

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG 48. NAGYGYŰLÉSE

**Hotel Mercure Budapest Castle Hill
1013 Budapest, Krisztina Krt. 41–43 (Déli pályaudvarnál)**

2021. november 18–20.

PROGRAM

2021. 11. 18., CSÜTÖRTÖK

- 9.00 óra Megnyitó
- 9.10–10.10 **Immunológia és szepszis**
Üléselnökök: Szekanecz Zoltán, Debrecen
- 09.10 **A köszvény és az autoinflammáció**
Szekanecz Zoltán, Debrecen
- 09.30 **Szisztémás autoimmun kórképek – újdonságok**
Tarr Tünde, Debrecen
- 09.50 **Hogyan győzzük le a szepszist?**
Molnár Zsolt, Pécs-Budapest
- 10.15–11.15 **Hematológia és onkológia**
Üléselnökök: Masszi Tamás, Budapest, Illés Árpád, Debrecen
- 10.15 **Csontvelő-transzplantáció. Jelen és jövő**
Gergely Lajos, Debrecen
- 10.35 **Molekuláris diagnosztikán alapuló onkológiai kezelések**
Dank Magdolna, Budapest
- 10.55 **Lymphomák 2021**
Demeter Judit, Budapest
- 11.15–11.30 *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
- 12.40–13.00 **Kelemen Endre emlékelőadás**
Üléselnök: Tulassay Zsolt, Budapest
- Kelemen Endre 1921–2000**
Szalay Ferenc, Budapest
- 13.00–13.30 *Ebédészünet*

- 13.30–14.30 **Novo Nordisk szimpózium**
100 éves az inzulin: Inzulinkezelés kinek és miként?
 Üléselnök: Professzor Dr. Kempler Péter
- Az életmentéstől a személyre szabott terápiáig**
Hosszúfalusi Nóra, Budapest
Szövődmények megelőzése hatékonyan és biztonságosan
Katona Éva, Budapest
- 14.30–15.30 **MBT Északkelet-magyarországi Szakcsoport programja**
 Üléselnökök: Illés Árpád, Debrecen, Altorjay István, Debrecen
- 14.30 **Elmúlt évek sikerei a hematológiában**
Illés Árpád, Debrecen
- 14.50 **Új irányzatok a gasztroenterológiában**
Altorjay István, Debrecen
- 15.10 **Endokrinológia – új kezelési lehetőségek**
Nagy V. Endre, Debrecen
- 15.30–16.15 **Bayer Hungária Kft. szatellita szimpózium**
Magas kockázatú szív- érrendszeri betegek vaszkuláris védelme
 Üléselnök: Prof. Dr. Pécsvárad Zsolt, Kistarcsa
- Hypertonia és pitvarfibrilláció – mire figyeljünk?**
Benczúr Béla, Szekszárd
Daganat okozta thrombosis antikoagulációs kezelése az új irányelvek mentén
Nagy András Csaba, Budapest
- 16.15–16.45 **Rezidensek fóruma**
 Üléselnök: Szathmári Miklós, Budapest
- Középaorta szindróma okozta szekunder hypertonia egy fiatal felnőtt betegben. Esetismertetés**
Sumánszky Csaba, Budapest
Parathyroid adenoma, egy új manifesztáció Li–Fraumeni-szindrómában
Kövesdi Annamária, Budapest
Ritka betegség, ritka veseszövődménnyel
Móczár Eszter, Budapest
- 17.00–18.00 **A SZEKCIÓ (Mátyás terem)**
Bejelentett előadások
 Üléselnökök: Schandl László, Budapest és Lajosné Major Zsuzsanna, Nyíregyháza
- DIABETES
- 17.00 **PANCREATECTOMIZÁLT BETEGEK DIABETESÉNEK KEZELÉSÉVEL NYERT TAPASZTALATAINK**
 Szemán A.¹, Arapovicsné Dr. Kiss K.¹, Schandl L.¹, Winkler G.¹, Grosz A², 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, FrankelLeó u. 17–19.², Sebészet, Országos Onkológiai Intézet 1122, Budapest, Ráth György u. 7–9.³*
- 17.10 **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 1–3.¹*

- 17.20 **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

- 17.30 **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

- 17.40 **ELÉG ADAT ÁLL RENDELKEZÉSRE AZ ESSZENCIÁLIS HYPERTONIA OKAINAK FELTÁRÁSÁRA?**

Sikter A.¹, *Szentendre Város Egészségügyi Intézményei, Belgyógyászat¹*

B SZEKCIÓ (főemelet, Szt. László terem)

Bejelentett előadások

HEMATOLÓGIA/IMMUNOLÓGIA/VEGYES

Üléselnökök: Müzes Györgyi, Budapest és Sipos Ferenc, Budapest

- 17.00 **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, *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*

- 17.10 **AUTOIMMUN PARANEOPLASZIÁS NEUROLÓGIAI SZINDRÓMA**

Müzes 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*

- 17.20 **DILATATÍV CARDIOMYOPATHIA ÉS POLIAUTOIMMUNITÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI**
Sipos F.¹, Müzes G.¹, *Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest¹*

- 17.30 **NSAID INDUKÁLTA PSEUDOALLERGIÁS REAKCIÓ KIVÁLTOTTA TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHIA**

Polocsányi B.¹, Szegedi L.¹, *Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház I. Belgyógyászat¹*

- 17.40 **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*

2021. 11. 19., 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, Herszényi László, Budapest
- 11.00 **A vastagbél-daganatok szűrése Magyarországon**
Szepes Zoltán, Szeged
- 11.20 **Hepatitisek**
Hunyady Béla, Pécs–Kaposvár
- 11.40 **Tüdőbetegségek – Kihívás a belgyógyász számára**
Müller Veronika, Budapest
- 12.00–13.00 **TEVA szimpózium**
Interdiszciplináris beszélgetés
A szív vagy a gyomor? Avagy hogyan dolgozik együtt a kardiológus és a gasztroenterológus
Becker Dávid, Budapest, Herszényi László, Budapest
- 13.00–13.30 *Ebédszünet*
- 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
- Post-COVID szindróma – mit is jelent, mi a teendő?**
Herszényi 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**
Bessenyei Attila, Gadó Klára, Budapest
- 16.20–16.50 **Közgyűlés**
Kitüntetés átadása, kapja Rác István, Győr
- A SZEKCIÓ (Mátyás terem)**
Bejelentett előadások
- 17.00–18.00 **COVID**
Üléselnökök: Meskó Éva, Budapest és Firneisz Gábor, Budapest
- 17.00 **COVID-19 FERTŐZÉS KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK A MOHÁCSI KÓRHÁZBAN. A RIZIKÓFAKTOROK SZEREPE**
Késői I.¹, Kruzslíc 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, *SE Min. invazív és egynap. Seb. Klin. Belgyógy. Angiológiai Szakrendelés. Budapest¹, IMS/International Medical Service/ Budapest. III.²*
- 17.20 **A SZÍV-ÉR RENDSZERI MEGBETEGEDÉSBN SZENVEDŐ HAJLÉKTALANOK ELLÁTÁSA A COVID-19 JÁRVÁNY ALATT**
Simek Á.¹, *SE Népegészségtani Intézet¹*
- 17.30 **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, *Semmelweis Egyetem I. Sz. Sebészeti és Intervenciós Gasztroenterológiai Klinika¹*
- 17.40 **A 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. Belgyógyászat¹, Zala Megyei Szent Rafael Kórház I. Belgyógyászat², Zala Megyei Szent Rafael Kórház Radiológiai Osztály³, Keszthelyi Kórház Rehabilitációs Osztály⁴*
- 17.50 **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, Föhrhécz 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, *¹Ramgen Zrt., Budapest, ²Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, ³Dél-pesti Centrumkórház Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, ⁴Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, ⁵Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet*

18.00–18.50 **Endokrinológia**

Üléselnök: Szücs Nikolett, Budapest és Tőke Judit, Budapest

18.00 **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*

18.10 **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*

18.20 **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*

18.30 **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*

18.40 **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, ²Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, ³Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, ⁴Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, ⁵Semmelweis Egyetem Nukleáris Medicina Tanszék*

B SZEKCIÓ (főemelet, Szt. László terem)

Bejelentett előadások

17.00–18.20 **Gasztroenterológia**

Üléselnökök: Varga Márta, Békéscsaba és Horváth Gyula, Gyöngyös

17.00 **EGY HATÉKONYABB ENDOSZKÓPIÁS ELŐKÉSZÍTÉS A NEM VARIX EREDETŰ FELSŐ GASTROINTESTINALIS 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, Gyöngyös I,
 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 **HAEMOSUCCUS PANCREATICUS, AZ OBSKURUS GI VÉRZÉS RITKA OKA
 (ESETBEMUTATÁS)**
 Nyikos O.¹, Izbéki F.¹, Vajda Z.², *I. Belgyógyászat, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató
 Kórház, Székesfehérvár¹, Radiológiai Osztály, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház,
 Székesfehérvár²*
- 18.00 **AZ AKUT 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 Pankreasz Betegségek Részlege*~~ *²PTE ÁOK, Transzlációs Medicina intézet, ³PTE KK
 I. sz. Belgyógyászati Klinika, ⁴PTE KK Orvosi Képző Kórház, ⁵PTE KK Sebészeti Klinika*
- Ki a ???
- 18.10 **GASTROESOPHAGEALIS 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*
- 18.20–18.50 **VEGYES TÉMÁK**
 Üléselnök: Szalay Ferenc, Budapest
- 18.20 **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*
- 18.30 **FAMILIÁRIS AMYLOID POLYNEUROPATHIA. ESETISMERTETÉS**
 Birtalan K.¹, Takács E.¹, Arányi Z.², Prohászka Z.³, Fecske É.⁴, Taller 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*
- 18.40 **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*

2021. 11. 20., SZOMBAT

- 8.15–9.00 **Interaktív esetmegbeszélések**
Moderátorok: Magyar Anna, Budapest, Szalay Ferenc, 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 **A microbiom szerepe belgyógyászati betegségekben**
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
- 10.20–11.00 *Szünet*
- 11.00–12.20 **State of art előadások II.**
Üléselnökök: Merkely Béla, Budapest, Lengyel Csaba, Szeged
- 11.00 **Kardiológia: Strukturális intervenciók**
Merkely Béla, Budapest
- 11.20 **A dekompenzált májzsugor kezelése**
Papp Mária, Debrecen
- 11.40 **Várandósság és a belgyógyászat**
Patai Árpád, Szombathely
- 12.00 **Célszerv védelem a diabeteses betegekben**
Lengyel Csaba, Szeged
- 12.20–13.30 *Ebédészünet*
- 13.30–15.30 **Családorvosi szekció ülése**
Üléselnökök: Kalabay László, Budapest és Varga Albert, Szeged
- 13.30 **Különböző kardiovaszkuláris rizikó pontrendszereken és a pulzushullám terjedési sebességén alapuló artériás életkorszámítási módszerek összehasonlítása**
Nemcsik János, Örs vezér téri háziorvosi rendelő, Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest
- 13.45 **Hypertonia szakellátóhelyek a magasvérnyomás-betegek gondozásának segítésében**
Ádám Ágnes, Zuglói Egészségügyi Központ, Hypertonia Centrum, Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest
- 14.00 **A kardiovaszkuláris megbetegedésben szenvedő hajléktalanok ellátása a COVID-19 járvány alatt**
Simek Ágnes, Oltalom Karitatív Egyesület Kórház-Rendelő, Semmelweis Egyetem ÁOK Népegészségtani Intézet és Családorvosi Tanszék, Budapest
- 14.15 **Praxisközösségek az alapellátásban**
Princz János, Pécsi Tudományegyetem ÁOK Alapellátási Intézet, Pécs
- 14.30 **A depresszió és a szorongás szűrése a cukorbetegség körében**
Hargittay Csenge, Torzsa Péter, Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest
- 14.45 **Egyes gyulladáshoz vezető paraméterek szérumszintjének változása C1-inhibitor hiányos hereditár 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
- 15.00 **A háziorvostan szakorvosképzés időszerű problémái**
Kalabay László, Semmelweis Egyetem ÁOK Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Családorvosi Tanszék
- 15.15 **Megbeszélés, vita**
Zárszó

ELŐADÁSOK ÖSSZEFOGLALÓI

(az első szerző szerint ábécérendbe sorolva)

1. DEMENCIA A BELGYÓGYÁSZATI GYAKORLATBAN

Besenyey A.¹, Gadó K.²

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

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

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. A demens beteg időben történő kiszűrése, a betegség progressziójának lassítása, a differenciáldiagnosztika kihívásai a belgyógyászati munka komplexitását növelik.

Jól ismert Alzheimer- és vaszkuláris típusú demenciák mellett a nem degeneratív idegrendszeri betegségek hátterében számos belgyógyászati betegség húzóhat 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 képzelt eredményére, ami diagnosztikai hiányosságokhoz, reverzibilis kórállapotok elszikkadásához 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 ellátást egyaránt megnehezíti. Reverzibilis okok megszüntetése a beteg mentális statusának javulásához, a megbiztonság és életminőség javulásához vezet, ami hosszabb távon az egészségügyi ellátásra nehezedő terhet csökkenti.

2. 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*

²*Neurológia Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

³*Belgyógyászati és Hematológiai Klinika Kutatólaboratóriuma, Budapest*

⁴*Patológiai 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 fehérjéket 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 pozitívitas 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 vettünk a bal vádli, has és jobb felkar területéből. Kongóvírősfestéssel a bőrben amyloid lerakódásokat találtunk. Tipizálás során transthyretin-associált amyloid polyneuropathiát, génszekvenálás során pVal50Met mutáció találtunk. A mutáció öröklődő jellege miatt a családot is leszűrtük. A család többsége rendelkezik a mutációval, de manifeszt amyloidosisra utaló klinikum jelenleg nincsen.

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

3.

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.v, Werling K.¹

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

Bevezetés: Nemzetközi adatok alapján a COVID-19 fertőzöttek 10%-ánál gastrointestinalis 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 gyógyult és elhunyt betegek enzimszintjeinek heterogenitását Fisher-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 gastrointestinalis 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.

4.

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

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 szakmaspecifikus 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 vézsforrást nem találtunk, ezért vékonybél kapszula endoszkópos vizsgálatot 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 metastasist nem igazolt. Szegedi dermatoonkoteam véleménynek megfelelően, BRAF mutációt mutató disszeminált melanomára, szisztémás BRAF + MEK inhibitor kezelést kap a beteg, és az eddig negatív eredményű restaging vizsgálatok biztatóak.

Egy 79 éves, agyi infarktusok talaján demenciát szenvedett nőbetegét, a Rehabilitációs osztályról vettünk át haematochezia miatt. Ügyeleti időben kolonoszkópiát végeztünk. A bal colonsigmoid területén makroszkóposan szegmentális ischaemia jeleit észleltük, a jobb colonsigmoid megkíméltnak mutatkozott. Ellenben az appendix nyílása szokatlanul prominens, ödémás, gyulladt megjelenésű volt, amihez fokozatosan kialakuló lokális defenstis társult. Urgens hasi CT során az appendicitis mellett felvetették szolid tumor gyanúját. Akut has indikációval sebészeti exploráció történt. A caecum kupolában egy 2,2x2 cm-es

malignusnak tűnő térfoglalás miatt jobb oldali hemicolectomiát végeztek. A műtéti 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, hypertóniás, 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 szenzitizált, 28 × 1,8 Gy összdózisú radiokemoterápiát kap, octreotid depot készítmény mellett. Október közepén lesz esedékes a restaging szerint kontroll onkoteam szakvéleményezése, operálhatóság elbírálása.

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

5. A VÉRALVADÁS VÁLTOZÁSA IDŐSKORBAN

Gadó K.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Geriátriai és Ápolástudományi Központ*

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 thromboemboliás 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 törékeny egyensúlyát. Időskorban gyakoribbak azok a kórképek, amelyek alvadásgátló és/vagy trombocitaaggregációgátló kezelést igényelnek (pitvarfibrilláció, koszorúérbetegség, atherosclerosis). A megfelelő terápiás döntés azonban sokszor nem könnyű. A kórházban fekvő idős betegek (belgyógyászati és sebészeti osztályokon egyaránt) thrombosiskockázata általában fokozott, ami tromboprofilaxis alkalmazását teszi szükségessé. Fontos a véralvadási paraméterek, az egyes szervfunkciók,

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 trombocitaaggregáció-gátlás alkalmazása csak kivételes helyzetben ajánlható.

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

6. A HANGULATZAVAROK ELŐFORDULÁSA ÉS SZÉNHYDRÁTHÁZTARTÁSRA 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 cukorbetegség körében, ami kihat a betegek szénhidrátháztartására, a terápiás adherenciájára és a szövődmények kialakulására. Az új háziorvosi törzskartonnak része a depressziós tünetegyüttes szűrése a rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja volt a háziorvosi praxisokban a depresszió és a szorongás prevalenciájának felmérése a 2-es típusú cukorbetegség 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 átlagéletkor $64,0 \pm 11,5$ (\pm 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 ($HbA_{1C} \geq 7\%$) 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 cukorbetegség körében gyakoriak a hangulatzava-

rok. 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 cukorbetegség eredményesebb kezelésére.

7.

A TUMOROS CACHEXIA METABOLIKUS EGYENSÚLYZAVARA ÉS TERÁPIÁS CÉLPONTJAI 2021 – UPDATE

Harisi R.¹, Prof Jeney A.¹

¹*Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet*

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 halálokként. A tumoros cachexia összetett tünetegyüttesrel 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 anti cachexiás készítmények a fenti anyagcsere-folyamatok normalizálására irányulnak. A CACS kezelésében paradigmaváltás következett be, a hagyományos táplálásterápiát és a táplálékkiégésítő adagolását felváltotta a gyógyszeres kezeléssel kombinált táplálásterápia és táplálékkiégésítő 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.

8.

A 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

¹*Zala Megyei Szent Rafael Kórház II. Belgyógyászat*

²*Zala Megyei Szent Rafael Kórház I. Belgyógyászat*

³*Zala Megyei Szent Rafael Kórház Radiológiai Osztály*

⁴*Keszthelyi Kórház Rehabilitációs Osztály*

Bevezetés: Az új koronavírus okozta világvárvány alaposan próbára tette az egészségügyi rendszereket. A respirátorterápiát igénylő súlyos fertőzéseknel 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 miatt primer hyperparathyreosis manifesztálódott. Módszerek: Az adatok feldolgozását a beteg egészségügyi dokumentációi alapján végeztük.

Eredmények: Betegünk mintegy egyhónapos intenzív osztályos kezelés alatt a klinikai képet a légúti fertőzéssel járó sepsis, többszervi elégtelenség uralta. A jelentkező fokális görcstevékenységek háttérben neuroinfekció szerepe is felmerült. Az enyhe hypercalcaemia akkor lett szembetűnő, amikor anaemia miatt végzett hasi CT-n exsudatív pancreatitisnek megfelelő képet írtak le. Javuló pulmonalis status mellett Gasztroenterológiai osztályunkon hasnyálmirigy-gyulladás adekvát kezelését megkezdtuk. 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 társszakmák 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.

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

Héthelyi B.¹, Galambosi B.²

¹Semmelweis Egyetem, Farmakognóziai 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 rosa-vid) tartalmaz. Első írásos emléke i. e. 77-ből ered, 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, gastrointestinalis 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 molekulacsoportot, amely a hatásért felel. Ahhoz, hogy a megnövekedett növényi alapanyagigényt ki lehessen elégíteni, meg kellett oldani a növény termesztését. 1994-ben kezdte meg Galambosi Bertalan magyar kertészmérnök az Agrifood Research Intézetben az ezirányú kísérleteket. Napjainkra már világszerte termesztik a *Rhodiola rosea* növényt, így Mikkeliben (Finnország) is. A Semmelweis Egyetem Farmakognózia Intézetében 2000-ben kezdtük meg a rózsagyökér rhizoma fitokémiai és tömegspektrometriás vizsgálatát, az illóolaj és a szterol komponensek azonosítását AGILENT típusú tömegspektrométer készüléken. Vizsgálatainkkal megállapítottuk, hogy származási helytől függően változik a rosavinek mennyisége a mintákban: 4,6 mg/g – 8,2 mg/g, a drog keserű értéke (5000–15 000), valamint illóolajuk két fő komponensének, a myrtenolnak (14–35%) és a gerániolnak (18–62%) az aránya. A finn és komi származású rhizomák 5–8% campesterol és 25–35% sitosterol komponenst tartalmaznak. 1969-től a Szovjet Pharmacopeia engedélyezte 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 tanulási folyamat és a memorizálás fenntartásában. Hazánkban norvég eredetű Rózsagyökér kapszula és finn Dynaforce tablettát kapható.

10. „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 epeköileus klinikai jellegzetességeit. Hasi görcs, haskőrfogat-növekedés, hányás, széklethabitus megváltozása, jelentős fogyás panaszokkal jelentkezett a beteg osztályunkon. Előzményében az epeköibetegség már évek óta ismert volt, két nagy hólyagkővel. 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 vékonybél ileus mechanicus alakult ki, mely miatt sürgős műtét történt. Ennek során a 2 (2 × 2 cm) epekő okozta ileust sikerült megoldani, melyek a Bauhin-billentyűbe 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 epeköileusra gondolni. Képanyagunk jól illusztrálja a meglepő endoszkópos megjelenést.

11. A GYOMOR ÉS COLON SZEKUNDER TUMORAIRÓL EGY ESETÜNK KAPCSÁN

Horvát G.¹, Makai G.²

¹Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály

²Endoszkópos labor, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös

A tápcsatorna primer tumorai a vezető halálokok közé tartoznak. A szekunder tumorok aránylag ritkán fordulnak elő a nyelőcső, a gyomor, a 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 rectumtumorról. A staging endoszkópiák során a gyomor felső harmadában észleltünk nagy kiterjedésű tumort, mely mellett a gyomor többi részében volt többszörös gyomorfallal és a colon minden régiójában kifeléelyesedő colonfallal metastasis, melynek szövettani vizsgálata minden lokalizációban azonos, pecsétgyűrű sejtes 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, emlő. Az esetünk igazolja azt, hogy a műtét és/vagy onkoterápiás kezelés előtt miért van jelentősége az ún. stagingnak.

12. GASTROESOPHAGEALIS 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

Bevezetés: A dentális erózió (DE) a gastroesophagealis reflux betegség (GERD) egyik szájüregi tünete lehet. A DE kapcsán sav hatására irreverzibilis keményszövetvesztés, 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 gyógyszereszedéstől 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 végzünk. Az esetleges DE extrinsic eredetét, valamint a fogyasztási- és szájhygiénés 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 és munkatársai által kifejlesztett, teljesen anaerob, ezáltal CO₂-vesztésmentes rendszer segítségével mért értékekkel.

Következtetések: A kifejlesztett szemianerob módszer egyszerű kivitelezést tesz lehetővé, ugyanak-

kor alkalmas lehet a vizsgált nyálparaméterek pontos meghatározására.

13. 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%-ban 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, antibiotikumszedési és a kórokozók antibiotikumrezisztencia-viszonyait felmérő vizsgálat.

Eredmények: A vizsgált időszakban 649 beteget láttunk el akut hólyaghuruttal. 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 rezisztenciaaránya 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* rezisztenciaarányai a következők: penicillinekre 62,5%, cephalosporinokra 8,9%, kinolonokra 8,3%. Multirezisztens kórokozót 9 esetben (3,6%) találtunk. Fosfomicinérzékenység 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 rezisztenciaviszonyai 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 stratégiájára és annak változásaira kívánunk rávilágítani.

14.

AZ AKUT 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 Képzőképző Klinika

⁵PTE KK Sebészeti Klinika

Bevezetés: Az akut pancreatitis (AP) az egyik leggyakoribb akut felvételt igénylő gasztroenterológiai kórkép, súlyos formájának 20–50%-os a mortalitása. A korai halálozásért a citokinvihar, míg a késői halálozásért 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 Pankréász Betegségek Részlege (PBR) célul tűzte ki az AP-es betegek korszerű, multidiszciplináris alapokon nyugvó kezelését, és az ehhez szükséges feltételek biztosítását.

Eset: Az 59 éves férfi betegnél görcsös, hátba sugárzó hasi fájdalom hátterében AP igazolódott. Emelkedett transzaminázok miatt biliáris eredet merült fel. Magas gyulladási paraméterek miatt a terápiát antibiotikummal egészítettük ki. A beteget romló állapota (BISAP: 5 érték) miatt szubintenzív osztályra helyeztük át. Colangitis miatt tervezett első ERCP duodenum oedema következtében sikertelen volt. Stagnáló állapota, a romló gyulladási paraméterek kontroll CT-t indokoltak. A felvételen 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. A kontroll hasi CT-felvételen progrediáló pseudocysta és letokolt folyadékgyülemek ábrázolódtak. Tíz napos 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 fecalis* okozta fertőzést igazolt. Ismételt imipenem adása mellett láztalanodott, a gyulladási paraméterek regrediáltak. Sebészeti konzíliumot követően elvégeztük az első minimálinvazív necrosectomiát a PTE-n. A kezelést követően a beteget szövődménymentesen, jó általános állapotban bocsájtottuk otthonába. Konklúzió: Az AP-t és szövődményes eseteit multidiszciplináris szemléletű központban kell kezelni, ahol lehetőség van endoszkópos, intervenciós radiológiai és akár sebészeti ellátásra is, valamint szükség esetén az intenzív osztályos terápia is

biztosított. Ezeket a feltételeket valósítja meg a PBR egy területi egységben belül.

15.

A HÁZIORVOSTAN SZAKORVOSKÉPZÉS IDŐSZERŰ PROBLÉMÁI

Kalabay L.¹

¹Semmelweis 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 jelentős 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 elöregedés 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 realitás finanszírozásnak és a praxisközösségek jövőbeli megtartó erejének.

16.

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

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

¹Mohácsi 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 összefüggését a betegség kimenetelével. 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 szívégtelenség 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.

17. 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

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 somatostatin analógok (SSA) bevezetése óta a CHD prevalenciája 20%-kal csökkent. A carcinoid szívbetegség többnyire aszimptomatikusak, vagy enyhe tünetek vannak. A carcinoid szindrómás esetek 20%-ában a szívérintettség az első manifesztáció. Echokardiográfiás vizsgálattal megvastagodott, csökkent mobilitású tricuspidalis billentyű látható, amely akár szignifikáns insuffitientitást 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 tünetei dyspnoe és gyengeség voltak, a CHD volt a neuroendokrin daganatuk első manifesztációja. Egy 37 éves nőbetegnél multiplex májme-

tastasisokat találtak, a primer tumort nem sikerült azonosítani, szövettani vizsgálat az áttétből neuroendokrin daganat áttétét igazolta. SSA és DOTATOC kezelést követően a tünetei fokozatosan szűntek. A másik, 67 éves nőbetegnél ovarialis carcinoidot diagnosztizáltak, amely CS-t okozott, májérintettség nélkül. A daganatot sebészi úton eltávolították, ezt követően a beteg panaszai megszűntek.

Következtetések: A somatostatin analógok csökkentik az 5-HIAA szintet és ezáltal a CS tüneteit. A májmetastasisok sebészi 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.

18. 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: A sportolói hirtelen szívhalál (HSZH) bár nagyon ritka (prevalenciája 0,5–1/100 000 sportolói év), mégis nagy médiavisszhanggal jár. Legtöbbször kamrafibrilláció tételezhető fel mint halálok. Nem vizsgálták sportágak szerint, illetve 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 PubMed és Google adatbázisokban megjelent szakcikkeket.

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 bizonyítottuk: 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 sportolóknál (83%), akiknél az edzés kevesebb stresszel jár; c) az 5, bemelegítés közben történt HSZH esetében, illetve 16 szakozói 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 alul-edzettsége állt. A csapatsportolók közül 79 fő veszítette életét edzésekörülmények között, ami jelzi, hogy a csapatsportoknál edzésen is szükséges biztosítani az újraélesztés feltételeit. Sarlósejtes anaemiában ismeretlen 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 sportolóknál 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.

19. EGYES GYULLADÁSOS PARAMÉTEREK SZÉRUMSZINTJÉNEK VÁLTOZÁSA C1-INHIBITOR HIÁNYOS HEREDITAER ANGIOOEDEMÁBAN

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

¹Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék

²Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika

³Betegápoló Irgalmasrend, Budai Irgalmasrendi Kórház

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

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

Előzmények, célkitűzés: A házi orvosok számára is fontos a ritka kórképek, így a C1-inhibitor-hiányos hereditaer 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 hereditaer 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 szérumban fetuin-A, C-reaktív protein (CRP), tumor nekrozis faktor alfa (TNF-alfa), illetve D-dimer szinteket. A humán fetuin-A egy többfunkciós glükoprotein, ami a proteináz inhibitorok cisztatin szuperfamilijába tartozik. Az akut fázis reakciókban gyulladásátló szerepet tölt be.

Betegek és módszerek: 25 C1-INH-HAE beteg (8 férfi, 17 nő, életkor: $33,1 \pm 6,9$ év, átlag \pm SD) szérumban mintáit vetettük össze 25 egészséges kontrollszeméllyel (15 férfi, 10 nő, életkor: $32,5 \pm 7,8$ év) szérumával.

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

Következtetés: A C1-INH-HAE betegeket a tünetmentes időszakban csökkent szérumban fetuin-A koncentráció jellemezte. Figyelembe véve a fetuin-A gyulladáscsökkentő tulajdonságát, koncentrációjának roham alatti emelkedése hozzájárulhat a roham alatti ödémakialakulás gátlásához.

20. AZ ÉRGONDOZÁS SZEREPE A COVID-19 JÁRVÁNY IDEJÉN

Meskó É.¹

¹SE Min invazív és egynap. Seb Klin. Belgyógy.

Angiológiai Szakrendelés. Budapest

²IMS /International Medical Service/ Budapest. III.

A váratlanul ránk törő COVID-járvány a diagnózis, a terápia, a rehabilitáció és a gondozás számos területének átgondolását igényelte az angiológiai gyakorlatban. Vizsgálatainkat 300, általunk több éve kezelt, illetve az elmúlt 5 évben ambulanciánkon ellenőrzött betegen végeztük. Kétszázat Pest megye vonzáskörzetéből, százat a Budapest III. kerületi orvosi rendelőkből utaltak be. 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, illetve 6 havonta végzett vizsgálattal rögzítettük. Szükség 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 kolléganőnk soron kívül ellátta a sürgős eseteket. Az ambulanciát vezető szakorvosunk folyamatosan telefonon elérhető volt. Fontos szerepe volt asszisztensünknek komoly gyakorlati képzettségével.

Eredményeink: módszerünk eredményességét igazolta betegeink ér állapotának stabilizálódása. Lehetőségünk nyílt újszerű diagnosztikai és terápiás gondolatmenet alkalmazására. A szükséges tennivalók végül

is a gyakorlat rutinjával, kiemelkedő eredménnyel érvényesültek a COVID-járvány idején.

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

21.

RITKA BETEGSÉG, RITKA VESESZÖVŐDMÉNNYEL

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

¹Péterfy Kórház-rendelőintézet és Manningér Jenő Országos Traumatológiai Intézet

²Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet

³Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet

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

Betegek és módszerek: A 43 éves férfibeteget súlycsökkenés, fáradtság és diffúz ödéma miatt utalták osztályunkra. A kórtörténetében hypertonia szerepelt, felvételét megelőzően makroszkópos haematuria miatt kezelték, amelynek hátterében *E. coli* okozta fertőzés véleményeztek. A laboratóriumi eredmények gyorsult süllyedést, súlyos normocyter anaemiát, veseelégtelenséget, hypalbuminaemiát és csökkent c3- és c4-szintet mutattak, vizeletvizsgálatában nephrotikus szintű proteinuria, mikroszkópos haematuria volt megfigyelhető. Az autoimmun szerológiában atipikus antineutrofil citoplazmatikus antitest (ANCA) volt pozitív, a vírusszelológiai (HIV, HBV, HCV) negatívak voltak. A hasi ultrahang hepatosplenomegaliát igazolt. A nephrotikus mértékű proteinuria miatt vesebiopsziát végeztünk, a szövettani diagnózis glomerulosclerosis volt, félhold képződéssel járó nephropathiával. A szérum immunoelektroforézise IgM csúcsot mutatott. A csontvelő-biopszia WM-t igazolt. A beteg plazmaferezisben, majd kemoterápiában részesült, amellyel remissziót értek el. Bár a hematológiai betegség jól reagált a kemoterápiára, veseelégtelensége progrediált, így krónikus hemodialízist kezdtünk.

Eredmények: A WM vese érintettsége ritka, és a végstádiumú vesebetegség kialakulása még ritkább. Betegünknel a WM-hez kapcsolódó nephrosis szindrómát igazoltunk, amely rapídan progrediáló glomerulonephritis révén végstádiumú vesebetegséggé alakult. A szakirodalom áttekintését követően azt találtuk, hogy a rosszindulatú limfoproliferatív betegségek ritkán okoznak félholdképződéssel járó nephropatiát.

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.

22.

AUTOIMMUN PARANEOPLASIAS NEUROLÓGIAI SZINDRÓMA

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

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati

és Hematológiai Klinika, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Budapest

³Országos 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 beteg 0,1–1%-át érinti. Idegrendszeri tünetek hónapokkal/évekkel megelőzik a malignitás nyilvánvalóvá válását.

Esetleírás: 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 szenomotoros, demyel. perifériás neuropathiára (SMN) utalt. Ismételt koponya/gerinc MRI neg. Lp során magasabb ö.fehérje, intakt vér-agy gát, illetve oligoclonalis gammopathia formájában intrathecalis IgG-szintézis igazolódott. Immunológiai kivizsgálása az SMN hátterében immunpatológiai kórkép gyanújával történt. Syst. autoimmun betegség, illetve gammopathia, NHL kizárható volt. A szérum paraneoplasias markerek 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 szövettan malignus germinómát, pr. mediastinalis seminómát (PMS) bizonyított: a beteg BEP kemoterápiában részesült. Neurológiai tünetei alig változtak. Kontroll PET neg., ám a szérum/liquor anti-Hu változatlanul pos. IVIG th. után a neuropathia tünetei regrediáltak, együttesen az idegvezetés javulásával. Aktuálisan azathioprin + kortikoszteroid immunszuppresszióban részesül. Tumorrecidíva, 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 kórképeket 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.

23.

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,
Förhécz 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

¹Ramgen Zrt., Budapest

²Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati
és Hematológiai Klinika

³Dél-pesti Centrumkórház Országos Hematológiai
és Infektológiai Intézet

⁴Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív-
és Érgyógyászati Klinika

⁵Semmelweis Egyetem, Farmakológiai
és Farmakoterápiás Intézet

Előzmények: Az elhízás és a nem alkoholos zsírmáj-
betegség (NAFLD) olyan ismert kockázati tényezői a
súlyos lefolyású COVID-19 betegségnek, amelyek ma-
gasabb szérumban dipeptidil-peptidáz 4 (DPP4) aktivitás-
sal társulnak. A 2-es típusú cukorbetegségben alkal-
mazott DPP4-gátlók hatását vizsgálják COVID-19-
ben is.

Résztevők és módszerek: Obszervációs, retro-
spektív 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 szérummintá-
ban. Szolubilis szérumban DPP4 (sDPP4) aktivitás meg-
határozása microplate alapú, enzimkinetikus mérés-
sel (Gly-Pro-pNA szubsztrát alkalmazásával) n = 182
mintában sikeres. Az eredményeket COVID-19 sú-
lyossági csoportok szerint elemeztük (heveny COVID-
19 betegség esetén 4, plazma donorkor esetén 2, WHO
kategórián alapuló csoport került kialakításra).

Eredmények: A sDPP4 aktivitás szignifikánsan kü-
lönbözött a vizsgálati csoportokban: heveny fertözöt-
tek (n = 100, medián = 23,24 U/L [IQR 17,8–30,34])
vs. nem heveny fertözöttek (n = 82 medián = 35,62
U/L [IQR 31,17–42,09]), vs. plazmadonorkor (medián
= 40,16 U/L [IQR 34,28–49,49]), mindkét esetben
p < 0,0001. A kórházban kezelték között a később meg-
halt betegek (n = 24, medián = 17,08 U/L, [IQR 16,47–
22,12]) szignifikánsan (p < 0,0001) alacsonyabb DPP4
aktivitással rendelkeztek a túlélőkhöz (n = 76, medián
= 25,08 U/L [IQR 20,21–30,80]) viszonyítva. A rele-
váns biomarkerek (abs. lymphocyták száma, albumin,
CRP, D-dimer) és a DPP4 aktivitás között szignifikáns
korrelációkat igazoltunk. Logisztikus regresszióval a
sDPP4 aktivitás a mortalitás prediktorának bizonyult
(p = 0,0023). Hospitalizált COVID-19 betegek morta-
litás végpontú (9,5 (medián) nappal a halál előtti min-
tából) a sDPP4-et prediktorként önmagában (22,25U/l
vágópont) és életkorra illesztve a modellek ROC gör-
béi 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 szérumban DPP4 enzimati-
kus aktivitása a COVID-19 betegség lefolyásának sú-
lyosságával szorosan összefüggő csökkenést mutat.
Mindemellett a sDPP4 aktivitás a COVID-19 morta-
litásának jó prognosztikai biomarkere, már 9,5 (medián)
nappal a halál előtt levett szérummintákból meghatá-
rozva összevethető, illetve jobb a napi gyakorlatban
használt rutin markerekénél.

24.

HAEMOSUCCUS PANCREATICUS, AZ OBSKURUS GI VÉRZÉS RITKA OKA (ESETBEMUTATÁS)

Nyikos O.¹, Izbéki F.¹, Vajda Z.²

¹I. Belgyógyászat, Fejér Megyei Szent György
Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár

²Radiológiai Osztály, Fejér Megyei Szent György
Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár

Bevezető: A Vater-papillából eredő vérzés lokális okok
mellett származhat az epeutakból vagy a pancreasve-
zetékből, ez utóbbit nevezzük haemosuccus pancreati-
cusnak. A felső tápcsatornai vérzések egyik ritka oka
(1:1500). A vérzés hátterében leggyakrabban krónikus
pancreatitis követhetében kialakult pseudoaneurys-
ma áll. A vérzést in-termittáló jellege miatt nem egy-
szerű felismerni, CT-an-giográfia segíthet a definitív
diagnózis felállításában.

Esetismertetés: egy 72 éves beteg esetét ismertetjük,
akinek kórelőzményéből 5 évvel ezelőtt akut pancreatitis
emelhető ki. A betegnél hasi panaszok miatt pár hónap-
pal korábban ambuláns hasi CT-vizsgálat történt, melyen
súlyos kalcifikáló pancreatitisnek megfelelő képet írtak
le kiterjedt pseudocysta rendszerrel. Más intézetben ex-
pert pancreassebész véleményezte, endoszkópos dre-
názst nem tartottak szükségesnek, obszervációt javasol-
tak. A beteg kórházunk Sürgősségi Osztályára pár napja
tartó melaena miatt érkezett. Laboratóriumi leleteiben
gravis microcytós anaemia és kissé emelkedett pancreas
enzimszintek szerepeltek. Anae-miája miatt 8E vvt. kon-
centrátumot kapott. Hasi USG-n cholecystolithiasist és
inhomogén pancreast írtak le. Gasztroszkópia során a
Vater-papillából szivárgó vérzést észleltünk, melynek
lokális okát nem láttuk. CT-angiográfia történt, melyen
kontrasztkilépést, vérzésre utaló jelet nem véleményez-
tek. Tekintettel az ismert krónikus pancreatitisre, a vérzés
hátterében haemosuccus pancreaticus alapos gyanúja me-
rült fel, ezért ismételt radiológiai konzultációt kértünk. A
CT-angiográfia korábbi képanyagát 3D rekonstrukciók-
kal célzottan áttekintve már jól látszódott az a. lienalis
egy 1,5 cm-es pseudoaneurysma, mely a Wirsung-veze-
tékbe rupturált. Intervenciós radiológus kolléga a szelek-
tív angiográfia során az a. lienalis adott szakaszát sikere-
sen mikroszpirálokkal embolizálta. A beavatkozás után
szövődményt, recidív vérzést nem észleltünk, a beteg
haemostatusa azóta is rendezett.

Összefoglalás: A haemosuccus pancreaticus a GI vérzések kevesebb, mint 1%-ában fordul elő. A vérzés artériás jellege miatt akár életet veszélyeztető is lehet, de intermittáló dinamikája miatt a diagnózis nem mindig egyszerű. A diagnózis egyértelműen kizárólag szelektív angiográfiával állítható fel, mely egyben a vérzés megszüntetésére az elsőként választandó terápiás módszer.

25. EGY HATÉKONYABB ENDOSZKÓPIÁS ELŐKÉSZÍTÉS A NEM VARIX EREDETŰ FELSŐ GASTROINTESTINALIS 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 gastrointestinalis 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-bél rendszeri vérzések halálozás kockázata. A laesio azonosításához és kezeléséhez a felső tápcsatornai nyálkahártya megfelelő vizualizációja 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 teljeskörűen elterjedt a mindennapi gyakorlatban. Azonban, ha további bizonyítékokkal rendelkezünk majd 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 erythromycin kezelés 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%-ánál 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 alkalmazásával a későbbi endoszkópos vizsgálat során jobban látható a nyálkahártya. Emellett az irodalmi adatok alapján az endoszkópos előkészítés alatt a megfelelő időpontban beadott erythromycin tökéletesítheti a látványt 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

²Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Hematológiai Klinika

³Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet

⁴Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

⁵Semmelweis Egyetem Nukleáris Medicina Tanszék

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 medián (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 tumort sebési úton eltávolították, 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-ízületi fájdalom (4 beteg) és a gyengeség (3 beteg) voltak. Állkapocstumort 2 betegnél igazoltunk, 1 beteg esetében recidív akut hasnyálmirigygyulladás vezetett a diagnózishoz. 9 betegben egysze-

res, 1 betegben kettős mellékpajzsmirigy-daganatot igazoltunk, 2 betegnél a tumor intrathyreoidealis elhelyezkedésű volt. Minden esetben tünetes, súlyos parathormondependens hypercalcaemiát igazoltunk: szérumcalcium: 3,80 mmol/L (2,91–6,80, referenciatartomány: 2,20–2,65 mmol/L), szérum parathormon (PTH): 588 pg/mL (171–5039, referenciatartomány: 10–85 mmol/L), kalcium kiválasztás a vizelettel: 12,2 mmol/nap (4,41–15,28, referenciatartomány: 2,5–6,2 mmol/nap). 5 betegben mérsékelt, normocytar anæmia mutatkozott. A legsúlyosabb csontásványianyagcsökkenést a radiuson 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 veseszövődmények, 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, Szegedi L.¹

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

Bevezetés: NSAID szerek kiváltotta pseudo-allergiás 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 katecholaminhatás 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 esetünkön keresztül kívánjuk demonstrálni, hogy hogyan vezethet el egy takotsubo szindrómával diagnosztizált, visszatérően súlyos asthmikus és anafilaxiás reakciók miatt hospitalizált beteg kórtörténete a korrekt diagnózishoz.

Betegek/módszerek: 47 éves nőbeteg távolabbi kórelőzményében nagyobb betegség nem szerepel – allergiás betegsége sem volt 45 éves koráig. Ebben az életkorban hirtelen kezdődött hármis inhalációs terápiával sem megfelelően kontrollált asthma bronchiale. Két év alatt számos alkalommal vizsgálták sürgősségi ambulancián súlyos asthmás rohamok miatt, mely jellemzően PMS időszakban bevett NSAID készítmények használata mellett jelentkezett. A gyógyszerallergiák listája több mint 10 készítményt tartalmazott. Vizsgálatát megelőző két alkalommal már Tonogen beadását igénylő

anafilaxiás 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. A koronarográfia szűkületet nem igazolt, takotsubo szindrómia diagnózisát állították fel. A kórházban fekvése során gyomorfájdalmi miatt adott famotidin anafilaxiát provokált, ekkor kértek allergológiai konzíliumot.

Eredmények: Kórelőzmény alapján pseudoallergiás reakció volt véleményezhető, ezért antihisztamin és leukotrién antagonisták állandó szedését írták elő. Háziorvosa által szolgáltatott információ alapján két évvel megelőzően otthonában dohányzásrító-feldolgozó egységet létesítettek, panaszai ekkor kezdődtek. A dohányfarm felszámolását követően légzőszervi panaszai megszűntek, azóta is rohammentes.

Következtetések: Felnőttkorban hirtelen kezdődő allergiás betegség esetén alternatív diagnózist érdemes mindig keresni.

28. PRAXISKÖZÖSSÉGEK AZ ALAPELLÁTÁSBAN Princz J.¹

¹PTE ÁOK Alapellátási Intézet, Pécs

A 2015. évi CXXIII. Törvény az egészségügyi alapellátásról megerősíti a lehetőséget praxisközösségek és csoportpraxisok létrehozására háziiorvosi, házi gyermekorvosi és alapellátó fogorvosi praxisok részvételével.

Az előző években pályázati keretek között (Svájci program, EFOP, VEKOP), 2021-től már a háziiorvosi ellátási rendszerbe integrálva, jogszabályi keretek által szabályozva jöttek létre ezek a közösségek, melyekben jellemzően prevenció, szűrési és egészségnevelő tevékenység folyik a gyógyító munka mellett, többlétszolgáltatások nyújtásának lehetőségével. A jelenlegi feltételek mellett a praxisközösségi működés történhet lazább keretek között, ez az ún. „Kollegiális praxisközösség” – az itt elvárt szakmai tevékenység mértéke, valamint ennek finanszírozási tétele is alacsonyabb, mint az ún. „Szoros praxisközösségben”. A Szoros praxisközösségek kevesebb praxist fognak össze, így mélyebb szakmai és kollegiális kapcsolat alakítható ki, nagyobb a jogszabályban előírt szakmai tevékenységek köre és mértéke, ennek megfelelően a praxisközösségi 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 prevenció és rehabilitációs lehetőségeket, ezek eredményeként a praxisok együttműködésével egy magasabb szintű szakmai ellátás biztosításának lehetőségeit mutatja be.

29.

ELÉG ADAT ÁLL RENDELKEZÉSRE AZ ESSZENCIÁLIS HYPERTONIA OKAINAK FELTÁRÁSÁRA?

Sikter A.¹

¹Szentendre 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 hipertonia egy olyan, az életkorral összefüggő betegség, amelyet az intracelluláris (IC) környezet elsavasodása váltana ki.
2. Ezt részint krónikus respiratorikus 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 okozhatja, 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 kompenzatorikusan védekezne az intracelluláris acidózis é.) Az aldoszteron túlprokcióját, az acidózison kívül, az IC HCO_3^- emelkedése, a klorid szint csökkenése is triggerelné. Ennek következtében aktiválná az arteriolák simaizomszentjeinek és a bal kamrai szívizom sejtjeinek Na^+/H^+ cseremechanizmusa (NHE-1). Ez a pumpamechanizmus elősegíti a NaCl citoplazmatikus transzportját. (= Sóérzékeny hipertonia, amit elsősorban a respiratorikus acidózis váltana ki.)
6. Az angiotenzin termelődését, az acidózison kívül, az IC kloridszint 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, hypertrophiát és végső soron hypertoniát okoz.
8. A RAAS aktiválódása gyakran túlkompensációt (IC alkalózist) okozna a célsejtekben, minthogy nem törvényszerű az, hogy a veseszövet (macula densa) és a célsejtek azonos mértékben savasodjanak el.

*<https://www.researchgate.net/publication/353306812>

Is_the_Primary_Aetiology_of_Hypertension
Unknown_Novel_Views_on_Previous

30.

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

Simek Á.¹

¹SE Népegészségtani Intézet

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. – amikor a WHO világvilágjárványnak 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-ér rendszeri megbetegedések aránya nem növekedett ebben az időszakban, de a hivatalos betegutakon történő tovább küldésük, kivizsgálásuk, kezelésük, gondozásuk az egészségügy járóbeteg- és kórházi ellátási szintjén sok esetben nehézségekbe ütközött.

Eredmények: A hajléktalanszállókon megvalósuló megfelelő, hatékony járványkezelés, a hajléktalanok első közt megvalósuló oltása miatt a COVID-19 járvány 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.

31.

A DILATATÍV CARDIOMYOPATHIA ÉS A POLIAUTOIMMUNITÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI

Sipos F.¹, Müzes G.¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati
és Hematológiai Klinika, Budapest

Előzmények: A dilatatív cardiomyopathia (DCM) hátterében számos kórallapot (hereditár formák, coronaria/valvularis szívbetegség, 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 etiológiájú DCM miatt került sor. (EF: 19%; EKG: LBBB, multifokális kamrai Es-ek; koronarográfia: ép erek; cardio-MRI: tág bal kamra, diffúz hypokinesis).

Anamnézisében érdemi megbetegedés nem szerepelt. A szívelégtelenség tünetei mellett újkeletű, diffúz arthralgiára is panaszkodott. A rutin laboratóriumi leletben érdemi kórjelző nem volt. Esetében szelektív IgA-hiányt (sIgAD) igazoltunk (szérum IgA: mérhetetlen, IgG/M, perifériás B-sejt szubpopuláció, CD4+/ CD8+ T-sejt-megoszlás: norm.). Az sIgAD gyakran (5–30%) társul autoimmun jelenségekkel, így a DCM és az arthralgia hátterében is autoimmun megbetegedésekkel vélünk. A betegnél coeliakia (CeD) és rheumatoid arthritis (RA) egyidejű fennállását is bizonyítottuk; (anti-tTG/IgG: 25.145 U; gastroszkópia: elsimult, csipkézett Kerckring-redők, mozaikszerű mucosa; hisztológia: Marsh III/c., illetve ACPA: 1.275 U). Az sIgAD ún. autoimmun fenotípusát véleményyeztük. GFD mellett methotrexat bázisterápiát vezetünk be. Az elkövetkezőkben 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, illetve CeD-ben fokozott idiopathiás DCM valószínűsége. Az érintettek többsége férfi. Idiopathiás jellegű DCM kapcsán tehát indokolt felvetni CeD lehetőségét. Az sIgAD-asszociált autoimmun körkémek 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 béllyákhártya-eredetű neoantigénepitopok indukálta gyulladásos történésekre vezethető vissza. Bár cardiovascularis érintettség RA-ban is jelentékeny, de DCM kialakulása alig kíséri.

32.

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, Sápi 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

*Megosztott első szerzők.

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

Esetismertetés: 69 éves nőbetegünk osteoporosis, vesekövesség, hypercalcaemia miatt jelentkezett endokrin szakrendelésünkön. Primer hyperparathyreosisot vélelmeztünk, 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 daganat került felismerésre, amely szövettani vizsgálattal PC metastasisának bizonyult.

A súlyos hypercalcaemia miatt sürgősséggel, egy ülésben eltávolításra került a jobb oldali mellékpajzsmirigy terime és a soliter májajttét. A kontroll FDG-PET CT negatív eredményű lett, később azonban multiplex májajttétek, több intraabdominalis lágyrésztumor igazolódott, ismét súlyos primer hyperparathyreosis mellett. Forszírozott diuresis és zoledronátkezelés elégtelensége miatt cinacalceterápiát is kezdtünk. A PC szövettől komprehív 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 intermedierek 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.

33.

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 Belgyógyászati, 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 diabetesforma,

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 hyperglykaemiának pancreatogén komponense is van. Azon betegeknek, akiknek korábban nem volt diabeteze, és a hasnyálmirigy teljes eltávolítására került sor, a diabetes hátterében 100%-ban T3cDM áll. Ezen betegcsoport diabetesének labilitását növeli az exocrin funkció kiesése miatti emésztési zavar, a glükagon 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 gyors hatású inzulint használtunk. Az átlagos napi összes inzulinigény 33E. A gondozott betegek műtét utáni 3–6 hónapos átlagos HbA_{1c} 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 vulnerabilis betegcsoport diabetesének gondozása során – az alapbetegség többnyire rossz prognózisa 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.

34.

MAGYARORSZÁGI TAPASZTALATOK VENETOCLAX KEZELÉssel T(11;14) MYELOMA MULTIPLEXBEN

Szita V.¹, Mikala G.², Kozma A.², Fábián 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 Óssejt-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 elle-

nére 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 betegeknek 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 őssejt-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 tényezők, 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 betegeknek jelentősen több mellékhatást jelentettek, azonban dóziszváltás vagy szupportív ellátás mellett a terápia felfüggesztésére nem volt szükség.

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

35.

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

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai
Klinika, Budapest*

²*Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti
Intézet, Budapest*

³*Semmelweis Egyetem I. Sz. 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 tumormérete MRI alapján a legnagyobb átmérőt tekintve 26,9 mm (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 hypophysisműködés 47 esetben került felderítésre. 202 beteg esetén történt műtét. Az operált betegek közül recidíva miatt 29-nél egyszer, 8-nál kétszer, 2 betegnél pedig háromszor történt ismételt idegsebészeti beavatkozás. Posztoperatív sugárkezelésben 22 beteg részesült. Szövettani vizsgálat 179 esetben volt elérhető melyek közül: chromophob sejtes adenoma (45,8%), laktotrop 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 praecoperatív,

mind a posztoperatív hormonvizsgálatok és képalkotó vizsgálatok fontos jelentőséggel bírnak a korai diagnózis és az optimális műtéti, illetve endokrin ellátás érdekében.

36.

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,
Sápi Z.², Szücs N.¹, Sármán B.⁴, Pusztai P.⁴,
Nagy G.⁴, Horányi J.³, Szlávik R.³, Huszty G.^{3,3},
Borka K.⁵, Igaz P.¹, Tóth M.¹

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

²*I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet,
Semmelweis Egyetem, Budapest*

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

⁴*Belgyógyászati és Haematológiai Klinika, Semmelweis
Egyetem, Budapest*

⁵*II. sz. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem,
Budapest*

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

Célkitűzés: 1974–2019 között diagnosztizált 80 adrenocorticalis 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 esetben (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 mitotánkezelés hatását a teljes túlélésre. A vizsgálatához 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 tumorstádium, a magasabb Ki67-index (>20%), illetve az R1 és R2 reszekciós státusz. Azokban a betegekben (n = 21), akiknél a plazma mitotánkoncentrációja 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 szint-

jének 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 plazma terápiás hatást biztosító mitotánkoncentrációja gyors elérésének szignifikáns és független hatása van a teljes túlélésre.

37. IMMUNTERÁPIA-MEDIÁLT 1-ES TÍPUSÚ DIABETES – ESETISMERTETÉS

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

¹*II-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. Háttérben örökletes tényezők, környezeti ártalmak, autoimmun folyamatok állhatnak. Egyes HLA csoportok esetén előfordulásuk gyakoribb, valamint bizonyos hormonális betegségeknel is gyakrabban megfigyelhető. A betegséget jellemzi a béta-sejtek pusztulása és az ennek következtében kialakuló abszolút inzulinhiány. 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-1 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%-ánál írtak le.

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

Cikkünkkel arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy az immun-onkoterápiában részesülő betegek gondozása során fokozottabban kell ügyelni a vércu-

korháztartása, valamint bizonyos körülmények között minden életkorban gondolnunk kell T1 diabetes kialakulására, mert a megfelelő terápiához elengedhetetlen a cukorbetegség korai felismerése és pontos klasszifikációja.

38. PAJZSMIRIGYBETEGSÉGEK ÉS DEMENCIA. TÉNYEK ÉS FELTÉTELEZÉSEK

Tóth M.¹

¹*Semmelweis Egyetem, ÁOK, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Geriátria Tanszéki Csoport*

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, illetve manifeszt hypo- és hyperthyrosis; 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, illetve a neurogenesis folyamatában. A pajzsmirigyhormonoknak a kognitív hanyatlásban betöltött szerepét számos kórélettani 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 hyperthyrosis, mind a hypothyrosis egyértelműen és közel azonos súllyal kapcsolatba hozható a demencia kialakulásával.
2. Az autoimmun és nem autoimmun patogenezisű hyperthyrosisok (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 hypothyrosis/hyperthyrosis 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 – csökkenti a demencia kockázatát.

39.

DUODENÁLIS FEKÉLY NEM SZOKVÁNYOS ESETE

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

¹*Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézet*

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

Esetismertetésünkben egy lényeges belgyógyászati előzménnyel nem rendelkező középkorú férfi kórtörténetét mutatjuk be, aki felhasi panaszok, fogyás és étvágytalanság miatt került belgyógyászati osztályra. Az elvégzett gasztroszkópia penetráló duodenumfekélyt írt le, a komputertomográfias (CT) vizsgálat a krónikus hasnyálmirigygyulladás jelei mellett a hasnyálmirigy térfoglaló folyamatát, bevérzett pankreascystát és cystás májelhártyaváltozásokat mutatott. 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 endoszkópo-

san csillapítani nem tudták. Sebészeti konzílium a folyamatot a korábban leírt pankreasdaganat duodenumba törésének tartotta, inoperábilisnak vélte, intervenciót javasolt. Angiológiánkon a vérzésforrás eredményes szelektív embolizációja történt meg. A manővert követő EUS vizsgálat a hasnyálmirigyben térfoglaló folyamatot nem tudott azonosítani, csupán a pankreasba penetráló duodenumfekélyt, epeági folyadékgyülemet, valamint krónikus pancreatitisre utaló eltéréseket, melyeket a szövettani eredmények is megerősítettek. Diagnózisait követően konzervatív terápia beállítására a beteget ambuláns kontroll mellett otthonába bocsájtottuk. Hetekkel később a beteg szeptikus lázmenet miatt került ismételt felvételre, melynek hátterében a képalkotók 5, egymástól független intra- és perihepatikus, tályogszerű képletet valószínűsítettek. A leírt folyamatot a penetráló duodenumfekély per-forációs szövődésének tekintettük. Mivel a percutan drenázst kivitelezhetetlennek véleményezték, kombinált intravénás, majd perorális antibiotikumokkal kezelték, de a döntést nem tudtuk meg. A kontroll CT-vizsgálat a tályogos folyamatok jelentős regresszióját írta le. Hetekkel később a beteg sebészeti osztályra került jobb oldali hasfalra törő tályogos folyamat miatt. Laparoscópia során májkörüli gennyes folyamat nem igazolódott, feltárást követően a Beteg sebét nyitottan kezelték. A Beteg rendszeres ambuláns megjelenéseink során kezeléseink mellett panaszmentességről, gyarapodásról számolt be, gondozása továbbra is folyik. Esetünkkel az 5 cm alatti hasi tályogok eredményes konzervatív kezelésének lehetőségére hívnánk fel a figyelmet.

NÉVMUTATÓ AZ ÖSSZEFOGLALÓKHOZ

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

A

Acél P. 16
Alizadeh H. 34
Arapovicsné Dr. Kis K. 33, 37
Arató M. 23
Arányi Z. 2

B

Balla E. 4, 25
Barbat M. 4
Bedics G. 32
Bencze M. 16
Bencze Á. 17
Berze I. 12
Besenyei A. 1*
Birtalan K. 2*
Bobek I. 23
Bodor A. 4
Bor L. 12
Borka K. 36
Bujtor Z. 8
Bödör C. 32

C

Csefkó K. 25
Cseh G. 23
Csizmadia C. 16
Czirják S. 35
Czompa D. 3

D

Dabasi G. 26
Dezső K. 32
Doros A. 36
Drácz B. 3*
Dubravesik Z. 39
Dubóczki Z. 33

E

Erőss B. 14

F

Faluhelyi N. 14
Farkas H. 19
Fecske É. 2
Ferdinandy P. 23
Fintha A. 21
Firneisz G. 23
Fischer T. 8
Fábián J. 34
Förhécz Z. 23

G

Gadó K. 1, 5*
Galambosi B. 9
Gaál A. 4*, 25
Gieth A. 8
Gonda X. 6
Grosz A. 33
Gyaraki P. 4
Gyergyay F. 22
Györkös A. 8

H

Hagymási K. 3
Hardi A. 34
Hargittay C. 6*
Harisi R. 7*
Hegyi J. P. 14
Hegyi P. 14
Hermann P. 12
Herr G. 8*
Horvát G. 11*, 10*
Horváth A. 12*
Horváth J. 13*, 39
Horváth M. 3
Horányi J. 26, 36
Hritz I. 3
Hussein T. 14*
Husztly G. 26, 2, 36
Héthelyi B. 9*

I

Igaz P. 36
Illés Á. 34
Izbéki F. 24

J

Jakab Z. 26
Jeney A. 7
Juhász A. 13
Jász M. 12

K

Kalabay L. 6, 15*, 19
Kamondi A. 22
Kardos K. 4
Kardos M. 21
Kelemen D. 14
Kis J. 33, 37
Kivács I. 10
Kollár R. 32
Kozma A. 34
Kruzslicz J. 16
Késői I. 16*

Köves B. 13

Kövesdi A. 17*

L

Ladányi Á. 21
Lajosné Major Z. 18*
Lakatos B. 23
Lukács M. 16
Lukács N. 13
Lázár G. 4

M

Makai G. 11
Masszi T. 34, 23
Medvegy M. 18
Medvegy Z. 18
Merkely B. 23
Mersich T. 33
Meskó É. 20*
Micsik T. 36
Miheller P. 3
Mikala G. 34
Márkus B. 6, 19*
Mészáros P. 33
Móczár E. 21*
Müllner K. 3
Múzes G. 22*, 31

N

Nagy B. 32
Nagy G. 26, 32, 36
Nagy L. 12
Nagy P. 32
Nyikos O. 24*
Nádasdi Á. 23*

O

Oláh J. 4

P

Papp V. 3
Patai T. 4
Pavlik G. 18
Pepa K. 25*
Persóczki M. 17
Pikó B. 4
Pink T. 25
Polocsányi B. 27*
Princz J. 28*
Prohászka Z. 2, 23
Pusztai P. 36
Pálfi A. 4
Pócsai K. 26*

R

Rajnic P. 34
Reiniger L. 35
Reismann P. 26, 36
Rejtő L. 34
Rihmer Z. 6
Réti M. 23
Rózsa Á. 4

S

Schandl L. 33, 37
Sikter A. 29*
Simek Á. 30*
Simonyi G. 18
Sinkovits G. 23
Sipos F. 31*, 22
Sipos L. 35
Stark J. 32*
Sterbenz T. 18
Szakács P. 16

Szegedi L. 27
Szemán A. 33*
Szendrei T. 34
Szenes M. 8
Sziráki K. 8
Szita V. 34*
Szlávik R. 26, 36
Székely H. 3
Szücs N. 26, 35*, 36
Sápi Z. 26, 32, 36
Sármán B. 36

T

Takács E. 2
Takács M. 8
Taller A. 2
Temesszentandrás G. 19
Tomasics G. 37*
Tomcsik Z. 12
Torzsa P. 6

Tulit T. 18
Tóth M. 17, 26, 32, 35, 36, 38*
Tóth-Szeles R. 39*
Tőke J. 17, 26, 32, 35, 36*

V

Vajda Z. 24
Varga G. 34
Varga M. 4, 25
Varga Z. 26
Veszeli N. 19
Vincze Á. 14
Vályi-Nagy I. 23, 34
Váróczy L. 34
Völgyi Z. 8
Vörös K. 6

W

Werling K. 3
Winkler G. 33, 37

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 Châtel 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 adták ki
2014. Dr. Kiss László, Dr. Leövey András,
2016. Dr. Jakab Lajos, Dr. Nagy Judit
2018. Dr. Pák Gábor
2021. Dr. Rácz István

Kelemen Endre Emlékelőadás és Emlékérem kitüntetés

2018. Dr. Tulassay Zsolt
2021. Dr. Szalay Ferenc