

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

# MIBA

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA

A MAGYAR AFEREZIS TÁRSASÁG  
ÉS A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG TÁMOGATÁSÁVAL



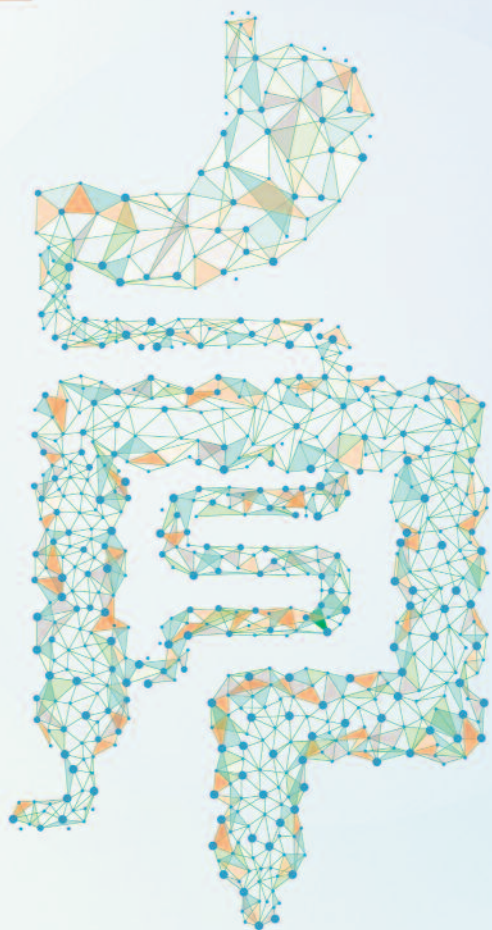
ISSN 0133-5464

LXXIV. ÉVFOLYAM



2/2021

# A FERRING AZ ÖN PARTNERE A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN #GUTHEALTH



PENTASA®



CORTIMENT®

Pentasa® 4g retard granulátum (OGYI-T-4798/06), 4000mg meszsalazin tasakonként. Pentasa® 2g retard granulátum (OGYI-T-4798/04), 2000mg meszsalazin tasakonként. Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött, szakorvosi/kórházi diagnózist követő járóbeteg-ellátásban alkalmazható gyógyszer (J). Az alkalmazási előírás utolsó jóváhagyásának dátuma: 2021.február 11.

Cortiment® 9mg retard tabletta (OGYI-T-22753/01). Egy tabletta 9mg budezonidot tartalmaz. Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V). Az alkalmazási előírás utolsó jóváhagyásának dátuma: 2020. szeptember 18.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! „A hatályos alkalmazási előírás” teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet ([www.ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis/](http://www.ogyei.gov.hu/gyogyszer-adatbazis/)) honlapján. Elérési útvonat: [www.ogyei.gov.hu](http://www.ogyei.gov.hu); Információ; Gyógyszer-adatbázis; Gyógyszer neve (gyógyszercsalád keresés esetén: szabadszavas keresésben a termékbrand megadása és az ATC-kód mező kitöltése), a keresés indítása.

Az aktuális árakat a [www.neak.gov.hu](http://www.neak.gov.hu) oldalon hozzáférhető adatok alapján közzöltük. Az anyaglezárás dátuma: 2021. szeptember 1.

**FERRING**  
PHARMACEUTICALS

**Ferring Magyarország Kft.**  
1138 Budapest, Tomori utca 34.  
Tel.: 06-1-236 3800,  
Fax: 06 1 236-3899  
e-mail: [ferring@ferring.hu](mailto:ferring@ferring.hu)

HU-GAS-2100129

Termék	Közfinanszírozás alapjául elfogadott ár	Normatív támogatás összege	Térítési díj normatív támogatás esetén	Emelt támogatás összege (EÜ 90 %, 11/b)	Térítési díj emelt támogatás esetén
Pentasa® 4g retard granulátum 30x tasakban	25 445 Ft	6 361 Ft	19 084 Ft	22 901 Ft	2 544 Ft
Pentasa® 2mg retard granulátum 60x tasakban	25 445 Ft	6 361 Ft	19 084 Ft	22 901 Ft	2 544 Ft
Cortiment® 9mg retard granulátum 30x buboréksomagolásban	29 958 Ft	0 Ft	29 958 Ft	26 962 Ft	2 996 Ft

---

# MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

---

# MIBA

---

## A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA

---

### A MAGYAR AFEREZIS TÁRSASÁG ÉS A MAGYAR HYPERTONIA TÁRSASÁG TÁMOGATÁSÁVAL

---

A KIADVÁNY A MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA TÁMOGATÁSÁVAL KÉSZÜLT

---

DR. SZATHMÁRI MIKLÓS	61	KÖSZÖNTŐ
		<b>ÉLETRAJZ</b>
HUDRA ÁRPÁD	62	MAGYAR IMRE ORVOSPROFESSZOR MINT ABSZOLÚT PEDAGÓGUS
		<b>ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK</b>
DR. PATAI ÁRPÁD ÉS DR. PATAI ÁRPÁD V.	68	A VÁRANDÓSSÁG ÉS A GASZTROENTEROLÓGUS
DR. VÍGH JÓZSEF	84	A RESVERATROL PLEIOTROP HATÁSA A KLINIKAI GYAKORLATBAN
		<b>MŰVÉSZET</b>
MARGITTAI GÁBOR	88	ELGURULT AZ ARANYALMA. MI MARADT A MIKESEK MAGYARCSESZTVEI KASTÉLYÁBÓL?
DR. KRUTSAY MIKLÓS	91	RENDALAPÍTÓK SZOBRAI
MÉSZÁROS ÁKOS	97	OROSZ TANKOK KÖZÖTT HALLGATNAK A HARANGOK. AZ '56-OS FORRADALOM A KÉPZŐMŰVÉSZET NYELVÉN
		<b>A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG 48. NAGYGYŰLÉSE</b>
	104	PROGRAM
	112	ELŐADÁSOK ÖSSZEFOGLALÓI
	131	NÉVMUTATÓ AZ ELŐADÁS-ÖSSZEFOGLALÓKHOZ
	132	A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG ELNÖKEI 1966-TÓL
	132	A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG KITÜNTETETTJEI

# MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

## Tájékoztató a szerzőknek

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

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

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

### Szerzőség

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

### Kéziratok elbírálása

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

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

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

### Orvosi helyesírás

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

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

### Technikai követelmények

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

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

### Illusztrációk

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

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

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

### Összefoglalás

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

### Irodalomjegyzék

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

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

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

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

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

### Curriculum vitae

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

## E SZÁMUNK SZERZŐI

### Hudra Árpád

1982-ben végzett filozófia és történelem szakon az ELTE-n. 1982-83-ban az egyetem Logika Tanszékének tudományos továbbképzési ösztöndíjasa volt. Ezt követően főiskolai filozófiatanár. 1988-tól több lapnak dolgozott újságíróként. 1991-től a Magyar Távirati Iroda újságírója, majd tíz évig rovatvezetője. 2012 és 2014 között az MTVA koordinációs, illetve televíziós, rádiós és hírügynökségi irodájának vezetője. Médiaelmélettel, filozófiatörténettel, neveléselmélettel foglalkozik. Az elmúlt évtizedekben számos publikációja jelent meg az említett témakörökben. Társszerzője A globális falutól a tudás társadalmáig című kötetnek (Kiss Endre–Hudra Árpád, 2006), szerkesztője Kiss Endre és Trencsényi László közreműködésével az Abszolút pedagógusok (2016) című könyvnek, társszerkesztője a Fogalmak harca – Írások a 70 éves Kiss Endre tiszteletére című kötetnek (Garaczi Imre–Hudra Árpád, 2017). A Michael Benedikt Közép- és Kelet-Európai Felvilágosodáskutató Társaság alelnöke.

### Dr. Patai Árpád

A Semmelweis Egyetem elvégzése után a szombathelyi Markusovszky Kórházban kezdett el dolgozni. Belgyógyászatból, gasztroenterológiából szakvizsgát, diabetológiából licencvizsgát, valamint PhD fokozatot szerzett. 1996-ban kinevezték a Markusovszky Kórház Endoszkópos Laboratóriumának vezetőjévé, 2008-ban fölkérték a Soproni Erzsébet Oktató Kórház Gasztroenterológiai Osztályának a megalapítására. 2014-ben megbízták a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztályának vezetésével. A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Szekciója, az MTA VEAB Gasztroenterológia Munkacsoportja és a Magyar Gasztroenterológiai Társaság vezetőségének a tagja. 2017 óta a Magyar Belorvosi Archívum szerkesztőbizottságának a tagja, és részt vesz az Európai Kolonoszkópia-minőségvizsgáló Csoport (ECQI) munkájában. 98 absztraktban, 53 közleményben, 4 könyvféjezetben a gasztroenterológia és határterületeinek a kérdéseivel foglalkozott.

### Dr. Vigh József

A Szegedi Orvostudományi Egyetemen 1967-ben szerzett diplomát. A végzés után nyolc évig a Szegedi Városi Kórház Belgyógyászati Osztályán dolgozott, majd 1975-től a Szegedi Járóbeteg Szakrendelésen felülvizsgáló, főorvosi beosztásban tevékenykedett. 1987-től a Kisteleki Szakorvosi Rendelő Intézetben dolgozott 2015-ig, 13 évig az Igazgató Főorvosi teendőket is ellátta. 2016 és 2020 között a Szegedi Tudományegyetem AOK Belgyógyászati Osztályán konziliárius belgyógyászati tevékenységet folytatott. Kiemelt érdeklődési területe a hematólogia, a kardiológia, a nefrológia és a hipertónia. A legutóbbi időkben a megelőzés, az antioxidánsok szerepe vált fő érdeklődési területévé.

# MBA

## MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

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

Főszerkesztő / Editor in Chief:

**Dr. Szathmári Miklós**

E-mail: szatmik@bel1.sote.hu

Előző főszerkesztők (Past Editors):

**Dr. Hetényi Géza** (1947–1949)

**Dr. Gömöri Pál** (1950–1958)

**Dr. Julesz Miklós** (1959–1962)

**Dr. Magyar Imre** (1963–1982)

**Dr. Lehoczy Dezső** (1983–1998)

A szerkesztőbizottság elnöke /

Chief of the Editorial Board:

**Dr. Tulassay Zsolt**

Szerkesztőbizottság / Editorial Board:

**Dr. Czákó László**

**Dr. Dank Magdolna**

**Dr. Domján Gyula**

**Dr. Eggenhofer Judit**

**Dr. Gasztonyi Beáta**

**Dr. Herszényi László**

**Dr. Hunyady Béla**

**Dr. Járai Zoltán**

**Dr. Krutsay Miklós**

**Dr. Karádi István**

**Dr. Kempler Péter**

**Dr. Masszi Tamás**

**Dr. Patai Árpád**

**Dr. Poór Gyula**

**Dr. Szalay Ferenc**

**Dr. Szekanez Zoltán**

**Dr. Vasas Livia**

**Dr. Wittmann István**

International Editorial Board

**Fabio Farinati (Padua)**

**Gergely István (Marosvásárhely)**

**Günther Krejs (Graz)**

**Peter Malfertheiner (Magdeburg)**

**Harthmuth Neumann (Freiburg)**

**Jaroslav Regula (Varsó)**

**Szabó Gyöngyi (Boston)**

Kézirat, levél a következő címre érkezzen:

Szerkesztőség / Editorial Office:

Magyar Belorvosi Archívum

1083 Budapest, Korányi Sándor u. 2/a

Telefon: 210-0278 Fax: 313-9492

Kiadja a

**MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT.**

1072 Budapest, Rákóczi út 16.

Telefon: 312-2650

A kiadásért felel:

a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Borítóterv: Bede Tamásné

Nyomdai munkálatok:

Mega-Galaxis Kft., Budapest

Megrendelhető és előfizethető

a MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT.-nél.

Éves előfizetési díj 6000 Ft + áfa.

A Magyar Belgyógyász Társaság tagsági díja

tartalmazza a lap előfizetési díját.

Megjelenik kéthavonta.

A lapot az előfizetés beérkezésétől postázzuk.

Magyar Belorvosi Archívum © 2021

Minden jog fenntartva.

A folyóiratban megjelent valamennyi eredeti

írásos és képi anyag közlési joga

a Magyar Belgyógyász Társaságot illeti.

A megjelent anyagoknak – vagy egy részének –

bármely formában való másolásához,

felhasználásához, ismételt megjelentetéshez

az MBT írásbeli hozzájárulása szükséges.

Index: 25 532

ISSN 0133-5464

INTERNET <http://www.medicina-kiado.hu>

---

## ELŐZETES

### A Magyar Belorvosi Archívum 2021/3-4. számának tervezett tartalomjegyzéke:

*Dr. Futó Judit, Dr. Sahin Péter:* Bevezető

*Dr. Tamási Péter:* Bevezetés a táplálásterápiába: tápanyagok, energia- és tápanyagigény

*Dakó Sarolta, Dr. Molnár Andrea:* Táplálásterápiás alapfogalmak, a malnutritio kockázatának szűrése, a tápláltsági állapot felmérése és a táplálásterápia hatékonyságát befolyásoló tényezők

*Dr. Nagy Béla, Dr. Molnár Andrea:* A táplálásterápia módszerei: per os táplálás és enterális táplálás

*Dr. Taller András:* A táplálásterápia módszerei – percutan endoszkópos gastrostomia

*Koczó Anita, Dr. Nagy Béla:* Otthoni enterális szondatáplálás

*Dr. Télessy István:* Gyógyszeralkalmazási lehetőségek enterális szondán táplált betegeknel

*Dr. Kálmán István:* Parenteralis táplálás

*Dr. Sahin Péter:* Otthoni parenteralis táplálás

*Dr. Schäfer Eszter, Varga Andrea, Dr. Zsigmond Ferenc:* Otthoni parenteralis táplálási centrum működése

*Dr. Dárdai Ernő:* A klinikai táplálásterápia monitorozása

*Dr. Dárdai Ernő:* A parenteralis és enterális táplálás szövődményei

*Dr. Tomsits Erika:* Táplálékallergia és táplálékintolerancia

*Dr. Trencsényi Dalma, Bán Orsolya, Dr. Peták István, Dr. Gelley András, Dr. Nyéky Tamás, Dr. Schwab Richárd:* A bél microbiom és az intestinalis barrier mint a táplálásterápia kezelési célpontjai

*Dr. Lukovich Péter:* A perioperatív táplálás és dietetikai sajátosságai

*Dr. Bajor Judit:* Rövidbél-szindróma

*Dakó Sarolta, Dr. Miheller Pál:* Táplálásterápia és dietetika sajátosságai a gyulladós bélbetegségekben

*Dr. Izbéki Ferenc:* A tápcsatornai motilitászavarok táplálásterápiája

*Dr. Lövey József:* Gastrointestinalis daganatos betegek táplálásterápiája

*Dr. Molnár Andrea, Hegyi Péter, Pap Ákos:* Az akut és krónikus pancreatitis orvosi felügyeletet igénylő táplálásterápiája

*Dr. Schäfer Eszter, Beretvás Eszter:* Májbetegségek táplálásterápiája

*Dr. Juhász Márk:* Az eosinophil oesophagitis étrendi és gyógyszeres vonatkozásai

*Dr. Mohos Elemér, Dr. Gál Béla:* Táplálásterápia és a dietetika sajátosságai gasztroenterológiai betegségekben – bariátriai műtétek

*Dr. Fuszek Péter:* Bariátriai endoszkópos eljárások

# TISZTELT KOLLÉGÁK!

A 2020-as év mindannyiunk életét megváltoztatta. A világjárvány korábban elképzelhetetlen helyzeteket okozott mindenki számára. A belgyógyász kollégák a COVID betegek ellátásában meghatározó szerepet vállaltak. Minden adat azt igazolja, hogy szakmai és emberi teljesítményünk méltán érdemelte ki azt a társadalmi és anyagi elismerést, amit korábban nem gyakran tapasztaltunk. A megsokszorozódott napi munka és a veszélyhelyzet miatt a szakmai események megrendezése akadályba ütközött.

2021 tavaszán, a harmadik hullám csillapodásakor a Magyar Belgyógyász Társaság vezetősége úgy döntött, hogy a bizonytalan körülmények ellenére elkezdjük a felkészülést a 48. Nagygyűlés megrendezésére. Elsősorban személyes jelenléttel tervezzük a Nagygyűlést, de felkészülünk az online felületen történő lebonyolításra is. 2021. október végén, e beköszöntő megírásakor, a negyedik COVID-hullám felszálló ágában sem lehetünk bizonyosak a személyes jelenlét lehetősége felől. Minden nehézség ellenére igyekeztünk olyan programot összeállítani, amely a továbbképző jellegű előadások mellett lehetőséget biztosít a kollégáknak saját munkáik bemutatására is. Különösen örömteli, hogy hosszú évek után először a központi régió mellett a Dunántúl, Északkelet- és Dél-Magyarország belgyógyászati centrumai is együtt jelennek meg a rendezvényen.

Természetes, hogy a Nagygyűlésen is hangsúlyosan jelennek meg a COVID-19 fertőzéssel kapcsolatos kérdések. Egy szimpózium előadásai széles áttekintést adnak a kérdéskörrel, e mellett önálló szekcióban az ország több részéről számolnak be munkacsoportok a

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

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

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

A Magyar Belgyógyász Társaság vezetősége nevében, üdvözlettel

**Prof. Dr. Szathmári Miklós**  
a Magyar Belgyógyász Társaság elnöke

# MAGYAR IMRE ORVOSPROFESSZOR MINT ABSZOLÚT PEDAGÓGUS

Hudra Árpád

*filozófus, újságíró*

**ÖSSZEFOGLALÁS:** Magyar Imre, a Korányi-iskola utolsó nagy képviselője, a Budapesti Orvostudományi Egyetem I. Belgyógyászati Klinikájának 1965-ben kinevezett igazgatója, professzora székfoglalójában azt hangsúlyozta, hogy az egyetemi klinika szorosan összefonódó hármass funkciója, a betegellátás, a kutatás és a orvosok oktatása-nevelése közül legutóbbit tartja a legfontosabbnak. A tanulmány azt kívánja bemutatni, hogy Magyar Imre 1980-ban bekövetkezett nyugdíjazásáig abszolút pedagógusként szolgálta ennek a célkitűzésnek a megvalósítását. Már székfoglalójában az oktatás egyik legfontosabb összetevőjének tartotta a kiemelkedő tanár-egyéniség előadását, amely az orvosi gondolkodásra akarja megtanítani a hallgatót. Az előadást is inkább gyakorlatnak tekintette, amely nála soha nem nélkülözhetette a betegen való prezentációt. A tankönyv tehát az otthoni tanulásra volt. Magyar azonban ehhez is „segítséget nyújtott” az orvostanhallgatóknak. Funkcionális holisztikus gondolkodása lehetővé tette, hogy a specializálódott tudományokra szétváló medicinát ismét egységes, az egész emberrel foglalkozó belgyógyászként foglalja össze Petrányi Gyulával közös, az orvoscépzésben évtizedeken át használt tankönyveiben. A beteggel való konkrét kapcsolat megteremtése, a megfelelő nyelvi és metakommunikáció, az empátia, a megértés, a megfelelő orvosi magatartásmód elsajátítása nála nélkülözhetetlen feltétele volt az orvossá válásnak. Ezért is foglalkoztatta annyira az orvos személyiségének szerepe a gyógyításban, ezért végzett több alkalommal a tanulmányunkban is ismertetett vizsgálatot az orvostanhallgatók műveltségével kapcsolatban. Ezért hangsúlyozta az oktatás egészét horizontálisan és mélységében is átlátó Magyar Imre a szépirodalom, a művészetek, a zene nélkülözhetetlen szerepét az orvos életében.

**Kulcsszavak:** abszolút pedagógus, funkcionális holizmus, empátia, általános műveltség, személyiség

**Hudra Á: PROFESSOR OF MEDICINE IMRE MAGYAR AS AN ABSOLUTE PEDAGOGUE**

**SUMMARY:** Imre Magyar, the last great representative of the Korányi School, who was appointed as the director and professor of the 1st Department of Internal Medicine of the Budapest University of Medicine in 1965, emphasized in his inaugural address that from the three closely intertwined functions of the university clinic, i.e. patient care, research and medical training and education, he considers the last as the most important. The study intends to present that Imre Magyar, as an absolute educator, pursued this objective until his retirement in 1980. In his inaugural address he regarded lectures given by teachers of higher caliber with the intention to teach students medical thinking as one of the most important components of education. He even looked at lectures rather as seminars, never forgetting to make presentations on patients. Textbooks were meant for home education and Magyar, however, also ‘provided assistance’ with this for medical students. His functional holistic thinking made it possible that medicine as specialized sciences be once again summarized as a uniform internal medicine dealing with the whole individual in his textbooks co-written by Gyula Petrányi and used in medical training for decades. Making a connection with the patient in practice, appropriate verbal and metacommunications, empathy, understanding and showing appropriate medical behavior were, in his view, prerequisites for becoming a doctor. That is why he was concerned about the function of the doctor’s character in healing, and conducted investigations also described in this study on several occasions in relation with the general knowledge of medical students. That is why Imre Magyar, who saw the big picture of education, emphasized the vital role of literature, arts and music in a doctor’s life.

**Keywords:** absolute pedagogue, functional holism, empathy, general knowledge, character

*Magy Belorv Arch 2021; 74: 62–67.*

Magyar Imre (1910–1984) a hazai belgyógyászat élvonalosa, gyógyító orvos, kutató, tankönyvíró, kimagasló pedagógus és kiváló szépíró. Már ebből a felsoro-

lásból is látható, hogy sokoldalú tehetség volt, ami nemcsak szakmájában nyilvánult meg, hanem humán területen is. Kérdés, hogy mindezek után tekinthetjük-e

öt abszolút pedagógusnak, aki többoldalú tehetségét a pedagógia területén gyümölcsöztetve, azt önmegvalósításként élte meg, s az emberalakítás vágya jelentette léte középpontját. Látni fogjuk, hogy számára ez a kérdés a kultúra, azaz tudomány és művészet egységének problémáját jelentette. Ezért akart az orvosjelöltekből értelmiségit „faragni”, s azt bizonyítani, hogy gyógyító orvosok is csak a mindennel való ismeretekből táplálkozó humanitás alapján lehetnek.

Magyar Imre zsidó család gyermekeként a felvidéki Losoncon született anyai nagyapja fogadóházában, a család ezután nem sokkal visszatért eredeti lakóhelyére, Pestre. Apját, aki doktorált MÁV-tisztviselő volt, 1921-ben vallása miatt eltávolították munkahelyéről, s ezután hányattatott sors várt rá. 1944-ben három öccsével együtt megölték. Imre először a Zsidó Gimnáziumban tanult, majd a különböző családi nehézségek következtében a Kölcsey Ferenc Gimnáziumban folytatta tanulmányait, és itt érettségizett. Gyermekkoráról és családjáról *Az évszázad gyermeke* című könyvében számolt be. Ifjúkoráról remek összefoglalót írt fia, Magyar László András, az édesapjára emlékező centenáriumi emlékkönyvbe.<sup>1</sup>

Életrajzi ismertetője szerint Magyar Imre későbbi pályafutására két anyai nagybátyja nyomta rá bélyegét. Deutsch Emil felvidéki német–francia szakos középiskolai tanár volt, aki eredeti nyelven olvasta a német és a francia filozófusokat, latin nyelvű szerzőket, s munkáikhoz is mindig az adott nyelven írt jegyzeteket. A másik nagybácsi Deutsch Zsigmond volt, tíz nyelven tökéletes kiejtéssel beszélő fogorvos, aki alkalmanként a bécsi Operaház zenekarában is csellózott. Mindemellett nagyszerűen rajzolt és festett is. Magyar László András szerint édesapját a bölcsészet és az orvostudomány egyaránt vonzotta. Döntését az utóbbi mellett végső soron az határozta meg, hogy zsidó származású ember tanári állást nemigen kaphatott a 30-as években. Megjegyezzük, ez a kettős hatás, amely Magyar Imrében egyesült, sok mindenre genealógiai magyarázatot ad abszolút pedagógusi pályafutása szempontjából.

Az ifjú Magyar Imrére jellemző volt az irodalom és a zene szeretete. Magyarul és franciául egyaránt sokat olvasott. Ezen kívül írt verset, verses színdarabot, novellát, cikkeket, tudósításokat. Verlaine-fordítása már gyakorló orvos korában jelent meg a *Magyar Hírlap*-ban. A zenére visszatérve – jól hegedült, játszott a gimnázium, majd az egyetem medikus zenekarában, rendszeres hangversenyhallgató volt.

Mindezek után rá kell térnünk arra, hogy a *numerus clausus* ellenére hogyan is vették fel 1928-ban a Magyar Királyi Pázmány Péter Tudományegyetem orvosi karára. Ebben, kiváló bizonyítványán túl, némi professzori segítség is szerepet játszott, sőt apja tisztségviselői múltja alapján tandíjmentességet is kapott.

Egyetemi pályafutását *A kérdés* című kötetében<sup>2</sup> megjelent, *Így lettem orvos* című írása alapján követhetjük nyomon.

Visszaemlékezésének elején bevallja, hogy soha-

sem tartotta magát természettudósnak, jóllehet tudja, hogy a szakmai tudás az orvoslás alapja. A gyógyításban ugyanakkor nagy szerepet tulajdonított az emberi magatartásnak.

Az egyetemen három tanár volt rá igazi hatással, Lenhossék Mihály (aki egyébként Szent-Györgyi Albert anyai nagybátyja volt) az anatómia-, Farkas Géza, az élettanprofesszora és mindenekelőtt Korányi Sándor, akinek belgyógyászati előadásait hallgatta. Nagyra becsülte Hetényi Gézát, Korányi adjunktusát is, akinek vizitjein azt tanulta meg, hogy mennyire fontos szerepet játszik az orvos emberi lényének milyensége a beteggel való kapcsolatban, a gyógyításban. Olyan orvos szeretett volna lenni, mint ő – írta. Korányiról és Hetényiről a későbbiekben még részletesebben is szólnunk majd. Magyar egyébként tanulmányai közül a kórbonctant tartotta az egész orvostudomány alapjának. Itt ugyanis, azt követően, hogy az élő emberen észlelték a betegség különböző tüneteit, ezeket a tüneteket részletesen szemügyre lehetett venni a szerveken, idegeken és ezek szövettani metszetein.

Magyar Imre medikusként többször is gyakornokoskodott a Korányi-klinikán. Itt egyértelművé vált számára, hogy belgyógyász akar lenni, azonban nem gyakorló orvosként. „Vágyam mindig elsősorban a tanítás volt.” – jelenti ki határozottan önéletrajzi írásában. Ennek alapján úgy gondoljuk, hogy Magyar megfelel az abszolút pedagógus második kritériumának is, amelyről tanulmányunk elején szöveztünk. Azaz az önmegvalósítás terepe számára a pedagógia lett.

Feltette magának azt a kérdést is, hogy miért akar egyáltalán orvos lenni, amikor különösképpen nem is vonzódik a természettudományokhoz, ami pedig végsősoron ilyen pálya. Önmagának adott válasza az volt, hogy azért, mert szereti a beteg embert, sajnálja, megérti, és minden erejével igyekszik gyógyítani, vagy állapotán, félelmén, hangulatán enyhíteni. Orvosi *ars poeticáját* szó szerint idéznénk. „Es úgy látom, hogy egyelőre a betegek nagy részét nemcsak a természettudomány eredményeivel gyógyítjuk, hanem elsősorban viselkedéssel, beszéddel, ráhatással. Egyelőre csak nagyon kevés olyan betegséget láttam, amelyet meg lehet gyógyítani. A malária volt ilyen vagy a szifilisz meg néhány szérumokkal gyógyítható vagy oltásokkal megelőzhető fertőző betegség. A többi beteget csak kezeljük, noha hitt bennünk, és a gyógyulást tőlünk várta. Úgy is tettünk, mintha gyógyítanók, holott legfeljebb csak gyógyult.”

Magyar Imrének, ahogy ő írta, még az egyetem elvégzése előtt sikerült majdnem megismernie, de legalábbis alkalmaznia Hetényi titkát a betegekkel való bánásmód tekintetében.<sup>3</sup> Ő is tudott hatni a betegekre, amit szerinte nem annyira különleges tehetségének vagy képességének köszönhetett, hanem annak, hogy tudta, a betegekért van, s egyetlen és legfőbb feladata, hogy hasson rájuk betegségük megkönnyítése érdekében.

Itt fedezi fel azokat a tudástranzszfereket, amelyek az abszolút pedagógus legfőbb jellemzői közé tartoz-

nak. Magyar határozottan tudta, hogy mennyit segít neki széles szépirodalmi olvasottsága, mivel olvasmányainak szereplőit már eleve azonosítani volt képes egy-egy betege személyiségével. Így már előre tudta, hogy hogyan és miről beszéljen velük. Teljes bizonyossággal érezte azt is, hogy a zene megkönnyíti számára „az eredetileg idegen lélek megközelítését, megismerését és a beleélésnek azt a folyamatát, melyet ma empátiának szokás nevezni”.

Azt, hogy az abszolút pedagógus hogyan „készülődött” Magyar Imrében, mutatja, hogy még ötödéves kora előtt a szigorló orvosok felkérték, készítse fel őket a szigorlatra. Ezt szívesen vállalta, mert „nagyon szeretett tanítani”. Ez azzal a nyereséggel is járt, hogy megtudta, miben vannak ismereti hiányosságai, s ezeknek alaposan utána kellett járnia.

Már végzős hallgatóként olvasta Adolf Strüpell klasszikus német belgyógyászati könyvét, s visszaemlékezése szerint ekkor ébredt fel benne a vágy, hogy ne egy-egy elmaradt szigorlót tanítson belgyógyászatra, hanem medikusok százait. Ugyancsak ekkor kezdte el foglalkoztatni a gondolat, hogy a magyar orvostanhallgatóknak egy jó belgyógyászati tankönyvet kellene írni.

Magyar Imre 1934-ben kapta meg orvosi diplomáját a tizenöt legjobb végzős egyikeként.

Magyar Imre a Korányi-iskola utolsó nagy képviselője volt. Amennyiben mint abszolút pedagógust kívánjuk őt meghatározni, akkor mindenféleképpen érdemes röviden áttekintenünk, hogy mit is jelentett ez a bizonyos iskola, kik voltak azok a nagy emberek, akiket képviselőinek, megőrzőinek és továbbfejlesztőinek tekintünk. Ezt annál könnyebben meg tudjuk tenni, mivel Magyar Imre maga volt az, aki a nagyok majdnem mindegyikéről, Korányi Frigyesről, Korányi Sándorról, Hetényi Gézaról visszaemlékezést, tanulmányt, kismonográfiát<sup>4</sup> írt. Ezért őt akár orvostörténésznek is nevezhetnénk.

Az igazán fontos számunkra az, hogy ez egy önmeghatározási folyamat bemutatása is, hogy mit jelentett neki a nagy emberek öröksége. Azt is mondhatnánk, Magyar teljesen tudatában volt annak, hogy ő abszolút pedagógus, jóllehet ezt a fogalmat még nem használhatta.

A Korányi-iskola tulajdonképpeni megalapítója Magyar Imre szerint a nagyállói izraelita orvoscsaládba született Korányi Frigyes (1828–1913), az egykori márciusi ifjú, az 1848-49-es forradalom és szabadságharc résztvevője, aki 1880-ban lett a pesti egyetem I. számú Belgyógyászati Klinikájának vezetője, s ezt a tisztséget egészen 1908-ig töltötte be. Nagy orvossá az tette, hogy a tudományt mindig össze tudta kapcsolni az élettel, s a kettő közös nevezője mindig a beteg ember volt. Munkássága magába foglalta a magyar belgyógyászat megalapozását és a magyar egészségügy fejlesztését.<sup>5</sup>

Korányi Frigyes fia, Korányi Sándor (1866–1944) 1888-ban végezte el a budapesti egyetem orvosi fakultását. Magyar szerint Korányi Sándor számára atyai

örökség volt a közösséggel és azon belül az egyes emberrel való törődés. Ugyanakkor Sándor, a legnagyobb magyar belgyógyász, ahogyan sokan tartják, különböző természettudományi ágakra is kiterjedő külföldi tanulmányújtjai eredményeként, valóban paradigmaváltást hajtott végre a hazai orvostudományban. Magyar ezt így fogalmazza meg a legtömörebben: „Ha Korányi tudományos érdemeinek lényegét röviden akarnók összefoglalni, azt mondhatnók, hogy Korányi Sándor a fizika, kémia módszereinek alkalmazásával, a kórtani gondolkodásmóddal a funkcionális [működési – H. Á.] patológia megalapozója és kifejlesztője.” Apja nyugalomba vonulása után, 1909-ben vette át a klinika vezetését, amely aztán nem eredeti helyén, hanem kétszeri költözéssel, III. számú Belklinika néven működött 1936-os megszüntetéséig.

Magyar Imre 1932-ben, harmadéves orvostanhallgatóként került a klinikára, majd végzése után is ott dolgozott egészen a megszüntetéséig. Kismonográfiájában megemlíti, hogy 1936-ot követően is a klinika szellemében élt tovább, abban a Stefánia úti Belgyógyászati Intézetben, amelyet Hetényi Géza, Korányi utolsó adjunktusa vezetett, addigi orvoskollégáit is maga mellé véve, s ahol Korányi Sándor is szinte napi rendszerességgel vizitelt.

Mi a Korányi-iskola lényege – teszi fel a kérdést Magyar. A tudományos gondolkodásmódot említi, hozzátéve a kórteremben kitűzött célok alapján a klinikán folyó kísérletezést, s aztán az eredmények felhasználását ugyancsak a kórteremben. Továbbá a törekvést az egzaktásra, a kifejezés világosságára, a szigorú kritikára a gyógyításban és a tudományos kutatásban és nem mellesleg a tudományos tisztességet. Ahogy megfogalmazza, mindez Korányi Sándorból sugárzott, ugyanúgy, mint az optimista hozzáállás a tudományos haladáshoz, a terápiába vetett hit, az eredményesség biztos tudata. Humanizmusa és „morális felfogása” alól senki nem vonhatta ki magát.

Milyennek látta Magyar Korányi Sándort mint tanárt? Életének középpontját jelentették a kítűnő szerkezetű, klasszikus szépségű, csodálatos logikájú mindennapos előadások. Az elhangzottakat, leírva, azonnal nyomdába lehetett volna küldeni. Magyar szerint Korányi végtelenül szerette a medikusokat.

Egészében úgy összegezte, hogy Korányi derűsen, agilisén, fáradságot nem ismerve tanított, és gyógyított. „Gazdag volt ötletekben, ugyanakkor volt képessége a legmagasabb szintézisre is, és valójában ez adta a Korányi-iskola nagyságát: az experimentális ötletesség és a kritikus szintézis összefonódása.”

Magyar Imre – mint már említettük – tanítványként követte Hetényi Gézát az 1936-tól 1944-ig működő Stefánia úti belgyógyászati magánintézetbe. Hetényi szellemi erejét alapvetően az összefüggések felismerésében, a tiszta világos logikában, a magasabbrendű szintézis megteremtésében látta. Magatartásából az sugárzott, hogy mindenki egyenértékű ember, orvos nem nézheti le a beteget, főnök a beosztottját, beteg a másik

beteget. Ezért szorgalmazta Hetényi Géza a tanítványainál, hogy ne csak a szakmával foglalkozzanak. Fontos a jó könyvek olvasása, a zenehallgatás, a képzőművészet alkotásaiban való gyönyörködés, s egyáltalán az, hogy minden összefüggésében ismerjék meg az embert.<sup>6</sup>

Később látni fogjuk, hogy mindaz, amit Magyar Hetényiről írt, hogyan tért vissza az ő abszolút pedagógusi tevékenységében.

Ahhoz, hogy tovább vizsgálhassuk, Magyar Imre abszolút pedagógus volt-e, át kell tekintenünk, hogyan gondolkodott a belgyógyászatról, annak helyéről, szerepéről az orvostudományban, az oktatásban. Úgy látta, hogy a specializálódás már régen túlnőtt a belgyógyászatban. Ugyanakkor a specializálódás nem lehet az orvosképzés alapja. A képzés alapelve, hogy a beteget kell gyógyítani, a medicinának pedig az ember szolgálatában kell állnia. Ezt biztosítja a klasszikus belgyógyászat, amely „összefüggéseiben, egészként látja az embert és betegségeit”. Ezért van szükség a magas képzettségű belgyógyászokra, akiknek „gondolkodásmódja”, tevékenysége megakadályozza, hogy a medicina specializálódott területekre, szakokra hulljon szét.

Ezután érdemes megnéznünk, hogy Magyar hogyan tervezte meg és milyen eredménnyel a belgyógyászat oktatását 1965/66-ben harmadéves hallgatóknak hat félévre az általa vezetett I. számú Belgyógyászati Klinikán. Erről *A belgyógyászat oktatásának tapasztalatai* című írásában számolt be 1968-ban a *Felsőoktatási Szemlé*ben.<sup>7</sup> Elgondolásainak lényege, hogy a tanítás nem a belgyógyászati tankönyv egyes szervrendszerek betegségei bemutatásának szisztematikus rendjét követte. Sőt kifejezetten az volt a cél, hogy ezt elkerüljék. „Az előadások témáját mindig az éppen rendelkezésre álló betegek szabták meg, és minthogy a jelenlegi betegfelvételi rendszer nem teszi lehetővé azt, hogy bizonyos időre bizonyos betegek rendelkezésünkre álljanak, csak azt a megoldást követhettük, hogy egy-egy, az oktatás szempontjából fontosabb beteg, érdekes diagnosztikus probléma, ritka betegség esetében az előadások fonalát megszakítva egyéb, esetleg más félév anyagába tervezett témát választottunk. Igyekeztünk a lehetőségekhez képest azt is megoldani, hogy a hat félév alatt a belgyógyászati betegségek valamennyi formája egyszer, de lehetőleg többször előadásra és bemutatásra kerüljön. Azt sem állíthatjuk, hogy minden egyes betegség szerepelt volna az előadásokon, de ez nem is volt kitűzött célunk. A belgyógyászat előadásának nem lehet feladata a meghatározott anyag rendszeres előadása. A cél, amelyet követni óhajtottunk, a diagnózis menetének, a betegségek létrejötti módjának, a gyógyítás elveinek, az azonos tünetű, de különböző eredetű betegségek elkülönítésének bemutatása és az orvosi gondolkodásra való nevelés.” Mindez azt jelenti, hogy a tantermi előadás nem elméleti volt, különválasztva a gyakorlattól, sőt inkább gyakorlatinak volt tekinthető. Magyar szerint az ilyen „megbeszélések” során közvetlen kapcsolatot lehetett

kiépíteni a hallgatókkal. „Az előadás tehát a bemutatott beteg vagy betegek egyéni betegségével vagy a betegség egyéni vonásaival foglalkozik, megtanítja a hallgatót arra, hogy ne csak a szervi elváltozásokkal, hanem az egész emberrel foglalkozzék, bevezeti a hallgatót — anélkül, hogy erre kitérne — abba a nagyon bonyolult és a gyógyításhoz okvetlenül szükséges viszonyba, amely az orvos és beteg között kialakul, és megtanítja arra, hogy miképpen bánjon az orvos a beteggel, hogyan nyerje meg bizalmát, és milyen módon viselkedjék ahhoz, hogy ne váljék fölényessé vagy személytelenné. Az előadás természetesen csak akkor lesz maradandó hatású, ha az egyedi betegre felépített és alkalmazott mondanivalók után a hallgató otthon előveszi a megfelelő tankönyvet, és most már a betegség általános képével és a szükséges adatokkal jön tisztába. Az említett módon kialakított előadás, amelyben az előadó tapasztalatából és emlékezetéből származó illusztrációk is szerepelnek, és amelyre az előadó egyénisége is rányomja bélyegét és ezáltal maradandó, az egész élet folyamán felhasználható emlékképeket kelt, valójában egyáltalán nem nevezhető elméletinek, mert hiszen minden mondatában a gyakorlati tevékenység és a gyakorlatban követendő gondolkodásmód elsajátítását teszi lehetővé, miközben gyakorlati nevelő hatást is kifejt.” A kórtermi gyakorlat a klinikavezető szerint „csak” annyiban különbözött az előadástól, hogy itt a orvosok személyesen vizsgálhatták meg a beteget, a megbeszélések viszont nem voltak olyan részletesek. A tapasztalatok tehát azt mutatták, hogy „a hallgató az életre való felkészülésében jó tantermi előadásból sokkal többet profitál, mint az ún. gyakorlatból”. Magyar ugyanakkor nem nevezte megbízhatónak a hallgatók tudását az elméleti alaptárgyakból, mint az anatómia, élettan, kórbonctan, kórtan, ami így nehezítette számukra a klinikai tárgyak, így a belgyógyászat hallgatását. Ezért inkább az elméleti képzés erősítését tartotta fontosabbnak, mint a gyakorlati oktatás szorgalmazását. Kérdőjelet tett amellé is, hogy a túlzott laboratóriumi vagy elméleti intézeti munka nem ment-e az általános képzettség rovására. Kifogásolta a nem hallgatott tárgyakból való állandó vizsgáztatást is. Ez ugyanis megakadályozza „a hallgatók ambíciójának, érdeklődésének kifejlődését, és gátja annak, hogy az önálló gondolkodás képessége, amely az orvos személyiségének egyik legszükségesebb tartalmi vonása, kialakuljon”. Végső konklúziója, hogy a belgyógyászat oktatásának centrumában továbbra is a tantermi előadásnak kell állnia abban a formában, ahogyan az előbbiekben vázolta. Vizsgálni pedig a régebbi rendszer szerint, az ötödik félév végén kellene, amikor a hallgató az alapképzést már alapos klinikai stúdiumokkal egészítette ki. Magyar felhívta a figyelmet: eljött az ideje annak, hogy az orvosi képzésben ne csak az átlagorvosok, hanem a kiválók nevelésével is foglalkozzanak. A nevelésben szintén az előadás játszhatja a legfőbb szerepet, amelynek biztosítéka „főképp az előadó egyéniségében, szuggesztivitásában, előadásának tar-

talmában és az előadást fűszerező és élvezetessé tevő, néha jelentéktelennek látszó, mégis sokszor mély nyomot hagyó megjegyzéseiben és élményanyagában rejlik”.

Érdeemes megnézni, hogy majdnem egy évtizeddel később, 1975-ben, hogyan vélekedett Magyar ugyan-ezen kérdésekről *A tanítási-tanulási folyamat elemzése az orvosképzésben* című vitacikkében ugyancsak a *Felsőoktatási Szemlé*ben, amely Lezák György és Tigyi András vitaindítójához<sup>8,9</sup> való hozzászólás volt.

A vita elindítói a megnövekedett ismeretanyagot akarták egységes elv szerint az orvosképzés tanítási-tanulási folyamatába, az utóbbi erősítésével, beépíteni. Oktatási témánként ez úgy nézett volna ki, hogy először lenne a figyelemfelhívó, tájékoztató jellegű bevezető előadás, azután következne programozott módon, tesztkérdésekkel a tankönyvből való tanulás, majd a csoportos foglalkozás a laboratóriumban, illetve a betegágnál előzetes teszttel és utólagos ellenőrzéssel. Végezetül tartanák meg a témazáró előadást, amely az összefüggéseket értelmezné. Magyar szerint a belgyógyászatot lehet az egyes szervek betegségei, a rendszerbetegségek, az eredet szerinti betegségek alapján rendszerezni. Mindezt meg lehet tanulni a vitaindítók által javasolt elvek szerint, az elméleti tárgyakra alapozva, programozva vagy anélkül. Mindebből azonban nem lehet meg tudni, hogy mi a belgyógyászat, ahogyan azt megelőzően ismertett tanulmányában összefoglalta. Az előadás szerinte nem bevezetés, vagy figyelemfelhívás és összefoglalás. Tekintélyes belgyógyász professzoroknak kellene ezt tartaniuk, akik egyéniségük, tapasztalataik révén megtanítanak a megfelelő gondoldásmódra, átadják a szakma iránti lelkesedést, felvázolják a tankönyvben még nem szereplő információkat, rámutatnak a tisztázatlan kérdésekben a kutatás irányára, a társadalmi vonatkozásokra. A programozott tankönyvek az önálló gondolkodás ellen vannak, csak bizonyos alapismeretek megtanulásában hasznosak. Az egyéni tanulásban éppen az a fontos, hogy a hallgatók képességeiknek és hajlamaiknak megfelelően, maguk szabják meg tanulásuk módját és formáját. Ehhez sok ismeretet tartalmazó, a nyitott kérdéseket is bemutató, elméleteket felsoroló tankönyvre van szükségük, amely gondolkodásra, ítéletre, válogatásra ösztönzi őket.

Végezetül leszögezi, amíg az oktatás gerincét jelentő belgyógyászatból az ötödik évfolyamon egyszer egy héten tartanak előadást, nem lehet semmiféle nevelőhatást, érdemi oktatást, a hallgatókkal való közvetlen kapcsolatot elvárni.

Magyar a csoportos foglalkozást csak a tantermi előadás kiegészítőjeként tudta elképzelni. A nagy előadások egy részének viszont szemináriumi jellegűnek kell lennie. Összegzésképpen kijelentette: „Tudatában vagyok annak, hogy a mai belgyógyászat sokban különbözik a negyven év előttről, de azt is tudom, hogy alapjában és lényegében nem. Az akkor elsajátítandó ismeretanyag minden látszat ellenére nem volt lénye-

gesen kisebb, mint a mai. Így határozottan állítom, hogy a magam medikus idejében, amikor a hét minden napján Korányi Sándor ragyogó előadását hallgattam és ugyancsak a hét minden napján délután 4 órától 5-ig a belklinikán kiscsoportos gyakorlaton vettem részt, annak ellenére, hogy magyar nyelvű tankönyv nem volt, az oktatás lehető legmagasabb hatásfokával élhettem.”

Az eddig ismertettekből is kiderül, hogy Magyar Imre a humán, a művészeti és a társadalmi tudásanyagot is transzferálta előadásaiba és az általa vezetett gyakorlati foglalkozásokba is. Ez tette pedagógiai tevékenységét az abszolút pedagógusra jellemző módon világszerűvé. Azaz nem egyszerűen szaktárgyakat tanított, hanem azokat világ- és emberközpontúvá tette.

Azt, hogy ezt mennyire fontosnak tartotta, mutatja, hogy még 1970-ben saját maga készített felmérést orvostanhallgatók között arról, hogy mennyiben vannak birtokában a véleménye szerint az általános műveltség körébe tartozó ismereteknek. Úgy gondolta, mindez azért fontos, mert a medikusok későbbi életüket a foglalkozásukon belül a humánumnak fogják majd szentelni. A felmérés eredményeit *Orvostanhallgatók általános műveltsége* címmel a *Valóság* című folyóiratban tette közzé 1971-ben.<sup>10</sup> Magyar kérdései az általánosan használt kifejezések magyarázatára, nyelvismeretre, filozófiai ismeretre, mitológiára, irodalomra, zenére, képzőművészetre, a szellemi irányok általános ismeretére, történelemre, földrajzra, némi technikai ismeretre, matematikára és a napi politikára vonatkoztak. Nem ismertethetjük a vizsgálatról szóló beszámoló részleteit. A kérdésekre a 400 fős negyedéves évfolyamból 128-an voltak hajlandóak válaszolni. Utóbbiak közül 14-en tartoztak a legműveltebbek közé, 23-an egészen műveletlenek voltak, és így 91 főt tett ki a nagy sűrűség átlag. Az említett területek között a rájuk vonatkozó ismeretek mértékét tekintve nem volt igazán különbség. Magyar konklúziója szerint nem vitás, hogy a humán műveltség több oknál fogva is hanyatlóban van. Ebbe azonban az orvostanhallgatók esetében nem lehet belenyugodni, hiszen nekik az egész embert kell ismerüniük, minden vonatkozásában. Ezért véleménye szerint szükséges a változtatás.

A felmérés, különösen az orvostársadalom részéről, heves bírálatokat váltott ki. Voltak azonban olyanok, akik látták, hogy az oktatói frusztrációk, a nemzedékek közötti szakadék felismerése vezette Magyar a sokak által maximalistának és lexikálistának tartott felmérés elvégzéséhez. Érdemül tudták be, hogy műveltségvizsgálatával követ dobott az állóvízbe. Magyar a vita végén akként összegezte indítékait, hogy úgy érezte, „nagyobb körben is érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy valami nincs, ami volt, amiért kár és aminek a helyébe még más nem lépett”.

1979-ben *Orvos és műveltség – kapcsolatos feladatok az orvosképzésben* címmel tanulmányt írt a *Felsőoktatási Szemlé*be.<sup>11</sup> Azt írta, hogy mivel az orvos közvetlenül kerül kapcsolatba az emberrel, ugyanúgy,

mint a pedagógus vagy a bíró, ezért feltétlenül szükséges, hogy a szakmai tudáson kívül általános műveltséggel, kiváltképp humán műveltséggel rendelkezzen. Nem fejtette ki, hanem csak megjegyezte, hogy az általános műveltségen belül „nagyon is mesterségesen” tesznek különbséget a természettudományos és a humán műveltség között. Elmondta, hogy most ötödéves hallgatókat kért meg arra, hogy az orvos műveltségére általában és a maguk műveltségére vonatkozóan néhány kérdésére válaszoljanak. Négy száz hallgatóból mindössze százan vállalkoztak erre. Magyar meglepte, hogy sokan válaszoltak úgy, hogy az orvosoknak annyi általános műveltségre van csak szükségük, mint minden más embernek. Habár a válaszadók többsége pozitívan foglalt állást, Magyar mégis balul sikerültnek tartotta a felmérést, amelynek eredménye egészében nem tükrözi a „kiművelt emberfők” ideálját. Véleménye szerint a középiskolában kellene szert tenniük a hallgatóknak az általános műveltségre. Az egyetem ennek szükségletét még felkelthetné, de nagy oktató egyéniségek hiányában ezt nem teszi.

A pozitív válaszokat a következőképpen foglalta össze. Az orvos igen közeli emberi kapcsolatba kerül a beteggel, de a gyógyítás tudományos eszközei még gyakran ma is felmondják a szolgálatot és ilyenkor válik igen fontossá az emberség, a személyiség, az egyéniség. Utóbbiak alapja pedig az ismeret a világról, a társadalomról, az emberről. Több kell tehát mint emberismeret, lélektan, empátia. Itt érdemes szó szerint idézni a tanulmányból, mert az nyilvánvalóan nem csak a hozzászólók, hanem Magyar Imre véleményét is tükrözik: „Az ember és a világ ismerete csupán saját tapasztalatok alapján alig lehetséges. Csak az irodalom segíthet, amely az emberi helyzetek gazdag tárháza, és amelynek széles körű ismerete képessé teszi az orvost arra, hogy bármilyen szituációban jól kiismerje magát. A beteg érzésvilágának megértéséhez pedig a többi művészet teszi fogékonyvá a lelket, a zene, a képzőművészet, a mozgásművészet stb.” Továbbá: „A megfelelő hang meglelése, a kapcsolat létesítése a szenvedő emberrel, az a humánus, amely a tudáson kívül a gyógyításhoz szükséges, az ismeretek folyamánya. Csak az az orvos gyógyíthat eredményesen, aki hisz munkája értelmében, híve a jónak, szépnek, igaznak, egészséges, optimista lelkivilágot alakít ki magában, kiegyensúlyozott, és nyugalomát másoknak is át tudja adni.”

Magyar szerint az az érv is szerepelt a válaszok között, hogy magán a szakmán belüli magas színvonal megtartásához, az állandó továbbhaladáshoz, továbbképzéshez „az ismeretek befogadásának olyan képessége szükséges, amelyet az általános műveltség tesz lehetővé”. A műveltség azonban nem csak ezt teszi lehetővé, hanem azt is, hogy az ember ki tudja alakítani

azokat a képességeit, amelyek az emberi lét értelmét, a munkát, a törekvést valaminek az elérésére, s a boldogság érzését, mint ideálokat valóban ideálokká tesszik. Magyar szerint a műveltségre való ösztönzést már otthon, illetve az iskolában el kellene kezdeni, ez nem lehet a felsőoktatás célja, sokkal inkább az egyetemen kívüli kulturális élet adhatna megfelelő inspirációt.

Végezetül hadd pótoljuk azt, hogy tanulmányunkban nem esett még szó arról, hogy tanítványai hogyan viszonyultak Magyar Imréhez. Először is úgy, hogy harmincnégy éven át orvosnemzedékek tanulták a belgyógyászatot a tizenegy kiadást megélt, Petrányi Gyulával közösen írt, *A belgyógyászat alapvonalai* című könyvből. Az első kiadás 1948-ban, az utolsó 1986-ban jelent meg. Tanítványai közül sokan emlegették rendkívüli művészet- és zeneszeretétét, szövicceit, azt, ahogyan hatással volt gondolkodásmódjukra, cselekedeteik szándékára és irányára, egyáltalában egyéniségük fejlődésére. Nagy élményt jelentettek számukra azok az alkalmak, amikor az egész klinikát meghívta leányfalui nyaralójukba.

Összegzőképpen elmondhatjuk, hogy Magyar Imre horizontálisan és mélységében is átlátta az orvosi oktatási folyamat egészét. Tudástranszferei a psziché világtól a magatartásformák megfigyelésén át az oktatáspolitikáig terjedtek. Emberképe egyaránt figyelembe vette a természettudományos és a humán kultúra nézőpontját. Valóban abszolút pedagógus volt.

## Irodalom

1. **Magyar László András:** Magyar Imre életrajza – gyermek- és ifjúkor. In: Honti J. (szerk.): Magyar Imre centenáriumi emlékkönyv. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2010: 72–76.
2. **Magyar I:** A kérdés. Szépirodalmi Kiadó, Budapest, 1984.
3. **Magyar I:** Kozmikus sértődés. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1968.
4. **Magyar I:** Korányi Sándor. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1970.
5. **Magyar I:** Korányi Frigyes. Orvosi Hetilap, 1977; **118:** 3007–3010.
6. **Magyar I:** A tanítvány szemével: Hetényi Géza. Orv Hetil, 1981; **122:** 1975–1977.
7. **Magyar I:** A belgyógyászat oktatásának tapasztalatai. Felsőoktatási Szemle, 1968; **17:** 669–675.
8. **Lezák Gy, Tigyí A:** A tanítási-tanulási folyamat elemzése az orvosképzésben. Felsőoktatási Szemle, 1975; **24:** 728–734.
9. **Magyar I:** A tanítási-tanulási folyamat elemzése az orvosképzésben Hozzászólás Dr. Lezák György és Dr. Tigyí András vita-indító cikkéhez Felsőoktatási Szemle, 1975; **24:** 728–734.
10. **Magyar I:** Orvostanhallgatók általános műveltsége. Valóság, 1971; **14:** 26–38.
11. **Magyar I:** Orvos és műveltség – kapcsolatos feladatok az orvosképzésben. Felsőoktatási Szemle, 1979; **28:** 641–644.

Levelezési cím: Hudra Árpád  
e-mail: hudir@t-online.hu

# A VÁRANDÓSSÁG ÉS A GASZTROENTEROLÓGUS

Dr. Patai Árpád<sup>(1)</sup> és Dr. Patai Árpád V.<sup>(2)</sup>

(1) Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

(2) Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

**ÖSSZEFOGLALÁS:** A várandósság számos élettani változással jár, amelyek sokféle tünethez és gyakran emésztőszervi panaszokhoz vezetnek. A fogantatás előtt már ismert vagy a terhesség alatt jelentkező gasztroenterológiai betegségekben az anya és a magzat számára is biztonságos diagnosztikus és terápiás eszközök kiválasztása a gasztroenterológus számára nagy kihívás a véletlen beválasztásos tanulmányok hiánya miatt. Ebben az áttekintésben összefoglaljuk és elemezzük a terhesség során észlelt betegségek és tünetek tényeken alapuló diagnosztikáját és kezelési lehetőségeit.

**Kulcsszavak:** várandósság, gasztroenterológia, hepatológia, diagnosztikai módszer, kezelés

Árpád Patai, Árpád V. Patai: PREGNACY AND THE GASTROENTEROLOGIST

**SUMMARY:** *Pregnancy is associated with numerous physiological changes that may lead to a wide diversity of symptoms and frequently to gastrointestinal complaints. The gastroenterological diseases diagnosed prior to conception or pregnancy-related conditions require diagnostic tools and medical treatment which are safe for both mother and fetus. Lack of randomized controlled studies is a great challenge for gastroenterologists. This review provides an evidence-based diagnostic and therapeutic management for gastrointestinal symptoms and diseases during pregnancy and discusses potential consequences.*

**Keywords:** pregnancy, gastroenterology, hepatology, diagnostic method, therapy

Magy Belorv Arch 2021; 74: 68–83.

## Bevezető

Az áldott állapot egy nő életének kiemelkedően fontos szakasza. Emésztőszervi panaszok miatt gasztroenterológiai konzíliumra akár egészséges terhesség esetében is sor kerülhet, diagnosztizált emésztőszervi betegség esetén a gasztroenterológus és a gyermeket váró szülők kapcsolata a várandós állapot tervezésétől a szoptatás befejezéséig intenzív marad.

A megtermékenyített petesejt beágyazódásától kezdve a női szervezetben létrejövő anatómiai, élettani változások számos területen hatnak az anya emésztőszerveire is. A növekvő magzat, a megnagyobbodó méh következtében nő a hasúri nyomás, amely hozzájárul a gyomortartalomnak a nyelőcső felé történő regurgitációjához, a béltraktus kompressziója révén a perisztaltika megváltozásához, a kismedencei vénákból a vér visszaáramlásának a gátlásához. Mindezek elősegítik a gastrooesophagealis reflux betegség (GORB), az obstipatio és az aranyeresség kialakulását.

A progeszteronszint emelkedése a gyomorürülés késleltetésével a GORB, a kötőszövet lazaságának növelésével nodi haemorrhoidales kialakulásához vezethet. A növekvő progeszteronszint csökkenti az epehólyag kontraktilitását, a megemelkedett ösztrogénszint

pedig az epe lithogenitását növeli, így az epekövesség kialakulásának az esélye nő.<sup>1</sup>

A fokozódó ösztrogénszintézis a sphincterekre gyakorolt relaxációs hatással elősegíti a GORB-hoz vezető kóros folyamatot.

A víz és nátrium visszaszívásának növekedése a bél-tartalom sűrűségének fokozásával a székrekedés irányába hat, ugyanakkor haemodilútióhoz, oedemakész-séghez vezet.

A humán placentális laktogén (hPL), a humán chorionszomatotropin (hCS) az anyai inzulinérzékenységet és az anyai cukorfelhasználást csökkenti, az anyai lipolysist, a szabad zsírsavképződést növeli. A placenta fokozódó gasztrintermelése elsősorban a gyomor savválasztását serkenti, amely hiperaciditással, a GORB-kockázat növekedésével jár.

A várandósság alatti immuntolerancia kialakulásában a humán choriogonadotropin (hCG) mellett a progeszteron játszik meghatározó szerepet. A petesejt beágyazódása idején Th1 proinflammatorikus környezet alakul ki,<sup>2</sup> a méh több gyulladáshoz vezető markert, így prosztaglandin E2-t (PGE2) és számos gyulladáshoz vezető citokint, köztük TNF $\alpha$ -t, IL-6-ot és IFN $\gamma$ -t termel, ezt követően egészen a szülésig immuntolerancia állapota alakul ki. Ennek fontos eleme, hogy a megemelkedett progeszte-

ronsztint következtében a progeszteron indukálta blokkoló faktor (PIBF) termelése növekszik. A PIBF a gyulladást nem okozó, nem sejtoxikus interleukinek (IL) (IL-3, IL-4, IL-10) fokozódó és a gyulladást okozó sejtoxikus citokinek (IFN $\gamma$ , TNF $\alpha$ , IL-2, IL-12) csökkenő termelődését eredményezi. A PIBF gátolja a természetes ölü (NK)-sejteknek az IFN $\gamma$ , TNF- $\alpha$  és IL-2 által előidézett átalakulását limfokinaktívált ölüsejttekké, továbbá fékezi az NK-sejtek degranulációját és a perforin felszabadítását, ezért az NK-sejtek sejtoxikus hatása mérséklődik. A kialakult immuntolerancia jelentősen befolyásolja az immunológiai eredetű kórképek lefolyását. A várandósság 36. hetétől a progeszteronsztint csökken, az IL-12 és egyéb gyulladáshoz vezető citokinek termelődésével a gyulladáshoz vezető aktivitás nő, az immuntolerancia megszűnik.<sup>3,4</sup>

Az egészséges terhesség hatására jelentősen változik az anya bélrendszerének mikrobiomja, növekszik a proteobaktériumok és az acinetobaktériumok mennyisége és csökken a mikrobiom diverzitása. A hüvelyben előtérbe kerülnek a laktobacillusok és megnő a *Clostridiales*, a *Bacteriales*, az *Actinomycetales* speciestek aránya.<sup>5</sup> Bizonyára a bélflóra módosulásának is szerepe van a terhesség alatt jelentkező betegségek (pl. terhességi diabetes) kialakulásában, illetve egyes kórképek (pl. gyulladáshoz vezető bélbetegség /IBD/) természetes körlefordulásának a megváltozásában.

Mindezek miatt a várandós anyában kialakult tünetek, kóros állapotok, ezek diagnosztikája és terápiája jelentős kihívást jelent a gasztroenterológusok számára, amelyet tovább nehezít, hogy döntéseink során az anya és a magzat érdekeit folyamatosan össze kell hangolnunk.

## Gasztroenterológiai diagnosztika

### Fizikális vizsgálat

A szabályos testhőmérséklet az első trimeszterben gyakran emelkedik 37 °C fölé, a terhesség előrehaladásával nő a légzésszám és a szívverésszám, az utóbbi a harmadik trimeszterre akár 15%-kal is növekedhet a hiperdinamikus keringés miatt. A fizikális vizsgálatot döntően befolyásolja, hogy a 22. hét után a méh fundusa a köldök vonala fölé emelkedik. Ugyan az appendicitisre utaló nyomásérzékenység továbbra is az alhas jobb oldalán észlelhető az esetek 80%-ában, azonban a főregnyúlvány-gyulladás akár jobb bordaív alatti érzékenységgel is járhat.<sup>1,6</sup> A terhességre jellemző emelkedett ösztrogénsztint miatt egészséges terheseknél is, az egyébként májbetegségekre jellemző fizikális eltérések (pl. póknaevusok, palmaris erythema) jelenthetnek meg, amelyek a szülést követően visszaféjldnek.

### Laboratóriumi vizsgálatok

A laboratóriumi vizsgálatok értékelésekor figyelembe kell vennünk, hogy bár a terhesség előrehaladásával az egész test vörösvérsejtmennyisége nő, a haemodilutio

miatt a hemoglobinkoncentráció, a hematokrit, valamint az albuminsztint is csökken. A fehérvérsejtszám a szülésig akár 16,6 G/L-ig emelkedhet. Egészséges várandósokban a transzferázok, a GGT és a bilirubin szintje nem változik, az alkalikus foszfatáz (AP) értéke jelentősen (akár a szabályos érték 15-szörösére is) emelkedhet, az alfa-fétoprotein (AFP) szintje (mivel a magzati máj is termeli) szintén nő. Ugyan a protrombin idő (INR) és az aktivált parciális trombotasztin idő (aPTI) a szabályos tartományban marad, az antitrombin III, protein C, és protein S szintje csökken, míg számos véralvadási faktor (I, II, V, VII, X, XII, fibrinogén) szintje nő, ezért prokoaguláns állapot alakul ki. A szülésig a karbamid nitrogén- és a szérum kreatininsztint csökkenése a jellemző.<sup>1,6-8</sup>

### Képzalkotó vizsgálatok

Az ionizáló sugár nélküli diagnosztikus vizsgálatok mindegyike a graviditás bármelyik fázisában biztonságosan elvégezhető. A hasi *ultrahangvizsgálat* (UH) a várandósság idején is az elsőként választandó képzalkotó módszer, hiszen veszélytelen és sokszor jelent nagy segítséget a hasi kórképek elkülönítő kóriszméjében.

Az *ionizáló sugár* alkalmazásakor számolnunk kell a determinisztikus hatásokkal (veleszületett malformációk, a magzat növekedésének az elmaradása), amelyek dóziszfüggőek és a dózistól független sztochasztikus hatásokkal (genetikai és rákkockázat) is.<sup>9</sup> A magzat nagy dózisu (50 mGy) besugárzása a gyermekkori daganatok gyakoriságát megkétszerezi.<sup>1</sup> A determinisztikus hatások a magzat életkorának függvényében változnak, 2 hetes korig 50 mGy irradáció az embrió halálához, illetve abortuszhoz vezethet. 200 mGy 2–8 hetes korban súlyos congenitalis anomáliákkal, a növekedés elmaradásával jár. Az ionizáló sugárzásra a magzat a 8–15 hét között a legérzékenyebb, már 60 mGy besugárzás nagy valószínűséggel súlyos intellektuális károsodást, 200 mGy microcephaliát okoz. A 16–25. hét között a sugárkárosodás mértéke kisebb.<sup>9,10</sup>

A magzati sugárterhelés natív hasi röntgenfelvétel esetén csekély (3 mGy alatti). A kontrasztos bélvizsgálat azonban már akár 20–40 mGy, a hasi-kismedencei CT akár 35-50 mGy, a PET/CT akár 50 mGy terheléssel is járhat. Ez utóbbiak alkalmazása igen erősen megfontolandó, lehetőség szerint más módszerekkel, pl. UH- vagy MR-vizsgálattal helyettesítendő.<sup>9,10</sup>

A radiológiai vizsgálatoknál használt per os *kontrasztanyagok* nem szívódnak föl, így veszélytelenek. A jódtartalmú intravénás kontrasztanyagok hányingert, hányást, akár anaphylaxiás reakciót ugyanúgy okozhatnak várandósokban, mint nem terheseiben, de szerencsére nagyon ritkán. Az anyai vérkeringésbe jutott röntgenkontrasztanyagok átjutnak a placentán, az állatkísérletek azonban nem utaltak mutagén vagy teratogén hatásra. Humán magzati pajzsmirigyben nem észlelték a teoretikusan fölmerülő szabad jódterhelés káros következményeit.<sup>11</sup> Mindezek ellenére gondosan

mérlegelni kell az alkalmazásukat a kockázat/haszon elvnek megfelelően.<sup>10</sup>

Az MR-nek nincs specifikus anyai vagy magzati kockázata. MR-vizsgálat során általában kontrasztanyag alkalmazása nélkül elegendő információ szerezhető, így ritkán merül föl a kontrasztanyag adásának az igénye. Mivel várandós állapotban a szuper-paramágneses vasoxid használatával nincs elegendő tapasztalat, ezért a gadolinium alapú kontrasztanyagok jönnek szóba.<sup>10</sup> Ezek átjutnak a placentán és a magzat az amnionfolyadékba kiválasztja, ahol a szülésig megmarad. A gadolinium elméletileg nephrogenikus szisztémás fibrosist okozhat.<sup>12</sup> Mivel a vízdékony gadolinium kontrasztanyagnak legföljebb 0,04%-a juthat át az anyatejbe, és ennek kevesebb, mint 1%-a szívódhat föl a magzatba, ezért a szoptatást kontrasztos MR-vizsgálat esetén sem kell megszakítani.<sup>10</sup>

Az *endoszkópos vizsgálatok* esetén különösen körültekintően kell mérlegelnünk a várható hasznot és azt, hogy mennyire terheljük meg az áldott állapotban lévő anyát és magzatát. Általában célszerű az első trimeszterről a másodikra halasztani az endoszkópos vizsgálatokat.<sup>13</sup> Lehetőleg kerülni kell a háton fekvő helyzetet, hogy a terhes uterus ne komprimálja az aortát és a vena cava inferiort. Legcélszerűbbnek tűnik a bal oldalt fekvő helyzet, így a terhes anyáknak gyakoribb aspiráció kockázata is mérsékelhető.<sup>13</sup> Ugyan általánosan elfogadott, hogy az endoszkópos vizsgálatok (felső panendoszkópia, kolonoszkópia, ERCP) biztonságosan elvégezhetők, egy közelmúltban megjelent főhívás is hangsúlyozza, hogy nincsen kellő számú objektív adatunk az esetleges szövődmények megítélésére.<sup>14</sup> Kétségtelen, hogy nehéz értelmezni pl. azt a kohorsz-vizsgálatot, amely szerint az endoszkópiált anyák körében a koraszülés és a kis születési súlyúak aránya nőtt, a halva születés, a magzati malformatio viszont nem emelkedett,<sup>15</sup> hiszen nagyon nehéz szétválasztani azt, hogy mennyiben felelős a koraszülésért, illetve a kis születési súlyért az endoszkópos vizsgálat és mennyiben az a betegség, amely miatt a vizsgálatra sor került. Tovább árnyalja a megítélés nehézségeit, ha a főlismert kórkép miatt kezelési eljárásokat is alkalmazunk, amelyek szintén járhatnak nem kívánatos hatásokkal. Mindenesetre teljes az egyetértés, hogy további széles körű vizsgálatok szükségesek az endoszkópia javallatának és esetleges szövődményeinek föltárására.<sup>14</sup> Természetesen törekedni kell a lehető legkisebb invazivitásra, a vizsgálat idejének rövidítésére.<sup>16</sup> Lehetőség szerint a vizsgálatot gyakorlott endoszkópos végezze.<sup>12</sup> Abban is teljes az egyetértés, hogy diagnosztikus ERCP-vizsgálatot ma már endoszkópos UH (EUH) és MRCP birtokában gravidákban sem végzünk.<sup>13, 17</sup>

## Gasztroenterológiai terápia

A gasztroenterológiai terápia megválasztása az anya és a magzat érdekeinek összehangolása miatt sokszor ne-

héz feladat. A következő fejezetekben a belgyógyászati jellegű (elsősorban a diétás, a gyógyszeres, az endoszkópos) kezelés néhány részletét foglaljuk össze, azonban fontos kiemelnünk, hogy az áldott állapotban kialakuló tüneteknek, illetve kórképeknek a pszichomotorális vetületére különös hangsúlyt kell fordítanunk. A jelenlegi zabolátlan információterhelés sokszor téves, áltudományos hírei bizonytalanságot keltenek a várandósokban, néha még egyes egészségügyi ellátókban is, így a várandósság esetén kiemelten törekedjünk arra, hogy empatikus hozzáállással támogassuk és segítsük az anyát, szükség esetén akár a környezetét is a terhességgel, esetleges betegségével, annak kezelésével kapcsolatos negatív emócióinak, szorongásainak feldolgozásában, szükség esetén akár pszichológus, pszichiáter bevonásával.

A különböző diétás iránymutatások nagyobb része a hagyományokon, ősi tapasztalatokon alapul, sok esetben a klasszikusan értelmezett, tényeken alapuló orvoslás kritériumait nem elégti ki.

A gyógyszeres kezelés megítélését bonyolítja, hogy a várandósokban kialakuló fiziológiás folyamatok, így pl. a keringési, vese- és májfunkciós változások a nem terhesekehez képest eltérő gyógyszerkinetikát eredményeznek, amelyek a terhesség előre haladásával folyamatosan változnak. Ugyancsak módosul a magzatnak a fejlődésével a külső hatásokra bekövetkező érzékenysége is. Ezeknek a szinte áttekinthetetlenül bonyolult folyamatoknak a szövevényében a gyógyszeres terápiára vonatkozó közléseket nagy körültekintéssel kell értelmeznünk. Tovább nehezíti a döntésünket a nagy esetszámú, véletlen beválasztásos, ellenőrzött (placebókontrollos), előre megtervezett tanulmányok hiánya. Ezeknek az elvégzésére etikai megfontolások alapján a jövőben sem számíthatunk.

Az Amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerfelügyeletnek (FDA) a várandósság alatti gyógyszeres kezeléssel kapcsolatos állásfoglalását – nem kis részben a talidomid példás kezelésével kivívott tekintélye alapján – sok helyütt tekintik iránymutatónak. Ugyan az FDA a legutóbbi, 2014-es felhívásában (PLL<sup>R</sup>)<sup>18</sup> a gyógyszereknek az 1979-ben javasolt A, B, C, D és X kategorizálását visszavonta, mivel ezt mind a páciensek, mind a szakemberek számára ellentmondásosnak és kevésbé hatékonynak ítélte meg, mégis az *1. táblázatban* ismeretjük, hogy a korábbi közlemények adatait könnyebben lehessen értelmezni. Ugyanakkor mind a táblázatok „megjegyzéseiben”, mind a szöveges részben fölhívjuk a figyelmet a változásokra. Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy minden terápiás döntésünket az összes szempont mérlegelésével egyedileg kell meghoznunk. Mivel a gyógyszeres kezelésre, különösen az újabb gyógyszerek alkalmazására vonatkozó adatok folyamatosan bővülnek, így ismereteink folyamatos karbantartása szükséges.

1. táblázat. Gyógyszerek magzatkárosító kockázata az FDA 1979-es osztályozása szerint

Osztályozás	Meghatározás
A	Terhes nőkben megfelelően tervezett tanulmányok nem mutattak magzati kockázatot
B	Reprodukciós állatkísérletekben nincs magzati kockázat, de terhes nőkben nincsenek jól ellenőrzött tanulmányok vagy Állatkísérletekben észleltek mellékhatásokat, de a terhes nőkben kimutatott magzati kockázat nincs
C	Reprodukciós állatkísérletekben van magzati mellékhatás, de nincsenek jól ellenőrzött humán tanulmányok vagy Sem reprodukciós állatkísérletek, sem jól ellenőrzött humán tanulmányok nincsenek
D	Vizsgálati és klinikai tapasztalatok vagy tanulmányok szerint nyilvánvaló humán magzati kockázat
E	Állati vagy humán tanulmányok magzati károsodást mutatnak vagy Nyilvánvaló magzati kockázat vizsgálati és/vagy klinikai tapasztalatok alapján

### Hányinger; hányás kezelése

A hányinger és a hányás a várandósokban, különösen az első trimeszterben nagyon gyakori, a nők 50–90%-ában jelentkeznek. A tünetek a 4–6. héten kezdődnek, a 8–12. héten a legkínzóbbak, a 20. hétre általában megszűnnek.<sup>7,20</sup> Természetesen gondolnunk kell a hányinger, hányás graviditáson kívüli egyéb okaira is.<sup>21</sup> A hyperemesis gravidarum (bár egységesen elfogadott meghatározása nincs) a terhésekben jelentkező, más okkal nem magyarázható, legalább 5%-os testsúlycsökkenéssel, jelentős ketonuriával társuló, folyamatosan fennálló hányás, amely a terhességek 0,3–2%-ában fordul elő. A tiroxinszint emelkedik, a pajzsmirigystimuláló hormon (TSH) szintje csökken.<sup>8</sup> Gyakran elektrolit- és májenzimeltérések (transzferázok emelkedése <200 U/L), időnként enyhe amidáz- és lipázemelkedés is társulhatnak hozzá.<sup>21</sup>

A dohányzás elhagyása, a súlynövekedés visszafogása, a provokáló tényezők, pl. zsíros ételek, egyes fűszer- és zöldségfélék, illetve a nagy volumenű étkezések kerülése sok esetben elegendő a panaszok megszüntetésére. Javasolt naponta legalább 1,5 liter víz, szóba jön a kamillatea fogyasztása is. A gyömbér (napi 1 g) jótékony hatását Cochrane adatbázis metaanalízise erősítette meg.<sup>22</sup> Segíthet napi 3 x 10–25 mg piridoxin (B<sub>6</sub>-vitamin), esetleg napi 4 x 12,5–25 mg doxilamin-szukcináttal kombinálva, napi 100 mg tiamin (B<sub>1</sub>-vitamin), amelyek mind 'A' kategóriás készítmények. A 2. táblázatban feltüntetett szerotonin (5-HT<sub>3</sub>) antagonistá ondanszetrone (nem több mint 16 mg-os adagban) és a dopaminantagonista metoklopramid (naponta 3-4 x 5–10 mg) 'B' kategóriás gyógyszernek minősül. A szintén dopaminantagonista domperidon, a hisztaminreceptor-blokkoló doxilamin 'A', a ciklizint 'B' kategóriába sorolják.<sup>8</sup> A prometazin, valamint a klórpromazin 'C' kategóriás, ugyanis egy tanulmányban fölmerült a teratogén hatás lehetősége,<sup>23</sup> bár ezt később nem erősítették meg,<sup>24</sup> így napi 3-4 x 12,5–25 mg-os dózisban a prometazint kiterjedten alkalmazzák.<sup>21</sup> A szteroidkezelés az előbbi lehetőségek kimerítése után és csak a 10. hetet követően jön szóba, legin-

2. táblázat. A hányinger, hányás kezelése

Nem gyógyszeres kezelés		
	FDA kategória	Megjegyzés
diéta	∅	mindenkinek ajánlható
gyömbér	∅	mindenkinek ajánlható
Gyógyszeres kezelés		
piridoxin	A	mindenkinek ajánlható
tiamin	A	mindenkinek ajánlható
metoklopramid	B	széleskörű használat; nincs adat, mely magzatkárosodásra utalna
ondanszetrone	B	QT idő megnyúlását okozhatja, talán szájpadahasadék, ill. a szívben a sövénydefektus gyakorisága nő
prometazin	C	egy tanulmányban teratogenitás merült fel, széleskörű használat
klórpromazin	C	egy tanulmányban teratogenitás merült fel
prednizolon	C	csak ha minden más sikertelen
doxilamin	A	biztonságos, de elérhetősége korlátozott
ciklizin	B	állatkísérletekben teratogenitás

kább 3 na-pig 48 mg metilprednizolon adását javasolják szájon át vagy intravénásan.<sup>7, 19-21</sup>

Mindezeket a gyógyszeres kezeléseket dehydratio esetén intravénás folyadék- és ionpótlással kell kiegészíteni. Enterális szondán át való táplálásra, esetleg parenterális táplálásra ritkán van szükség, az utóbbi esetben az esetleges szepszisz szövődései lehetőségét is gondosan mérlegelnünk kell.<sup>21</sup>

### Gastrooesophagealis reflux betegség kezelése

A terhésekben a GORB 30–80% gyakorisággal fordul elő, a terápiaját a 3. táblázatban foglaltuk össze. A GORB kezelésében az előző fejezetben részletezett diéta, életmódbeli javaslatokat az ágy párnájának a meg-

emelése, a panaszokat fokozó testhelyzet (pl. lehajlás) kerülése, a fizikai aktivitás növelése, az étkezésnek a lefekvés előtti 3 órában való fölfüggesztése hatékonyan egészítheti ki.

Az antacidák széleskörűen használatosak, a diétás, életmódi lehetőségek hatástalansága esetén elsőként választandók. A kalcium-karbonát dózisát naponta 1000 mg-ban ajánlott limitálni, a magnézium-triszilikátot nagy

sége előtt a GORB-ját csak tartós PPI-szedéssel tudta uralni, a terhesség alatt fokozódó panaszai miatt akár a várandósság teljes tartama alatt folyamatosan kell szednie PPI-t. Ugyan extrém nagy dózisban okozott az omeprazol állatkísérletekben congenitalis malformációt,<sup>20</sup> a klinikai tapasztalok alapján ezt nem erősítették meg,<sup>27</sup> így az újabb összefoglalók az összes PPI-kezt 'B' kategóriába sorolják. A PPI-k teratogenitásra vonatkozó aggályok azonban további vizsgálatra szorulnak, hiszen ennek a lehetősége egy közelmúltban megjelent összefoglaló alapján újból fölmerült.<sup>26</sup> Ennek a közleménynek a szerzői is hangsúlyozzák azonban metaanalízisük korlátai között, hogy a teratogenitási lehetősége főleg esetkontroll tanulmányokon alapul és a végkövetkeztetésük az, hogy más készítmények hatástalansága esetén a PPI-k alkalmazhatóak.<sup>26</sup>

#### Obstipatio kezelése

A terhesség alatti székrekedés gyakoriságát 11–38%-ban adják meg.<sup>28</sup> Elkülönítő kórisméjének részletezése meghaladja a közlemény kereteit,<sup>29</sup> mégis a hypothyreosis, a diabetes mellitus és az esetleges gyógyszer-mellékhatás szerepére külön föl hívnánk a figyelmet. A várandósság alatti gyakori vashiány önmagában is hozzájárulhat az obstipatiohoz, de a vaspótlásra alkalmas készítmények is gyakran okoznak székrekedést.

Minden szorulást panaszló várandósnak javasolható (4. táblázat) a folyadékbevitel növelése (naponta 2 liter vagy nagyobb mennyiség) és a bőséges (naponta

3. táblázat. A gastrooesophagealis refluxbetegség kezelése

Nem gyógyszeres kezelés		
	FDA kategória	Megjegyzés
diéta, életmód	Ø	mindenkinek ajánlható
Gyógyszeres kezelés		
Antacidák		
alumíniumtartalmú	Ø	mindenkinek ajánlható
kalciumtartalmú	Ø	mindenkinek ajánlható
magnéziumtartalmú	Ø	magnéziumtriszilikát hypotóniát okozhat
alginát	Ø	nem szívódik fel, biztonságos, kevés adat
szukralfát	B	nem szívódik fel, biztonságos, kevés adat
Prokinetikum		
metoklopramid	B	sok mellékhatása miatt csak hányás esetén jön szóba
Savelváasztást csökkentő szerek		
H <sub>2</sub> -receptor-blokkolók	B	növelheti a koraszülési gyakoriságot
protonpumpa-gátlók	B	klínikailag indokolt esetben

dózisban, hosszú távon esetleges kardiális mellékhatása miatt nem javasolják. A nátriumhidrogénkarbonát (szó-dabikarbóna) nagy adagban anyai és magzati alkalózist okozhat. A föl nem szívódó szukralfátot és az alginátot egyre többen használják, mellékhatásra, teratogenitásra utaló közlés nem ismert.<sup>20</sup>

Ugyan a prokinetikumok a GORB patomechanizmusa alapján szóba jönnének, azonban a jelenleg rendelkezésre álló készítmények szerény hatásuk és sok mellékhatásuk miatt alig kerülnek ebben az indikációban fölhasználásra, kivéve, ha a gyakori hányás a vezető tünet.

A H<sub>2</sub>-receptor-blokkoló gyógyszereket széles körben használjuk, ha az antacidák nem elégségesek. Teratogenitás szempontjából a H<sub>2</sub>-receptorgátlók 'B' kategóriás készítmények, a koraszülések gyakoriságát kismértékben növelhetik.<sup>25, 26</sup>

A protonpumpagátló (PPI) a leghatékonyabb gyógyszerkészítmény a GORB esetében, mégis óvatosságból csak a H<sub>2</sub>-receptor-blokkoló hatástalansága esetén szoktunk PPI-t alkalmazni. Annak a nőnek, aki terhes-

4. táblázat. Az obstipatio kezelése

Nem gyógyszeres kezelés		
	FDA kategória	Megjegyzés
diéta, életmód	Ø	mindenkinek ajánlható
Gyógyszeres kezelés		
Tömegnövelők		
metilcellulóz	B	puffadást, görcsöt okozhat
pszillium (útifűmaghéj)	C	puffadást, görcsöt okozhat
Ozmotikus szerek		
laktulóz	B	széles körű használat
polietilén-glikol	C	széles körű használat
Sikósító, székletlazító szerek		
glicerín	C	kúp vagy klizma formájában
paraffin	D	a zsírban oldódó vitaminok felszívódását rontja
ricinusolaj	D	kerülendő
Stimuláló szerek		
szenna	C	tenesmust okozhat
biszakodil	B	hasi görcsöt okozhat
Na-pikoszulfát	B	keves humán adat

20–35 g vagy több) rostfogyasztás.<sup>19</sup> A könnyű fizikai aktivitás szintén javítja a bélműködést.

A vízben oldódó metilcellulóz és az útifümaghéj (3–20 g/nap psyllium) nem szívódik fel, a székletben növeli a vízretenciót, lágyítja a székletet, így főleg krónikus esetben kedvező hatású. A laktulózt (1–2 x 15–30 ml/nap), a polietilénlikolt (PEG) (8–25 g/nap) újabb széles körben ajánlják a rostbevitel növelésére nem rendeződő székrekedésben. E készítmények csekély mértékben szívódnak föl, így sem magzat-, sem a szoptatás alatti károsító hatás nem valószínű.<sup>19, 29, 30</sup> Mindkét szer használatkor bőséges folyadékfogyasztás javasolt. Ismételt vagy tartós alkalmazás során a szervezet elektrolitháztartását ellenőrizni kell.

A lokálisan ható glicerin kúp vagy klizma részben ingerléssel, részben a végbél sikosításával hatékony lehet. A paraffinolaj használata a zsírban oldódó vitaminok felszívódásának a gátlása miatt aggályos. A ricinusolaj méhkontrakciókat okozhat, a hiperozmoláris sóoldatok folyadékretenciójával járhatnak, ezért alkalmazásuk kerülendő.<sup>19, 29, 30</sup>

Az antrakinonok (pl. szenna) kockázatát (hasi görcsök, koraszülés) nagyobbban ítélik meg, mint a hasznát, így alkalmazását nem javasolják a várandósság alatt. A szenna ugyan a szokásos adagban a szoptatás alatt nem okoz gondot, de az anyatejbe bejut, így inkább laktulózzal helyettesítsük.<sup>28</sup> A biszakodil (kúpban 10 mg, p.o. 3 x 5 mg/nap) is okozhat hasi görcsöt, de előnyösebb, mint a szenna. A Na-pikoszulfáttal (1–2 x 10 mg/nap) kevés adat áll rendelkezésre, de német nyelvterületen a laktulóz hatástalansága esetén várandósság és szoptatás idején is javasolják.<sup>8</sup>

#### *Hasmenés és irritábilis bél szindróma kezelése*

A gravidákban jelentkező hasmenés elkülönítő kórisméje, kezelése nem tér el az általában alkalmazott irányelvektől. A diéta, a folyadék- és elektrolitpótlás módja ugyanolyan, mint más esetekben. Az esetleg szóba jövő 4–16 mg/nap loperamid 'C' kategóriás készítmény, mert növelheti a hypospadiasis, a sectio caesarea, a placenta previa kockázatát.<sup>19</sup> A drotaverint (120–240 mg/nap) széles körben alkalmazzák elsősorban a görcskészség, a fájdalom mérséklésére. Az irritábilis bél szindróma terápiájában a diéta, a mérsékelt fizikai aktivitás, az empatikus hozzáállás sokszor hatásos, a gyógyszeres kezelés tünetorientált, a lehető legkevesebb készítmény használatával.

#### *Gyulladásos bélbetegség*

Mivel a gyulladásos bélbetegséget (IBD) az esetek felében 32 éves kor előtt diagnosztizálják, gyakran merülnek föl az utódlással, öröklődéssel, terhességgel, szoptatással kapcsolatos kérdések.<sup>31, 32</sup>

#### *Öröklődés*

Magyarországon a colitis ulcerosa (UC) éves prevalenciája 21,7/100 000 lakos<sup>33</sup>, a Crohn-betegségé (CD) némileg kevesebb.<sup>34</sup> A családban előforduló IBD különösen a kaukázusi rasszban növeli meg az IBD kockázatát, amely az elsőfokú rokonok körében 4–8-szoros rizikófokozódást jelent. Legmagasabb az egyetétű ikrekben a kockázatnövekedés, amely Crohn-betegség esetén 20–56-szoros, colitis ulcerosában 6–19-szeres.<sup>32</sup> Az egyik szülő colitis ulcerosáját a gyermek 1,6%-os, a Crohn-betegségét 5%-os eséllyel örökli. Ha mindkét szülő IBD-s, akkor a kockázat 37%-ra emelkedik.<sup>32, 35</sup>

#### *Férfi nemzőképesség*

Az IBD és a nemzőképesség kapcsolatáról kevés adat áll rendelkezésre. A szulfaszalazin dózisfüggő módon csökkenti a spermazámot, a metotrexát a spermiumokat károsítja. Mindkét gyógyszer hatása reverzibilis, ezért a tervezett gyermekvállalás előtt 3 hónappal e gyógyszerek fölfüggesztése javasolt, a szulfaszalazin meszazalinnal helyettesíthető.<sup>36, 37</sup> A többi szóba jövő készítménnyel (meszazalazin, szteroid, azatioprin, ciklosporin, anti-tumornekrózisfaktor-alfa [anti-TNF $\alpha$ ]) kapcsolatban korábban merültek föl aggályok, de a jelenlegi adatok cáfolják ezeknek a gyógyszereknek a károsító hatását.<sup>36, 37</sup>

#### *Fogamzóképeség*

Azoknak a nőknek a fertilitása, akiknek az IBD-je nyugalmi szakaszban van, és korábban kismencedei műtéten nem estek át, nem tér el az átlagnépességétől (86–95%), de aktív betegségben továbbá az ileoanalis pouch anastomosissal rendelkezőkben a meddőség gyakoribb, akár 48% is lehet.<sup>36, 38</sup>

#### *IBD a várandósság alatt*

A fogantatáskor remisszióban lévő IBD-nek a terhesség alatti aktivizálódása nem különbözik a nem terhesekben tapasztaltaktól: a Crohn-betegségben az esetek 20%-ában és colitis ulcerosában az esetek 33%-ában észlelhető rosszabbodás.<sup>2, 20</sup> Ha a fogantatás idején az IBD remisszióban van, és nyugalmi állapotban marad a terhesség során, a koraszülés és kis születési súly előfordulási gyakorisága megegyezik a nem IBD-s várandósokéval.<sup>37</sup> Ha válogatás nélkül vizsgálták az összes IBD-ben (különösen a Crohn-betegségben) szenvedő várandós nőt, akkor közöttük gyakoribbnak találták a spontán abortusz, a preeclampsia, a koraszülés, a kis születési súly és a dysmaturitas, az utódokban a hasfali defektus és a neurológiai kórjelek előfordulását, mint egészségesekben.<sup>2, 39, 40</sup> A spontán abortusz hátterében elsősorban rejtett betegségaktivitásra, D-vitamin-hiányra, az IBD-ben az átlagnépességhez képest gyakoribb coeliakiára kell gondolnunk. A fogantatáskor aktív IBD növeli a spontán abortusz, a koraszülés gyakoriságát, emeli a thromboemboliás szövődmények és a császármetszés rizikóját.<sup>36, 37</sup> A kis születési súly kockázata aktív colitis ulcerosában megkétszereződik, aktív

Crohn-betegségben megháromszorozódik.<sup>37</sup> Mindezek miatt javasolják az IBD-s betegek preconpcionális gondozását, a fogantatás előtt legalább 3–6 hónappal a remisszió elérésének a fontosságát.<sup>37</sup>

#### *Az IBD gyógyszeres kezelése a várandósság alatt*

Alapelvként elfogadható, hogy ha a preconpcionális gondozás során az anya remisszióba kerül, és a fogantatást követően is remisszióban van, a gyógyszeres kezelésén lehetőség szerint nem kell változtatnunk.<sup>40, 41</sup> Ha az anya IBD-je aktív a terhesség alatt, akkor körültekintően kell mérlegelnünk az aktivitás mértékének tisztázására választott endoszkópos vizsgálatokat, így pl. aktivizálódott colitis ulcerosában többnyire elegendő csak a szigmoidoszkópia a terápiás döntéshez.<sup>16</sup>

A várandósok IBD-jének kezelésében szóba jövő készítményeket az 5. táblázatban foglaltuk össze. A meszalizint széles körben használják, biztonságos készítmény. Az anyatejbe bejut, egy esetismertetés szerint a csecsemő hasmenését az anya 5-aminoszalicilsav szedése okozta.<sup>42</sup> A szulfaszalazin mellé napi 2 mg folsav szedését javasolják.

Az IBD-s betegek shubjának kezelésére a szteroidokat több évtizede használjuk, alkalmazásukkal kapcsolatban számos, egymásnak ellentmondó tanulmányt közöltek. Fenyegető koraszülés esetén magzati indikációban, a tüdő éretlenségének a megelőzésére széles körben adnak a várandósoknak szteroidot.<sup>43</sup> Egy korábbi tanulmány szerint a szteroidoknak az első trimeszterben történő alkalmazása az orofacialis malformatio előfordulását növelte, ezért e csoport a korábbi FDA-osztályozás szerint 'C' kategóriás.<sup>44</sup> Egy későbbi nagy, népességalapú tanulmányban a szteroidoknak ezt a magzati károsító hatását nem erősítették meg, ezért az újabb összefoglalók a szteroidokat 'B' kategóriába sorolták át.<sup>45</sup> Minden IBD-s shub esetén indokolt lehet

a várandósokban a szteroidkezelés,<sup>8</sup> de fenntartó kezelésre nem alkalmas.<sup>2</sup> A szteroidokon belül a prednizolont és a metilprednizolont ajánlják, a dexametazont és a betametazont kerülendőnek ítélik meg.<sup>20</sup> A szteroidkezelésnek az anyára kifejtett klasszikus mellékhatásprofiljával (hypertonia, diabetes, csonttrikulás stb.), illetve különösen az utolsó trimeszterben alkalmazott szteroidoknak a magzati mellékvesére kifejtett szupressziós hatásával számolni kell. A szteroidok között a budeszonid kivételezett helyzetű, mivel a máj a jelentős részét elbontja, így lényegében szisztémás hatással nem kell számolnunk, illetve magzatkárosító kockázata várhatóan elhanyagolható.

Az azatioprin, a 6-merkaptopurin átjut a placentán és nagy adagban alkalmazva állatkísérletekben magzatkárosító. Újabb, nagy esetszámot felölelő humán tanulmányok szerint biztonságos az anya és a magzat szempontjából is.<sup>46, 47</sup> Van olyan tanulmány, amely szerint a koraszülés gyakoriságát növelte. Ez utóbbi megfigyelés értékét csökkentti, hogy a betegségaktivitást az elemzésnél nem vizsgálták.

Mivel a készítmény csekély mértékben az anyatejbe is átjut, javasolják, hogy a gyógyszer bevétele után a szoptatásig 4 óra teljen el.<sup>37</sup>

A metotrexat a DNS-szintézis gátlása miatt súlyosan teratogén, így a terhesség alatt szigorúan kerülendő, sőt fogamzóképes korban lévő nő metotrexatot lehetőleg ne kapjon, ha mégis, egy vagy inkább két fogamzásgátló módszer alkalmazása szükséges. A magzatkárosító hatásáról hírhedtté vált talidomid hasonlóképpen szigorúan kerülendő. Mindkét készítmény átjut az anyatejbe, így szoptatás alatt sem alkalmazható egyik sem.<sup>37</sup>

A biológiai terápiás szerek közül a két anti-TNF $\alpha$  készítménnyel (influximab, adalimumab) kapcsolatos a legtöbb megfigyelés: mindkét szer biztonságos.<sup>37, 48</sup> Az

**5. táblázat. A gyulladásoos bélbetegség kezelése**

	FDA kategória	Megjegyzés
<i>Gyógyszeres kezelés</i>		
meszalizin	B	széles körű használat, anyatejbe bejut, de szoptatás alatt nem kell leállítani
szulfaszalazin	B	fólsavval együtt adandó
szteroid	C	a magzati orofacialis malformatio kockázatát újabb tanulmányok cáfolták. A prednizolon, metilprednizolon alacsony kockázatú. A dexametazon, betametazon nem javasolt
azatioprin, 6-merkaptopurin	D	humán adatok szerint biztonságos
anti-TNF $\alpha$	B	biztonságos, a magzatnak 6 hónapos korig élő vakcina nem adható
metotrexat	E	magzatkárosító, szoptatás alatt is kerülendő
talidomid	E	magzatkárosító, szoptatás alatt is kerülendő
ciklosporin	C	teratogén potenciál alacsonynak tűnik (4,1%), de koraszülés, kis születési súly, átmeneti neonatális hyperkalaemia és emelkedett szérumkreatinin-szint előfordulhat
anti-integrin, IL-12/23 inhibitor, januskináz inhibitor	?	terhesség alatti alkalmazásukról nincs elég adat, kerülendők

anyatejben az anyai vér koncentrációjának kevesebb, mint 1%-a mutatható ki, így nem valószínű, hogy bármilyen hátrányos hatása lenne a szoptatás alatt. Mivel a placentán átjut, és az újszülöttben akár 12 hónapos koráig kimutatható, 6 hónapos korig élő vakcina nem adható. Mivel várandósság alatt a bioszimilerekkel kapcsolatban még nem áll rendelkezésre elegendő információ, az originális gyógyszerek alkalmazása javasolt.

IBS-s gravidákban az anti-integrinekre (natalizumab, vedolizumab), az IL12/23 gátló usztekinumabra, az orálisan adható januskináz-inhibitorokra (tofacitinib, upadacitinib) vonatkozóan kielégítő klinikai adatok nem állnak rendelkezésre.<sup>49</sup>

A ciklosporin (főleg transzplantált betegek kapcsán szerzett tapasztalatok alapján) a koraszülés, a kis születési súly kockázatát növeli, jelenleg IBD-ben szenvedő

gravidákban történő klinikai alkalmazásáról nincs elegendő adat.<sup>37</sup>

### Terhességi intrahepatikus cholestasis

Bár a gesztáció 7. hetében is leírták, jellegzetes módon a második trimeszter végén és a harmadik trimeszterben fordul elő az intrahepatikus cholestasis (IHCP), amely a terhesség során leggyakrabban kialakuló májbetegség, a várandósok 0,2–2%-ában fordul elő. Jellegzetes, hogy a szülés után gyorsan, alig 6 hét alatt rendeződik. A legkínzóbb tünet a pruritus, amely tenyereken és a talpakon a legkifejezettebb és éjszaka rosszabbodhat, ezekhez társulhat steatorrhea, a zsírol-dékony vitaminok malabsorptiója, esetleg testsúlycsökkenés. Előbb az epesavak (>10 µmol/L), később az aminoszterázok (2–10x) szérumszintje is növe-

6. táblázat. A májbetegségek kezelése

	FDA kategória	Megjegyzés
<i>Gyógyszeres kezelés</i>		
urszodeoxikolsav	B	szoptatás alatt is alkalmazható, az első trimeszterben nem tisztázott alkalmazása
nifedipin	C	biztonságos
labetalol	C	magzati bradycardia, hypoglykaemia előfordulhat
hidralazin	C	biztonságos, ha a nifedipin hatása elégtelen
interferon	C	lehetőség szerint kerülendő, állatkísérletek szerint abortív
lamivudin	C	az első trimeszterben magzatkárosodást okozhat, váltás javasolt 'B' kategóriás szerre, szoptatás alatt sem javasolt, toxikus lehet
adefovir	C	váltás javasolt 'B' kategóriás szerre
entakavir	C	váltás javasolt 'B' kategóriás szerre
telbivudin	B	terhesség alatt biztonsággal alkalmazható
tenofovir	B	tehesség és szoptatás alatt is biztonsággal alkalmazható
ribavirin	E	magzatkárosító, szoptatás alatt sem adható
szofoszbuvir	B	HCV-ben és HEV-ben kezdeti, reményt keltő adatok
szteroid	C	a magzati orofaciális malformatio kockázatát újabb tanulmányok cáfolták
azatioprin/6-merkaptopurin	D	humán adatok szerint biztonságos
rifampicin	C	az első trimeszterben magzatkárosodást okozhat, a harmadik trimeszterben biztonságosnak tűnik
kolesztiramin	C	kevés adat, de nem számoltak be magzatkárosodásról
propranolol	C	nem teratogén, de növekedési retardációt és neonatális hypoglykaemiát okozhat, szoptatás alatt is lehet toxikus
terlipresszin	D	a méhben ischaemiát okozhat
oktreotid/szomatostatin	B	állatkísérletben nincs magzati toxicitás, de az ellenőrzött humán adatok hiányoznak
penicillamin	D	patkányban teratogén, szoptatás alatt is lehet toxikus
mikofenolát mofexil	D	magzatkárosító, kerülendő
takrolimusz	C	teratogén potenciálja alacsonynak tűnik (4%)
ciklosporin	C	teratogén potenciál alacsonynak tűnik (4,1%), de koraszülés, kis születési súly, átmeneti neonatális hyperkalaemia és emelkedett szérumkreatinin-szint előfordulhat

kedik. A viszketés megjelenése 3 héttel megelőzi az epesavak szérumszintjének emelkedését, ezért jellegzetes tünetek esetén a szérumértékek vizsgálatát érdemes megismételni. A szérum bilirubinértéke az esetek 14–25%-ban enyhén emelkedett, a 100  $\mu\text{mol/L}$  értéket ritkán haladja meg, és a viszketés megjelenése után 1–4 héttel léphet fel; a GGT nem változik lényegesen. Az AP emelkedése részben placentáris eredetű, így ez IHCP-re kevésbé specifikus, a mindennapi klinikai gyakorlatban AP izoenzim-meghatározást nem végeznek. Ugyan az IHCP benignus kórlefolyású, a 40  $\mu\text{mol/L}$  fölötti epesavszint mellett gyakoribb a koraszülés, a magzati halálozás.<sup>50</sup>

A májbetegségek terápiájában használatos gyógyszereket a 6. táblázatban foglaljuk össze. Az IHCP kezelésében naponta 10–15 mg/kg urszodeoxikolsav (UDCA) az elsővonalbeli kezelés, amely sem magzati, sem anyai kockázattal nem jár, sőt az anya tüneteinek mérséklésén túl a magzati szövődeményeket is csökkenti.<sup>51</sup> Az amerikai ajánlás az UDCA elégtelensége esetén szteroidot javasol.<sup>50</sup> Kolesztiraminnal, 5-adenozilmetioninnal, rifampicinnal kevesebb tapasztalat áll rendelkezésre. Javasolják a 37. héten a szülés megindítását.<sup>50</sup>

#### *Haemolysis, emelkedett májenzim és alacsony thrombocytaszám (HELLP) szindróma*

A haemolysissal, emelkedett aminosztransferáz-szinttel és csökkent vércsepszámmal járó HELLP-szindróma generalizált endothelialis és microvascularis sérülésekkel jár. A HELLP szindróma incidenciája 1% alatt van, leginkább a 27. és 37. hét között fordul elő, az esetek 30%-át a szülés után diagnosztizálják. Egyes közleményekben az anyai halálozás a 25%-ot is elérheti, a 32. hét előtt világra hozott magzatok perinatalis mortalitása 32%, az ezt követően születetteké 8%. A májkárosodás mértékét a plazma glutation-S-transferáz jelzi a legérzékenyebben, az aszpartát-aminotranszferáz (AST) és az alanin-aminotranszferáz szintje 700 U/mL fölé is emelkedhet. A Mississippi-klasszifikáció 3 fokozatot különböztet meg, amelyet a 7. táblázatban foglalunk össze. A gyógyszeres kezelés nagy körültekintést igényel. Ha a hipertonia áll az előtérben, a nifedipin az elsőnek választandó szer, szükség esetén hidralazin és labetalol is alkalmazható. A heparin és kis dózisu szalicilát adása is szóba jön.<sup>52, 53, 54</sup> A hazánkban

	Thrombocytaszám	AST/ALT	LDH
I.	$\leq 50$ G/l	$\geq 70$ IU/l	$\geq 600$ IU/l
II.	50–100 G/l	$\geq 70$ IU/l	$\geq 600$ IU/l
III.	100–150 G/l	$\geq 40$ IU/l	$\geq 600$ IU/l

gyakorta használt alfa-metildopa alkalmazásáról számottevő irodalmi adatot nem találtunk. A II-es és az I-es stádium esetén intenzív osztályos elhelyezés szükséges, ahol a megfelelő folyadék-, ionbevitel mellett szükség esetén hemodialízisre és a légzéstimogatásra is lehetőség van. A szteroidkezelés a legszélesebb körben elfogadott terápiás eszköz, hiszen az anya állapotán is javíthat és a magzat tüdejének az érettségét is elősegíti.<sup>43</sup> A szülés megindításának időpontját gondosan kell mérlegelni, a 34. gesztációs hét után szükségesnek tartják. A szülés előtt (különösen sectio caesarea előtt) 40–50 G/L vércsepszám alatt thrombocytapótlást javasolnak.<sup>50</sup>

#### *Terhességi heveny zsírmáj*

A terhességi heveny zsírmáj (AFLP) 10 000 terhességből 1–3 esetben fordul elő, halálozása az újabb közlések szerint nem haladja meg a 2%-ot, az újszülött halálozása 10–20%.<sup>55</sup> Sok esetben szülés után ismerik fel többnyire sovány anyákban, szülés előtt a harmadik trimeszterben észlelik, bár a második trimeszterben is leírták. A kórismét a Swansea-kritériumok (8. táblázat) közül legalább hatnak a megléte esetén állítják föl.<sup>55, 56</sup> Egy retrospektív tanulmány encephalopathia esetén a laktátszint emelkedésére mint rossz prognosztikai faktorra hívja föl a figyelmet. Akár heveny májelégtelenséggel is járhat, e betegeket az intenzív osztályon kell elhelyezni, ahol lehetőség van a legszélesebb körű szupportív (véralvadási zavar, hypoglykaemia rendezése, plazmacsere, vesepótló) kezelésre. Néhány esetben a májtranszplantáció sikerességéről is beszámoltak.<sup>8</sup>

#### **8. táblázat. A terhességi heveny zsírmáj Swensea-kritériumai**

Hányás/hányinger
Hasi (főleg) epigastriális fájdalom
Polydipsia/polyuria
Encephalopathia
Leukocytosis ( $>11$ G/l)
Hyperbilirubinaemia (bilirubin $> 14$ mmol/l)
Hypoglykaemia (vércukor $< 4$ mmol/l)
Hyperurikaemia (húgysav $> 340$ mmol/l)
Hyperammonaemia (ammónia $> 47$ mmol/l)
Emelkedett transzferázok (ALT/AST $> 42$ IU/ml)
Ascites vagy fényes máj ultrahangon
Veseelégtelenség (kreatinin $> 150$ $\mu\text{mol/l}$ )
Coagulopathia (PT $> 14$ s vagy APTT $> 34$ s)
Microvesicularis steatosis szövettani vizsgálat során
A táblázatban használt rövidítések: PT: prothrombinidő, APTT: aktivált parciális thromboplastin idő

### *Virushepatitis kezelése várandósság alatt*

A *hepatitis-A* kezelése terhesség alatt elsősorban szupportív terápiát jelent, amely a megfelelő táplálásból, folyadékbevitelből, szükség szerint láz- és hányáscsillapító adásából áll. A nagyon ritka fulmináns lefolyás esetén akár májtranszplantáció is szükséges lehet. Az endémiás területeken szóba jövő vakcináció hatékony profilaxist biztosít.<sup>57</sup>

Amennyiben gyermekvállalást tervező, *hepatitis-B* vírussal (HBV) fertőzött nőnek előrehaladott májfibrosisa van, interferon/PEG-interferon kezelés javasolt. Az interferon (IFN) az FDA besorolás szerint 'C' kategóriájú, mert állatkísérletek szerint az abortusz gyakoriságát növelte, ezért az IFN alkalmazása alatt a fogamzás megelőzése szükséges. Ha mégis bekövetkezik IFN-kezelés alatt a terhesség, gyógyszerelváltás javasolt, elsősorban 'B' kategóriájú telvibudinra vagy tenofovirra. A várandós állapot alatt a krónikus HBV-fertőzés fulmináns lefolyását is észlelték,<sup>58</sup> ezért egy nukleozid-analóggal kezelt betegben a gyógyszeres kezelést felfüggeszteni nem szabad. Amennyiben a HBV pozitív beteg 'C' kategóriájú lamivudint, adefovirt, entekavirt szed, 'B' kategóriájú szerre váltás indokolt. A HBV átvitelének megelőzésére az újszülött aktív és passzív immunizálása kötelező. Magas anyai vírusszám esetén az immunizálás sokszor hatástalan, ezért a transzmisszió esélyének a csökkentésére a harmadik trimeszterben tenofovir szedése javasolt. A tenofovir ugyan csekély mértékben belekerül az anyatejbe, alkalmazása azonban szoptatás alatt sem ellenjavallt.<sup>58, 59</sup> A *hepatitis D vírus* (HDV) koinfekció nagyobb cirrhosis-kockázattal jár, mint a HBV-monoinfekció, kezelésének irányelvei megegyeznek a HBV-monoinfekcióval. HBV/HDV fertőzöttség esetén a fulmináns hepatitis kialakulásának az esélye némileg nagyobb, kezelésében a szupportív terápián túl a májtranszplantáció mérlegelendő.<sup>57</sup>

A közvetlenül ható antivirális szerekkel (DAA) a hepatitis-C-vírus (HCV) okozta fertőzés megszüntethető, mégis a korlátozott tapasztalatok miatt a HCV-fertőzés kezelése terhesekben ellentmondásos. Bár néhány esetben sikeres és mellékhatásmentes szofosbuvirkezelésről számoltak be HCV-pozitív HIV-es terhesekben,<sup>60</sup> a szer kiterjedt használatának mérlegeléséig további adatokra van szükség.<sup>57</sup>

A fejlődő országokban előforduló *hepatitis-E-vírus* (HEV) 1-es és 2-es genotípusa által okozott fertőzés lefolyása lehet súlyos, gyakran vezet koraszüléshez. A graviditás harmadik trimeszterében a fulmináns E hepatitis mortalitása 56%-ot is elérhet. Az iparilag fejlett országokban előforduló HEV-3, HEV-4 genotípus okozta fertőzés enyhébb lefolyású. Hazánkban a leggyakoribb a vadhúsfogyasztással történő fertőződés, megelőzésére a húskészítmények kellő hőkezelése javasolt. A gyógyszeres kezelésre szóba jövő ribavirin terhesség alatt teratogenitása miatt kontraindikált, az interferon az abortuszok számát növelte. A csekély

számú tapasztalatok alapján a 'B' kategóriás szofosbuvir ígéretesnek tűnik. Fulmináns lefolyású esetben a beteget intenzív osztályon kell elhelyezni, és széles körű szupportív terápiát kell alkalmazni.<sup>61</sup>

### *Autoimmun hepatitis kezelése várandósság alatt*

Az azatioprinnel vagy szteroiddal végzett immun-suppresszív terápia folytatása javasolt terhesség alatt is. A többi, elsősorban transzplantáció esetén használt immun-suppresszív készítménnyel nincs elegendő adat, a mikofenolát-mofetil kontraindikált.<sup>20</sup>

### *Primer biliaris cholangitis és primer szklerotizáló cholangitis kezelése várandósság alatt*

Az urszodeoxikolsav és az azatioprin mind a primer biliaris cholangitis (PBC), mind a primer szklerotizáló cholangitis (PSC) kezelésében az anya és a magzat szempontjából is biztonságos, a nagyon kellemetlen pruritus mérséklésében az urszodeoxikolsav hatásos.<sup>61</sup> Természetesen a zsírban oldódó vitaminok kellő bevitelére a terhesség alatt is figyelmet kell fordítani.

### *A májcirrhosis kezelése várandósság alatt*

A májcirrhosisban hormonális és metabolikus okokból gyakori az anovuláció. A cirrhosisos gravidában előforduló szövődmények (ascites, spontán bakteriális peritonitis, hepaticus encephalopathia) kezelése megegyezik a nem terhesek kezelésével. Nyelőcsővarix-ruptura esetén az endoszkópos gyűrűligáció javasolt. A cirrhosis hepatitisben szenvedő gravidák, különösen a harmadik trimeszterben lévők körében a lépartéria aneurysma rupturájának a kockázata megnő. A portális nyomásfokozódás csökkentésében a nem  $\beta$ -szelektív propranolollal van a legtöbb tapasztalat, amely nem teratogén, de növekedési retardációt okozhat. A propranolol az anyában is, magzatban is lehet toxikus, ezért az újszülöttek 48 órás megfigyelését javasolják bradycardia, hypotensio és hypoglykaemia irányában. A krónikus májelégtelenség talaján kialakuló heveny májelégtelenség incidenciája a terhesség alatt 24%, a sürgős májtranszplantáció több esetben eredményesnek bizonyult.<sup>20</sup>

### *Epekövesség a várandósság alatt*

Az áldott állapotban lévők 3,5–10%-ának van epekövessége, a heveny köves cholecystitis ritka (1600–10 000 terhességben egy fordul elő). Mivel a konzervatív kezelés több szövődmény kockázatával jár, a kezelés laparoszkópos cholecystectomy.<sup>1, 63</sup> Szimp-tómás choledocholithiasis, biliaris pancreatitis megoldására ERCP-t kell végezni.<sup>64</sup> A terápiás ERCP legfőbb 5,77 mGy magzati sugárterheléssel jár.<sup>64</sup> Bár a jelenlegi állásfoglalás az ilyen mértékű irradációt (természetesen az uterus lehetőség szerinti legteljesebb sugárnyékolása mellett) megengedhetőnek tartja, az

esetleges sztochasztikus hatás megelőzésére többen kísérleteztek a röntgensugár mellőzésével, pl. hasi ultrahanggal asszisztált kanulálással choledocholithiasis esetén,<sup>13, 65</sup> ebben a szerzőknek is jó tapasztalatuk van. Az endoszkópos gyakorlottságának a jelentőségét általában hangsúlyozzák a vizsgálat (így az irradiáció) idejének a rövidítésében. A várandósság az ERCP után kialakuló hasnyálmirigy-gyulladás független kockázati tényezője,<sup>66</sup> ennek megelőzésére adott nem szteroid gyulladásgátlók (pl. indometacin) 'D' kategóriásak, a terhesség első trimeszterében mindenképp kerülendő.

#### *Antibakteriális kezelés várandósság alatt*

Az antibakteriális kezelés a fejlett országokban (és ebbe a csoportba tartozik Magyarország is) a várandósoknak fölírt gyógyszeres kezeléseknek (nem idesorolva a vasat és a vitaminokat) a 80%-át is elérheti. A rendelt antibiotikum kisebb-nagyobb mértékben bejuthat a magzatba is és fejlődési rendellenességet okozhat. Az antibakteriális kezelés befolyásolja a foetoplacentaris egység baktérium-összetételét, módosítja az anyai mikrobiomot, beleértve a hüvelyi flórát, mindezek által az újszülött mikrobiomját is.<sup>5, 67</sup> Ennek következményeként az utódban megjelenő atópiás betegségek, IBD, elhízás, diabetes mellitus jelenleg intenzív kutatás tárgya.<sup>68</sup> A 9. táblázatban a jelenleg rendelkezésre álló rövid távú adatokat összegeztük.

A várandósokban minden *penicillinszármazék* indokolt esetben széles körben használható. A penicillinre és az aminopenicillinekre (ampicillin, amoxicillin) vonatkozó gazdag adatbázis szerint e készítmények nagyon biztonságosak. Ezeket továbbá a béta-laktamáz-bénítőkkel (klavulánsav, szilbaktám) kombinált változatokat a 'B' kategóriába sorolják, és nemcsak a terhesség alatt, hanem a szoptatás alatt is biztonságossággal alkalmazhatók.<sup>67, 69</sup>

A *cefalosporinokat* is régóta és kiterjedten használják. Ugyan fölmerült a Michigan Medicaid Adatbázis alapján, hogy a ceftriaxon a magzat szívében malformatio kockázatát növeli, a cefalosporinok minden generációja 'B' kategóriás.<sup>67, 70</sup>

A *karbamének* (*doripenem, ertapenem, meropenem*) 'B' kategóriásak, az *imipenem-cilastin* kombinációt 'C' kategóriába sorolták. Az *aztreonam* sem a penicillinekkal, sem a cefalosporinokkal nem mutat keresztreaktivitást. Mivel az első trimeszterre vonatkozó adatok hiányosak, csak penicillin és cefalosporin-allergia esetén javasolják alkalmazását.<sup>67, 70</sup>

Az *aminoglikozidokat* (*amikacin, gentamicin, tobramicin streptomycin*) gyakran írják föl terheseknek.<sup>67, 70</sup> Átjutnak a placentán és foetoxikusak lehetnek. A terhes anyákban a csúcskoncentráció alacsonyabb, mint a nem terhesekben. Esetriportok szerint az első trimeszterben alkalmazott streptomycin a magzatban kétoldali maradandó süketiséget okozott, ezért az aminoglikozidok 'D' kategóriás készítmények. A többi aminoglikozid nem társult irreverzibilis halláskárosodással, a gen-

tamicin állatkísérletekben nem volt foetoxikus, mégis a potenciális oto- és nephrotoxikus hatás miatt az aminoglikozidok csak körültekintő mérlegelés és az anya teljes körű tájékoztatása után alkalmazhatók.<sup>67, 70</sup>

Ugyan a *fluorokinolonokat* az első trimeszterben végzett állatkísérletek alapján klasszikusan 'C' kategóriába sorolják, egy újabb, számos humán megfigyelést elemző metaanalízis szerint sem vetélésre, sem magzati malformatióra, sem korszülésre, sem kis súlyú szülésre utaló adatok nem erősíthetők meg.<sup>71</sup> A ciprofloxacinnra vonatkozó humán adatok nem mutattak magzatkárosító hatást,<sup>71</sup> és bár az anyatejbe átjut, a szoptatás alatt is alkalmazható.<sup>37</sup> Mindezek alapján az első trimeszter kivételével várandósokban (megfelelő javallat esetén) a fluorokinolok biztonsággal alkalmazhatók.<sup>37, 70</sup>

A *vankomicinre* vonatkozóan ugyan kevés adat áll rendelkezésre, de súlyos Gram-pozitív fertőzések (így meticillinrezisztens *Staphylococcus aureus* infekció) esetén intravénás alkalmazása szóba jön.<sup>67, 70</sup> A vankomicin átjut a placentán, de sem állatkísérletek, sem humán adatok nem utalnak foetotoxicitásra, így 'B' kategóriás készítmény. Mivel orálisan adva kevésbé szívódik föl, nem számolnak magzatkárosodással.<sup>67, 70</sup> A telavancin, dalbavancin, oritavancin Gram-pozitív baktériumokra a vankomicinhez hasonló hatásos, de patkányban, nyúlban, tengeri malacban mozgásszervi malformatiót okozott, a dalbavancin 3,5x humán adagban a magzati halálózást növelte, így 'C' kategóriásak, alkalmazásuk kerülendő, csak nagyon gondos mérlegelés esetén jöhetnek szóba.

A *makrolidok* között az *eritromicinnal* kapcsolatban rendelkezünk a legtöbb adattal. Leírtak szív-érrendszeri malformatiót, hypertrophiás pylorus stenosiszt továbbá az utolsó trimeszterben alkalmazva az újszülöttben az intussusceptio gyakoriságának a növekedését, más közleményekben ezeket a megfigyeléseket nem erősítették meg. A *klaritromicin* szájpadahasadékot és egyéb fejlődési rendellenességeket okozhat. Egy közelmúltban megjelent tanulmány szerint az első trimeszterben minden makrolid kerülendő,<sup>72</sup> a 'B' kategóriás *azitromicin* alkalmazása ajánlható, ha más készítménnyel nem lehet helyettesíteni. A makrolidokkal rokon ketolidok közé sorolt *telitromicin* 'C' kategóriás, lehetőség szerint kerülendő.<sup>67, 70</sup>

A *metronidazol* 'B' kategóriás készítmény. Baktériális vaginosis kezelésekor hydrocephalus előfordulását leírták.<sup>67</sup> Korábban fölmerült orofaciális malformatio kockázatát fokozó hatása, újabb közlemények ezt a gyanút cáfolták.<sup>72, 73</sup> A tinidazol állatkísérletekben malformatiót okozott, ezért az első trimeszterben kerülendő, később is csak egyéb lehetőség hiányában javasolt. A szoptatás folytatását csak 72 órával az utolsó tabletta bevétele után ajánlják.<sup>70</sup>

Emberi alkalmazás során a *rifamixin* magzatkárosító hatására nincs adat, így az FDA besorolás 'B' kategóriának felel meg. Ugyan állatkísérletekben szélsőséges dózisokban leírtak foetotoxicitást, de minimálisan

9. táblázat. Antibakteriális kezelés

	FDA kategória	Megjegyzés
<b>Béta-laktámok és monobaktámok</b>		
Penicillinek, beleértve az amino-penicillineket és a béta-laktamáz-gátlóval kombinált készítményeket is	B	széles körű használat, terhesség és szoptatás alatt is adhatók
Cefalosporinok (minden generáció)	B	széles körű használat (a szülés előtt a ceftriaxon a magicterus kockázatát növelheti)
<b>Karbapenemek</b>		
doripenem, ertapenem, meropenem	B	csak ha penicillin vagy cefalosporin nem elegendő
imipenem-cilastin	C	csak ha penicillin vagy cefalosporin nem elegendő
<b>Monobaktámok</b>		
aztreonam	B	csak béta-laktám-allergia esetén
<b>Aminoglikozidok</b> (amikacin, gentamicin, tobramicin, streptomycin)	D	a streptomycin a magzatban kétoldali, irreverzibilis süketséget okozott, így az aminoglikozidok csak gondos mérlegelés után alkalmazhatók
<b>Fluorokinolonok</b>	C	gondos mérlegelés után alkalmazhatók; sem humán teratogenitás, sem magzatkárosodás nem igazolódott
<b>Glikopeptidok, lipoglikopeptidok</b>		
vankomicin	B	biztonságos
telavancin, dalbavancin, oritavancin	C	kerülendő, csak akkor alkalmazható, ha más készítmény nem jön szóba
<b>Makrolidok</b>		
azitromicin	B	széles körű használat
eritromicin	B	gondos mérlegelés után alkalmazható
klaritromicin	C	gondos mérlegelés után alkalmazható
telitromicin	C	gondos mérlegelés után alkalmazható
<b>Oxazolidinonok</b>		
linezolid, tedizolid	C	gondos mérlegelés után alkalmazható
<b>Tetraciklinek</b>		
tetraciklin, minociklin, doxiciklin	D	kerülendő
<b>Nitroimidazolok</b>		
metronidazol	B	a magzati orofaciális malformatio kockázatát újabb tanulmányok cáfolták
tinidazol	C	állatkísérletekben mutagén, kevés humán adat, szoptatás csak a tinidazol bevétele után 72 órával javasolt
<b>Linkoszamidok</b>		
klindamicin	B	biztonságos
<b>Folátanatgonisták</b>		
szulfametoxazol	C	első trimeszterben kerülendő, a 32. hét után adva a magicterus kockázata nő
trimetoprim	C	első trimeszterben kerülendő
<b>Nem besoroltak</b>		
daptomicin	B	kevés humán adat
fidaxomicin	B	kevés humán adat
foszfomicin	B	biztonságos
nitrofurantoin	B	biztonságos
polimixin B, E	C	nincs elegendő adat
rifaximin	B	kevés humán adat
tigeciklin	D	lehetőleg kerülendő, a magzati malformatio kockázatát növeli

szívódik föl a tápcsatornából, így várhatóan magzatkárosító hatásra csekély.<sup>70</sup>

Az elsősorban *Clostridioides difficile*-infekció esetén alkalmazott *fidaxomicin* esetében állatkísérletek során a humán dózis 66–200-szorosát használva sem észleltek magzatkárosító hatást. Orális alkalmazáskor kevésbé szívódik fel, mégis a szoptatás fölfüggesztése mérlegelendő.<sup>67, 70</sup>

A gasztroenterológus által ritkábban használt antibakteriális szerek között a folátantagonista *szulfonamidokat* 'C' kategóriába sorolják, mivel állatkísérletekben magzatkárosító hatást észleltek.<sup>70</sup> Szoptatás alatt is lehetőleg kerüljük az alkalmazását. A *klindamicin* 'B' kategóriás, mivel magzatkárosító hatást nem észleltek. Szerepe a terhesség alatti bakteriális vaginosis helyi kezelésében ellentmondásos.<sup>67, 74, 75</sup> Az *oxazolidinonokkal* kevés a tapasztalat, állatkísérletek szerint a *tedizolid* okozhat porcfelújítási zavart, magzati súlyvesztést, így alkalmazása csak más lehetőségek hiányában jöhet szóba. A *tetraciklinek* átjutnak a placentán, nagy dózisban az anya májára lehetnek toxikusak, gyakran okoznak magzatkárosodást. Megkötik a kalciumot, a magzat csontjain, fogain maradandó elszíneződéssel járnak. Alkalmazásuk terhesség alatt kerülendő, legfeljebb életet fenyegető, mással nem helyettesíthető helyzetben jöhet szóba a doxiciklin.<sup>67</sup>

A főleg húgyúti fertőzésekben alkalmazott *foszfomicin*, *nitrofurantoin* 'B' kategóriás.<sup>67</sup>

### Endoszkópos terápia

A diagnosztikus endoszkópiát gyakran követi endoszkópos terápiás beavatkozás. Elektrokauterizáció kapcsán számolnunk kell azzal, hogy a magzatvíz vezetheti az áramot a magzat felé, ezért bipoláris elektrokauter használata javasolt és a két pólust lehetőleg úgy kell elhelyezni, hogy minimalizáljuk annak az esélyét, hogy a „kóbor” áram áthaladjon a magzaton. A benignus polypusok eltávolítását a szülés utánra kell halasz-

tani, ugyanakkor vérző vagy malignitásra gyanús polypus eltávolítása vagy cholangitisszel, pancreatitisszel járó choledocholithiasis esetén a sphincterotomia nem halasztható.<sup>13</sup>

### Endoszkópos vizsgálatok szedációja várandósság alatt

Az áldott állapotban lévők szedációja különös körültekintést igényel, a szőba jövő készítményeket a *10. táblázatban* foglaltuk össze. Szükség esetén javasolt tanácskozni a szülészovvossal, aneszteziológussal. Elengedhetetlen az anya szoros obszervációja (O<sub>2</sub>-szaturáció, szívfrekvencia, vérnyomás, légzésszám ellenőrzése, folyamatos EKG). A 'D' kategóriás készítmények kerülése, lehetőség szerint 'B' kategóriás szerek választása, ezeknek is a lehető legkisebb hatékony dózisban való alkalmazása javasolt. Az esetleges túlادagolástól eltekintve kerüljük az antagonisták készítmények használatát!<sup>76</sup>

A *petidin* 'B' kategóriás készítmény, széles körű használata során magzatkárosító hatást nem észleltek, nem növelte a gyermekkori rákok előfordulását sem. Dózisa 50–75 mg-nál nagyobb lehetőség szerint ne legyen, mivel a placentán keresztül gyorsan átjut és nagyobb dózisban magzati hypoxiát okozhat.<sup>76</sup> A *fentanil* humán adatok szerint ugyan nem teratogén, de patkányokban a magzati halálozást fokozta, ezért 'C' kategóriás. Bár a fentanil biztonságosnak tűnik, azonos indikációban a petidin az elsőként választandó készítmény.<sup>13, 76</sup> A *naloxon* 'B' kategóriás, ugyanis nincs teratogén hatása. Alkalmazása opiátúladagolás esetén jön szóba, de metabolizálódása során figyelni kell az opiátok „reszedációs” lehetőségére.<sup>13</sup>

A *benzodiazepin-származékok* klasszikusan 'D' kategóriába sorolt szerek, mivel fölmerült, hogy újszülöttekben gyakoribb a szájpadhasadék előfordulása.<sup>76</sup> Későbbi közleményekben ezt cáfolták.<sup>13, 77</sup> Mivel a placentán keresztül jut és a magzatban légzésdeprimá-

10. táblázat. Endoszkópia során alkalmazott gyógyszerek

	FDA kategória	Megjegyzés
petidin	B	széles körű alkalmazás
fentanil	C	csak ha a petidin ellenjavallt
naloxon	B	csak petidin/fentanil túlادagolása esetén
benzodiazepin	D	e csoporton belül a midazolam a preferált készítmény
flumazenil	C	nem teratogén, csak benzodiazepin túlادagolása esetén
propofol	B	aneszteziológus felügyeletével biztonságosan választható
glukagon	B	bélkontrakciók csökkentése pl. ERCP, enteroszkópia során
hioszcín-N-butilbromid	B	a gyári leírat terhességben és a szoptatás idején kerülését ajánlja
szimetikon	C	nem vizsgált, ezért 'C' kategóriás, de széles körben használják habzsgátlásra
lidokain	B	széleskörű alkalmazás nyálkahártya érzéstelenítésére

ló hatású, adagolása óvatosságot igényel, különösen az első trimeszterben. A jelenlegi álláspont az, hogy a benzodiazepinek közül a midazolam az elsőként választandó szer.<sup>13</sup> A *flumazenil* mint benzodiazepin-antagonista csak benzodiazepin-túladagolásban jön szóba. Egerekben, patkányokban nem teratogén.<sup>13</sup>

Bár az első trimeszterben csak kevés adat áll rendelkezésre a biztonságosságával kapcsolatban, a 'B' kategóriás *propofol* szoros monitorozás mellett az elsőként választandó szer.<sup>13, 76</sup>

## Következtetések

A várandós nő ellátása a gasztroenterológus számára jelentős kihívást jelent, hiszen a terhesség előrehaladásával a magzat is, az anya is folytonos változásokon megy át. Bár tudásunk e folyamatról még távolról sem teljes, de szorgalmas tanulással képesek vagyunk az esetleges panaszokat, tüneteket, a meglévő és állandóan változó emésztőszervi betegségeket a legkorszerűbb módon, kedvezően befolyásolni. Törekednünk kell arra, hogy ismereteinket mind a munkatársaink, mind a hozzánk forduló páciensek körében képesek legyünk tovább adni, hogy a gyermekvállalás csodájához ugyan szerény mértékben, de sikeresen hozzájárulhassunk!

## Irodalom

- Bouyou J, Gaujoux S, Marcellin L és mtsai:** Abdominal emergencies during pregnancy. *J Visc Surg* 2015; **152**: S105-S115.
- Mahadevan U, McConnell RA, Chambers CD:** Drug safety and risk of adverse outcomes for pregnant patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2017; **152**: 451-462.
- Faust Z, Laskarin G, Rukavina D. és mtsai:** Progesterone-induced blocking factor inhibits degranulation of natural killer cells. *Am J Reprod Immunol* 1999; **42**: 71-75.
- Fülöp V, Vermes G, Demeter J:** A gyulladáshoz és immunológiai folyamatok kapcsolata várandósság alatt. *Orv Hetil* 2019; **160**: 1247-1259.
- Kuperman AA, Koren O:** Antibiotic use during pregnancy: how bad is it? *BMC Med* 2016; **14**: 91.
- Hodjati H, Kazerooni T:** Location of the appendix in the gravid patient: a re-evaluation of the established concept. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; **81**: 245-247.
- Gomes CF, Sousab M, Lourençoc I és mtsai:** Gastrointestinal diseases during pregnancy: what does the gastroenterologist need to know? *Annals of Gastroenterology* 2018; **31**: 385-394.
- Westbrook RH, Dusheiko G, Williamson C:** Pregnancy and liver disease. *J Hepatol* 2016; **64**: 933-945.
- Khandelwal A, Fasih N, Kieler A:** Imaging of acute abdomen in pregnancy *Radiol Clin N Am* 2013; **51**: 1005-1022.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice:** Committee Opinion No. 656: Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2016; **127**: e75-80.
- Atwell TD, Lteif AN, Brown DL és mtsai:** Neonatal thyroid function after administration of IV iodinated contrast agent to 21 pregnant patients. *Am J Roentgenol* 2008; **191**: 268-271.
- Wallace GW, Davis MA, Semelka RC és mtsai:** Imaging the pregnant patient with abdominal pain. *Abdom Imaging* 2012; **37**: 849-860.
- ASGE Standard of Practice Committee, Shergill AK, Ben-Menachen T és mtsai:** Guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women. *Gastrointest Endosc* 2012; **76**: 18-24.
- Cappell MS:** Improving the safety of endoscopy in pregnancy: approaching gravidity with gravitas. *Dig Dis Sci* 2020; **65**: 2745-2748.
- Ludvigsson JF, Lebowitz B, Ekblom A és mtsai:** Outcomes of pregnancies for women undergoing endoscopy while they were pregnant: A Nationwide Cohort Study. *Gastroenterology* 2017; **152**: 554-563.
- Ko MS, Rudrapatna VA, Avila P. és mtsai:** Safety of flexible sigmoidoscopy in pregnant patients with known or suspected inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci* 2020; **65**: 2979-2985.
- Patai Á, Patai ÁV, Solymosi N és mtsai:** Az endoszkópos retrográd cholangiopancreatographiát követő heveny hasnyálmirigy-gyulladás megelőzése. *Orv Hetil* 2015; **156**: 715-719.
- FDA:** Drugs / Guidance Compliance Regulatory Information / Guidance's. Available from: <http://www.fda.gov/default.htm>
- Body C, Christie JA:** Gastrointestinal diseases in pregnancy. Nausea, vomiting, hyperemesis gravidarum, gastroesophageal reflux disease, constipation, and diarrhea. *Gastroenterol Clin North Am* 2016; **45**: 267-283.
- van der Woude CJ, Metselaar HJ, Danese S:** Management of gastrointestinal and liver diseases during pregnancy. *Gut* 2014; **63**: 1014-1023.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee:** Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2018; **131**: e15-e30.
- Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP és mtsai:** Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; **8**: CD007575.
- Rumeau-Rouquette C, Goujard J, Huel G:** Possible teratogenic effect of phenothiazines in human beings. *Teratology* 1977; **15**: 57-64.
- Magee LA, Mazzotta P, Koren G:** Evidence-based view of safety and effectiveness of pharmacologic therapy for nausea and vomiting of pregnancy (NVP). *Am J Obstet Gynecol* 2002; **186**: 256-261.
- Garbis H, Elefant E, Diav-Citrin O és mtsai:** Pregnancy outcome after exposure to ranitidine and other H2-blockers. *Reprod Toxicol* 2005; **19**: 453-448.
- Li CM, Zhernakova A, Engstrand L és mtsai:** Systematic review with meta-analysis: the risks of proton pump inhibitors during pregnancy. *Aliment Pharmacol Ther* 2020; **51**: 410-420.
- Pasternak B, Hviid A:** Use of proton-pump inhibitors in early pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2010; **363**: 2114-2123.
- Gharchbaghi K, Gharchbaghi DR, Wierrani F és mtsai:** Behandlung der chronischen funktionellen Obstipation in der Schwangerschaft und Stillperiode [Treatment of Chronic Functional Constipation during Pregnancy and Lactation]. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2016; **220**: 9-15.
- Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR:** American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology*. 2013; **144**: 218-238.

30. **Shin GH, Toto EL, Schey R:** Pregnancy and Postpartum Bowel Changes: Constipation and Fecal Incontinence. *Am J Gastroenterol* 2015; **110**: 521–529.
31. **Lamb CA, Kennedy NA, Raine T és mtsai:** British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2019; **68**: s1–s106.
32. **Santos MPC, Gomes C, Torres J:** Familial and ethnic risk in inflammatory bowel disease. *Ann Gastroenterol* 2018; **31**: 14–23.
33. **Kunovszki P, Milassin Á, Gimesi-Országh J és mtsai:** Epidemiology, mortality and prevalence of colorectal cancer in ulcerative colitis patients between 2010-2016 in Hungary – a population-based study. *PLoS One* 2020; **15**: e0233238
34. **Lakatos L, Kiss LS, David G és mtsai:** Incidence, disease phenotype at diagnosis, and early disease course in inflammatory bowel diseases in Western Hungary, 2002-2006. *Inflamm Bowel Dis* 2011; **17**: 2558-2565.
35. **van der Woude CJ, Ardizzone S, Bengtson MB és mtsai:** The second European evidenced-based consensus on reproduction and pregnancy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2015; **9**: 107-124.
36. **Shin T, Okada H:** Infertility in men with inflammatory bowel disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2016; **7**: 361-369.
37. **McConnell RA, Mahadevan U:** Pregnancy and the patient with inflammatory bowel disease: fertility, treatment, delivery, and complications. *Gastroenterol Clin North Am* 2016; **45**: 285-301.
38. **Bonthala N, Kane S:** Updates on women's health issues in patients with inflammatory bowel disease. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2018; **16**: 86-100.
39. **Molnar T, Farkas K, Nagy F és mtsai:** Pregnancy outcome in patients with inflammatory bowel disease according to the activity of the disease and the medical treatment: A case-control study. *Scand J Gastroenterol* 2010; **45**: 1302-1306.
40. **Auger N, Côté-Daigneault J, Bilodeau-Bertrand M és mtsai:** Inflammatory Bowel Disease and Risk of Birth Defects in Offspring. *J Crohns Colitis*. 2020; **14**: 588-594.
41. **Gaidos JK, Kane SV:** Managing IBD Therapies in Pregnancy. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2017; **15**: 71-83.
42. **Nelis GF:** Diarrhoea due to 5-aminosalicylic acid in breast milk. *Lancet* 1989; **181**: 383.
43. **Roberts D, Brown J, Medley N és mtsai:** Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; **3**: No.: CD004454
44. **Park-Wyllie L, Mazzotta P, Pastuszak A és mtsai:** G. Birth defects after maternal exposure to corticosteroids: prospective cohort study and meta-analysis of epidemiological studies. *Teratology* 2000; **62**: 385-392.
45. **Hviid A, Mølgaard-Nielsen D:** Corticosteroid use during pregnancy and risk of orofacial clefts. *CMAJ* 2011; **183**: 796-804.
46. **Ban L, Tata LJ, Fiaschi L és mtsai:** Limited risks of major congenital anomalies in children of mothers with IBD and effects of medications. *Gastroenterology* 2014; **146**: 76-84.
47. **Coelho J, Jean L, Colombel F és mtsai:** Outcome in patients with inflammatory bowel disease treated with thiopurines: Cohort from the CESAME Study *Gut* 2011; **60**: 198-203.
48. **Kawai Y, Tsuchiya T, Aoki S:** Pregnancy outcomes of patients exposed to adalimumab in Japan. *Dig Dis* 2019; **37**: 123-130.
49. **Saha S:** Medication management in the pregnant IBD patient. *Am J Gastroenterol* 2017; **112**: 667-669.
50. **Tran TT, Ahn J, Reau NS:** ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. *Am J Gastroenterol* 2016; **111**: 176-194.
51. **Bacq Y, Sentilhes L, Reyes HB és mtsai:** Efficacy of ursodeoxycholic acid in treating intrahepatic cholestasis of pregnancy: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2012; **143**: 1492-501.
52. **Haram K, Svendsen E, Abildgaard U:** The HELLP syndrome: clinical issues and management. A review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; **26**: 8.
53. **Dusse LM, Alpoim PN, Silva JT és mtsai:** Revisiting HELLP syndrome. *Clin Chim Acta* 2015; **451**: 117-120.
54. **Wallace K, Harris S, Addison A és mtsai:** HELLP Syndrome: Pathophysiology and current therapies. *Curr Pharm Biotechnol*. 2018; **19**: 816-826.
55. **Naoum EE, Leffert LR, Chitilian HV és mtsai:** Acute fatty liver of pregnancy: pathophysiology, anesthetic implications, and obstetrical management. *Anesthesiology*. 2019; **130**: 446-461.
56. **Casey LC, Fontana RJ, Aday A és mtsai:** Acute liver failure (ALF) in pregnancy: How much Is pregnancy related? *Hepatology* 2020; **28**: 10.
57. **Seto MT, Cheung KW, Hung IFN:** Management of viral hepatitis A, C, D and E in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020; **S1**: 1521-6934.
58. **Aslam A, Reyes KJC, Malladi VR és mtsai:** Management of chronic hepatitis B during pregnancy. *Gastroenterology Report* 2018; **6**: 257–262.
59. **Horváth G, Hunyady B, Gervain J és mtsai:** A krónikus hepatitis B and D hepatitis kezelése. *Orv Hetil* 2014; **155 Suppl**: 25-36.
60. **Mandimika C, Ogbuagu O:** Successful sofosbuvir lead-in monotherapy for the treatment of hepatitis C virus (HCV) infection in a pregnant woman living with HIV. *BMJ Case Rep* 2019; **12**: e230529.
61. **Wu C, Wu X, Xia J:** Hepatitis E virus infection during pregnancy. *Virology* 2020; **17**: 73.
62. **Wellge BE, Sterneck M, Teufel A és mtsai:** Pregnancy in primary sclerosing cholangitis. *Gut* 2011; **60**: 1117-1121.
63. **Hedström J, Nilsson J, Andersson R és mtsai:** Changing management of gallstone-related disease in pregnancy – a retrospective cohort analysis. *Scand J Gastroenterol* 2017; **52**: 1016-1021.
64. **Tham T:** Safety of ERCP during pregnancy. *Am J Gastroenterol* 2003; **98**: 308–311.
65. **Cappell MS, Stavropoulos SN, Friedel D:** Systematic review of safety and efficacy of therapeutic endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography during pregnancy including studies of radiation-free therapeutic endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography. *World J Gastrointest Endosc* 2018; **10**: 308-321.
66. **Inamdar S, Berzin TM, Sejpal DV és mtsai:** Pregnancy is a risk factor for pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography in a national cohort study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016; **14**: 107–114.
67. **Bookstaver PB, Bland CM, Griffin B és mtsai:** A review of

- antibiotic use in pregnancy. *Pharmacotherapy* 2015; **35**: 1052-62.
68. **Integrative HMP (iHMP) Research Network Consortium:** The integrative human microbiome project. *Nature* 2019; **569**: 641-648.
69. **Czeizel AE, Rockenbauer M, Sorensen HT és mtsa:** Augmentin treatment during pregnancy and the prevalence of congenital abnormalities: a population-based case-control teratologic study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; **97**: 188-192.
70. Drugs. com. Available on 03/Jun/2020.
71. **Yefet E, Schwartz N, Chazan B és mtsai:** The safety of quinolones and fluoroquinolones in pregnancy: a meta-analysis. *BJOG* 2018; **125**: 1069-1076.
72. **Fan H, Gilbert R, O'Callaghan F és mtsa:** Associations between macrolide antibiotics prescribing during pregnancy and adverse child outcomes in the UK: population based cohort study. *BMJ* 2020; 368: m331. Erratum in: *BMJ* 2020; **368**: m766.
73. **Sheehy O, Santos F, Ferreira E és mtsa:** The use of metronidazole during pregnancy: a review of evidence. *Curr Drug Saf* 2015; **10**: 170-179.
74. **Soper DE:** Bacterial vaginosis and surgical site infections. *Am J Obstet Gynecol* 2020; **222**: 219-223.
75. **Subtil D, Brabant G, Tilloy E és mtsai:** Early clindamycin for bacterial vaginosis in pregnancy (PREMEVA): a multicentre, double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2018; **392**: 2171-2179.
76. **Cappell MS:** Sedation and analgesia for gastrointestinal endoscopy during pregnancy. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2006; **16**: 1-31.
77. **Gidai J, Ács N, Bánhidly F és mtsa:** No association found between use of very large doses of diazepam by 112 pregnant women for a suicide attempt and congenital abnormalities in their offspring. *Toxicol Ind Health* 2008; **24**: 29-39.

Levelezési cím: dr. Patai Árpád  
Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely  
9700 Szombathely, Markusovszky L. u. 5.  
e-mail: pataiarpaddr@gmail.com

# A RESVERATROL PLEIOTROP HATÁSA A KLINIKAI GYAKORLATBAN

Dr. Vigh József

Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika

**ÖSSZEFOGLALÁS:** Az antioxidáns resveratrol (Res), sok szervezetben javítja az egészséget és az élettartamot. Számos különböző célpontot és hatásmechanizmust közöltek a Res egészségre és hosszú élettartamra gyakorolt jótékony hatásainak magyarázatára, ideértve a sirtuin néven ismert fehérjecsald aktiválódását és annak hatását a betegségek megelőzésében és gyógyításában. Az elmúlt három évtizedben állatkísérletek, metaanalízisek és humán klinikai vizsgálatok arra összpontosultak, hogy a természetben előforduló polifenol vegyület, a Res hogyan képes leküzdeni a különféle betegségeket. Ilyenek a 2-es típusú cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek (CVD), a malignus tumorok, a gyulladáshoz és immunbetegségekhez, a magasvérnyomás, az elhízás, a kognitív betegségek, az oxidatív stressz és a neurodegeneratív kórképek. A resveratrol Michio Takaoka izolálta először 1939-ben. A természetes polifenol vegyület (3,5,4'-trihidroxistilbene) az ártéri, japán keserűgyökér, *Veratrum grandiflorum* O. Loes kivonata. Sok más növényben, különösen a kék szőlőben, a földimogyoróban, piros bogyókban, lucfenyőben, szederben, eperben és a vörösborból is megtalálható. A felfedezése után csaknem 50 évig önálló klinikai vizsgálatok nem történtek, csak leíró tanulmányok jelentek meg az irodalomban. A múlt század 80-as, 90-es éveitől kezdve a Res egyre nagyobb érdeklődésre tett szert a tudományos életben világszerte. Magyarországon „táplálékgyógyszerként” tartják számon mind a mai napig. Közismert, hogy a franciák kedvelik a vörösbort, nem kerülik a zsíros ételeket, mégis hitelt érdemlő statisztikák szerint a szív-ér rendszeri betegségek, a szívinfarktus, a stroke náluk jóval ritkábban fordul elő, mint más európai és amerikai államokban. Innen ered az ismert szlogen, a „francia paradoxon” kifejezés. A szerző dolgozatával, tudományos igényű, világirodalmi hivatkozásokkal és néhány eset leírásával igyekszik felhívni a figyelmet e sokoldalú gyógyhatású vegyületre.

**Kulcsszavak:** antioxidáns, polifenol, pleiotrop, táplálékgyógyszer

## Vigh J: PLEIOTROP EFFECTS OF RESVERATROL IN CLINICAL PRACTICE

**SUMMARY:** One antioxidant, pleiotrop effects, in many serious diseases. Res was isolated by Michio Takaoka in 1939. This natural polyphenol compound (3,5,4'-trihydroxystilbene) from the roots of white hellebore *Veratrum grandiflorum* O. Loes can be found in a variety of plants, especially grape species, red wine, peanuts, berries, groundnut, spruce, mulberries as well. Res has gained last 3 decades' worldwide attention due to its association the „French Paradox”. A phenomenon that describes the lower mortality rate due to coronary heart diseases in France compared to the rest of Europe and USA /Renaud 1992/. It is well known that French people are liking red wine without adequate diet. In fact, several studies have reported multiple biological activities of Res and its potential in many diseases including cancer, T2DM, inflammatory disorders, metabolic diseases, CVD, oxidative stress situations, neurodegenerative disorders, including lifespan. There are relatively few reports investigating its possibly toxicity. The Res has got many endocyttoplasmatic, molecular biological effects together. Res is activating SIRT1, what is a form of SIRT1 protein family. SIRT1 is regulating the processes of mitochondrial energy-product, that's are influencing the cell-metabolism, the function of endothelium, the lifespan of cells, the resistance of oxidative stress, the inflammation disorders, the processes of immunity, the apoptosis and autophagy as well. Res is damming also cyclooxygenases /COX/ and to transform arachidonic acid to prostaglandin as well. In this way decreases the possibility of inflammatory illnesses. Besides also dams the expression of adhesions molecules /VCAM/ in vasculatory system decreasing atherosclerosis, hypertension and thrombosis possibility in the same way. It is not by chance, that last 3 decades has springed interest of resveratrol compound. 20 years 130 study's was published all over the world, 35 from Europe, 30 from the USA. Knowing that important interest, the author wants some cases to give up to colleagues in praxis maybe not unnecessarily.

**Keywords:** antioxidant, polyphenol, pleiotropic, nutriment medicine

Magy Belorv Arch 2021; 74: 84–87.

## Vizsgálatok

A 2000-es évek elejétől számos tudományos közlemény, klinikai tanulmány jelent meg a hazai és főleg a külföldi szakirodalomban a resveratrollal kapcsolatban.<sup>1, 2, 3</sup>

2005-ben Scott Turner egy randomizált, kettős vak, placebókontrollált vizsgálatban – 119 beteg bevonásával – igazolta, hogy a resveratrol lényegesen mérsékeli az Alzheimer-kór tüneteit, csökkenti az agy térfogatát, csökkenti a neuronok gyulladással degenerációját, amelyeket átfogó klinikai vizsgálatokkal bizonyított.<sup>4</sup>

Több megalapozott klinikai tanulmány bizonyítja, hogy a Res szerepet játszik az élettartam meghosszabbításában.<sup>5</sup>

Brasnyó Magyarországon először közölt randomizált, kettős vak, placebókontrollált klinikai vizsgálatot T2DM-es és IgA nephropathiás (IgANP) betegek részvételével. A vizsgálat megállapította, hogy Res hatására az inzulinrezisztencia (HOMA<sub>air</sub>) mértéke szignifikáns módon csökkent, az inzulinérzékenység fokozódott, a HbA<sub>1c</sub> értéke csökkent, a vérlemezékben a pAkt arány növekedett. Az IgANP-s betegek körében már a kiinduláskor is nemi különbségek mutatkoztak. A férfiaknál már kezdetben is fokozottabb stresszállapot – orto-tirozin ürítés – igazolódott, a kezelés mellett az eGFR növekedett. Nők esetében ez a különbség nem látszott a vizsgálat végén.<sup>6</sup>

Halmosi 20 posztinfarktusos beteget napi 10 mg Res-sel kezelt, ami a poli(ADP-ribóz) polimeráz gátlása révén javította az endothelfunkciót, csökkentette a vérnyomást és a lipidszintet, kedvezően hatott az értónusra. A Res-kezelés mellett csökkent az atherosclerotikus plakkok mérete és denzitása, csökkent az intima media vastagsága, javult az endotheliumfüggő vazodilatáció és balkamrafunkció. A klinikai megfigyeléseket állatkísérletes modelleken végzett vizsgálatok eredményei is igazolták.<sup>7</sup>

Egy négy hétig tartó vizsgálatban a Res napi 2x10 mg-os adagban csökkentette az inzulinrezisztenciát az Akt jelátviteli út aktiválása révén. Az Akt-foszforiláció folytán a koffein is csökkenti az inzulinrezisztenciát, miközben fokozza a centrális NO-képzést.<sup>8</sup>

A Res sok endocitoplazmatikus, molekuláris biológiai hatással rendelkezik. A Res aktiválja a SIRT1 proteint, amely a sejten belül szabályozza a mitochondriális energiatermelő folyamatokat (ATP), befolyásolja a sejttanyagcserét, a sejtek túlélését, az endothelfunkciót, az oxidatív stresszel szembeni védelmet, a gyulladással és immunfolyamatokat, az apoptosist, az autophagiát. A Res gátolja a ciklooxygenázt (COX), ilyen módon csökkenti a gyulladással járó betegségek kialakulását.<sup>9</sup>

Ezeket túl korlátozza az adhéziónak a molekulák (VCAM) expresszióját, ezáltal csökkenti az atherosclerosis, a hipertónia és az érpályán belüli thrombosis kialakulását.<sup>10</sup>

A Res pleiotrop hatásával szemben kevés vélemény van a hatékonyság és a mellékhatások mellett.<sup>11, 12</sup> A random módon végzett vizsgálatok és tanulmányok 75–80%-ban kedvező terápiás eredményt mutattak, kevés mellékhatás észlelése mellett. Nem tagadható, hogy voltak negatív vagy semleges eredmények is, például myeloma multiplex, női emlőrák, prostatacarcinoma, IgANP bizonyos eseteiben. A thrombocytággregáció gátlása miatt fokozott figyelmet fordítandó azon betegekre, akik kombinált antikoaguláns kezelésben részesülnek. Számos tényező – a bél mikrobiota összetétele, a hormonok, a nem, a társbetegségek, a szükséges egyéb gyógyszerek, a vizsgálat ideje és körülményei, a napi dózisok – is közre játszhattak a mellékhatások kialakulásában.<sup>13, 14</sup>

Bebizonyosodott, hogy a Res gátolja az NLRP3 gyulladással járó aktivációját a mitochondriumok integritásának megőrzésével és az autophagia fokozásával. Az NLRP3 inflammaszóma egy multiprotein komplex, amely szabályozza az IL-1- $\beta$  felszabadulását, és fontos szerepet játszik a gyulladással járó betegségek kialakulásában.<sup>15</sup>

A Res kardioprotektív hatását támogatja egy 40 fős, kettős vak, placebókontrollált, random vizsgálat eredménye, amely szerint a bal kamra működése javult, az ejekciós frakció növekedett, a bal kamra diasztolés funkciója szignifikáns mértékben javult és a koleszterinszint jelentős mértékben csökkent.<sup>16</sup>

Az indometacinhoz hasonló ciklooxygenázgátló hatása csökkenti a tumornövekedést elősegítő prosztaglandinok szintjét.<sup>17</sup>

Egészséges felnőttekben, 28 napig adagolt napi 1 g Res növelte a keringő T-sejtek számát, csökkentette a TNF- $\alpha$  és a monocytá chemoattractant protein 1 plazmaszintjét, növelte az antioxidáns kapacitást, csökkentette a DNS-károsodást.<sup>18</sup>

Witte és munkatársai 200 mg napi Res adag mellett idősekben a kognitív funkciók javulását figyelték meg.<sup>19</sup>

A Friedreich-ataxiában végzett nyílt vizsgálat klinikai előnyökre utal a nagy dózisu – 250–500 mg/nap – Res alkalmazásakor, a fraxatinszintre gyakorolt hatás nélkül.<sup>20</sup>

Az új koronavírus, a COVID-19 jelenlegi világméretű járványa nagyon súlyos egészségügyi és gazdasági-társadalmi gondot jelent világszerte, rengeteg fertőzöttel és áldozattal. A Res vírusellenes hatását számos vírus mellett a legújabb koronavírus ellen is kimutatták. Bizonyították, hogy a Res befolyásolja a SARS-CoV-2 patogenezisében részt vevő útvonalakat, bele-

*Rövidítések:* Res: resveratrol, CVD: cardiovascularis betegség, T2DM: 2-es típusú cukorbetegség, SIRT: sirtuin/hisztón deacetyláz, HOMA<sub>air</sub>: insulinrezisztencia, Egfr: glomeruláris filtrációs ráta, Akt-1: protein-kináz B, NO: nitrogén-monoxid, ATP: adenozin-trifoszfát, COX: ciklooxygenáz, VCAM: vasculáris sejt adhéziónak a molekulák, NLRP3: kaszpáz-1-tartalmú multiprotein komplex, TNF- $\alpha$ : tumornekrozis faktor- $\alpha$ , SARS-CoV-2: koronavírus

értve a renin-angiotenzin (RAS) szabályozását és az angiotenzinkonvertáló enzim-2 (ACE2) expresszióját, az immunrendszer stimulálását és citokinek felszabadulását. Ezen vizsgálatok szerint a Res pleiotrop, antioxidáns hatása reményt ad a COVID-19 gyógyításában is.<sup>21, 22, 23, 24</sup>

Az elmúlt 20 esztendőben több mint 130 tudományos közlemény látott napvilágot a resveratrollal kapcsolatban, köztük 35 Európában, 30 az USA-ban, a többi szerte a világban.

Ezzel ellentétben Magyarországon viszonylag kevés érdeklődés tapasztalható – egy-két tudományos centrum kivételével – a Res hatásának kutatása és alkalmazása iránt.

A tanulmány szerzője e kedvezőtlen tényezők próbál – szerény eszközei révén – javítani, azzal a kifejezett szándékkal, hogy felhívja a figyelmet e sokra hivatott vegyület/hatóanyag kutatására és lehetséges terápiás alkalmazására. A továbbiakban is több randomizált, kettős vak, placebókontrollált klinikai vizsgálat szükséges, nagyszámú beteg részvételével a fenti megállapítások igazolására és sikeres alkalmazására a mindennapi klinikai gyakorlatban.<sup>25, 26, 27</sup>

## Esetleírások

Az alábbiakban négy esetet, mutatunk be. Mindegyiknél a Res-kezelés pozitív hatása feltételezhető.

**A 65 éves férfibeteg** kórelőzményében 5 év óta ismert és kezelt angina pectoris, hypertonia, hyperlipidaemia miatt. 2020 augusztusában angina pectoris, ACS, AMI, három stentbeültetés szerepel a kórelőzményben. Ekkor pitvarfibrillációja volt. Echokardiográfia: EF: 53%. Balkamra-hypertrophia. Az inferior septum és az inferior fal basalis septuma hypokinetikus. A stentimplantáció után a sinusritmus helyreállt. EKG.: 70/min SR. Bal.dev.R.teng. III- aVF-ben Q-hullám. Tensio: normális tartományban. Glükóz: 7,0 mmol/l. HbA1C: 6,6% C-koleszterin: 6,0 mmol/l.

2020 szeptembere óta a standard klinikai kezelés – Covercard plus, atorvastatin, Myoqinon, Clopidogrel, Nitromint, Aspirin – mellett napi 150 mg resveratrol-kezelésben részesült, 6 hónapon keresztül.

Kontrollvizsgálat (2021. márc. 3.). Panasz és tünetmentes. Tensio, pulzus normál tartományban. EKG: 67/min SR. Bal.dev.R.-teng. A posteroseptalis Q-hullámok mélysége csökkent. Echocardiográfia: EF: 57%, normális tágasságú szívüregek. Jó globális balkamrafunkció. Szegmentális falmozgászavar nem látható. Vércukor, koleszterin, HbA1C: szabályos.

**Az 50 éves nőbeteg** kórelőzményében 2019 óta angínás jellegű mellkasi panaszok szerepeltek fulladással, verejtékezéssel. 2019 decemberében labor, EKG és echokardiográfia negatív volt. 2020. február: coronaria-CT során határérték mid-LAD stenosiszt véleményeztek. Echokardiográfia: EF: 55%, a septum és az inferior fal hypokinetikus. EKG: SR.LBBB. Szekunder repol. zavar. RR: normál tartományban a kezelés alatt.

A standard terápia – Astrix, Tanydon, Concor, Xeter, Nitromint, Pantoprasol – mellett alkalmazott napi 150 mg resveratrol szedése után 180 nappal történt ellenőrző vizsgálat eredménye: panasz- és tünetmentes, vérnyomás szabályos. A magasabb vércukor- és lipidértékei normalizálódtak. Echokardiográfia.: EF: 65%. (plusz 10%!). Normális tágasságú szívüregek. Jó globális balkamrafunkció. Szegmentális falmozgászavar nem látható. EKG: SR. LBBB. Változatlan görbe.

**A 90 éves nőbeteg** kórelőzményében 12 éve ismert és kezelt ISZB, hypertonia, pitvarfibrilláció, generalizált arteriosclerosis, ulcus ventriculi, cholelithiasis, colitis chr., anaemia, idült veseelégtelenség, polyarthrosis szerepel.

A sokszervi betegség miatt alkalmazott belgyógyászati-kardiológiai kezelés és napi 150 mg Res mellett hosszú ideig csaknem tünetmentes volt, kardiálisan kompenzált, a vesefunkció a kornak megfelelő, vérnyomás rendezett, mérsékelt anaemia, pitvarfibrilláció.

2021 januárjában hányinger, hányás, epigastriális fájdalom, nagy fokú fáradékonyság miatt végzett Covid-19 PCR-teszt pozitív eredményt mutatott. Ezért belgyógyászati COVID osztályra vették fel, ahol a megfelelő komplex kezelés és napi 2x600 mg Favipiravir mellett 48 órán belül csaknem panaszmentes állapotba került. 12 napi COVID osztályos kezelés után, negatív PCR-teszt eredménnyel, panaszmentes állapotban hazabocsájtották.

**A 77 éves férfibeteg** kórelőzményében reumás eredetű aortastenosis miatt 2010-ben műbillentyű-beültetés, sok éve ismert hypertonia, amely kezelésre jól reagál. Kevert hyperlipidaemia és hyperurikaemia. Echokardiográfia: 2020. aug. EF: 71%.

A standard kezelés – Tanydon, Indapamid, kálium, Milurit, Lercaton, Betaloc, Aspirin, Syncumar, diéta – mellett 2020. szeptember óta kiegészítésként napi 150 mg Res-kezelést kapott. A fenti kezelésekre hatására panasz- és tünetmentes.

A 2021. márciusi ellenőrző vizsgálaton: echokardiográfia: EF: 75%. Tágabb bal szívfél, normális tágasságú jobb szívfél. Jó globális balkamrafunkció. Szegmentális falmozgászavar nem látható. EKG: 60/min SR. Bal Tawara-szár-blokk. Vérnyomás a szabályos tartományban. A korábban észlelt hyperlipidaemia és hyperurikaemia a diéta és kezelés hatására normalizálódott. Pro BNP szint kissé emelkedett, max. 235 pg/ml-ig, Troponin-T ismételtlen a szabályos tartományban.

## Következtetések

A halálozások több mint 60%-át a szív-ér rendszeri betegségek és azok szövődményei okozzák, annak ellenére, hogy a legmodernebb diagnosztikus eszközök és a leghatékonyabb terápiás lehetőségek állnak rendelkezésre.

Az utóbbi három évtizedben egyre inkább a tudományos kutatások homlokterébe került egy antioxidáns vegyület, a resveratrol, amelynek összetett gyógyhatását sok randomizált vizsgálat és tanulmány bizonyítja.

Ezek az anyagcsere káros végtermékeit, a szabadgyököket közömbösítő hatás, az érendothel védelme, az érlemeszedés megakadályozása, a CVD, az infarktusz, az agyvérzés elleni védelem, a magas vérnyomás hatékony csökkentése, a különböző vénás és artériás thrombosisok megelőzése, a rák elleni védelem, gyulladásellenes és oxidatív stressz elleni hatékonyság, a vírusok – köztük a COVID-19 – elleni hatékonyság, a neurodegeneratív betegségek eredményes kezelése, az immunrendszer megerősítése, a T2DM kedvező befolyásolása, a testi és szellemi erő fokozása.<sup>28, 29, 30</sup>

A szerző négy súlyos szív-ér rendszeri betegségben szenvedő beteg esetét ismertetve feltételezi a standard terápiához hozzáadott resveratrolkezelés kedvező hatását. Ezzel hívja fel a kollégák, a kutatóorvosok figyelmét e veszélyes, sokszor halálos betegség hatékony kiegészítő kezelésének lehetőségére.

*Köszönetnyilvánítás: A szerző ezúton is köszönetet mond Dr. Kiss Zoltán Főorvos Úrnak hasznos tanácsaiért.*

## Irodalom

- Takaoka M:** Resveratrol a new phenolic compound from *Veratrum Glandiflorum*. J Chem Soc Jpn 1939; **60**: 1090-1100.
- Koller I:** Tápanyagtáblázat. Medicina, Budapest, 2005; 681.
- Reynaud, S, de Lorgeril M:** Wine, alcohol, platelets and the French paradox for coronary heart disease. Lancet 1992; **339**: 1523-1526.
- Turner RS, Thomas RG, Craft S és mtsai:** A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of resveratrol for Alzheimer disease. Neurology 2015; **85**: 1383-1391.
- Csaba Gy:** Az emberi élettartam megnövelésének lehetőségei. Orv Hetil 2018; **159**: 1655-1663.
- Brasnyó P:** Resveratrol hatása 2-es típusú cukorbetegségben és IgA nefropatiában. PhD. értekezés. POTE. ÁOK, II. sz. Belklinika és Nefrológiai Centrum. Pécs, 2016.
- Halmosi R:** A poli(ADP-ribóz) polimeráz enzim gátlás és a természetes polifenolok hatása a kardiovaszkuláris remodellingre és a szívelégtelenség kialakulására. MTA Doktori Értekezés tézisei. POTE. Klinikai Központ, I. sz. Belklinika. 2018.
- Chung S, Yao H, Caitos és mtsai:** Regulation of SIRT1 in cellular functions: role of polyphenols. Arch Biochem Biophys 2010; **501**: 79-90.
- Ramirez-Garza SL, Laverino-Santos EP, Marhuenda-Munoz M és mtsai:** A resveratrol egészségre gyakorolt hatásai: Emberi beavatkozási vizsgálatok eredményei. Nutrients 2018; **10(12)**: 1822.
- Agarwal S, Naderi S és mtsai:** Etiopathogenic differences in coronary artery diseases. Angiology 2014; **65(10)**: 883-890.
- Tihanyi L, Veres G:** A krónikus szívelégtelenség és a 2-es típusú cukorbetegség. 2018; **48**: 340-344.
- Pezzuto JM: Resveratrol:** Hús év növekedés, fejlődés, viták. Biomol Ther 2019; 1-14.
- Wall T:** Bioavailable of resveratrol. Ann N.Y Acad Sci 2011; **1215**: 9-15.
- Shaito A, Posadino AM, Nadin Y és mtsai:** Potential adverse effects of resveratrol. Int J Mol Sci 2020; **21**: 2084-6.
- Ya-Ping Chang:** A resveratrol gátolja az NLRP3 gyulladásoz aktivációját a mitokondriumok integritásának megőrzésével és az autofágia fokozásával. J Cellular Physiol 2014; **230**: 7-16.
- Riba A, Deres L, Sümegei B:** Cardioprotective effect of resveratrol in a postinfarction failure model. Oxidative medicine and Cellular longevity. 2017; 1-10.
- Kundu JK, Shin SH, Surh YJ és mtsai:** Resveratrol inhibits phorbol ester-induced cyclooxygenase-2 expression in mouse skin: MAPKs and AP-1 in potential molecular targets. Carcinogenesis 2006; **27**: 1465-1474.
- Espinosa JL, Ly. Quoc. Trung, Pleiades T. Inoka és mtsai:** The repeated administration has measurable effect on circulating T-cell subsets in humans. Oxid Med Cell Longev 2017; 6781872, Doi 10.1155/6781872.
- Witte AV, Kerti L, Margulies DS és mtsai:** Effect of resveratrol on memory performance, hippocampal functional connectivity and glucose metabolism in healthy older adults. J Neurosci 2014; **34**: 7862-7870.
- Yiu EM, Tai G, Pevenil RE és mtsai:** An open label trial in Friedreich ataxia suggests clinical benefit with high dose resveratrol without effect on frataxin levels. J Neurol 2015; **262**: 1344-1353.
- Ramdani LH, Bachari K:** A resveratrol lehetséges terápiás hatása a SARS-CoV-2 ellen. Acta Virol 2020; **64**: 276-280.
- Marinella MA:** Az indometacin és a resveratrol mint a SARS-CoV-2, COVID-19 lehetséges kezelési kiegészítői. Int J Pract 2020; 74.e13535.doi.
- Damilare R, Afolabi Boluwatife E, Adeyemi L és mtsai:** COVID-19: Resveratrol as a Potential Supplement to Mitigate the Cardiotoxicity Associated with Chloroquine and Hydroxychloroquine Treatment. Biointerface Research in Applied Chemistry 2021; **11**: 11172-11186.
- Annunziata G:** May Polyphenols Have a Role Against Coronavirus infection.? An Overview of in vitro Evidence. Front Med (Lausanne) 2020; **7**: 240.
- Abba Y, Hasim H, Hamzah H és mtsai:** A resveratrol antivirális hatása emberi és állati vírusok ellen. Handawi Publishing Corporation. Advances in Virology 2015; 184241/7.
- Gál R, Halmosi R:** Az oxidatív stressz szerepe szívelégtelenségben. Orv. Hetil 2015; **156**: 1916-1920.
- Koller I:** Tápanyagtáblázat. Medicina, 2005; 681.
- Hubbard BP, Gomes AP, Han Dai és mtsai:** Evidence for a common mechanism of SIRT1 regulation by allosteric activators. Science 2013; **339**: 1216-1219.
- Poulsen MM, Vestergaard PF, Clasen BF és mtsai:** High-dose resveratrol supplementation in obese men: an investigator-initiated, randomized, placebo-controlled clinical trial of substrate metabolism, insulin sensitivity and body composition. Diabetes 2013; **62**: 1185-1195.
- Walle T:** Bioavailability of resveratrol. Ann.N.Y. Acad Sci 2011; **1215**: 9-15.

Levelezési cím: Dr. Vigh József  
6750 Algyó, Kastélykert út 19.  
e-mail: drvijo331@gmail.com

# ELGURULT AZ ARANYALMA

## Mi maradt a Mikesek magyarcsesztvei kastélyából?

*Margittai Gábor*

**Magyarcsesztve, Maroscsesztve** település Erdélyben, Fejér megyében, Marosújvártól nyugatra. Nevét először 1318-ban említi egy oklevél. 1332-ben már egyházas hely volt, papja a pápai tizedjegyzék adatai szerint ekkor 40 dénár pápai dénárt fizetett. A trianoni békeszerződés előtt Alsó Fejér Megye Marosújvári Járásához tartozott.

### **Mikes-kastély, Magyarcsesztve**

A csesztvei birtokon régen két kastély állt. A régebbi, ami mára már teljesen elpusztult, 1796-ban fejeződött be. Ez egy földszintes, barokk épület volt, oromfalas tornáccal. Építtetője a bárói és grófi rangot megszerző Mikes (IV.) Mihály dédunokája (VI.) Mihály volt. Az új kastély a 19. század derekán épült klasszicista stílusban gr. Mikes (IV.) János (1804–1880) megrendelése.

sére. A gróf, aki 1848-ban a kolozsvári nemzetőrség parancsnoka volt, birtokát feldúlták Simion Prodan csapatai.

A földszintes épület szerkezete teljesen szimmetrikus, a nyugati homlokzat középtengelyében oszlopos, timpanonos portikusz épült. Ennek mindkét oldalán ötöt egyenes záródású ablak található, az épület két sarkán pedig egy-egy ikerablak van. A keleti homlokzat harmóniáját a tizennégy egyszerű dór oszlop adja meg. A kommunizmus során termelészövetkezetként használt kastély folyamatosan romosodott, de sorsa csak az utóbbi években pecsételődött meg. A rendszerváltás után egy ideig még óvoda működött benne, aztán elhagyottá vált és rohamosan pusztult. Mára a falak legnagyobb része leomlott, a portikusz oszlopai a földön hevernek, csupán a keleti homlokzat oszlopai maradtak talpon (Szerk.).

\*\*\*\*\*

Jézus Krisztus hasán és Szűz Mária lábán tenyérnyi lyuk, rajtuk kilátni a szürke égboltra és a lassan, karomszerűen ringó ágakra. A Fiú és az Anya arcán mély szomorúság, de kitárt karokkal függenek az örökkévalóságban. Ismeretlenek kövel hajigálták be a templom festett üvegablakait – máskülönben takaros, szépen rendben tartott a magyarcsesztvei katolikusok kis egyháza. Szerény aranyozású barokk oltár apró puttókkal, köztük árválkodik a karácsonyról ittmaradt fenyő. A sarokban kereszt intő felirattal: Mentse meg lelkedet! Fakeretes, szúrágta festett passióképek a kimeszelt falakon. A templomkaput megnyitó asszonyok azt mondják, a pap szeretné, ha Gyulafehérvárra vinnék az értékes alkotásokat, akkor biztosan nem tűnnének el, de a csesztvei katolikusok ebbe nem mennek bele. Ezek az ő képeik, az ő ablakaik!

### **Valami maradjon, ha már a harangjukat ellopták...**

Dél-Erdély egyik legreménytelenebb kisvárosa, Marosújvár mellett, a fekete tavakon és a salétromos pusztákon is túl, a kis katolikus templom szomszédságában fekszik Erdély egzotikus különlegessége: a kastély, amely alig látszik ki a bodzából. Itt már a magyarsággal is ez a helyzet: öt katolikus család és nagyjából ötven református lélek dicséri az Urat magyarul a kevesebb

mint hétszáz fős kisközségben – Nagyenyedtől jó nyegyedórás autóútra. A csesztvei templom oldalához tapasztott Mikes-kripta éppen a kastélypark felé fordul, de ha a halottaknak lenne evilági szemük, valószínűleg áthurcolkodnának az épület túloldalára, csak hogy ne lásák hajdani birodalmuk átváltozását. S amióta elemelték a harangot a különálló kis toronyból, a katolikusok is össze vannak zavarodva: rendre elkésnek a miséről, és a harangszóhoz igazított napi teendőikkel is elúsznak.

### **Magyarcsesztvén nagyjából minden össze van kavarodva**

Nézelődünk a templomban, közben éneklő akcentussal, romános szórenddel társalog a kaput kinyitó fiatalasszony – az erdélyi magyar szórványok nyelvén. Néha elpirul, ha a vegyesházasságról esik szó. Azt mondja, itt már mindenkinek román a férje, felesége. Még pirosabb lesz, amikor kérdésünkre bevallja, lánya már nem beszél, csak ért magyarul, és valóban, ortodoxnak lett megkeresztelve, hiába katolikus az anyja. Itt már csak így megy ez.

Sáros, szitává lyuggatott aszfalton érhető el a világévi Magyarcsesztve – a Maros festői hurkaira támaszkodó kis falu, amely egymaga elfogyasztott két teljes Mikes-kastélyt. A tolvajkodást persze a marosújvári „primár”, a polgármester kezdte meg 1989 után – leg-

alábbis ezt erősítgeti a kertkapuja mögött ácsorgó, kis-sé bizalmatlan idősebb magyar asszony –, aztán a többiek is nekibátorodtak. Hordták a téglákat a falakból, felszedték a parkettát, vitték az ablaktokokat, azzal tüzelt, akinek nem tellett fára. A parkban tábort verő cigányok meg lebontották, ami maradt, és most a Mikes-kastély átköltözött az ő házuk falaiba.

– A gróf úr idején gyönyörűség volt. Amikor a kollektív volt: gyönyörűség volt – sóhajt fel az asszony. – Gyönyörű, gyönyörű kollektív volt!

Amit viszont ma láthatunk Csesztvén, az csak a fosztogatók figyelmenlenségének vagy lustaságának köszönhető.

\*\*\*\*\*

Az erdélyi pattantyúsok parancsnoka, Erdély kancellárja, a fejedelem hűséges embere 1649-ben vetette meg a lábát a Maros völgyében. Nem sokkal korábban éppen a fejedelem ítélte fej- és jószágvesztésre egy jól sikerült leányrablás következményeként – hogy aztán mégis megkegyelmezzon neki, és szolgálataiért birtokadományokkal jutalmazza. Mikes Mihály fényes karriert futott be mint harcos székely főúr és mint leleményes diplomata, megalapozva a család évszázados marosújvári és magyarcsesztevei jelenlétét.

„Mária magyaroknak ki vagy pártfogója / Isten előtt kérlek légy oltalmazója / Házamnak, mely tölled segedelmet várj[a] / Bizván hogy azt nállad mindig fel találj[a] / Tétette zabolai groff Mikes Mihál[y] MDCCLXXXVI. esztendőben” – íratta a csesztveik kastély homlokzatára egy XVIII. századi Mikes Mihály, rémálmaiban sem tételezve fel, hogy évszázadok múlva nem csak Szűz Máriát és az oltalmazó kőtáblát lopják el, de magát a kastélyt is az utolsó szögig. A vele szemben épült, egyszintes klasszicista kúriáról pedig még joggal írhatta Biró József a két háború között, hogy „finom, arányos alkotás (...) négyoszlopos felhajtójával”. Jóllehet ebbe az eleganciába ténylegesen „belefulladtak kicsit” az építetők. A kastélyt bíró Mikes Árpád – Borbála dédapja – elszegényedve halt meg a XIX. század végén, s került a csesztveik kriptába.

Bár a Maros rendszeresen elöntötte a kastélyok környékét, gyönyörű őspark, szökőkutas rózsakert övezte a minden hivalkodástól mentes csesztveik lakokat. A Berek nevezetű ártéri liget ontotta a gyümölcsöket; üvegházak, epreskertek látták el a grófi családot.

Ma se park, se kút, se rózsakert. Csak ártér.

\*\*\*\*\*

„Ugy-e megbánod már, hogy ide tolakodtál a házamba? – szóló kevélyen a szegénylegények vezére” a kicsi királyfiúnak, aki az aranyalmáért jött. Bepöndörödött szélű könyvlap sodródik a szemetes mezőn, röp-tében rátaposunk, majd kétrét görnyedve olvassuk a mesetörredéket. Magyar nyelvemléket visz a szél a csesztveik kastélyparkban, vastag rétegekben ülededik

le a gazos területen a háztartási szemét. A falu szemmel láthatóan ide rakja le hordalékját, és hiába uszították kutyájukat a szemetelőkre, mondja dühösen az idős asszony immár kimerészkedve a kapu mögül, még őket büntette meg a rendőrség. Sulyok Marika 1965 óta lakik a park oldalában, ide jött férjhez, ő aztán körül köre követte, hogyan tették földdel egyenlővé a Mikes-kastélyokat.

Harcias pulyka őrzi a park bejáratát föl-alá lépkedve, beljebb cigánygyerekek hajtják át a kecskéket. Jókora betonvázas csarnok mellett sétálunk el, a teteje már ennek is lebontva, mögötte – ugyancsak tető nélkül – még áll a gyönyörű barokk gabonás. Kis téglafülkéből bűzös füst száll: ez volt a kastély kútja, ma pedig a környezettudatos csesztveik megtömik hulladékkal, és időnként felgyújtják, hogy serkentsék a természetes körforgást. Amikor eloszlik a füstfelhő, a teleszemetelt Maros-parton kibontakozik a klasszicista kastély – már ami még kastélyként azonosítható belőle.

A látvány nehezen értelmezhető. Mintha valami kastélyevő gnóm gondosan leharapdálta volna a tetőt, a falakat, néhol egészen az alapokig, kitördelte volna az oszlopokat, hogy aztán fák nőjenek a hajdani szobákban, gyökereikkel feltépve a lépcsőket. Míg a magyarcsesztevei kiskastélynak már a helye sem igen azonosítható az avatatlan szemlélő számára, olyannyira elemeire bontották, addig a másik kúriának még van néhány éve a legvégső stádiumig. De csak hogy minden illúzióktól megfosszon.

– Minden le volt meszelve szépen, gyönyörű, gyönyörű kollektív volt! S azelőtt egy pár évvel csak rakták olyan szépen rendbe, mikor jött a revolúció! Nagyon szép volt itt. Aztán semmi nem lett belőle. Semmi.

Sulyok Marika számára a Ceaușescu-korszak maga volt a Kánaán, amikor Mikesék házában téesziroda működött, és minden olajozottan ment. Ő tíz évig dolgozott a kollektívban, férje is ott volt kovácsmester.

– Mikor kezdődött a kastély szétlopása?

– '89-ben vagy 98-ban, vagy mikor.

A kastélytól balra eső romos épületen volt a régi napóra és az oltalmat kérő feliratos kő a kecses Szűz Mária-domborművel. A Madonnát, de még a napórát is kivésték, ellopták. Marika azonban nem látta, hogy „éjszaka ki dolgozik ottan.” Románok, magyarok nagy egyetértésben lopták szét az épületeket: „mindenki hozzájárult a vivéshez.”

– Hogyan emlékeznek Mikes Mihályékra, szerették a csesztveik őket?

– A háború előtt a gróf nagyon jól bánt a falusiakkal. Mindenki disznót kapott, a szegény emberek ellátást a gróf konyhájából, karácsonyra az egész falu ajándékot, tűzifát, búzát, a gyerekek még külön ajándékot is. Anyósom szülei voltak a szobaleányok, inasok a grófnál. Nagyon szépen beszéltek mindig róla, mert az nagyon szerette a szegény embereket. Kár, hogy porrá ment minden, és nem vigyázta meg senki.

– Mi történt a grófékkal a háború után?

– Ők rosszul vitték azután. Borbála és az anyja valahol laktak Kolozsvárt, nem tudom, milyen helyt. Sokat kerestem fel őket a sógornómmal. Minden karácsonyba’ mentünk, vittünk nekik állatokat, libákat, tyúkokat. Az biztos, hogy Borbáláéknak nagyon sokat kellett szenvedniük. Amikor meghalt a vén grófné [Borbála édesanyja], nem tudom, mi lett velük. S jártak még hozzánk Katóék is [Mikes Katalinék], rokonyuk volt, egy olyan fekete férje volt, talán valami herceg [Shuwendu Basu Roy Chowdhury de Ulpur bengáli földbirtokos].

Az angolpark egyetlen élettelen, öreg fából áll, az elszenesedett törzsű utolsó példány elszántan öröködik a lerombolt kastély felett, amelynek olyan sikeresen távolították el a közfalait, hogy a helyükre nőtt erdőtől szinte meg sem lehet közelíteni az épület belsejét. Ezt a fát akarta valaki nemrégiben tüzelőnek kivágni, de Mikes Zsigmond éppen arra járt, és „leállította”. A tolvajok mindenesetre alapos munkát végeztek Mikes Mihály birtokán. Nem hatották meg őket sem az élők, sem a holtak.

– Még a háború előtt a vén grófnő egyik menyegyer vagy lánya elnyerte a sovánsági díjat az országba’ – dicsekszik Sulyok Marika, miközben vállunkkal a családi kripta ajtaját feszegetjük a kis katolikus templomban. Olyan szorosan zár, mintha beszögelték volna. – Az a lány is ide van ám temetve.

De az asszony szerint az ő maradványait sem hagyták érintetlenül, amikor a kriptát néhány éve feltörték.

– Jött egy pap a környékről valakivel, hogy őket érdeklík a régi dolgok, szeretnék megnézni a kriptát – emlékezik vissza Sulyok Marika. – Nincs kulcs, mondtam nekik. Csak a méltóságos grófnénak. Mert néha jött, nyitotta ki, s akkor sepregettünk egy kicsit. Erre ők kitörték az ajtót. Kibontották a sírokat. Kihúzták, kinyitották a koporsókat. Engemet elküldtek haza, hogy hozzak nekik vizet, amivel töröljék meg a... dolgokat a kriptában... Azt mondták, a ruhák úgy voltak rajtuk, mint amikor eltemették. Meg is járta az a pap, mert eltették, nem tudom, merre. Megbűntették jól. Aztán hogy miket szedtek össze... Azt mondták, a pap

arany karpereceket árult, de én nem tudtam semmit, mert engemet kikergettek.

Mikes Borbála szerint azonban ez merő ostobaság vagy kitaláció: az árvíz után jöttek felmérni szakemberek, milyen károk érték a kriptát. Senki nem bolygatta a halottak nyugalalmát.

Úgy tűnik, Magyarcsesztvén nem sokat változik a helyzet, amióta kibontották az első téglát a gazdátlan nemesi házakból. Visznek mindent, ami mozdítható. Sulyok Marika régen megözevgyült, egymagában él a falu szélén, a romkastély szomszédságában, négy gyermekből három „Hispánban” él. Amikor a megrendelésre dolgozó fosztogató banda egyik éjszaka elvitte a harangjukat, az ő udvarából is meglovasítottak egy nehéz mezőgazdasági gépet. Nem is érti, hogyan történhetett, miért nem hallotta...

Ráadásul a Mikesekkel sem felhőtlen a kapcsolat.

– Zsigmond apja, Imre kért tőlünk évente egy disznót, hogy ülünk az ő helyükön, én meg mondtam, minek fizetnék neki, amikor megvettük az istállót – mondja felháborodva Sulyok Marika. – Mire Imre azt mondta, de hát az ő területén áll az istálló! Mire én: de hát az istállót nem vehettük meg hely nekü’! Végül nem disznót adtunk Imrének, hanem az árát összeadtuk. A cigányoktól egy pulykát kapott, mivel azok szegények. De aztán Imre nem még jött. Se a disznóé’, se a föld miatt. A fiatal Zsigmond, aki lúval jött ki, már nem kért disznót. Itt van, ni, ez a nagy fa, azt is meggyújtották, s Imre szinte törvénybe adta őket – mutat megbotránkozva a magányos fára.

Száll a füst a kútházból, újra beborítja a magyarcsesztszei kastély csonka sziluettjét. „No, küzdjünk meg még egyszer, szól a kicsi királyfiú. Hát, ha sem mire sem becsülöd az életedet, jer, mondta a tolvaj.” S birokra keltek, s másodsorra a királyfiú szépen agyonütötte a tolvajt.

Lelépünk a könyvlepről, hadd sodródjon tovább a szélben.

(*Forrás:* Margittai Gábor: Tiltott kastély – Erdélyi történelmi családok a jóvátétel útvesztőjében. Külső Magyarok, 2017) Másodközlés, a szerző engedélyével.

# RENDALAPÍTÓK SZOBRAI

*Dr. Krutsay Miklós*

A római Szt. Péter téren a kolonnádok és a fedett folyosók tetején 140 szent (vértanú, hitvalló, pápa, rendalapító) szobra sorakozik (1. ábra). A 3,2 m magas travertin szobrokat G. L. Bernini és tanítványai készítették a tér XVII. századi rendezésekor. Később a szerzetesrendet alapító szentekről külön szoborsorozatot kezdtek kialakítani a vatikáni bazilikában. A két kollekció egymást részben fedi, ezért vannak olyan rendalapítók, akiknek a szobra mindkét helyen megtalálható.

A bazilikában ezek a szobrok fehér márványból készültek. A főhajó pillérein, a kupolapilléreken, a kereszthajó és a szentély falán két sorban lévő 39 fülké-

ben helyezték el őket (2. ábra). Elsőként – 1706-ban – Szt. Domonkosét leplezték le, az utolsó fülkét – 1953-ban – Szt. Lujzáéval töltötték be. (A fülkék száma azért páratlan, mert az egyiknek a helyét már eleve elfoglalta Szt. Péter apostol bronzszobra.) Az alsó sor szobrai 4,80 m magasak. A később készült felső sort egy méterrel nagyobbra (5,75 m-re) méretezték, hogy alulról szemlélve egyformának látsszanak. A több száz szerzetesrend alapítói közül nem mindegyiket avatták szentté, de a rendelkezésre álló, korlátozott számú fülke így sem tette lehetővé, hogy valamennyi szent rendalapítónak e helyen emléket állítsanak. A különbö-



1. ábra. Szentek szobrai a kolonnádon



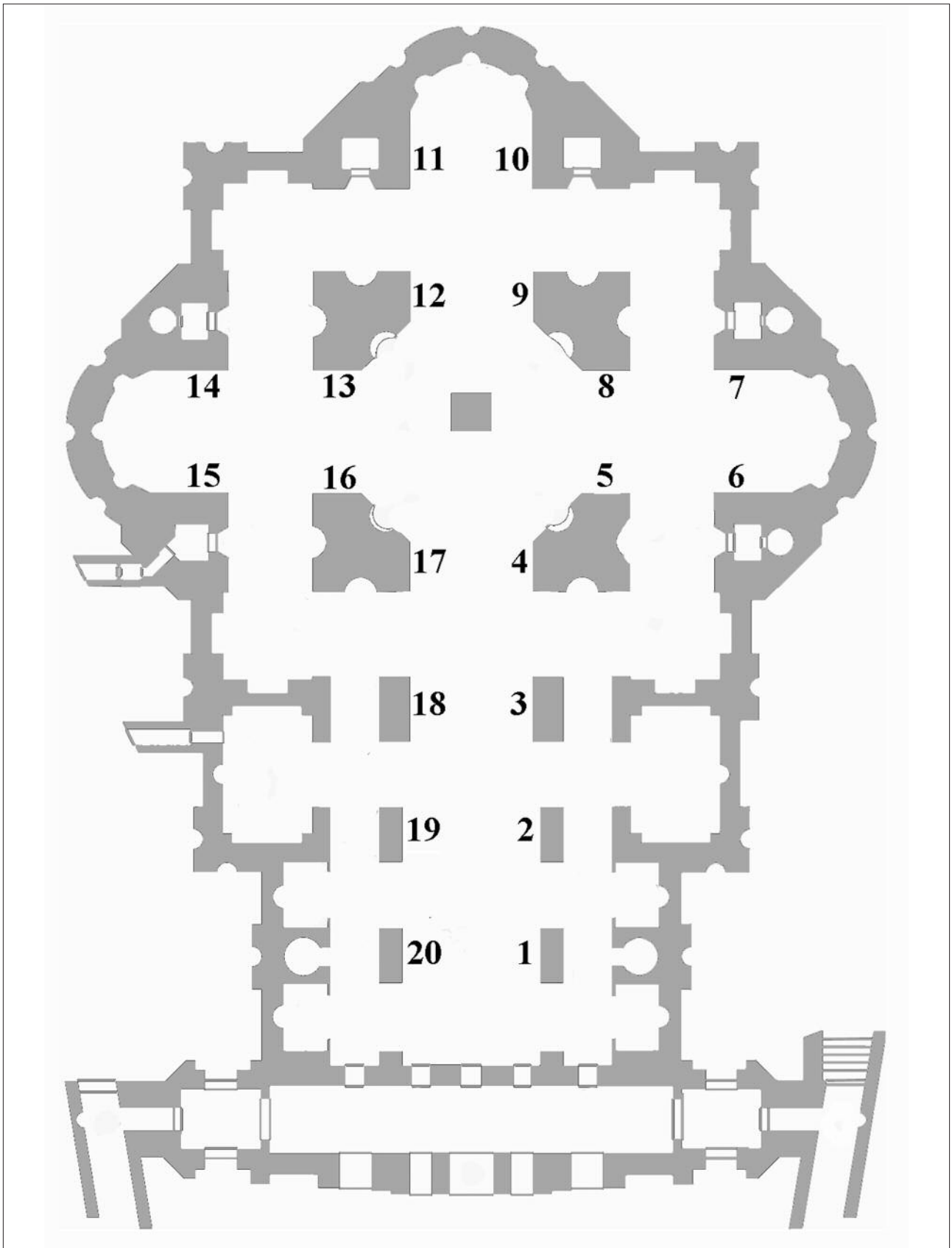
2. ábra. Rendalapítók szobrai a vatikáni bazilikában

ző szobrászoktól származó alkotások eltérő művészi értékűek. Elhelyezésük látszólag találmányra történt, nincsenek az ábrázolt személyek neme, tevékenységének jellege szerint csoportosítva, vagy időrend szerint besorolva. Bár nevüket feltüntették a talpuzaton, azonosításukat megkönnyítik az attribútumok, azaz olyan mellékalkalakok, amelyek jellegzetesek az illető személyre, és amelyeket rendszerint vele együtt szoktak ábrázolni. (Pl. tanítórend alapítójának szobra mellett gyermek, Szt. Domonkos mellett kutya stb.) A látogatók a sok egyéb érdekesség mellett nem túlzottan figyelnek ezekre a szobrokra, mert eléggé távol vannak, és az útikalauzok sem térnek ki rájuk részletesebben. A rendalapítók életrajzát kevesen ismerik.

Néhány ismertebb rend alapítója:

Barat Szt. Magdolna: Szent Szív nővérek  
 Liguori Szt. Alfonz: redemptoristák  
 Avilai Szt. Teréz: karmelita apácák  
 Assisi Szt. Ferenc: ferencesek  
 Páli Szt. Vince: lazaristák  
 Szt. Benedek: bencések  
 De la Salle Szt. János: iskolatestvérek  
 Merici Szt. Angela: orsolyiták  
 Néri Szt. Fülöp: oratoriánusok  
 Marillac Szt. Lujza: A Szeretet Leányai  
 Bosco Szt. János: szaléziánusok  
 Monaldi Szt. Bonifilius: szerviták  
 Thienei Szt. Kajetán: theatinusok  
 Calasanz Szt. József: piaristák

	Név	Szobrász		Név	Szobrász
1	<i>Barat Szt. Magdolna</i>	E. Quattrini	11	<i>Liguori Szt. Alfonz</i>	P. Tenerani
	<i>Avilai Szt. Teréz</i>	F. della Valle		<i>Assisi Szt. Ferenc</i>	C. Monaldi
2	<i>Eudes Szt. János</i>	S. Silva	12	<i>Római Szt. Franciska</i>	P. Galli
	<i>Páli Szt. Vince</i>	P. Bracci		<i>Szt. Benedek</i>	A. Montauti
3	<i>De la Salle Szt. János</i>	C. Aureli	13	<i>Merici Szt. Angela</i>	P. Galli
	<i>Néri Szt. Fülöp</i>	G. B. Maini		<i>Falconieri Szt. Julianna</i>	P. Campi
4	<i>Bosco Szt. János</i>	P. Canonica	14	<i>Marillac Szt. Lujza</i>	A. Berti
	<i>Szt. Péter apostol</i>	A. di Cambio		<i>Nolasco Szt. Péter</i>	P. Campi
5	<i>Cabrini Szt. Franciska</i>	F. Tadolini	15	<i>Monaldi Szt. Bonifilius</i>	C. Aureli
	<i>Thienei Szt. Kajetán</i>	C. Monaldi		<i>Calasanz Szt. József</i>	I. Spinazzi
6	<i>Thouret Szt. Johanna</i>	E. Quattrini	16	<i>Keresztes Szt. Pál</i>	I. Jacometti
	<i>Emiliáni Szt. Jeromos</i>	P. Bracci		<i>Szt. Brunó</i>	M. A. Slodtz
7	<i>Pelletier Szt. Mária</i>	G. Nicolini	17	<i>Fourier Szt. Péter</i>	L. Noël
	<i>Istenes Szt. János</i>	F. della Valle		<i>Paolai Szt. Ferenc</i>	G. B. Maini
8	<i>Vercelli Szt. Vilmos</i>	G. Prinzi	18	<i>Zaccaria Szt. Antal</i>	C. Aureli
	<i>Szt. Norbert</i>	F. Giansè		<i>Loyolai Szt. Ignác</i>	C. és G. Rusconi
9	<i>Szalézi Szt. Ferenc</i>	F. Tadolini	19	<i>Grignon Szt. Lajos</i>	G. Parisini
	<i>Illés próféta</i>	A. Cornacchini		<i>Lellisi Szt. Kamill</i>	P. Pacilli
10	<i>Caracciolo Szt. Ferenc</i>	F. Laboureur	20	<i>Filippini Szt. Lucia</i>	S. Silva
	<i>Szt. Domonkos</i>	P. Legros		<i>Alcantarai Szt. Péter</i>	F. Vergara



3. ábra. A vatikáni bazilika alaprajza

Istenes Szt. János: irgalmasrendiek  
 Keresztes Szt. Pál: passzionisták  
 Szt. Norbert: premontreiek  
 Szt. Brunó: karthauziak  
 Szalézi Szt. Ferenc: vizitációs nővérek  
 Paolai Szt. Ferenc: minimíták  
 Illés próféta: karmeliták  
 Loyolai Szt. Ignác: jezsuiták  
 Szt. Domonkos: dominikánusok  
 Lellisi Szt. Kamill: kamilliánusok

A szobrok helyét a bazilika alaprajzán a mellékelt táblázatban lévő sorszám alapján találhatjuk meg (3. ábra). A számozás a főhajó jobboldali első pillérénél kezdődik, és a jobb kereszthajón át halad a szentélyig, majd a baloldalon, fordított sorrendben visszafelé. A felső szoborsor neveit a táblázatban dőlt betűvel jelöltük (4., 5., 6., 7. ábra).

Másutt is találhatunk szoborgyűjteményt a rendalapítókról. „Nagylelkű” V. János portugál király a Lisszabon melletti Mafrában – a spanyol El Escorialhoz hasonló – királyi palotából, ferences kolostorból, templomból és könyvtárból álló hatalmas együtttest



5. ábra. Istenes Szt. János szobra a vatikáni bazilikában



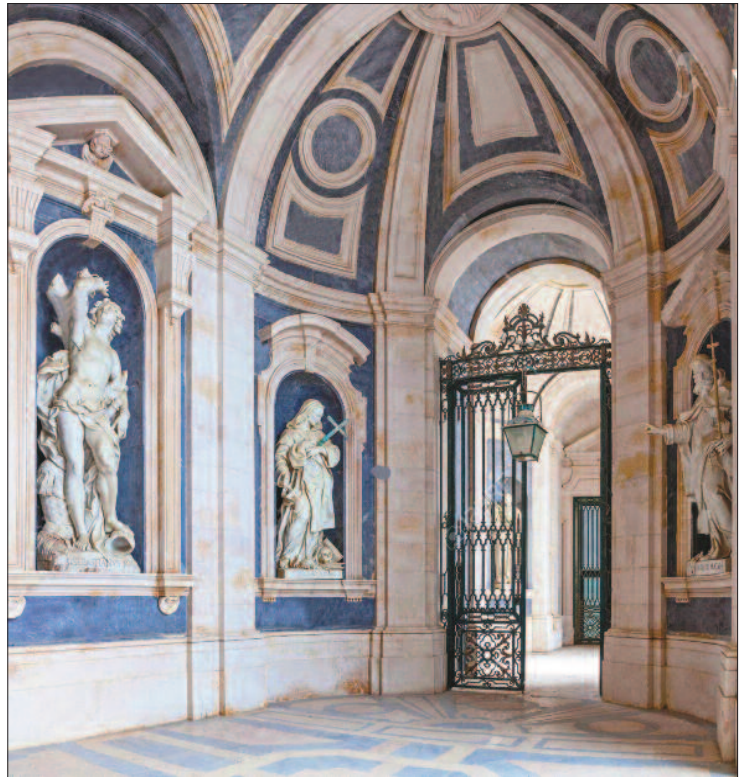
4. ábra. Avilai Szt. Teréz szobra a vatikáni bazilikában



6. ábra. Szt. Domonkos szobra a vatikáni bazilikában



7. ábra. Loyolai Szt. Ignác szobra a vatikáni bazilikában



9. ábra. Szentek szobrai a mafrai bazilika előcsarnokában



8. ábra. A mafrai palotaegyüttes



10. ábra. Avilai Szt. Teréz szobra a mafrai bazilikában

építtetett (8. ábra). A művön 1717 és 1755 között munkások tízezrei dolgoztak. A „kisebb bazilika”-rangjára emelt templomot a király korabeli, neves itáliai művészek (pl. F. della Valle, G. Rusconi, C. Monaldi, G. Lironi, P. Bracci, G. B. Maini) rendalapítókat és más



11. ábra. Istenes Szt. János szobra a mafrai bazilikában

szenteket ábrázoló, nagyméretű (átlag 3 m-es) márványszobraival díszítette (9., 10., 11. ábra). Ez lett az Itálián kívüli, legnagyobb, barokk szoborgyűjtemény, amely később a portugál Szobrászati Akadémia alapját képezte.

# OROSZ TANKOK KÖZÖTT HALLGATNAK A HARANGOK AZ '56-OS FORRADALOM A KÉPZŐMŰVÉSZET NYELVÉN

*Mészáros Ákos*

Tüzet okádó harcokocsik dübörögnek az éjszakában a Kálvin téren, a Nagykörút és a Király utca sarkán. Szétlőtt épületek mindenfelé, a Rókus-kápolna romokban, halottak és törmelék az utcákon. Lángoló lakóházak Budapesten, égnék az egykori bérpaloták; aligha lehetett könnyű tűzoltókat találni akkoriban. Az orosz tankok többségében keskeny pesti utcákba behajtva, a szélrózsa minden irányában lóttak, hogy legalább valamennyire védjék magukat. Hiszen a többszintes házak felső emeleteiről bárhózzan rájuk dobhattak egy benzinespalackot, és akkor végük volt. Ezért pusztult el ilyen kegyetlenül Budapest az 1945-ös ostrom után újra. Az oroszok arra számítottak, hogy elég lesz a megfélemlítés, és nem lesz szükség valódi katonai beavatkozásra. De nem így lett.

Jancsek Antal festőművésznak a forradalom napjairól készült képei drámai közelségbe hozzák az utcai harcokat a később született nemzedékek számára. Kazinczy János Antal, Ambrus Győző, Marosán Gyula, Darázs Mária, Bodó Sándor és még jó néhány művész a forradalom leverése után emigrációba kényszerült. Budapesten megélt élményeik, a helyszínen készített vázlataik alapján alkottak képeket a forradalom és szabadságharc vészterhes napjairól. A negyedik (1944-1945, 1947) és főleg az ötödik (1956) nagy emigrációs hullámmal Magyarországról külföldre került képzőművészek műveinek egy része még itthon készült, és alkotójával együtt hagyta el az országot. Cs. Szabó László a szovjet katonai rémuralom, az új szálínizmus, az újabb Bach-korszak kifejezésekkel illeti a forradala-



Kálvin tér



Körút



Menekülők



Nagy Éva rajza



Szalay Lajos rajza



Halál

lom leverése utáni időszakot. „Különös kétfejű szörny lett a magyar emberből. Egyik fejét hazájában viseli, s úgy hívják, hogy ellenforradalmár, a másikat Nyugaton hordja, s az a neve, hogy Tanú. Egyik fejével vesztörvényszékek, másikkal vegyes bizottságok előtt áll, egyiket a vesztőhelyre készítik elő, a másik tolmácsolt szavakkal visszakérődzi a hőstetteit. Az Ellenforradalmár és a Tanú persze egy személy volt 1956 októberében” – olvashatjuk a híres esszéiről és kritikus tollából az Irodalmi Újság 1957. július 15-ei számában. A Nyugatra jutott képzőművész tanúk képesek voltak a vizualitás nyelvén hitelesen megidézni a forradalmat. A képzőművészek közül többen, mint Jancsek Antal is, rajzmappával járták a fővárost, és in situ próbálták rögzíteni az átélt eseményeket, a helyszíneket és a szereplőket, a jellemző szituációkat. Ez nem volt veszélytelen tevékenység. Jancsek lánya így vall erről: „Édesapám a forradalomban az utcákon, tereken a házak kapualjába behúzódva dolgozott. Egyik fülének hallását elvesztette a mellette becsapódó lövedék miatt, és a légnyomás elrepítette pár méterre.” Jancsek a helyszíneken (Széna tér, Rókus-kápolna, Kálvin tér, a Nagykörút több szakasza, Szabad Nép-székház stb.) készített rajzainak felhasználásával erős színhatású, expresszív festményeket alkotott. Nagy Éva festőművész más oldalról közelített. Munkásságának lényeges alkotásai az ausztriai menekülttáborokban festett, drámai hangulatú akvarellek, amelyek betekintést engednek az emberi kiszolgáltatottságba és kiüttlanságba, a kétségbeesés és a remény közötti vergődésbe. Művei önéletrajzi ihletésűek, mert kisgyermekével két évig ő is lág-

ben lakott. Nagy Éva, mint számos menekült kortársa, végül a Bécsi Képzőművészeti Akadémián tanult tovább. Arcok a lágében című sorozatának darabjai dokumentumértékű alkotások az emigrációba kényszerült emberek helyzetéről. Fényes Zoltán 1957-ben plakátot készített a Magyarország lángokban című nyugatnémet filmhez. A dokumentumfilm anyagát a Budapestről emigráló filmesek juttatták ki Münchenbe, felhasználásával elsőként készült film a magyar forradalomról és szabadságharcról. Szalay Lajost, korának egyik legnagyobb grafikusművészt az '56-os forradalomtól több ezer kilométerre, Buenos Airesben lepte meg a magyarországi események híre. A rádióból értesült róluk, és azonnal rajzolni kezdett. „Három napja nem alszom, éjjel-nappal rajzolok.” „A rajzok a rádióhírekre érzett személyes megindultságom grafikai vetületei” – vallotta. 1956 – El drama de Hungria címmel egy negyvenöt rajzot tartalmazó könyv született, amely a magyarországi rádióadásokból közölt szövegválogatást. Szalay egy tényeken alapuló, de elképzelt, megkonstruált forradalom képeit, „a látvány mögé rejtett valóságot” (a művész saját kifejezése) vetíti elének, expresszíven, nagyfokú átéléssel és elhithető erővel. A Jugoszlávián át Itáliába rajzolta a sors által odavetett várakozókat. – „Töméntelen sok modell volt. Jópofán beültek, nem sajnálták rám unalmas, lusta óráikat” – emlékezett később a mester.



Filmplakát



Prokop Péter rajza

Mennyből az angyal – menj sietve / Az üszkös,  
fagyos Budapestre. /Oda, ahol az orosz tankok/ Között  
hallgatnak a harangok. /Ahol nem csillog a karácsony,  
/ Nincsen aranydió a fákon, / Nincs más, csak fagy,  
didergés, éhség. /Mondd el nekik, úgy, hogy megért-  
sék. /Szólj hangosan az éjszakából: /Angyal, vigyél  
hírt a csodáról. (Részlet Márai Sándor Mennyből az  
angyal című verséből).

Másodközlés. Megjelent a Mértékadó 2020. októ-  
ber 19-i számában. A kiadó és a szerző engedélyével.

**eisberg**  
simply fresh



# Várázslatos saláták

[eisberg.hu](http://eisberg.hu)



10x  
**Superbrands**

'10' '12' '13' '14' '15' '16' '17' '18' '19' '20

# Van, ami nem várhat!



**Enzimpótlás azonnal  
Lactase rágótablettával**

**térítési díj: 100 db / 2183 Ft\***



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

**Hatóanyag:** 1 db rágótabletták 34,12 mg laktázt (2000 FCCU) tartalmaz. **Javallat:** laktózintolerancia. **Ellenjavallat:** az alkotórészekkel szembeni gyógyszerérzékenység. **Adagolás:** laktóz tartalmú étkezést megelőzően elrágni. Egy rágótabletták 2 dl teljes tejben lévő laktóz (10 g) feldolgozásához elegendő. **Mellékhatás:** obstipáció, túlérzékenységi reakció. **Gyógyszerköcsönhatás:** Na- és K-ionok jelenléte fokozhatja a laktáz enzim aktivitását, Ca-ionok és nehézfémek in vitro gátolják az enzim aktivitását. **Lactase rágótabletták 100x térítési díj 2183 Ft\*** (fogy. ár: 4851 Ft, támogatás 55%: 2668 Ft). További szakmai információért kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot (OGYÉI/70373/2019), vagy hívja információs irodánkat: Strathmann KG képviselete Telefon: (36-1) 320-2865, email: info@strathmann.hu - Az információ lezárásának időpontja: 2021. január 10.



**STRATHMANN**

# A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG 48. NAGYGYŰLÉSE

**HOTEL MERCURE BUDAPEST CASTLE HILL**  
**1013 Budapest, Krisztina krt. 41–43. (a Déli pályaudvarnál)**

**2021. november 18–20.**

## PROGRAM

**2021. 11. 18., CSÜTÖRTÖK**

- 9.00 óra Megnyitó
- 9.10–10.10 **Immunológia és szepszis**  
Üléselnök: 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 I. terem)**  
**Bejelentett előadások**  
Üléselnökök: Schandl László, Budapest és Lajosné Major Zsuzsanna, Nyíregyháza

## DIABETES

17.00 **PANCREATECTOMIZÁLT BETEGEK DIABETESÉNEK KEZELÉSÉVEL NYERT TAPASZTALATAINK**  
Szemán A.<sup>1</sup>, Arapovicsné Dr. Kiss K.<sup>1</sup>, Schandl L.<sup>1</sup>, Winkler G.<sup>1</sup>, Grosz A<sup>2</sup>, Mészáros P.<sup>3</sup>, Dubóczki Z.<sup>3</sup>, Mersich T.<sup>3</sup>, Kis J.<sup>1</sup>, *II-es Belgyógyászat, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő 1125 Budapest, Diós árok 1–3.<sup>1</sup>, Diabetológia, Betegellátó Irgalmas Rend, Budai Irgalmasrendi Kórház 1027 Budapest, Frankel Leó u. 17–19.<sup>2</sup>, Sebészet, Országos Onkológiai Intézet 1122 Budapest, Ráth György u. 7–9.<sup>3</sup>*

17.10 **IMMUNTERÁPIA-MEDIÁLT 1-ES TÍPUSÚ DIABETES – ESETISMERTETÉS**  
Tomasics G., Arapovicsné dr. Kis K., Kis J., Schandl L., Winkler G., *II-es Belgyógyászat, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő 1125 Budapest, Diós árok 1–3.*

17.20 **A HANGULATZAVAROK ELŐFORDULÁSA ÉS A SZÉNHYDRÁTHÁZTARTÁSRA GYAKOROLT HATÁSA 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEK KÖRÉBEN**  
Hargittay C.<sup>1</sup>, Gonda X.<sup>2</sup>, Márkus B.<sup>1</sup>, Vörös K.<sup>1</sup>, Rihmer Z.<sup>2</sup>, Kalabay L.<sup>1</sup>, Torzsa P.<sup>1</sup>,  
*Semmelweis Egyetem, ÁOK, Családorvosi Tanszék, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest<sup>2</sup>*

17.30 **A 2-es TÍPUSÚ DIABETES SZŰRÉSE ÉS MEGELŐZÉSE**  
Sal I., *Mentor-Szanator Kft, Kistarcsa*

#### KARDIOLÓGIA/HYPERTONIA

17.40 **VERSENYSPORTOLÓK HIRTELEN HALÁLESETEINEK ELEMZÉSE**  
Lajosné Major Z.<sup>1</sup>, Medvegy Z.<sup>2</sup>, Tulit T.<sup>3</sup>, Pavlik G.<sup>2</sup>, Simonyi G.<sup>4</sup>, Sterbenz T.<sup>2</sup>, Medvegy M.<sup>3</sup>,  
*Nyíregyházi Egyetem, Testnevelés és Sporttudományi Intézet, Nyíregyháza<sup>1</sup>, Testnevelési Egyetem, Budapest<sup>2</sup>, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa<sup>3</sup>, Szent Imre Oktató Kórház, Budapest<sup>4</sup>*

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

#### **B SZEKCIÓ (félémelet, Mátyás II. 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.<sup>1</sup>, Míkala G.<sup>2</sup>, Kozma A.<sup>2</sup>, Fábán J.<sup>2</sup>, Hardi A.<sup>2</sup>, Alizadeh H.<sup>3</sup>, Rajnic P.<sup>4</sup>, Rejtő L.<sup>5</sup>,  
Szendrei T.<sup>6</sup>, Váróczy L.<sup>7</sup>, Illés A.<sup>7</sup>, Vályi-Nagy I.<sup>2</sup>, Masszi T.<sup>1</sup>, Varga G.<sup>1</sup>, *Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>1</sup>, Hematológiai és Óssejt-transzplantációs Osztály, Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Dél-Pesti Centrumkórház, Budapest<sup>2</sup>, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécsi Tudományegyetem, Pécs<sup>3</sup>, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>4</sup>, Jóna András Oktatókórház, Nyíregyháza<sup>5</sup>, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely<sup>6</sup>, Hematológiai Tanszék, Belgyógyászati Klinika, Debreceni Egyetem, Debrecen<sup>7</sup>*

17.10 **AUTOIMMUN PARANEOPLASZIÁS NEUROLÓGIAI SZINDRÓMA**  
Müzes G.<sup>1</sup>, Sipos F.<sup>1</sup>, Gyergyay F.<sup>2</sup>, Kamondi A.<sup>3</sup>, *Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Budapest<sup>2</sup>, Országos Klinikai Idegtudományi Intézet, Budapest<sup>3</sup>*

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

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

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

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*
- 11.00–11.15 *Kávészünet, a kiállítás megtekintése*
- 11.15–12.15 **A belgyógyászat aktuális kérdései**  
Üléselnökök: Tulassay Zsolt, Budapest, Hersényi László, Budapest
- 11.15 **A vastagbél-daganatok szűrése Magyarországon**  
*Szepes Zoltán, Szeged*
- 11.35 **Hepatitisek**  
*Hunyady Béla, Pécs–Kaposvár*
- 11.55 **Tüdőbetegségek – Kihívás a belgyógyász számára**  
*Müller Veronika, Budapest*
- 12.15–13.00 **TEVA SZIMPÓZIUM**  
**Interdiszciplináris beszélgetés**  
**A szív vagy a gyomor? Avagy hogyan dolgozik együtt a kardiológus és a gasztroenterológus**  
*Becker Dávid, Budapest, Hersényi László, Budapest*
- 13.00–13.30 *Ebédészünet*
- 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?**  
*Hersényi László, Budapest*
- 14.30–15.30 **Dél-Magyarországi Belgyógyász Decentrum programja**  
Üléselnök: Varga Márta, Békéscsaba
- 14.30 **Gyulladásos bélbetegségek új kezelési lehetőségei**  
*Molnár Tamás, Szeged*
- 14.50 **COVID gasztroenterológiai vonatkozásai az irodalom és egy megyei kórház tapasztalatai alapján**  
*Varga Márta, Békéscsaba*

15.10 **Kardiológia és a lipidek**

*Márk László, Gyula*

15.30–16.15 **Geriátria**

Üléselnök: Gadó Klára, Budapest

**A véralvadás változása időskorban**

*Gadó Klára, Budapest*

**Pajzsmirigybetegségek és demencia. Tények és feltételezések**

*Tóth Miklós, Budapest*

**Demencia a belgyógyászati gyakorlatban**

*Bessenyei Attila, Gadó Klára, Budapest*

16.20–16.50 **Közyűlés**

Kitűntetés átadása, kapja Rác István, Győr

**A SZEKCIÓ (Mátyás I. 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., Kruzsliz J., Acél P., Bencze M., Lukács M., Szakács P., Csizmadia C., *Mohácsi Kórház Belgyógyászati Osztály COVID-ellátó Részleg*

17.10 **AZ ÉRGONDOZÁS SZEREPE A COVID-19 JÁRVÁNY IDEJÉN**

Meskó É.<sup>1,2</sup>, *SE Min. invazív és egy nap. Seb. Klin. Belgyógy. Angiológiai Szakrendelés. Budapest<sup>1</sup>, IMS/International Medical Service/ Budapest. III.<sup>2</sup>*

17.20 **A SZÍV-ÉR RENDSZERI MEGBETEGEDÉSBN SZENVEDŐ HAJLÉKTALANOK ELLÁTÁSA A COVID-19 JÁRVÁNY ALATT**

Simek Á., *SE Népegészségtani Intézet*

17.30 **A DE RITIS HÁNYADOS MINT PROGNOSZTIKAI MARKER A KORONAVÍRUS-JÁRVÁNY HARMADIK HULLÁMÁBAN**

Drác B., Czompa D., Müllner K., Hagymási K., Miheller P., Székely H., Papp V., Horváth M., Hritz I.<sup>1</sup>, Werling K., *Semmelweis Egyetem I. Sz. Sebészeti és Intervenciós Gasztroenterológiai Klinika*

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

Dr. Herr G.<sup>1</sup>, Dr. Bujtor Z.<sup>1</sup>, Dr. Szenes M.<sup>1</sup>, Dr. Völgyi Z.<sup>1</sup>, Dr. Fischer T.<sup>1</sup>, Dr. Sziráki K.<sup>1</sup>, Dr. Györkös A.<sup>2</sup>, Dr. Takács M.<sup>3</sup>, Dr. Gieth A.<sup>4</sup>, *Zala Megyei Szent Rafael Kórház II. Belgyógyászat<sup>1</sup>, Zala Megyei Szent Rafael Kórház I. Belgyógyászat<sup>2</sup>, Zala Megyei Szent Rafael Kórház Radiológiai Osztály<sup>3</sup>, Keszthelyi Kórház Rehabilitációs Osztály<sup>4</sup>*

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

Nádasdi Á.<sup>1</sup>, Sinkovits G.<sup>2</sup>, Bobek I.<sup>3</sup>, Lakatos B.<sup>3</sup>, Föhrhéc Z.<sup>2</sup>, Prohászka Z.<sup>2</sup>, Réti M.<sup>3</sup>, Arató M.<sup>1</sup>, Cseh G.<sup>1</sup>, Masszi T.<sup>2</sup>, Merkely B.<sup>4</sup>, Ferdinandy P.<sup>5</sup>, Vályi-Nagy I.<sup>3</sup>, Prohászka Z.<sup>2</sup>, Firneisz G.<sup>1</sup>, *Ramgen Zrt., Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika<sup>2</sup>, Dél-pesti Centrumkórház Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet<sup>3</sup>, Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika<sup>4</sup>, Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet<sup>5</sup>*

18.00–18.50 ENDOKRINOLÓGIA

Üléselnökök: 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.<sup>1</sup>, Czirják S.<sup>2</sup>, Sipos L.<sup>2</sup>, Reiniger L.<sup>3</sup>, Tőke J.<sup>1</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>, *Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest<sup>1</sup>, Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Budapest<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Központ, Budapest<sup>3</sup>*

18.10 **MELLÉKPAJZSMIRIGY-CARCINOMA MTOR MUTÁCIÓVAL**

Stark J.<sup>1</sup>, Kollár R.<sup>1</sup>, Tőke J.<sup>1</sup>, Nagy G.<sup>2</sup>, Huszty G.<sup>3</sup>, Nagy B.<sup>4</sup>, Dezső K.<sup>4</sup>, Nagy P.<sup>4</sup>, Sápi Z.<sup>4</sup>, Bedics G.<sup>4</sup>, Bödör C.<sup>4</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>, *Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>1</sup>, Belgyógyászati és Haematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>2</sup>, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>3</sup>, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>4</sup>*

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

Tőke J.<sup>1</sup>, Reismann P.<sup>1</sup>, Micsik T.<sup>2</sup>, Doros A.<sup>3</sup>, Sápi Z.<sup>2</sup>, Szücs N.<sup>1</sup>, Sármán B.<sup>4</sup>, Pusztai P.<sup>4</sup>, Nagy G.<sup>4</sup>, Horányi J.<sup>3</sup>, Szlávik R.<sup>3</sup>, Huszty G.<sup>3</sup>, Borka K.<sup>5</sup>, Igaz P.<sup>1</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>, *Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>1</sup>, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>2</sup>, Sebészeti, Transzplantációs és Gastroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>3</sup>, Belgyógyászati és Haematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>4</sup>, II. sz. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>5</sup>*

18.30 **REVERZIBILIS CARCINOID SZÍVBETEGSÉG – KÉT NEUROENDOKRIN TUMOROS BETEGÜNK KÓRTÖRTÉNETÉNEK TANULSÁGAI**

Kövesdi A.<sup>1</sup>, Bencze Á.<sup>1</sup>, Persóczki M.<sup>2</sup>, Tőke J.<sup>1</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>, *Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>1</sup>, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>2</sup>*

18.40 **EGY HAZAI CENTRUM (SE BELGYÓGYÁSZATI ÉS ONKOLÓGIAI KLINIKA) MELLÉKPAJZSMIRIGY CARCINOMÁS BETEGEINEK KLINIKOPATOLÓGIAI VIZSGÁLATA**

Pócsai K.<sup>1</sup>, Tőke J.<sup>1</sup>, Szücs N.<sup>1</sup>, Reismann P.<sup>1</sup>, Nagy G.<sup>2</sup>, Jakab Z.<sup>1</sup>, Sápi Z.<sup>3</sup>, Huszty G.<sup>4</sup>, Szlávik R.<sup>4</sup>, Dabasi G.<sup>5</sup>, Varga Z.<sup>5</sup>, Horányi J.<sup>4</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>, *Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Hematológiai Klinika<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet<sup>3</sup>, Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika<sup>4</sup>, Semmelweis Egyetem Nukleáris Medicina Tanszék<sup>5</sup>*

**B SZEKCIÓ (félémelet, Mátyás II. 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., Csefkó K., Balla E., Gaál A., Pink T., Varga M., *2. Gasztroenterológia/4. Belgyógyászati Osztály, Békés Megyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba*

- 17.10 **GYAKORI TÜNETEKBE MEGNYILVÁNULÓ RITKA DAGANATOS KÓRKÉPEK**  
 Gaál A.<sup>1</sup>, Gyaraki P.<sup>1</sup>, Balla E.<sup>1</sup>, Kardos K.<sup>2</sup>, Patai T.<sup>3</sup>, Bodor A.<sup>3</sup>, Pálfi A.<sup>4</sup>, Barbat M.<sup>4</sup>, Rózsa Á.<sup>5</sup>,  
 Lázár G.<sup>6</sup>, Pikó B.<sup>7</sup>, Oláh J.<sup>8</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, *BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Gasztroenterológiai  
 osztály, Békéscsaba<sup>1</sup>, BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Radiológiai osztály, Békéscsaba<sup>2</sup>,  
 BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Patológiai osztály, Békéscsaba<sup>3</sup>, BMKK. Dr. Réthy Pál Tagkórház,  
 Sebészeti osztály, Békéscsaba<sup>4</sup>, BMKK Dr. Pándy Tagkórház, Sebészeti osztály, Gyula<sup>5</sup>,  
 SZTE Mellkas Sebészeti Centrum, Szeged<sup>6</sup>, BMKK Dr. Pándy Tagkórház, Onkológiai osztály, Gyula<sup>7</sup>,  
 SZTE Onko-Dermatológiai Centrum, Szeged<sup>8</sup>*
- 17.20 **„LYUK” A DUODENUM BULBUSÁN**  
 Horvát G.<sup>1</sup>, Kivács I.<sup>2</sup>, *Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös<sup>1</sup>,  
 Sebészeti osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös<sup>2</sup>*
- 17.30 **A GYOMOR ÉS COLON SZEKUNDER TUMORAIRÓL EGY ESETÜNK KAPCSÁN**  
 Horvát G.<sup>1</sup>, Makai G.<sup>2</sup>, *Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály<sup>1</sup>, Endoscopos labor, Bugát Pál  
 Kórház, Gyöngyös<sup>2</sup>*
- 17.40 **DUODENÁLIS FEKÉLY NEM SZOKVÁNYOS ESETE**  
 Tóth-Szeles R.<sup>1</sup>, Horváth J.<sup>2</sup>, Dubravcsik Z.<sup>2</sup>, *Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézet<sup>1</sup>,  
 Bács-Kiskun Megyei Kórház Urológiai Osztály, Bács-Kiskun Megyei Kórház Gasztroenterológiai  
 Osztály<sup>2</sup>*
- 17.50 **HAEMOSUCCUS PANCREATICUS, AZ OBSKURUS GI VÉRZÉS RITKA OKA  
 (ESETBEMUTATÁS)**  
 Nyikos O.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Vajda Z.<sup>2</sup>, *I. Belgyógyászat, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató  
 Kórház, Székesfehérvár<sup>1</sup>, Radiológiai Osztály, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház,  
 Székesfehérvár<sup>2</sup>*
- 18.00 **AZ AKUT PANCREATITIS MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSE**  
 Hussein T.<sup>1</sup>, Eröss B.<sup>2</sup>, Hegyi J. P.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Faluhelyi N.<sup>4</sup>, Kelemen D.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>,  
*SE VSZÉK Pankreász Betegségek Részlege<sup>1</sup>, PTE ÁOK, Transzlációs Medicina intézet<sup>2</sup>, PTE KK  
 I. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>3</sup>, PTE KK Orvosi Képző Klinika<sup>4</sup>, PTE KK Sebészeti Klinika<sup>5</sup>*
- 18.10 **GASTROESOPHAGEALIS REFLUX BETEGSÉG ORÁLIS MANIFESZTÁCIÓI: A NYÁL  
 PARAMÉTEREIT VIZSGÁLÓ METODIKA**  
 Horváth A.<sup>1</sup>, Berze I.<sup>2</sup>, Nagy L.<sup>2</sup>, Jász M.<sup>2</sup>, Tomcsik Z.<sup>3</sup>, Bor L.<sup>3</sup>, Hermann P.<sup>2</sup>, *Semmelweis  
 Egyetem Fogorvostudományi Kar<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Fogpótlástani Klinika<sup>2</sup>, Dél-Pesti  
 Centrumkórház, Sebészeti Osztály<sup>3</sup>*
- 18.20–18.50 **VEGYES TÉMÁK**  
 Üléselnök: Szalay Ferenc, Budapest
- 18.20 **A HÓLYAGHURUT KÓROKOZÓINAK MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATA**  
 Horváth J.<sup>1</sup>, Juhász A.<sup>1</sup>, Lukács N.<sup>1</sup>, Köves B.<sup>2</sup>, *BKMK SZTE ÁOK OKT. KH. Urológiai Osztály<sup>1</sup>,  
 Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Urológiai Osztály<sup>2</sup>*
- 18.30 **FAMILIÁRIS AMYLOID POLYNEUROPATHIA. ESETISMERTETÉS**  
 Birtalan K.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Arányi Z.<sup>2</sup>, Prohászka Z.<sup>3</sup>, Fecske É.<sup>4</sup>, Taller A.<sup>1</sup>, *II. Belgyógyászati  
 Osztály, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>1</sup>, Neurológia Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>2</sup>,  
 Belgyógyászati és Hematológiai Klinika Kutatólaboratóriuma, Budapest<sup>3</sup>, Patológiai Osztály,  
 Uzsoki Utcai Kórház, Budapest<sup>4</sup>*
- 18.40 **ADAPTOGÉN HATÁSÚ RHODIOLA ROSEA BIOLÓGIAILAG AKTÍV  
 KOMPONENSEINEK TÖMEGSPEKTROMETRIÁS VIZSGÁLATA  
 ÉS FARMAKOLÓGIAI HATÁSA**  
 Héthelyi B.<sup>1</sup>, Galambosi B.<sup>2</sup>, *Semmelweis Egyetem, Farmakognózia Intézet, Budapest<sup>1</sup>,  
 MTT Agrifood Research Centre in Finland, Mikkeli, Finland<sup>2</sup>*

## 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 mikrobiom 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 Bernadett<sup>1</sup>, Veszeli Nóra<sup>2</sup>, Temesszentandrás György<sup>3</sup>, Farkas Henriette<sup>2,3</sup>, Kalabay László<sup>1,3</sup>, Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvosi Tanszék<sup>1</sup>, Országos Angiooedema Központ<sup>2</sup>, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest<sup>3</sup>*
- 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.<sup>1</sup>, Gadó K.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>*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 húzódnak 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.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Arányi Z.<sup>2</sup>, Prohászka Z.<sup>3</sup>, Fecske É.<sup>4</sup>, Taller A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*II. Belgyógyászati Osztály, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest*

<sup>2</sup>*Neurológia Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

<sup>3</sup>*Belgyógyászati és Hematológiai Klinika Kutatólaboratóriuma, Budapest*

<sup>4</sup>*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. Kongóörösfestéssel 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., Czompa D., Müllner K., Hagymási K., Miheller P., Székely H., Papp V., Horváth M., Hritz I.v, Werling K.

<sup>1</sup>Semmelweis 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 meggyógyult 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 citokinvihart 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.<sup>1</sup>, Gyaraki P.<sup>1</sup>, Balla E.<sup>1</sup>, Kardos K.<sup>2</sup>, Patai T.<sup>3</sup>, Bodor A.<sup>3</sup>, Pálfi A.<sup>4</sup>, Barbat M.<sup>4</sup>, Rózsa Á.<sup>5</sup>, Lázár G.<sup>6</sup>, Pikó B.<sup>7</sup>, Oláh J.<sup>8</sup>, Varga M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Gasztroenterológiai osztály, Békéscsaba

<sup>2</sup>BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Radiológiai osztály, Békéscsaba

<sup>3</sup>BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, Patológiai osztály, Békéscsaba

<sup>4</sup>BMKK. Dr. Réthy Pál Tagkórház, Sebészeti osztály, Békéscsaba

<sup>5</sup>BMKK Dr. Pándy Tagkórház, Sebészeti osztály, Gyula

<sup>6</sup>SZTE Mellkas Sebészeti Centrum, Szeged

<sup>7</sup>BMKK Dr. Pándy Tagkórház, Onkológiai osztály, Gyula

<sup>8</sup>SZTE 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 vézésforrást 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 melanómára, szisztémás BRAF + MEK inhibitor kezelést kap a beteg, és az eddig negatív eredményű restaging vizsgálatok biztatóak.

Egy 79 éves, agyi infarktusok talaján dementálódott, csuklótörést szenvedett nőbeteget, a Rehabilitációs osztályról vettünk át haematochezia miatt. Ügyeleti időben kolonoszkópiát végeztünk. A bal colonfél területén makroszkóposan szegmentális ischaemia jeleit észleltük, a jobb colonfél megkíméltnak mutatkozott. Ellenben az appendix nyílása szokatlanul prominens, ödémás, gyulladt megjelenésű volt, amihez fokozatosan kialakuló lokális défense társult. Urgens hasi CT során az appendicitis mellett felvetették szolid tumor gyanúját. Akut has indikációval sebészi 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, hypertoniás, diabeteses férfibeteget, negatív gégeszeti státusszal, nyelészavar miatt irányították gasztroszkópos vizsgálatra. A nyelőcső felső sphinctere alatt, egy bedomborodó tumoros képletet találtunk, amiből vett biopszia kiértékelésével nagyrészt necroticus neuroendocrin carcinomát (Grade 3) véleményeztek, mely CT alapján 4 × 3 cm-es, még a nyelőcső falát nem törte át. A beteg onkoteam és OGYÉI engedélye alapján carboplatin-etoposiddal 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.

*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 SZÉNHIDRÁTHÁZTARTÁSRA GYAKOROLT HATÁSA 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEK KÖRÉBEN

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

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, ÁOK, Családorvosi Tanszék, Budapest*

<sup>2</sup>*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 ± 11,5 (± SD) év volt, 61%-uk volt nő. A középsúlyos/súlyos depressziós tünetegyüttes előfordulása 14%, a szorongásé 35% volt. A szénhidrát-anyagcsere szempontjából nem jól kezelt betegek körében (HbA<sub>1c</sub> ≥ 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., Prof Jeney A.

*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 tünetegyüttes jelölt, a vázizomzat folyamatos csökkenésével járó szindróma (CACS: tumoros anorexia-cachexia szindróma), amelyet nem lehet teljes mértékben visszafordítani a szokásos táplálási támogatással, és amely progresszív funkcionális zavarokat okoz. A CACS etiológiája multifaktoriális, a csökkent táplálékfelvétel és a kialakult metabolikus zavarok negatív fehérje- és energiamérleget eredményeznek. A tumor és a gazdaszervezet kölcsönhatása jelentős szerepet játszik a CACS kialakulásában. A tumorsejtek kemokinjei hatására túlsúlyba kerülő proinflammatorikus citokinek a tumormediátorokkal együtt katabolikus túlsúlyt eredményeznek, és ezen keresztül a cachexia kialakulásáért felelősek. Annak ellenére, hogy számos, a CACS patomechanizmusának egyes szakaszaiba beavatkozó kísérleti szert vizsgáltak állatmodellekben, klinikai vizsgálatig csak kevés jutott el. Az eredmények nem elég erősek állásfoglalás kialakításához és jelenleg nincs egységes állásfoglalás a CACS kezelésében. Az új 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.<sup>1</sup>, Bujtor Z.<sup>1</sup>, Szemes M.<sup>1</sup>, Völgyi Z.<sup>1</sup>, Fischer T.<sup>1</sup>, Sziráki K.<sup>1</sup>, Györkös A.<sup>2</sup>, Takács M.<sup>3</sup>, Gieth A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Zala Megyei Szent Rafael Kórház II. Belgyógyászat

<sup>2</sup>Zala Megyei Szent Rafael Kórház I. Belgyógyászat

<sup>3</sup>Zala Megyei Szent Rafael Kórház Radiológiai Osztály

<sup>4</sup>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 görccstevékenységek 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.<sup>1</sup>, Galambosi B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Farmakognóziák Intézet, Budapest,

<sup>2</sup>MTT Agrifood Research Centre in Finland, Mikkeli, Finland

A *Rhodiola rosea* L. (Rózsagyökér) az Északi sarkkörön túl növő őshonos évelő növény, melynek rózsaiálltú 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 Farmakognóziák 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 tabletták kaphatók.

10.

### „LYUK” A DUODENUM BULBUSÁN

Horvát G.<sup>1</sup>, Kivács I.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös

<sup>2</sup>Sebészeti 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.<sup>1</sup>, Makai G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály

<sup>2</sup>Endoszkópos 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 kiterjedő 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.<sup>1</sup>, Berze I.<sup>2</sup>, Nagy L.<sup>2</sup>, Jász M.<sup>2</sup>, Tomcsik Z.<sup>3</sup>, Bor L.<sup>3</sup>, Hermann P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem Fogpótlástani Klinika

<sup>3</sup>Dél-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 szemianaerob 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 CO<sub>2</sub>-vesztésmentes rendszer segítségével mért értékekkel.

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

kor alkalmas lehet a vizsgált nyálparaméterek pontos meghatározására.

## 13. A HÓLYAGHURUT KÓROKOZÓINAK MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATA

Horváth J.<sup>1</sup>, Juhász A.<sup>1</sup>, Lukács N.<sup>1</sup>, Köves B.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>BKMK SZTE ÁOK OKT. KH. Urológiai Osztály

<sup>2</sup>Jahn 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.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>2</sup>, Hegyi J. P.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>,  
Faluhelyi N.<sup>4</sup>, Kelemen D.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SE VSZÉK Pankreasz Betegségek Részlege

<sup>2</sup>PTE ÁOK, Transzlációs Medicina intézet

<sup>3</sup>PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika

<sup>4</sup>PTE KK Orvosi Képzőképző Klinika

<sup>5</sup>PTE 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 Pankreasz Betegségek Részlege (PBR) célul tűzte ki az AP-es betegek korszerű, multidiszciplináris alapokon nyugvó kezelését, és az ehhez szükséges felételek biztosítását.

**Eset:** Az 59 éves férfi betegnél görcsös, 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.

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

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

**Módszerek:** A háziiorvosi 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 háziiorvos szakorvosok sem helyezkednek el praxisokban.

**Következtetések:** A háziiorvosi szakma iránti érdeklődés már a graduális képzés során fel kell keltetni. 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., Kruzsliz J., Acél P., Bencze M.,  
Lukács M., Szakács P., Csizmadia C.  
Mohácsi Kórház Belgyógyászati Osztály  
COVID-ellátó Részleg

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

**Beteganyag és módszer:** 2020. november és 2021. május között összesen 474 koronavírus fertőzésben szenvedő beteget kezeltünk kórházi osztályunkon (232 férfi, 242 nő, átlagéletkor: 66±11 év). Elemeztük a betegek kísérőbetegségeit, rizikófaktorait és ezek 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.<sup>1</sup>, Bencze Á.<sup>1</sup>, Persóczy M.<sup>2</sup>, Tőke J.<sup>1</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>2</sup>Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

**Bevezetés:** A neuroendokrin tumorok által okozott carcinoid szindróma jellemzői a flush, hasmenés, bronchospasmus és tachycardia. Ezeket a tumor és a metastasisai által termelt vazóaktív anyagok okozzák, mint pl. a szerotonin. A carcinoid szívbetegség (CHD) a carcinoid szindrómában (CS) szenvedők akár 50%-ában kialakulhat, fokozott morbiditáshoz és mortalitáshoz vezet. Az utóbbi évek tapasztalatai alapján a 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.<sup>1</sup>, Medvegy Z.<sup>2</sup>, Tulit T.<sup>3</sup>,

Pavlik G.<sup>2</sup>, Simonyi G.<sup>4</sup>, Sterbenz T.<sup>2</sup>, Medvegy M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nyíregyházi Egyetem, Testnevelés és Sporttudományi Intézet, Nyíregyháza

<sup>2</sup>Testnevelési Egyetem, Budapest

<sup>3</sup>Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa

<sup>4</sup>Szent 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 újságcikkek, valamint a PubMed és Google adatbázisokban megjelent szakcikkek.

**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 sakkozói 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.<sup>1</sup>, Veszeli N.<sup>2</sup>, Temesszentandrás G.<sup>3</sup>, Farkas H.<sup>4</sup>, Kalabay L.<sup>5</sup>,

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati

és Hematológiai Klinika

<sup>3</sup>Betegápoló Irgalmasrend, Budai Irgalmasrendi Kórház

<sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Országos Angiooedema Központ

<sup>5</sup>Semmelweis 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 proteínáz 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,  $\text{átlag} \pm \text{SD}$ ) 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.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>SE Min invazív és egynap. Seb Klin. Belgyógy.

Angiológiai Szakrendelés. Budapest

<sup>2</sup>IMS /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 kollégánknak 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 érállapotának 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.<sup>1</sup>, Kardos M.<sup>2</sup>, Fintha A.<sup>3</sup>, Ladányi Á.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Péterfy Kórház-rendelőintézet és Manningér Jenő Országos Traumatológiai Intézet

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet

<sup>3</sup>Semmelweis 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 sülyedést, 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.<sup>1</sup>, Sipos F.<sup>1</sup>, Gyergyay F.<sup>2</sup>, Kamondi A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati

és Hematológiai Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Országos Onkológiai Intézet, Budapest

<sup>3</sup>Országos Klinikai Idegtudományi Intézet, Budapest

**Előzmények:** A neuropathia sajátos megnyilvánulása paraneoplasias eredetű neurológiai szindrómának (PNS) felel meg: a tumor közvetett, nem metastatikus, távoli hatásaként értékelhető. A neurológiai deficit a daganat által expresszált aberráns onconeuralis antigének révén autoimmun természetű válaszreakciók következménye. PNS a daganatos 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 (plasmaferesis, 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<sup>+</sup> T-sejtek általában klaszikus 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.<sup>1</sup>, Sinkovits G.<sup>2</sup>, Bobek I.<sup>3</sup>, Lakatos B.<sup>3</sup>,  
Förhécz Z.<sup>2</sup>, Prohászka Z.<sup>2</sup>, Réti M.<sup>3</sup>, Arató M.<sup>1</sup>,  
Cseh G.<sup>1</sup>, Masszi T.<sup>2</sup>, Merkely B.<sup>4</sup>, Ferdinandy P.<sup>5</sup>,  
Vályi-Nagy I.<sup>3</sup>, Prohászka Z.<sup>2</sup>, Firneisz G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ramgen Zrt., Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati  
és Hematológiai Klinika

<sup>3</sup>Dél-pesti Centrumkórház Országos Hematológiai  
és Infektológiai Intézet

<sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív-  
és Érgyógyászati Klinika

<sup>5</sup>Semmelweis 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 szérumban-  
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 donorok 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. plazmadonorok (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-  
vans biomarkerek (abs. lymphocyták szám, 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 mortalitá-  
sának jó prognosztikai biomarkere, már 9,5 (medián)  
nappal a halál előtt levett szérumbanmintákból meghatá-  
rozva összevethető, illetve jobb a napi gyakorlatban  
használt rutin markerekénél.

24.

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

Nyikos O.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Vajda Z.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I. Belgyógyászat, Fejér Megyei Szent György  
Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár

<sup>2</sup>Radiológiai 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 látszódnak 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., Csefkó K., Balla E., Gaál A., Pink T., Varga M.

2. 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.<sup>1</sup>, Töke J.<sup>1</sup>, Szücs N.<sup>1</sup>, Reismann P.<sup>1</sup>, Nagy G.<sup>2</sup>, Jakab Z.<sup>1</sup>, Sági Z.<sup>3</sup>, Huszty G.<sup>4</sup>, Szlávik R.<sup>4</sup>, Dabasi G.<sup>5</sup>, Varga Z.<sup>5</sup>, Horányi J.<sup>4</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Hematológiai Klinika

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet

<sup>4</sup>Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

<sup>5</sup>Semmelweis 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: szérumkalcium: 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., Szegedi L.

*Szabolcs-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 felállítása 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 hármás 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.

*PTE 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 bérkiegészítése 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.

*Szentendre Város Egészségügyi Intézményei,  
Belgyógyászat*

A szerző évtizedek óta foglalkozik az ionok citoplazmatikus anyagcserét szabályozó szerepével. Christian Sonne dán professzorral írt hipotézise a világhálón olvasható.\*

A szerzők irodalmi adatok alapján vezették le, hogy:

1. Az esszenciális 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  $\text{HCO}_3^-$  emelkedése, a klorid szint csökkenése is triggerelné. Ennek következtében aktiválná az arteriolák simaizomszentjeinek és a bal kamrai szívizom sejtjeinek  $\text{Na}^+/\text{H}^+$  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  $\text{Na}^+$  növekedését és a  $\text{Cl}^-$  szint csökkenését segíti elő a célsejtekben.
7. A RAAS  $\text{H}^+$  koncentráció csökkenését és az IC  $\text{Cl}^-/\text{HCO}_3^-$  egyensúly helyreállítását szolgálná. Ennek fokozott célsejtek  $\text{Na}^+$  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.

*SE Népegészségügyi 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 elsőként közti 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.<sup>1</sup>, Müzes G.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Semmelweis 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 megbetegedés/eket 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 véleményeztük. 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.

### MELLÉKPAJZSMIRIGY-CARCINOMA MTOR MUTÁCIÓVAL

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

<sup>1</sup>Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>2</sup>Belgyógyászati és Haematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>3</sup>Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>4</sup>I. 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 komprehensív 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.<sup>1</sup>, Arapovicsné Dr. Kis K.<sup>1</sup>, Schandl L.<sup>1</sup>, Winkler G.<sup>1</sup>, Grosz A.<sup>2</sup>, Mészáros P.<sup>3</sup>, Dubóczki Z.<sup>3</sup>, Mersich T.<sup>3</sup>, Kis J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>II-es Belgyógyászati, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő 1125, Budapest, Diós árok 1-3.

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

<sup>3</sup>Sebészet, 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<sub>1c</sub> értéke 7,5%. A kiindulási testsúlyuk az első 3 hónap után átlagosan 2,2 kg-mal, BMI értékük 21,3-ról 20,3 kg/m<sup>2</sup>-re csökkent.

Ezen vulnerabilis betegcsoport diabetesének gondozása során – az alapbetegség többnyire rossz prognóza 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.<sup>1</sup>, Mikala G.<sup>2</sup>, Kozma A.<sup>2</sup>, Fábián J.<sup>2</sup>,  
Hardi A.<sup>2</sup>, Alizadeh H.<sup>3</sup>, Rajnics P.<sup>4</sup>, Rejtő L.<sup>5</sup>,  
Szendrei T.<sup>6</sup>, Váróczy L.<sup>7</sup>, Illés Á.<sup>7</sup>, Vályi-Nagy I.<sup>2</sup>,  
Masszi T.<sup>1</sup>, Varga G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

<sup>2</sup>Hematológiai és Óssejt-transzplantációs Osztály,  
Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet,  
Dél-Pesti Centrumkórház, Budapest

<sup>3</sup>I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pécsi  
Tudományegyetem, Pécs

<sup>4</sup>Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház,  
Kaposvár

<sup>5</sup>Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza

<sup>6</sup>Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

<sup>7</sup>Hematológiai 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.<sup>1</sup>, Czirják S.<sup>2</sup>, Sipos L.<sup>2</sup>, Reiniger L.<sup>3</sup>,  
Tőke J.<sup>1</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai  
Klinika, Budapest*

<sup>2</sup>*Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti  
Intézet, Budapest*

<sup>3</sup>*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.<sup>1</sup>, Reismann P.<sup>1</sup>, Micsik T.<sup>2</sup>, Doros A.<sup>3</sup>,  
Sápi Z.<sup>2</sup>, Szücs N.<sup>1</sup>, Sármán B.<sup>4</sup>, Pusztai P.<sup>4</sup>,  
Nagy G.<sup>4</sup>, Horányi J.<sup>3</sup>, Szlávik R.<sup>3</sup>, Huszty G.<sup>3,3</sup>,  
Borka K.<sup>5</sup>, Igaz P.<sup>1</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis  
Egyetem, Budapest*

<sup>2</sup>*I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet,  
Semmelweis Egyetem, Budapest*

<sup>3</sup>*Sebészeti, Transzplantációs és Gastroenterológiai  
Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

<sup>4</sup>*Belgyógyászati és Haematológiai Klinika, Semmelweis  
Egyetem, Budapest*

<sup>5</sup>*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.<sup>1</sup>, Arapovicsné Dr. Kis K.<sup>1</sup>, Kis J.<sup>1</sup>, Schandl L.<sup>1</sup>, Winkler G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*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 $\beta$  (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.

Esetbemutatásunk 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 immunonkoterápiában részesülő betegek gondozása során fokozottabban kell ügyelni a vércukor-

háztartása, 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.

*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.<sup>1</sup>, Horváth J.<sup>2</sup>, Dubravcsik Z.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézet*

<sup>2</sup>*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 májelhárításokat 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 beállítását követően 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 perforációs szövődésének tekintettük. Mivel a percutan drenázst kivitelezhetetlennek véleményezték, kombinált intravénás, majd perorális antibiotikumokkal kezeltük. A Beteg döntöttünk. 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  
Besenyey 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\*  
Dubravcsik Z. 39  
Dubóczki Z. 33

## E

Eröss B. 14

## F

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

## G, GY

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\*  
Huszty 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  
Müzes G. 22\*, 31

## N, NY

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

## 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  
Pálfí A. 4  
Pócsai K. 26\*

## R

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

## S, SZ

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

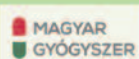
### **Kelemen Endre Emlékelőadás és Emlékérem kitüntetés**

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

 **Quamatel**<sup>®</sup>  
famotidin



**Első\* az egyensúly védelmében!**



**120**  **ÉVE**  
RICHTER GEDEON



Richter Gedeon Nyrt., székhely: 1103 Budapest, Gyömrői út 19-21., [www.gedeonrichter.com](http://www.gedeonrichter.com)

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

Mellékhatás / Nemkívánatos esemény bejelentése és orvosszakmai kérdés esetén elérhetőség: +36 1 505 7032; [medinfo@richter.hu](mailto:medinfo@richter.hu).

A termék alkalmazásával kapcsolatos információkról a [termekinformatio@richter.hu](mailto:termekinformatio@richter.hu) címen érdeklődhet.

Document ID: KEDP/DAD8KL, Lezárás dátuma: 2021.10.04.

\*2020-ban a legtöbb beteg számára felírt H2 receptor-blokkoló. Forrás: [www.oep.hu](http://www.oep.hu).



**Quamatel<sup>®</sup> 20 mg filmtabletta**  
[https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show\\_details&item=11131](https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=11131)  
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2020.04.05  
**Teljes ár/TB támogatás/Téritési díj:**  
20 mg filmtabletta (28x): 740 Ft/286 Ft/454 Ft  
20 mg filmtabletta (60x): 1546 Ft/721 Ft/825 Ft



**Quamatel<sup>®</sup> 40 mg filmtabletta**  
[https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show\\_details&item=11132](https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=11132)  
A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2020.04.05  
**Teljes ár/TB támogatás/Téritési díj:**  
40 mg filmtabletta (14x): 608 Ft/ 205 Ft/403 Ft  
40 mg filmtabletta (30x): 1295 Ft/439 Ft/856 Ft

# PANTOPRAZOLÉ- TEVA

20 és 40 mg hatáserősségben,  
28x és 56x kiszerelésben



klopidogréllel  
együtt adható



reflux tüneti  
és hosszú  
távú kezelése



laktózmentes



KÉSZÍTMÉNY MEGNEVEZÉSE	BRUTTÓ FOGYASZTÓI ÁR (FT)	NORMATÍV TÁMOGATÁSI ÖSSZEG (FT)	TÉRÍTÉSI DÍJ NORMATÍV TÁMOGATÁS ESETÉN (FT)
Pantoprazole-Teva 20 mg gyomornedv-ellenálló tabletta 28x	391	215	176
Pantoprazole-Teva 40 mg gyomornedv-ellenálló tabletta 28x	755	415	340

2021. szeptember 1-től érvényes árak

**Az aktuális árak és támogatások elérhetőek: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – Végleges PUPHA**

[http://neak.gov.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalok/gyogyszer\\_segedeszkoz\\_gyogyfurdo\\_tamogatas/egeszsegugyi\\_vallalkozasoknak/pupha/Vegleges\\_PUPHA.html](http://neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfurdo_tamogatas/egeszsegugyi_vallalkozasoknak/pupha/Vegleges_PUPHA.html)



**Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!**  
Az alkalmazási előírás elérhető az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet  
gyógyszer adatbázisában.

[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show\\_details&item=33126](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=33126)

## teva

Teva Gyógyszergyár Zrt.

4042 Debrecen, Pallagi út 13. | Levelezési cím: 1385 Budapest, Pf. 860. | Telefon: (1) 288 6400 | Fax: (1) 288-6410 | További információk: [www.teva.hu](http://www.teva.hu)  
A dokumentum lezárásának dátuma: 2021. szeptember 25. | ACI-HU-00025