ÖSSZEFOGLALÓK

### AZ AKUT HEMODINAMIKAI INSZUFFICIENCIA PRESSZOR TERÁPIÁJÁNAK LEHETŐSÉGEI

dr.Mikos Borbála, dr.Süveges László, dr.Zsigó Enikő

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Gyermek-Aneszteziológiai és Intenzív Osztály, Miskolc

Bevezetés: A generalizált vazoparalízis által indukált kritikus szisztémás hipotenzió kezelésének elsőként választott szereit a dóziszfüggő mellékhatásprofilú katecholaminok. Bár erélyes értónus fokozó effektusuk révén gyorsan és hatékonyan emelik a vérnyomást, a vazokonstrikció a szervek működészavarához, károsodásához, a katekolaminémia morbiditást és mortalitást fokozó metabolikus hatásokhoz (hiperglikémia, laktátacidózis) vezethet.

Célkitűzés: a nem kívánt presszor amin hatások kiküszöbölésére szolgáló szakirodalmi ajánlások felkutatása

Módszer: a nemzetközi szakirodalmi adatok áttekintése, és saját esetünk kapcsán szerzett tapasztalataink ismertetése

Eredmények: Az állatkísérleti eredményeken, és klinikai alkalmazásokon alapuló közlemények adatai szerint a vazopresszin a kardiovaszkuláris homeosztázis kulcshormonjaként a katekolaminoktól eltérő hatáshelyen: a simaizomzat V1-receptorain kifejtett hatása révén az értónus fokozását szignifikáns tahikardia és hiperglikémia indukálása nélkül biztosítja, megőrizve a vese perfúzióját, növelve a bal kamrai és cerebrális véráramlást. Újraélesztés során lerövidíti a spontán keringés visszatérési idejét. Endogén katekolaminokkal kifejtett szinergista, valamint cortisol-kiáramlást fokozó hatásai előnyösen csökkentik a súlyos hemodinamikai inszufficienciában szenvedő betegek katekolamin igényét, hozzájárulva az adrenoceptorok restaurációjához. Presszor-refrakter kritikus hipotenzióval járó sokkállapotokban fiziológiás, reszuszcitáció során farmakológiai dózisban ultimum refugiumként alkalmazva javíthatja a túlélési esélyeket. Szintetikus analógjával: a terlipresszinnel, tartósabb hemodinamikai hatás érhető el, kevesebb mellékhatás árán.

Esetünkben volumen-és katekolamin-refrakter szeptikus sokkban került sor első alkalommal a terlipresszin alkalmazására, egyidejű multifunkciós monitorozás mellett. Folyamatos intravénás adagolásának 30. percében a beteg normotenzióssá vált, intolerábilis tahikardiája és anuriája oldódott, katekolamin dependenciája egy óra alatt megszűnt.

Megbeszélés: A katekolaminok indikációja széles körű az intenzív betegellátásban. Nem kívánatos mellékhatásaik kiküszöbölése folyamatos törekvés, azonban gyakran nem elkerülhető a kívánt hemodinamikai hatás eléréséhez szükséges relatív magas dózisirány miatt. Alternatívaként a kisebb szövődmény incidenciájú vazopresszin alkalmazása jöhet szóba katekolaminra nem reagáló hipovolémiás, hemorrágiás és vazodilatációs (főként szeptikus) sokk, szisztémás hipotenzió és klinikai halál állapot esetén. Bár a szakmai irányelvek jelenleg ultimum refugiumként ajánlják, egyre több, pozitív tapasztalatokról beszámoló közlemény veti fel korai alkalmazásának várható előnyeit, melynek igazolására nagy betegszámon alapuló prospektív vizsgálatok szükségesek.

Irodalom: Ben-Abraham, R. et al.: Vasopressin in cardiac arrest and vasodilatory shock. IMAJ 5,272,2003.-Rodriguez.Nunez, A. et al.: Rescue treatment with terlipressin in children with refractory septic shock:a clinical study. Crit Care 10,1,2006.-Tsuneyoshi, I. et al: Hemodynamic and metabolic effects of low-dose vasopressin infusions in vasodilatory septic shock. Crit Care Med 29(3), 487,2001.

### TACHYCARD RITMUSZAVAROK ELLÁTÁSA – MINDENKI MÁSKÉPP CSINÁLJA?

Székely G. Kiss D.

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály

A tachycard ritmuszavarokkal járó állapotok ellátására több algoritmus is létezik. Az ERC ALS Provider tanfolyam elvégzése során a hallgatók egy leegyszerűsített, de ebből következően könnyen megjegyezhető ajánlással ismerkednek meg. Vizsgálatunkban arra voltunk kíváncsiak,

hogyan az ALS tanfolyamon való részvétel mennyiben befolyásolja a különböző tachycard ritmuszavarok során preferált terápiát.

Kérdőívet állítottunk össze, melyben 12 tachycard állapot esetén kellett terápiás döntést hozni előre megadott lehetőségek közül. Az alkalmazható terápiás lehetőségek között szerepeltek a leggyakrabban használt antiaritmiás gyógyszerek, parenteralis folyadékpótlás, elektromos cardioverzió, illetve az, hogy akut beavatkozást nem igényel a leírt állapot. A kérdőívet kitöltő szakorvosjelöltekből és szakorvosokból két 10 fős csoportot alakítottunk ki, az egyik csoport korábban már vett részt ALS tanfolyamon, a másik csoport nem. Az ALS és a NemALS csoport orvosai mind aneszteziológus és intenzív terápiás szakorvosok vagy szakorvosjelöltek voltak, orvosként ledolgozott éveik száma az ALS csoportban 6,1 év, a NemALS csoportban 5,8 év volt.

Legfontosabb eredményeink a következők: az ALS csoport gyakrabban használt elektromos kardioverziót minden olyan tachycardia esetén, amikor a ritmuszavarral együtt pulmonalis pangás is társult. Pangással járó friss pitvarfibrilláció az ALS csoport 100%-ban cardioverziót jelölt meg, míg a NemALS csoport 50%-ban cardioverziót, 30%-ban amiodaront. Krónikus pitvarfibrilláló betegnél hypotonia és pangás esetén az ALS csoport 50%-ban végezne cardioverziót, a Nem ALS csoport csak 20%-ban. Ők 50%-ban amiodaront adnának, és 30%-ban az antiaritmiás gyógyszert folyadék adásával egészítenék ki. Kamrai tachycardia esetén az ALS csoport egységesen amiodaront adna, a Nem ALS csoportban egyéb gyógyszerek (lidocain, procainamid) is megjelentek. Ha a kamrai tachycardia hypotóniával társul, a NemALS csoport 40%-ban végezne cardioverziót, míg az ALS csoport 75%-ban. A cardioverzió átlagos energiája a NemALS csoportban kevesebb volt (100J), mint az ALS csoportban (140J). Az ALS csoport gyakrabban adott antiaritmiás szert akkor is, amikor a tachycardia, hypotonia hátterében nem a ritmuszavar volt feltételezhető. Krónikus pitvarfibrillatio, hypotonia, pulmonalis pangás nélküli esetben a Nem ALS csoport 50%-ban adott folyadékot, míg az ALS csoport csak 30%-ban.

Eredményeink alapján az ALS Provider tanfolyamot elvégzők egységesebb válaszokat adtak, cardioverziót szívesebben végeznek, de olyan tachycardiával járó állapotokat is gyakrabban kezelnek antiaritmiás szerrel, ahol a tachycardia inkább következmény és nem ok.

## **A „4T-4H” JELENTŐSÉGE KÉT ESET ELEMZÉSE KAPCSÁN**

Dr. Kamarás Györgyi<sup>1</sup>, Dr. Geller Tamás<sup>2</sup>

1. OMSZ Debrecen, 2. DE OEC AITT, Debrecen

2005-ben novemberében megjelent és bevezetett ERC-ALS algoritmus kifejezetten nagy hangsúlyt fordít az „specifikus” újraélesztési technika és gyógyszeres kezelés mellett a mihamarabbi oki terápia meghatározására és ez alapján történő adekvát kezelésre. Két sikeres újraélesztés esetelemzése és az ebből levonható tapasztalatok szintén a korai célzott kezelésben való gondolkodásnak és cselekvésnek a jelentőségére hívják fel a figyelmet. Ugyanakkor szükséges helyi szinten meghatározni az optimális betegutakat, mely egyik esetben jelentős késedelemhez vezetett. Ez utóbbi eset és a keringés összeomlás hazai statisztikái alapján talán az is felvethető, hogy az újraélesztett betegek PCI-laborba szállíthatóak-e közvetlenül, mint a kardiogén shock legsúlyosabb szituációi.

## **ÚJRAÉLESZTETT BETEGEK KEZELÉSE A DE OEC KARDIOLÓGIAI INTÉZET PCI-CENTRUMBAN ÉS A KARDIOLÓGIAI INTENZÍV OSZTÁLYON**

Dr. Geller Tamás<sup>1</sup>, Dr. Bódi Annamária<sup>2</sup>, Dr. Kamarás Györgyi<sup>3</sup>

1. DE OEC AITT, 2. DE OEC Kardiológiai Klinika, 3. OMSZ Debrecen

A DEOEC Kardiológiai Klinikán 2006. január 1. óta 14, közvetlenül az újraélesztés után a Centrumba szállított beteg kezelését végezték. Esetfeldolgozásaink megpróbálják utánkövetni, ennek a „nem szokványos” betegútnak az eredményeit. Honnan, milyen ellátás, és milyen körülmények között kerültek a betegek a PCI centrumba, milyenek a rövid és hosszútávú kimenetele az itt kezelt betegeknek. Az esetek 30%-ban a specializált intenzív osztályon



postresuscitációs hypotermiát is alkalmaztak. Az eredmények a hazai és nemzetközi statisztikákat messze meghaladják....

## **KOMPETENCIÁK A SÜRGŐSSÉGI BETEGELLÁTÁSBAN**

Talabér János dr., Antalóczy Péter dr.

OMSZ Pesterzsébet, Harsányi János Főiskola

Amíg az Egyesült Államokban a büntetőügyek közel 10 százalékát<sup>1</sup> teszik ki az egészségügyi dolgozók ellen folytatott eljárások és ide nem értve a különböző polgári kártérítési pereket, addig Magyarországon ez a szám igen elenyésző, az ez irányú polgári pereskedésnek gyakorlatilag nincs múltja. Számos szociológus szerint<sup>2</sup> ennek oka a társadalom azon berendezkedése, amelyben az egészségügyben egy kényszer hierarchia alakul ki, és a beteg mindenkoron alárendelt viszonyban áll a betegellátó személyzettel, ahol a megváltást, a segítő kezet látják bennünk, és a tévedés lehetőségét, az emberi mulasztást egyáltalán nem feltételezik. Az ügyészség azonban idegenkezűség vagy emberi mulasztás gyanúja esetén hivatalból köteles eljárni, így viszonylag elég gyakran kell rendőrségi kihallgatáson részt vennünk, hacsak tanú minőségben is. Vajon helyesen döntünk-e minden esetben a helyszínen vagy a sürgősségi osztályon? Vajon abban a néhány másodpercben, amíg a blikkdiagnózis megszületik gondolunk-e szakmai kompetenciánkra? Vajon eleget vagy adott esetben magunkat kockáztatva többet teszünk-e a betegért? Vajon mennyire véd minket a jog, ha túllépjük a kompetenciánkat? A magyar jogrendet figyelembe véve, a bírói joggyakorlatra hivatkozva igyekszünk lépésről lépésre felvázolni az egyes betegellátó egységek jogi kompetenciáját, annak kiterjesztését és adott esetben annak korlátozását, különös tekintettel a világon egyedülállóan Magyarországon alkalmazott mentőtiszt III, mint végbizonyítvánnyal még nem, de különleges módon, beavatkozási kompetenciával rendelkező egészségügyi dolgozóra.

## **A HELYSZÍN ÉS A VIZSGÁZTATÓ ISMERTSÉGÉNEK HATÁSA A HALLGATÓ ÚJRAÉLESZTÉS VIZSGÁN NYÚJTOTT TELJESÍTMÉNYÉRE**

Dr. Nagy Gábor, Marton József, Demsa Gábor, Dr. Betlehem József

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi Ellátási Tanszék

Cél: Magyarországon a kórházon kívüli újraélesztések kb. 30-40%a nem a beteg otthonában történik. Ezen esetek többségében laikus szemtanú észleli a keringésmegállást és/vagy végez újraélesztést is. Kiemelt fontosságú, hogy a BLS kurzusokat olyan módon fejlesszük, hogy azok minél inkább valóságűek legyenek. Célunk meghatározni mennyire befolyásolja a vizsgázó teljesítményét egy forgalmas területen végrehajtott CPR.

Minta és módszer: Az előzetes felmérés után 66 fő egyetemi hallgató vett részt felmérésben, a hallgatókat random módon 4 csoportra osztottuk a vizsga helyszínének (demonstrációs terem vs. közterület) és a vizsgáztató ismertségének (oktatta vs. nem oktatta) megfelelően. A hallgatók azonos óraszámban (28 óra) és azonos oktatási formában tanulták a BLS-t. A hallgatók az ERC 2005 protokoll alapján 2 percig egy személy általi újraélesztést végeztek. Teljesítményüket Brendan B. Spooner és mtsai által leírt pontrendszer módosított változata és kalibrált Ambu CPR szoftver segítségével mértük. Az adatokat Khi négyzet, Mann-Whitney, T teszttel hasonlítottuk össze. Szignifikánsnak  $p < 0,05$  esetén tartottuk az eredményeket.

Eredmények: Mind a helyszín ismerete ( $p: 0,001$ ), mind a vizsgáztató ismertsége ( $p: 0,044$ ) szignifikánsan befolyásolta a légzésvizsgálat időtartamát. A mellkas kompressziós ciklusok között eltelt idő szignifikánsan összefügg a helyszín ismertségével ( $p: 0,023$ ). A férfiak és nők teljesítményében a kontaktus teremtés kivételével nem találtunk szignifikáns különbséget.

Következtetések: A kurzust lezáró vizsga körülményeinek megváltozása (vizsga helyszíne és a vizsgáztató ismertsége) csökkenti a légzésvizsgálat időtartamát, mely meghatározza a mellkas kompresszió elkezdéséhez szükséges döntést. A megváltozott helyszín szignifikánsan megnyújtja a kompressziós ciklusok között eltelt időt, így rontja a kompressziók folytonosságát.

## **TAPASZTALATOK A KÓRHÁZON KÍVÜLI RESUSCITATIO ALATTI THROMBOLYSIS ALKALMAZÁSÁVAL**

Dr. Geller Tamás<sup>1</sup>, Dr. Kamarás Györgyi<sup>2</sup>, Dr. Diószegi Csaba<sup>3</sup>

1. DE OEC AITT, Debrecen, 2. OMSZ Debrecen, 3. Yeovil Hospital, Yeovil, UK

**Bevezetés:** a 2005-ben megjelent ILCOR ajánlás már tartalmazza a resuscitatio alatti thrombolysis alkalmazásának a lehetőségét. Jelenleg nincs egyértelmű állásfoglalás arról, hogy az újraélesztés mely szakaszában, illetve pontosan milyen diagnosztikus kriteriumok alapján és milyen thrombolyticum adása javasolt. Ahhoz, hogy ezekre választ kaphassunk, számos klinikai vizsgálat és tapasztalat gyűjtése szükséges. Jelen előadásunkban ehhez a tapasztalat gyűjtéshez igyekszünk hozzájárulni a 2006. január 1-től 2007. június 30-ig tartó időszakban általunk végzett újraélesztés alatti thrombolysisek adatainak bemutatásával.

**Módszer:** a Debreceni Mentőállomás roham és esetkocsiján töltött szolgálatok alkalmával a szerzők által végzett helyszíni resuscitációk során 8 alkalommal Streptokinase (SK), 14 alkalommal Tenecteplase (TPL), 1 esetben Alteplase (tPA) alkalmazására került sor. Rögzítettük az inicialis ritmust, az ALS időtartamát, a lysis körülményeit valamint a rövid és hosszú távú kimenetelt.

**Eredmények:** Összesen 23 resuscitatio történt thrombolyticum alkalmazásával, (átlagéletkor 58,3, ffi:nő arány 13:10) volt. Az inicialis ritmus 89%-ban volt VF. A thrombolysisre átlagosan 28 perc ALS után került sor, és azt követően átlag még 46 perc resuscitatio következett. A rövid távú túlélés (ROSC) 34,7% volt, akik közül 6 (összesen 21,7 %) hagyta el élve a kórházat. A túlélők retrospektív vizsgálata azt igazolta, hogy valamennyiük esetében a keringesleállás oka cardiális eredetű volt.

**Megbeszélés:** a thrombolysis kórházon kívüli alkalmazása a cardiális eredetű keringesmegállások esetén jó hatásfokú. A SK tapasztalataink szerint nem volt rosszabb, mint az elvileg talán jobb hatásfokú TPL.

### **UTSTEIN FORMULA – ÚJ ADATOK (2006/2007)**

Baglyas Sz., Székely G., Kiss D., Hermann Cs.

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály.

Az Utstein formula nemzetközileg egységes adatlap, mely jó szolgálatot tesz a kórházon belül végzett újraélesztések egymással összehasonlítható formában történő regisztrálásában. Az adatok folyamatos feldolgozása lehetőséget nyújt a kórházi resuscitációs csapat munkájának ellenőrzésére, értékelésére. Jelen vizsgálatunk a Dél-Pesti Kórházban 2006 június és 2007 június között eltelt időszakot öleli fel (36 Utstein formula).

Kórházunkban a resuscitációs csapat riasztás után az intenzív osztályról indul, háromfős, tagja egy orvos és két nővér. Az Utstein formulát a CPR team vezető orvos tölti ki a resuscitációt követően. Az így nyert adatok alapján vizsgáltuk a kiérkezési időt, az inicialis ritmust, az ALS idejét, valamint azt, hogy a CPR team kiérkezése előtt történt-e BLS; továbbá ezek hatását a spontán keringés helyreállítására (ROSC) és a 24 órás túlélésre.

Az egy év alatt összegyűlt 36 jelentés alapján az adatok a következőképpen alakultak.

Átlagos kiérkezési idő 1,94 perc, a primer sikeresség (ROSC) 39% volt. Az ALS átlagos ideje 20,56 perc, a ROSC nélküli esetekben pedig 26,41perc volt. BLS 27 esetben (77%) történt, ez a következőképpen oszlott meg: 74%-ban mellkaskompresszió, 81%-ban légútbiztosítás, 56%-ban mellkaskompresszió és légútbiztosítás, valamint 7%-ban defibrilláció történt. Vizsgálatunk szerint a team kiérkezése előtt megkezdett BLS - nem szignifikánsan ugyan, de - javította a spontán keringés helyreállítását (ROSC: 48% vs. 25%), valamint a 24 órás túlélést (26% vs. 12%). Az inicialis ritmus 2 esetben volt sokkolható (6%), 34 esetben nem sokkolható (94%). ROSC a sokkolható ritmusok 100%-ában történt, a nem sokkolható ritmusok esetén ez az arány 35%, a 24 órás túlélés 100% volt a sokkolható, és 18% a nem sokkolható ritmusok esetében.

A datainkat a korábbi évekkel összevetve azt látjuk, hogy a team kiérkezése előtt megkezdett BLS aránya nem változott, nőtt viszont az ALS átlagos időtartama, és javult a kiérkezési idő. A primer sikeresség (ROSC) aránya nem változott jelentősen.

## **A LÉGIMENTÉS SZEREPE A PREHOSPITALIS RESUSCITATIOKBAN**

Dr. Kunetz Zsombor, Razsovitz Gábor  
OMSZ Légimentő Kht.

A 2006-os év és a 2007-es év első félévében történt újraélesztéseket elemeztük. A vizsgált időszakban az OMSZ Légimentő KHT. helikopterein szolgálatot teljesítő személyzet 66 cardio-pulmonaris resuscitációt végzett, 17 esetben adtunk át beteget a kórházban élve. A retrospektív vizsgálat kiterjedt a keringésmegállás okára, a kezdeti ritmus elemzésére és az első ellátást végző kilétére.

Végezetül egy baleseti sérült cardio-pulmonaris resuscitációját mutatjuk be, a keringés megállás hátterében egy igen különleges sérülés állt, amelyre csak az igazságügyi orvos szakértői vizsgálat derített fényt.

## **VÉGET ÉR-E A MENTŐORVOS MUNKÁJA A HELYSZÍNEEN-EGY SIKERTELEN GYERMEKÚJRAÉLESZTÉS TÖRTÉNETE**

dr. Seres Gábor, dr. Kunetz Zsombor, Molnár József  
Országos Mentőszolgálat Légimentő Kht.

A mentőellátás során viszonylag ritka a gyermekújraélesztés, de nyilvánvaló, hogy amikor bekövetkezik, akkor fokozott pszichés terhet ró a mentőegység tagjaira, ami megnehezíti a helyszíni tevékenységet.

Az ismertetett esetben egy 2,5 éves kislány keringésmegállásának hátterében az első ellátó ügyeletes orvos anaphylaxiás shockot feltételezett. Az újraélesztést közösen végző mentőegységek vezetői ezt a tünetek alapján elvetették, és meningococcus sepsis talaján kialakult Waterhouse-Friderichsen szindrómát valószínűsítettek, annak ellenére, hogy az anamnesztikus adatok ezt egyértelműen nem támasztották alá. Az újraélesztés sikertelenül végződött, a boncolás igazolta a helyszíni diagnózist.

A helyesen felállított helyszíni diagnózis alapján a helyszínen tevékenykedők, és a családtagok kemoprofilaxisa még az eset napján, a bonclelet elkészülte előtt megkezdődhetett.

Kulcsszavak: gyermekújraélesztés, Waterhouse-Friderichsen szindróma, kemoprofilaxis

## **A REANIMÁTIÓ HATÉKONYSÁGÁNAK NÖVELÉSÉRE VALÓ TÖREKVÉS KÓRHÁZUNKBAN**

Dr. Borgulya Gábor, Czifráné Tóth Éva, Berecz Ildikó, Kósa Mária  
Dr. Réthy Pál Kórház Intenzív osztály

A Dr. Réthy Pál Kórházban felmérést kezdtünk az újraélesztés hatékonyságának körülményeiről. Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy a keringésmegállás jeleinek felismerése és a szükséges intézkedések időben megtörténnek-e. Jelenleg még nincs ez irányú oktatás intézményünkben, ezért kutatásunknak csak az első szakaszát tudjuk most előadásunkban bemutatni. Az első rész tartalmazza azt, hogy milyen a reanimálás hatékonysága célzott oktatás nélkül, négy hónapos időintervallumra nézve, melyet 2007 május 1-én kezdtünk el vizsgálni a kórház egész területén. Ezen kutatás tapasztalatait szeretnénk most bemutatni. A későbbiekben egy célzott oktatás utáni eredménnyel hasonlítjuk össze a jelenlegi felmérésünket. Az adatok egységesítésére az UTSTEIN adatlapot használtuk, ami a kórházon belüli resuscitáció tapasztalatait összegzi és megmutatja milyen, a működésre vonatkoztatott következtetéseket vonhatunk le. Milyen mértékben működik a láncreakció és hogyan lehetne még hatékonyabbá tenni az újraélesztést?

A Magyar Resuscitációs Társaság támogatói

Vezető támogató:



- Speeding Kft. -

[www.speeding.hu](http://www.speeding.hu)

Kiemelt támogató:



- Dutchmed Kft. a Zoll magyarországi képviselője -

[www.dutchmed.hu](http://www.dutchmed.hu) [www.zoll.com](http://www.zoll.com)

Támogató:



- HS-Medplan Kft. -

[www.medplan.hu](http://www.medplan.hu)



A kongresszus helye: SZTE TIK

Fogadás: Port Royal Étterem

Szállodák: Dóm, Novotel, Royal, Tisza Sport