

MRSA - Szemben az árral



Nagy Tibor

A forráshoz csak az árral szemben lehet eljutni. - André Gide

MRSA- Szemben az árral.

2021. 03.01.

A történet nem 2015. október tizenhetedikén kezdődött.

Közvetlen előzménye volt, hogy 2015. szeptember huszonnyolcadikán felvittem a feleségemet Budapestre, az ország vezető tüdőgyógyintézetébe, a híres Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézetébe. Bár ne tettem volna, lehet, hogy még ma is élne, de ne menjünk a dolgok elébe.

2009. év nem volt a szerencse évünk. Mindkettőnkél rákot diagnosztizáltak az orvosok. Orvos ismerősöm amikor kiértékelte a leleteimet, a következőket mondta: Ha élni akarsz, még a megyéből is menj ki, mert itt csak meghalni lehet, s véletlenül se bízd magad a gyulai urológusokra! Így is tettem, s gyerek-ifjúkori barátom közreműködésével így kerültem el Budapestre, a Magyar Honvédség kórházába, akkori nevén az Állami Egészségügyi Központba, ahol megoperáltak, s azóta is élek. Erre talán majd még visszatérünk!

A feleségem tanárnő volt, pedagógus. Bizonyára sokan vannak, akik érzik, tudják, a két meghatározás nem mindig ugyanazt jelenti. Nála a kettő egybe esett. Tavasszal kezdett fájni a térd, egyre nehezebben mozgott, egyre nehezebben ment a le a lépcsőn. A házi orvosunk beutalta a kórház reumatológiai szakrendelésére, ahol különböző porokat kapott, szedte a gyógyszert, de a fájdalmai nem múltak. Nemhogy nem múltak, hanem egyre erősödtek. Közben én szorgalmasan jártam Budapestre, a Honvédkórházba, az onkológiára, s abban az időben havonta a radiológiára, CT vizsgálatokra. Látva, hogy a feleségem térdfájdalmai erősödnek, járása egyre nehezebb, kihasználva az egyre bővülő kórházi kapcsolataimat, megszerveztem, hogy a Honvédkórház reumatológus orvosa megvizsgálja a feleségem. Együtt felutaztunk, s a vizsgálata alatt, kb tíz-tizenöt perc elteltével azt láttam, hogy kijön az orvosa, elmegy, s másodmagával tér vissza. Később megjelent a

feleségem kezében kórházi beutalóval, hogy menjen a radiológiára vizsgálatra. Még ekkor sem sejtettünk semmit. Elkészült a felvétel, s behívták, s megkérdezték, szokott-e tüdőszűrésre járni, s mikor volt a legutolsó tüdőszűrése? Mivel pedagógusként minden nyáron, - az előírások szerint, - a tanév megkezdése előtt kötelező volt a tüdőszűrésen a megjelenés, így egyszerű volt a válasz.

Kérjük, szíveskedjék kikérni a TBC szűrés leletét, felvételét Békéscsabán, s azzal visszajönni – mondta neki az orvos.

Előzetes sok éves személyes ismeretség alapján kerestem fel a Békéscsabai TBC Gondozó Intézetet, ahol akkor még elhanyagolhatónak tűnő akadályok leküzdése után, de végül is megkaptam a TBC szűrés röntgen felvételét.

Azzal visszamentünk a Honvédkórházba, s amire Békéscsabán sem a házi orvosunk, sem más nem gondolt, az első ránézésre megállapították, hogy nem zárható ki egy speciális tüdőráknak a lehetősége. Erre annyira nem gondoltak itthon az orvosai, hogy később, jóval a műtétjét követően még én bizonygattam a házi orvosunknak, hogy bizony-bizony, itt egy tüdőrákról van szó. Nem is hallott még olyan esetről, hogy valakinek tüdőrákja van, s közben erős térdfájdalmi jelentkeznek.

Miután haza mentem, az interneten utána néztem a dolognak, s néhány másodpercen belül megjelent a Bamberger - Marie szindróma

(osteoarthritis pulmonalis hypertrophicans). Egy könyvtárban bárki megtalálhatja azt a könyvet, amelyben ez részletesen le van írva a 24. oldalon. Annak bizonyítására, hogy nem a levegőbe beszélek, ennek a könyvnek a címe: "A leggyakoribb diagnosztikus tévedések" a szerzők: Farkas Károly és Molnár István, megjelent a Medicina kiadásában 1961-ben. Egy kedves orvos ismerősöm külön felhívta erre a könyvre a figyelmemet. Az aláhúzások, színezések tőle származnak, ezek is bőven több mint 50 évesek.

Normalis lehet a serum savanyú-phosphatase szintje az olyan, csontmetastasisokozott prostatarákban szenvedő betegben is, akin therapiás orchiektomiát végeztek, vagy aki már oestrogen kezelésben részesült. Ezt példázza harmadik betegünk:

3. 58 éves ambulans férfibeteg. 1954-ben — 53 éves korában — radicalis prostatektomiát végeztek rajta, cc. miatt. 1955 júniusában orchiektomia. Éveken át paradox hormonkezelés. A műtét után négy évvel, 1958 nyarán, csípőtáji fájdalmi jelentkeztek. Az ekkor elvégzett röntgenvizsgálat a jobb sacroiliacalis ízületben metastasisokat mutatott ki. Serum-phosphatase szintje ekkor a következő:

1958. IX. 1.	alkalikus-phosphatase	3,5 B. E.
	savanyú-phosphatase	0,8 B. E.

Fájdalmi ezután fokozódtak és a néhány hónap múlva megismételt röntgenképen metastasisok láthatók a medencecsontban, csigolyákban, femurban.

1959. II. 3.	alkalikus-phosphatase	7,2 B. E.
	savanyú-phosphatase	1,8 B. E.
1959. IX. 18.	alkalikus-phosphatase	9,6 B. E.
	savanyú-phosphatase	0,6 B. E.

Az ebben az időben készült röntgenfelvételek igen nagyszámú metastasisot mutattak a csontokban.

A metastatisáló prostata- és végbélrákhoz hasonlóan nem ritkán rheuma tévdiagnózissal kerülnek kórházunkba a pancreastest- vagy tüdőrákban szenvedő betegek is. A pancreastest daganatában szenvedők a deréktáj és bal váll területére localisált, a tüdőcarcinómások a korai szakban rheumatoid arthritist utánzó fájdalomról panaszkodhatnak.

Mivel a tüdőrák sikeres gyógyítása a betegség minél korábbi felismerésétől függ, minden jel vagy tünet, amely e cél elérését elősegíti, felbecsülhetetlen értékű. A tüdődaganat korai tünetét képezhető ízületi panaszok az osteoarthropathia pulmonalis hypertrophisans (osteorthropathie hypertrophiante pneumique Bamberger Marie) képeben jelentkeznek, melynek három jellemző tünete: 1 a térd-, láb-, könyök- és kézízületek daganata és fájdalma; 2 a dobverő- kéz és lábujjak óraüveg-szerű körmökkel; 3 a hosszú csöves csontok ossifikáló periostitise, többnyire a distalis csontvégék diffus osteoporosisával. Az ízületi és csontelváltozások három kardinalis tünetéből néha csak egy vagy kettő van jelen. Az ízületi fájdalmak dominálása esetében a betegeket rendszerint subakut vagy krónikus polyarthritist kórisméjével kezelik. Az ismertetett elváltozások nemcsak a tüdődaganatban vagy mellhártya endotheliomában szenvedőkben, hanem a tüdő idült gennyedései betegségében (bronchiektasia, abscessus, empyema, idült cavernás tüdőgümőkór) is észlelhetők. Ez utóbbiak esetében a gennyedés folyamata többnyire évek óta áll fenn, mielőtt az osteoarthropathia pulmonalis hypertrophisans első tünetei jelentkeznek; az intrathoracalis daganatokban viszont — és különösen bronchuscarcinomában — az ízületi panaszok hónapokkal (átlagban 9—11 hónap) előzik meg a tüdődaganat gyanúját keltő elváltozásokat és ezért igen nagy a diagnosztikus jelentőségük.^{10, 11}

Osteoarthropathia pulmonalis hypertrophisans bronchuscarcinomán kívül még sok más intrathoracalis (tüdő, pleura, mediastinum, diaphragma) daganatban is előfordulhat¹², így leírták a tüdő fibrosarcomájában, thymus-carcinomában, endobronchialis plasmocytomában, a jóindulatú daganatok közül pleuralis fibromában, neu-

Ebből is látható, hogy a nejem betegségével, annak tüneteivel kapcsolatosan szó sincs egy akkoriban ismeretlen - bár kétségtelen, hogy kissé bizarr - összefüggésről. Ez csak a vizsgáló orvos szubjektív tudatbázisában nem volt elraktározva, ezért nem is gondolhatott rá. Természetesen ez nem ad neki automatikusan felmentést, ugyanis objektív valóságként nagyon is létezett.

Szent-Györgyi professzor mondotta, hogy nem baj, ha nem tudod a szén atom vegyjelét és atomsúlyát, de azt illik tudni, hogy a polcon melyik könyvben találsz meg. Az is hozzátartozik azonban az igazsághoz, hogy nem elég a szakkönyveket megvásárolni. Azokat kicsit forgatni is kell, - és az se baj, ha ennek látható nyoma is van - mielőtt elhelyezzük a polcon.

Noha erősködtem, hogy jó lenne, ha a továbbiakban is a Honvédkórházra támaszkodnánk, jó példa volt a saját betegségem továbbá a gyors budapesti helyzetfelismerés, nem akarta gyógykezeltetni magát Pesten. Azt mondta, hogy ő ott csak egy TAJ szám!

Minden érvelésem ellenére Gyulán kezdődött meg a protokoll szerinti kivizsgálása, majd a kezelő orvosa szervezésében a Korányi Intézetben került sor a jobboldali egyik tüdőleány műtéti eltávolítására. A műtét sikerült, s mintegy három hónapos táppénzes betegállományban eltöltött idő után visszatért tanítani az iskolába. Még nem tudom mennyi, milyen terjedelmű lesz ez az írás, de talán még visszatérek később erre az időszakra, erre a három hónapra!

A műtétet követően gyulai orvosa felajánlotta, hogy részt vehet egy önkéntes gyógyszer kísérletben, amelybe bele is egyezett, így átkerült egy másik orvoshoz, s aki nekem nem volt a kezdetektől szimpatikus, de a gyógyulás érdekében ellenszenvemet nem hangoztattam. Az ellenőrző labor és CT vizsgálatok időszakonként megtörténtek, probléma nem volt, így nem volt a személyes ellenszenvemen felül más okom, hogy méltatlankodjak.

A több éves gyógyszerkísérlet véget ért, a beteg visszatért az eredeti tüdőgyógyász orvosához.

Számomra később, az események alakulása során derült ki, hogy a két orvos között nem mindig volt felhőtlen a kapcsolat.

Bár még az írás legelején tartok, most megtorpantam.

Ez így nem fog menni, egy idő után követhetlenné válik az olvasó számára, hogy ki van kivel, ki kicsoda, mit csinált és mikortól és meddig! Nevezzük nevén a szereplőket! Vélhetően nem kevés probléma fog ebből származni, de név nélkül az olvasó nem fogja tudni követni az eseményeket. Eszembe jutott Kende Péter könyve, sok évvel ezelőtt jelent meg, „Mik vagytok ti Istenek?” címmel. Úgy tudom abból is lett néhány per. Néhány peren már én is felperesként túl vagyok, legfeljebb én leszek az alperes, s akkor majd a bizonyítási kényszer miatt, amely a felperest terheli, színt kell vallaniuk a ma még mélyen hallgató szereplőknek. Mert működik az orvosi összezárás, s védi őket a magyar jogszolgáltatás. Majdnem igazságszolgáltatást írtam....

Elhatároztam, hogy minden nap egy órát írok. Letelt az első óra!...

2021. 03.02.

Nem is volt semmi gond, éltük az életünket. 2015. nyarán nem tetszett nekem, hogy bár volt a feleségem CT vizsgálaton, nem akart megérkezni a lelet. Ezt otthon többször szóvá is tettem, de Zsúka mindig azzal hárított, hogy majd küldik....Ne morogjak már állandóan!

Sajnos később kiderült, a morgásom nem volt alaptalan. Egy újabb, az előzőtől eltérő daganat jelent meg az operált tüdőn. Innentől nem igazán értettem, miért szükséges ismét végig járni a protokoll előírásait? Miért kell húzni az időt? Ha tudjuk, hogy volt egy rákos elváltozás, ha tudjuk, hogy volt egy részleges tüdő eltávolítási műtét, s öt és fél év után ismét ott a daganat, amikor a képalkotó felvétel, majd a biopszia igazolja feltételezést, akkor még hetek telnek el

azzal, hogy vizsgálják, van-e agyi áttét, majd onkoteam döntésre várunk, majd meg kell szervezni a Korányi Intézetben az újabb műtétet.

Végül megvan az időpont, utazunk ismét, s Zsúka felvételre került a Korányi Intézetbe, 2015. szeptember 28. napján.

A daganat észlelésétől a Korányi Intézetbe történő felvétele napjáig terjedő időszak elemzésére még vissza térünk.

Felvetődik a kérdés, mennyire volt előkészítve ez a végzetes második műtét?

Lehet azt mondani utólag, hogy semennyire, de ez sajnos ténykérdés. Kétségtelen tény, hogy olyan orvos vezette stáb műtötte a beteget, amely stáb tagjai, maga a műtétet végző professzor vélhetően a szakmájában a legjobbnak számított ebben az időszakban. Több ezer műtét, sok gyógyult beteg, s persze sok elhalálozás is kísérte több évtizedes pályafutását, tankönyvet, egyetemi jegyzetet írt, - egyiken magam is átrágtam magam, elvileg tehát minden adott volt, hogy ez a második műtét is sikerrel járjon. Maga az ember is egy szimpatikus ember benyomását keltette, amikor többször személyesen is beszéltem vele. Ez a műtét azonban nem volt megfelelően előkészítve, utólag is úgy tűnik, nagyon rapid volt a felvétel, amelyet igazol az is, hogy a kikért kórházi iratok között megtalálható az a kardiológus orvosi megjegyzés, amely szerint a beteg a műtét előtti kardiológiai vizsgálatra be sem volt jelentve. A kardiológus előtt a műtéti terv nem volt ismert! Félreértés ne essék: Ez le van írva a kórházi ambuláns leleten!

A műtétre 2015. szeptember 29-én került sor. Ennek során eltávolításra került a jobboldali, az első műtétet követően megmaradt kettő tüdőlebeny, azaz így a maradék féltüdővel kellett volna élnie. Sokan élnek ma Magyarországon féltüdővel.

Közvetlenül a műtét után a beteg az intenzív osztályra kerül, ahonnan a mobilizálást követően helyezték vissza a mellkas sebészetre.

Akkor még, sőt később sem, napokig nem volt semmi érzékelhető probléma, állapota fokozatosan javult, a látogatás során bár voltak fájdalmai, de ezt tudtuk az előzményekből, hogy majd múlni fognak. Néhány nap elteltét követően s telefonált, hogy 2015. október hatodikán mehetek érte, jöhet haza.

Mielőtt 2009-ben eljöttünk volna az intézetből, a műtétet végző orvos elmondta, hogy nem kell rehabilitációra, utókezelésre sehova sem mennünk, menjünk haza, s néhány nap elteltével jelentkezzen a beteg a beküldő intézményben orvosánál.

Ilyen útbeigazítást hiányoltam 2015. október hatodikán, - már megint „morogtam „ s bementem a műtétet végző orvoshoz.

Meglepetésemre, elmondta, hogy „ Ja igen, telefonon egyeztettünk a gyulai kórházzal, várják a beteget, foglaltunk számára ágyat, s majd október közepén kell pestre vissza mennünk, varrat kiszedésre.” Nem tetszett nekem ez az eljárás, mert mi van, ha nem megyek be megkérdezni az eljövételünk előtt, mi a további teendők? Az események utólagos értékelésében végül is csak arra a következtetésre jutottam, talán jobb lett volna, ha mégsem megyünk Gyulára, mert a békéscsabai kórház mégiscsak egy kórház, intenzív osztállyal, nem egy ispotály, mint Gyulán, ahol sem a személyi sem a tárgyi feltételek nem voltak adottak egy ilyen súlyos műtéten átesett beteg gyógykezelésére. Na de ki tudta, ki sejthette azt 2015. október hatodikán, hogy mi vár ránk az elkövetkezendő napokban. Mentünk, mert oda irányítottak bennünket, mentünk, mert Zsúka végig bízott dr V-ben, benne, s talán senki másban!

Akkor még a légzés rehabilitációs osztály külön osztály volt, ahol dr V kettő kórteremben gyógyította betegeit, egy-egy három ágyas női és férfi kórteremben. Ez egy olyan privilégium lehetett, hogy távollétében, azaz 2015. október nyolcadikán nem is volt még a kórházi bejegyzések alapján vizit sem ebben a női kórteremben, ahol Zsúka elhelyezésre került. De addig még van kettő nap, ne menjünk az események elébe!...

Holnap a Korányi Intézet 2015. október hatodikán kelt zárójelentését fogom elemezni.

Lejárt a második óra! Kezd megvilágosodni számomra, nem is olyan egyszerű ebből a tragédiából könyvet írni! Ma átugrottam a 2015. nyara alatt történeteket, de később elkerülhetetlen visszatérni arra az időszakra is! Végig olvastam most amit eddig írtam, s látom, máris sok mindent meg kell még magyaráznom az olvasók számára, amely nekem már természetessé vált.

2021.03.03.

Gondolkodtam az éjjel, hogyan folytassam? Most térjek ki részleteiben a Korányiban történetekre, - az általam felkért orvosok véleményei alapján, - vagy menjünk tovább? Az utóbbi mellett döntöttem. A 2015. szeptember 28-2015. október 6 közötti időszak elemzésére még visszatérek, mert már ott és akkor súlyos problémák jelentkeztek.

Szóval megérkeztünk Gyulára, a Békés Megyei Központi Kórház Tüdőkórházába. Ez az intézmény valamikor a morbus hungaricus kezelésének egyik hazai jelentős intézménye volt, s még az úgynevezett politikai és gazdasági rendszerváltást követően is önálló kórházként működött, Gyula és Sarkad városok között, ideális környezeti feltételek mellett. 2015 őszén azért az idő vasfoga harapásai a régi épületeken erősen meglátszottak. Valamikor egy mini városként működött, önálló postahivatallal, bolttal, vasúti megállóval. Érdekes, hogy a szomszéd Csongrád megyében is a Hódmezővásárhely-Kútvolgyi Gyógyintézet és a Kakasszéki Gyógyintézet is a Hódmezővásárhely-Orosháza közötti vasúti vonalon önálló vasútállomással illetve megállóval rendelkeztek. Ma már egyik helyen sem áll meg a vonat! Sőt, a kútvolgyi szanatóriumot be is zárták, ideális környezetben bárki negyven millióért megveheti!...Eladó!

Visszatérve Gyulára, a József Szanatóriumba megérkeztünk kora este, ahol valóban tudtak az érkezésünkről.

A beteg felvétel azonban érdekes módon alakult, mivel a kórházi iratok szerint is másnap, azaz 2016. október hetedikénóraig nem történt semmi.

A kialakult, a leírt protokollok szerint megvan a sorrendje annak, hogy mit kell tenni a beteg felvételekor. Amit felelősséggel meg lehet állapítani, az az, hogy érthetetlen módon a kórházi iratok kikérésekor a kórház nem akarta megtalálni a módját a 2015. október hetedikén és október kilencedikén készült laborvizsgálatok kiadásának. Kezdetben írásban úgy nyilatkoztak, hogy azok nem kinyomtathatóak. Noha előbb azt írtam, hogy az események leírásának módját választom, nem mehetünk el a két laborlelet kiadása és azok tartalmi elemzése mellett szó nélkül.

Elfogult vagyok! Igen, elfogult vagyok, de ki ne legyen elfogult, ha én nem lennék az? Nem vagyok orvos, de nem is kell orvosnak lenni ahhoz, hogy ne hördüljünk fel azon, hogy egy megyei kórház írásban nyilatkozik arról, hogy a labor leletek nem kinyomtathatóak, ezáltal nem kiadhatóak.

De ahhoz sem kell orvosnak lenni, hogy ránézésre lássuk,, a két laborlelet tartalma között is számottevő eltérés mutatkozik. Nyilván, nem kétséges, a labor olyan vizsgálatokat végez el, amilyenek a vizsgálatot elrendelő orvos megrendelt.

Egyből felvetődik a kérdés, hogyan, milyen alapossággal történt a 2015. október hetedikéi labor lelet adatainak az orvos általi áttekintése?

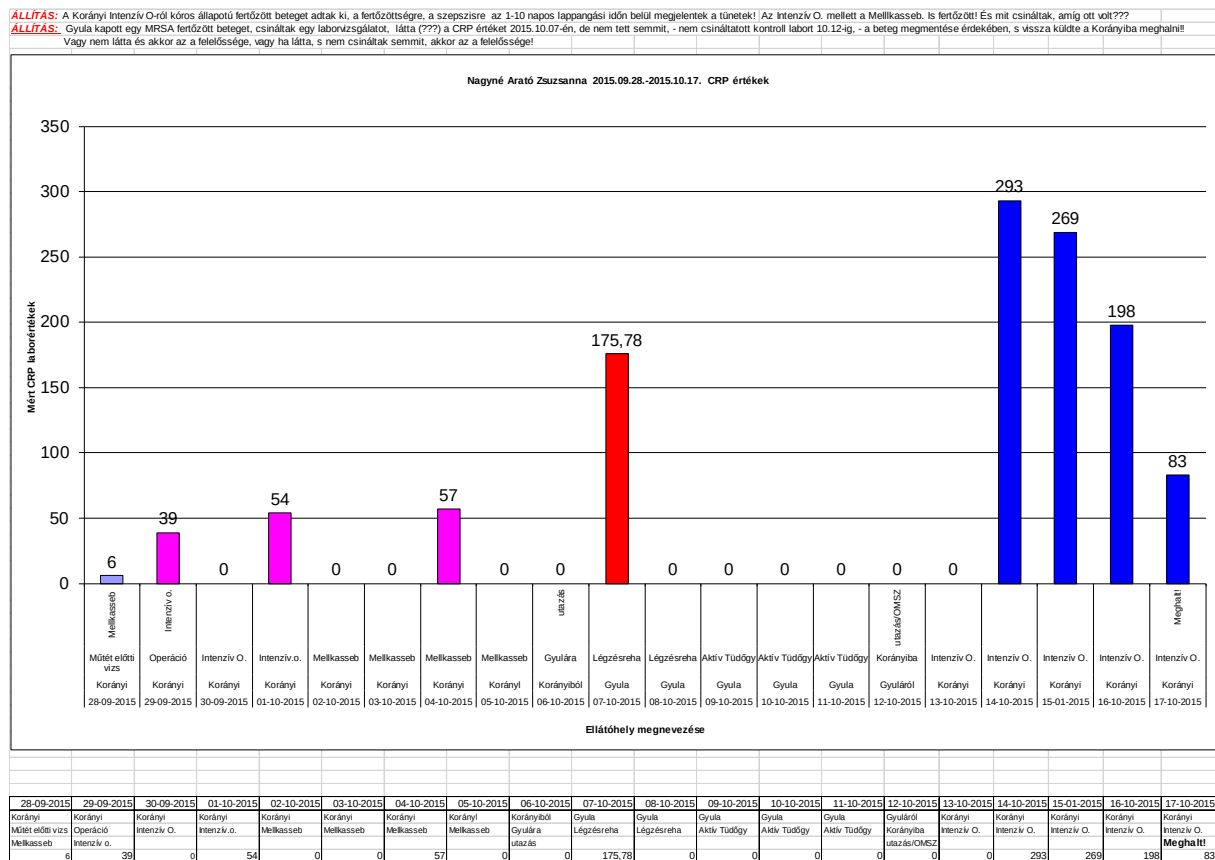
Pár hónappal ezelőtt vetődött fel, sajtóhírekben szerepelt, hogy az állami egészségügyi ellátásban túl sok a laborvizsgálat, a jelentős költség kihatás miatt célszerű lenne azok mennyiségét mérsékelni.

A magam tapasztalat és véleménye, hogy úgy valóban felesleges laborvizsgálatokat kérni a betegről, ha a lelet elkészültét követően a kutya sem értékeli ki a leletben leírtakat. Személyes tapasztalattal is bírok a labor ügyben.

2009. márciusában az ország legjobb kórházában veserák műtéten estem át. Sem előtte, sem azt követően az én laborleleteimet orvos 2020 ószéig nem tekintette át, nem értékelt ki.

2009 márciusában professzor orvos barátom a Honvédkórházban, az irodájában kiterítette, egymás mellé rakta az addigi labor leleteimet, s egyenként ment végig az elemzésével rajtuk, s megállapította: Tibcsi, te valahol vérzel! Mondtam is akkor neki, hogy illet én még nem tapasztaltam, hogy az én labor leleteimet bárki is így átnézte volna. Jó, de akkor hogyan gyógyítottak eddig? – kérdezett vissza! Javaslom, szedjél folsavat a jövőben! Ott és akkor megtanultam valamit: Legyen az laborlelet, röntgen, vagy CT lelet, amikor átadod az orvosnak, onnantól az arcát figyeld, a mimikáját, mert az arca, az a lelet olvasásakor – ha érdeemben mégis elolvassná, - többet elmond a véleményéről, mint amikor felnéz, rád néz, - ha rád néz – s bármit mondana!

Zsúka labor leleteinek megszerzése nem volt egy sétagalopp, s leletek tartalmának elemzése – még az én felkészültségi szintemen is – ordító foglalkozási szabályszegésre világított rá. Mert hogyan is lehetséges az, hogy a beteg kórházi felvételének napját követő napon, azaz 2015. október hetedikén olyan mértékű gyulladásban volt, ami már önmagában is fel kellett volna tűnjön az orvosának, a CRP érték normál esetben 5-6, más vélemények szerint 10 ezzel szemben a Zsúkánál megállapított értékvolt. A normál értékhez viszonyítottan több, mint tizenhatszerez CRP érték mellett 2015. október kilencedikén egyáltalában nem mérték a CRP értékét!



A mért CRP adatokat jól mutatja a grafikus megjelenítés. Az ábra kiválóan és szemléletesen adja vissza a felelőtlen orvosi hozzáállást, az ellenőrző vizsgálatok elmaradását. Sajnos később sem a rendőrségi, sem az ügyészségi majd a bírói szervezetek munkatársait sem érdekelték, nem vettek róla tudomást, talán bele sem néztek ezekbe a bizonyítékokba.

Mert mi is az a CRP? Mi a C-reaktív protein, mit mutat a CRP érték? Erre ad közérthető formában választ Dr Kádár János az Immunközpont belgyógyász, immunológus, infektológus szakorvosa, aki az Év Kiváló Orvosa címmel büszkélkedhet.

„A C-reaktív protein szintje akkor emelkedik meg a vérben, ha a szervezetben valahol gyulladás zajlik. Dr. Kádár János immunológus, az Immunközpont főorvosa elmondta, hogy pontosan mit jelent ez, és mire kell figyelni a CRP érték kiértékelése kapcsán.

Magas CRP érték: nem betegséget okoz, hanem jelzi a betegséget

A C-reaktív protein egy olyan fehérje, ami a májban termelődik és innen kerül a keringésbe, így mérhető a CRP érték vérvizsgálattal. A máj akkor kezd C-reaktív protein termelésébe, ha a szervezet valahol gyulladást érzékel, vagyis nem a CRP okozza a betegséget, hanem jelzi a rendellenességet. Ez lehet egy felső légúti fertőzés által okozott akut gyulladás is, de krónikus betegség, például **sokizületi gyulladás (rheumatoid arthritisz)** is.

Mit jelezhet a magas CRP érték?

Fertőzés esetén a CRP értéke pár óra leforgása alatt akár tízszeresére, vagy százszorosára is emelkedhet. Ez az érték a gyógyulás ütemével együtt fokozatosan le is csökken. Krónikus betegségek esetén azonban tartósan magas marad.

Az emelkedett CRP értéknek több oka lehet:

- fertőzés
- **autoimmun betegségek** (például rheumatoid arthritisz)
- daganatos elváltozás.

Lényegében minden olyan folyamat, amikor az immunológiai folyamatokban résztvevő sejtek aktivizálódnak. Megfigyelték, hogy a magas CRP egyben a szívbetegségek kialakulásának fokozott kockázatát is jelzi.

Mennyi a normál CRP érték?

Az eredmények kiértékelésénél ugyan mindig a vizsgálatot végző laboratórium referenciaértékei az irányadók, de általánosságban elmondható, hogy 10mg/l érték alatt tekintjük a C-reaktív fehérje szintét normális tartományon belül, efelett – akár az 1000mg/l-t is elérheti – magas CRP értékről beszélünk.

Milyen tüneteket okoz?

Valójában nem ez okozza a tüneteket, hanem az aktív gyulladásos folyamat, amelynek során a CRP is magas – a kiváltó októl függően. Krónikusan emelkedett C-reaktív protein mellett az alábbi panaszok jelentkezhetnek:

- megmagyarázhatatlan kimerültség, erős fáradtságérzet
- hőemelkedés
- izomfájdalom, gyengeség és merevség

- fejfájás
- hányinger, emésztési zavarok
- álmatlanság
- akaratlan fogyás.

Akut esetben, ha a kiváltó ok például egy bakteriális fertőzés, az érintetteknek intenzívebb panaszok jelentkezhetnek:

- magas láz
- magas pulzus
- verejtékezés, hidegrázás
- **nehézlégzés**
- szédülés.

Fontos az adatok komplex kiértékelése

Betegként ijesztő egy magas laborérték, magas CRP esetén is könnyen a legrosszabbra gondolhatunk, különösen, ha az internetet hívjuk segítségül a diagnózis megállapításához. Dr. Kádár János ezért óva inti a betegeket attól, hogy kizárólag a CRP értékre hagyatkozva messzemenő következtetéseket vonjanak le a betegségük helyzetéről vagy egészségi állapotukról.

A CRP érték hasznos információ, de önmagában nem elegendő adat a diagnózishoz. A CRP érték értelmezése kapcsán azt is figyelembe kell venni, hogy több tényező is befolyásolhatja a mennyiségét a szervezetben.

- A nem-szteroid gyulladáscsökkentők és a koleszterincsökkentők például csökkenthetik a CRP értéket, az ösztrogén tartalmú gyógyszerek viszont megemelhetik.
- A CRP szint a terhesség során is emelkedik.
- Krónikus betegeknél figyelni kell arra is, hogy az alapbetegségük elfedheti egy fertőzés miatt emelkedő CRP értéket.
- Ez fordítva is igaz, a fertőzés során vizsgált magasabb CRP akár egy háttérben meghúzódó krónikus állapot (pl. autoimmun betegség) jele is lehet.

Az orvos éppen ezért általában több vizsgálatot is rendel a **C-reaktív protein ellenőrzése** mellett, így tudja az egyéb tényezőket is mérlegelni. A diagnózis megállapítása előtt pedig szükség lehet a CRP ismételt vizsgálatára, hogy az időközben bekövetkező változást figyelembe véve kapjon átfogó képet az egészségi állapotunkról.

Felhívnom a figyelmet erre az idézett cikk utolsó mondatára! „A diagnózis megállapítása előtt pedig szükséges lehet a CRP ismételt vizsgálatára, hogy az időközben bekövetkező változást figyelembe véve kapjon átfogó képet az egészségi állapotunkról” Ez a második CRP érték vizsgálat azonban elmaradt, nem került rá sor sem a 2015. október kilencedikei labor vizsgálatnál, sem a későbbi napokon, azaz 2015. október 12-ig, amíg vissza nem helyezték a Korányi intézetbe.

