

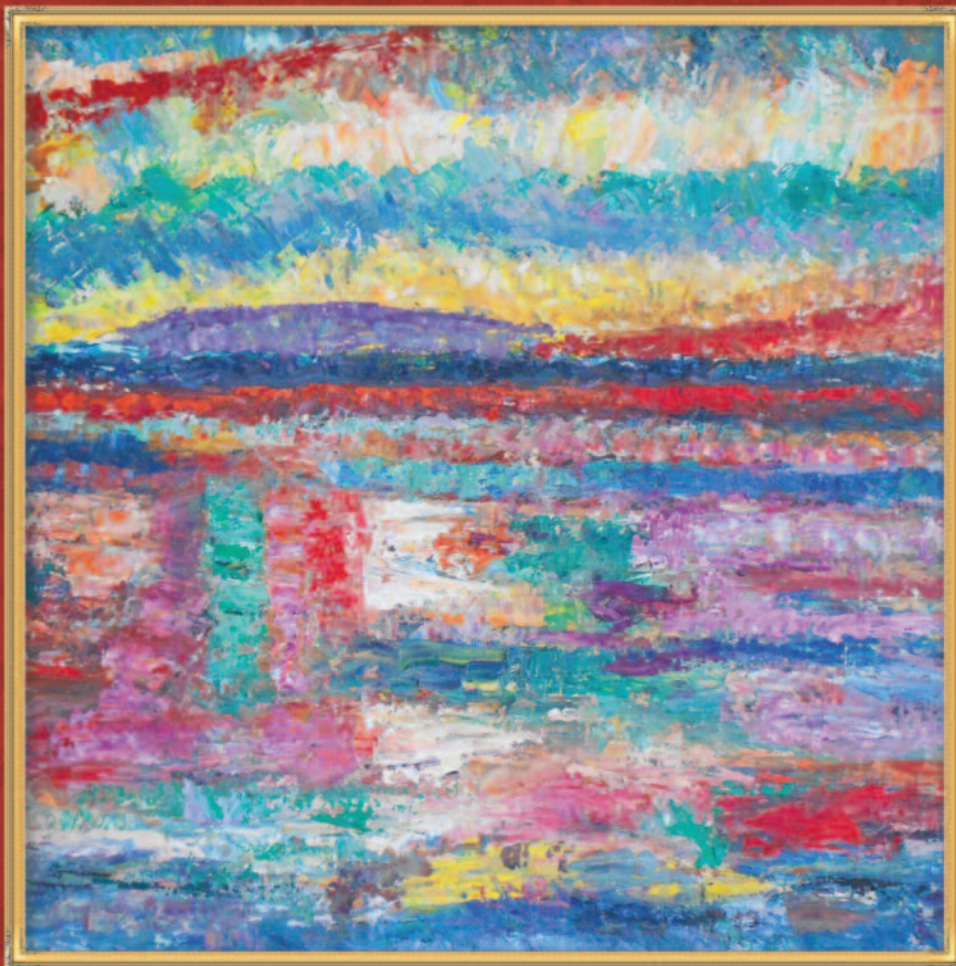
75

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

MIBA

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA

A MAGYAR AFEREZIS TÁRSASÁG
ÉS A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG TÁMOGATÁSAVAL



ISSN 0133-5464

LXXV. ÉVFOLYAM



4/2022

GONDOLJUNK A FABRY-KÓRRÁ!

KEZELJE A FABRY-KÓRT

1 mg/kg

dózissal

kéthetente



Kérjük olvassa el a gyógyszer részletes alkalmazási előírását:
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/fabrazyme-epar-product-information_hu.pdf

Ártáblázat	Bruttó fogyasztói ár	TB támogatás (eü 100%)	Térítési díj (dobozdíj)
Fabrazyme 5 mg por oldatos infúzióhoz való koncentrátumhoz	129 931 Ft	0 Ft	129 931 Ft
Fabrazyme 35 mg por oldatos infúzióhoz való koncentrátumhoz	903 269 Ft	0 Ft	903 269 Ft

Referenciák:

- Weidemann F, Krämer J, Duning T, et al. Patients with Fabry disease after enzyme replacement therapy dose reduction versus treatment switch. *J Am Soc Nephrol.* 2014;25(4):837-849.
- Warnock DG, Mauer M. Fabry disease: dose matters. *J Am Soc Nephrol.* 2014;25(4):653-655.

Sanofi-Aventis Zrt., 1138 Budapest, Váci út 133. „E” épület 3. emelet
Tel: (+36 1) 505 0050- Fax: (+36 1) 5051470
Gyógyszerinformációs szolgálat: (+36 1) 505 0055, www.sanofi.hu
MAT-HU-2200309 Lezárás dátuma: 2022. 06. 01.

A dózis számít^{1,2}


Fabrazyme[®]
agalsidase beta

sanofi

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

MIBA

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA

A MAGYAR AFEREZIS TÁRSASÁG
ÉS A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG TÁMOGATÁSÁVAL

A KIADVÁNY A MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA TÁMOGATÁSÁVAL KÉSZÜLT

DR. SZATHMÁRI MIKLÓS 137 KÖSZÖNTŐ

DR. RÁCZ ISTVÁN 138 **ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY**
A NEM VARIX EREDETŰ AKUT FELSOR
GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉSEK
DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

MÉSZÁROS ÁKOS 144 **MŰVÉSZET**
A TÖBBI KEGYELEM. KORTÁRS
KÉPZŐMŰVÉSZEK PILINSZKY JÁNOS
IHLETETTSÉGÉBEN

LŐRINCZ SÁNDOR 150 MEGŐRIZNI SZÍVÜNKBEN A FÉNYT...
NYÁRI LÁSZLÓ LEGÚJABB KÖTETÉRŐL

MÉSZÁROS ÁKOS 153 MINDEN ARANY, AMI FÉNYLIK.
SÉTA A ZIRCI LÁTOGATÓKÖZPONTBAN

**A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG
48. NAGYGYŰLÉSE**
158 PROGRAM

167 ELŐADÁSOK ÖSSZEFOGLALÓI

188 NÉVMUTATÓ
AZ ELŐADÁS-ÖSSZEFOGLALÓKHOZ

191 A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG
ELNÖKEI 1966-TÓL

192 A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG
KITŰNTETETTJEI

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

Tájékoztató a szerzőknek

A Magyar Belorvosi Archívum (MBA) szerkesztősége elsősorban klinikai vonatkozású eredeti munkákat vár. Ezek mellett esettanulmányoknak, összefoglaló irodalmi referátumoknak, a belgyógyászat és határterületeinek működését elősegítő írásoknak, módszertani leveleknek is szívesen adunk helyet. Várunk társasági híradásokat, előrejelzést tervezett rendezvényekről, kongresszusi beszámolókat, kollégiumi határozatokat, könyvismertetőket és szakmatörténeti írásokat (pl. megemlékezéseket elődeinkről).

A kéziratokra általánosságban a „Uniform requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” (International Committee of Medical Journal Editors. N Engl J Med 1997; 336: 309-315., friss elektronikus változat: <http://www.ICMJE.org>) előírásai érvényesek. A kézirat benyújtásának feltételei:

- a dolgozatot korábban még nem publikálták (kivéve előadás-kivonat vagy PhD-értekezés formájában),
- a kézirat benyújtását valamennyi szerző jóváhagyta,
- a dolgozat nem sérti a Helsinkai Deklaráció (1975, revízió 2008) előírásait,
- a humán vizsgálatok az illetékes etikai bizottság jóváhagyásával törtétek,
- a laboratóriumi állatkísérleteket a vonatkozó szabályzatok szerint végezték.

Szerzőség

Szerző az, aki egy adott munkához alkotó módon járult hozzá, beleértve a tervezést, a kivitelezést, az ellenőrzést, valamint a dolgozat megírását. Rutinszerűen végzett munkáért (pl. metodikai, laboratóriumi adatok felhasználásáért, technikai asszisztenseknek) köszönetnyilvánítás a célszerű.

Kéziratok elbírálása

A kéziratok elbírálása „peer-reviewing system” szerint történik. A bírálók felkérése és a kézirat közlésre való elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti meg.

A kézirat a megjelenésig titkosnak számít. Ennek figyelembevételére vonatkozik a szerkesztőségre, szaklektorokra, a kiadóra stb. egyaránt. A kézirat elbírálási folyamata során információkat csak a szerkesztőség adhat, de csak a szerzőnek és a szaklektoroknak.

A szerző értesítést kap a szerkesztőségtől 1. a kézirat átvételéről (közlésre érkezés időpontja), 2. a szaklektor(ok) véleményéről, amelynek alapján – ha szükséges – készülhet az átdolgozott, kiegészített közlemény, 3. a kézirat közlésre történő elfogadásáról, 4. a kiadó küldi el a tördelt változatot, amelyben a nyomdai hibák és egyéb legszükségesebb javítások is elvégezhetők.

Orvosi helyesírás

A gyógyszerkészítmények gyári nevének megadását lehetőleg kerüljük, helyettük a gyógyszerhatóanyagok elnevezését használjuk.

- **Helyesírási alapelvek, ortográfia.** A kéziratot a magyar helyesírás szabályai szerint szerkesztjük, a szakkifejezések írásában az Orvosi helyesírási szótárban (Akadémiai Kiadó) foglaltak az irányadók. Akármelyik (latin vagy magyar) írásmódot alkalmazunk, lényeges, hogy **az adott kifejezés írásmódja egységes legyen.**
- **Latinos írásmóddal** (de nem angolos latinsággal) írjuk a kettős latin neveket, az anatómiai neveket, a betegségek, elváltozások, tünetek, diagnózisok hagyományos elnevezését, akkor is, ha görög eredetűek (pl. gastrum, gastricus, pharyngealis).
- **A magyar helyesírás szerint, fonetikusan javasoljuk általában írni:** a társtudományok szakkifejezéseit (kémia, fizika – pl. szén-dioxid, aggregáció), enzimek neveit (foszforiláz), tudományágakat (hematológia), vizsgálóeszközöket és vizsgálóeljárásokat [elektrokardiográf(ia), biopszia, komputertomográf], gyakori, a köznyelvben is használatos orvosi kifejezéseket (diagnózis, terápia, krónikus, patológia).

Technikai követelmények

A kéziratokat elektronikus úton (e-mail: szathmari.miklos@med.semmelweis-univ.hu) kérjük a szerkesztőségbe továbbítani. *Eredeti munka* megírásakor

célszerű a következő tagolást követni: *Bevezetés* (célkitűzés, rövid hivatkozás az irodalmi előzményekre), *Betegek és módszerek*, *Eredmények*, *Megbeszélés* (következtetés). A kézirat teljes terjedelme ne haladja meg a 30 000 karaktert.

Illusztrációk

Az ábrákat, táblázatokat kérjük külön dokumentumban mellékelni. Valamennyi ábrát és táblázatot sorszámmal és címmel kell ellátni. A szövegben minden ábrára és táblázatra hivatkozni kell.

- A táblázatokat Word dokumentumként, szerkeszthető formában kérjük.
- A grafikus ábrákat a Kiadó árajzoltatja.
- **A fényképeket digitális formában, tif vagy jpg kiterjesztéssel kérjük,** lehetőleg minél nagyobb méretben (min. 300 dpi felbontás). Csak kifogástalan minőségű felvétel fogadható el. (Ha mód van rá, szíveskedjenek a háttérre ügyelni, zavaró árnyékok, nem odatartozó tárgyak stb.) Kérjük, hogy az ábrákat ne helyezzék Word vagy PowerPoint dokumentumba, mert ezek gyenge felbontásuk miatt nyomdai felhasználásra alkalmatlanok!

Korábban már publikált ábra csak a szerző és a kiadó engedélye esetén közölhető (a forrás feltüntetésével), vagyis **a mástól átvett ábra, táblázat, fotó stb. közléséhez** (jogi okból) az eredeti kiadvány szerzőjének, illetve kiadójának engedélye szükséges; az engedélyt a Szerzőnek kell beszereznie! Élő személy felismerhető képének közléséhez az illető hozzájárulása szükséges, ennek hiányában jelezni kell a Kiadó számára, hogy a kép feldolgozásakor kitaras szükséges.

Összefoglalás

A kéziratához magyar és angol nyelvű, csak a tényszerű adatokat közlő, a dolgozat lényegének megértését lehetővé tevő, 15–20 sor terjedelmű összefoglalást kérünk mellékelni (3. személyt használva). Az angol nyelvű összefoglalásban (Summary) a szerzők neve (keresztnév rövidítve) és dolgozat címe is szerepeljen. Az összefoglalás és a dolgozat címe ne tartalmazzon rövidítéseket. Kulcsszavak megadását magyar és angol nyelven egyaránt kérjük. Az angol kulcsszavakat a *MeSH (Medical Subject Headings)* szótárból kell kiválasztani és ezek magyar nyelvű megfelelőit kell magyar kulcsszavakként feltüntetni.

Irodalomjegyzék

Az irodalomjegyzék csak a legfontosabb hivatkozásokat tartalmazza, ezek száma ne haladja meg a harmincat. A hivatkozások az első három szerző nevét felsorolva (további szerzők esetén az „és mtsai” kiegészítéssel), a dolgozat címét és a megjelenés helyét és idejét tartalmazzák a következő módon: Green J, Jot TS, Gold ML: Apoptosis and loss of renal tissue. N Engl J Med 1994; 331: 13-121. A folyóiratok nevének rövidítése az NLM katalógusában látható hivatalos cím rövidítések (*NLM's Title Abbreviation*) szerint történjen (elérhető: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/>).

Könyv, monográfia idézésének módja: pl. Wilson SE, Williams RA (szerk.): *Vascular Surgery* 2nd ed. Grune Stratton, London, 1986.

Könyvfejezet idézésekor előre kerül a fejezet szerzője és a fejezet címe, majd „In.” után az előző forma, végül az idézett rész első és utolsó oldalszáma. Kongresszusi előadás nyomtatásban megjelent rövidített szövege (abstract) és „személyes közlés” nem idézhető közleményként.

Elektronikus forrás idézésére példa: Kaul S, Diamond GA: Good enough: a primer on the analysis and interpretation of noninferiority trials. Ann Intern Med [Internet]. 2006 Jul 4 [cited 2007 Jan 4]; 145(1): 62-69. Available from: <http://www.annals.org/cgi/reprint/145/1/62.pdf>

Az irodalomjegyzéket az **idézési sorrend szerint sorszámozva** kérjük, és a szövegben a cikkekre számmal történjen hivatkozás.

Curriculum vitae

A közlésre elfogadott közlemény első szerzőjétől várunk nagyon tömör, legfeljebb 350 karakter terjedelmű életrajzt (munkahely, beosztás, tudományos fokozat, fő tudományos érdeklődési terület) harmadik személyben fogalmazva. A kézirat végén kérjük az első szerző munkahelyi címét, telefon- és faxszámát, illetve e-mail-címét közölni.

E SZÁMUNK SZERZŐJE

Dr. Rác István

A Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház belgyógyász és gasztroenterológus szakorvosa, a győri Széchenyi István Egyetem Egészségtudományi Karának professor emeritusa. Korábban a Magyar Gasztroenterológiai Társaság főtitkára, majd elnöke volt, a későbbiekben az Európai Gasztroenterológiai Endoszkópos Társaság (ESGE) oktatási bizottságát vezette. Szakmai tudományos érdeklődésének középpontjában a gasztrointesztinális vérzések endoszkópiája és terápiája áll. Újabbban a colorectalis polypok szövettani jellegének endoszkópián alapuló, mesterséges intelligenciával történő predikciós lehetőségeit kutatja.

MBA

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA
JOURNAL OF THE HUNGARIAN
SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE

Főszerkesztő / Editor in Chief:

Dr. Szathmári Miklós

E-mail: szatmik@bel1.sote.hu

Előző főszerkesztők (Past Editors):

Dr. Hetényi Géza (1947–1949)

Dr. Gömöri Pál (1950–1958)

Dr. Julesz Miklós (1959–1962)

Dr. Magyar Imre (1963–1982)

Dr. Lehoczy Dezső (1983–1998)

A szerkesztőbizottság elnöke /

Chief of the Editorial Board:

Dr. Tulassay Zsolt

Szerkesztőbizottság / Editorial Board:

Dr. Czakó László

Dr. Dank Magdolna

Dr. Domján Gyula

Dr. Eggenhofer Judit

Dr. Gasztonyi Beáta

Dr. Herszényi László

Dr. Hunyady Béla

Dr. Járai Zoltán

Dr. Krutsay Miklós

Dr. Karádi István

Dr. Kempler Péter

Dr. Masszi Tamás

Dr. Patai Árpád

Dr. Poór Gyula

Dr. Szalay Ferenc

Dr. Szaunder Ipoly

Dr. Szekanez Zoltán

Dr. Taller András

Dr. Vasas Livia

Dr. Wittmann István

International Editorial Board

Fabio Farinati (Padua)

Gergely István (Marosvásárhely)

Günther Krejs (Graz)

Peter Malfertheiner (Magdeburg)

Harthmuth Neumann (Freiburg)

Jaroslav Regula (Varsó)

Szabó Gyöngyi (Boston)

Kézirat, levél a következő címre érkezzen:

Szerkesztőség / Editorial Office:

Magyar Belorvosi Archivum

1083 Budapest, Korányi Sándor u. 2/a

Telefon: 210-0278 Fax: 313-9492

Kiadja a

MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT.

1072 Budapest, Rákóczi út 16.

Telefon: 312-2650

A kiadásért felel:

a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Borítóterv: Bede Tamásné

Nyomdai munkálatok:

Mega-Galaxis Kft., Budapest

Megrendelhető és előfizethető

a MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT.-nél.

Éves előfizetési díj 6000 Ft + áfa.

A Magyar Belgyógyász Társaság tagsági díja

tartalmazza a lap előfizetési díját.

Megjelenik kéthavonta.

A lapot az előfizetés beérkezésétől postázzuk.

Magyar Belorvosi Archivum © 2022

Minden jog fenntartva.

A folyóiratban megjelent valamennyi eredeti

írásos és képi anyag közlési joga

a Magyar Belgyógyász Társaságot illeti.

A megjelent anyagnak – vagy egy részének – bármely

formában való másolásához,

felhasználásához, ismételt megjelentetéséhez

az MBT írásbeli hozzájárulása szükséges.

Index: 25 532

ISSN 0133-5464

INTERNET: medkiad@medicinazrt.hu

ELŐZETES

A Magyar Beorvosi Archívum következő számának tartalomjegyzékéből:

Dr. László Imre: Pszichoimmunológia

Dr. Taller András: COVID-19 betegség elleni vakcináció gyulladássos bélbetegségekben

Dr. Schwab Richárd: Újabb adatok a mikrobiom klinikai jelentőségéről

Dr. Szauder Ipoly: A hipertonia hatékony, individuális kezelése a gyakorlatban

Dr. Szauder Ipoly: Microvascularis angina-coronariabetegség a klinikai gyakorlatban

Dr. Takács István: D-vitamin-hiány hatása a halálózásra

Művészeti cikkek

TISZTELT KOLLÉGÁK!

Az elmúlt két és fél év, a világvjárvány korábban elképzelhetetlen helyzeteket okozott mindenki számára. A belgyógyász kollégák a COVID-betegek ellátásában meghatározó szerepet vállaltak. Szakmai és emberi teljesítményünk méltán érdemelte ki azt a társadalmi és anyagi elismerést, amit korábban nem gyakran tapasztaltunk. A megsokszorozódott napi munka és a veszélyhelyzet miatt a szakmai események megrendezése akadályba ütközött.

2021 tavaszán, a harmadik hullám csillapodásakor a Magyar Belgyógyász Társaság vezetősége megkezdte a felkészülést a 48. Nagygyűlés megrendezésére. Személyes jelenléttel megtartott Nagygyűlést terveztünk, azonban tervünk megvalósulását a COVID negyedik hulláma megakadályozta. 2022 tavaszán ismét elkezdjük rendezvényünk szervezését. A program összeállítása ezúttal gyorsabban ment, a korábban felkért előadók és az előadásukat bejelentők szinte mindannyian ismét vállalták az aktív részvételt, előadásaik naprakész felújítását. E bevezető írásakor éppen a hatodik COVID-hullám látszik, de kisebb a kórházi ellátást igénylő betegek, és még kisebb az intenzív kezelésre szorulóknak száma. Bizakodunk, hogy ezúttal valóban személyesen találkozhatunk a Nagygyűlésen.

Minden nehézség ellenére igyekeztünk olyan programot összeállítani, amely a továbbképző jellegű előadások mellett lehetőséget biztosít a kollégáknak saját munkáik bemutatására is. Különösen örömteli, hogy hosszú évek után először a központi régió mellett a Dunántúl, Északkelet- és Dél-Magyarország belgyógyászati centrumai is együtt jelennek meg a rendezvényen.

Természetes, hogy a Nagygyűlésen is hangsúlyosan jelennek meg a COVID-19 fertőzéssel kapcsolatos kér-

dések. Egy szimpózium előadásai széles áttekintést adnak a kérdéskörrel, emellett önálló szekcióban az ország több részéről számolnak be munkacsoportok a fertőzés ellátásával kapcsolatos tapasztalataikról és tudományos igényű megfigyeléseikről. A szív-ér rendszeri betegségek ellátásában számos újszerű ismeretet hoztak az elmúlt évek. E kérdéskörrel szimpózium és önálló szekció is foglalkozik, valamint az ún. „state of art” előadások között is hallhatunk a legmagasabb színvonalon. A gasztroenterológia, endokrinológia, immunológia és hematológiai területéről is színvonalas összefoglaló és eredeti megfigyeléseket bemutató előadásokra számíthatunk. Az idős betegek ellátása munkánk jelentős részét adja. Ennek sajátosságai a szükségesnél ritkábban jelennek meg a tudományos üléseken. Nagygyűlésünk geriátriai témájú szimpóziuma sokunk érdeklődésére számíthat. Rendezvényünket a legutóbb is nagy érdeklődéssel kísért Családorvosi Fórum zárja.

Az Elnöki Szimpózium során most is kulturális és érdekes szakmaszociológiai kérdéssel foglalkozó előadás adhat intellektuális élményt a résztvevőknek. Köszönettel tartozunk a gyógyszergyártóknak, akik színvonalas szimpóziumokkal gazdagítják programunkat.

A rendezvényt új, tömegközlekedéssel könnyen megközelíthető, megfelelő számú parkolási lehetőséget biztosító, kulturált helyszínen rendezzük meg. Nagyon reméljük, hogy személyes jelenléttel hasznos napokat tölthetünk együtt a 48. Belgyógyász Nagygyűlésen.

A Magyar Belgyógyász Társaság vezetősége nevében, üdvözlettel

PROF. DR. SZATHMÁRI MIKLÓS
a Magyar Belgyógyász Társaság elnöke

NEM VARIX EREDETŰ AKUT FELSŐ GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉSEK DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

Dr. Rác István

Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, Győr és Széchenyi István Egyetem Egészségtudományi Kar, Győr

ÖSSZEFOGLALÁS: *A felső gasztrointesztinális traktusból származó akut vérzés kórházi ellátást igénylő életveszélyes állapot. A nem varix eredetű akut vérzések ellátása több szakma összefogását igényli. A komplex ellátási program felöleli a keringést stabilizáló sürgősségi ellátást, a szakszerű transfundálást, a savszekréció-gátló terápiát, az endoszkópos diagnosztikát és kezelést, továbbá esetenként az invazív radiológiai és a sebészeti beavatkozást is.*

Kulcsszavak: *gasztrointesztinális vérzés, fekélyvérzés, endoszkópos vérzéscsillapítás*

RÁC I: DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE ACUTE NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDINGS

SUMMARY: *Acute bleeding originated from the upper gastrointestinal tract is a life threatening condition. Management of the acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding requires the cooperation of different specialists. The complex management program include the immediate control of the hemodynamic status, transfusion and gastric acid inhibition therapy, endoscopic diagnostics, treatment and occasionally the invasive radiological interventions and surgery.*

Keywords: *gastrointestinal bleeding, ulcer bleeding, endoscopic haemostasis*

Magy Belorv Arch 2022; 75: 138–143.

A felső gasztrointesztinális traktusból származó akut vérzés kórházi ellátást igénylő, életet veszélyeztető állapot. A körkép halálózása napjainkban is 5–20% között van. A mortalitást számos körülmény befolyásolja, így a vérzés oka, a vérzésforrás helye, mérete, jellege, a vérzés üteme, a beteg életkora, társbetegségei, alvadási paraméterei. A prognózist befolyásolja az akutan zajló vérzés fennállásának időtartama, a beteg keringési és kardiális állapota, valamint az, hogy otthon, vagy kórházban kezdődött el a vérzés.

Az akut gasztrointesztinális vérzés (GIV) incidenciája hazánkban kb. 55–85/100 000 lakos/év, amely meghaladja a Nyugat-Európában észlelt gyakoriságot.¹ A hirtelen fellépő felső gasztrointesztinális vérzések mintegy 45–50%-a gasztroduodenalis fekélyekből, míg 15–20%-a az oesophagus és gyomor varixáiból származik. Az akut felső gasztrointesztinális vérzések a 20–30%-a kórházakban kezelt betegekben lép fel. A nem fekélyből eredő vérzések kb. 15%-a Mallory–Weiss-típusú repedésekből származik, az erózív gastritis és duodenitis 8–15%-ban tehető felelőssé a vérzések kialakulásáért. Ritkán előforduló, de súlyos vérzést okozhatnak a Dieulafoy laesiók, az aortoenteralis fistulák, valamint a haemobilia és haemosuccus pancreaticus is oka lehet az akut vérzésnek.

A nem varix eredetű vérzések közül a gasztroduodenalis fekélyek vérzése, endoszkópos és gyógyszeres kezelése önálló, speciális terület, így az alábbiakban a nem varix eredetű akut felső tápcsatornai vérzéseket tárgyaljuk. Az irodalmi adatok szerint az akut vérzést okozó elváltozások között az alkoholos eredetű és a nem-szteroid gyulladásgátlók (NSAID), alvadást gátlók által kiváltott vérzések aránya növekvőben van, ugyanakkor elsősorban a *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) csökkenő prevalenciája miatt a peptikus fekélyből származó akut vérzések ritkábbak^{1, 2} A vérzésselátással kapcsolatban a nemzetközi és hazai szakirodalomban is részletes iránymutató ajánlások jelentek meg az elmúlt években.^{2, 3} Ebben az összefoglaló közleményben a cél csupán néhány gyakorlati jelentőségű kérdés tárgyalása lehet.

Feladatok a vérző beteg ellátása során

Az akut felső gasztrointesztinális vérzésben szenvedő betegek vizsgálatának és kezelésének céljai a következők: 1. a hemodinamikai stabilizálás, 2. a vérzés okának, helyének és ütemének tisztázása, 3. az aktív vérzés megállítás, 4. az újvérzés megelőzése.

Az akut vérzés tényének megállapítása után a ke-

ringés stabilizálása, a vitális paraméterek vizsgálata a vérkép, a vércsoport, az alvadási paraméterek és további laboratóriumi adatok: (karbamid-nitrogén, releváns májfunkciók, ionok) vizsgálata a legfontosabb azonnali teendő.

A sürgősségi betegellátó osztályra (SBO) érkező vérző betegeknél a hemodinamikai státusz azonnali felmérése szükséges és a rizikóbecslés is fontos. A kockázatfelmére alapján eldönthető az endoszkópia időzítése és prognosztizálható az esetleges hazabocsátás lehetősége is. A számos validált rizikóbecslési módszer közül az Európai Gasztroenterológiai Endoszkópos Társaság (ESGE) és a hazai útmutatók is a Glasgow-Blatchford Score (GBS) használatát ajánlják.^{2, 3, 4} A GBS csak klinikai tünetek (vényomás, pulzus, melaena, eszméletvesztés, máj és szívbetegség) és labor paraméterek (karbamid nitrogén, hemoglobin) értékelésén alapul. A GBS az SBO-kon endoszkópia nélkül, vagy az előtt is könnyen meghatározható. Elsősorban az endoszkópos intervenció szükségessége és az újravérzési kockázat szempontjából hasznos a GBS prediktív értéke. A mortalitási kockázat vonatkozásában egy másik ismert eljárás a Rockall Score pontosabbnak bizonyult. Alacsony (0–1) GBS érték 98%-os pontossággal képes kiválasztani azokat a betegeket, akik nem igényelnek sürgős endoszkópos beavatkozást.

A hemodinamikai resuscitatio során masszív vérzőkben azonnali intravasculáris volumenpótlás indítása szükséges kezdetben krisztalloid oldatokkal. Az ESGE és a hazai ajánlások is mind a nem-varix eredetű, mind a varix eredetű akut vérzésekben az ún. restriktív transfúziós politikát javasolják; a cél 7–9 g/dl közötti hemoglobin érték. Magasabb hemoglobin célérték ajánlott jelentős társbetegségek (pl. ischaemiás szívbetegség) esetén.^{2, 3, 5}

Masszív, keringést megingató vérzés vagy folyamatos haematemesis és/vagy melaena esetén alacsonyabb fibrinogén szint (1 g/l alatt) fibrinogén koncentráció, ennek hiányában friss fagyasztott plazma (FFP) javasolt minimum 3-4 E adagban. A nem varix eredetű és a varix eredetű vérzésekben is thrombocytá transzfúzió szükséges $50 \times 10^9/l$ vérlemezkeérték alatt.

A resuscitációs ellátás része a laktátszint vizsgálata is, 10% feletti érték kedvezőbb kimenetellel jár. Aktí-

van vérző, instabil betegnél már a laborértékek megérkezése előtt megkezdhető a vérvesztés mértékének becslésén alapuló gyorsterápia (vvt. koncentrátum+fibrinogén+prothrombin komplex) együttes indítása.

A nasogastricus szonda rutinszerű alkalmazása felső GIV-ben nem ajánlott, de a diagnózis gyorsítása, az endoszkópia sürgősségének megítélése és a vérzés dinamikájának megfigyelésére mégis szükségessé válhat esetenkénti alkalmazása. Fontos tapasztalat, hogy a duodenalis ulcusból származó akut vérzés esetén megtevéstően vérmentes lehet a nasogastricus szonda hozama, ugyanis a vér nem mindig regurgitál a pylorus-gyűrűn át. Folyamatos vérhányás, zavartság, agitáltság esetén az aspiráció veszélye fennáll, emiatt az endoszkópia előtti intubáció ajánlott a nem varix eredetűnek vélt vérző betegben is.

Klinikailag súlyos, vagy folyamatos vérzés esetén az intravénás eritromicin (250 mg iv. egyszeri dózisa) fél-egy órával a sürgősségi endoszkópia előtt javasolt. Az eritromicin a gyomor motilitás fokozása révén szignifikánsan gyorsítja a vér ürülését, javítja az endoszkópia közben a látási viszonyokat és növeli az endoszkópos vérzéscsillapítás sikerességi arányát.^{2, 3}

Az akut felső gasztrointesztinális vérzőknek – amennyiben nem varixruptura a vérzés oka – már az endoszkópia előtt ajánlott a nagy dózisu intravénás protonpumpagátló (PPI) bolus adása, ezután folyamatos infúzió javasolt (80 mg bolus, majd 8 mg/óra adagban). Az ún. preemptív azaz iniciális PPI kezelés csökkenti az aktív vérzés esélyét és az endoszkópos vérzéscsillapítási igényt az urgens endoszkópia során. Az iniciálisan indított parenteralis iv. PPI kezelés mindazonáltal nem helyettesíti és nem is késleltetheti a korai endoszkópia elvégzését.^{2, 3, 6}

Szervezési és terminológiai alapelvek

A masszív és manifeszt gasztrointesztinális vérzés életveszélyes állapot és korai, tehát a 24 órán belül végzett endoszkópos vizsgálat javallatát képezi. A sürgős (urgens) azaz 12 órán belüli endoszkópia során a legnagyobbak a vérzés eredetének kimutatási lehetőségei. A vérzést okozó duodenalis fekélyek endoszkópos leírására a Forrest-klasszifikáció ajánlott (1. táblázat).

1. táblázat. A vérző fekélyek endoszkópos képe a módosított Forrest-beosztás szerint

Forrest-beosztás	Endoszkópos észlelés	Újavérzési kockázat endoszkópos terápia nélkül
Forrest Ia	spiccelő vérzés	90%
Forrest Ib	csordogáló vérzés	30%
Forrest Ic	szivárgó vérzés a fekély széléből	20%
Forrest IIa	aktuálisan nem vérző ércsonk	50%
Forrest IIb	koagulummal fedett fekély	20-30%
Forrest IIc	nem vérző fekély savhaematinos beivódással	10%
Forrest III	nem vérző, tiszta alapú fibrines fekély	<5%

Primer haemostasis esetén az endoszkópos vérzéscsillapító ellátással a vérzés azonnal megszüntethető, illetve az endoszkópos vizsgálat idejére a vérzés már spontán megszűnt. Definitív vagy másodlagos haemostasisról beszélünk, ha a korábban vérző laesio vérzése tartósan megállt, és a keringési paraméterek tartósan rendeződtek. Újra vérzés esetén a primer haemostasis már korábban elért vérzésforrás aktivizálódik. A masszívan vagy manifesztan vérző beteget mielőbb olyan intézetbe kell szállítani, ahol a keringés stabilizálása és az urgens oesophagogastroduodenoszkópia elvégezhető. Az urgens endoszkópiát olyan endoszkópos munkahelyen célszerű végezni, ahol a képzett endoszkópos szakember, a gasztroenterológiai szakasszisztensek és a megfelelő műszerpark adott. Nem előnyös, ha az urgens endoszkópia az SBO-n vagy a kórteremben történik, ugyanis ilyen esetekben a teljes vérzéscsillapító eszköztár és a korszerű endoszkópia feltételei hiányozhatnak.⁷

Az akut gasztointesztinális vérző betegellátás multidiszciplináris művelet, amelynek résztvevői: SBO, gasztroenterológiai endoszkópia és szakmaspecifikus őrző, esetenként intenzív terápiás osztály és invazív radiológia. Az akut vérző beteg ellátásához folyamatos endoszkópos szakorvosi és szakasszisztensi készenlét szükséges.^{3,4}

A sürgősségi endoszkópia

A korai vagy sürgősségi endoszkópia során a vizsgáló kb. 50%-os valószínűséggel találkozik a vérzés forrásaként pepticus fekélyvel. Ez esetben a fekély Forrest szerinti besorolása a feladat. Az észlelt fekély képe alapján dönteni lehet az endoszkópos vérzéscsillapítás indikációjáról, valamint az elváltozás megjelenése prognosztikus tényező is.

Aktív vérzés (Forrest Ia, Ib) esetén az endoszkópos

vérzéscsillapítás elvégzése kötelező. Látható ércsonk (Forrest IIa) észlelésekor is erősen ajánlott az endoszkópos vérzéscsillapítás, a vérzés kiújulását megelőzendő.^{2,3,8,9,10} A látható ércsonkban zajló aktív keringés kimutatására kedvező szenzitivitással Doppler-ultrahangfejes, ún. miniszondákat is gyártanak, azonban a legtöbb munkahelyen ez nem érhető el, így célszerű minden Forrest II a képletet potenciálisan aktív keringésű, nem trombotizált képletnek tekinteni. Egyes szerzők szerint az újravérzés kockázata látható ércsonk esetén eléri az 50%-ot. Forrest II b típusú thrombussal fedett fekély esetén első lépésként az erős vízsugaras endoszkópos irrigáció szükséges. A vízsugárral le nem mosható alvadék esetén a biopsziás kanállal vagy hurokkal végzett thrombuseltávolítást egyénileg kell mérlegelni.^{2,3} Az érvényes ajánlások alapján az idős, több társbetegségben is szenvedő, nagy kockázatú betegekben az endoszkópos vérzéscsillapítást célszerű elvégezni, az erőteljes savgátló kezelés PPI-vel nem elégséges az újravérzés megelőzésére. Nem szükséges az endoszkópos vérzéscsillapítás végzése savhematics beívódású fekély (Forrest II c) vagy tiszta, fibrines alapú (Forrest III.) fekély észlelése esetén.^{2,3,6,7,8,10}

Endoszkópos vérzéscsillapító módszerek

Jellegük és a felhasznált eszközök alapján az endoszkópos vérzéscsillapító módszerek, injekciós (kémiai) mechanikus és termikus csoportba sorolhatók (2. táblázat).

Korábban legelterjedtebben a fiziológiás NaCl-dal hígított adrenalintartalmú injekciós módszert alkalmazták elsősorban egyszerűsége, gyorsasága és csekély anyagigénye miatt. Ma már a hígított adrenalininjekciós monoterápia elégtelen és helytelen, ugyanis kettő vagy több vérzéscsillapító módszer egyidejű alkalmazása a javasolt ellátás. Az 1:10 000 hígítású adrenali-

2. táblázat. Az endoszkópos vérzéscsillapító módszerek alkalmazási területei

Módszer	Fekély	Tumor	Varix
injekció (adrenalin-NaCl)	+	-	-
termoszonda (HPU)	+	-	-
hemoklipp	+	-	-
endo-loop	-	-	+
etoxiszklerol	-	-	+
gumigyűrű-ligatio	-	-	+
argonplazma-koaguláció	+	+	-
cianoakrilát (Histoacryl)	-	-	+
szövetragasztó injekció (fibrinogén+trombin)	+	-	-
öntárguló fedett fémstent	-	+	-
„over the scope” klip (OVESCO)	+	-	-
topicus kezelés	+	+	-

nos injekció egyesíti a vérző ér körüli kompressziós és az érösszehúzó hatást. Általában 0,5–1 ml oldatot injektálnak a vérző pont köré 4–6 pontban. A hígított adrenalin injekció gyorsan csökkenti az aktív vérzést, de a legnagyobb hátránya, hogy nem vált ki stabil haemostasist, a vérző artériákat nem thrombotizálja. A magas, legalább 10–20%-os újravérzési kockázat miatt az adrenalin vérzéscsillapítást csupán bevezető, előkészítő endoszkópos terápiának tekintjük, amely megteremti a jobb látási környezetet és lehetővé teszi a további endoszkópos vérzéscsillapító lépéseket.^{2,3,8,10}

A termikus vérzéscsillapítás a szövetekkel kontaktust teremtő és kontaktus nélküli módszerekkel is végezhető. A kontakt módszerek közül a multipoláris elektrokoagulációs (BICAP) és a hőszondás eljárást („heat-probe” unit, HPU) alkalmazzák. A kontakt termikus szondákkal az ún. koaptív (összeillesztő) koaguláció elvét követik, azaz a szondák végeinek óvatos kompressziójával az érképletek falait egymásra fektetik, ezáltal megszűnik a vér áramlása, majd az ezt követő vérhatásra a falak összetapadnak. Az eljárással akár 2 mm átmérőjű erek is kezelhetők, trombotizálhatók. Az ún. „gold probe” hőszonda speciális kiképzésű, a multipoláris szondákba injekciós tűt is beépítettek, így az alternáló adrenalin injekció, majd hókoaguláció egy eszközzel végezhető. A sikeres elektrokoaguláció feltételei: 1. hatékony tamponád a szondafejjel, 2. vastag kaliberű hőszonda (2,8–3,2 mm), 3. kis energiájú (15–25 watt) 4. megszakításokkal egyenként 7–10 másodperces elektrokoagulációs sorozatkezelés.⁹

Az argonplazma koaguláció (APC) a szövetek érintése nélküli termokoagulációs eljárás. A termokoagulációs hatás csupán 2 mm mélységbe hatol függetlenül attól, hogy milyen hosszú ideig tart az elektromos impulzus. Az APC kezeléssel akár 1–1,5 l argongáz is bekerülhet a lumenbe, így ennek leszívásáról gondoskodni kell. A vérző fekélyek kezelésekor az APC a kontakt típusú termokoagulációs eljárásoknál rosszabb eredményt ad a felszínre lokalizálódó termonecroticus effektusa miatt. Az APC kezelés ugyanakkor sikerrel alkalmazható az angiodysplasiák és a görögdinnye gyomor (GAVE) terápiájában.³

A hemoklippek vagy másnéven endoklippek olyan endoszkópon levezethető acélkapcsok, amelyekkel a vérzést okozó érképletek a környező szövetek mechanikusan összepréselhetők. A klippekkel végzett mechanikus vérzéscsillapítás elsősorban akutan vérző fekélyek és a Mallory–Weiss-típusú repedések esetén sikeres. A krónikus, fibroticus alapú fekélyek klippel történő kezelése sokkal nehezebb, akár 20–30%-ban is sikertelen. Sikeres hemoklipp kezelés csak jó látási viszonyok esetén végezhető, amit a vérző képlet vízszögletes lemosása, aktív vérzés esetén a bevezető adrenalin injekciós kezelés biztosíthat. Amennyiben az aktívan vérző fekély érkepletei (Forrest I a,b) és az aktuálisan nem vérző fekélyfelszíni ér (Forrest II a) biztonsággal felismerhető, egy-két darab jól pozícionált klippel a haemostasis biztosítható. A forgalmazott he-

moklippek nyitott pozíciójú, kapocs átmérője 9,5–12 mm közötti. Egyes klipptípusok az összekapcsolás előtt forgathatók és zárás után is újra nyithatók.^{3,9}

A jelenleg érvényes ESGE és hazai ajánlások is egyértelműen a kombinációban alkalmazott injekciós és klipp- vagy termoterápiát javasolják.^{2,3} Bizonyított tény egyúttal, hogy a kombinációban alkalmazott mechanikus és termikus vérzéscsillapító módszerek között nincs különbség sem a primer haemostasis, sem az újravérzési gyakoriság tekintetében.²

A nem fekély és nem varix eredetű vérzések endoszkópos kezelése

A Mallory–Weiss-típusú, cardia tájról származó vérzések legtöbbször spontán szűnnek, de mélyreható repedés, vagy rossz koagulációs viszonyok miatt endoszkópos vérzéscsillapítás válhat szükségessé. A Mallory–Weiss-laesiók kezelésére a hemoklipp kezelés ajánlott.

A Dieulafoy-laesiók tágult aberráns submucosalis vérző erei kb. 1–3 mm átmérőjűek, ami a mucosalis kapilláris átmérő kb. tízszerese. A rendszerint pulzálóan vérző érkepletet nem övezi fekély, az intermittáló vérzés endoszkópos észlelése önmagában is nehéz feladat. A Dieulafoy-laesiók többsége a gyomor proximális részében, a fundus területén helyezkedik el, ahol a meggyűlő alvadat vér fedheti az elválogaszt. Sikeres észlelés esetén kombinált vérzéscsillapítás ajánlott, adrenalin injekciót követően hemoklipp kezelés jöhet szóba. A termokoaguláció a proximális gyomorban fokozott perforációs kockázattal jár. Gyors és hatékony eljárásnak bizonyult a laesiók gumigyűrűs ligatiója, akár egy darab sikeresen felhelyezett gyűrű tartós vérzésmentességet eredményez.^{3,8}

Az endoszkópos vérzéscsillapítás eredményeinek optimalizálása

A pepikus fekélyből vérző betegek intragastricus aciditásának csökkentése rendkívül előnyös, mivel a trombocyták aggregációja savi környezetben (pH <3) megszűnik, és a fibrinolitikus folyamatok prevenciója szempontjából is kedvező a pH emelése. A savszekréciót gátló kezelés célja tehát az, hogy a primer haemostasis biztosítása után mielőbb pH 6 feletti vegyhatást érjünk el a gyomorban, ezáltal megszűnik a pepticus aktivitás is. Ezt a célt csupán a parenteralisan adott PPI-k érik el. Sikeres endoszkópos haemostasist követően is folytatni kell a parenteralis PPI kezelést 8 mg/óra folyamatos infúziós adagolással. Amennyiben az endoszkópia előtt a beteg nem kapott bolus PPI kezelést akkor ezt az endoszkópia után pótolni tanácsos. A fekélyvérzőkben az endoszkópos eljárással kombináltan alkalmazott PPI kezelés bizonyítottan csökkenti az újravérzési arányt, a transzfúziós és a műtéti igényt.^{2,3}

A *H. pylori* pozitívitás a pepticus fekélyből vérzőkben rontja a haemostasis esélyét és növeli az újravérzés kockázatát. Emiatt az urgens endoszkópia során vett

biopsziás mintákban igazolt *H. pylori* pozitívitas esetén az eradikációs kezelés megindítása már az akut szakban is indokolt.^{2, 6}

Programozott ellenőrző endoszkópiák, megismételt endoszkópos vérzésesillapítás

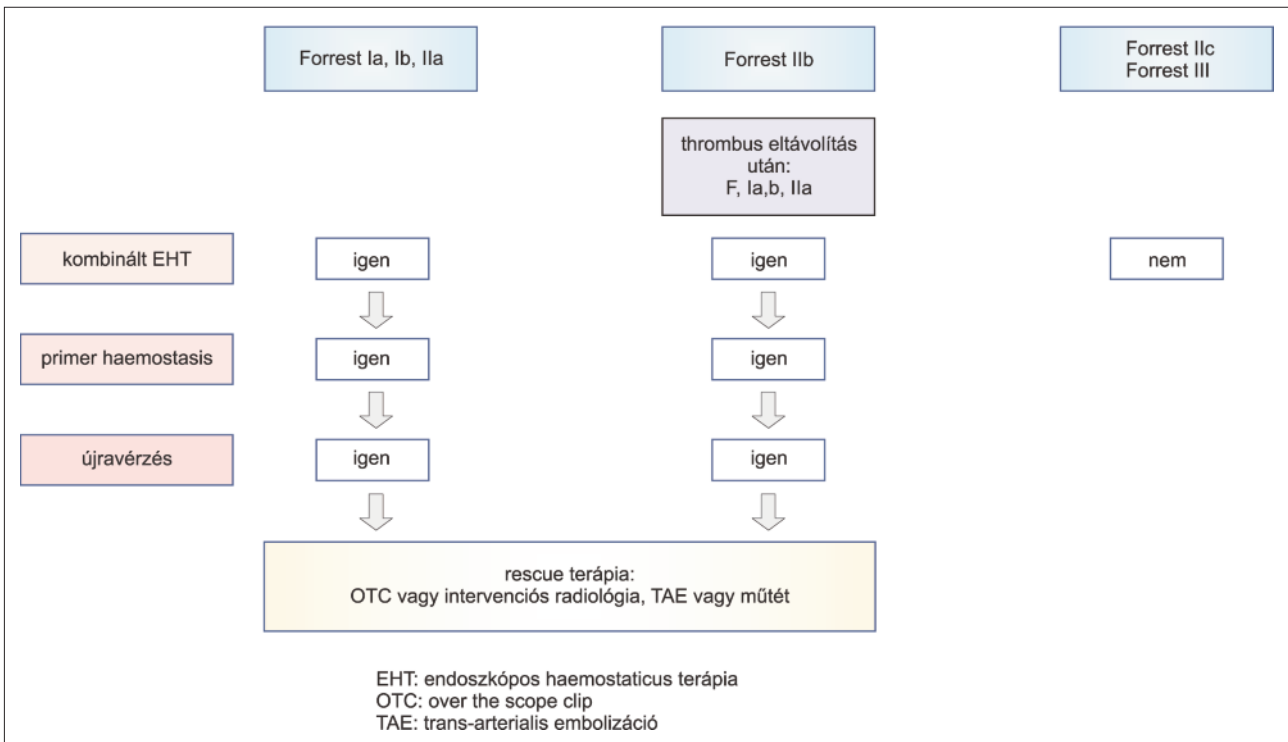
A jelenleg elfogadott álláspont nem javasolja a rutinszerű, 24–48 órán belüli programozott ellenőrző endoszkópiákat. A programozott „second-look” elsődleges célja, hogy az újravérzést már a klinikai tünetek megjelenése előtt észleljék, és szükség esetén időben megismételjék az endoszkópos vérzésesillapítást. Sajnos az eddigi adatok alapján a programozott endoszkópiák nem igazolták a várt eredményt. Eseti megítélés szerint ugyanakkor az újravérzés szempontjából nagy kockázatú (Forrest Ia, b) és a nagyméretű, ércsonkos (Forrest IIa) fekélyvérzésekben a 48 órán belül üteme-

zett endoszkópia hasznos lehet. A megismételt endoszkópiát igénylő betegcsoportba tartoznak a nagyméretű gyomorfekélyesek (több mint 2 cm-es) és a duodenum hátsó falán ülő vérző nyombélfekélyesek is.^{2, 3, 7}

Akut nem varix eredetű felső gasztrointesztinális vérzőknél a thromboemboliás komplikációk megelőzése céljából adagolt antikoaguláns kezelés a vérzésmegállást követő 7–15 nap múlva már visszaállítható, de az esetenkénti kardiológiai konzultáció feltétlenül tanácsos. A primer profilaxis céljából adott aszpirinkezelés Forrest II c, III fekélyvérzőkben elhagyandó, de a vérzésmegállást követő harmadik napon PPI védelemmel rendszerint visszaállítható. A kettős thrombocytá-aggregáció-gátló (TAG) kezelésben részesülő vérző betegek feltétlenül PPI védelmet igényelnek, továbbá mielőbbi kardiológiai konzultáció szükséges a további TAG kezelési mód egyeztetésére.²

3. táblázat. A klinikailag szignifikáns újravérzés jelei és kritériumai

felüléskor RR < 100 Hgmm, pulzus > 100/min
hemoglobincsökkenés > 20 g/l a transfúzió után
stagnáló hemoglobin (transzfúzió ellenére)
ismétlődő haematemesis és/vagy haematochezia
véres NG szonda hozam
aktívan vérző vagy korábbi vérzés jeleit mutató (ércsonk, thrombus) laesio a kontroll endoszkópia során



1. ábra. A nem varix eredetű felső gasztrointesztinális vérzés ellátása

Teendők újravérzés esetén

Amennyiben a megfelelő ellátás ellenére is masszív vagy manifeszt újravérzés lép fel (3. táblázat), a megismételt endoszkópos vérzéscsillapítás szükséges. A megismételt vérzéscsillapítás módszertana azonos az első haemostaticus beavatkozással, tehát a kombinált endoszkópos eljárás szükséges.^{2,3}

Sikertelen második endoszkópos vérzéscsillapítást követően, azaz a primer haemostasis hiányában további eljárási lehetőségek:

1. **Topicus** kezelés haemostaticus spray adásával. Jelenleg a Haemospray adásával gyűlt össze a legtöbb klinikai tapasztalat. Az anorganikus, fel nem szívódó, lokálisan ható por az endoszkóp munkacsatornáján keresztül a vérző felületre fújható, és a vérrrel érintkezve a por megszilárdul, és mechanikus védőréteget képezve azonnali vérzésmegállást eredményezhet. A Haemospray az ún. „salvage” terápiás csoportba tartozik, és lehetőséget teremt a sürgős intervenciók radiológiai eljárásaira, szükség esetén a műtéti előkészítésre. Hasonló topicus, haemostaticus hatású szerek a EndoClot és az Ankaferd Blood Stopper.
2. Az „over the scope clip” (OTSC) azaz a „medvecsapda” elnevezésű, nagy méretű, nagy erejű körkörös klipp alkalmazása. Főbb javallatai: sikertelen vérzéscsillapítás standard ellátásokkal, nagy kaliberű artériából származó vérzés, aktív vérzés fibroticus fekélyalappal.

Sikertelen második vérzéscsillapítás után a transzkatóteres angiográfiás embolizáció (TAE) vagy sürgős sebészi műtét az ajánlott eljárás (1. ábra).

Irodalom

1. **Lakatos L, Gonczi L, Lontai L és mtsai:** Incidence, predictive factors, Clinical characteristics and outcome of non – variceal upper gastrointestinal bleeding – A prospective population – based study from Hungary. *J Gastrointestinal Liver Dis.*
2. **Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, és mtsai:** Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guide-line Endoscopy 2015; **47:** a1-a46.
3. **Gyökeres T, Schäfer E, Szepes A és mtsai:** Heveny gastrointestinalis vérzések ellátása. *Orv Hetil* 2020; **161:** 1231-1242.
4. **Blatchford O, Murray WR, Blatchford M:** A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000; **356:** 1318-1321.
5. **Villanueva C, Colomo A, Bosch A és mtsai:** Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2013; **368:** 11-21.
6. **Rácz I:** A gasztroduodenalis fekélyvérzés endoszkópos diagnosztikának és kezelésének újabb szempontjai. *Eur J Gastroenterol Hepatol (Magyar Kiadás)* 2006; **10:** 161-164.
7. **Rácz I:** A gastroduodenalis fekélyek akut vérzéseinek diagnosztikája és terápiája; a stresszfekély profilaxisa. *LAM* 2004; **14:** 19-25.
8. **Altörjay I:** Management of acute gastrointestinal bleedings-Practical overview (A tápcsatornai vérzések lokális csillapításának lehetőségei.) *Centr Eur Gastroenterol Hepatol.* 2019; **5:** 12-17.
9. **Szalai M, Rácz I:** A nem varix eredetű felső gyomor-bélrendszeri vérzések endoszkópos kezelése. *Magy Belorv Arch* 2014; **67:** 234-244.
10. **Varga M:** Local endoscopic haemostasis modality in gastrointestinal bleedings. [Tápcsatornai vérzések ellátásának aktuális kérdései.] *Cent Eur J Gastroenterol Hepatol* 2019; **5:** 12-17. [Hungarian]

Levelezési cím: Dr. Rácz István
9024 Győr, Vasvári Pál u. 2–4.
e-mail: anka.bt@t-online.hu

A TÖBBI KEGYELEM

Kortárs képzőművészek Pilinszky János ihletettségében

Mészáros Ákos



Infinitívusz - a kiállítás emblémája

Első ránézésre érdektelennek tűnő fénykép ötlük a látogató szemébe. A kiállítás plakátján három figurát, két nőt és egy fiút láthatunk hátulról lefényképezve; a két nő esernyőt tart a kezében. Az erős ellenfényben igazából nem sok látszik belőlük, talán egy alacsony mellvéd előtt állnak, néznek valamit. Esetlegesen, komponá-



Szent Lator Tőrőcsik Marinak - viaszveszejtéses bronz,
30x28x33 cm

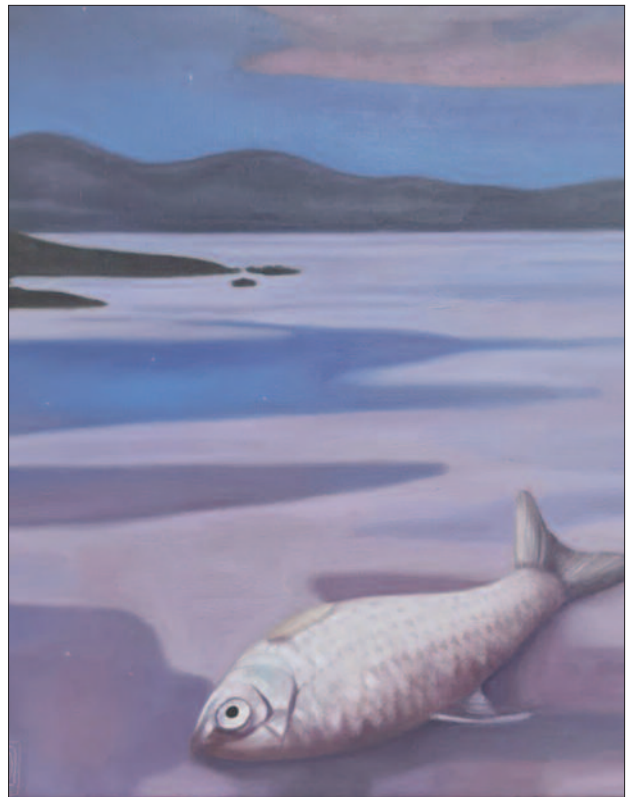


Az erénytel - tintasugaras nyomtatás, papír, 100x100 cm

latlan képpel van dolgunk; antifotó, mondhatnánk, tulajdonképpen nem szól semmiről. Vagy azért mégis? Ha valaki látta a Műcsarnokban a Pilinszky János fényképeiből rendezett kiállítást, akkor tudhatja, hogy a költő szenvedélyes fotós volt, persze a maga amatőr módján. Ötletszerűen exponált, elkapott jeleneteket ragadott meg a fényképezőgéppel. Az esetlegesség, a tudatos kompozíció hiánya azonban az ő esetében nem ártott, hiszen éppen ez adta képei életszerűségét, a látvány „valóságát”. Az említett fényképet nem Pilinszky készítette, hanem Vattay Elemér fényképész, műgyűjtő. Ő ajándékozta a költőnek, aki aztán évekig a szobája falán őrizte, üveg nélkül, így az idők folyamán erősen megviselt állapotba került: belepte a por, ártott neki a cigarettafüst. A képen kisebb karcolások is látszanak és a negatív film sérülései. A fotót retusálták, oldalán kissé szakadt, alsó szegélyén és sarkain szögekből eredő lyukak vannak. A képről 1976-ban ezt írta Pilinszky Vatt-



Egyenes labirintus – kollázs, 52x47 cm



A mélypont ünnepélya – olaj, vászon, 50x40 cm



Üzenet az üvegvárból – akrü, farost, 90x90 cm



De ez se – horganyzott lemez, vászon, drót, cérna, só, varrás, áztatás, 35x35 cm

tainak: „Úgy látszik, van valami közös a látószögünkben (...), hiszen napernyős képed például szinte esszenciális megfogalmazása gyermekkoromnak.”

Budapesten, 1912-ben közadakozásból épült Párbeszéd Házában Infinitívusz címmel nagyszabású kiállítást rendeztek kortárs művészek munkáiból Pilinszky János születésének századik évfordulója alkalmából.

Az elmúlt évben Pilinszky 100 címmel jó néhányszor írtunk a költő műveiről, szellemiségéről, a 20. század irodalmára tett hatásáról. Az irodalomtörténet bőven kielemezte verseit, prózai írásait. De vajon hogyan reagáltak a képzőművészek Pilinszky életművére, gondolati gazdagságára? A költő verseire, tömör megfogalmazású prózai műveire reflektálni a festészet, a szobrászat, a grafika nyelvén minden, csak nem egyszerű feladat. Zichy Mihálynak biztosan könnyebb dolga volt Arany János balladáinak illusztrálásakor, hiszen Arany történeteket mesélt, amelyek vizuálisan megragadhatók, ábrázolhatók. Pilinszky azonban elsősorban elméleti ember volt, az élet nagy kérdései foglalkoztatták kezdettől fogva. Az emberi szellem nagysága mutatkozik meg verseiben, sokszor csak néhány soros írásai-ban. Mindezt a szobrászat szikár nyelvén vagy festészet, rajz, kréta segítségével visszaadni embert próbáló kihívás.



Kapcsolat – olaj, vászon, 65x85 cm

A képzőművésztől gyakran várjuk el, hogy a „szépet” ábrázolja. Annak örülünk a legjobban, ha a művek megfelelnek egyfajta klasszikus szépségideálnak, ami könnyen befogadható. De, mint tudjuk, a kortárs művészet nem ilyen, az alkotások gondolkodásra késztetnek, ahogyan Pilinszky prózái és versei is.

Amikor belépünk a Párbeszéd Házába, ahol a Jezsuita Kiadó is működik, a lépcsőkön át egy grandiózus, templomszerű csarnokba jutunk: a díszterembe, ahol minden remekül elfér. Tágassága, széles horizontja és a stílusos ablakain át beáramló természetes fény ideális kiállítóteremmé teszi a helyiséget.

Ezúttal nagyjából hatvan képzőművészeti alkotás kapott itt helyet, melyek a legkülönbözőbb módokon fejezik ki az alkotók Pilinszky egy-egy művéhez fűződő gondolatait. A műalkotások mellett mindenütt olvasható a kiválasztott vers vagy prózai szöveg, amely megihlette a képzőművész alkotó fantáziáját. A sokféleségből most persze csupán néhány mű bemutatására nyílik lehetőségünk, a teljesség igénye nélkül. Legfeljebb csak



**Pieta – fa, kerámia,
135x47 cm**

átfogó képet adhatunk az itt látható alkotásokról. Kadosa Kiss József *Ger-nika* című olajfestményét talán Picasso hasonló című alkotása ihlette, ám bár lát-szólag nincs köze hozzá. A kép fekete-fehér, fotószerű kidolgozásával a hiperrealizmust idézi. Csak egy piros virág fedezhető fel az egyik lány hajában. A lányok nem emelik fel a tekintetüket, nem néznek a nézőre sem. Egyáltalán nem vidámak, mozdulataikból szomorúság sugárzik. A festmény Pilinszky *Hasonlat* című verse nyomán született.



Késő kegyelem – szén, pasztell, tempera, farost, 100x100 cm



Örökkön örökké - bronz, 56x33x17 cm

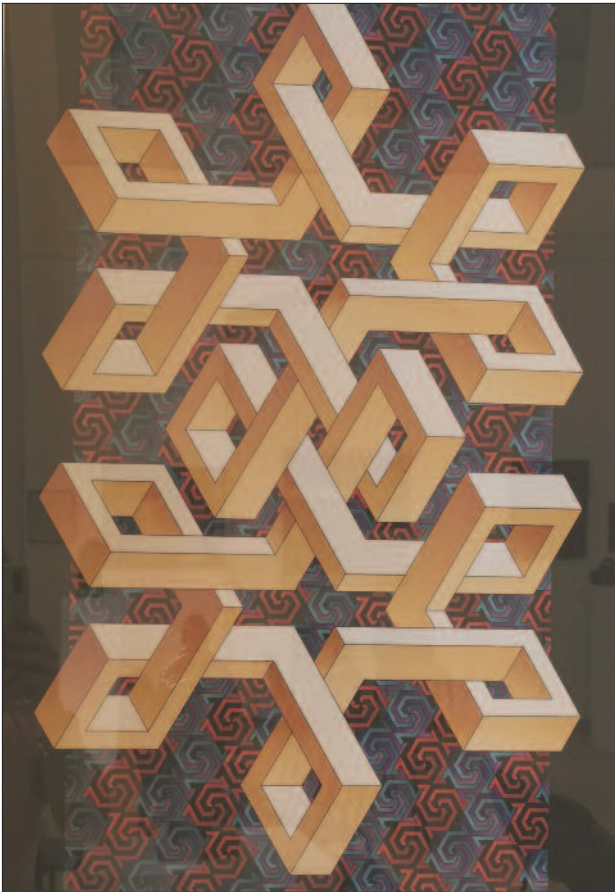
A Tanuk nélkül című vers inspirálta Szuresik József Kimerülve című festményét. Az első versszak így hangzik: „Kirajzolódok végleg a világból, / mint csupasz falnak állított fogoly, / külön kezel, kivételes magányban / a tanuk nélkül dolgozó pokol.” A vegyes technikával megfestett képen egy közel hozott, komor arcú férfit látunk, aki éppen elmerül súlyos gondolataiban.

A szobrászok alkotásai közül mindenképpen kiemelkedik Pogány Gábor Benő Feszültség című bronzplasztikája. A kereszten függő, szögekbe kapaszkodó, ruhátlan alak, mint egy fájdalmas kiáltás, Krisztust idézi. A művészt Pilinszky Örökkön-örökké című verse ihlette meg. Csak egyetlen versszakot idézünk belőle: „Tűrök és törődöm engedékenyen: / mint Izsák az atyját, én sem kérdezem, / mivégre sanyargatsz, teszem szóval, / szófogadó szolga, ami hátra van.”

Kun Éva Pietája egyszerűségében is megrendítő. A színezett fa és kerámia felhasználásával készült alkotás a régi faluszéli fakeresztekre vagy a halott Krisztust az ölében fájdalmasan ringató Mária-ábrázolásokra emlékeztet. Öreg, korhadt deszkaháttér előtt kopottas, kékszínű ruhában siratja Mária az egyetlen fiát. A halott Krisztus kezei mintha csak csontmaradványok lennének. A végtelenül szomorú elmúlás legékeőbb bizonyítéka a kiállításon ez a szobrászati alkotás, amelynek ihletője Pilinszky Ferenczy Béninek ajánlott Pietá című verse. „Cserbenhagyott tulajdon tested, / a rázduló tetemet / már nem bírták és szakadozva / elengedték az idegek.” Már ez az egy versszak is szinte



Elég - olaj, spray, papír, 69x102 cm



Trapéz és korbát - rajz, grafika, nyomtat, 70x50 cm



Hasonlat - olaj, vászon - 150x150 cm

mindent elmond számunkra. A tárlaton a teljes verseket olvashatjuk az alkotások mellett.

Tenk László Szorongó című festménye is igazi mestermű. Az elhagyatottságnak, a magára maradt ember szüntelen vívódásainak lehetünk tanúi ezen a kortárs művészeti kiállításon a Párbeszéd Házában. A kép szén, pasztell és tempera felhasználásával készült, farostlemezre. Pilinszky Késő kegyelem című műve volt az ihletője. Egy rövid részlet a versből: „Fogódzanék akárkibe, / de nem lesz soha senkije; / szeméből, mint gazdátlan ág, / kicsüng a pusztuló világ.”

Kecseti Gabriella Halak a hálóban című textilmunkája Pilinszky azonos című versének vizuális megfo-



Párbeszéd Háza Kiállítóterem

galmazása. A felfüggesztetett hófehér hálóban, ha jobban megnézzük, valóban halak vannak, bár első ránézésre nem könnyű észrevenni őket. Már nem küzdenek az életért, belenyugodtak a sorsukba. Pilinszky ezt írja: „Csillaghálóban hányódunk / partra vont halak, / szánk a semmiségbe tátog, / száraz úrt harap. / Suttogón hiába hív az / elveszett elem, / szűrő kövek, kavicsok közt / fuldokolva kell / egymás ellen élnünk-halnunk!”

Szabó György Lichthof című bronzát a híres Négy-soros című vers inspirálta: „Alvó szegek a jéghideg homokban. / Plakátmagányban ázó éjjelek. / Égve hagytad a folyosón a villanyt. / ma ontják véretem.”

Végezetül, de nem utolsósorban, álljon itt egy vas-szerkezet: Ulrich Gábor Testem kényszere című műve. Pilinszky Kihűlt világ című verse ihlette: „Kihűlt világ ez, senki földje! / S mint tetejébe hajított / ócskavasak, holtan merednek / reményeink, a csillagok.” Az alkotás kissé taszító fekete vasszörnyeteg, fej, kéz és láb nélkül, rémisztő maradvány. És tényleg csak ennyi marad belőlünk a földi világban...

Megjelent a Mértékadó 2022. május 30-iki számában. Másodközlés a kiadó és a szerző engedélyével.

MEGŐRIZNI SZÍVÜNKBEN A FÉNYT...

Nyári László legújabb kötetéről

Lőrincz Sándor



Könyvborító

Nyári László író, költő neve nem ismeretlen az olvasók előtt. Elég, ha csak néhány művének címét idézem: Ének a XXI. századból, Búcsú az olvasóktól, A virágok romlása, Fehér négyszögek, Rítusok, Barnabás meséi, A Fiú. S nem maradhat ki a sorból a közelmúltban megjelent Te is lehetsz Guru című, életről, sorsról, küldetésről, igazságról filozofálgató prózai kötete sem, melyet hamarosan újabb követett. Ezúttal ismét lírával jelentkezett. Kéktoll beleszap a lecsóba címmel rostálta egybe a korábbi évek termését a most született versekkel.

A városivá lett egykori falusi kiskölkökből, aki hatévösen beiratkozott a somogyiszi tékába, és végigolvasta a teljes könyvtárányát, majd felnőttfejjel bele-

merítkezett a magyar és a világirodalom klasszikusainak világába, mindmáig nem kopott ki az indiánregények iránti szerelem. Különösen egy kanadai félindián, Hosszútoll alakja inspirálja. Ez magyarul legújabb könyvcímére, s utalás a kektoll.com-ra is, ahol legfrissebb írásait is olvashatjuk. A vonzó indiánmentalitás egy Cseh Tamásnak ajánlott versben és egy képzelt hármasszélgetés lírai szálában is megjelenik. Am ennél talán fontosabb, hogy Nyári pazar versek sorával hajt fejét József Attila emléke előtt. Szavait tisztelete jeléül építi be egy-egy művébe, illetve parafrázisként jeleníti meg örökérvényűségüket, és megidéri a költő nyolcvanöt évvel ezelőtti balatonszárszói halálát is. Né-



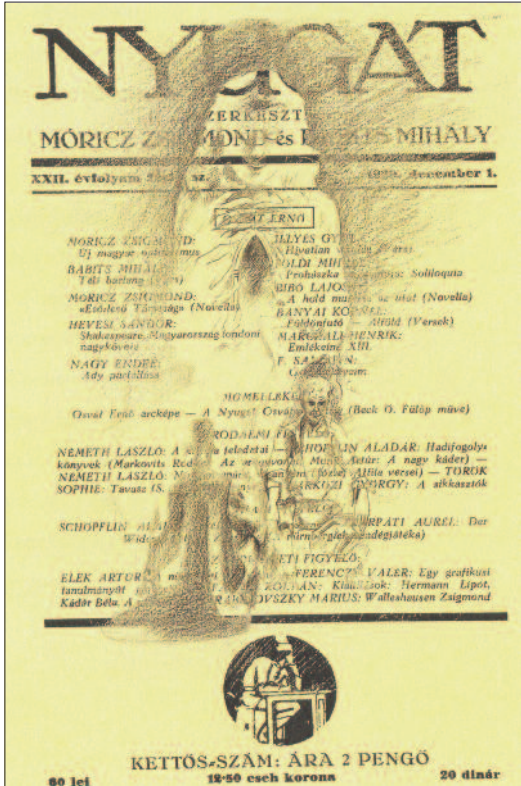
Élet és Irodalom



Népszabadság



Somogyi Néplap



Nyugat



Szabad Föld



Új Somogyország

melyik verse örökre a fülemben marad, hiszen a kaposfüredi szerző a szárszói költészet napi találkozók hűséges vendége. Ott, az iskola parkjában, József Attila egész alakos szobra mellett száll fel tőle évről évre a szó; némely verse április 11-ére fogant, és e helyen hangzott el először, ámuló gyerekekintetek gyűrűjében.

E kötetben Nyári László táj- és természetélményét tükröző, expresszív versei mellett a remény és a reménytelenség költeményei is különösen erősek. Az olvasó mérlegelésére bízott, mi áll közelebb hozzá: „amíg látjuk a jövőt / addig nem merünk / a tükörben / önmagunkra nézni” vagy: „Elindulok hát / S megüzenem magamnak / Lehetséges megőrizni / Szívünkben a fényt”. A Nyári-lírában évtizedek óta kulcsszó a vágy is. „A vágyak mint soha / ki nem feszül / petyhüdt vitorlák / várnak a szélre / várnak az ébredésre” - írja a Vágyak című versben. A trendi valóság, a gépi világ képei mellett olykor-olykor Erosz is belopakodik néhány felettébb impulzív, szerelemittas versébe.

Szabadon hasító vagy lüktető strófákba tömörített gondolatfutamaira a szerző egy XX. századi virág-

énekek tesz lakatot. Ennek zárósorai is bölcsességre vallanak: „Kalapodra tűzz virágot, / Menj templomba és imádkozz!”

A Pannónia Kulturális Egyesület gondozásában megjelent kötetet Mester Béla grafikus újságlapokra montírozott rajzai illusztrálják. Megtalálható köztük a Nyugat, az Élet és Irodalom az Új Ember, az Irodalmi Újság, vagy a Somogyi Hírlap egy-egy oldala is, megmutatva azt is, miként válhat művészi alkotássá egy napi- vagy hetilap, folyóirat. Ahogy „A hajnal rést vág az éj szövetébe”, úgy ráznak fel bennünket a tavaszi mákonyból a Nyári-versek. A szerző valóban belecsapott a lecsóba. Költeményei hol sokkolóan hatnak, hol pedig azt igazolják, hogy bár – Adyval szólva – „Minden egész eltörött / Minden láng csak részekben lobban”, a remény soha nem hagyhat el bennünket.

Megjelent a Mértékadó 2022. május 9–15-i számában. Másodközlés a kiadó és a szerző engedélyével.



Új Ember

MINDEN ARANY, AMI FÉNYLIK

Séta a zirci látogatóközpontban

Mészáros Ákos

Valóban így van, az ember alig akar hinni a szemének. Akárcsak a Mackenna aranya című filmben, melyben a cowboyok valóságos aranybányára találnak, és minden csillog-villog, még a patakban is arany folyik víz helyett. Ez jutott eszembe a zirci ciszterci apátsági templomban, amikor megpillantottam a hatalmas főoltárt, az ország legnagyobb barokk oltárát. A templomokban egyáltalán nem ritka az arany szín alkalmazása. A harmincas években a neobarokk Budai Ciszterci Szent Imre-templomban is sok aranyat használtak a főoltár, sőt a mellékoltárok és szószék díszítésére is. A zirci templomban négy márvány vagy márványhatású, gyöngy-

ház színű oszlop között szentek, apostolok szobrait láthatjuk a sok kanyargós girland és a tabernákulum körül, ahogyan mondtuk, aranyba öltöztetve. De gyorsan tegyük hozzá: itt minden csak aranyozott. Az egész oltár természetesen fából van, az aranyozás aranylapokkal készült, aprólékos, fáradtságos munkával, tehát szó sincs arról, hogy tömör arany lenne az oltár. Látszik az egész templomon, hogy nem olyan régen – 2005-ben – fejeződött be a teljes felújítása. Mint megtudhattuk, tíz évig dolgoztak a szakemberek az apátsági templom oltárainak, szobrainak megtisztításán, a szüette területek kezelésén. Zircre kirándulni igazi élményt jelenthet



A Zirci Ciszterci Apátság



Templombelső

az egész családnak, hiszen az utóbbi évtizedekben csodaszép kisvárossá fejlődött a hegyekkel körülvett bányai település. Az országban, ahol csak lehet, sokféle látogatóközpontokat alakítanak ki. Ezek sok mindent magukba foglalhatnak, Sárospatakon például a várat a hozzátartozó palotarésszel, mellette egy ágyúöntő műhellyel.

De térjünk vissza Zircre, erre az egyedülállóan szép ciszterci épületegyüttesre és parkra. A Zirci Ciszterci Apátság templomát 1732 és 1752 között építették a sziléziai Heinrichauból érkező ciszterci szerzetesek. Szabályosan keletelt, ötvennégy méter hosszú és huszonnégy méter széles, a belső magassága huszonöt méter. A középkori apátság köveiből épült, tervezője ismeretlen. Fából készült berendezések, művészi fafaragásainak elkészítése 1770-ig tartott. A fafaragások minden valószínűség szerint a pápai pálosok munkáját dicsérik. A szentély, a hajó és az oldalképolnák mennyezetfreskóinak alkotója egy csaknem ismeretlen mester, Wagenmeister (vagy Wagenmeister) József pesti festő, aki 1744-től 1748-ban bekövetkezett haláláig dolgozott itt. A zirci templomnak két orgonája van, a kóruson a romantikus hangzásvilágú nagyorgona, a szentélyben pedig a barokk kisorgona.

A templom keleti záródását teljesen kitöltő főoltás közepén Szűz Mária mennybevételének mozzalmas képe látható. A hatalmas olajfestmény Franz Anton Maulbertsch első nagyszabású alkotásai közé tartozik,



Csigalépcső

amely 1752-ben, Bécsben készült. A főoltár szobrai balról jobbra haladva Szent Pétert, Keresztelő Szent Jánost, Szent Benedeket, Szent Bernátot, Szent Józsefet és Szent Pált ábrázolják.

Az apátsági templom mindenekelőtt a szerzetesek imahelye, ahol az alapítók szándéka szerint a zsolozsmát imádkozzák. A templom basilica minor rangot kapott 1982-ben, a Zirci Ciszterci Apátság alapításának nyolcszázadik évfordulóján. A bazilika egyben plébániatemplom is.

Ha továbbmegyünk, az apátsági épületben a második emeleten találjuk a közel hatvanötezer kötetes műemlék könyvtárat. Az első könyveket a XVIII. században az új alapítást végző heinrichai szerzetesek hozták magukkal. A gyűjteményhez 1950-ben már több, mint hatvanezer kötet tartozott. A ciszterci rend feloszlása után a könyvtár állami tulajdonba került, kezelésében az Országos Széchényi Könyvtár munkatársait bízták meg. A szakemberek gondozásába került gyűjtemény hiánytalanul megmaradt mind a mai napig. Két könyvtártermet nézhetünk meg az épületben. A könyvtár hetven ősnymtatványt is magának tudhat, ezek 1500 előtről származnak.

A középkori apátságot 1182-ben III. Béla király alapította. A virágzó közösséget a török uralom idején súlyos veszteség érte, a szerzetesek elmenekültek, az apátságot a törökök lerombolták. Feltárt romjai a Zirci Ciszterci Arborétumban láthatók.



Intarziás padló

Az újraalapítás a XVII. század második felében vette kezdetét, az apátsági templom és a hozzá csatlakozó három épületszárny – 1752-re készült el.

Majd egy évszázaddal később, Villax Ferdinánd apát működése idején, 1844 és 1846 között készült el a reprezentatív királyi lakosztály, a nagykönyvtár és az apáti épületszárnyat magába foglaló főhomlokzat. A látogatóközpontban megnézhetjük a Királytermet, amit a monostorba látogató uralkodók és családtagjaik, valamint más magas rangú vendégek fogadására alakítottak ki. I. Ferenc József császár és király két alkalommal járt a zirci apátságban. Először 1852 nyarán tett itt rövid látogatást, majd 1901 őszen élvezte újra a monostor vendégszeretét.

A Szentszék követei, a nunciások és a ciszterci generális apátok is ellátogattak ide. 1950-ben, a rendek feloszlását követően az apátság elvesztette funkcióját, s egészen 1994-ig iskolai könyvtárként szolgált. Az eredeti berendezés jelentős része elkallódott – pár bútordarab családotknál, ciszterci szerzetesek által vezetett plébániákon vagy más egyházi intézményekben vészelte át ezt az időszakot. A nagyterem négy sarkában visszaállították a négy bútorszigetet – a bal oldalon található bútorok eredetiek. A berendezés legrégebbi da-

rabja, egy 1751-ben készült intarziás szekreter a királynői szobában található. Ugyanitt látható néhány igen különleges tárgy is: egy, az apátság címerével díszített, az uralkodó fogadására használt étkészlet egyes darabjai, melyek a nagy vitrines tárlóban kaptak helyet. A kis tárlóban található porcelánszelence 1798-ból származik, s az alján található díszítés még ezen épületszárny kialakítása előtti időszakában mutatja az apátságot. A fedél belsejében látható rajz a Zircet 1700-ban újraalapító heinrichau apátságot ábrázolja.

Az épületegyüttes és a látogatóközpont 2021-ben készült el teljesen. Fel lehet menni a tetőre, a Vöröstoronyba, ahonnan remek kilátás nyílik, innen az egész Zirczi-völgy belátható. A tornyot a 19. század során csillagászati megfigyelésekre is használták. A Király-teremmel egy időben készült el, vörösmárvány csigalépcsőjéről kapta a nevét, amely húsz méter hosszan kanyarog fel a csodás panorámát nyújtó kilátóhoz. A torony és a kilátó felújítása szintén 2021 végén fejeződött be.

Felfedező utunknak azonban koránt sincs vége. Ugyanis az apátság barokk épületében kapott helyet a Bakonyi Természettudományi Múzeum, amely igazi élményt jelenthet a gyerekeknek és a felnőttekben egyaránt. Szépen, igényesen kialakított diorámákon ke-



Könyvtár

resztül mutatják be itt a Bakony gazdag élővilágát. A különböző típusú fészkeket rakó madaraktól kezdve a falusi idillig sok mindent láthatunk itt. Például kitömött állatokat is. A főbejárattal szemben egy csodás szarvasszalád néz velünk farkasszemet – vagy inkább „szarvasszemet”. Jávorszarvas, sőt még néhány barnamedve is akad a kitömött állatok között. Igazi különlegesség a két mamutcsontváz. Ezek az óriások tízezer évvel ezelőtt, az utolsó jégkorszakban éltek. A két gyapjas mamut közül az egyik a Tonna névre hallgat, a mellette látható kölyök pedig a Mázsa nevet kapta. Mindkettő Csajág határában került elő egy útépités során, 2006-ban.

Az épülecsoporthoz természetesen rendtörténeti kiállítás is helyet kapott. Itt szép maketteket, festményeket, miseruhákat, régi köveket és különféle építészeti rekonstrukciókat nézhetünk meg.

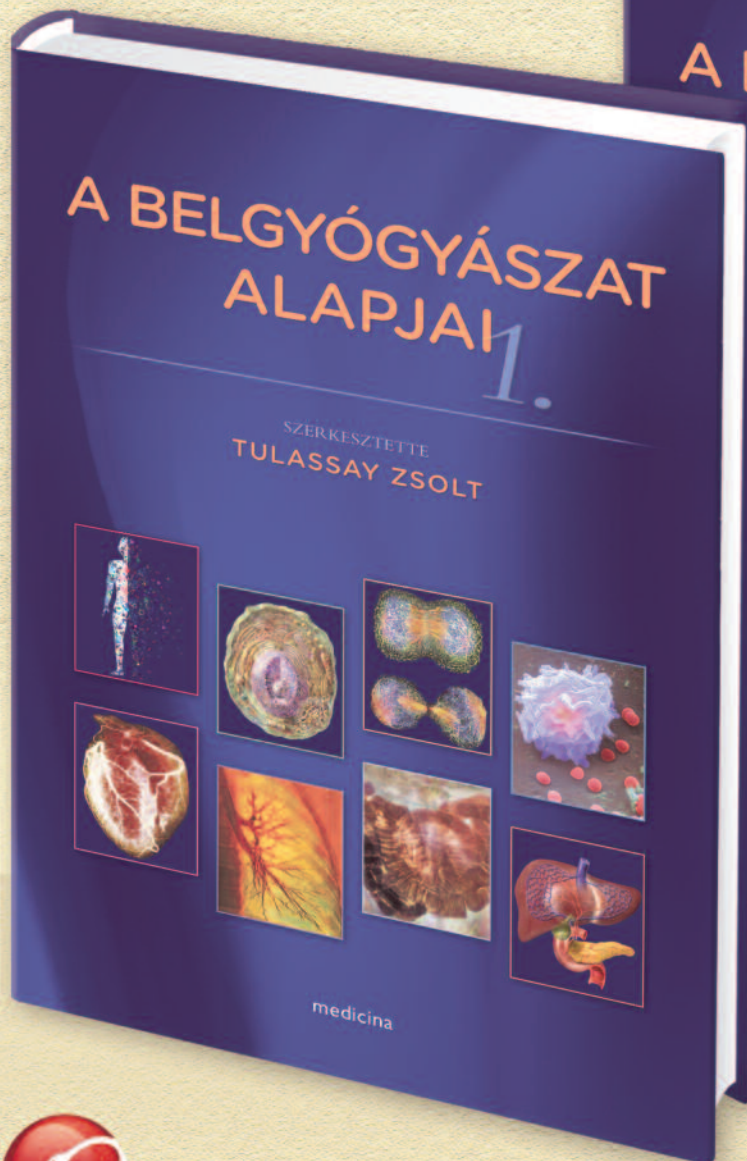
Befejezőképpen járjuk körül a rendházat, a nagyszabású épületegyüttest, és nézzünk körül az arborétumban is, így lesz teljes az idelátogató számára a kirándulás.

Másodközlés. Megjelent a Mértékadó 2022. április 11–17-i számában. A szerző és a kiadó engedélyével.



Panoráma

A MEDICINA KÖNYVKIADÓ *ajánlata*



Ára: 26 000 Ft
Méret: 202x285 mm
Terjedelem: 1256 és 1000 oldal



Medicina Könyvkiadó Zrt.

1072 Budapest, Rákóczi út 16.
tel.: 36(1)312-2650

Keresse könyveinket a honlapunkon www.medicina-kiado.hu
valamint **márkaboljtjainkban**

1091 **Budapest**, Üllői út 91/A. tel.: 36(1)215 3786, 36(1)215 9618
1088 **Budapest**, Baross u. 21. tel.: 36(1)317 0931
4032 **Debrecen**, Nagyerdei krt. 98. tel.: 36(52)423 855
7624 **Pécs**, Szigeti u. 12. tel.: 36(72)536 001/31720
6720 **Szeged**, Tisza L. krt. 48. tel.: 36(62)420 418

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG 48. NAGYGYŰLÉSE

Hotel Mercure Budapest Castle Hill
1013 Budapest, Krisztina krt. 41–43. (Déli pályaudvarnál)
2022. szeptember 01–03.

PROGRAM

2022. 09. 01. CSÜTÖRTÖK

9.00 óra Megnyitó

9.10–10.10 IMMUNOLÓGIA ÉS SZEPSZIS
Üléselnök: *Tulassay Zsolt, Budapest*

09.10 **Hogyan győzzük le a szepszist?**
Molnár Zsolt, Pécs-Budapest

09.30 **Szisztémás autoimmun kórképek – újdonságok**
Tarr Tünde, Debrecen

09.50 **A köszvény és az autoinflammáció**
Szekanecz Zoltán, Debrecen

10.15–11.15 HEMATOLÓGIA ÉS ONKOLÓGIA
Üléselnökök: *Demeter Judit, Budapest, Masszi Tamás, Budapest*

10.15 **Csontvelő-transzplantáció. Jelen és jövő**
Gergely Lajos, Debrecen

10.35 **Molekuláris diagnosztikán alapuló onkológiai kezelések**
Mühl Dorottya, Budapest

10.55 **Lymphomák 2022**
Demeter Judit, Budapest

Kávészünet, a kiállítás és a poszterek megtekintése

11.30–12.30 ELNÖKI SZIMPÓZIUM
Üléselnök: *Szathmári Miklós, Budapest*

Az elgurult aranyalma
Margittai Gábor, Budapest
Orvosnők helyzete Magyarországon
Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg

12.40–13.20 KELEMEN ENDRE EMLÉKELŐADÁS
Üléselnök: *Tulassay Zsolt, Budapest*

Kelemen Endre 1921–2000
Előadó: *Szalay Ferenc, Budapest*

Ebédészünet

14.00–14.45 BAYER HUNGÁRIA KFT. SZATELLITA SZIMPÓZIUM

Magas kockázatú szív-, érrendszeri betegek vaszkuláris védelme

Üléselnök: *Prof. Dr. Pécsvárady Zsolt, Kistarcsa*

Hypertonia és pitvarfibrilláció – mire figyeljünk?

Benczúr Béla, Szekszárd

Daganat okozta thrombosis antikoagulációs kezelése az új irányelvek mentén

Nagy András Csaba, Budapest

14.45–15.45 MBT ÉSZAK-KELET MAGYARORSZÁGI SZAKCSOPORT PROGRAMJA

Üléselnökök: *Altörjay István, Debrecen, Nagy V. Endre, Debrecen*

14.45 Új irányzatok a gasztroenterológiában

Altörjay István, Debrecen

15.05 Endokrinológia – új kezelési lehetőségek

Nagy V. Endre, Debrecen

15.25 Elmúlt évek sikerei a hematológiában

Illés Árpád, Debrecen

15.45–16.45 NOVO NORDISK SZIMPÓZIUM

A 2-es típusú diabetes inzulinkezelésének aktualitásai

Üléselnök: *Prof. Dr. Kempler Péter*

Bázisinzulin+GLP-1 RA fix kombináció – kinek, mikor, hogyan?

Sipter Emese, Budapest

Bázis+bolus inzulinkezelés – kinek, mikor, hogyan?

Bujtor Zoltán, Zalaegerszeg

16.45–17.15 REZIDENSEK FÓRUMA

Üléselnök: *Szathmári Miklós, Budapest*

Középaorta szindróma okozta szekunder hypertonia egy fiatal felnőtt betegen.

Esetismertetés

Sumánszky Csaba, Budapest

Parathyroid adenoma, egy új manifesztáció Li–Fraumeni-szindrómában

Kövesdi Annamária, Budapest

Ritka betegség, ritka veseszövődémmel

Móczár Eszter, Budapest

17.15–18.15 A SZEKCIÓ

MÁTYÁS 1 TEREM

BEJELENTETT ELŐADÁSOK

Üléselnökök: *Schandl László, Budapest és Lajosné Major Zsuzsanna, Nyíregyháza*

DIABETES

17.15 PANCREATECTOMIZÁLT BETEGEK DIABETESÉNEK KEZELÉSÉVEL NYERT TAPASZTALATAINK

Szemán A.¹, Arapovicsné Dr. Kiss K.¹, Schandl L.¹, Winkler G.¹, Grosz A.², Mészáros P.³, Dubóczki Z.³, Mersich T.³, Kis J.¹, *II-es Belgyógyászat, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő 1125, Budapest, Diós árok 1–3.¹, Diabetológia, Betegellátó Irgalmas Rend, Budai Irgalmasrendi Kórház 1027, Budapest, Frankel Leó u. 17–19.², Sebészet, Országos Onkológiai Intézet 1122, Budapest, Ráth György u. 7–9.³*

17.25 **IMMUNTERÁPIA MEDIÁLT 1-ES TÍPUSÚ DIABETES – ESETISMERTETÉS**
Tomasics G.¹, Arapovicsné dr. Kis K.¹, Kis J.¹, Schandl L.¹, Winkler G.¹, *II-es Belgyógyászat, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő 1125, Budapest, Diós árok 1-3¹*

17.35 **A HANGULATZAVAROK ELŐFORDULÁSA ÉS A SZÉNHIDRÁTHÁZTARTÁSRA GYAKOROLT HATÁSA 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEK KÖRÉBEN**
Hargittay C.¹, Gonda X.², Márkus B.¹, Vörös K.¹, Rihmer Z.², Kalabay L.¹, Torzsa P.¹, *Semmelweis Egyetem, ÁOK, Családorvosi Tanszék, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest²*

KARDIOLÓGIA / HYPERTONIA

17.45 **VERSENYSPORTOLÓK HIRTELEN HALÁLESETEINEK ELEMZÉSE**
Lajosné Major Z.¹, Medvegy Z.², Tulit T.³, Pavlik G.², Simonyi G.⁴, Sterbenz T.², Medvegy M.³, *Nyíregyházi Egyetem, Testnevelés és Sporttudományi Intézet, Nyíregyháza¹, Testnevelési Egyetem, Budapest², Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa³, Szent Imre Oktató Kórház, Budapest⁴*

17.55 **ELÉG IRODALMI ADAT ÁLL RENDELKEZÉSRE AZ ESSZENCIÁLIS HYPERTONIA OKAINAK FELTÁRÁSÁRA**
Sikter A., *Szentendre Város Egészségügyi Intézményei, Belgyógyászat*

POSZTER

17.15–18.15 B SZEKCIÓ MÁTYÁS 2. TEREM

BEJELENTETT ELŐADÁSOK

HEMATOLÓGIA / IMMUNOLÓGIA / VEGYES

Üléselnökök: *Múzes Györgyi, Budapest, és Sipos Ferenc, Budapest*

17.15 **MAGYARORSZÁGI TAPASZTALATOK VENETOCLAXKEZELÉSSSEL T(11;14) MYELOMA MULTIPLEXBEN**
Szita V.¹, Mikala G.², Kozma A.², Fábíán J.², Hardi A.², Alizadeh H.³, Rajnics P.⁴, Rejtő L.⁵, Szendrei T.⁶, Váróczy L.⁷, Illés Á.⁷, Vályi-Nagy I.², Masszi T.¹, Varga G.¹, *Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Hematológiai és Óssejt-transzplantációs Osztály, Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Dél-Pesti Centrumkórház, Budapest², I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécsi Tudományegyetem, Pécs³, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár⁴, Jóna András Oktatókórház, Nyíregyháza⁵, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely⁶, Hematológiai Tanszék, Belgyógyászati Klinika, Debreceni Egyetem, Debrecen⁷*

17.25 **AUTOIMMUN PARANEOPLASIAS NEUROLÓGIAI SZINDRÓMA**
Múzes G.¹, Sipos F.¹, Gyergyay F.², Kamondi A.³, *Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest¹, Országos Onkológiai Intézet, Budapest², Országos Klinikai Idegtudományi Intézet, Budapest³*

17.35 **DILATATÍV CARDIOMYOPATHIA ÉS POLYAUTOIMMUNITÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI**
Sipos F.¹, Múzes G.¹, *Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest¹*

17.45 **NSAID INDUKÁLTA PSEUDOALLERGIÁS REAKCIÓ KIVÁLTOTTA TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHIA**
Polocsányi B.¹, Szegedi L.¹, *Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház I. Belgyógyászat¹*

17.55 **A TUMOROS CACHEXIA METABOLIKUS EGYENSÚLYZAVARA ÉS TERÁPIÁS CÉLPONTJAI 2021 – UPDATE**
Harisi R.¹, Jeney A.¹, *Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet¹*

2022. 09. 02., PÉNTEK

- 9.00–10.00 KARDIOLÓGIA ÉS HYPERTONIA**
Üléselnökök: *Tóth Kálmán, Pécs, Varga Albert, Szeged*
- 9.00 **Fontos-e még a fizikális vizsgálat a szív-, érrendszeri betegségek diagnosztikájában**
Tomcsányi János, Budapest
- 9.20 **Újdonságok a krónikus szívelégtelenség kezelésében**
Becker Dávid, Budapest
- 9.40 **Aortaaneurysma, mikor kell érsebész, mi remélhető az invazív ellátástól**
Szeberin Zoltán, Budapest
- 10.00–11.00 MBT DUNÁNTÚLI SZEKCIÓ PROGRAMJA**
Üléselnök: *Mezősi Emese, Pécs*
- Terápiás aferezis**
Alizadeh Hussain, Pécs
- Puffadás**
Izbéki Ferenc, Székesfehérvár
- Mikor küldje a belgyógyász kardiológushoz a beteget?**
Nagy Lajos, Szombathely
- 11.00–12.00 A BELGYÓGYÁSZAT AKTUÁLIS KÉRDÉSEI**
Üléselnök: *Tulassay Zsolt, Budapest, Hersényi László, Budapest*
- 11.00 **A vastagbél-daganatok szűrése Magyarországon**
Szepes Zoltán, Szeged
- 11.20 **Hepatitisek**
Hunyady Béla, Pécs
- 11.40 **Pulmonalis hipertonia – ritka vagy gyakori betegség?**
Karlócai Kristóf, Budapest
- | |
|---|
| 12.00–13.00 TEVA SZIMPÓZIUM |
| Interdiszciplináris beszélgetés |
| A szív vagy a gyomor? Avagy hogyan dolgozik együtt a kardiológus és a gasztroenterológus |
| Előadók: <i>Becker Dávid, Budapest, Hersényi László, Budapest</i> |
- 13.00–13.30 *Ebéd-szünet*
- 13.30–14.30 COVID, AMI MEGVÁLTOZTATTA A VILÁGOT**
Üléselnök és moderátor: *Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg*
- Vírusok a 21. században**
Jakab Ferenc, Pécs
- COVID és a belgyógyász. Együttműködés a társszakmák képviselőivel**
Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg
- Poszt-Covid szindróma – mit is jelent, mi a teendő?**
Hersényi László, Budapest

14.30–15.30 DÉL-MAGYARORSZÁGI BELGYÓGYÁSZ DECENTRUM PROGRAMJA

Üléselnök: *Varga Márta, Békéscsaba*

14.30 Gyulladásos bélbetegségek új kezelési lehetőségei

Molnár Tamás, Szeged

14.50 COVID gasztroenterológiai vonatkozásai az irodalom és egy megyei kórház tapasztalatai alapján

Varga Márta, Békéscsaba

15.10 Kardiológia és a lipidek

Márk László, Gyula

15.30–16.15 GERIÁTRIA

Üléselnök: *Gadó Klára, Budapest*

A véralvadás változása időskorban

Gadó Klára, Budapest

Pajzsmirigybetegségek és demencia. Tények és feltételezések

Tóth Miklós, Budapest

Demencia a belgyógyászati gyakorlatban

Besenyei Attila, Gadó Klára, Budapest

16.20–16.50 KÖZGYŰLÉS

Kitüntetés átadása, kapja *Rácz István, Győr*

17.00–19.00 A SZEKCIÓ

MÁTYÁS 1. TEREM

BEJELENTETT ELŐADÁSOK

COVID témakör

Üléselnök: *Meskó Éva, Budapest és Firneisz Gábor, Budapest*

17.00 COVID-19 FERTŐZÉS KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK A MOHÁCSI KÓRHÁZBAN. A RIZIKÓFAKTOROK SZEREPE

Késői I.¹, Kruzsliz J.¹, Acél P.¹, Bencze M.¹, Lukács M.¹, Szakács P.¹, Csizmadia C.1, Mohácsi Kórház Belgyógyászati Osztály COVID-ellátó Részleg¹

17.10 AZ ÉRGONDOZÁS SZEREPE A COVID-19 JÁRVÁNY IDEJÉN

Meskó É.^{1,2}, SE Min invazív és egynap. Seb Klin. Belgyógy. Angiológiai Szakrendelés. Budapest¹, IMS/ International Medical Service/ Budapest. III.²

17.20 RENOPARENCHYMÁS HYPERTONIA DIAGNÓZISA ÉS KEZELÉSE, 2022

Barna István, Budapest, Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

17.30 A SZÍV-, ÉRRENDSZERI MEGBETEGEDÉSBEN SZENVEDŐ HAJLÉKTALANOK ELLÁTÁSA A COVID-19 JÁRVÁNY ALATT

Simek Á.¹, SE Népegészségtani Intézet¹, Budapest

**17.40 A DE RITIS HÁNYADOS MINT PROGNOZTIKAI MARKER
A KORONAVÍRUS-JÁRVÁNY HARMADIK HULLÁMÁBAN**

Drác B.¹, Czompa D.¹, Müllner K.¹, Hagymási K.¹, Miheller P.¹, Székely H.¹, Papp V.¹, Horváth M.¹, Hritz I.¹, Werling K.¹, Semmelweis Egyetem I. Sz. Sebészeti és Intervenció Gasztroenterológiai Klinika¹, Budapest

17.50 LÉLEGEZTETŐGÉPTŐL A PSEUDOCYSTÁIG: COVID-19 INFEKCIÓ ALATT MANIFESZTÁLÓDÓ SZÖVŐDMÉNYES PRIMER HYPERPARATYHREOSIS ESETE

Dr. Herr G.¹, Dr. Bujtor Z.¹, Dr. Szenes M.¹, Dr. Völgyi Z.¹, Dr. Fischer T.¹, Dr. Sziráki K.¹, Dr. Györkös A.², Dr. Takács M.³, Dr. Gieth A.⁴, Zala Megyei Szent Rafael Kórház II. Belgyógyász¹, Zala Megyei Szent Rafael Kórház I. Belgyógyász², Zala Megyei Szent Rafael Kórház Radiológiai Osztály³, Keszthelyi Kórház Rehabilitációs Osztály⁴

- 18.00 **A SZÉRUM-DPP4 AKTIVITÁS ÖSSZEFÜGGÉSE A COVID-19 SÚLYOSSÁGÁVAL: A MORTALITÁS JÓ PREDIKTORA**
 Nádasi Á.¹, Sinkovits G.², Bobek I.³, Lakatos B.³, Föhrécz Z.², Prohászka Z.², Réti M.³, Arató M.¹, Cseh G.¹, Masszi T.², Merkely B.⁴, Ferdinandy P.⁵, Vályi-Nagy I.³, Prohászka Z.², Firneisz G.¹, *Ramgen Zrt., Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest², Dél-pesti Centrumkórház Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet³, Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika⁴, Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet⁵, Budapest*
- ENDOKRINOLÓGIA**
 Üléselnökök: Szücs Nikolett, Budapest és Tőke Judit, Budapest
- 18.10 **SELLATÁJI MACROADENOMÁS BETEGEK KLINIKAI JELLEMZŐINEK ÖSSZEFOGLALÁSA A BELGYÓGYÁSZATI ÉS ONKOLÓGIAI KLINIKA EGYIK ENDOKRIN AMBULANCIÁJA ALAPJÁN**
 Szücs N.¹, Czirják S.², Sipos L.², Reiniger L.³, Tőke J.¹, Tóth M.¹, *Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest¹, Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Budapest², Semmelweis Egyetem I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Központ, Budapest³*
- 18.20 **MELLÉKPAJZSMIRIGY CARCINOMA MTOR MUTÁCIÓVAL**
 Stark J.¹, Kollár R.¹, Tőke J.¹, Nagy G.², Huszty G.³, Nagy B.⁴, Dezső K.⁴, Nagy P.⁴, Sági Z.⁴, Bedics G.⁴, Bödör C.⁴, Tóth M.¹, *¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest, ²Belgyógyászati és Haematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest, ³Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest, ⁴I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest*
- 18.30 **ADRENOCORTICALIS CARCINOMÁS BETEGEK TÚLÉLÉSÉT BEFOLYÁSOLÓ KLINIKOPATOLÓGIAI JELLEMZŐK VIZSGÁLATA A SEMMELWEIS EGYETEM BETEGANYAGÁBAN (1974–2019)**
 Tőke J.¹, Reismann P.¹, Micsik T.², Doros A.³, Sági Z.², Szücs N.¹, Sármán B.⁴, Pusztai P.⁴, Nagy G.⁴, Horányi J.³, Szlávik R.³, Huszty G.³, Borka K.⁵, Igaz P.¹, Tóth M.¹, *¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest, ²I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest, ³Sebészeti, Transzplantációs és Gastroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest, ⁴Belgyógyászati és Haematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest, ⁵II. sz. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest*
- 18.40 **REVERZIBILIS CARCINOID SZÍVBETEGSÉG – KÉT NEUROENDOKRIN TUMOROS BETEGÜNK KÓRTÖRTÉNETÉNEK TANULSÁGAI**
 Kövesdi A.¹, Bencze Á.¹, Persóczki M.², Tőke J.¹, Tóth M.¹, *¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest, ²Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*
- 18.50 **EGY HAZAI CENTRUM (SE BELGYÓGYÁSZATI ÉS ONKOLÓGIAI KLINIKA) MELLÉKPAJZSMIRIGY CARCINOMÁS BETEGEINEK KLINIKOPATOLÓGIAI VIZSGÁLATA**
 Pócsai K.¹, Tőke J.¹, Szücs N.¹, Reismann P.¹, Nagy G.², Jakab Z.¹, Sági Z.³, Huszty G.⁴, Szlávik R.⁴, Dabasi G.⁵, Varga Z.⁵, Horányi J.⁴, Tóth M.¹, *Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika¹, Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Hematológiai Klinika², Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet³, Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika⁴, Semmelweis Egyetem Nukleáris Medicina Tanszék⁵*

BEJELENTETT ELŐADÁSOK

GASZTROENTEROLÓGIA

Üléselnök: *Varga Márta, Békéscsaba és Horváth Gyula, Gyöngyös*

- 17.00 **EGY HATÉKONYABB ENDOSZKÓPIÁS ELŐKÉSZÍTÉS A NEM VARIX EREDETŰ FELSŐ GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉS ELLÁTÁSÁBAN. AVAGY MENNYIRE HASZNOS AZ ERYTHROMYCIN ALKALMAZÁSA?**
Pepa K.¹, Csefkó K.¹, Balla E.¹, Gaál A.¹, Pink T.¹, Varga M.^{1,2}, *Gasztroenterológia/4. Belgyógyászati Osztály, Békés Megyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba¹*
- 17.10 **GYAKORI TÜNETEKBE MEGNYILVÁNULÓ RITKA DAGANATOS KÓRKÉPEK**
Gaál A.¹, Gyaraki P.¹, Balla E.¹, Kardos K.², Patai T.³, Bodor A.³, Pálfi A.⁴, Barbat M.⁴, Rózsa Á.⁵, Lázár G.⁶, Pikó B.⁷, Oláh J.⁸, Varga M.¹, *BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Gasztroenterológiai osztály, Békéscsaba¹, BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Radiológiai osztály, Békéscsaba², BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Patológiai osztály, Békéscsaba³, BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Sebészeti osztály, Békéscsaba⁴, BMKK Dr. Pándy Tagkórház, Sebészeti osztály, Gyula⁵, SZTE Mellkas Sebészeti Centrum, Szeged⁶, BMKK Dr. Pándy Tagkórház, Onkológiai osztály, Gyula⁷, SZTE Onko-Dermatológiai Centrum, Szeged⁸*
- 17.20 **„LYUK” A DUODENUM BULBUSÁN**
Horvát G.¹, Kivács I.², *Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös¹, Sebészeti osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös²*
- 17.30 **A GYOMOR ÉS COLON SZEKUNDER TUMORAIRÓL EGY ESETÜNK KAPCSÁN**
Horvát G.¹, Makai G.², *Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály¹, Endoscopos labor, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös²*
- 17.40 **DUODENÁLIS FEKÉLY NEM SZOKVÁNYOS ESETE**
Tóth-Szeles R.¹, Horváth J.², Dubravcsik Z.², *Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézet¹, Bács-Kiskun Megyei Kórház Urológiai Osztály, Bács-Kiskun Megyei Kórház Gasztroenterológiai Osztály²*
- 17.50 **AZ ACUT PANCREATITIS MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSE**
Hussein T.¹, Eröss B.¹, Hegyi J. P.¹, Vincze Á.³, Faluhelyi N.⁴, Kelemen D.⁵, Hegyi P.^{1,2}, *¹SE VSZÉK Pankreasz Betegségek Részlege, ²PTE ÁOK, Transzlációs Medicina Intézet, ³PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, ⁴PTE KK Orvosi Képzőképző Klinika, ⁵PTE KK Sebészeti Klinika*
- 18.00 **GASTRO-OESOPHAGEÁLIS REFLUX BETEGSÉG ORÁLIS MANIFESZTÁCIÓI: A NYÁL PARAMÉTEREIT VIZSGÁLÓ METODIKA**
Horváth A.¹, Berze I.², Nagy L.², Jász M.², Tomcsik Z.³, Bor L.³, Hermann P.², *¹Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar, ²Semmelweis Egyetem Fogpótlástani Klinika, ³Dél-Pesti Centrumkórház, Sebészeti Osztály*
- 18.10 **MIKROSZKÓPOS COLITIS A CSÖKKENT CSONTSÚRÚSÉG RIZIKÓFAKTORA: SZISZTEMATIKUS REVIEW ÉS METAANALIZIS**
Rancz A.¹, Teutsch B.³, Engh M.¹, Veres D.⁴, Földvári-Nagy L.⁵, Eröss B.⁶, Hosszúfalusi N.², Juhász M.⁷, Hegyi P.¹, Mihály E.², *¹Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary, ²Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, Medical School, Budapest, Hungary, ³Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary, ⁴Semmelweis University Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary, ⁵Department of Morphology and Physiology, Faculty of Health Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary, ⁶Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary, ⁷Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary*

- 18.20 **A HELICOBACTER PYLORI FERTŐZÉS PREVALENCIÁJÁNAK ÉS ENDOSZKÓPOS MANIFESZTÁCIÓJÁNAK VÁLTOZÁSA 10 ÉV ALATT**
Vessal A.¹, Alijanpourotagsara A.¹, Tulassay Z.¹, Mihály E.¹, ¹*Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, Medical School, Budapest, Hungary*
- 18.30 **A SEMMELWEIS EGYETEM CRC-SZŰRÉS EREDMÉNYEI 2019–2020 KÖZÖTT**
Strelnikov D.¹, Longobardi S.¹, Tulassay Z.¹, Mihály E.¹, ¹*Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, Medical School, Budapest, Hungary*
- VEGYES TÉMÁK**
Üléselnök: Szalay Ferenc, Budapest
- 18.40 **A HÓLYAGHURUT KÓROKOZÓINAK MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATA**
Horváth J.¹, Juhász A.¹, Lukács N.¹, Köves B.², *BKMK SZTE ÁOK OKT. KH. Urológiai Osztály¹, Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Urológiai Osztály²*
- 18.50 **FAMILIÁRIS AMYLOID POLYNEUROPATHIA. ESETISMERTETÉS**
Birtalan K.¹, Takács E.¹, Arányi Z.², Prohászka Z.³, Fecske É.⁴, Taller A.¹, ¹*II. Belgyógyászati Osztály, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest, ²Neurológia Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest, ³Belgyógyászati és Hematológiai Klinika Kutatólaboratóriuma, Budapest, ⁴Patológiai Osztály, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest*
- 19.00 **ADAPTOGÉN HATÁSÚ RHODIOLA ROSEA BIOLÓGIAILAG AKTÍV KOMPONENSEINEK TÖMEGSPEKTROMETRIÁS VIZSGÁLATA ÉS FARMAKOLÓGIAI HATÁSA**
Héthelyi B.¹, Galambosi B.², *Semmelweis Egyetem, Farmakognózia Intézet, Budapest¹, MTT Agrifood Research Centre in Finland, Mikkeli, Finland²*

2022. 09. 03., SZOMBAT

- 8.15–9.00 **Interaktív esetmegbeszélések**
Moderátorok: Magyar Anna, Budapest
Szalay Ferenc, Budapest
Szűcs Nikolett, Budapest
Taller András, Budapest
- 9.00–10.20 **STATE OF ART ELŐADÁSOK I.**
Üléselnökök: Szathmári Miklós, Budapest, Rácz István, Győr
- 9.00 **Pancreasbetegségek 2021**
Czakó László, Szeged
- 9.20 **Microbiom szerepe belgyógyászati betegségeken**
Szabó Dóra, Budapest
- 9.40 **Mit hozott és hoz a modern endoszkópia a gasztroenterológiai betegségek diagnosztikájában?**
Rácz István, Győr
- 10.00 **Gyógyszer okozta vastagbél eltérések**
Taller András, Budapest
- 10.20 **Microvaszkuláris angína-koronária betegség: Kis ér nagy probléma**
Szauder Ipoly, Budapest
- 10.40 **A diabetes mellitus kezelésének perspektívái 2022**
Jermendy György, Budapest
- 11.00–11.20 *Szünet*

11.20–13.00 STATE OF ART ELŐADÁSOK II.

Üléselnökök: *Merkely Béla, Budapest, Lengyel Csaba, Szeged*

11.20 **Kardiológia: Strukturális intervenciók**

Merkely Béla, Budapest

11.40 **A D-vitamin-hiány hatása a halálózásra**

Takács István

12.00 **A dekompenzált májzsugor kezelése**

Papp Mária, Debrecen

12.20 **Várandósság és a belgyógyászat**

Patai Árpád, Szombathely

12.40 **Célszerv védelem a diabéteses betegekben**

Lengyel Csaba, Szeged

13.00–14.00 *Ebédészünet*

14.00–16.00 CSALÁDORVOSI SZEKCIÓ ÜLÉSE

Üléselnökök: *Kalabay László, Budapest és Varga Albert, Szeged*

14.00 **KÜLÖNBÖZŐ KARDIOVASZKULÁRIS RIZIKÓ PONTRENDSZEREKEN ÉS PULZUS HULLÁM TERJEDÉSI SEBESSÉGEN ALAPULÓ ARTÉRIÁS ÉLETKORSZÁMÍTÁSI MÓDSZEREK ÖSSZEHASONLÍTÁSA**

Nemcsik János, Őrs vezér téri háziorvosi rendelő, Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

14.15 **HYPERTONIA SZAKELLÁTÓHELYEK A MAGASVÉRNYOMÁS-BETEGEK GONDOZÁSÁNAK SEGÍTÉSÉBEN**

Ádám Ágnes, Zuglói Egészségügyi Központ, Hipertónia Centrum, Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

14.30 **A KARDIOVASZKULÁRIS MEGBETEGEDÉSBN SZENVEDŐ HAJLÉKTALANOK ELLÁTÁSA A COVID-19 JÁRVÁNY ALATT**

Simek Ágnes, Oltalom Karitatív Egyesület Kórház-Rendelő, Semmelweis Egyetem ÁOK Népegészségtani Intézet és Családorvosi Tanszék, Budapest

14.45 **PRAXISKÖZÖSSÉGEK AZ ALAPELLÁTÁSBAN**

Princz János, Pécsi Tudományegyetem ÁOK Alapellátási Intézet, Pécs

15.00 **A DEPRESSZIÓ ÉS A SZORONGÁS SZŰRÉSE A CUKORBETEGEK KÖRÉBEN**

Hargittay Csenge, Torzsa Péter, Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

15.15 **EGYES GYULLADÁSOS PARAMÉTEREK SZÉRUMSZINTJÉNEK VÁLTOZÁSA C1-INHIBITOR-HIÁNYOS HAEREDITER ANGIOOEDEMÁBAN**

Márkus Bernadett¹, Veszeli Nóra², Temesszentandrás György³, Farkas Henriette^{2,3}, Kalabay László^{1,3} Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvosi Tanszék¹, Országos Angiooedema Központ², Belgyógyászati és Hematológiai Klinika³, Budapest

15.30 **A HÁZIORVOSTANI SZAKORVOSKÉPZÉS IDŐSZERŰ PROBLÉMÁI 2022-BEN**

Kalabay László, Semmelweis Egyetem ÁOK Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Családorvosi Tanszék

15.45 **Megbeszélés, vita**

ZÁRSZÓ

ELŐADÁSOK ÖSSZEFOGLALÓI

(az első szerző szerint ábécérendbe sorolva)

1. RENOPARENCHYMÁS HYPERTONIA DIAGNÓZISA ÉS KEZELÉSE 2022

Barna I.

*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai
Klinika, Budapest*

Hypertonia esetén rutinszerűen rendelői vérnyomás-mérés történjen (1B). A rendelőn kívüli vérnyomás-mérések ambuláns vérnyomás-monitorozással (ABPM), vagy otthoni vérnyomás-méréssel (HBPM) minden esetben standardizált körülmények közt történjenek (2B). Krónikus vesebetegségben 30 mg/nap alatti albuminürítés esetén a célvérnyomás tartomány 130–139/70–79 Hgmm (1A). 30–300, illetve 300 mg/nap feletti albuminürítés esetén a célvérnyomás \leq 120–129/70–79 Hgmm (2C). 65 éves életkor felett proteinuria mellett és a nélkül is 130–139/70–79 közt legyen. (1B). Diabeteses krónikus vesebetegségben 30 mg/nap alatti albuminürítés esetén a cél szisztolés vérnyomás 120–129 Hgmm közötti (1B), 65 év felett 130–139 közötti az ajánlott szisztolés érték (1A). Vesetranszplantációt követően a célérték 130/80 Hgmm alatti (1.A), Diabetesben és nem diabetesben hemodialízis előtt 140/90 Hgmm alatti, dialízis után 130/80Hgmm alatti a célérték.

Krónikus vesebetegségben, illetve veseelégtelenségben optimális testsúly (BMI), hetente öt napon 30 perces fizikai aktivitás javasolt a dohányzás abbahagyása és az alkoholfogyasztás mérséklése mellett. Az egészséges étrend a szív- és érrendszeri betegségek prevenciójának és kezelésének az alapja (1.B). A célzott életmód változtatás vérnyomáscsökkentő hatása megegyező lehet a gyógyszeres monoterápiával, a fő hátránya az idővel csökkenő adherencia, melynek leküzdéséhez különleges intézkedések kellenek. Hypertoniával járó renoparenchymás vesebetegség bázisszere a RAS-gátló, mely a vérnyomást és a fehérjeürítést egyaránt csökkenti (1.A).

Angiotenzin receptor blokkoló (ARB), vagy az angiotenzin konvertáló enzimgátló (ACE-gátló) használata egyformán javasolt. Hidroklorotiaziddal, kalcium csatorna blokkolókkal kombinálva további szignifikáns vérnyomáscsökkenés érhető el. A javasolt kombinációnak tartalmaznia kell egy RAS-blokkolót kalciumcsatorna-blokkolóval vagy tiazidszerű/tiazid diuretikummal. A betegek mintegy 30%-ában a nem érhető el a vérnyomás célértéke, ekkor hármas (fix) kombinációt indokolt adni, leggyakrabban RAS-gátló + kalcium-antagonista + diuretikum, A gyógyszerkombinációk közül egyedül az ACE-gátló és ARB együttes alkalmazása ellenjavallt (1B).

30 és 90 közti eGFR esetén igazolt a vesevédelem, a veseromlás lassítása, ha a bázisszereket GLP1 analóg (liraglutid, semaglutid), vagy SGLT2 gátló (empagliflozin, dapagliflozin) adásával egészítjük ki. Jelenleg (1.B).

2. DEMENCIA A BELGYÓGYÁSZATI GYAKORLATBAN

Besenyei A.¹, Gadó K.²

*¹Semmelweis Egyetem Szent Rókus Klinikai Tömb,
Geriátriai Klinika és Ápolástudományi Központ, Aktív
Belgyógyászati Osztály, Budapest*

*²Semmelweis Egyetem Szent Rókus Klinikai Tömb,
Geriátriai Klinika és Ápolástudományi Központ,
Budapest*

Jól ismert tény, hogy társadalmunk öregszik, ami az életkorral összefüggő betegségek, kórállapotok előfordulási gyakoriságát növeli, így a demencia előfordulását is. OECD becslése alapján 2018-ban az EU-tagállamokban 9,1 millió 60 év feletti ember élt demenciával, akiknek száma a jövőben emelkedni fog. Demens beteg időben történő kiszűrése, betegség progressziójának lassítása, differenciáldiagnosztika kihívásai a belgyógyászati munka komplexitását növelik.

Jól ismert Alzheimer- és vaszkuláris típusú demenciák mellett a nem degeneratív idegrendszeri betegségek hátterében számos belgyógyászati betegség húzódhat meg, melyek kezelésével a kognitív hanyatlás kimenetele módosítható. Az idegrendszert másodlagosan károsító szisztémás betegségek időben történő felismerését és sikeres kezelését az előtérben álló belgyógyászati tünetek, társbetegségek elfedhetik, illetve diagnosztikai nehézségeket okozhatnak. Előadásom célja, hogy a leggyakoribb demenciához vezető belgyógyászati megbetegedéseket és kórállapotokat ismertessem, ezáltal segítséget nyújtva az idős, zavart tudatú betegek diagnosztikai és kezelési kihívásaihoz.

Kognitív funkcióiban hanyatlott, zavart tudatú beteg kezelése során gyakran hagyatkozunk anamnesztikus adatokra, egy képalkotó eredményére, ami diagnosztikai hiányosságokhoz, reverzibilis kórállapotok elsikkadásához vezethet. Permanens mentális funkciócsökkenés hátterében általában primer degeneratív és vaszkuláris demenciák állnak, míg az akut kezdet, rapid állapotromlás egyéb szisztémás megbetegedésekre (pl.: daganat, infekciós eredet, toxikus, metabolikus) enged következtetni. Idős betegek ellátását megnehezíti a gyakran tünetként megjelenő delírium, ami atípusos tünetként a helyes diagnózis felállítását és az ellá-

tást egyaránt megnehezíti. A reverzibilis okok megszüntetése a beteg mentális statusának javulásához, a megbízhatóság és életminőség emelkedéséhez vezet, ami hosszabb távon az egészségügyi ellátásra nehezedő terhet csökkenti.

3. FAMILIÁRIS AMYLOID POLYNEUROPATHIA. ESETISMERTETÉS

Birtalan K.¹, Takács E.¹, Arányi Z.², Prohászka Z.³, Fecske É.⁴, Tállér A.¹

¹II. Belgyógyászati Osztály, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest

²Neurológia Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

³Belgyógyászati és Hematológiai Klinika Kutatólaboratóriuma, Budapest

⁴Patológiai Osztály, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest

Bevezetés: Az autoszomális dominánsan öröklődő transthyretin típusú amyloid polyneuropathia az amyloidosis egy ritka formája. Génmutáció miatt a máj kóros szerkezetű transthyretin fehérjét termel, amelyek amyloid plakkokat képeznek. Leggyakrabban a perifériás idegrendszer és a szív érintett, de egyéb szervekben (pl. vese) is okozhat megbetegedést. A leggyakoribb mutáció a pV30M, amely jellemzően polyneuropathiát okoz. A betegség családi halmozódást mutat és jellemzően 30 éves életkor felett jelennek meg a klinikai tünetek.

Esetismertetés: Az 58 éves, érdemi anamnézissel nem rendelkező nőbetegnek, ismeretlen etiológiájú, fokozatosan progrediáló kevert sensoro-motoros polyneuropathia miatt zajlott a kivizsgálása. Az anti-Hu pozitivitás felvetette tumoros alapbetegség lehetőségét, de ez ismételt labor és célzott képalkotó vizsgálatokkal kizárhatóvá vált, ahogy az is kizárhatóvá vált, hogy fertőző-, gyulladásos betegségek sem állnak a háttérben és gyógyszer okozta formáról sincs szó. A gyakoribb szisztémás betegségek (diabetes mellitus, vasculitis, szisztémás lupus erythematosus, porphyria, paraneoplasia) lehetősége szintén kizárhatóvá vált. Amyloidosis irányába bőrbiopsiát vettük a bal vádli, has és jobb felkar területéből. Kongóvíz festéssel a bőrben amyloidlerakódásokat találtunk. Tipizálás során transthyretin-asszociált amyloid polyneuropathiát, génszekvenálás során pVal50Met mutációt találtunk. A mutáció öröklődő jellege miatt a családot is szűrtük. A család többsége rendelkezik a mutációval, de manifeszt amyloidosisra utaló klinikum jelenleg nincsen.

Következtetés: Az amyloidosist ritkán ismerik fel. A diagnózisig hosszú idő telik el. Kevert sensoro-motoros polyneuropathia differenciáldiagnosztikájában a transthyretin amyloidosisra is gondolni kell, főleg azon középkorú betegek esetében, akiknél a gyakoribb kórokokat kizártuk. Az amyloidosis további tipizálást és génszekvenálást igényel, mert ez teszi majd lehetővé a célzott kezelést. Az öröklődő jellegű esetekben a családtagok szűrése indokolt.

4. A DE RITIS HÁNYADOS MINT PROGNOSZTIKAI MARKER A KORONAVÍRUS-JÁRVÁNY HARMADIK HULLÁMÁBAN

Drácz B.¹, Czompa D.¹, Müllner K.¹, Hagymási K.¹, Miheller P.¹, Székely H.¹, Papp V.¹, Horváth M.¹, Hritz I.¹, Werling K.¹

¹Semmelweis Egyetem I. Sz. Sebészeti és Intervenció Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

Bevezetés: Nemzetközi adatok alapján a COVID-19 fertőzöttek 10%-ánál gasztrointesztinális tünetek, 14-53%-ánál emelkedett májenzimek is megjelennek a betegség kezdetén.

Célkitűzés: A vizsgálat célja a COVID-19 betegek májfunkciós paramétereinek tanulmányozása és prognosztikai értékük meghatározása a fertőzés súlyosságával összefüggésben.

Módszer: Retrospektív módon epidemiológiai kutatást végeztünk a Semmelweis Egyetem I. Sz. Sebészeti és Intervenció Gasztroenterológiai Klinikán 2020. november és 2021. március között kezelt 333 COVID-19 beteg adatain. Vérvétel alapján regisztráltuk az aszpartát-aminotranszferáz (AST), alanin-aminotranszferáz (ALT), De Ritis hányados értékeket a kórházi felvétel és elbocsátás időpontjaiban, a meggyógyult és elhunyt betegek enzimszintjeinek heterogenitását Fischer-féle egzakt próbával értékeltük; $p < 0,05$ értéket szignifikánsnak tekintettük. ROC- (Receiver Operating Characteristics) analízis elvégzésével a gyógyult, illetve elhunyt betegek AST, ALT, De Ritis hányados értékeinek diagnosztikus hatékonyságát vizsgáltuk, kiválasztottuk közülük a legszenzitívebb paramétert és túlélési valószínűségeiket Kaplan–Meier-módszerrel hasonlítottuk össze.

Eredmények: Kórházi felvételnél minden ötödik betegnél (65/333) jelentkezett valamilyen gasztrointesztinális tünet, 37%-ban ehhez megemelkedett transzamináz- (AST, ALT) értékek társultak. Az átlag életkor 66 év (IQR: 54–77), férfi/nő arány: 183/150, a betegek mortalitása 7% (22/333) volt. A De Ritis hányados szignifikánsan alacsonyabb volt ($p = 0,038$) a gyógyultak körében, mint az elhunytaknál (medián: 1,51; IQR: 0,92–2,00 vs. medián: 1,85; IQR: 1,41–2,16), míg az ALT koncentrációban nem volt szignifikáns különbség ($p = 0,182$). ROC görbe alapján a De Ritis hányados AUC (Area Under Curve) értéke 0,746; 95% CI: 0,607–0,885; szenzitivitás: 67%; specificitás: 62% volt. A De Ritis hányados $\geq 1,7307$ értéknél a citokin-vihart jelző IL-6 és a májkárosodást jelző ALT is szignifikánsan magasabb ($p < 0,05$) volt.

Következtetés: A kórházi felvételnél a kiszámolt De Ritis hányados szenzitív prognosztikai értéknek bizonyult, magasabb szintje összefüggésben áll a COVID-19 mortalitásával.

5. GYAKORI TÜNETEKBE MEGNYILVÁNULÓ RITKA DAGANATOS KÓRKÉPEK

Gaál A.¹, Gyarakı P.¹, Balla E.¹, Kardos K.², Patai T.³, Bodor A.³, Pálfi A.⁴, Barbat M.⁴, Rózsa Á.⁵, Lázár G.⁶, Pikó B.⁷, Oláh J.⁸, Varga M.¹

¹BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Gasztroenterológiai osztály, Békéscsaba

²BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Radiológiai osztály, Békéscsaba

³BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Patológiai osztály, Békéscsaba

⁴BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Sebészeti osztály, Békéscsaba

⁵BMKK Dr. Pándy Tagkórház, Sebészeti osztály, Gyula

⁶SZTE Mellkas Sebészeti Centrum, Szeged

⁷BMKK Dr. Pándy Tagkórház, Onkológiai osztály, Gyula

⁸SZTE Onko-Dermatológiai Centrum, Szeged

Bevezetés: A pandémia alatt, mint nem COVID ellátó Gasztroenterológiai osztálynak, a megnövekedett folyamatos terhelés ellenére is, helyt kellett állni a frissen felismert tumoros betegek kivizsgálásában és szakma specifikus ellátásában. Mindezt három betegünk esetében mutatjuk be.

Esetbemutató: Egy 63 éves férfi beteg, akinek kórelőzményében 2017-ben a törzs területéről melanoma malignum (pT1a, BRAFmutáció: V600E pozitív) eltávolítás, majd posztoperatív irradiáció szerepel, transzfúziós igényű, vashiányos anaemia miatt vettük fel sürgősséggel osztályunkra. Gasztroszkópia és kolonoszkópia során egyértelmű vérzésforrást nem találtunk, ezért kapszulas vékonybélendoszkópiát végeztünk. A kapszula a jejunum és az ileum határon sokáig időzött. Itt két helyen szűkítő, bedomborodó, kékes, időnként friss vérezgetést mutató melanoma malignum metastasisra gyanús képletet vizualizáltunk. Mindezt a hasi CT-vizsgálat, majd a legnagyobb 8 cm-es átmérőjű tumoros vékonybél-reszekátum szövettani feldolgozása is megerősített. PET/CT egyéb lokalizációban metastasis nem igazolt. Szegedi dermatoonkoteam véleménynek megfelelően, BRAF mutációt mutató disszemínált melanómára, szisztémás BRAF + MEK inhibitor kezelést kap a beteg, és az eddig negatív eredményű restaging vizsgálatok biztatóak.

Egy 79 éves, agyi infarktuskok talaján demenciát, csuklótörést szenvedett nőbeteget, a Rehabilitációs osztályról vettünk át haematochezia miatt. Ügyeleti időben kolonoszkópiát végeztünk. A bal colonfél területén makroszkóposan szegmentális ischaemia jeleit észleltük, a jobb colonfél megkíméltnak mutatkozott. Ellenben az appendix nyílása szokatlanul prominens, oedemás, gyulladt megjelenésű volt, amihez fokozatosan kialakuló lokális défense társult. Urgens hasi CT során az appendicitis mellett felvetették szolid tumor gyanúját. Akut has indikációval sebészeti exploráció történt. A caecum kupolában egy 2,2×2 cm-es ma-

lignusnak tűnő térfoglalás miatt jobb oldali hemicolectomiát végeztek. A műteti reszekátum szövettani feldolgozásával még ép reszekciós széllel eltávolított, mucinosus adenocarcinoma igazolódott (pT4b pN1a v8). A beteg korára és kísérő betegségeire való tekintettel az onkoteam obszervációt javasolt.

Harmadik esetünkben, egy 72 éves, korpulens, pitvarfibrilláló, hypertoniás, diabeteses férfibeteget, negatív gégeszeti státusszal, nyelészavar miatt irányították gasztroszkópos vizsgálatra. A nyelőcső felső sphinctere alatt, egy bedomborodó tumoros képletet találtunk, amiből vett biopszia kiértékelésével nagyrészt necroticus neuroendocrin carcinomát (Grade 3) véleményeztek, mely CT alapján 4×3 cm-es, még a nyelőcső falát nem törte át. A beteg onkoteam és OGYÉI engedélye alapján carboplatin-etoposiddal szentizált, 28×1,8 Gy össz-dózisú radiokemoterápiát kap, octreotid depot készítmény mellett. Október közepén lesz esedékes a restaging szerint kontroll onkoteam szakvéleményezése, operálhatóság elbírálása.

Konklúzió: A ritka megjelenésű daganatos betegek eredményeit elemezzük ki a szakirodalom és a helyi betegellátásban szerzett tapasztalataink tükrében, különös tekintettel a pandémia alatt megváltozott körülményekre.

6. A VÉRALVADÁS VÁLTOZÁSA IDŐSKORBAN Gadó K.

Semmelweis Egyetem, Geriátriai és Ápolástudományi Központ, Budapest

A korosodó szervezet működésének jellegzetes változásai vannak, melyek egy bizonyos ponton túl betegségek formájában jelentkeznek. Jellemző a multimorbiditás, azaz egyidejűleg több krónikus betegség van jelen. A polifarmácia (legalább 5 gyógyszer együttes szedése) a megváltozott farmakokinetika és farmakodinámia, a gyakran csökkent vesefunkció miatt jelentősen hozzájárul a morbiditás fokozódásához, a kórházi kezelések gyakoribbá válásához. Jellemző továbbá a fizikai aktivitás csökkenése, az immobilitás, a frailty (esendőség) szindróma jelenléte, a gyakori elesések. A véralvadásban is bekövetkeznek változások: a tromboemóliás megbetegedések gyakoribbá válnak, ugyanakkor a vérzés kockázata is nő, a vérzések súlyosabb klinikai következménnyel is járnak. A iatrogénia szintén olyan jelenség, mely kedvezőtlen irányban befolyásolhatja a véralvadás amúgy is törekény egyensúlyát. Időskorban gyakoribbak azok a kórképek, amelyek alvadásgátló és/vagy trombocitaaggregáció-gátló kezelést igényelnek (pitvarfibrilláció, koszorúér-betegség, atherosclerosis). A megfelelő terápiás döntés azonban sokszor nem könnyű. A kórházban fekvő idős betegek (belgyógyászati és sebészeti osztályokon egyaránt) thrombosiskockázata általában fokozott, ami thromboprofilaxis alkalmazását teszi szükségessé.

Fontos a véralvadási paraméterek, az egyes szerv-

funkciók, a társbetegségek, a gyógyszeres kezelés, a beteg általános állapotának, fizikai és mentális státuszának felmérése, a vérzés, és a thrombosis kialakulási kockázatának egyéni megítélése, és a terápia ennek alapján történő megválasztása. A kis molekulatömegű heparin, a K-vitamin-antagonisták és a direkt orális antikoagulánsok közötti választás is gondos körültekintést igényel. Időskorban a kettős trombozytaaggregáció-gátlás alkalmazása csak kivételes helyzetben ajánlható.

A beteget gondozásba kell vennünk, rendszeresen ellenőriznünk kell, és a terápiás döntést időről időre újra kell gondolnunk.

7. A HANGULATZAVAROK ELŐFORDULÁSA ÉS SZÉNHIRÁTHÁZTARTÁSRA GYAKOROLT HATÁSA 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEK KÖRÉBEN

Hargittay C.¹, Gonda X.², Márkus B.¹, Vörös K.¹, Rihmer Z.², Kalabay L.¹, Torzsa P.¹

¹*Semmelweis Egyetem, ÁOK, Családorvosi Tanszék, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest*

Bevezetés: A cukorbetegség, a depresszió és a szorongásos zavarok a leggyakoribb megbetegedések közé tartoznak, amelyek korai felismerésében az alapellátásnak döntő szerepe van. A hangulatzavarok prevalenciája magasabb cukorbeteg körében, ami kihat a betegek szénhidrátháztartására, a terápiás adherenciájára és a szövődmények kialakulására. Az új házi-orvosi törzskartonnak része a depressziós tünetegyüttes szűrése a rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja volt a házi-orvosi praxisokban a depresszió és a szorongás prevalenciájának felmérése a 2-es típusú cukorbeteg körében, illetve megvizsgáltuk, hogy az alapellátásban szűrhető és részben kezelhető depresszió és szorongás hat-e közvetlenül a szénhidrát-anyagcserére.

Módszerek: Rögzítettünk szociodemográfiai, antropometriai adatokat és számos laborparamétert. A hangulatzavarokat a Beck Depresszió Kérdőívvel (BDI) és a Hamilton Szorongás Skálával mértük fel.

Eredmények: A vizsgálatba 338 beteget vontunk be, az átlagos életkor 64,0 ± 11,5 (± SD) év volt, 61%-uk volt nő. A középsúlyos/súlyos depressziós tünetegyüttes előfordulása 14%, a szorongásé 35% volt. A szénhidrát-anyagcsere szempontjából nem jól kezelt betegek körében (HbA1C ≥ 7%) gyakoribb volt a középsúlyos/súlyos depressziós tünetegyüttes (20% vs. 7%, p = 0,007) és a szorongás, bár ez az eltérés nem volt szignifikáns (23% vs. 17% p = 0,626). Többváltozós analízissel a szénhidrát-anyagcsere független meghatározójának a BDI pontszám (OR = 1,045, p = 0,03) bizonyult.

Következtetések: A családorvosi praxisok 2-es típusú cukorbeteg körében gyakoriak a hangulatzavarok. A BDI-vel mért depressziós tünetegyüttes fennállása rosszabb szénhidrát-anyagcseréhez vezet. A házi-orvosi rendszerben elérhető törzskarton segíti a depressziós tünetegyüttes szűrését, lehetőséget teremtve a cukorbeteg eredményesebb kezelésre.

8. A TUMOROS CACHEXIA METABOLIKUS EGYENSÚLYZAVARA ÉS TERÁPIÁS CÉLPONTJAI 2021 – UPDATE

Harisi R.¹, Prof Jeney A.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest*

Cachexia a daganatos betegek 50–80%-ában jelentkezik. Megjelenése független prognosztikai faktora az alacsonyabb túlélésnek, illetve prediktora a kemoterápia csökkent hatékonyságának és fokozott mellékhatásának. Szignifikánsan rontja az életminőséget és az összes daganatos kórképek több mint 20%-ában szerepel közvetlen halálókként. A tumoros cachexia összetett tünetegyüttes jelölt, a vázizomzat folyamatos csökkenésével járó szindróma (CACS: tumoros anorexia-cachexia szindróma), amelyet nem lehet teljes mértékben visszafordítani a szokásos táplálási támogatással és amely progresszív funkcionális zavarokat okoz. A CACS etiológiája multifaktoriális, a csökkent táplálékfelvétel és a kialakult metabolikus zavarok negatív fehérje és energiamérleget eredményeznek. A tumor és a gazdaszervezet kölcsönhatása jelentős szerepet játszik a CACS kialakulásában. A tumorsejtek kemokinjei hatására túlsúlyba kerülő proinflammatorikus citokinek a tumormediátorokkal együtt katabolikus túlsúlyt eredményeznek, és ezen keresztül a cachexia kialakulásáért felelősek. Annak ellenére, hogy számos a CACS patomechanizmusának egyes szakaszaiba beavatkozó kísérleti szert vizsgáltak állatmodellekben, klinikai vizsgálatig csak kevés jutott el. Az eredmények nem elég erősek állásfoglalás kialakításához és jelenleg nincs egységes állásfoglalás a CACS kezelésében. Az új anticachexiás készítmények a fenti anyagcsere-folyamatok normalizására irányulnak. A CACS kezelésében paradigma váltás következett be, a hagyományos táplálásterápiát és a táplálék kiegészítők adagolását felváltotta a gyógyszeres kezeléssel kombinált táplálásterápia és táplálék kiegészítők adagolása. Az eddig elért eredmények ígéretesek, de a mindent tisztázó áttörésre még várni kell. Új terápiás célpontok kitűzése, az ezekre ható új vegyületek bevizsgálása, kölcsönhatásaik feltérképezése a már meglévő gyógyszereinkkel és klinikai vizsgálata további feladatokat, de egyben kihívást is jelent az onkológia számára.

9. LÉLEGEZTETŐGÉPTŐL A PSEUDOCYSTÁIG: COVID-19 INFEKCIÓ ALATT MANIFESZTÁLÓDÓ SZÖVŐDMÉNYES PRIMER HYPERPARATHYREOSIS ESETE

Herr G.¹, Bujtor Z.¹, Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Fischer T.¹, Sziráki K.¹, Györkös A.², Takács M.³, Gieth A.⁴

¹Zala Megyei Szent Rafael Kórház II. Belgyógyászat

²Zala Megyei Szent Rafael Kórház I. Belgyógyászat

³Zala Megyei Szent Rafael Kórház Radiológiai Osztály

⁴Keszthelyi Kórház Rehabilitációs Osztály

Bevezetés: Az új koronavírus okozta világjárvány alaposan próbára tette az egészségügyi rendszereket. A respirátor terápiát igénylő súlyos fertőzéseknél a mortalitás relatíve magas. Ezen esetek komplex ellátása – beleértve a társbetegségek kezelését is – különösen nagy odafigyelést igényel.

Célkitűzés: Esetünkben egy 48 éves férfi kórtörténetét mutatjuk be, akinek súlyos COVID-19 fertőzése kapcsán primer hyperparathyreosis manifesztlódott.

Módszerek: Az adatok feldolgozását a beteg egészségügyi dokumentációi alapján végeztük.

Eredmények: Betegünk mintegy egy hónapos intenzív osztályos kezelés alatt a klinikai képet a légúti fertőzéssel járó sepsis, többszervi elégtelenség uralta. A jelentkező fokális görccstevékenységek hátterében neuroinfekció szerepe is felmerült. Az anyhe hypercalcaemia akkor lett szembetűnő, amikor anaemia miatt végzett hasi CT-n exsudatív pancreatitisnek megfelelő képet írtak le. Javuló pulmonalis status mellett gasztroenterológiai osztályunkon a hasnyálmirigy-gyulladás adekvát kezelését megkezdjük. Fokozódó hypercalcaemia miatt további diagnosztikus vizsgálatokat végeztünk, ennek eredményeképpen jutottunk el a hyperparathyreosist okozó bal oldali mellékpajzsmirigy-adenomához, amelyet izotópos vizsgálat is megerősített. A beteg pancreatitise szanálódott, nagyméretű pseudocystája intervenciót nem igényelt. Műteti előkészítés, teljesítőképesség fokozása társzszakmák bevonását igényelte, amelyet a szérumkalcium megfelelő szinten tartása mellett kellett megoldanunk. A tervezett műtét sikeres volt, a kalciumszint rendeződött, a beteg általános állapota a betegség kezdete óta jelentősen javult, pseudocystáját követjük.

Következtetés: Esetünkkel egy súlyos koronavírus-infekció sikeres kimenetelét szerettük volna prezentálni, kiemelve a kezelés alatt jelentkező társbetegségek multidiszciplináris, megközelítését.

10. ADAPTOGÉN HATÁSÚ RHODIOLA ROSEA BIOLÓGIAILAG AKTÍV KOMPONENSEINEK TÖMEGSPEKTROMETRIÁS VIZSGÁLATA ÉS FARMAKOLÓGIAI HATÁSA

Héthelyi B.¹, Galambosi B.²

¹Semmelweis Egyetem, Farmakognózi Intézet, Budapest

²MTT Agrifood Research Centre in Finland, Mikkeli, Finland

A *Rhodiola rosea* L. (Rózsagyökér) az Északi sarkkörről túl növő őshonos évelő növény, melynek rózsaiillatú rhizomája illóolajat és az adaptogén hatásért felelős phenylpropanoid molekulákat (rosin, rosarin és rosavid) tartalmaz. Első írásos emléke i. e. 77-ből ered, amikor Dioscorides írta le a „rodia riza” gyógyszerként való alkalmazását a De Materia Medica-ban. A népgyógyászat az általános erőnlét növelésére, az állóképesség fokozására, álmatlanság, depresszió, anaemia, impotencia, gasztrointesztinális zavarok, gyulladások, központi idegrendszeri problémák, fejfájás, megfázás leküzdésére alkalmazta. Adaptogén aktivitása évszázadok óta ismert, de csak a XX. század végén igazolták erős adaptogén és antioxidáns hatását az állat- és humán klinikai kísérletekben azonosítva azt a molekulasoprotot, amely a hatásért felel. Ahhoz, hogy a megővekedett növényi alapanyagigényt ki lehessen elégíteni, meg kellett oldani a növénytermesztési feladatokat. 1994-ben kezdte meg Galambosi Bertalan magyar kertészmérnök az Agrifood Research Intézetben az ezirányú kísérleteket Mikkeliben (Finland), és napjainkra már világszerte termesztik a *Rhodiola rosea* növényt. 2000-ben kezdtük meg a rózsagyökér rhizoma fitokémiai és tömegspektrometriás vizsgálatát, az illóolaj és a szterol komponensek azonosítását, a Semmelweis Egyetem Farmakognózia Intézetében AGILENT típusú tömegspektrométer készüléken. Vizsgálatainkkal megállapítottuk, hogy származási helytől függően változik az rosavinek mennyisége a mintákban: 4,6 mg/g–8,2 mg/g, a drog keserű értéke (5000–15000) és illóolajuk két fő komponensének a Myrtenol (14–35%) és a Gerániol (18–62%) aránya. A finn és komi származású rhizomák 5–8% campesterol, és 25–35% sitosterol komponenst tartalmaznak. 1969-től a Szovjet Pharmacopeia engedélyezi a *Rhodiola rosea* gyökérzet 46%-os etilalkoholos kivonatát, annak gyógyszerként való forgalmazását. A XXI. század rendkívül izgalmas hatású szere a rhizoma etilalkoholos kivonata, amely segít az állóképesség, a fizikai és pszichés erőnlét fokozásában, a kognitív képesség erősítésében, a tanulás és memorizálás fenntartásában. Hazánkban norvég eredetű rózsagyökér kapszula és finn származású Dynaforce tabletta kapható.

11.

„LYUK” A DUODENUM BULBUSÁN

Horvát G.¹, Kivács I.²

¹Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály,

Bugát Pál Kórház, Gyöngyös

²Sebészeti osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös

Egy 68 éves férfibeteg esetén keresztül mutatjuk be az epekő okozta ileus klinikai jellegzetességeit. Hasi görcs, haskőrfogat-növekedés, hányás, széklethabitus megváltozása, jelentős fogyás panaszaival jelentkezett a beteg osztályunkon. Előzményében az epekőbetegség már évek óta ismert volt, két nagy hólyagkövel. A beteg külleme típusos tumoros habitusú volt, ezért súlyos hasi panaszokkal, tumorkutatás céljából vettük fel ügyeleti időben (Szilveszterkor!). Miután az étkezés után jelentkező hányás volt a domináló panasz, sürgős endoszkópiát végeztünk pylorus stenosis gyanújával, melynek során a duodenum bulbusán egy 15–20 mm-es nyílást találtunk, széli részén részben adenoid nyálkahártyával. A hasi ultrahang 1 hónappal előbb 2 nagy követ írt le a hólyagban, az 1 hónappal később, más intézetben végzett CT, már csak egyet írt le. Nálunk már nem volt a hólyagban kőárnyék. Időközben a vékonybélben ileus mechanicus alakult ki, mely miatt sürgős műtét történt. Ennek során a 2 (2×2 cm) epekő okozta ileust sikerült megoldani, melyek a Bauhin-bilentyűbe ékelődtek be. A beteg állapota rendeződött. A beteget 1 évvel a műtét után sikerült rábeszélni a cholecystectomiára, mivel a malignus epehólyagtumor kialakulásának a valószínűsége 15%! Előadásunkban tárgyaljuk, mikor kell epekő okozta ileusra gondolni. Képanyagunk jól illusztrálja a meglepő endoszkópos megjelenést.

12.

A GYOMOR ÉS COLON SZEKUNDER TUMORAIRÓL EGY ESETÜNK KAPCSÁN

Horvát G.¹, Makai G.²

¹Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály

²Endoszkopos labor, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös

A tápcsatorna primer tumorai a vezető halálokok közé tartoznak. A szekunder tumorok aránylag ritkán fordulnak elő a nyelőcső, gyomor, vékonybél és a colon területén, ellentétben a gyakori májmetastasisokkal. Egy 65 éves férfibeteg esetét mutatjuk be, és ezzel kapcsolatban összefoglaljuk az irodalmi ismereteket. A betegünk haematochesia miatt került felvételre, tapintható rectum tumorral. A staging endoszkópiák során a gyomor felső harmadában észleltünk nagy kiterjedésű tumort, mely mellett a gyomor többi részében volt többszörös gyomorfali és a colon minden régiójában kifehélyesedő colonsfalú metastasis, melynek szövettani vizsgálata minden lokalizációban azonos, pecsétgyűrűsejtes tumort mutatott, melyek közül a gyomor felső harmadai tumor volt a primer. A másodlagos tumorok előfordulása ritka, de minden esetben keresnünk kell a

primer tumort más szervekben, pl. tüdő, mellékvese, ovarium. melanoma malignum, emlő. Az esetünk igazolja azt, hogy a műtét és/vagy onkoterápiás kezelés előtt miért van jelentősége az ún. stagingnak.

13.

GASTROESOPHAGEALIS REFLUX BETEGSÉG ORÁLIS MANIFESZTÁCIÓI: A NYÁL PARAMÉTEREIT VIZSGÁLÓ METODIKA

Horváth A.¹, Berze I.², Nagy L.², Jász M.¹,

Tomszik Z.³, Bor L.³, Hermann P.²

¹Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Fogpótlástani Klinika, Budapest

³Dél-Pesti Centrumkórház, Sebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: A dentális erózió (DE) a gastrooesophagealis reflux betegség (GERD) egyik szájüregi tünete lehet. A DE kapcsán sav hatására irreverzibilis keményszövet-vesztés, azaz kémiai eredetű fogkopás alakulhat ki. A GERD savas epizódjait, a nyál, különböző paraméterein keresztül igyekszik kompenzálni. A nyugalmi és stimulált nyál mennyiségének, pH-jának, és pufferkapacitásának mérésével értékes adatokat nyerhetünk ezen folyamatok megismeréséhez. A nyálparaméterek mérése során fontos levegőmentességre törekedni.

Célkitűzés: Egy extrém fogyasztási szokásoktól, krónikus betegségektől és gyógyszerszedéstől mentes csoport átfogó DE-s elemzése, nyálmintáik szemianerob gyűjtése, majd nyálparamétereik összevetése egy teljesen anaerob gyűjtési módszerrel tapasztalt értékekkel, így a mérési protokoll validálása. Hosszú távú célunk, GERD-ben szenvedők nyálmintáinak elemzése a módszerrel, összefüggések feltárása a GERD és a DE között.

Anyag és módszer: 20 fő (10 férfi, 10 nő) 18–40 év közötti páciensen klinikai fogorvosi vizsgálatot végeztünk. Az esetleges DE extrinsic eredetét, valamint a fogyasztási- és szájhigiénés szokásokat feltáró anamnézis felvétele után, a Smith- és Knight-féle TWI indexszel és a BEWE indexszel regisztráljuk az eróziós fogkopásokat, a DMF-S indexszel pedig az általános fogászati státuszt. Zárt rendszerben gyűjtjük, tároljuk és készítjük elő a nyugalmi- és stimulált nyálmintákat. Mennyiségi mérések után, minimális levegőszennyezés mellett állapítjuk meg a pH- és pufferkapacitás értékeit.

Eredmények: Az egészséges vizsgálati csoportunk (n = 20) átlagos BEWE értéke 5,85 SD = 2,18 volt. Nyugalmi nyáluk mennyisége átlagosan 0,4 ml/min SD = 0,21; pH-ja 6,76 SD = 0,4; pufferkapacitása 7,43 mmol/l SD = 3,29. A stimulált nyálparaméterek rendre: 1,56 ml/min SD = 0,51; 7,51 SD = 0,24; 7,09 mmol/l SD = 1,52 Ezen eredmények jól korrelálnak A. Bardow

et al. által kifejlesztett, teljesen anaerob, ezáltal CO₂-vesztésmentes rendszer segítségével mért értékekkel.

Következtetések: A kifejlesztett szemianaerob módszer egyszerű kivitelezést tesz lehetővé, ugyanakkor alkalmas lehet a vizsgált nyálparaméterek pontos meghatározására.

14.

A HÓLYAGHURUT KÓROKOZÓINAK MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATA

Horváth J.¹, Juhász A.¹, Lukács N.¹, Köves B.²

¹BKMK SZTE ÁOK OKT. KH. Urológiai Osztály

²Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Urológiai Osztály

Bevezetés: Az akut hólyaghurut (cystitis) nagyon gyakori kórkép. A nők mintegy 50%-a élete során átesik legalább egy húgyúti fertőzésen, az esetek 10–20%-ában pedig a fertőzés visszatérően jelentkezik. Az akut hólyaghurut a háziorvosi, urológiai és belgyógyászati rendeléseken történő antibiotikumfelírás egyik leggyakoribb oka, ezáltal jelentősen hozzájárul az antibiotikumokkal szembeni rezisztencia növekedésének világszintű problémájához.

Anyag és módszer: Retrospekív, obszervációs, epidemiológiai vizsgálat a 2019. 01. 01–2020. 12. 31. között urológiai szakrendelésünkön megjelent, sporadikus vagy visszatérő hólyaghuruttal kezelt, felnőtt nők vizelettenyésztési, antibiotikum szedési és a kórokozók antibiotikum rezisztencia viszonyait felmérő vizsgálat.

Eredmények: A vizsgált időszakban 649 beteget láttunk el akut hólyaghurut miatt. 394 esetben (60%) történt vizelettenyésztés. A vizeletmintákból 248 alkalommal (62,9%) tenyésztett ki valamilyen kórokozót, mely leggyakrabban *Escherichia coli* (37%), *Enterococcus faecalis* (21%) vagy *Klebsiella pneumoniae* (6,4%) volt. Az *E. coli* penicillinekkal, cephalosporinokkal, kinolonokkal és trimetoprim/szulfometoxazolal szembeni összesített rezisztencia aránya sorrendben 37,4%, 9,7%, 35% és 32,5% volt. Mintánkban az *E. faecalis* penicillinekre és nitrofurantoinra nézve 100%-os érzékenységet mutatott. A kinolon rezisztenciaaránya 15% volt. Trimetoprim/szulfometoxazol vonatkozásában ebben a csoportban nincs adatunk. A *K. pneumoniae* rezisztencia arányai a következők: penicillinekre 62,5%, cephalosporinokra 8,9%, kinolonokra 8,3%. Multirezisztens kórokozót 9 esetben (3,6%) találtunk. Fosfomicin érzékenység tekintetében elenyésző adatokkal rendelkezünk. Az első vonalban legtöbbször felírt készítmény a fosfomicin (27,4%). A sokszor alapellátásban megkezdett elsődleges antibiotikumfelírás penicillinek tekintetében 5,7%, kinolonok esetén 9,0%.

Megbeszélés: Ugyan a legfrissebb irányelvek nem ajánlják a vizelettenyésztés elküldését elsődlegesen, a rezisztenciaviszonyok változásával annak alkalmazása mérlegelendő. A nevezett kórokozók rezisztencia viszonyai a nemzetközi trendeknek megfelelnek. A fosfomicin érzékenység vizsgálata ugyan mikrobiológiai

irányelvi szinten ajánlott, annak alkalmazása, így a szer tényleges hatásosságával kapcsolatos adatok hiányosak. Vizsgálatunkkal a hólyaghurut antimikrobás kezelési startégiájára és annak változásaira kívánunk rávilágítani.

15.

AZ ACUT PANCREATITIS MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSE

Hussein T.¹, Eröss B.¹, Hegyi J. P.¹, Vincze Á.³, Faluhelyi N.⁴, Kelemen D.⁵, Hegyi P.¹

¹SE VSZÉK Pankréász Betegségek Részlege

²PTE ÁOK, Transzlációs Medicina intézet

³PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika

⁴PTE KK Orvosi Képző Intézet

⁵PTE KK Sebészeti Klinika

Bevezetés: Az akut pancreatitis (AP) az egyik leggyakoribb akut felvételt igénylő gasztroenterológiai kórkép, súlyos formájának 20–50%-os mortalitása van. A korai halálzásért a citokinvihar, míg a késői halálzásért a lokális nekrozis és annak felülfertőződése felel. A betegség szövődményes formáinak komplexitásából adódóan a multidiszciplináris ellátás redukálhatja a hospitalizáció időtartalmát, és csökkentheti a mortalitást.

Cél: A SE VSZÉK Pankréászbetegségek Részlege (PBR) célul tűzte ki az AP-es betegek korszerű, multidiszciplináris alapokon nyugvó kezelését, és az ehhez szükséges felételek biztosítását.

Eset: Az 59 éves férfi betegnél görcsös, hátra sugárzó hasi fájdalom hátterében AP igazolódott. Emelkedett transzaminázok miatt biliáris eredet merült fel. A magas gyulladási paraméterekre tekintettel a terápiát antibiotikummal egészítettük ki. A beteg állapota romlott (BISAP: 5 érték), ezért szubintenzív osztályra helyeztük át. Colangitis miatt tervezett első ERCP duodenumoedema következtében sikertelen volt. Stagnáló állapot, romló gyulladási paraméterek miatt történt kontroll CT-n egyebek mellett a pancreasban látott jelentős necrosis és hasi folyadékgyülemek a pancreatitis kiterjedését jelezték. Antibiotikumváltást követően a beteg állapota stabilizálódott. Stagnáló CRP mellett a PCT negatív lett. A kezdeti duodenumoedema megszűnésével az ERCP-t és EST-t szövődménymentesen elvégeztük. Kontroll hasi CT-felvételen progrediáló pseudocysta és letokolt folyadékgyülemek ábrázolódtak. Tíznapos imipenem terápia után, jelentős állapotjavulást követően otthonába bocsájtottuk. Négy nap múlva magas láz, romló gyulladási paraméterek miatt került a beteg ismét felvételre. Hasi UH-on a pancreasnál látott inhomogén tartalmú cystosus képletből történt mintavétel *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis* fertőzést igazolt. Ismételt imipenem adása mellett láz-talanodott, gyulladási paraméterek regrediáltak. Sebészeti konzíliumot követően, elvégeztük az első minimál invazív necrosectomiát a PTE-n. A kezelést követően a beteget szövődménymentesen, jó általános állapotban bocsájtottuk otthonába.

Konklúzió: Az AP-t és szövődmenyes eseteit multidiszciplináris szemléletű központban kell kezelni, ahol lehetőség van endoszkópos, intervenciós radiológiai és akár sebészi ellátásra is, valamint szükség esetén az intenzív osztályos terápia is biztosított. Ezeket a feltételeket valósítja meg a PBR egy területi egységen belül.

16.

A HÁZIORVOSTANI SZAKORVOSKÉPZÉS IDŐSZERŰ PROBLÉMÁI

Kalabay L.¹

¹*Semmelweis Egyetem ÁOK Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Családorvosi Tanszék, Budapest*

Bevezetés: A betöltetlen és tartósan betöltetlen háziorvosi praxisok száma folyamatosan növekszik. A folyamatot a COVID-19 járvány is súlyosbítja. A háziorvosok 10%-a 70 éven felüli. A háziorvosi praxisok számának további csökkenése prognosztizálható. A szakma megbecsülése számos körben alacsony.

Módszerek: A háziorvosi szakma iránt megnyilvánuló csökkenés okait 17 év oktatási tapasztalatainak számbavételével és kérdőíves felmérés útján vizsgáltuk. Eredmények: Az utánpótlás nagysága messze elmarad az előregedés és egyéb okból történő pályaelhagyás mértékével. A frissen végzett háziorvos szakorvosok sem helyezkednek el praxisokban.

Következtetések: A háziorvosi szakma iránti érdeklődést már a graduális képzés során fel kell kelteni. Kiemelt szerepe van továbbá az oktatópraxisokban a graduális és posztgraduális képzés további javításának, az életpályamodellnek, az egzisztenciális biztonság, a realisabb finanszírozásnak és a praxisközösségek jövőbeli megtartó erejének.

17.

COVID-19 FERTŐZÉS KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK A MOHÁCSI KÓRHÁZBAN. A RIZIKÓFAKTOROK SZEREPE

Késői I.¹, Kruzslicz J.¹, Acél P.¹, Bencze M.¹, Lukács M.¹, Szakács P.¹, Csizmadia C.¹

¹*Mohácsi Kórház Belgyógyászati Osztály COVID-ellátó Részleg*

Bevezetés: A COVID-19 fertőzés második és harmadik hulláma komoly kihívás elé állított minden ellátó kórházat Magyarországon. Retrospektív vizsgálatunkban a két hullám idején COVID-ellátó részlegünkön kezelt betegek túlélési mutatóit és az azokat befolyásoló tényezőket elemeztük.

Beteganyag és módszer: 2020. november és 2021. május között összesen 474 koronavírus-fertőzésben szenvedő beteget kezeltünk kórházi osztályunkon (232 férfi, 242 nő, átlagéletkor: 66±11 év). Elemeztük a betegek kísérőbetegségeit, rizikófaktorait, és ezek össze-

függését a betegség kimenetelére. Külön értékeltük a mortalitást a két hullám lefolyása során (második hullám: 2020. november–2021. január, harmadik hullám: 2021. február–május).

Eredmények: A 474 betegből összesen 110 beteg hunyt el a 7 hónap során (23,2%). A második hullámban a 174-ből 60 beteget veszítettünk el (34,5%), a harmadikban a 300-ból 50 beteget (16,7%), a különbség szignifikáns ($p < 0,001$). Az második hullám betegeinek átlagéletkora ugyanakkor jelentősen magasabb volt (73 vs. 63 év, $p < 0,001$). A férfiak és a nők mortalitásában nem volt szignifikáns különbség egyik hullámban sem. Egyenként vizsgáltuk a rizikófaktorok mortalitást befolyásoló szerepét, elemeztük a hipertónia, a diabetes, az ischaemiás szívbetegség, a veseelégtelenség, a COPD, valamint a szívelégtelenség előfordulását. A teljes populációban ($N = 474$) a halálozás szignifikánsan gyakoribb volt bármelyik fent felsorolt rizikófaktor megléte esetén.

Következtetések: A COVID-19 fertőzés második hulláma igen nagy mortalitással járt. A harmadik hullámban a halálozási ráta jelentősen csökkent, melyet elősegíthetett egyrészt az ellátó személyzet gyarapodó tapasztalata, másrészt újabb antivirális és gyulladásgátló szerek alkalmazásának lehetősége is. A klasszikus kardiovaszkuláris rizikófaktorok és kísérőbetegségek megléte a mortalitás rizikóját jelentősen fokozta.

18.

REVERZIBILIS CARCINOID SZÍVBETEGSÉG – KÉT NEUROENDOKRIN TUMOROS BETEGÜNK KÖRTÖRTÉNETÉNEK TANULSÁGAI

Kövesdi A.¹, Bencze Á.¹, Persóczi M.², Tőke J.¹, Tóth M.¹

¹*Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

²*Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

Bevezetés: A neuroendokrin tumorok által okozott carcinoid szindróma jellemzői a flush, hasmenés, bronchospasmus és tachycardia. Ezeket a tumor és a metastasisai által termelt vazóaktív anyagok okozzák, mint pl. a szerotonin. A carcinoid szívbetegség (CHD) a carcinoid szindrómában (CS) szenvedők akár 50%-ában kialakulhat, fokozott morbiditáshoz és mortalitáshoz vezet. Az utóbbi évek tapasztalatai alapján a somatosztatin analógok (SSA) bevezetése óta a CHD prevalenciája 20%-kal csökkent. A carcinoid szívbetegség többnyire aszimptomatikusak, vagy enyhe tüneteik vannak. A carcinoid szindrómás esetek 20%-ában a szívérintettség az első manifesztáció. Echokardiográfiás vizsgálattal megvastagodott, csökkent mobilitású tricuspidalis billentyű látható, amely akár szignifikáns insufficienciát is okozhat. Szakirodalmi tapasztalatok alapján a CHD mindig progresszív, nehezen kezelhető betegség.

Esetleírás: A II. Belgyógyászati Klinikán diagnosztizált két carcinoid szívbeteg esetét mutatjuk be. Mindkét beteg első tünete dyspnoe és gyengeség voltak, a CHD volt a neuroendokrin daganatuk első manifesztációja. Egy 37 éves nőbetegnél multiplex májmetastasisokat találtak, a primer tumort nem sikerült azonosítani, szövettani vizsgálat az áttétből neuroendokrin daganat áttétét igazolta. SSA és DOTATOC kezelés követően a tünete fokozatosan szűntek. A másik, 67 éves nőbetegnél ovarialis carcinoidot diagnosztizáltak, amely CS-t okozott, májérintettség nélkül. A daganatot sebési úton eltávolították, ezt követően a beteg panaszai megszűntek.

Következtetések: A somatostatin analógok csökkentik az 5-HIAA-szintet és ezáltal a CS tüneteit. A májmetastasisok sebési eltávolítása és transzkatéteres artériás embolizációja (TAE) javítja a tüneteket és lassítja a CHD progresszióját. Ugyanakkor irodalmi adatok alapján sem gyógyszeres terápia, sem műtéti/TAE beavatkozás nem segíti a carcinoid billentyűbetegség regresszióját. A széles körű irodalmi adatokkal szemben eseteink a CHD potenciálisan reverzibilis voltát bizonyítják.

19. VERSENYSPORTOLÓK HIRTELEN HALÁLESETEINEK ELEMZÉSE

Lajosné Major Z.¹, Medvegy Z.², Tulit T.³, Pavlik G.², Simonyi G.⁴, Sterbenz T.², Medvegy M.³,
¹Nyíregyházi Egyetem, Testnevelés és Sporttudományi Intézet, Nyíregyháza

²Testnevelési Egyetem, Budapest

³Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa

⁴Szent Imre Oktató Kórház, Budapest

Összefoglalás: Háttér: A sportolói hirtelen szívhalál (HSzH) bár nagyon ritka (prevalenciája 0,5–1/100 000 sportolói év), mégis nagy médiavisszhanggal jár. Legtöbbször kamrafibrilláció tételezhető fel halálokként. Nem vizsgálták sportágak szerint, ill. az edzésen vagy versenyen történő HSzH-beli különbségeket.

Célkitűzés: Kutatásunk célja volt a hirtelen szívhalálról megjelent irodalmi adatok szisztemás értékelése.

Módszer: 2020. augusztus 1-jével bezárólag tanulmányoztuk a sportolás közben bekövetkezett halálesetekről beszámoló újságcikkeket, valamint a PudMed és Google adatbázisokban megjelent szakkikkeket.

Eredmény és következtetés: Az irodalmi kutatás összesen 873 releváns rekordot eredményezett, melyek alapján 360 sportoló halálozási körülményeit tudjuk bemutatni (életkor, nem, sportág, anamnézis, halálozási körülmények, klinikai diagnózis és boncolási adatok). Az excesszív fizikai aktivitás mellett a hirtelen szívhalálban a stressz jelentős szerepét is tudtuk bizonyítani: a) a halálozások gyakorisága magasabb volt verseny/mérkőzés közben (67%), mint edzéseken (27%) vagy mérkőzés után (6%); b) a verseny alatti HSzH még magasabb volt állóképességi sportolónál

(83%), akiknél az edzés kevesebb stresszel jár; c) az 5. bemelegítés közben történt HSzH esetében, illetve 16 sakközői HSzH-nál szintén feltételezhető a stressz szerepe. Az átlagéletkor az edzésen meghaltak esetében alacsonyabb volt a versenyeken meghaltaknál ($p < 0,01$), aminek háttérben feltételezhetően a fiatalabbak aluledzettsége állt. A csapatsportolók közül 79 fő veszítette életét edzőkörülmények között, ami jelzi, hogy a csapatsportoknál edzésen is szükséges biztosítani az újraélesztés feltételeit. Sarlósejtes anaemiában ismerten 5 HSzH-s sportoló szenvedett, így ezekben az esetekben szorosabb orvosi kontrollt és egyes sportágak tilalmát javasoljuk. A legtöbb HSzH a csapat (248), illetve állóképességi sportolók (85) között volt. A fő különbség e két csoport között, hogy állóképességi sportolónál versenyeken nagyobb a HSzH arány ($p < 0,01$) és az átlagos HSzH életkor ($p < 0,005$). Ami a nem egységes szűrővizsgálatokat illeti, javasoljuk azok egységesítését és részletes elektronikus dokumentációjukat. Egyéb javaslatok: sportolók oktatása újraélesztésre és minimumként kötelező EKG-vizsgálat minden maratont futó számára.

20. EGYES GYULLADÁSOS PARAMÉTEREK SZÉRUMSZINTJÉNEK VÁLTOZÁSA C1-INHIBITOR-HIÁNYOS HAEREDITER ANGIOOEDEMÁBAN

Márkus B.¹, Veszeli N.², Temesszentandrás G.³, Farkas H.⁴, Kalabay L.⁵

¹Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

³Irgalmasrend, Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Országos Angiooedema Központ, Budapest

⁵Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

Előzmények, célkitűzés: A házi orvosok számára is fontos a ritka kórképek, így a C1-inhibitor-hiányos haerediter angiooedema (C1-INH-HAE) felismerése, elkülönítése más kórképektől, különös tekintettel arra, hogy így elkerülhetők a felesleges hasi műtétek, megelőzhető a légutak elzáródása. A C1-inhibitor-hiányos haerediter angiooedemát a submucosa és a subcutan régió rohamokban jelentkező, lokalizált, nem viszkető duzzanata jellemzi.

Célunk az volt, hogy C1-INH-HAE betegek körében tünetmentes, illetve roham alatti időszakban meghatározzuk a szérum fetuin-A, C-reaktív protein (CRP), tumor nekrosis faktor alfa (TNF-alfa), illetve D-dimer szinteket. A humán fetuin-A egy többfunkciós glükoprotein, ami a proteináz inhibitorok cisztatin szu-

percsaládjába tartozik. Az akut fázis reakciókban gyulladásgátló szerepet tölt be.

Betegek és módszerek: 25 C1-INH-HAE beteg (8 férfi, 17 nő, életkor: 33,1±6,9 év, átlag±SD) szérumin-táit vetettük össze 25 egészséges kontrollszemély (15 férfi, 10 nő, életkor: 32,5±7,8 év) szérumával.

Eredmények: A kontrollszemélyek mintáival összevetve a C1-INH-HAE betegek szérumában tünetmentes időszakban szignifikánsan alacsonyabb fetuin-A [258 µg/ml (224–285) vs. 293 µg/ml (263–329), medián (25–75% percentilis), $p = 0,035$] és TNF-alfa [2,53 ng/ml (1,70–2,83) vs. 3,47 ng/ml (2,92–4,18, $p = 0,0008$)] koncentrációt mértünk. Haerediter angiooedémás roham alatt a fetuin-A szint megemelkedett 258 (224–285) µg/ml-ről 287 (261–317) µg/ml-re ($p = 0,021$). A TNF-alfa és CRP-szintek nem változtak szignifikáns mértékben. A fetuin-A, CRP, TNF-alfa és D-dimer szérumszintek között nem lehetett szignifikáns korrelációt kimutatni.

Következtetés: A C1-INH-HAE betegeket a tünetmentes időszakban csökkent szérum fetuin-A koncentráció jellemezte. Figyelembevéve a fetuin-A gyulladáscsökkentő tulajdonságát, koncentrációjának roham alatti emelkedése hozzájárulhat a roham alatti oedemakialakulás gátlásához.

21.

AZ ÉRGONDOZÁS SZEREPE A COVID-19 JÁRVÁNY IDEJÉN

Meskó É.^{1,2}

¹*Semmelweis Egyetem, Minimálinvazív és egynapos Sebészeti Klinika, Belgyógyászati-Angiológiai Szakrendelés, Budapest*

²*IMS/ International Medical Service/ Budapest. III.*

A váratlanul ránk törő COVID-járvány a diagnózis, terápia, rehabilitáció és gondozás számos területének átgondolását igényelte az angiológiai gyakorlatban. Vizsgálatainkat 300, általunk több éve kezelt, ill. az elmúlt 5 évben ambulanciánkon ellenőrzött betegen végeztük. Kétszáz Pest megye vonzáskörzetéből, száz a Budapest III. kerületi orvosi rendelőkben kerültek hozzánk. Vizsgálódásunkban célul tűztük ki, hogy az eddigiekben bevált ellátási rendszerünkben rögzítsük a járvány idején fellépő akadályokat, azokat elhárítsuk, s így biztosítani tudjuk érbetegeink folyamatos ellátását.

Módszerünk: Az anamnézis felvételét követően elvégeztük az általános fizikai vizsgálatokat, a funkcionális próbákat, részletes eszközös vizsgálatokat. A nyert eredményeket 3, ill. 6 havonta végzett vizsgálattal rögzítettük. Sz. esetén radiológiai, érsebészeti és laboratóriumi közreműködést kértünk. Ezt követően GONDOSKODTUNK a vizsgálatok időbeli elvégzéséről a konzultáns orvosokkal történő személyes egyeztetéssel. A járvány idején, a vizsgáló orvos kötelező karanténját figyelembe véve, egy másik intézetben dolgozó angiológus kollégánknak soron kívül ellátta a sürgős eseteket. Az ambulanciát vezető szakorvosunk állandó

jelleggel telefonon elérhető volt. Fontos szerepe volt asszisztensünknek, komoly gyakorlati képzettségével.

Eredményeink: módszerünk jelentőségét húzta alá betegeink stabil ér állapotának kialakulása. Lehetségünk nyílt ÚJSZERŰ DIAGNOSZTIKAI és TERÁPIÁS gondolatmenet alkalmazására. A szükséges tenivalók végül is a gyakorlat rutinjával, kiemelkedő eredménnyel érvényesültek a COVID-járvány idején.

Ezúton is hálás köszönetünket fejezzük ki, betegeink gyógyulását önfeláldozóan segítő kollégáinknak.

22.

RITKA BETEGSÉG, RITKA VESESZÖVŐDMÉNNYEL

Móczár E.¹, Kardos M.², Fintha A.³, Ladányi Á.¹

¹*Péterfy Kórház-rendelőintézet és Manning János Országos Traumatológiai Intézet, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet, Budapest*

³*Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest*

Bevezetés: A Waldenström-macroglobulinaemia (WM) a lymphoplasmocyták kóros IgM termelése okozta krónikus rosszindulatú limfoproliferatív betegség. A WM vese manifesztációja ritka, 1–5%. A leggyakoribb klinikai tünetek a proteinuria és a mikrohematuria. A szakirodalom szerint a WM okozta vesebetegségek csupán 3%-a alakul végstádiumú vesebetegséggé.

Betegek és módszerek: A 43 éves férfibeteget test-súlycsökkenés, fáradtság és diffúz oedema miatt utalták osztályunkra. A kórtörténetében hypertonia szerepelt, felvételét megelőzően macroscopos haematuria miatt kezelték, amely háttérben E. coli fertőzést vélelmeztek. A laboratóriumi eredmények gyorsult súlyledést, súlyos normocyter anaemiát, veseelégtelenséget, hypalbuminémiát és csökkent c3 és c4 szintet mutattak, vizeletvizsgálatában nephrotikus szintű proteinuria, microscopos haematuria volt megfigyelhető. Az autoimmun szerológiában atipikus antineutrofil citoplazmatikus antitest (ANCA) volt pozitív, vírus szerológiák (HIV, HBV, HCV) negatívak voltak. A hasi ultrahang hepatosplenomegaliát igazolt. A nephroticus mértékű proteinuria miatt vesebiopsziát végeztünk, a szövettani diagnózis glomerulosclerosis volt, félhold képződéssel járó nephropathiával. A szérum immunoelektroforézis IgM csúcsot mutatott. A csontvelőbiopszia WM-et igazolt. A beteg plazmaferezisben, majd kemoterápiában részesült, amellyel remissziót ért el. Bár a hematológiai betegség jól reagált a kemoterápiára, veseelégtelensége progrediált, így chronicus hemodialysist kezdtünk.

Eredmények: A WM veseérintettsége ritka, és a végstádiumú vesebetegség kialakulása még ritkább. Betegünknel a WM-hez kapcsolódó nephrosis szindrómát igazoltunk, amely rapidan progrediáló glomerulonephritis révén végstádiumú vesebetegséggé alakult. A szakirodalom áttekintését követően azt találtuk, hogy a

rosszindulatú limfoproliferatív betegségek ritkán okoznak félholdképződéssel járó nephropathiát

Következtetések: Esetünk fő tanulsága az, hogy bár a WM vesemanifesztációja ritka, a vesefunkciók szoros nyomon követése és a korai nefrológiai konzultáció elengedhetetlen a végstádiumú vesebetegség kialakulásának megelőzése érdekében.

23.

AUTOIMMUN PARANEOPLASIÁS NEUROLÓGIAI SZINDRÓMA

Múzes G.¹, Sipos F.¹, Gyergyay F.², Kamondi A.³

¹*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest*

²*Országos Onkológiai Intézet, Budapest*

³*Országos Klinikai Idegtudományi Intézet, Budapest*

Előzmények: A neuropathia sajátos megnyilvánulása paraneoplasias eredetű neurológiai szindrómának (PNS) felel meg: a tumor közvetett, nem metastatikus, távoli hatásaként értékelhető. A neurológiai deficit a daganat által expresszált aberráns onconeuralis antigének révén autoimmun természetű válaszreakciók következménye. PNS a daganatos betegek 0,1–1%-át érinti. Idegrendszeri tünetek hónapokkal/évekkel megelőzik a malignitás nyilvánvalóvá válását.

Esztelírás: A fiatal férfi panaszai a kezek ügyetlensége, zsibbadása formájában kezdődtek. Járása bizonytalan lett. Fogyott. Részletes neurológiai/belgyógyászati vizsgálatok során a kórkép nem tisztázódott. ENG F/AVT szenzomotoros, demyel. perifériás neuropathiára (SMN) utalt. Ismételt koponya/gerinc MRI neg. Lp során magasabb ö.fehérje, intakt vér-agy gát, ill. oligoclonalis gammopathia formájában intrathecalis IgG szintézis igazolódott. Immunológiai kivizsgálása az SMN hátterében immunpatológiai kórkép gyanújával történt. Syst. autoimmun betegség, ill. gammopathia, NHL kizárható volt. A szérum paraneoplasias marker vizsgálata (IIF, IHC, blot) anti-Hu(D) pos.-t jelzett, így felmerült a neuropathia PNS jellege. Az anti-Hu a liquorban is jelen volt. Tüneti kezelés (plasmapheresis, kortikoszteroid) a beteg neurológiai tüneteit nem befolyásolta. Intenzív tumorkeresés során FDG- PET/CT benignusnak tűnő thymus persistens-szerű képletet verifikált. Thymectomiát javasoltunk. A szöveten malignus germinomát, pr. mediastinalis seminomát (PMS) bizonyított: a beteg BEP kemoterápiában részesült. Neurológiai tünete alig változtak. Kontroll PET negatív, ám a szérum/liquor anti-Hu változatlanul pozitív IVIG th. után a neuropathia tüneteire regrediáltak, együttesen az idegvezetés javulásával. Aktuálisan azathioprin + kortikoszteroid immunszuppresszióban részesül. Tumorrecidiva, áttét továbbra sem igazolható.

Megbeszélés: A PNS feltétele klinikai szindróma, együttesen onconeuralis antitestek és a neoplasma igazolásával. Számos antineuron antitest ismert. Leggyakoribb az intracell. anti-Hu, mely diverz idegrendszeri kórkepeket okozhat. A neuronkárosodás főként T-sejt-

mediált, az onconeuralis antitestek inkább marker szerepűek. A Hu(D)-spec. CD8+ T-sejtek általában klaszszikus CTL-ek. A pr. mediastinalis seminoma igen ritka malignus germinoma. PMS és anti-Hu pos. PNS szokatlan asszociációját 2015-ben írták le. A PNS rossz prognózisú, terápiája máig megoldatlan.

24.

A SZÉRUM DPP4 AKTIVITÁS ÖSSZEFÜGGÉSE A COVID-19 SÚLYOSSÁGÁVAL: A MORTALITÁS JÓ PREDIKTORA

Nádasdi Á.¹, Sinkovits G.², Bobek I.³, Lakatos B.³, Föhrhész Z.², Prohászka Z.², Réti M.³, Arató M.¹, Cseh G.¹, Masszi T.², Merkely B.⁴, Ferdinandy P.⁵, Vályi-Nagy I.³, Prohászka Z.², Firneisz G.¹

¹*Ramgen Zrt., Budapest*

²*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest*

³*Dél-pesti Centrumkórház Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Budapest*

⁴*Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Budapest*

⁵*Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, Budapest*

Előzmények: Az elhízás és a nem alkoholos zsírmájbetegség (NAFLD) olyan ismert kockázati tényezői a súlyos lefolyású COVID-19 betegségnek, amelyek magasabb szérum dipeptidil-peptidáz 4 (DPP4) aktivitással társulnak. A 2-es típusú cukorbetegségben alkalmazott DPP4 gátlók hatását vizsgálják COVID-19-ben is.

Résztvevők és módszerek: Obszervációs, retrospektív vizsgálatot végeztünk: n = 102 hospitalizált, akut COVID-19 beteg; és n = 43 korábban SARS-CoV-2 fertőzésen átesett plazmadonor, továbbá n = 39 SARS-CoV-2 vírusnak nem exponált kontroll (mintavétel 2019. szept. előtt) személytől származó szérummintában. Szolubilis szérum DPP4 (sDPP4) aktivitás meghatározás microplate alapú, enzim kinetikus méréssel (Gly-Pro-pNA szubsztrát alkalmazásával) n = 182 mintában sikeres. Az eredményeket COVID-19 súlyossági csoportok szerint elemeztük (heveny COVID-19 betegség esetén 4, plazma donorok esetén 2, WHO kategórián alapuló csoport került kialakításra).

Eredmények: A sDPP4 aktivitás szignifikánsan különbözött a vizsgálati csoportokban: heveny fertőzöttek (n = 100, median = 23,24 U/L [IQR 17,8–30,34]) vs. nem heveny fertőzöttek (n = 82 median = 35,62 U/L [IQR 31,17–42,09]), vs. plazma donorok (median = 40,16 U/L [IQR 34,28–49,49]), mindkét esetben p < 0,0001. A kórházban kezelték között a később meghalt betegek (n = 24, median = 17,08 U/L, [IQR 16,47–22,12]) szignifikánsan (p < 0,0001) alacsonyabb DPP4 aktivitással rendelkeztek a túlélőkhöz (n = 76, median = 25,08 U/L [IQR 20,21–30,80]) viszonyítva. A releváns biomarkerek (abs. lymphocytaszám, albumin, CRP, D-dimer) és a DPP4 aktivitás között szignifikáns korrelációkat igazoltunk. Logisztici-

kus regresszióval a sDPP4 aktivitás a mortalitás prediktorának bizonyult ($p = 0,0023$). Hospitalizált COVID-19 betegek mortalitás végpontú [9,5 (median) nappal a halál előtti mintából] a sDPP4-et prediktor-ként önmagában (22,25 U/l vágópont) és életkorra illesztve a modellek ROC görbéi a következőkkel jellemezhetők: AUC = 73,33% (95%CI: 61,98%–84,68%, $p < 0,0001$) és AUC = 83,45% (95%CI: 74,48%–92,51%, $p] < 0,0001$).

Megbeszélés: A szolubilis szérums DPP4 enzimaktivitása a COVID-19 betegség lefolyásának súlyosságával szorosan összefüggő csökkenést mutat. Mindemellett a sDPP4 aktivitás a COVID-19 mortalitásának jó prognosztikai biomarkere, már 9,5 (median) nappal a halál előtt levett szérumszámokból meghatározva összevethető/jobb a napi gyakorlatban használt rutin markerekkel/nél.

25. EGY HATÉKONYABB ENDOSZKÓPIÁS ELŐKÉSZÍTÉS A NEM VARIX EREDETŰ FELSŐ GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉS ELLÁTÁSÁBAN, AVAGY MENNYIRE HASZNOS AZ ERYTHROMYCIN ALKALMAZÁSA?

Pepa K.¹, Csefkó K.¹, Balla E.¹, Gaál A.¹, Pink T.¹, Varga M.¹

¹2. Gasztroenterológia/4. Belgyógyászati Osztály, Békés Megyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba

Bevezetés: A gasztrointesztinális vérzés ellátása sürgős orvosi feladat, amely évente több mint 15 000 kórházi felvételt jelent Magyarországon. Az endoszkópos terápiák fejlődése ellenére továbbra is fennáll a súlyos gyomor-bélrendszeri vérzéses halálozás kockázata. A laesio azonosításához és kezeléséhez a megfelelő felső tápcsatornai nyálkahártya vizualizáció szükséges.

Célok: Habár az ESGE ajánlásában is szerepel a nem varix eredetű felső tápcsatornai vérzések ellátásában az erythromycin alkalmazása, Magyarországon az erythromycin használata még nem teljes körűen elterjedt a mindennapi gyakorlatban. Azonban, ha további bizonyítékokkal rendelkezünk a pozitív hatékonyságáról, gyakrabban fogjuk használni.

Módszer: A Békés Megyei Központi Kórház – Dr. Réthy Pál tagkórház Endoszkópos laboratóriumában 2018-tól 2021-ig megjelent akut, nem varix eredetű felső tápcsatornai vérzők adatait dolgoztuk fel, amelyek sürgős endoszkópiát igényeltek. Felmértük a gyomorszonda alkalmazásának előfordulását, az erythromycinkezelés gyakoriságát, illetve ezek külön-külön és együttes hatékonyságát. Emellett feldolgoztuk a különböző laesiók típusát, előfordulási arányát, elhelyezkedését és kezelését.

Eredmények: A megjelölt időszakban 192 beteg esetét dolgoztuk fel. Nasogastricus szondával előkészített betegek 44%-nál volt jól látható a nyálkahártya. Az

erythromycin alkalmazása és a gyomorszonda együttes használata mellett ez az arány 60%-ra növekedett. Négy betegnél csak erythromycint alkalmaztunk, itt a megfelelő előkészítés aránya 50% volt. A second-look endoszkópiás vizsgálatok száma nem változott. Vérzésforrásként 30%-ban fekélyvérzés fordult elő, 35%-ban erosiv gastritis és további 35%-nál egyéb okok állhattak. Az irodalmi adatokkal összehasonlítva, hasonló eredményeket értünk el a vizualizálhatóság tekintetében.

Konklúzió: Az erythromycin és a nasogastricus szonda együttes alkalmazása a későbbi endoszkópos vizsgálat során jobb nyálkahártya-láthatóságot biztosít. Emellett az irodalmi adatok alapján az endoszkópos előkészítés alatt a megfelelő időpontban beadott erythromycin maximalizálhatja a vizualizációt a klinikus számára.

26. EGY HAZAI CENTRUM (SE BELGYÓGYÁSZATI ÉS ONKOLÓGIAI KLINIKA) MELLÉKPAJZSMIRIGY-CARCINOMÁS BETEGEINEK KLINIKOPATOLÓGIAI VIZSGÁLATA

Pócsai K.¹, Tőke J.¹, Szücs N.¹, Reismann P.¹, Nagy G.², Jakab Z.¹, Sági Z.³, Huszty G.⁴, Szlávik R.⁴, Dabasi G.⁵, Varga Z.⁵, Horányi J.⁴, Tóth M.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

⁵Semmelweis Egyetem, Nukleáris Medicina Tanszék, Budapest

Bevezetés: A mellékpajzsmirigy-carcinoma ritka betegség, az összes primer hyperparathyreosis eset kb. 1%-át teszi ki.

Célkitűzés: 1998–2020 között diagnosztizált 12 mellékpajzsmirigy carcinomás beteg klinikopatológiai jellemzőinek vizsgálata.

Betegek és módszerek: A vizsgálatba bevont 12 beteg (8 nő/4 férfi) átlagos életkora a diagnózis idején 55 év (21–72 év) volt. A diagnózis idején észlelt daganatméretet, a betegség stádiumát, a reszekciós státuszt, a prezentációs tüneteket, a hormonális aktivitást és a csontásványianyag tartalmat értékeltük. Az átlagértékeket median (minimum-maximum) formában adtuk meg.

Eredmények: A mellékpajzsmirigy-daganat mérete felismeréskor 30 mm (18–45 mm) volt, metastasis a diagnózis idején egy esetben sem volt kimutatható. Távoli metastasis 4 betegnél alakult ki, a diagnózis után átlagosan 6 évvel (2–11 év). 11 betegnél a primer tu-

mor sebészi eltávolításra került, R0 reszekciót csak 1 betegnél sikerült elérni, 6 esetben az eltávolított tumor elérte a reszekciós határt, 4 betegnél a reszekciós státuszról nincs elérhető adat. Posztoperatív hypocalcaemiát 3 betegnél észleltünk. 8 betegben a szövettani diagnózis mellékpajzsmirigy carcinoma volt, 3 betegnél a tumorsejtek atípusos magjai utaltak malignus betegségre. A leggyakoribb tünetek a vesekövesség (5 beteg), a csont-izületi fájdalom (4 beteg) és a gyengeség (3 beteg) voltak. Állkapocstumort 2 betegnél igazoltunk, 1 beteg esetében recidív akut hasnyálmirigygyulladás vezetett a diagnózishoz. 9 betegben egyszeres, 1 betegben kettős mellékpajzsmirigy-daganatot igazoltunk, 2 betegnél a tumor intrathyreoidealis elhelyezkedésű volt. Minden esetben tünetes, súlyos parathormondependens hypercalcaemiát igazoltunk: szérumszén: 3,80 mmol/l (2,91–6,80, referenciatartomány: 2,20–2,65 mmol/l), szérumparathormon (PTH): 588 pg/ml (171–5039, referenciatartomány: 10–85 mmol/l), kalciumkiválasztás a vizelettel: 12,2 mmol/nap (4,41–15,28, referencia tartomány: 2,5–6,2 mmol/nap). 5 betegben mérsékelt, normocytar anaemia mutatkozott. A legsúlyosabb csontszövetanyag-csökkenést a radiu-²²⁵ észleltük: t-score: -4,60 (-1,00– -5,90).

Megbeszélés: Kis esetszámot reprezentáló eredményeink megerősítik az ismert irodalmi adatokat, hogy a tünetes, súlyos PTH-dependens hypercalcaemia, a nagyobb tumorméret, csont- és veseszövetmennyek, továbbá a posztoperatív hypocalcaemia elmaradása összefüggésbe hozhatók a daganat malignus jellegével. A posztoperatív hosszú távú ellenőrzés elengedhetetlen.

27. NSAID INDUKÁLTA PSEUDOALLERGIÁS REAKCIÓ KIVÁLTOTTA TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHIA

Polocsányi B.¹, Szegeci L.¹

¹Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, I. Belgyógyászat

Bevezetés: NSAID szerek kiváltotta pseudoallergiás reakció minden tekintetben összetéveszthető a valódi IgE-mediált 1-es típusú hiperszenzitív reakcióval. Szélsőséges esetekben anafilaxiás sokk is kialakulhat. A differenciáldiagnózis felállítását jelentős kihívást jelent, melyben a korrekt anamnéziszfelvétel döntő fontosságú. A takotsubo cardiomyopathia extrém catecholaminhatás mellett a bal kamrai myocardiumban kialakuló reverzibilis mozgászavar, mely ECHO során jellegzetes polipcsapda alakú képet mutat, ahonnan a kórkép a nevét is kapta. Összetéveszthető akut myocardialis infarktussal, bár hosszú távú prognózisa jobb.

Célkitűzés: Egy bemutatásra érdemesnek vélt esetről keresztül kívánjuk demonstrálni, hogy hogyan vezethet el egy takotsubo szindrómával diagnosztizált, visszatérően súlyos asthmikus és anafilactoid reakciók miatt hospitalizált beteg kórtörténete a korrekt diagnózishoz.

Betegek/módszerek: 47 éves nőbetegünk távolabbi kórelőzményében nagyobb betegség nem szerepel, allergiás betegsége sem volt 45 éves koráig. Ebben az életkorban hirtelen kezdődött hármás inhalációs terápiával sem megfelelően kontrollált asthma bronchiale. Két év alatt számos alkalommal vizsgálták sürgősségi ambulancián súlyos asthmás rohamok miatt, amelyek jellemzően PMS időszakban bevett NSAID készítmények használata mellett jelentkeztek. A gyógyszerallergiák listája több mint 10 készítményt tartalmazott. Vizsgálatát megelőző két alkalommal már Tonogen beadását igénylő anafilactoid reakciója zajlott, jelenleg is emiatt került kórházba, ahol EKG-n szignifikáns ST elevációt észleltek. ECHO során a balkamra distalis szegmentuma ballonszerűen tágult volt, paradox mozgást végzett. Coronarográfia szűkületet nem igazolt, takotsubo szindrómia diagnózisát állították fel. Bentfekvése során gyomorfájdalmi miatt adott famotidin anafilaxiát provokált, ekkor kértek allergológiai konzíliumot.

Eredmények: Kórelőzmény alapján pseudoallergiás reakció volt véleményezhető, ezért állandó antihisztamin és leukotrién antagonistát állítottunk be. Házi-
orvosa által szolgáltatott információ alapján két évvel megelőzően otthonában dohányzási-feldolgozó egy-
séget létesítettek, panaszai ekkor kezdődtek. A dohány-
farm felszámolását követően légzőszervi panaszai meg-
szűntek, azóta is rohammentes.

Következtetések: Hirtelen felnőttkori kezdetű allergiás betegség esetén alternatív diagnózist mindig érde-
mes keresni.

28. PRAXISKÖZÖSSÉGEK AZ ALAPELLÁTÁSBAN Princz J.¹

¹PTE ÁOK Alapellátási Intézet, Pécs

A 2015. évi CXXXIII. Törvény az egészségügyi alapellátásról megteremti a lehetőséget praxisközösségek és csoportpraxisok létrehozására házi-
orvosi, házi gyermekorvosi és alapellátó fogorvosi praxisok részvételével.

Az előző években pályázati keretek között (Svájci program, EFOP, VEKOP), 2021-től már a házi-
orvosi ellátási rendszerbe integrálva, jogszabályi keretek által szabályozva jöttek létre ezek a közösségek, melyekben jellemzően preventív, szűrési és egészségnevelő tevé-
kenység folyik a gyógyító munka mellett, többszö-
göltások nyújtásának lehetőségével. A jelenlegi felté-
telek mellett a praxisközösségi működés történhet la-
zább keretek között, ez az ún. „Kollegiális praxiskö-
zösség” – az itt elvárt szakmai tevékenység mértéke,
valamint ennek finanszírozási tétele is alacsonyabb,
mint az ún. „Szoros praxisközösségben”. A Szoros pra-
xisközösségek kevesebb praxist fognak össze, így mélyebb szakmai és kollegiális kapcsolat alakítható ki,
magasabb a jogszabályban előírt szakmai tevékenysé-
gek köre és mértéke, ennek megfelelően a praxiskö-
zösségi orvosok bértkiegészítése is.

Az előadás a praxisközösségek létrejöttének, működésének feltételeit, a Kollegiális és Szoros praxisközösségekben végezhető és végzendő szakmai tevékenységeket, a nyújtható többlétszolgáltatásokat és az azokban rejlő prevenciós és rehabilitációs lehetőségeket, ezek eredményeként a praxisok együttműködésével egy magasabb szintű szakmai ellátás biztosításának lehetőségeit mutatja be.

29.

MIKROSKÓPOS COLITIS A CSÖKKENT CSONTSÚRÚSÉG RIZIKÓFAKTORA: SZISZTEMATIKUS REVIEW ÉS METAANALÍZIS

Rancz A.¹, Teutsch B.¹, Engh M.¹, Veres D.⁴, Földvári-Nagy L.⁵, Eröss B.¹, Hosszúfalusi N.², Juhász M.³, Hegyi P.¹, Mihály E.²

¹*Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Centrum, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest*

³*Transzlációs Medicina Centrum, Pécsi Orvostudományi Egyetem, Pécs*

⁴*Semmelweis Egyetem, Biofizika és Sugárbiológiai Intézet, Budapest*

⁵*Semmelweis Egyetem, Morfológiai és Élettani Intézet, Egészségtudományi Kar, Budapest*

⁶*Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika-Pancreas Betegségek Kiválóági Központ, Budapest*

⁷*Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest*

Bevezető és célkitűzés: A mikroszkópos colitis (MC) a vastagbél krónikus gyulladásával jár, és gyakori vizes hasmenés jellemzi, amely jelentősen rontja a páciensek életminőségét. Kevés adat utal arra, hogy az MC összefüggésben áll az alacsony csontsűrűséggel.

Célkitűzésünk, hogy megvizsgáljuk, ha az MC rizikófaktor az alacsony csontsűrűség kialakulásában, és meghatározzuk azon MC-s betegek százalékát, akik csontsűrűség-csökkenésben szenvednek.

Anyag és módszer: Protokollunkat előzetesen a PROSPERO-n (CRD42021283392) regisztráltuk. Irodalomkeresésünket a kezdetektől 2021. október 16-ig öt adatbázisban végeztük (Pubmed, Embase, Cochrane, Scopus, Web of Science). Az összevont esélyhányadosok (OR) és eseményarányok kiszámítására a véletlen-hatás modellt alkalmaztuk 95%-os konfidencia intervallumokkal (CI). Eredményeink minőségének meghatározásában a GRADE munkacsoport ajánlásait követtük.

Eredmények: A szisztematikus keresésünk 3046 cikket eredményezett. Négy cikk bizonyult alkalmasnak a kvantitatív szintézisünk kivitelezésére. Három közülük kornak és nemnek megfelelő kontrollcsoportot használt, hogy értékelje az MC-s betegek alacsony csontsűrűségét. Összesen 111 MC-s beteget elemez-

tünk, közülük 67-en szenvedtek alacsony csontsűrűségben a 265 tagú kontroll csoport 110 esetével szemben. MC jelenlétében az alacsony csontsűrűség kialakulásának esélye háromszorosára nőtt (OR = 2,96, CI: 1,15–7,59). Az alacsony csontsűrűség 0,68 (CI: 0,56–0,78), osteopénia 0,51 (CI: 0,43–0,58), és osteoporosis 0,11 (CI: 0,07–0,16) százalékban van jelen az MC-s betegek körében. A GRADEpro iránymutatását követve, eredményeink bizonyossága nagyon alacsony szintűnek minősült.

Következtetés: Adataink azt mutatják, hogy az MC jelenléte háromszorosan növeli az alacsony csontsűrűség rizikóját. Javasoljuk az MC diagnózis pillanatában történő csontsűrűségmérést. Kulcsszavak: mikroszkópos colitis, alacsony csontsűrűség, osteoporosis.

30.

AZ ESSZENCIÁLIS HYPERTONIA OKAIRÓL IRODALMI ADATOK ALAPJÁN A GYAKORLÓ ORVOS SZÁMÁRA

Sikter A.

Szentendre Város Egészségügyi Intézményei, Belgyógyászat

A szerző évtizedek óta foglalkozik az ionok citoplazmatikus anyagcserét szabályozó szerepével. Christian Sonne dán professzorral írt hipotézise a világhálón olvasható.* A szerzők irodalmi adatok alapján vezették le, hogy:

- 1) Az esszenciális hypertonia egy olyan, az életkorral összefüggő betegség, amelyet az intracelluláris (IC) milió elsavasodása váltana ki.
- 2) Ezt részint krónikus respiratórikus acidózis okozza, ami leggyakrabban alvási apnoe szindróma, krónikus obstruktív légzési betegség és kóros elhízás talaján alakul ki, de a pszichoszomatikus mechanizmusok is jelentős szerepet játszanak.
- 3) A krónikus IC metabolikus acidózisnak részint veseelégtelenség az oka, (ami az életkor előrehaladtával törvényszerűen bekövetkezik), másrészt a táplálékkal felvett fix savak retenciója okozná, harmadrészt az életkorral törvényszerűen növekvő energetikai elégtelenség is szóba jön (a szabad gyökök szerepe).
- 4) A renin-angiotenzin-aldoszteron rendszer (RAAS) is egy feedback mechanizmus lenne, ami kompenzatórikusan védekezne az intracelluláris acidózis és egyéb ionváltozások ellen.
- 5) Az aldoszteron túlprokcióját, az acidózison kívül, az IC HCO₃⁻ emelkedése, a klorid szint csökkenése is triggerelné. Ennek következtében aktiválna az arteriolák simaizom sentjeinek és a bal kamrai szívizom sejtjeinek Na⁺/H⁺ cse-remechanismusa (NHE-1). Ez a pumpamechanizmus elősegíti a NaCl citoplazmatikus transzportját. (= Sóérzékeny hypertonia, amit elsősorban a respiratórikus acidózis váltana ki.)

- 6) Az angiotenzin termelődését, az acidózison kívül, az IC klorid szint növekedése is fokozná. Az angiotenzin a $\text{Na}^+/\text{HCO}_3^-$ kotranszportert (NBCn1) aktiválja, ami az IC Na^+ növekedését és a Cl^- szint csökkenését segíti elő a célsejtekben.
- 7) A RAAS H^+ koncentráció csökkenését és az IC $\text{Cl}^-/\text{HCO}_3^-$ egyensúly helyreállítását szolgálná. Ennek fokozott célsejtek Na^+ terhelése lesz a következménye, ami az ionváltozások kaskádját indítja be, sejtproliferációt, hipertrofiát és végső soron hypertoniát okoz.
- 8) A RAAS aktiválódása gyakran túlkompensációt (IC alkalózist) okozna a célsejtekben, minthogy nem törvényszerű az, hogy a vese szövet (macula densa) és a célsejtek azonos mértékben savodjanak el.

*https://www.researchgate.net/publication/353306812_Is_the_Primary_Aetiology_of_Hypertension_Unknown_Novel_Views_on_Previous

31. ELÉG ADAT ÁLL RENDELKEZÉSRE AZ ESSZENCIÁLIS HYPERTONIA OKAINAK FELTÁRÁSÁRA

Sikter A.

Szentendre Város Egészségügyi Intézményei, Belgyógyászat

Az irodalmi adatok egyértelműen arra utalnak, hogy az esszenciális hypertoniát krónikus légzési és/vagy metabolikus acidózis okozza nagyrészt RAAS aktiválásán keresztül. A sóérzékeny hypertoniát mérsékelt krónikus respiratórikus acidózis váltaná ki a $\text{HCO}_3^-/\text{Cl}^-$ hányados növelésén keresztül; ez elsősorban ALDOSZTERONT (ALD) aktivál és kevesebb ANGIOTENSIN II-t (ANG-II). ALD az artériák simaizom sejtjeinek (angol röv.:VSMCs) membránjában aktiválja a Na^+/H^+ cseremechanizmust, valamint elősegíti a Cl^- beáramlását a EC/IC grádiens irányában, a Cl^- ionokat Na^+ követi a citoszolba, vagyis a humorális mechanizmus fiziológiás ionviszonyok helyreállítását céloznák. A mérsékelt fokú, vagy kifejezett krónikus respiratórikus acidózisnak számos oka lehet, az egyik legfontosabb a krónikus pszichés stressz (társadalmi vereség) kiváltotta tartós hypopnoe, ami leggyakrabban az obstruktív alvási apnoe klinikai képében jelenik meg. (Ezért a sóérzékeny hypertoniát respiratórikusnak vagy pszichoszomatikusnak is nevezhetnénk.)

Krónikus veseelégtelenség vagy az életkorral törvényszerűen beszűkülő vesefunkció, hosszú ideig fennálló acidogén diéta és egyéb okok miatt intracelluláris metabolikus acidózis lép fel (exhausting buffer syndrome = EBS*), ami a Cl^- koncentráció növekedését idézi elő a HCO_3^- rovására, ez elsősorban ANG II szintet emeli. ANG II erek simaizom sejtjeinek (VSMCs) membránjában $\text{Na}^+/\text{HCO}_3^-$ kotranszportert

aktiválja. Ennek eredményeképp csökkenti az intracelluláris H^+ és Cl^- koncentrációt is, vagyis az irány itt is a fiziológiás ionviszonyok helyreállítása lenne. A sórezsztens hypertonia tehát elsősorban renális eredetű. Mind az ALD, mind az ANG II extracellulárisan is a fiziológiás ionviszonyok helyreállítására „törekszik”, amennyiben ALD a respiratórikus, míg ANG II a metabolikus acidózist korrigálja, ezért a HCO_3^- vs Cl^- regulációjában ellentétesen hatnak. Valószínűtlen, hogy a szabályozás kizárólag egy központon (RAAS) keresztül valósuljon meg.

A fentiekből kézenfekvő, hogy a humorális szabályozás az intra- és extracelluláris ionviszonyok helyreállítását szolgálná. Tisztázatlan okok miatt azonban sem az ALD, sem az ANG II hatásra végbemenő artériális simaizom (VSMCs) ionmilió helyreállítás nem áll meg a pH normalizálásánál, hanem azt túlkompensálja. Ennek következménye viszont IC alkalózis (H^+ -hiány) és Na^+ fölösleg lesz, ami $\text{Na}^+/\text{Ca}^{2+}$ cseremechanizmus fokozódását, megnövekedett értónust és a kisartériák (valamint a bal kamrai szívizom) hipertrófiáját vonja maga után. Feltételezhető, hogy ha a feedback mechanizmusok jól működnek, akkor nem alakul ki hypertonia sem.

NB: A poszter a korábban megjelent publikációk esszenciája:

https://www.researchgate.net/publication/353306812_Is_the_Primary_Aetiology_of_Hypertension_Unknown_Novel_Views_on_Previous_Assumptions

32. A SZÍV-ÉR RENDSZERI MEGBETEGEDÉSBEN SZENVEDŐ HAJLÉKTALANOK ELLÁTÁSA A COVID-19 JÁRVÁNY ALATT

Simek Á.

SE Népegészségügyi Intézet, Budapest

Bevezetés/célkitűzés: A COVID 19 járvány miatt a betegellátás sokat változott. Megnőtt a virtuális ellátások száma, de sokszor nehezen, vagy egyáltalán nem jutott megfelelő ellátáshoz a beteg.

Betegek/módszerek: A retrospektív elemzés a 2020. március 11. (a WHO világjárványnak minősítette a koronavírus-fertőzést, a Magyar Kormány pedig országos veszélyhelyzetet hirdetett) és a 2021. június 16. (a köztársasági elnök által aláírt Törvény a veszélyhelyzet megszüntetéséről) közötti 16 hónap betegforgalmi adatait vette figyelembe az Oltalom Karitatív Egyesület Kórház Rendelőjében ellátott betegek körében. Ez alatt az idő alatt 12.178 beteget láttunk el. A szív-érrendszeri megbetegedések aránya nem növekedett ebben az időszakban, de a hivatalos betegutakon történő továbbküldésük, kivizsgálásuk, kezelésük, gondozásuk az egészségügy járóbeteg- és kórházi ellátási szintjén sok esetben nehézségekbe ütközött.

Eredmények: A hajléktalanszállókon megvalósuló megfelelő, hatékony járványkezelés, a hajléktalanok elsők közt megvalósuló oltása miatt a COVID19 jár-

vány nem okozott ellátási gondokat a helyi alapszintű ellátásban, annál inkább a jogos, de az ellátási oldalon sokszor túlzottan, vagy akár helytelenül értelmezett eljárásrend.

Következtetések: Mint annyi más intézményben, az Oltalom KE egészségügyi ellátóhelyein is igyekeztünk a lehető legtöbb esetben végleges ellátást biztosítani a betegeknek, telefonkonzultáció, távgyógyítás segítségével, hogy a lehető legkevesebb egészségügyi hátrány, egészségkárosodás érje őket a korlátozások miatt. Ezek részletes adatairól és lefolyásáról számol be az előadás.

33. DILATATÍV CARDIOMYOPATHIA ÉS POLYAUTOIMMUNITÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI Sipos F.¹, Múzes G.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest*

Előzmények: A dilatatív cardiomyopathia (DCM) hátterében számos kór állapot (haerediter formák, coronaria/valvularis szívbetegek, infekciók, metabolikus zavarok, hiányállapotok, autoimmun megbetegedések stb.) potenciális iniciáló/provokáló szerepével kell számolni.

Esetleírás: A 45 éves férfi immunológiai kivizsgálására progrediáló, NYHA III-IV. stádiumú szívelégtelenség, echokardiográfiával igazolt súlyos, ismeretlen aetiológiájú DCM miatt került sor. (EF: 19%; EKG: LBBB, multifokális kamrai Es-ek; coronarográfia: ép erek; cardio-MRI: tág bal kamra, diffus hypokinesis). Anamnézisében érdemi megbetegedés nem szerepelt. A szívelégtelenség tünetei mellett újkeletű, diffus arthralgiára is panaszkodott. Rutin laborleletben érdemi kórjelző nem volt. Esetében szelektív IgA-hiányt (sIgAD) igazoltunk; (szérum IgA: mérhetetlen, IgG/M, perifériás B-sejt subpopuláció, CD4+/ CD8+ T-sejt megoszlás: norm.). Az sIgAD gyakran (5–30%) társul autoimmun jelenségekkel, így a DCM és az arthralgia hátterében is autoimmun megbetegedéseket véltünk. A betegnél coeliakia (CeD) és rheumatoid arthritis (RA) egyidejű fennállását is bizonyítottuk; (anti-tTG-IgG: 25.145 U; gastroszkópia: elsimult, csipkézett Kercring-redők, mozaikszerű mucosa; hisztológia: Marsh III/c., ill. ACPA: 1,275 U). Az sIgAD ún. autoimmun fenotípusát véleményyeztük. GFD mellett methotrexat bázisterápiát vezetünk be. Az elkövetkezőekben a domináló szívelégtelenség tünetei szignifikánsan mérséklődtek, és az arthralgia is enyhült. (Echokardiográfiával az EF 39-, majd 58%-ra módosult, valamint az anti-tTG csökkent (3927–675 U), hasonlóképpen az ACPA is (922–127 U).

Megbeszélés: DCM-s betegek között a CeD előfordulása gyakoribb, ill. CeD-ben fokozott idiopathiás DCM valószínűsége. Az érintettek többsége férfi. Idiopathiás jellegű DCM kapcsán tehát indokolt felvetni CeD lehetőségét. Az sIgAD-asszociált autoimmun

kórképek között CeD és RA egyaránt jellemző, sőt az autoimmunitás a primer immunhiány (PID) akár egyetlen klinikai megnyilvánulása lehet (ún. autoimmun fenotípusú sIgAD). Bár egyes PID formákban a cardiovascularis érintettség számottevő, az sIgAD-re ez nem jellemző. A RA és a CeD társulásának alapjául főként az ún. bél-ízület tengely szolgálhat: a synovitis részben bélnyálkahártya-eredetű neoantigén-epitopok indukálta gyulladáson történésekre vezethető vissza. Bár cardiovascularis érintettség RA-ban is jelentékeny, de DCM kialakulása alig kíséri.

34. MELLÉKPJZSMIRIGY-CARCINOMA MTOR MUTÁCIÓVAL

Stark J.¹, Kollár R.¹, Tőke J.¹, Nagy G.², Huszty G.³, Nagy B.⁴, Dezső K.⁴, Nagy P.⁴, Sági Z.⁴, Bedics G.⁴, Bödör C.⁴, Tóth M.¹

¹*Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

²*Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

³*Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

⁴*Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest*

Bevezetés: A mellékpajzsmirigy-carcinoma (PC) az összes primer hyperparathyreosis eset 1%-át okozza. A tumor fájdalomtalan lokális terjedése miatt a betegség rendszerint a súlyos hypercalcaemia által okozott tünetek miatt ismerhetők fel.

Esetismertetés: 69 éves nőbetegünk osteoporosis, vesekövesség, hypercalcaemia miatt jelentkezett endokrin szakrendelésünkön. Primer hyperparathyreosist véleményeztünk, a jobb pajzsmirigylebenyt és egy kettős mellékpajzsmirigy tumort eltávolítottak, a szövettani vizsgálat mellékpajzsmirigy-adenomát igazolt. A műtét után a beteg szérumkalcium- és parathormonszintje normalizálódott. Ezt követően 8 évig tünetmentes volt. 2020 elején gyengeség, emésztési panaszok, fogyás miatt került sor kórházi felvételére. Súlyos hypercalcaemia és hyperparathyreosis mellett recidív jobb oldali mellékpajzsmirigy-tumor igazolódott. Emellett a máj bal lebenyében 7 cm átmérőjű daganatot ismerünk fel, amely szövettani vizsgálattal PC metastasisának bizonyult.

A súlyos hypercalcaemia miatt sürgősséggel, egy ülésben sikerült eltávolítani a jobb oldali mellékpajzsmirigy-terimét és a soliter májjátétet. A kontroll FDG-PET CT negatív eredményű lett, később azonban multiplex májjátétek, több intraabdominalis lágyrésztumor igazolódott, ismét súlyos primer hyperparathyreosis mellett. Forszírozott diuresis és zoledronátkezelés elégtelensége miatt cinacalceterápiát is kezdtünk. A PC szövetből komprehenzív onkológiai újgenerációs szekvenálással (Illumina TruSight Oncology 500 génpanel) detektáltuk a MEN1 gén (c.1053C > G, p.Y351)

patogén mutációját 42% variáns allél frekvenciával (VAF), a TP53 gén (c.827C > A, p.A276D) patogén mutációját 42% VAF, valamint az mTOR (c.7498A > T p.I2500F) patogén mutációját 30% VAF-fal. Ez utóbbi variáns felvetette mTOR-gátlószerek alkalmazásának lehetőségét. A panelszekvenálás által számított tumormutációs terhelés (TMB) alacsony-intermediérnek tekintendő (TMB = 3,9), a vizsgált minta mikroszatellita-instabilitást nem mutatott. Az mTOR mutáció alapján everolimuszkezelést kezdtünk.

Összefoglalás: A PC kezelése az eddigi ismereteink alapján elsősorban radikális műtéttel lehetséges, a konzervatív terápiás eszközök legfeljebb átmeneti eredményt adnak. A rendszerint rossz prognózisú daganatból végzett korai molekuláris patológiai vizsgálat jelezhet sikeres terápiaválasztást.

35.

A SEMMELWEIS EGYETEM CRC SZŰRÉS EREDMÉNYEI 2019–2020 KÖZÖTT

Strelnikov D.¹, Longobardi S.¹, Tulassay Z.¹, Mihály E.¹

¹Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

Bevezetés: Magyarországon a vastagbél-daganatok (CRC) incidenciája és mortalitása a világon az egyik legmagasabb. Hazánkban 2019-ben egy szűrőprogramot vezettek be, első lépésben széklet okkultvér vizsgálat kivitelezésével és pozitívitás esetén kolonoszkópia elvégzésével.

Célkitűzések: Polypusok és CRC prevalenciájának vizsgálata a Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinikáján 2019–2020 között kivitelezett szűrőprogram során.

Módszer: Panaszmentes, 50 év feletti lakosok kerültek be a kétféle szűrőprogramba. A vastagbél-tükrözés során eltávolított polypusok számát és szövettani jellemzőiket dolgoztuk fel. Kiszámoltuk a teljes adenoma detekciós rátát (ADR) és összehasonlítottuk az endoszkópos ok ADR-ját, életkoruk és tapasztalatuk szerint. Kiszámoltuk a CRC előfordulását, és összehasonlítottuk a hazai és nemzetközi eredményekkel.

Eredmények: Teljes vastagbél-tükrözést 168 (100 férfi, 68 nő) betegen végeztek el. Az átlagéletkor 63,4 év volt. Nyolc betegnél diagnosztizáltak CRC-t. A resekált polipok száma összesen 264 volt (185 adenoma, 73 hiperplasztikus polip, 1 juvenilis polip, 3 fogazott adenoma és 2 adenocarcinoma). A 185 adenomából 140 tubularis, 35 tubulovillosus és 10 villosus volt; 15 esetben high grade diszpláziával (8,1%) és 170 esetben alacsony fokú diszpláziával (91,9%). Az adenomák lokalizációi: 37,30% a sigmabélben, 18,38% a felszálló vastagbélben, 15,68% a végbélben, 12,43% a leszálló vastagbélben, 8,11% a haránt vastagbélben és 8,11% a caecumban. A teljes adenoma-felismerési arány (ADR) 57,1% volt, 46,6–72,2% között változott az egyes vizsgálok között. Nyolc CRC-t észleltek

(4,76%); melyből 6 (75%) a rectosigmoidealis régióban és 2 (25%) a fennmaradó vastagbélben volt. A CRC-s betegek átlagéletkora 63,9 év (56–68 év) volt, enyhe női túlsúly mellett (5 nő, 3 férfi).

Következtetések: A CRC-k előfordulási aránya a vizsgálatunkban 4,76% volt, szemben a 2015-ben Magyarországon, Csongrád megyében végzett vizsgálat 5,9%-ával és a rendelkezésre álló nemzetközi adatok szerinti 4,9%-kal. Eredményeink szerint a vastagbél-daganatok 75%-a a rectosigmoidealis területen, míg 25%-a a maradék vastagbélben volt. A vizsgálatunkban az ADR 57,1% volt, ami magasabb, mint az elvárt, megfelelő szűrő kolonoszkópia esetén ajánlott 30%.

36.

PANCREATECTOMIZÁLT BETEGEK DIABETESÉNEK KEZELÉSÉVEL NYERT TAPASZTALATAINK

Szemán A.¹, Arapovicsné Dr. Kis K.¹, Schandl L.¹, Winkler G.¹, Grosz A.², Mészáros P.³, Dubóczki Z.³, Mersich T.³, Kis J.¹

¹II-es Belgyógyászat, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő 1125, Budapest, Diós árok 1–3.

²Diabetológia, Betegellátó Irgalmas Rend, Budai Irgalmasrendi Kórház 1027, Budapest, Frankel Leó u. 17–19.

³Sebészet, Országos Onkológiai Intézet 1122, Budapest, Ráth György u. 7–9.

A pancreatogén diabetes (T3cDM) a hasnyálmirigy betegsége vagy hiánya miatt kialakuló diabetes forma, mely rendszerint együtt jár a hasnyálmirigy külső elválasztású részének funkciózavarával is. Maga a kórkép nem egységes, leggyakrabban krónikus pancreatitishez, hasnyálmirigyrákhoz, haemochromatosishoz, cysticus fibrosishoz társul. Legritkábban hasnyálmirigy eltávolítása után alakul ki. Sokszor egyéb diabetes formához, leggyakrabban 2-es típusú diabeteshez társul, ilyen esetben a hyperglükémiának pancreatogen komponense is van. Azon betegeknél, akiknek korábban nem volt diabeteze, és a hasnyálmirigy teljes eltávolítására került sor, a diabetes hátterében 100%-ban T3cDM áll. Ezen betegcsoport diabetezeinek labilitását növeli az exocrin funkció kiesése miatti emésztési zavar, a glukagon hiánya, az alapbetegség (többnyire neoplasma) és annak kezelésének szövődményei, a műtét kiterjedtsége. Dolgozatunkban a szakrendelőnkben gondozott pancreatectomizált betegekkel nyert tapasztalatainkat foglaljuk össze.

Minden beteget bázis-bolus kezelés elvei alapján kezeltünk. Bázisinzulinként leggyakrabban analóg inzulint, a bolusként humán gyorshatású inzulint használtunk. Az átlagos napi összes inzulinigény 33E. A gondozott betegek műtét utáni 3–6 hónapos átlagos HbA1c értéke 7,5%. A kiindulási testsúlyuk az első 3 hónap után átlagosan 2,2 kg-mal, BMI értékük 21,3-ról 20,3 kg/m²-re csökkent.

Ezen vulnerábilis betegcsoport diabetesének gondozása során – az alapbetegség többnyire rossz prognózis miatt – az elsődleges szempont nem a hosszú távú szövődmények megelőzése, hanem az, hogy a beteg diabeteze, illetve annak akut szövődményei ne korlátozzák az onkológiai kezelést, lassítsuk a betegek testsúlyának vesztését, és a diabetes kezelésével lehetőség szerint ne rontsuk az életminőségüket.

37.

MAGYARORSZÁGI TAPASZTALATOK VENETOCLAXKEZELÉssel T(11;14) MYELOMA MULTIPLEXBEN

Szita V.¹, Mikala G.², Kozma A.², Fábíán J.²,
Hardi A.², Alizadeh H.³, Rajnics P.⁴, Rejtő L.⁵,
Szendrei T.⁶, Váróczy L.⁷, Illés Á.⁷, Vályi-Nagy I.²,
Masszi T.¹, Varga G.¹

¹Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Hematológiai és Össejt-transzplantációs Osztály, Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Dél-Pesti Centrumkórház, Budapest

³I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécsi Tudományegyetem, Pécs

⁴Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

⁵Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza

⁶Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

⁷Hematológiai Tanszék, Belgyógyászati Klinika, Debreceni Egyetem, Debrecen

Bevezetés: Az utóbbi évek jelentős előrelépései ellenére a myeloma multiplex továbbra is gyógyíthatatlan betegségnek számít. A szelektív bcl-2 gátló venetoclax a személyre szabott terápia felé tett első lépés lehet t(11;14) betegekben, ám használatával kapcsolatban egyelőre sok a nyitott kérdés. Módszerek. Hét magyarországi hematológiai centrum venetoclaxszal kezelt, t(11;14) myelomás betegeinek a túlélését, hematológiai válaszát és a kezelés biztonságosságát elemeztük retrospektíven.

Eredmények: 59, a vizsgálati kritériumoknak megfelelő beteget jelentettek, akiket a klinikai helyzet alapján két egyértelműen elkülöníthető csoportba tudtunk sorolni: 37 relabált, többszörösen refrakter beteg, akik több vonalnyi kezelés után, gyakran utolsó próbálkozásként kaptak venetoclaxot; illetve 22 korai vonalban kezelt beteg, akik a standard első vonalbeli kezelésre adott nem kielégítő válasz miatt, tervezett össejt-transzplantáció előtti reindukcióként kapták a venetoclaxot. Mind a relabált, mind a reindukciós csoportban kiemelkedően jó, 94%, illetve 100% hematológiai válaszarányt észleltünk. A relabált csoportban 10,0 hónapos medián progressziómentes (PFS), és 14,6 hónapos teljes túlélést (OS) találtunk, míg a reindukciós csoport a medián PFS-t és OS-t nem érte el, történelmi kontrollal összehasonlítva szignifikánsan jobb PFS-t mutat. Az ismert adverz prognosztikai té-

nyezők, mint a 17p deléción, 1q21 amplifikáció vagy a veseelégtelenség nem jártak szignifikánsan eltérő túléléssel. A vizsgált betegek csaknem egyharmada veseelégtelenség mellett részesült a kezelésben, három dializált beteget is beleértve. Ezen betegek 42%-ánál volt észlelhető klinikailag releváns vesefunkció-javulás, a dialízis minden esetben felfüggeszthetővé vált. Kiemelendő, hogy a vizsgálatban hat plazmasejtes leukémiás (PCL) beteget is jelentettek, kivételes, 10 hónapos medián PFS-t és egy éven túli medián OS-t elérve. A sérülékenyebb, plazmasejtes leukémiás, veseelégtelenségben szenvedő vagy relabált betegeknél jelentősen több mellékhatást jelentettek, azonban dóziszváltás vagy szupportív ellátás mellett a terápia felfüggesztésére nem volt szükség.

Következtetések. A venetoclax terápia t(11;14) myelomás betegek számára egy kevés mellékhatással és kiemelkedő válaszaránnyal járó, ígéretes terápiás lehetőség, mind relabált/refrakter, mind az első vonalra szuboptimálisan reagáló betegek esetében.

38.

SELLATÁJI MACROADENOMÁS BETEGEK KLINIKAI JELLEMZŐINEK ÖSSZEFOGLALÁSA A BELGYÓGYÁSZATI ÉS ONKOLÓGIAI KLINIKA EGYIK ENDOKRIN AMBULANCIÁJA ALAPJÁN

Szücs N.¹, Czirják S.², Sipos L.², Reiniger L.³,
Tőke J.¹, Tóth M.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Központ, Budapest

Bevezetés: A hypophysistáji makroadenomák a központi idegrendszer egyik leggyakoribb daganatai. Hormonálisan aktív tumorok esetén a klinikai kép segíti a diagnózist, azonban hormonális inaktivitás esetén a kompressziós tünetek és véletlenszerű felfedezés dominálnak.

Célkitűzés: 1980–2020 között a SE BOK egyik endokrin ambulanciáján a sellatáji térfoglalásban szenvedő betegek klinikopatológiai jellemzőinek retrospektív összefoglalása.

Betegek és módszerek: 227, 10 mm-nél nagyobb sellatáji térfoglalás miatt gondozott beteg adatait vizsgáltuk (139 férfi, 88 nő), az átlagéletkor a diagnózis felállításának idején: 49,4 év (6–79, min-max), átlagos követési idő: 9,6 év (0,5–34, min-max) volt. Vizsgáltuk a panaszokat, a tumorméretet, a hormonális aktivitást és hormonkiesést, szövettani diagnózist, recidíva előfordulását, illetve az alkalmazott terápiás eljárásokat.

Eredmények: A főbb vezető tünetek a diagnózis felállításakor az alábbiak voltak: látászavar, fejfájás, szédülés, szexuális zavar, fáradékonyság. A betegek átlagos tumor mérete MRI alapján a legnagyobb átmé-

rőt tekintve 26,9 mm-nek adódott (10–60 mm, min-max). 131 esetben készült preoperatív hormonvizsgálat, amelyek közül 39 esetben hypopituitarismus, 24 esetben acromegalia, 22 esetben prolactinoma és egy esetben Cushing-kór, ép hypophysis működés 47 esetben került felderítésre. 202 beteg esetén történt műtét. Az operált betegek közül recidiva miatt 29-nél egyszer, 8-nál kétszer, 2 betegnél pedig háromszor történt ismételt idegsebészeti beavatkozás. Posztoperatív sugárkezelésben 22 beteg részesült. Szövetani vizsgálat 179 esetben volt elérhető melyek közül: chromophob sejtes adenoma (45,8%), laktotróp hypophysis adenoma (19%), cranyopharyngeoma (10,6%), somatotrop adenoma (10%), Rathke-tasak cysta (4,4%), corticotrop adenoma (3,4%), egyéb (meningeoma, metastasis) (3,4%) fordult elő, nem értékelhető (3,4%). A betegek közül hosszú távon 136-an igényeltek hormonszubsztitúciót. A sellatáji tumorok hosszantartó rendszeres gondozást igényelnek. A gondozásban fontos szerepe van az endokrinológus, idegsebész és sugárterápiás szakorvosok összehangolt munkájának. Mind a praoperatív, mind a posztoperatív hormonvizsgálatok és képalkotó vizsgálatok fontos jelentőséggel bírnak a korai diagnózis és az optimális műtéti, illetve endokrin ellátás érdekében.

39.

ADRENOCORTICALIS CARCINOMÁS BETEGEK TÚLÉLÉSÉT BEFOLYÁSOLÓ KLINIKOPATOLÓGIAI JELLEMZŐK VIZSGÁLATA A SEMMELWEIS EGYETEM BETEGANYAGÁBAN (1974–2019)

Tőke J.¹, Reismann P.¹, Micsik T.², Doros A.³, Sági Z.², Szücs N.¹, Sármán B.⁴, Pusztai P.⁴, Nagy G.⁴, Horányi J.³, Szlávik R.³, Huszty G.³, Borka K.⁵, Igaz P.¹, Tóth M.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gastroenterológiai Klinika, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Haematológiai Klinika, Budapest

⁵Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

Bevezetés: Az adrenokortikális carcinoma rossz prognózisú, ritka malignus daganat, incidenciája 0,7–2,0/millió/év.

Célkitűzés: 1974–2019 között diagnosztizált 80 adrenokortikális carcinomás beteg klinikopatológiai és prognosztikai jellemzőinek vizsgálata.

Betegek és módszerek: A vizsgálatba bevont 58 nő és 22 férfi átlagos életkora a diagnózis idején 52 év (18–84 év) volt. A betegek többsége ENSAT-II (41,4 %) és ENSAT-IV (34,3 %) stádiumú volt. A daganat mérete felismeréskor 9,5 cm (4–30 cm) volt, 57 eset-

ben (76%) hormontermelést igazoltunk. 70 betegnél (87,5%) a primer tumor sebészi eltávolításra került, 30 beteg esetében R0 reszekciót sikerült elérni. A betegek ötéves túlélési aránya 20 %, a teljes medián túlélés 23 (0–274) hónap volt. Egyváltozós Cox-regressziós modellben a potenciális prognosztikai faktorok közül az alábbiakat értékeltük: életkor, nem, tumorméret, hormonális aktivitás, ENSAT stádium, reszekciós státusz, Ki-67-index. Vizsgáltuk az adjuváns mitotán kezelés hatását a teljes túlélésre. A vizsgálathoz Kaplan–Meier-féle túlélési analízist és log-rank tesztet használtunk.

Eredmények: Egyváltozós Cox-regressziós modellünkben rosszabb túléléshez vezetett az idősebb életkor (> 57 év), a III-IV-es tumor stádium, a magasabb Ki67-index (>20%), illetve az R1 és R2 reszekciós státusz. Azokban a betegekben (n=21), akiknél a plazma mitotán koncentráció a kezelés során minimum kétszer elérte a terápiás tartományt, a teljes túlélési idő szignifikánsan magasabb volt, mint azon betegek esetében, akiknél ezt nem sikerült elérni (n = 22). (38 vs. 18 hónap, p = 0,019). A mitotán terápiás szintjének eléréséhez szükséges idő 4 (2–12) hónap volt. A két alcsoportban a betegek átlagéletkora, nemi megoszlása, továbbá a betegség ENSAT stádiuma, a tumor reszekciós státusza és Ki67-index értéke között nem volt különbség. A III-IV-es stádiumú betegek körében nem volt különbség a mitotán monoterápiával és a kombinált mitotán+kemoterápiával kezelt betegek teljes túlélésében [19 (2–193) hónap, n = 8 vs. 18,5 (4–76) hónap, n = 18].

Megbeszélés: Vizsgálatunkban a betegség prognózisát alapvetően meghatározta a betegek életkora, a betegség ENSAT stádiuma, a tumor reszekciós státusza és Ki-67-indexe. A terápiás hatást biztosító plazmamitotán-koncentráció gyors elérésének szignifikáns és független hatása van a teljes túlélésre.

40.

IMMUNTERÁPIA MEDIÁLT 1-ES TÍPUSÚ DIABETES – ESETISMERTETÉS

Tomasics G.¹, Arapoviczné Dr. Kis K.¹, Kis J.¹, Schandl L.¹, Winkler G.¹

¹II-es Belgyógyászat, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő 1125 Budapest, Diós árok 1–3.

Az 1-es típusú diabetes többnyire fiatal életkorban jelentkező, családi halmozódást mutató, immunmediált betegség. Hátterében örökletes tényezők, környezeti ártalmak, autoimmun folyamatok állhatnak. Egyes HLA csoportok esetén előfordulásuk gyakoribb, valamint bizonyos hormonális betegségeknél is gyakrabban megfigyelhető. A betegséget jellemzi a béta-sejtek pusztulása és az ennek következtében kialakuló abszolút inzulin hiány. Az autoimmun markerek közé tartozik az ICA (szigetsejt-ellenes autoantitest), GAD65 (glutaminsav-dekarboxiláz ellenes autoantitest), IAA

(inzulin-ellenes autoantitest), valamint az IA-2 és IA- β (tirozin-foszfataz ellenes autoantitest), melyek kimutatását diagnosztikai célból is felhasználjuk.

Napjainkban egyre több tumoros betegség esetén használunk immunterápiát az onkológiai kezelés részeként, de a pozitív terápiás hatások mellett új mellékhatás-csoportok kialakulásával kell számolnunk. Ezek közé tartoznak különböző endokrin toxicitások, többek között a pajzsmirigy, az agyalapi mirigy, vagy a mellékvese érintettségével. Ilyen mellékhatása lehet ennek a kezelésnek az újonnan kialakult cukorbetegség is, amit eddig az immun-onkoterápiában részesülő betegek közel 1%-nál írtak le.

Esetbemutatásunk egy olyan 50 éves, nyelvgyöki tumor miatt kezelt beteg kórtörténetét ismerteti, aki klasszikus tünetekkel kezdődő, súlyos hiperglikémiát és ketoacidózist okozó, GAD65 pozitivitást mutató novum T1 diabetes miatt került osztályunkra felvételre.

Cikkünkkel arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy az immun-onkoterápiában részesülő betegek gondozása során fokozottabban kell ügyelni a vércukorháztartása, valamint bizonyos körülmények között minden életkorban gondolnunk kell T1 diabetes kialakulására, mert a megfelelő terápiához elengedhetetlen a cukorbetegség korai felismerése és pontos klasszifikációja.

41. PAJZSMIRIGYBETEGSÉGEK ÉS DEMENCIA. TÉNYEK ÉS FELTÉTELEZÉSEK

Tóth M.,
Semmelweis Egyetem, ÁOK, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Geriátria Tanszéki Csoport, Budapest

A pajzsmirigybetegségek és a kognitív hanyatlás/demencia egymáshoz való viszonya közel egy évszázada vizsgálatok tárgya. A két betegségcsoport közötti kapcsolat számos különböző síkban vizsgálható (euthyrosis vs. szubklinikai, ill. manifeszt hypo- és hyperthyreosis; autoimmun és nem autoimmun pajzsmirigybetegség; enyhe kognitív hanyatlás vs.. demencia; vaszkuláris demencia vs. Alzheimer-betegség; a pajzsmirigybetegség kezelésének hatása a kognícióra stb).

A pajzsmirigyhormonok hatása nélkülözhetetlen az idegrendszer kialakulásában és differenciálódásában, ill. a neurogenesis folyamatában. A pajzsmirigyhormonoknak a kognitív hanyatlásban betöltött szerepét számos kórelletani megfigyelés támasztja alá. Így ismert, hogy a pajzsmirigyhormonok 1) regulálják az amyloid-béta prekursorok termelődését, 2) befolyásolják az amyloid plakkok lebontásában résztvevő szekretáz enzimek szintézisét és aktivitását 3) befolyásolják az amyloid eltakarítását végző mikroglia sejtek képződését és élettartamát.

A pajzsmirigybetegségek és a kognitív hanyatlás/demencia viszonyát illetően az eredmények gyakran ellentmondásosak. Az utóbbi évtizedben közölt nagy

tanulmányok alapján az alábbi következtetések nagy valószínűséggel megállják a helyüket:

- 1) Mind a hyperthyreosis, mind a hypothyreosis egyértelműen és közel azonos súllyal kapcsolatba hozható a demencia kialakulásával.
- 2) Az autoimmun és nem autoimmun patogenezisű hyperthyreosisok (Graves–Basedow-kór vs multinoduláris struma) azonos gyakorisággal társulnak demenciával.
- 3) Már az enyhe (szubklinikai/látens) pajzsmirigybetegségek is hajlamosítanak demenciára.
- 4) Mind a hypothyreotikus, mind a hyperthyreotikus időszak(ok) növekvő időtartama fokozza a demencia kialakulásának esélyét.
- 5) A hypothyreosis/hyperthyreosis súlyossága és a kognitív hanyatlás súlyossága közötti kapcsolat további vizsgálatokat igényel.
- 6) A pajzsmirigybetegségek a hormonellátottság zavarának direkt idegrendszeri hatásán túlmenően egyéb közvetett mechanizmusokkal (kardio- és cerebrovaszkuláris betegségek, szívritmuszavar stb.) is hozzájárulhatnak a demencia kialakulásához.
- 7) Az eddigi kutatási eredmények alapján valószínűsíthető, hogy a pajzsmirigybetegségek korai időszakban történő felismerése és optimális kezelése – a hyper- és a hypothyreotikus időszakok minimalizálása révén – csökkentik a demencia kockázatát.

42. DUODENÁLIS FEKÉLY NEM SZOKVÁNYOS ESETE

Tóth-Szeles R.¹, Horváth J.², Dubravcsik Z.²

¹Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézet, Szeged

²Bács-Kiskun Megyei Kórház Urológiai Osztály, Bács-Kiskun Megyei Kórház Gasztroenterológiai Osztály, Kecskemét

Esetismertetésünkben egy lényeges belgyógyászati előzménnyel nem rendelkező középkorú férfi kórtörténetét mutatjuk be, aki felhasi panaszok, fogyás és étvágytalanság miatt került felvételre belgyógyászati osztályra. Az elvégzett gasztroszkópia penetráló duodenumfekélyt írt le, a komputertomográfiás (CT) vizsgálat során a krónikus hasnyálmirigygyulladás jelei mellett a hasnyálmirigy térfoglaló folyamatát, bevérzett pancreascisztát, cisztózus májeltéréseket írtak le. A sebészi explorációt a beteg elutasította, így ezt követően endoszkópos ultrahang- (EUS) előjegyzés és tumormarkerek levétele történt meg. A beteg ezután saját felelősségére távozott, azonban néhány nap múlva felső tápcsatornai vérzés tüneteivel került felvételre, melynek hátterében a fekélyből származó vérzés állt, ezt azonban endoszkóposan csillapítani nem tudták. Sebészeti konzílium a folyamatot a korábban leírt pancreas daganat duodenumba törésének tartotta,

inoperábilisnak véleményezte, intervenciót javasolt. Angiológiánkon a vérzésforrás eredményes szelektív embolizációja történt meg. A manővert követő EUS vizsgálat a hasnyálmirigyben térfoglaló folyamatot nem tudott azonosítani, csupán a pancreasba penetráló duodenumfekélyt, epeágyi folyadékgyülemet, valamint krónikus pancreatitisre utaló eltéréseket, melyet a szövettani eredmények is megerősítettek. Diagnózisait követően konzervatív terápia beállítását követően a beteget ambuláns kontroll mellett otthonába bocsájtottuk. Hetekkel később a beteg szeptikus lázmenet miatt került ismételt felvételre, mely háttérben a képalkotók 5, egymástól független intra- és perihepatikus, tályogszerű képletet valószínűsítettek. A leírt folyamatot a penetráló duodenumfekély perforációs szövődményének tekintettük. Mivel a percutan drenázst kivitelezhetetlennek véleményezték, kombinált intravénás, majd perorális antibiotikus kezelés mellett döntöttünk. A kontroll CT-vizsgálat a tályogos folyamatok jelentős regresszióját írta le. Hetekkel később a beteg sebészeti osztályra került felvételre jobb oldali hasfalra törő tályogos folyamat miatt. Laparosztopia során májkörüli gennyes folyamat nem igazolódott, feltárást követően a beteg sebét nyitottan kezelték. A beteg rendszeres ambuláns megjelenése során kezeléseink mellett panaszmentességről, gyarapodásról számolt be, gondozása továbbra is folyik. Esetünkkel az 5 cm alatti hasi tályogok eredményes konzervatív kezelésének lehetőségére szeretnénk felhívni a figyelmet.

43.

A HELICOBACTER PYLORI FERTŐZÉS PREVALENCIÁJÁNAK ÉS ENDOSZKÓPOS MANIFESZTÁCIÓJÁNAK VÁLTOZÁSA 10 ÉV ALATT

Vessal A.¹, Alijanpourotagsara A.¹, Tulassay Z.¹, Mihály E.¹

¹Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

Bevezetés: A *H. pylori* okozta fertőzés olyan betegségek kialakulásához vezethet, mint a gastritis, a gyomorfekély és a MALT lymphoma. A becslések szerint a világ népességének körülbelül 50%-a fertőzött.

Célkitűzések: Célunk a *H. pylori* fertőzés prevalenciájának és endoszkópos manifesztációjának vizsgálata volt Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika Endoszkópos Laboratóriumában gyomortükrözéssel átesett betegekben, 10 éves időintervallumban.

Metodika: Retrospektív vizsgálatot végeztünk a *H. pylori* fertőzés prevalenciájának összehasonlítására 10 év különbséggel (2010 és 2020 évben), olyan gastroszkópiák esetén, ahol biopsziás mintavétel történt. Mind 2010-ben, mind 2020-ban két egymást követő hónapban történtek a vizsgálatok. A betegek teljes száma 600 volt, 2010-ben 300 (108 férfi/192 nő), 2020-ban pedig 300 (115 férfi/185 nő) beteg került vizsgálatra.

Eredmények: A *H. pylori* fertőzés általános prevalenciája 18%, férfiaknál 41,6%, nőknél 58,3% volt. 2010-ben a *H. pylori* fertőzés prevalenciája 26,3% volt [40,5% a férfiaknál és 59,5% a nőknél], 2020-ban pedig a *H. pylori* fertőzés prevalenciája 9,6% volt; [44,8% a férfiaknál és 55,2% a nőknél]. A gyomor hyperaemia és eróziója volt a *H. pylori* vezető megnyilvánulása (95,37%, illetve 38,88%), és ez szignifikánsan gyakoribb volt, mint a gyomorfekély, a nyombél-erózió/fekély/hyperaemia (9,25%, 19,44%/2,77%/9,25%). 2010-ben a *H. pylori* endoszkópos megnyilvánulásainak gyakorisága: 98,73% gyomor hyperaemia, 41,77% gyomor erózió és 6,32% gyomorfekély. 2020-ban a *H. pylori* endoszkópos manifesztáció prevalenciája a következő volt: 86,2% gyomorhyperaemia, 31% gyomorerózió és 17,24% gyomorfekély. 2010-ben a fekélyek 56%-a volt *H. pylori*hoz köthető, míg 2020-ban ez az arány 29% volt.

Következtetések: A *H. pylori* fertőzés prevalenciája jelentős, 16,7%-os csökkenést mutatott 10 éves időintervallumban, a 2010-es 26,3%-ról 2020-ra 9,6%-ra. A *H. pylori* endoszkópos megjelenése is megváltozott, a *H. pylori* pozitív fekélyek számának növekedését, valamint a HP-pozitív eróziók csökkenését tapasztaltuk. Vizsgálatunkban a nem *H. pylori* eredetű gyomorfekély előfordulásának növekedését láttuk, amely az NSAID-ok széles körű használatának és az elmúlt 10 év életmódbeli változásának mutatója lehet.

NÉVMUTATÓ AZ ÖSSZEFOGLALÓKHOZ

A nevek melletti szám az összefoglaló sorszáma.
Az első szerzőséget csillag jelzi.

A

Acél P. 17
Alijanpourotaghsara A. 43
Alizadeh H. 37
Arányi Z. 3
Arapovicsné Dr. Kis K. 36, 40
Arató M. 24

B

Balla E. 5, 25
Barbat M. 5
Barna I. 1*
Bedics G. 34
Bencze Á. 18
Bencze M. 17
Berze I. 13
Besenyei A. 2*
Birtalan K. 3*
Bobek I. 24
Bodor A. 5
Bor L. 13
Borka K. 39
Bödör C. 34
Bujtor Z. 9

C, CS

Czirják S. 38
Czompa D. 4
Csefkó K. 25
Cseh G. 24
Csizmadia C. 17

D

Dabasi G. 26
Dezső K. 34
Doros A. 39
Drácz B. 4*
Dubóczki Z. 36
Dubravcsik Z. 42

E

Engh M. 29
Eröss B. 15, 29

F

Fábián J. 37
Faluhelyi N. 15
Farkas H. 20

Fecske É. 3
Ferdinandy P. 24
Fintha A. 22
Firmeisz G. 24
Fischer T. 9
Földvári-Nagy L. 29
Förhécz Z. 24

G, GY

Gaál A. 5*, 25
Gadó K. 2, 6*
Galambosi B. 10
Gieth A. 9
Gonda X. 7
Grosz A. 36
Gyaraki P. 5
Gyergyay F. 23
Györkös A. 9

H

Hagymási K. 4
Hardi A. 37
Hargittay C. 7*
Harisi R. 8*
Hegy J. P. 15
Hegy P. 15, 29
Hermann P. 13
Herr G. 9*
Héthelyi B. 10*
Horvát G. 11*, 12*
Horváth A. 13*
Horváth J. 14*, 42
Horváth M. 4
Horányi J. 26, 39
Hosszúfalusi N. 29
Hritz I. 4
Hussein T. 15*
Husztly G. 26, 34, 39

I

Igaz P. 39
Illés Á. 37

J

Jakab Z. 26
Jász M. 13
Jeney A. 8
Juhász A. 14
Juhász M. 29

K

Kalabay L. 7, 16*, 20
Kamondi A. 23
Kardos K. 5
Kardos M. 22
Kelemen D. 15
Késői I. 17*
Kis J. 36, 40
Kivács I. 11
Kollár R. 34
Kozma A. 37
Köves B. 14
Kövesdi A. 18*
Kruzslicz J. 17

L

Ladányi Á. 22
Lajosné Major Z. 19*
Lakatos B. 24
Lázár G. 5
Longobardi S. 35
Lukács M. 17
Lukács N. 14

M

Makai G. 12
Márkus B. 7, 20*
Masszi T. 24, 37
Medvegy M. 19
Medvegy Z. 19
Merkely B. 24
Mersich T. 36
Meskó É. 21*
Mészáros P. 36
Micsik T. 39
Mihály E. 29, 35, 43
Miheller P. 4
Mikala G. 37
Móczár E. 22*
Müllner K. 4
Múzes G. 23*, 33

N

Nádasdi Á. 24*
Nagy B. 34
Nagy G. 26, 34, 39
Nagy L. 13
Nagy P. 34

O

Oláh J. 5

P

Pálfi A. 5
Papp V. 4
Patai T. 5
Pavlik G. 19
Pepa K. 25*

Persóczki M. 18
Pikó B. 5
Pink T. 25
Pócsai K. 26*
Polocsányi B. 27*
Princz J. 28*
Prohászka Z. 3, 24
Pusztai P. 39

R

Rajnic P. 37
Rancz A. 29*
Reiniger L. 38
Reismann P. 26, 39
Rejtő L. 37
Réti M. 24
Rihmer Z. 7
Rózsa Á. 5

S, SZ

Sápi Z. 26, 34, 39
Sármán B. 39
Schandl L. 36, 40
Sikter A. 30*, 31*
Simek Á. 32*
Simonyi G. 19
Sinkovits G. 24
Sipos F. 23, 33*
Sipos L. 38
Stark J. 34*
Sterbenz T. 19
Strelnikov D. 35*
Szakács P. 17
Szegedi L. 27
Székely H. 4
Szemán A. 36*
Szendrei T. 37
Szenes M. 9
Sziráki K. 9
Szita V. 37*
Szlávik R. 26, 39
Szücs N. 26, 38*, 39

T

Takács E. 3
Takács M. 9
Taller A. 3
Temesszentandrás G. 20
Teutsch B. 29
Tomasics G. 40*
Tomesik Z. 13
Torzsa P. 7
Tóth M. 18, 26, 34, 38, 39, 41*
Tóth-Szeles R. 42*
Tőke J. 18, 26, 34, 38, 39*
Tulassay Z. 35, 43
Tulit T. 19

V

Vályi-Nagy I. 24, 37
Varga G. 37
Varga M. 5, 25
Varga Z. 26
Váróczy L. 37
Veres D. 29
Vessal A. 43*
Veszeli N. 20

Vincze Á. 15

Völgyi Z. 9

Vörös K. 7

W

Werling K. 4

Winkler G. 36, 40

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG ELNÖKEI 1966-TÓL

Magyar Imre

Gráf Ferenc

Varró Vince

De Châtel Rudolf 1994–2002

Tulassay Zsolt 2002–2010

Rácz Károly 2010–2016

Szathmári Miklós 2016–

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG KITÜNTETETTJEI

Magyar Belgyógyász Társaság Emlékérem kitüntetést kaptak:

1996. Dr. Varró Vince
1998. Dr. Iványi János, Dr. Lehoczky Dezső
2000. Dr. Rák Kálmán
2002. Dr. de Chatel Rudolf
2004. Dr. Romics László
2006. Dr. Sonkodi Sándor
2008. Dr. Csanády Miklós, Dr. Juhász László, Dr. Nagy Judit
2010. Dr. Nemesánszky Elemér, Dr. Szegedi Gyula
2012. Ebben az évben nem volt kitüntetett
2014. Dr. Kiss László, Dr. Leövey András
2016. Dr. Jakab Lajos, Dr. Nagy Judit
2018. Dr. Pák Gábor
2022. Dr. Rác István

Kelemen Endre Emlékelőadás és Emlékérem kitüntetés

2018. Dr. Tulassay Zsolt
2022. Dr. Szalay Ferenc

TARTSA EVIDENCIÁBAN!



KÉTSZERES HATÓANYAG-TARTALOM NAPI EGYSZERI ADAGOLÁS



- ✓ Igazoltan lerövidítheti a hasmenéses epizódok időtartamát.^{1, 2}
- ✓ Kedvezően befolyásolhatja egyes hasmenés-típusok – pl. szekréciós hasmenések – lefolyásának súlyosságát.^{1, 2, 3}
- ✓ Klinikai vizsgálatokkal alátámasztottan hatásos az antibiotikum-kezeléshez társuló hasmenés (AAD) kezelésében és megelőzésében.^{1, 4, 5, 6}
- ✓ Nem befolyásolja az antibiotikumok farmakokinetikáját és farmakodinámiáját. Így az egyedüli probiotikus gyógyszer, amely minden antibiotikummal egy időben alkalmazható.^{1, 3, 4, 5, 7}
- ✓ In vitro és klinikai vizsgálatokkal alátámasztottan csökkentheti az antibiotikum disszociált *Clostridium difficile* fertőzés kiújulásának kockázatát!^{1, 3, 8, 9, 10}

enterolprobiotikum.hu

A tájékoztatás egészségügyi szakembereknek szól. A gyógyszer részletes alkalmazási előíratát megtekintheti itt: <https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis> Enterol Forte 500 mg belsőleges por.

Van, ami nem várhat!



Enzimpótlás azonnal
Lactase rágótablettával

térítési díj: 100 db / 2183 Ft*



- ✓ GYÓGYSZERKÉNT TÖRZSKÖNYVEZVE
- ✓ OEP TÁMOGATÁSSAL (100 DB)
- ✓ 1 RÁGÓTABLETTA 10 g LAKTÓZ (2 dl TEJ) BONTÁSÁHOZ ELEGENDŐ
- ✓ KÖZGYÓGYELLÁTOTTAKNAK RENDELHETŐ

Hatóanyag: 1 db rágótabletta 34,12 mg laktázt (2000 FCCU) tartalmaz. **Javallat:** laktózintolerancia. **Ellenjavallat:** az alkotórészekkel szembeni gyógyszerérzékenység. **Adagolás:** laktóz tartalmú étkezést megelőzően elrágni. Egy rágótabletta 2 dl teljes tejben lévő laktóz (10 g) feldolgozásához elegendő. **Mellékhatás:** obstipáció, túlérzékenységi reakció. **Gyógyszerkölcsonhatás:** Na- és K-ionok jelenléte fokozhatja a laktáz enzim aktivitását, Ca-ionok és nehézfémek in vitro gátolják az enzim aktivitását. **Lactase rágótabletta 100x térítési díj 2183 Ft*** (fogy. ár: 4851 Ft, támogatás 55%: 2668 Ft). További szakmai információért kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot (OGYÉI/70373/2019), vagy hívja információs irodánkat: Strathmann KG képviselője Telefon: (36-1) 320-2865, email: info@strathmann.hu • Az információ lezárásának időpontja: 2022. február 10.



STRATHMANN

MÉLY VÁLASZ, TARTÓS REMISSZIÓ^{1,2} és HOSSZABB TÚLÉLÉS³ VENCLYXTO[®]-val

CLL-ben
tétéles
finanszírozásban
elérhető!⁴

VENCLYXTO[®]
+obinutuzumab

**1L
CLL**

74%
4 ÉVES PFS ARÁNY

(VEN+O vs. 35,4% Clb+O)²

76%
uMRD ARÁNY

(VEN+O vs. 35% Clb+O; 3 hónappal
a kezelés befejezését követően)¹

**1 ÉVES
FIX IDEJŰ KEZELÉS¹**

VENCLYXTO[®]
+rituximab

**2L+
CLL**

54 HÓNAP
mPFS

(VEN+R vs. 17 hónap BR)¹

64%
uMRD ARÁNY (EoT)¹

(62% VEN+R vs. 13% BR; EoCT)¹

**2 ÉVES
FIX IDEJŰ KEZELÉS¹**

VENCLYXTO[®]
+AZA

**1L
AML**

66,4%
KOMPLETT REMISSZIÓ

(VEN+AZA vs. 28,3% PBO+AZA)³

14,7 HÓNAP
mOS

(VEN+AZA vs. 9,6 hónap PBO+AZA)³

**JELENTŐSEN
ALACSONYABB
TRANSZFÚZIÓ IGÉNY³**

AML: akut myeloid leukémia; AZA: azacitidin; Clb+O: chlorambucil+obinutuzumab; CLL: krónikus limfocitás leukémia; mOS: medián teljes túlélés; PBO: placebo; mPFS: medián progressziómentes túlélés; VEN: VENCLYXTO[®]; VEN+O: VENCLYXTO[®]+obinutuzumab; VEN+R: VENCLYXTO[®]+ rituximab; EoT: A 24 hónapos kezelés végén, EoCT: A kombinációs kezelés végén; uMRD: nem kimutatható minimális reziduális betegség; BR: bendamusztin+rituximab

Hivatkozások:

1. VENCLYXTO[®] (venetoklax) alkalmazási előírás, https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/venclyxto-epar-product-information_hu.pdf
2. Othman Al-Sawaf, Can Zhang, Sandra Robrecht et al. Venetoclax-obinutuzumab for previously untreated chronic lymphocytic leukemia: 4-year follow-up analysis of the randomized CLL14 study. EHA Library. Al-Sawaf O. 06/09/21; 324554; S146
3. DiNardo CD et al. N Engl J Med 2020;383(7):617-629.
4. 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 2022. február 4-én hatályos változata

VENCLYXTO[®] 10 mg, 50 mg és 100 mg filmtabletta (venetoklax)

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/venclyxto-epar-product-information_hu.pdf
Forgalomba hozatali engedély jogosultjának helyi képviselője: AbbVie Kft., 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 7. Telefonszám:+36 1 455 8600. www.abbvie.hu

A VENCLYXTO[®]/rituximab kombinációs kezelés, valamint a VENCLYXTO[®] monoterápia 2020. január 15-től, a VENCLYXTO[®]/obinutuzumab kombinációs terápia 2022. január 1-től a 9/1993 NM Rendelet 7/b13. indikációs pontja alapján tétéles finanszírozás alá eső kezelés. A VENCLYXTO[®] hipometilláló szerekkel kombinálva jelenleg közfinanszírozásban nem részesül.

A közfinanszírozás alapjául elfogadott árak: VENCLYXTO[®] 10 mg (14x): 23 139 Ft, térítési díj: 0 Ft; VENCLYXTO[®] 50 mg (7x): 56 288 Ft, térítési díj: 0 Ft; VENCLYXTO[®] 100 mg (7x): 111 536 Ft, térítési díj: 0 Ft; VENCLYXTO[®] 100 mg (14x): 222 033 Ft, térítési díj: 0 Ft; VENCLYXTO[®] 100 mg (112x): 1 771 412 Ft, térítési díj: 0 Ft
Forrás: www.neak.gov.hu. Az aktuális árak megtalálhatók a www.neak.gov.hu oldalon.

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelentsenek bármilyen feltételezett mellékhatást.

* <https://huphar.org/en/> Letöltés dátuma: 2022. június 13.