



PRACTIMED-GAIN

Gyakorlati medicina,
gasztroenterológia és infektológia

Programfüzet

2019. január 18-19.

Danubius Hotel Aréna

www.convention.hu



*„A tapasztalat olyan fésű, amit rendszerint akkor szerez meg az ember,
amikor már minden szál haja kihullott”
(kínai közmondás)*

KEDVES KOLLÉGANŐK ÉS KOLLÉGÁK!

Mindannyian érezzük mindennapi gyógyító munkánk során, milyen nehéz lépést tartani az ismeretek robbanásszerű bővülésével, megmaradni a beteget magát teljességében látó és kezelő orvosnak. Egész életünkben tanulunk. Tanulunk könyvekből, cikkekből, kollégáinktól, betegeinktől, saját sikeres és kevésbé sikeres eseteinkből.

A tanulásnak kellemes módja lehet, ha szakmájukban elmélyült tudással bíró jó előadókat hallgatunk meg. Tanfolyamunkkal ezt a célt próbáljuk szolgálni. A korábbi évekhez hasonlóan most is törekedni fogunk a tanfolyam nevében is kifejeződő elv érvényesítésére: átfogó, szemléletformáló, valóban praktikus előadások hangozzanak el. A témák zöme az infektológia és a gasztroenterológia tárgykörét érinti, de szokás szerint most is elhangzanak majd határterületi kérdésekkel foglalkozó, minden gyakorló orvost érintő, valamint a jövő irányait felvillantó előadások is.

Szeretettel és tisztelettel várjuk Önöket

Dr. Schuller János és **Dr. Taller András**

A TANFOLYAM HELYSZÍNE

Danubius Hotel Aréna
H-1148 Budapest, Ifjúság útja 1-3

AKKREDITÁCIÓ

A tanfolyam a Semmelweis Egyetem által orvosoknak a **SE-TK/2019.I./00016**-os, gyógyszerészeknek a **SE-GYTK/2019.I./00018**-as kódszámon akkreditált szabadon választható továbbképző tanfolyamként nyilvántartott rendezvény. Sikeres tesztírás esetén **szakdolgozó résztvevők 16 kreditpontot, orvos és gyógyszerész résztvevők 32 kreditpontot** szerezhetnek, s a kreditpontok az OFTEX portálokon feltüntetett szakképesítéseknél szakma szerinti szabadon választható pontszámként kerülnek jóváírásra.

KIÁLLÍTÓK, HIRDETŐK

Abbvie Kft.
Dr. Falk Pharma Képviselet - Medicons Kft.
Ferring Magyarország Kft.
Fresenius Kabi Hungary Kft.

Lux Hungária Kft.
MSD Pharma Hungary
Valeant Pharma Magyarország Kft.
Vitaminszár

Köszönjük a tanfolyam megrendezéséhez adott támogatásukat!

TUDOMÁNYOS INFORMÁCIÓ

Dr. Schuller János; Dr. Taller András

Uzsoki utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály
Hepatológiai Ambulancia

Telefon: +36 467 3700 /3705

E-mail: janos.schuller@medicover-partners.hu; taller@uzsoki.hu

TECHNIKAI INFORMÁCIÓ

Horvát Renáta (kiállítás, szponzoráció)

E-mail: rhorvat@convention.hu

Kántor Nikoletta (regisztráció)

E-mail: nkantor@convention.hu

Convention Budapest Kft.

Postacím: H-1143 Budapest, Besnyői utca 13., 1. em.

Telefon: +36 1 299 0184, -85, **Fax:** +36 1 299 0187

www.convention.hu

PÉNTEK | 2018. JANUÁR 18.

- 09.00-09.30 KÉSZÜLŐ IRÁNYELV A LYME BORRELIOSIS (LB) DIAGNÓZISÁRÓL ÉS KEZELÉSÉRŐL
Dr. Lakos András főorvos, az orvostudományok doktora, Kullancsbetegségek Ambulanciája, Budapest
- 09.30-10.00 ANTIBIOTIKUM KEZELÉS A HÁZIORVOSI PRAXISBAN
Dr. Magyar Anna belgyógyász, háziorvos, Budapest II. kerület és **Dr. Prinz Gyula** részlegvezető főorvos, Dél-Pesti Centrumkórház Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet Infektológiai Osztály
- 10.00-10.30 HEPATITIS "E" FERTŐZÉS
Dr. Szombati Andrea főorvos, Dél-Pesti Centrumkórház Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet, Infektológiai Osztály
- 10.30-11.15 KÁVÉSZÜNETHET, A KIÁLLÍTÁS MEGTEKINTÉSE
- 11.15-11.45 AZ ANORECTUM BETEGSÉGEI
Dr. Willner-Harring Péter főorvos, Róbert Károly Magánkórház
- 11.45-12.15 PPI FOREVER? A PPI KEZELÉS INDIKÁCIÓI ÉS IDŐTARTAMA
Dr. Bálint Levente belgyógyász, háziorvos, gasztroenterológus, háziorvos, Piliscsaba
- 12.15-12.45 GÓCKUTATÁS ÉS GÓCTALANÍTÁS MŰTÉTEK ELŐTT – A SZÁJHAGYOMÁNYTÓL AZ EVIDENCIÁKIG
Dr. Prinz Gyula részlegvezető főorvos, Dél-Pesti Centrumkórház Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet Infektológiai Osztály
- 12.45-13.45 EBÉDSZÜNETHET
- 13.45-14.15 95 %-BAN MEGGYÓGYUL – FORRADALMI VÁLTOZÁS A HEPATITIS "C" KEZELÉSÉBEN
Dr. Schuller János főorvos, Róbert Károly Magánkórház és Uzsoki Utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály Hepatológiai Ambulancia

- 14.15-14.45 ÚJ IRÁNY A DAGANATOS BETEGSÉGEK KEZELÉSÉBEN: A PRECÍZIÓS ONKOLOGIA
Dr. Peták István Ph. D., Tudományos Igazgató, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. és Tudományos Főmunkatárs, Semmelweis Egyetem Orvosi Vegytani, Molekuláris Biológiai és Patobiokémiai Intézet, MTA Patobiokémiai munkacsoportja Jelátviteli Terápia kutatócsoport
- 14.45-15.15 A HIDROGÉN KILÉGZÉSES TERHELÉSES VIZSGÁLATOK HELYE ÉS ÉRTÉKELÉSE A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN
Dr. Taller András Ph. D. osztályvezető főorvos, címzetes egyetemi docens, Uzsoki Utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály
- 15.15-15.45 GYÓGYSZEREK ÉS DROGOK MAGZATI ÁRTALMASSÁGA
Dr. Petik Dóra Ph.D., szülész- nőgyógyász főorvos, Dél-Pesti Centrumkórház Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály
- 15.45-16.30 KÁVÉSZÜNETHET, A KIÁLLÍTÁS MEGTEKINTÉSE
- 16.30-17.00 GASZTROENTEROLÓGIAI KÓRKÉPEK BŐRGYÓGYÁSZATI TÜNETEI
Prof. Dr. Marschalkó Márta, Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika
- 17.00-17.30 KIHÍVÁSOK, DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK (1.)
Dr. Beyaty Sahin szakorvos, **Dr. Csesznok Balázs**,
Dr. Kovács István főorvos, **Dr. Mohai Csaba Gyula**, Uzsoki Utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály
- 17.30-18.00 ÉLETVÉGI TERÁPIÁK
Dr. Horváth Orsolya, Magyar Hospice Alapítvány

SZOMBAT | 2019. JANUÁR 19.

- 09.00-09.30 ANTIBIOTIKUM PROFILAXIS A HÁZIORVOSI ÉS A FOGORVOSI PRAXISBAN
Dr. Székely Éva főorvos, Jahn Ferenc Kórház
- 09.30-10.00 MÁJBETEGEK INFEKCIÓI
Dr. Schuller János főorvos, Róbert Károly Magánkórház és Uzsoki Utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály Hepatológiai Ambulancia
- 10.00-10.30. DAGANATELLENES KEZELÉSEK ÁLTAL OKOZOTT SZÍVIZOM KÁROSODÁS
Dr. Nagy András Csaba Ph. D., osztályvezető főorvos, Uzsoki Utcai Kórház I. Belgyógyászati Osztály
- 10.30-11.00 KÁVÉSZÜNETHET, A KIÁLLÍTÁS MEGTEKINTÉSE
- 11.00-11.30 VÉRALVADÁSGÁTLÓ KEZELÉS ÉS THROMBOCYTA AGGREGÁCIÓ GÁTLÓ KEZELÉS ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK KAPCSÁN
Dr. Orosz Péter főorvos, Miskolc Megyei Kórház és Endomedix Miskolc Gasztroenterológiai Központ
- 11.30-12.00 VÉDŐOLTÁSSAL MEGELŐZHETŐ FERTŐZÉSEK PREVENCIÓJA FELNŐTTKORBAN
Dr. Kulcsár Andrea főorvos, Dél-Pesti Centrumkórház Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet, Gyermekgyógyászati Osztály és Oltási Tanácsadó Szakrendelés
- 12.00-12.30 WILSON-KÓR
Prof. emeritus Dr. Szalay Ferenc, az orvostudományok doktora, Semmelweis Egyetem I. Belgyógyászati Klinika

- 12.30-13.00 KÁVÉSZÜNET, A KIÁLLÍTÁS MEGTEKINTÉSE
- 13.00-13.15 AZ OBEZITAS ÉS A MIKROBIOM ÖSSZEFÜGGÉSE CSECSEMŐKORTÓL A FELNŐTTKORIG
Dr. Hídvégi Edit, Phd főorvos, Uzsoki Kórház Tüdőgyógyászati Osztály
- 13.15-13.45 A NÖVEKVŐ ANTIBIOTIKUM REZISZTENCIA
Prof. Dr. Ludwig Endre, kandidátus, Semmelweis Egyetem II. Belklinika Infektológiai Tanszéki Csoport
- 13.45-14.15 KIHÍVÁSOK, DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK (2.)
Dr. Takács Eszter főorvos, **Dr. Taller András** főorvos,
Dr. Beyaty Sahin szakorvos, **Dr. Schuller János** főorvos, Uzsoki Utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály
- 14.15-14.45 TESZTÍRÁS

KÉSZÜLŐ IRÁNYELV A LYME BORRELIOSIS (LB) DIAGNÓZISÁRÓL ÉS KEZELÉSÉRŐL

Dr. Lakos András főorvos, az orvostudományok doktora, Kullancsbetegségek Ambulanciája, Budapest

A jelen útmutató ismerete számtalan téves diagnózist és felesleges emberi szenvedést előzhet meg. Becsléseink szerint tízszer annyi embert kezelnek Lb diagnózissal, mint ahány ténylegesen ebben a fertőzésben megbetegszik. A legtöbb beteg csak a sokadik orvosi vizsgálat során nyeri el a megfelelő diagnózist. A téves kórisme, a felesleges vagy rosszul megválasztott antibiotikum-kezelések, az indokolatlanul végzett és ismételt szerológiai vizsgálatok megbecsülhetetlenül nagy terhet jelentenek a betegekre és az ellátó rendszerre is. A Lb Magyarországon mindenütt előfordul, kb. 300-szor gyakoribb, mint az ugyancsak ixodes kullancs által terjesztett, de csak góccokban és ritkán előforduló kullancsencephalitis. Magyarországon a Lb 1998 óta bejelentésre kötelezett, a regisztrált esetek száma 2010-ig növekedett, azóta csökken, 2014-ben mélypontra zuhant. Az elmúlt 20 év átlagában évi 1346 beteget jelentettek, az ingadozás jelentős volt (min: 650 max: 2355). A járóbeteg-ellátásban évente 8-10000 megjelenést rögzítettek ezzel a diagnózissal. Az incidencia semmiképpen sem emelkedett az elmúlt 2 évtizedben.

Kiszámíthatatlan, hogy a bejelentések milyen mértékben tükrözik a valóságot. Valódi hazai gyakoriságát a környező országok adatait is figyelembe véve 80-100/100 000/év körülire becsülhetjük, ez évi 8-10 ezer friss megbetegedést jelent. Csak indirekt adataink vannak arról, hogy a szubklinikus infekciók is olyan gyakoriak, mint a tünetekkel járók. Egyes területeken és populációban (pl. erdészeti dolgozók) az átfertőződés (a szeropozitivitás) aránya elérheti a 29%-ot, a 60 év felettieknél az 50%-ot.

A téma kiemelt fontosságára utal, hogy az Európai Parlament határozata [European Parliament resolution of 15 November 2018 on Lyme disease (Borreliosis) (2018/2774(RSP))] is megkérdőjelezi a tudományos útmutatók tartalmát és egy civil szervezet, az Amerikai Lyme Alapítvány (ILADS) útmutatóit látszik elfogadni vagy legalábbis mérlegelni. Az ILADS szinte bármilyen, többnyire gyógyíthatatlan kórállapot (pl. sclerosis multiplex, amyotrophiás lateralsclerosis, rheumatoid arthritis, Parkinson- és Alzheimer-kór) hátterében Lyme-kórt vizionál, soha, semmilyen tudományos

ajánlásban nem szereplő 3-as, 4-es antibiotikum-kombinációkat javasol, a szokványos dózisok sokszorosában. Az ILADS ajánlásai blogokon, internetes fórumokon terjednek, betegmozgalmak elindítóivá válnak. Még nagyobb baj, hogy követőre találunk a magyar orvosok körében is. Bár a tudományos oldal nem veheti fel a versenyt ezekkel a folyamatokkal, a megújított szakmai irányelv segítheti a szakemberek eligazodását.

Az előadásban és a kinyomtatásra kerülő anyagban összefoglalom az egyes kórformák esetmeghatározását, kiemelve a klinikai diagnózis lehetőségeit.

ANTIBIOTIKUM KEZELÉS A HÁZIORVOSI PRAXISBAN

Dr. Magyar Anna belgyógyász, háziorvos, Budapest II. kerület és
Dr. Prinz Gyula részlegvezető főorvos, Dél-Pesti Centrumkórház Országos
Infektológiai és Hematológiai Intézet Infektológiai Osztály

A háziorvosi praxisban mindennapos dilemma, hogy bizonyos infekciók esetén adjunk-e antibiotikumot vagy sem, ha adunk, empirikusan vagy mikrobiológiai vizsgálatra építve, célzottan alkalmazzuk-e, és mit adjunk, milyen adagban és meddig. A háziorvos néhány - a praxisban nap mind nap előforduló - betegség során felvetődő kérdéseit teszi fel az infektológusnak, aki ezeket legjobb tudása szerint igyekszik megválaszolni.

Választ kapunk a *Clostridium difficile* colitis otthoni ellátásával kapcsolatos számos kérdésre. Megvitatjuk a visszatérő húgyúti infekciók kezelésének és megelőzésének néhány lehetőségét. Beszélünk a szoptató anyák mastitisének gyógyításáról. Szó lesz a tünetmentes és tünetes MRSA hordozókról, és végül arról, hogy mit tehetünk mi és a sebészek fertőzött térdprothesisek észlelésekor.

Az antibiotikus kezelés nagybecsű eszközünk a gyógyításban, de csak akkor, ha indokoltan és megfontoltan élünk vele.

HEPATITIS “E” FERTŐZÉS

Dr. Szombati Andrea főorvos, Dél-Pesti Centrumkórház Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet, Infektológiai Osztály

A Hepatitis E vírus (HEV) által okozott fertőzések világszerte jelentős megbetegedéseket és halálozást okoznak. A HEV okozta megbetegedésekről az elmúlt egy évtizedben jelentősen megváltoztak az ismereteink. Korábban úgy tudtuk, hogy a HEV csak a fejlődő országokat érinti. Mára már világossá vált, hogy a HEV a fejlett országokban is endemiás, sok helyen az akut hepatitisek első számú kórokozója.

Európában, Észak-Amerikában és Ausztráliában a 3-as genotípus, Oroszországban az 1-es és 3-as, míg Ázsiában és Afrikában az 1-es, kisebb mértékben a 2-es genotípus, az uralkodó.

Magyarországon a 2017-es adatok szerint a bejelentett akut hepatitisek 36%-át a HEV infekció okozta.

A human megbetegedéseket, jelenlegi ismereteink alapján, 8 genotípusba sorolhatjuk.

Az 1-es és 2-es genotípus elsősorban Kínában és Indiában, a környező ázsiai országokban fordulnak elő, árvizek kapcsán, ivóvizek fertőződése által okoztak több tízezer megbetegedést okozó járványokat.

A HEV 1 és 2-es genotípusa gyorsan gyógyuló akut hepatitises megbetegedéseket okoz fiatal felnőttekben, krónikus formában mindezidáig nem került leírásra. Kiemelt jelentősége a terhesség 3. trimeszterében zajló megbetegedésnek van, amely során az anyai halálozás 25 % körüli, a magzati halálozás 20-50%-ban fordul elő. Az anyai halálozás fő oka a fulmináns, májelégtelenség, DIC, a magzati halálozása a koraszülés.

A fejlett országokban, így Európában, Amerikában az E hepatitiset döntően a 3-as, ritkábban a 4-es genotípus okozza. A 3-as genotípus zoonozisnak is tekinthető, mivel emberen kívül sertéseket, vaddisznókat és őzeket is képes megfertőzni. A fertőzött emberek által szennyezett élelmiszerekkel, italokkal, illetve a sertésből készült és nem megfelelően hőkezelt élelmiszerek terjeszthetik

Jellemzően sporadikus esetek jelentkeznek, jelentős járványok nem fordulnak elő. A szeroprevalencia alapján, ami 12-20% között van, a felismert klinikailag manifeszt

esetek száma az összes megbetegedésnek csak töredéke, az esetek 90-99%-a szubklinikus formában zajlik. A tünetes esetek zöme 1-2 hét alatt spontán gyógyul, súlyos lefolyású esetek a krónikus májbetegségben, főként cirrhosisban szenvedők esetében a HEV szuperinfekciója okozza. A krónikus fertőzés (6 hónapon túl zajló betegség) immunszuprimált betegek, elsősorban szervtranszplantáción átesett, hematológia betegek, HIV fertőzöttek esetében fordulhat elő.

A HEV fertőzés extrahepatikus megnyilvánulásai is egyre gyakrabban kerülnek felismerésre. A HEV-el összefüggésbe hozott leggyakoribb idegrendszeri megbetegedések az amyotrophiás neuralgia, a Guillan-Barré szindróma, encephalitis/myelitis és Bell paresis. Emellett több esetben leírták glomerulonephritis, crioglobulinaemia, hematológia eltérések hátterében is.

A laboratóriumi diagnózis szerológiai tesztek (IgM, IgG és IgA) és HEV-PCR kimutatásán alapszik.

A szerológiai tesztek nem kellőképpen szenzitívek és specifikusak, immunszuprimált állapotokban értékelhetetlenek, illetve gyakran keresztreakciókat mutatnak más vírusfertőzésekkel (EBV, CMV).

Az akut E hepatitis az esetek többségében spontán gyógyuló betegség, ezért kezelést nem igényel.

Az immunszuprimált betegek esetében az immunszuppresszió csökkentése, illetve ribavirin kezelés eredményes lehet.

Az előadásban igyekszünk gyakorlati szempontból is megközelíteni, hogy melyek azok a klinikai helyzetek, amikor keresnünk kell a HEV fertőzést, mint kóroki tényezőt, mikor kételkedjünk a szerológiai vizsgálatok eredményében, és milyen eredményeket tapasztaltunk a ribavirin kezelés hatására.

PPI FOREVER? A PPI KEZELÉS INDIKÁCIÓI ÉS IDŐTARTAMA

Dr. Bálint Levente belgyógyász, háziorvos, gasztroenterológus, háziorvos, Piliscsaba

A 80-as években a protonpumpagátlók (PPI) betörése átírta a savfüggő kórképek kezelésének történetét, ugyanakkor a közel 30 év tapasztalata számos, a hosszútávú alkalmazással összefüggő mellékhatás veszélyeire hívja fel a figyelmet.

Számos indikációban alkalmazzuk a PPI-okat, ugyanakkor időről-időre át kell gondoljuk, hogy a hosszútávú, vagy emelt dózisban alkalmazott kezelés valóban indokolt-e. A két leggyakoribb indikáció a refluxbetegség (ERD/NERD) kezelése és az egyre szélesebb körben alkalmazott thrombocytáagregáció-gátló (TAG) és/vagy NSAID kezelés melletti gyomorvédelem.

A GERD kezelésében mind a nemzetközi, mind a hazai szakmai ajánlások a PPI alapú „STEP DOWN” terápiáját ajánlják, ennek ellenére a hazai szakmai gyakorlat nem mindig követi ezen elveket.

Az alacsony dóziszú ASA kezelés önmagában 2-4X-re növeli a felső gasztrointesztinális vérzés rizikóját, ez a rizikó hatványozódik, ha a beteg kettős TAG terápiában részesül, vagy mindemellé még antiikoaguláns terápia is beállításra kerül. A gyomorvédelem (PPI terápia) beállításánál számos egyéb rizikófaktort is figyelembe kell vennünk úgy, mint a beteg életkorát, az anamnézisben szereplő fekélybetegséget, a *Helicobacter* státust, vagy akár az ismert refluxbetegség jelenlétét, melyek fokozott rizikót jelentenek (ACCF/ACG/AHA Expert Consensus Document).

Számos gasztroenterológiai kórkép kezelése folyamatos PPI kezelést tesz szükségessé, ugyanakkor nem szabad szem elől téveszteniünk a ténytet, hogy a legtöbb akut savfüggő kórkép nem igényel 8-12 hétnél hosszabb kezelést!

Az indokolatlanul hosszú időn keresztül adott PPI kezelés a potenciális mellékhatások veszélyével jár. Az utóbbi időszakban számos metaanalízis és klinikai tanulmány vette célpontra a hosszútávú protonpumpa-gátló kezelés mellékhatásait. Az első hullámokat felkavart vizsgálat a clopidogrel-PPI interakciót vetette keresztútzbé, ahol a PPI-ok (omeprazol) alkalmazása mellett a kardiovaszkuláris események fokozódását észlelték. A későbbi randomizált vizsgálatok nem igazoltak csoportthatást, ugyanakkor az FDA (gyógyszerhatóságok) az omeprazol és clopidogrel típusú szerek együttes adását nem hagyták jóvá!

A „való életben” észlelt mellékhatások jelentkezését azonban számos egyéb tényező is befolyásolja, úgymint az indokolatlanul emelt dózis, a kezelés időtartama, az elesett, idős betegek komorbid kórképei, gyógyszeres kezelése, vagy akár a páciens gyógyszermetabolizmusa (a kaukázusi populációban mintegy 3% körüli a „gyenge metabolizáló” aránya, ezzel szemben viszont az ázsiai populációban ez jóval magasabb). A PPI alkalmazás során kieső első „savas” antimikrobális védőgát önmagában is jelentős khatással van a microbiótára, amely hajlamosíthat számos infektív kórkép kialakulására (pneumonia, Clostridium infekciók).

Az eddigi klinikai vizsgálatok nem találtak egyértelmű közvetlen szignifikáns összefüggést sem a területen szerzett, sem a nosocomiális pneumoniák esetén. A Clostridium tekintetében is ellentmondásosak az irodalmi adatok, ugyanakkor viszont hangsúlyozandó, hogy idős, elesett, számos komorbiditással bíró, vagy intenzív osztályon kezelt beteg esetén fokozott rizikóval kell számolnunk és ilyenkor megfontolandó a PPI helyett H2receptor-blokkoló adása.

A protonpumpa-gátlók a gyomrsavszekréció gátlása folytán számos nyomelem (Fe, B12-vitamin, Ca, Mg) felszívódását befolyásolhatják, ugyanakkor ezek többnyire valódi hiányállapotot nem okoznak, rutinszerű szűrésük vagy pótlásuk nem szükséges!

Izgalmas és vitatott kapcsolat a csonttörési kockázat / osteoporosis és a hosszú távú PPI-kezelés kapcsolata. 2010-től kezdődően számos nemzetközi összefoglaló vizsgálat látott napvilágot, melyek nem hoztak egybehangzó eredményeket. Egy 2016-ban megjelent, 18 vizsgálatot összefoglaló metaanalízis alapján, ill. ezzel egybehangzóan az FDA állásfoglalása szerint is a hosszú távú PPI-kezelés mérsékelten növeli a csípő-, csigolya, ill. egyéb törések kockázatát.

A PPI-ok alkalmazása során észlelt fiziológiás válaszként emelkedik a szérum gasztrin szintje, ugyanakkor viszont a következményes enterokrómaffin sejt hyperplasia önmagában nem vezet carcinoid, vagy gyomortumor kialakulásához!

Számos európai országban elvégzett vizsgálat fókuszál az „PPI overuse” kérdéskörére, hazánk sem kivétel az alól. A páciensek a kórházi kezelés után gyakorta kontrolálatlanul folytatják a PPI kezelést és gyakran bizony a páciens hosszasan „rajttamarad” az emelt dóziszú kezelésen. A háziorvosnak kiemelt szerepe van abban, hogy időről-időre újragondolja, felülvizsgálja a kezelés indikációját, dozírozását a PPI-t szedő páciensei körében.

Azt viszont ki kell emelni, hogy a 65 év feletti, fokozott gasztrointesztinális rizikóval bíró betegek esetében az NSAID okozta gasztroduodenális fekélyek prevenciójában a PPI-ok hatékonysága egyértelműen felülmúlja a H2receptor-blokkolókat!

Összefoglalva hosszú távú PPI kezelés esetén ne feledkezzünk meg a PPI-ok potenciális mellékhatásairól. Törekedjünk a korrekt indikációra, a legkisebb hatékony dóziszra („step down”) és csak a szükséges legrövidebb ideig alkalmazzuk őket.

Ha viszont magas rizikójú páciensről van szó akkor adekvát alkalmazásuk előnyei egyértelműen felülmúlják a mellékhatások klinikai jelentőségét, ilyen esetben akár „FOREVER” is adhatók!!!

GÓCKUTATÁS ÉS GÓCTALANÍTÁS MŰTÉTEK ELŐTT - A SZÁJHAGYOMÁNYTÓL AZ EVIDENCIÁKIG

Dr. Prinz Gyula részlegvezető főorvos, Dél-Pesti Centrumkórház, Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet, Infektológiai Osztály

Egyes műtéti típusok előtt kötelezően végeznek un. góckutatást. A hagyományos góckutatás célja a műtéti szövődmények megelőzése. Az egyes centrumok elvei különböző lehet. Szívsebészeti, ortopédiai és transzplantációs sebészetben is általános gyakorlat a góckutatás. Számos ellentmondással kell számolni. A kivizsgálás elmarad a sürgős műtétek előtt. Az elvégzett vizsgálatok érvényessége is megkérdőjelezhető. Meddig érvényes egy negatív orrszűrés? Milyen összefüggés van egy bizonytalan technikával levett vizelettenyésztés és a posztoperatív fertőzések között. Az orr- fül-gégészeten végzett góckeresés esetén a szakemberek mit ítélnék gócnak? Szükséges-e gócosnak ítélt mandulák eltávolításának? A fogászati panoráma RTG. megtétele is változó, vannak fogorvosok, akik valamennyi gyökérkezelt fogat gócnak tekintenek, mások csak a periapicális gyulladást tekintik gócnak. A felesleges góckeresés felesleges orvos-beteg találkozásokat generálnak, gyakran az alapellátásnak is felesleges terhet jelentenek.

95%-BAN MEGGYÓGYUL – FORRADALMI VÁLTOZÁS A HEPATITIS „C” KEZELÉSÉBEN

Dr. Schuller János főorvos, Róbert Károly Magánkórház és Uzsoki Utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály Hepatológiai Ambulancia

A hepatitis „C” vírus okozta infekció kb. 80%-ban krónikussá válik (chronicus C hepatitis = CHC). A CHC – kezelés nélkül – változó mértékben progrediál, végeredményben az akut fertőzést elszenvedettek kb. 20-30%-ában alakul ki májcirrózis, jellemzően 25-30 év alatt. A CHC okozta májcirrózisban a hepaticus dekompenzáció rizikója évente 10-15%, míg a hepatocellularis carcinoma kialakulásáé évente 2-4%.

A CHC kezelése az interferon monoterápiával indult, majd az interferon/ribavirin kombinációval folytatódott. Magyarországon 95%-ban elterjedt 1-es genotípusú vírus esetében a betegek csak kb. 35-40% volt véglegesen gyógyítható (SVR- sustained viral response). A kezelésnek gyakori és eléggé súlyos mellékhatásai voltak, melyek korlátozták alkalmazhatóságát, így – egyebek mellett – nem voltak kezelhetők a súlyosan fibrotikus ill. cirrózisos betegek sem; vagyis pont azok, akiknek arra a legnagyobb szükségük lett volna. A kombináció harmadik tagjaként 2013-ban terápiába került I. generációs proteáz gátló szerek (boceprevir és telaprevir) jelentősen emelték az SVR arányát, de e hármas kombináció mellékhatásai rendkívül súlyosak és gyakoriak voltak.

A terápiában valóban forradalmi változást a második generációs úgynevezett direkt vírusgátló szerek (DAA-k), jelesül az új NS3 proteáz-gátlók („-previrek”), az NS5A proteáz-gátlók („-asvirek”), és az NS5B polimeráz-gátlók („-buvirek”) bevezetése hozott. Ezek kombinációival gyakorlatilag már minden HCV fertőzött beteg kezelhető, 95% fölötti gyógyulás és minimális mellékhatások mellett. Így immár gyógyíthatóak a dekompenzált májcirrózisos betegek, a szervtranszplantáltak, a korábban sikertelenül kezelték, a súlyos szív- vagy tüdőbetegek, a veseelégtelenségben szenvedő anémiás betegek is. Mindezek miatt megváltozott a kezelés stratégiája is: minden HCV fertőzött kezelhetővé és kezelendővé vált.

A CHC 20-30 éves tünetmentessége miatt rendkívül fontos a rizikócsoportok szűrése, a betegek mielőbbi diagnosztizálása és kezelése. Szűrés a következő esetekben szükséges: kóros GPT, transzfúzió, anti-D, egyéb vérkészítmény 1992. előtt, az 1945-

1970. között születettek, hemodializált betegek, HIV és/vagy HBV fertőzöttek, HCV fertőzött szexuális partnerei vagy velük együttlakó személyek, egészségügyi dolgozók, fegyveres testület és mentőszolgálat tagjai, iv. droghasználó és nasalisan drogot szippantó, tetovált, testékszert viselő személyek, börtönök ill. szociális intézetek lakói és dolgozói, promiszkus ill. férfi homoszexuális (MSM) személyek, endémiás területről érkezők. Ajánlatos lenne a terhes kismamák, az immunszuppresszív szerekkel, kemoterápiával ill. biológiai terápiával kezelték szűrése is.

A HIDROGÉN KILÉGZÉSES TERHELÉSES VIZSGÁLATOK HELYE ÉS ÉRTÉKELÉSE A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN

Dr. Taller András Ph. D. osztályvezető főorvos, címzetes egyetemi docens,
Uzsoki Utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály

A hidrogén kilégzési tesztek a funkcionálisnak tűnő gasztrointesztinális betegségek patofiziológiai hátterét fedik fel. Elsősorban a szénhidrát malabsorptio és intolerancia, a vékonybél bakteriális kontamináció és az oro-coecalis tranzit idő diagnosztikájához használt tesztek terjedtek el. Standardizált tesztmódszer és irányelv azonban a mai napig sincs. A mai, sokszor hibás gyakorlat az indikációt, a teszt dózist, az előkészületeket, a kivitelezést és a kiértékelést illetően sem egységes. A 2005-ös német, a 2009-es olasz konszenzus dokumentum, ill. a 2017-es amerikai ajánlás alapján változások várhatók az eddig legelterjedtebb (laktóz, laktulóz, glukóz és fruktóz) alkalmazásokat illetően.

A betegek is hajlamosak az olyan krónikus panaszait, mint hasi diszkomfort, fájdalom, puffadás, flatulencia, diaré vagy szorulás, befolyásolhatatlan, meg nem változtatható kellemetlenségnek tekinteni és ezért sokáig nem is fordulnak szakemberhez. Az orvosok is előbb küldik - kilégzési tesztek helyett - a betegeket kényelmetlenebb és drágább vizsgálatokra. A panaszok, tünetek igazi oka ki ezért gyakorta ki sem derül. A szénhidrát malabsorptio sokszor marad diagnosztizálatlan.

A hidrogén kilégzési teszt olcsó, szenzitív, specifikus, egyszerű, reprodukálható és biztonságos. A pontos diagnózishoz, a tévesen negatív leletek minimalizálása végett javasolt a nemcsak hidrogént, hanem metánt, esetleg széndioxidot is mérő készülékek használata. De várható forradalmian új módszerek megjelenése is.

GYÓGYSZEREK ÉS DROGOK MAGZATI ÁRTALMASSÁGA

Dr. Petik Dóra Ph.D., szülész- nőgyógyász főorvos, Dél-Pesti Centrumkórház
Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály

A gyógyszerek magzati ártalmosságának kockázatát még napjainkban is gyakran túlbecsüli nem csak a laikus közvélemény, hanem a szakma is. Ezért gyakran az alapbetegség kezeletlen marad a várandósság során, noha ez nagyobb magzati kockázatot jelenthet, mint maga a gyógyszer.

A bevezetőben a gyógyszerek magzati ártalmosságának történetéről és jelenlegi vizsgálati módszereiről nyújtunk áttekintést.

Az előadásban ismertetésre kerül három olyan tudományos szintű adatgyűjtés „Hungaricum”, mely Czeizel Professor Úr személyéhez köthető és méltán tett szert nemzetközi elismertségre, a gyógyszerek teratogén kockázatának értékelésében. Ezt, a gyógyszerek és drogok fejlődési rendellenességet és magzati ártalmat okozó kockázata, a magas- közepes- és alacsony teratogén kockázatú gyógyszerek részletesebb elemzése követi.

GASZTROENTEROLÓGIAI KÓRKÉPEK BŐRGYÓGYÁSZATI TŰNETEI

Prof. Dr. Marschalkó Márta, Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika

A gastroenterológiai kórképek széles köre jár bőrtünetekkel, jelen előadásban ezek közül colitis ulcerosa és Crohn betegség bőrgyógyászati manifesztációival, valamint a *Helicobacter pylori* infekció bőrgyógyászati jelentőségével foglalkozunk.

IBD bőrgyógyászati jelentőségét napjainkban az adja, hogy másodvonalbeli kezelésükben biológiai szerek, TNF- α gátlók (infiximab, adalimumab), IL17 gátlók (ustekinumab) eredményesen alkalmazhatók. IBD-hez társuló bőrtünetek közül a neutrophil dermatosisok csoportjába tartozó pyoderma gangrenosum gyakrabban társul colitis ulcerosával, mint Crohn betegséggel, típusos esetben gyorsan terjedő, gyulladt, alávájt szélű, multiplex fekélyek jellemzik, de vannak nem típusos megnyilvánulásai is: pustulosus, vesiculosus, vegetans forma. A szövettani vizsgálat nem kórjelző, de a diagnózis felállításához szükséges a fekély szélből vett mintában a leukocytá infiltratum kimutatása (Major diagnosztikus kritérium). IBD mellett az esetek mintegy felében egyéb háttérbetegség igazolható, leggyakrabban reumatológiai, hematológiai, immunológiai betegségek. A kezelés alapja kortikoszteroid, cyclosporin, egyéb immunszuppresszív szerek, TNF- α gátlók másodvonalban. Crohn betegséghez specifikus- granulomatosus szöveti jellemzőket mutató-bőrtünetek, perianalis tályog, sipolyok, és specifikus, egyéb bőr felületen fellépő, kifehélyesedéssel járó bőrtünetek, valamint nem specifikus bőrtünetek- pyoderma gangrenosum, erythema nodosum, cheilitis, stomatitis aphthosa- tartoznak.

A *Helicobacter pylori* fertőzésnek több bőrbetegségben tulajdonítottak, tulajdonítanak jelentőséget, ezek közül krónikus urticariában és rosaceában rendelkezünk a legtöbb vizsgálati adattal. Ennek ellenére, krónikus urticariában a vizsgálatok szerint nem bizonyított a *Helicobacter pylori* fertőzés oki, fenntartó szerepe, rosaceában triggerelő szerepe nem vethető el.

MÁJBETEGEK INFEKCIÓI

Dr. Schuller János főorvos, Róbert Károly Magánkórház és Uzsoki Utcai Kórház II.
Belgyógyászati Osztály Hepatológiai Ambulancia

Májcirrózisban az immunrendszer működése komplex módon számos ponton károsodik. Ezt mind a kísérleti, mind a klinikai kutatások igazolják. Az újabb irodalom önálló entitásként kezeli a cirrózis asszociált immundeficiens szindrómát. Károsodik a neutrofil granulociták, a monociták, a makrofágok, a limfociták és a komplement rendszer működése. Mindehhez malnutrició, csökkent mukozális barrierfunkció, a belek dysbacteriosis társul, s ezen tényezők együttesen spontán bakterémiára és a hasüregi nyirokcsomók bakteriális inváziójára (bakteriális transzlokáció) hajlamosítanak. Ezek következtében gyakran alakul ki spontán bakteriális peritonitisz (SBP), pneumonia, húgyúti infekció, de könnyen kialakulhat szepszis is.

A spontán bakteriális peritonitisz a kórházi ellátásra szoruló cirrózisos betegek 20-30%-ában is kialakul, az esetek kb. egyharmadában szerény tünetek (általános állapotromlás, encefalopátia, az ascitesz és a perifériás ödémák fokozódása) mellett, sőt további egyharmadában tünetek nélkül is. A legkisebb gyanú esetén is diagnosztikus haspunkciót kell végezni. Amennyiben az asciteszben a granulocyták száma meghaladja a 250/mikrolitert, azt SBP-nek kell tekinteni és kezelni, függetlenül a későbbi mikrobiológiai eredménytől.

Májcirrózisban gyakori a gasztrointesztinális vérzés, mely eredhet varix-vérzésből, gasztroduodenális eróziókból vagy fekélyekből ill. az alsóbb bélszakaszokból egyaránt. Minden GI vérzés fokozza az SBP és más infekció rizikóját, és megfordítva is igaz: az infekció emeli a portalis nyomást és fokozza a varixvérzés (és persze az újrvérzés) rizikóját. Mindezért GI vérzés esetén 5 napos intravénás antibiotikum prevenció szükséges.

Általánosságban is, de májbetegekben is igen gyakori a protonpumpagátlók indokolatlan használata. Májcirrózisban gyakoribbak a gasztroduodenális fekélyek; a PPI-k preventíven adva azonban ezeket nem előzik meg, hasonlóan nem eredményesek a nyelőcső varix-vérzések megelőzésében sem. Preventív adásuk egyedül az özofágusz varixok szkleroterápiája vagy gumigyűrű ligatúrája kapcsán indokolt. Indokolatlan adásuk veszélyes is, mivel fokozzák mind a Clostridium difficile, mind egyéb bakteriális infekciók rizikóját.

DAGANATELLENES KEZELÉSEK ÁLTAL OKOZOTT SZÍVIZOM KÁROSODÁS

Dr. Nagy András Csaba Ph. D., osztályvezető főorvos, Uzsoki Utcai Kórház
I. Belgyógyászati Osztály

Az elmúlt évtizedben a daganatellenes kezelések fejlődésének köszönhetően jelentősen emelkedett a tumoros betegséget túlélők száma. Ugyanakkor az újonnan felfedezett daganatos kórképek száma is fokozatos növekedést mutat. Az Egyesült Államokból származó adatok szerint az 1990-es évek daganat mortalitás aránya mintegy 20%-al csökkent (220/100.000 beteg számról 175/100.000-re), ugyanabban az időszakban a túlélők száma 7 millióról 12 millióra növekedett (1). Más tanulmányban 2026-ra egy Egyesült Államokban megközelítőleg 20 millió túlélő beteggel számolnak (2). Az öröndetes hosszú távú túlélés azonban megnövekedett szívelégtelenség, koszorúér betegség és stroke rizikóval jár. Ezek az adatok egyértelműen rámutatnak arra a tényre, hogy a daganatos betegek kezelése során a kardiotoxikus szerek kései hatását is figyelembe kell venni. Ez természetesen nem csak a kemoterápiás és biológiai, illetve hormonkészítmények megfelelő alkalmazását jelenti, hanem a betegek körültekintő kivizsgálását (kardiovaszkuláris rizikó felmérés, társbetegségek kezelése) és követését is. A másik oldalról az is ismert adat, hogy az ismert rizikófaktorok, hajlamosító tényezők elterjedtsége miatt az utóbbi években jelentősen növekedett a szívelégtelenség előfordulása is. A korábbi előrejelzések alapján fokozatos növekedéssel számoltak, 2040-re 772.000 új szívelégtelen beteget valószínűsítettek. Azonban e téren is drámai növekedés figyelhető meg, hiszen már 2007-ben már 670.000 új esetet diagnosztizáltak (3). Hogy a két betegség közös halmaza valójában mekkora, arról elképzelés sincsen. Mindenesetre a sok közös rizikófaktor mellett (magasabb életkor, dohányzás, obesitas, inaktivitás) ismertté vált, hogy a szívelégtelenség önmagában segíti a carcinogenesis, illetve bizonyos anticongestív szereknél felmerülhet a carcinogénitás.

2016-ban az ESC kongresszusán került kiadásra az ESC „**Állásfoglalása a Daganat Terápiáról és Kardiovaszkuláris Toxicitásról**” és a hasonló című ESC Pocket Guideline, melyet remélhetőleg nemsokára minden hazai kardiológus, onkológus a kezébe vehet (4). Bár ez a kiadvány az elmúlt évek, évtizedek számos értékes eredményét és a nagy vizsgálatok evidenciáit is tartalmazza, de számos nyitott kérdés

maradt még, amiket mind a nemzetközi, mind a hazai nagy társaságoknak, szakmai szervezeteknek kell megvitatni.

A legújabb ismereteink szerint nem csak a konvencionális kemoterápia, hanem a korszerűbb molekuláris célzott, és az immuno-onkológiai terápia is emeli a szívizom sejtek direkt károsodásának rizikóját, bal kamra diszfunkciót, későbbi szívelégtelenséget okozva. Több, a mindennapi gyakorlatban használt daganatellenes készítmény adás után növekedhet a kezelés okozta hypertonia, fokozódik a tromboemboliás eseményeknek, iszkémiás történések valószínűsége, sőt leírtak életveszélyes ritmuszavarokat is. A különböző daganatellenes szerek és a sugárkezelés ezen az öt fő támadásponton keresztül fejtheti ki káros hatását a szív- és érrendszer tekintetében (5). Bár a mellékhatások egy része irreverzibilis és progresszív kardiovaszkuláris (CV) betegséghez vezet, számos esetben csak átmeneti diszfunkciót tapasztalhatunk, kései kóros működés megjelenése nélkül (6). A kardiotoxikus károsodás leggyakoribb formája a miokardium károsodás, a bal kamra diszfunkció (LVD). Ennek sokszor kései, olykor évekkel, évtizedekkel később megjelenő következménye a szívelégtelenség.

A daganatellenes terápiák okozta kardiotoxicitás észlelése évtizedekkel ezelőtt, az 1960-as években az anthracylin kezelés okozta szívelégtelenség felismerésével kezdődött. Sokáig csak a tünetek megjelenése jelentette a diagnózist. Az echokardiográfia 1980-as években történt térnyerésével a bal kamra szisztolés funkciójának (LVEF) mérése már nagy előrelépés volt, és a mai napig fontos paramétere a kardiotoxicitás meghatározásának. Az alapkutatások és a randomizált, kontrollált multicentrikus vizsgálatok fejlődésével vált nyilvánvalóvá, hogy a kardiotoxicitás előrejelzése a beteg későbbi életkilátása szempontjából döntő fontosságú. A kemoterápia direkt hatása következtében sérülnek, károsodnak a miokardium sejtjei. Ez bizonyos biomarkerek felszabadulásával jár (Troponinok), akár már a kezelést követő órákban. Később a miokardium egésze sérül, deformálódik, mely hetekkel-hónapokkal-évekkel később tünetmentes, vagy tünetes bal kamra diszfunkciót okoz. A folyamat utolsó, akár évek múlva kialakuló szakasza a manifeszt szívelégtelenség, és a következményes halál. Ennek a sokszor évekig tartó folyamatnak a minél korábbi felismerése döntő a beteg későbbi életkilátását illetően. Az echokardiográfia a többi képalkotó módszer (MUGA, CT, MRI) mellett elérhetőségénél, alacsony relatív költségénél és ismételtetésénél fogva megőrizte elsőségét. Számos vizsgálat eredményeként bekerült a legújabb

ajánlásokba is, mint a kardiotoxicitás alap vizsgálati módszere. A korai, un. szubklinikus károsodás észlelésének fontossága azonban kidomborította a módszer gyengeségeit is (inter-obszerver variabilitás, diasztolés funkció kérdése), melyekre igazán megoldást csak a legújabb echokardiográfiás technikák tudtak adni (3D EF mérés, globális longitudinális strain - GLS, stb.).

A daganatos és/vagy szívelégtelen betegek kezelésében bár sokszor segítségünkre vannak a szakmai ajánlások, de gyakran van szükség szoros szakmai együttműködésre, multidiszciplináris megközelítésre, onko-kardiológiai tudásra. Sok olyan kihívással kell szembenézni ebben a különleges betegcsoportban, amikre a mindennapi rutin nem készít fel.

IRODALOM

1. Herrmann J, Lerman A, Sandhu NP et al.: Evaluation and Management of Patients With Heart Disease and Cancer: Cardio-Oncology. *Mayo Clinic Proc* 2014;89(9):1287-1306.
2. American Cancer Society. *Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2016-2017*. Atlanta: American Cancer Society; 2016
3. Savarese G., Lund LH.: Global Public Health Burden of Heart Failure. *Cardiac Failure Review* 2017;3(1):7-11.
4. Zamorano JL, Lancellotti P, Muñoz DR et al.: 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines. *European Heart Journal* (2016) 37, 2768-2801.
5. Yeh ETH, Tong AT, Lenihan DJ et al.: Cardiovascular Complications of Cancer Therapy Diagnosis, Pathogenesis, and Management. *Circulation*.2004; 109:3122-3131.
6. Minotti G, Salvatorelli E, Menna P. Pharmacological foundations of cardio-oncology. *J Pharmacol Exp Ther*. 2010 Jul;334(1):2-8. doi: 10.1124/jpet.110.165860. Epub 2010 Mar 24.

VÉRALVADÁSGÁTLÓ KEZELÉS ÉS THROMBOCYTA AGGREGÁCIÓ GÁTLÓ KEZELÉS ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK KAPCSÁN

Dr. Orosz Péter főorvos, Miskolc Megyei Kórház és Endomedix Miskolc
Gastroenterológiai Központ

Az utóbbi évtizedekben az antithrombotikus kezelés (véralvadásgátlás és thrombocytá aggregáció gátlás) világszerte egyre kiterjedtebben és rohamosan növekvő mértékben alkalmazott terápia. Fő indikációk a pitvarfibrillatio, az acut coronaria syndroma, hyperkoagulábilis állapotok, mélyvéna thrombosis, az endoprothesisek. Az antikoagulánsok a koagulációs kaszkád különböző pontjain hatva akadályozzák a thrombus képződést (K vitamin antagonisták, frakcionálatlan és kis molekulásúlyú heparinok, direkt Xa faktor gátlók, thrombin gátlók), a thrombocytá aggregáció gátlók csökkentik a thrombocytá aggregációt megelőzve a thrombus kialakulást (aspirin, ticlopidin, clopidogrel, plasugrel, ticagrelor a proteáz inhibitor vorapaxar, a glicoprotein II/b/IIIa inhibitorok), de gátolják a thrombocytá aggregációt az oly széles körben használt NSAID-ok is.

Az antithrombotikus kezelés mellékhatásként, szövődményként fokozza a vérzések, beleértve a gastrointesztinális vérzések esélyét különböző betegségek esetén. A vérzések kockázata jelentősen megnőhet műtétek, invazív és terápiás endoszkópos beavatkozások során is.

Akut gastrointesztinális vérzés miatt végzett és elektív endoszkópos beavatkozások kapcsán is mérlegelni kell részint a beavatkozás vérzési kockázatát, részint azt a thromboemboliás kockázatot, melyet az antikoaguláns ill. thrombocytá aggregáció gátló kezelés felfüggesztése jelent. Az endoszkópos beavatkozásokat mind az ASGE, mind az ESGE kis és nagy vérzéskockázatú beavatkozásokra osztja fel. Kis vérzéskockázattal járnak általában a diagnosztikus beavatkozások (gastroszopia, colonoszopia, ERCP EST nélkül, EUS FNA nélkül, capsula endoszopia, ballon asszisztált enteroszopia stb.), nagy vérzéskockázattal járnak a terápiás beavatkozások (polypectomia, EST, FNA, varix kezelés, PEG, PEJ, tágító kezelések, pancreas pseudocysta drenázsok, endoszkópos hemostasis, EMR, ESD).

Az elektív beavatkozásokat, ha csak rövid idejű antithrombotikus kezelés szükséges (pl. nem magasra terjedő mélyvéna thrombosis, nem gyógyszerkibocsátó coronaria stent stb), halasztani kell. Ha hosszú idejű antithrombotikus kezelésre van szükség vagy a beavatkozás nem halasztható, kis thromboembóliás kockázat esetén az antikoaguláns terápia 4-7 napra való felfüggesztése nem emeli érdemben a thromboembóliás események valószínűségét. Nagy thromboembóliás kockázatú páciensek esetén a periprocedurális időszakban frakcionálatlan vagy kis mólsúlyú Heparin átfedést kell alkalmazni. Nagy thromboembóliás kockázat esetén (bare metal stent 3 hónapon belül, drug eluting stent 12 (6) hónapon belül) a P2Y12 receptor gátlók megszakítása általában nem lehetséges, kardiológus konzilium szükséges. ASA kezelés többnyire folytatható.

Heveny gasztrointesztinális vérzés esetén a vérzés súlyosságától függően az antikoaguláns dózist lehet csökkenteni, az adagolást megállítani, valamint antikoaguláns hatását felfüggeszteni, thrombocyta aggregáció gátló adását lehet szüneteltetni, thrombocyta szuszpenziót alkalmazni, coronaria stent esetén kardiológus konzilium szükséges. Az antithrombotikus kezelés a diagnosztikus endoszkópos vizsgálatokat nem akadályozza, sőt ezekre mielőbb sor kell kerülnön. Vérzéscsillapításra elsősorban a mechanikus eljárásokat kell alkalmazni.

Elektív endoszkópos procedurákat követően ill. heveny gasztrointesztinális vérzés megszűnése és a páciens állapotának stabilizálódása után az antithrombotikus terápiát vissza kell adni, az időpont meghatározásánál mérlegelni kell mind a vérzés, mind a thromboembóliás szövődmények kockázatát.

VÉDŐOLTÁSSAL MEGELŐZHETŐ FERTŐZÉSEK PREVENCIÓJA FELNŐTTKORBAN

Dr. Kulcsár Andrea főorvos, Dél-Pesti Centrumkórház Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet, Gyermekgyógyászati Osztály és Oltási Tanácsadó Szakrendelés

A komplex betegellátás a szakorvosok és háziorvos kollégák együttműködésével valósulhat meg, közös teherviseléssel lehetünk eredményesek kezelésben és infekció megelőzésben egyaránt. Az alkalmazott kezelés mellékhatásának, esetleges késői szövődményének jelentősége eltöri, ha betegünk újra teljes értékű életet élhet, ugyanakkor a nagy betegnél alkalmazott prevenció szándékú védőoltás nem egy kézzelfogható veszélytől óv. Az immunizáció ritkán része a beteg gondozásnak és az egészséges felnőttek is csak elenyésző esetben kapnak rendszeresen prevenciót. Pedig az eddig kedvező járványügyi helyzetünk ma már veszélyben lehet az európai járványok miatt, emellett a gyermekeknél alkalmazott oltások a felnőtt környezetet hazánkban sem képesek maradéktalanul megvédeni. Az infekció kedvezőtlen hatásával, akkor szembesülünk, amikor az alapbetegséget egy fertőzés lobbantja fel, a beteg kondícióját egy infekció rontja. Kevésbé ismert, hogy az immunológiailag sérült és krónikus betegségben szenvedő páciensek biztonságos prevencióját évtizedes tapasztalattal végezzük. Tapasztalat szerint a betegek zöménél a megelőzhető betegségek elleni védettség állapota ismeretlen, és aktív védőoltást a többség gyermekkorban kapott utoljára.

Az immunizáció hatékonyságának érdekében fontos a folyamatos védettség fenntartása alkalmazkodva a páciens aktuális egészségi állapotához, életviteli szokásaihoz és a járványi helyzethez. Ez a **HÁZIORVOS KOMPETENCIÁJA** volna. Az alapbetegségben szenvedő pácienseknél a diagnózis megállapításakor szükséges a beteg védettségi felmérése (anamnézis, oltottság, szerostátusz), ami a **GONDOZÓ INTÉZMÉNY KOMPETENCIÁJA**. Az **OLTÁSI TANÁCSADÓ KOMPETENCIÁJA** a kérdéses esetekben az olthatóság eldöntése (élő gyengített kórokozó tartalmú oltások) és az oltási eredményesség vizsgálata.

Minden esetben a beteg szűkebb környezetét, a családot is szem előtt kell tartani (fészek immunizáció). Különös tekintettel a fiatal felnőttek, családtervezők igényelnének az alapellátásban gondoskodást!

IMMUNIZÁCIÓ A MINDENNAPI GYAKORLATBAN:

Védőoltással megelőzhető fertőzések elleni, oltottság, átvészelt fertőzések anamnézise, és ezek alapján a várható védettség megítélése MINDEN páciensnél szükséges egészségi állapottól függetlenül. Az anamnézis alapján a gyermekorvosi gyakorlatban megkezdett oltási menet folytatása emlékeztető oltásokkal, hiányzó immunitás pótlása a megelőzendő fertőzések életkori prevalenciájának megfelelően (pneumococcus, meningococcus, pertussis) szükséges. Abban az esetben, ha ismerjük a felnőttek oltási gyakorlatát és azt alkalmazzuk, jelentős rizikótól, felesleges szenvedéstől és terápiás kudarcától óvhatunk meg krónikus betegeket is.

Életkortól függően diftéria-pertussisz-tetanusz-polio (dpt-IPV), pneumococcus (PCV 13, PPV23) meningococcus (MenC, MenB, MenCV4), hepatitisz A, B, bárányhimlő, egyeseknél kanyaró, rubeola és mumpsz megelőzés szükséges. Szezonálisan van napi renden az influenza elleni védőoltás, melyet a legveszélyeztetettebb populációban, a krónikus betegeknél, várandósoknál az iránymutatók ellenére csak nagyon kevesen alkalmaznak.

Javasolt: www.oltasbiztonsag.hu, Felnőttkori védőoltások kézikönyve (Új kiadás 2019)

WILSON KÓR

Prof. emeritus Dr. Szalay Ferenc, az orvostudományok doktora, Semmelweis Egyetem I. Belgyógyászati Klinika

Autoszomális recesszív úton öröklődő betegség, amit az ATP7B gén mutációja okoz. A génhiba miatt elégtelen a réz transzportja az epébe, a caeruloplazmin szint alacsony, s a réz toxikus mértékben halmozódik fel főleg a májban és az idegrendszerben. A betegség viszonylag ritka (1:30000), kezelés nélkül fatális. A tünetek általában gyermek és fiatal korban, ritkábban felnőttekben, akár 40 év felett jelentkeznek.

Bár a genetikai eltérés kezdettől megvan, nincs pontos magyarázat arra, hogy a betegség tünetei miért éppen az adott időben, s milyen klinikai formában jelentkeznek. Felmerült, hogy az ATP7B mutációk mellett más genetikai faktorok és egyéb tényezők is befolyásolják.

A klinikai képet hepatológiai, neurológiai, pszichiátriai tünetek és ezek kombinációja jellemzi, haemolysis és vese laesio ritkábban fordul elő. A Kayser-Fleischer gyűrűt a corneában lerakódott réz tartalmú pigment okozza, aminek diagnosztikus értéke van, de a látást nem befolyásolja.

Wilson kór minden típusú májbetegség képében jelentkezhet az enyhe zsírmájtól, steatohepatitistól (NASH) kezdve, az akut- és krónikus hepatitiszen át a májfibrózis és cirrhosisig. Akut fulmináns májelégtelenség esetén is gondolni kell a Wilson kórra. A neurológiai tüneteket a subcortikális magvakban lerakódott réz által okozott tremor, beszéd- és mozgászavarok jellemzik. A pszichiátriai tünetek is változatosak lehetnek.

Kórisme. A jellemző klinikai tünetek, az alacsony caeruloplazmin szint, a Kayser-Fleischer gyűrű pozitívítása, a májbetegség, a D-penicillamin próba és a génmutáció figyelembevételével nemzetközileg elfogadott pontrendszer segíti a diagnózist. Ha a genetikai hiba mindkét allélen kimutatható, az biztos diagnózist jelent. Ma már több, mint 600 mutáció ismert. Az MR vizsgálat az agyban jellegzetes képet mutathat. A szérumban lévő réz szint nem releváns, de a D-penicillamin próba pozitívítása, a gyógyszer szedése napján a 24 órás vizeletürítés jelentős növekedése támogatja a diagnózist.

Kezelés. A rézszegény diéta önmagában nem elegendő. A kelátképzők (D-penicillamin, trientin) a vizeletben történő rézkiválasztást fokozzák. A cink kezelés kompetíció útján gátolja a réz felszívódását és a metallothionein indukciója révén segíti az eliminációt. A

tertrathiomolibdát kezelés még a klinikai kipróbálás fázisában van. Akut májelégtelenség vagy a májcirrhosis dekompenzációja esetén a májtranszplantáció hozhat gyógyulást. A neurológiai tünetek alapján nem indikált a májátültetés, mert az idegrendszeri tünetek nem javulnak.

Kórijóslat. Kezelés nélkül fatális. Időben kezdett kezelés tünetmentességet eredményezhet. A kezelést egész életen át folytatni kell. Fontos a testvérek vizsgálata. Homozigóta vagy összetett heterozigóta esetekben el kell kezdeni a kezelést, ami megelőzheti a betegség manifesztációját.

A NÖVEKVŐ ANTIBIOTIKUM REZISZTENCIA

Prof. Dr. Ludwig Endre, kandidátus, Semmelweis Egyetem II. Belklinika Infektológiai Tanszéki Csoport

Az elmúlt évtizedekben kialakuló magas fokú rezisztencia egyre nagyobb veszélyt jelent nemcsak a kórházi, hanem a területi gyakorlatban.

A rezisztencia jelensége igen komplex folyamat, melyben szerepet játszik a humán használaton kívül az állatgyógyászatban, állattenyésztésben alkalmazott antibiotikum tömeg, a globalizációval együtt járó gyors transzport és a rezisztens mikróbák terjedésének megakadályozását szolgáló infekció kontroll elégtelensége.

Az antibiotikum alkalmazás mértéke és a rezisztencia foka többnyire párhuzamosan fut, Magyarország azonban kivétel: igen alacsony antibiotikum használat mellett kifejezetten magas a rezisztens baktériumok aránya. Ennek feltehető okai: inadekvát antibiotikum alkalmazás és az infekció kontroll elégtelensége.

A humán antibiotikum alkalmazás terén a következőkre van szükség:

- csak meggondolt indikációban (megalapozott diagnózis)
- ismerni kell a lehetséges kórokozók körét
- az antibiotikumok antimikróbás spektrumát
- kell használni a radiológiai és laboratóriumi vizsgálatokat
- helyesen kell interpretálni a mikrobiológiai leleteket
- törekedni kell a keskeny spektrumú antibiotikumok használatára
- a rövidebb időtartamú antibiotikum kezelésekre
- szükséges a korábban használt antibiotikumok „elővétele”
- szempont lett a mikrobiom integritásának védelme, a „kolonizációs rezisztencia” megtartása

TONSILLOPHARYNGITIS

Az esetek 90%-a vírus infekció következménye, a leggyakoribb bakteriális kórokozó a *Streptococcus pyogenes*. Diagnosztikájában támaszkodhatunk a klinikai kép mellett (Centor pontrendszer) a vérképre és a streptococcus antigén kimutatását szolgáló

gyorstesztre. Az antibiotikum kezelés indításának néhány napos késleltetése nem veszélyezteti a gyógyulást. Választandó antibiotikum a penicillin 10 napig, ettől eltérni csak allergia vagy kudarc esetén javasolható.

Az akut rhinosinusitis nem igényel rutinszerű antibiotikum kezelést, csak akkor indokolt, ha 7 nap után is jelentős infekciós panaszai vannak a betegnek. Kifejezetten javasolt a késleltetett indítás stratégiája. Javasolt antibiotikum: amoxicillin, esetleg amoxicillin/klavulánsav. Penicillin allergiás betegekben orális kefalosporinok ajánlott.

A chronicus bakteriális rhinosinusitis kezelésében az antibiotikum kezelés önmagában nem vezet sikerhez, csak komplex terápia részeként javasolt. Kórokozó spektruma eltér az akut infekciótól, Gram-negatívok, anaerobok kerülnek előtérbe.

Az akut nem-komplikált cystitis kezelésében az eddigiekkel szemben nitrofurantoin illetve foszfomicin trometalol, melyekkel szemben az E.coli érzékenysége megbízható és biztonsággal adható.

Az aszintomatikus bakteriuria antibiotikum kezelése kontraindikált kivéve terhesekben illetve tervezett urogenitalis műtét előtt. Az összes többi szituációban a kezelés felesleges, csak a rezisztencia indukálását eredményezi.

KIHÍVÁSOK, DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK: NEM RITKA BETEGSÉG NAGYON RITKA KLINIKUMMAL

Dr. Taller András Ph. D. osztályvezető főorvos, címzetes egyetemi docens,
Dr. Mohai Csaba Gyula, Uzsoki Utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály

Korábban eseménytelen anamnesisú fiatal férfibeteget 2 héttel arthroscopos térszalag műtéte után preventív dózisú LMWH és NSAID adása mellett kialakult rectalis vérzés miatt hospitalizáltuk. Felvétekor stabil haemodinamikai paramétereket találtunk. Tekintetbe véve megelőző kórházi tartózkodást, a beteg életkorát, negatív hasi ultrahangot és gastrocopiát is, differenciál diagnosztikai szempontból vérzés okaként számos kórkép felmerült.

A betegnél azonban felvételt követő órákban olyan rapidan progrediáló masszív gastrointestinalis vérzés indult, mely miatt végül intenzív osztályos átvétel és sebészeti megoldás vált szükségessé.

Esetünk kapcsán egy nem ritka kórkép igen szokatlan, megelőző panaszokat nem okozó mégis majdnem fatális megjelenési formájára szeretnénk felhívni a figyelmet.

KIHÍVÁSOK, DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK: SEM JÓ A GLOBÁLIS FELMELEGEDÉS? ESETISMERTETÉS

Dr. Kovács István főorvos, **Dr. Szűcs Mónika**, **Dr. Taller András** Ph. D.
osztályvezető főorvos, címzetes egyetemi docens, Uzsoki Utcai Kórház
II. Belgyógyászati Osztály

A 71 éves férfibeteget napok óta tartó gyengeség, izzadákonyság, izomfájdalom miatt vizsgáltunk. Felvétele napján fürdőkádból kilépve pillanatokra kollabált. Saját megfogalmazása szerint úgy érezte, influenzás. Felvételnél 38,2°C lázat mértünk. Légúti tüneteket nem észleltünk. Testszerte nem viszkető erythemát, nem hámló papulomatulosus exanthemát találtunk. Laborleletekben eltérés csak a kissé magasabb LDH, a norm értéket meghaladó CK volt. Mellkas rtg, hasi UH is érdemi eltérés nélküli volt. CMV, EBV, rubeola, varicella, Borellia szerológiai negatív lett. Néhány nap után emittálható lett. Emissziókor bőrtünetei még perzisztáltak, láz a felvétele napját leszámítva nem jelentkezett.

Egyértelmű diagnózis otthonába bocsátásakor még nem állt rendelkezése.

KIHÍVÁSOK, DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK: HASI DISZKOMFORT ÉS AMI MÖGÖTTE VAN...

Dr. Takács Eszter főorvos, **Dr. Schuller János** főorvos, Uzsoki Utcai Kórház
II. Belgyógyászati Osztály

Egy fiatalember történetén keresztül ismertetünk egy egyébként is ritka, fiatal felnőtt korban meg igen ritkán előforduló, előrehaladott esetben kifejezetten rossz prognózisú betegséget. A jelenleg 33 éves fiatal férfi betegsége hat évvel ezelőtt kezdődött. Ekkor bal oldali mellkasi, bizonytalan bal felhasi panasz miatt akut koronária szindróma irányában vizsgálták. Érdemi eltérést egy bal oldali mellékvese incidentalómán kívül nem találtak, mely a fél év múlva végzett képalkotó kontroll során progressziót nem mutatott. Képalkotó vizsgálat alapján az elváltozást benignus „non adenomának” véleményezték. Lelettel házi orvosához nem fordult, endokrinológiai kivizsgálás, követés nem történt. Hat évvel később bal oldali hasi diszkomfort, bizonytalan vizeelési panasz miatt fordult ismét orvoshoz. Háttérben talált betegségről, ennek kivizsgálásáról, kezeléséről, prognózisáról szól esetismertetésünk.

KIHÍVÁSOK, DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK: A FRANCIASALÁTA VESZÉLYEI. ESETISMERTETÉS

Dr. Beyaty Sahin szakorvos, **Dr. Takács Eszter** főorvos, **Dr. Taller András** Ph. D. osztályvezető főorvos, címzetes egyetemi docens, Uzsoki Utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály

A CLL miatt gondozott idős beteg rapidan hanyatló általános állapot, 40°C-t meghaladó láz, zavartság miatt került hospitalizációra. Osztályos felvételekor már lényegében kontaktusképtelen állapot, septicus paraméterek mutatkoztak. Haemokultúráiból *Listeria monocytogenes* tenyésztett ki. Antibiosis hatására tudata 3-4 nap alatt feltisztult, állapota stabilizálódott. A *Listeria* sepsis ezt követően szövődménymentesen gyógyult, 8 nap után otthonába bocsájtható volt.

Esetünk annak a fagyasztott zöldségből induló listeriosis járványnak a része volt, mely 2018 nyarán robbant be a magyar és európai sajtóba. Azzal együtt, hogy valószínűleg számos megbetegedés felismeretlen maradt, európai viszonylatban a 2000-es évek egyik jelentős *Listeria*-járványa bontakozott ki, 20%-ot is elérő mortalitással. Esetünk rámutat arra, hogy a listeriosis a fejlett világ szigorú élelmiszerbiztonsági szabályozásai mellett is létező veszélyt jelenthet, kezelése pedig az ország bármely belgyógyászatán bármikor szükségessé válhat.

KIHÍVÁSOK, DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK: AMIKOR A MÉRET A LÉNYEG. ESETISMERTETÉS

Dr. Beyaty Sahin szakorvos, **Dr. Besznyák István**, **Dr. Taller András** Ph. D.
osztályvezető főorvos, címzetes egyetemi docens, Uzsoki Utcai Kórház
II. Belgyógyászati Osztály

A 96 éves nőbeteget fulladásérzés, mellkasi és felhasi fájdalom miatt szállították másik intézmény Sürgősségi Osztályára, ahol a panaszok, a hasi UH és a laborvizsgálatok alapján tüdőembólia, cholangitis, és acut pancreatitis lehetőségét vetették fel. CT vizsgálat a beszűkült vesefunkció miatt nem történt. Sebészi konzílium hasi destrukció hiányában akut sebészeti teendőt nem látott szükségesnek. Osztályunkra gasztroenterológiai ellátásra helyezték át, igen elesett állapotban, súlyos nyugalmi dyspnoeával és erős mellkasi fájdalommal. A rossz általános állapot ellenére néhány órán belül gastroscopiát végeztünk, majd sürgősséggel CT-re és onnan a műtőbe küldtük a beteget, akit sikeresen meg is operáltak.

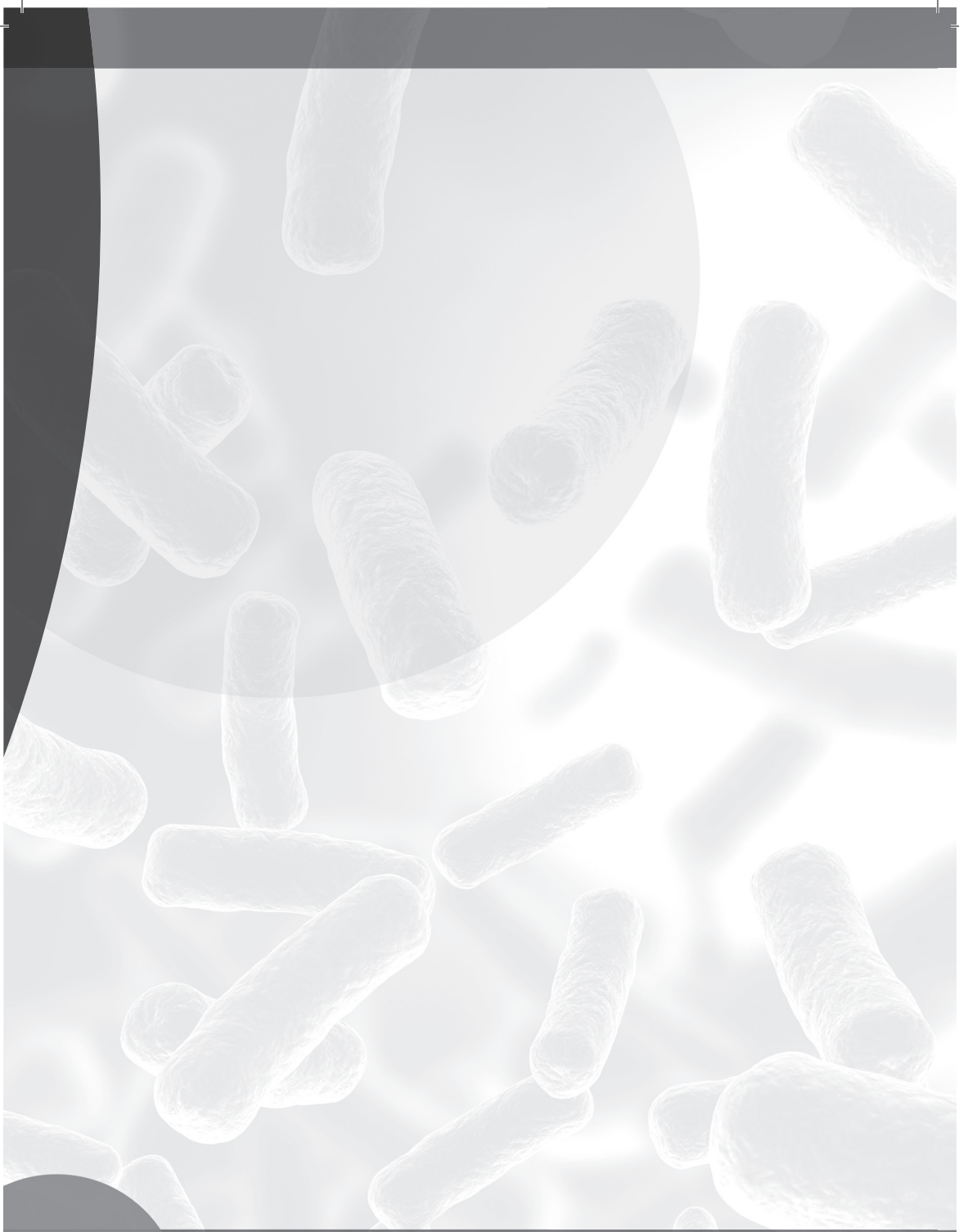
Az eset alkalmat ad egy gyakori, de műtétet -különösen életmentő műtétet-, csak ritkán igénylő elváltozás átbeszélésére. Továbbá rámutat arra is, hogy a gyakran specifikusnak hitt laboreltérések is kizárólag a klinikai összkép és az anamnézis együttes figyelembevételével értelmezhetők helyesen.

KIHÍVÁSOK, DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK: ÖRÖKZÖLD. EGY IDŐS HÖLGY ESETE

Dr. Taller András Ph. D. osztályvezető főorvos, címzetes egyetemi docens,
Uzsoki Utcai Kórház II. Belgyógyászati Osztály

Már rezidens korában megtanulja a pályakezdő, hogy akut hasi panasszal a Sürgősségi Osztályra kerülő beteget megvizsgálja az ügyeletes sebész is, aki általában úgy találja, hogy akut sebészeti teendő nincs, de belgyógyászati kivizsgálás, akár kezelés is javasolt. Természetesen, ha a kórkép változik, akkor újra konzultálja.

De mi történik, ha a kórkép nem változik; a beteg se rosszabbul, se jobban nem lesz? Esetleg megtanul a belgyógyász operálni? Vagy prezentál egy olyan diagnózist, amire mindenki ugrik.





A series of horizontal dotted lines for taking notes, overlaid on a background image of various bacteria, including rod-shaped and spherical forms.

