

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG 48. NAGYGYŰLÉSE

Hotel Mercure Budapest Castle Hill

1013 Budapest, Krisztina Krt. 41-43 (Déli pályaudvarnál)

2022. szeptember 01-03.

PROGRAM

2022. 09.01. CSÜTÖRTÖK

9.00 óra Megnyitó

9.10 – 10.10 IMMUNOLÓGIA ÉS SZEPSZIS

Üléselnökök: Tulassay Zsolt, Budapest

09.10 **Hogyan győzzük le a szepszist?**

Molnár Zsolt, Pécs-Budapest

09.30 **Szisztémás autoimmun kórképek – újdonságok**

Tarr Tünde, Debrecen

09.50 **A köszvény és az autoinflammáció**

Szekanecz Zoltán, Debrecen

10.15 – 11.15 HEMATOLÓGIA ÉS ONKOLÓGIA

Üléselnökök: Demeter Judit, Budapest, Masszi Tamás, Budapest

10.15 **Csontvelő transzplantáció. Jelen és jövő**

Gergely Lajos, Debrecen

10.35 **Molekuláris diagnosztikán alapuló onkológiai kezelések**

Mühl Dorottya, Budapest

10.55 **Lymphomák 2021**

Demeter Judit, Budapest

Kávészünet, a kiállítás és a poszterek megtekintése

11.30 – 12.30 ELNÖKI SZIMPÓZIUM

Üléselnök: Szathmári Miklós, Budapest

Az elgurult aranyalma

Margittai Gábor, Budapest

Orvosnők helyzete Magyarországon

Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg

12.40 – 13.20 KELEMEN ENDRE EMLÉKELŐADÁS

Üléselnök: Tulassay Zsolt, Budapest

Kelemen Endre 1921–2000

Előadó: Szalay Ferenc, Budapest

Ebédészünet

14.00 – 14.45

BAYER HUNGÁRIA Kft SZATELLITA SZIMPÓZIUM

Magas kockázatú szív- érrendszeri betegek vaszkuláris védelme

Üléselnök: Prof.Dr. Pécsvárady Zsolt, Kistarcsa

Hipertónia és pitvarfibrilláció – mire figyeljünk?

Benczúr Béla, Szekszárd

Daganat okozta trombózis antikoagulációs kezelése az új irányelvek mentén

Nagy András Csaba, Budapest

14.45 – 15.45

MBT Észak-kelet Magyarországi Szakcsoport programja

Üléselnökök: Altorjay István, Debrecen, Nagy V Endre, Debrecen

14.45

Új irányzatok a gasztroenterológiában

Altorjay István, Debrecen

15.05

Endokrinológia – új kezelési lehetőségek

Nagy V Endre, Debrecen

15.25

Elmúlt évek sikerei a hematológiában

Illés Árpád, Debrecen

15.45 – 16.45 NOVO NORDISK SZIMPÓZIUM

A 2-es típusú diabetesz inzulinkezelésének aktualitásai

Üléselnök: Professzor Dr. Kempler Péter

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

Sipter Emese, Budapest

Bázis+bolus inzulinkezelés- kinek, mikor, hogyan?

Bujtor Zoltán, Zalaegerszeg

16.45 – 17.15

REZIDENSEK FÓRUMA

Üléselnök: Szathmári Miklós, Budapest

Közép aorta szindróma okozta szekunder hipertonia egy fiatal felnőtt betegben. Esetismertetés

Sumánszky Csaba, Budapest

Parathyroid adenoma, egy új manifesztáció Li-Fraumeni szindrómában

Kövesdi Annamária, Budapest

Ritka betegség, ritka veseszövődéssel

Móczár Eszter, Budapest³

17.15 – 18.15

A Szekció
Bejelentett előadások

Mátyás 1 terem

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

DIABETES

17.15 PANCREATECTOMIZÁLT BETEGEK DIABETESÉNEK KEZELÉSÉVEL NYERT TAPASZTALATAINK

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

17.25 IMMUNTERÁPIA MEDIÁLT 1-ES TÍPUSÚ DIABETES – ESETISMERTETÉS

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

17.35 A HANGULATZAVAROK ELŐFORDULÁSA ÉS A SZÉNHIDRÁTHÁZTARTÁSRA GYAKOROLT HATÁSA 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEK KÖRÉBEN

Hargittay C.¹, Gonda X.², Márkus B.¹, Vörös K.¹, Rihmer Z.², Kalabay L.¹, Torzsa P.¹, *Semmelweis Egyetem, ÁOK, Családorvosi Tanszék, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest²*

KARDIOLÓGIA / HIPERTÓNIA

17.45 VERSENYSPORTOLÓK HIRTELEN HALÁLESETEINEK ELEMZÉSE

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

17.55 ELÉG IRODALMI ADAT ÁLL RENDELKEZÉSRE AZ ESSZENCIÁLIS HIPERTÓNIA OKAINAK FELTÁRÁSÁRA

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

17.15 – 18.15

HEMATOLÓGIA / IMMUNOLÓGIA / VEGYES

Üléselnökök: Müzes Györgyi, Budapest, és Sipos Ferenc, Budapest

17.15 MAGYARORSZÁGI TAPASZTALATOK VENETOCLAX KEZELÉSEL T(11;14) MYELOMA MULTIPLEXBEN

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

17.25 AUTOIMMUN PARANEOPLASZIÁS NEUROLÓGIAI SYNDROMA

Müzes G.¹, Sipos F.¹, Gyergyay F.², Kamondi A.³, *Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest¹, Országos Onkológiai Intézet, Budapest², Országos Klinikai Idegtudományi Intézet, Budapest³*

17.35 DILATATÍV CARDIOMYOPATHIA ÉS POLYAUTOIMMUNITÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI

Sipos F.¹, Müzes G.¹, *Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest¹*

17.45 NSAID INDUKÁLTA PSEUDOALLERGIÁS REAKCIÓ KIVÁLTOTTA TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHIA

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

17.55 A TUMOROS CACHEXIA METABOLIKUS EGYENSÚLY ZAVARA ÉS TERÁPIÁS CÉLPONTJAI 2021 - UPDATE

Harisi R.¹, Jeney A.¹, *Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet¹*

2022. 09. 02., PÉNTEK

9.00 – 10.00

KARDIOLÓGIA ÉS HIPERTÓNIA

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

Aorta aneurysma, mikor kell érsebész, mi remélhető az invazív ellátástól

Szeberin Zoltán, Budapest

10.00 – 11.00

MBT DUNÁNTÚLI SZEKCIÓ PROGRAMJA

Üléselnök: Mezősi Emese, Pécs

Terápiás aferezis

Alizadeh Hussain, Pécs

Puffadás –

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

Mikor küldje a belgyógyász kardiológushoz a beteget?

Nagy Lajos, Szombathely

11.00-12.00

A BELGYÓGYÁSZAT AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

Üléselnök: Tulassay Zsolt, Budapest, Herszényi László, Budapest

11.00

A vastagbél daganatok szűrése Magyarországon

Szepes Zoltán, Szeged

11.20

Hepatitiszek

Hunyady Béla, Pécs

11.40

Pulmonális hipertonia - ritka, vagy gyakori betegség?

Karlócai Kristóf, Budapest

12.00 – 13.00

TEVA SZIMPÓZIUM

Interdiszciplináris beszélgetés

A szív vagy a gyomor? Avagy hogyan dolgozik együtt a kardiológus és a gasztroenterológus

Előadók: Becker Dávid, Budapest, Herszényi László, Budapest

13.00-13.30

Ebédszünet

13.30 – 14.30

COVID, AMI MEGVÁLTOZTATTA A VILÁGOT

Üléselnök és moderátor: Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg

Vírusok a 21. században

Jakab Ferenc, Pécs

COVID és a belgyógyász. Együttműködés a társszakmák képviselőivel

Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg

Post-Covid szindróma - mit is jelent, mi a teendő?

Herszényi László, Budapest

**14.30 -15.30 DÉL-MAGYARORSZÁGI BELGYÓGYÁSZ DECENTRUM
PROGRAMJA**

Üléselnök: Varga Márta, Békéscsaba

14.30 **Gyulladásos bélbetegségek új kezelési lehetőségei.**

Molnár Tamás, Szeged

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

Varga Márta, Békéscsaba

15.10 **Kardiológia és a lipidek**

Márk László, Gyula

15.30 – 16.15 GERIÁTRIA

Üléselnök: Gadó Klára, Budapest

A véralvadás változása időskorban

Gadó Klára, Budapest

Pajzsmirigybetegségek és demencia. Tények és feltételezések

Tóth Miklós, Budapest

Demencia a belgyógyászati gyakorlatban

Bessenyei Attila, Gadó Klára, Budapest

16.20 – 16.50 KÖZGYŰLÉS –

Kitüntetés átadása, kapja Rácz István, Győr

17.00 – 19.00

**A Szekció
Bejelentett előadások**

Mátyás 1. terem

COVID témakör

Üléselnök: Meskó Éva, Budapest és Firneisz Gábor, Budapest

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

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

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

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

17.20 **RENOPARENCHYMÁS HYPERTONIA DIAGNÓZISA ÉS KEZELÉSE 2022**

Barna István, Budapest, Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

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

Simek Á.¹, SE Népegészségtani Intézet¹

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

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

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

Dr. Herr G.¹, Dr. Bujtor Z.¹, Dr. Szenes M.¹, Dr. Völgyi Z.¹, Dr. Fischer T.¹, Dr. Sziráki K.¹, Dr. Györkös A.², Dr. Takács M.³, Dr. Gieth A.⁴, *Zala Megyei Szent Rafael Kórház II. Belgyógyászat¹, Zala Megyei Szent Rafael Kórház I. Belgyógyászat², Zala Megyei Szent Rafael Kórház Radiológiai Osztály³, Keszthelyi Kórház Rehabilitációs Osztály⁴*

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

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

ENDOKRINOLÓGIA

Üléselnök: Szücs Nikolett, Budapest és Tőke Judit, Budapest

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

Szücs N.¹, Czirják S.², Sipos L.², Reiniger L.³, Tőke J.¹, Tóth M.¹, *Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest¹, Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Budapest², Semmelweis Egyetem I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Központ, Budapest³*

18.20 **MELLÉKPAJZSMIRIGY CARCINOMA MTOR MUTÁCIÓVAL**

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

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

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

18.40 **REVERZIBILIS CARCINOID SZÍVBETEGSÉG - KÉT NEUROENDOKRIN TUMOROS BETEGÜNK KÓRTÖRTÉNETÉNEK TANULSÁGAI**
Kövesdi A.¹, Bencze Á.¹, Persóczki M.², Tőke J.¹, Tóth M.¹, ¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest, ²Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

18.50 **EGY HAZAI CENTRUM (SE BELGYÓGYÁSZATI ÉS ONKOLÓGIAI KLINIKA) MELLÉKPAJZSMIRIGY KARCINÓMÁS BETEGEINEK KLINIKOPATOLÓGIAI VIZSGÁLATA.**
Pócsai K.¹, Tőke J.¹, Szücs N.¹, Reismann P.¹, Nagy G.², Jakab Z.¹, Sápi Z.³, Huszty G.⁴, Szlávik R.⁴, Dabasi G.⁵, Varga Z.⁵, Horányi J.⁴, Tóth M.¹, ¹Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, ²Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, ³Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, ⁴Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gastroenterológiai Klinika, ⁵Semmelweis Egyetem Nukleáris Medicina Tanszék

17.00 – 19.20

B szekció
Bejelentett előadások

Mátyás 2. terem

GASZTROENTEROLÓGIA

Üléselnök: Varga Márta, Békéscsaba és Horváth Gyula, Gyöngyös

17.00 **EGY HATÉKONYABB ENDOSZKÓPIÁS ELŐKÉSZÍTÉS A NEM VARIX EREDETŰ FELSŐ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉS ELLÁTÁSÁBAN. AVAGY MENNYIRE HASZNOS AZ ERYTHROMYCIN ALKALMAZÁSA?**
Pepa K.¹, Csefkó K.¹, Balla E.¹, Gaál A.¹, Pink T.¹, Varga M.¹, ². Gasztroenterológia/4. Belgyógyászati Osztály, Békés Megyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba¹

17.10 **GYAKORI TÜNETEKBE MEGNYILVÁNULÓ RITKA DAGANATOS KÓRKÉPEK**
Gaál A.¹, Gyaraki P.¹, Balla E.¹, Kardos K.², Patai T.³, Bodor A.³, Pálfi A.⁴, Barbat M.⁴, Rózsa Á.⁵, Lázár G.⁶, Pikó B.⁷, Oláh J.⁸, Varga M.¹, ¹BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, ²Gasztroenterológiai osztály, Békéscsaba¹, ³BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, ⁴Radiológiai osztály, Békéscsaba², ⁵BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, ⁶Patológiai osztály, Békéscsaba³, ⁷BMKK Dr. Réthy Pál Tagkórház, ⁸Sebészeti osztály, Békéscsaba⁴, ⁵BMKK Dr. Pándy Tagkórház, ⁶Sebészeti osztály, Gyula⁵, ⁷SZTE Mellkas

Sebészeti Centrum, Szeged⁶, BMKK Dr. Pándy Tagkórház, Onkológiai osztály, Gyula⁷, SZTE Onko-Dermatológiai Centrum, Szeged⁸

- 17.20 **„LYUK” A DUODENUM BULBUSÁN**
Horvát G.¹, Kivács I.², *Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös¹, Sebészeti osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös²*
- 17.30 **A GYOMOR ÉS COLON SECUNDAER TUMORAIRÓL EGY ESETÜNK KAPCSÁN**
Horvát G.¹, Makai G.², *Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály¹, Endoscopos labor, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös²*
- 17.40 **DUODENÁLIS FEKÉLY NEM SZOKVÁNYOS ESETE**
Tóth-Szeles R.¹, Horváth J.², Dubravcsik Z.², *Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézet¹, Bács-Kiskun Megyei Kórház Urológiai Osztály, Bács-Kiskun Megyei Kórház Gasztroenterológiai Osztály²*
- 17.50 **HAEMOSUCCUS PANCREATICUS, AZ OBSKURUS GI VÉRZÉS RITKA OKA (ESETBEMUTATÁS)**
Nyikos O.¹, Izbéki F.¹, Vajda Z.², *I. Belgyógyászat, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár¹, Radiológiai Osztály, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár²*
- 17.50 **AZ ACUT PANCREATITIS MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSE**
Hussein T.¹, Eröss B.¹, Hegyi J. P.¹, Vincze Á.³, Faluhelyi N.⁴, Kelemen D.⁵, Hegyi P.¹, *¹SE VSZÉK Pankreasz Betegségek Részlege, ²PTE ÁOK, Transzlációs Medicina intézet, ³PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, ⁴PTE KK Orvosi Képző Kórház, ⁵PTE KK Sebészeti Klinika*
- 18.00 **GASTRO-OESOPHAGEÁLIS REFLUX BETEGSÉG ORÁLIS MANIFESZTÁCIÓI: A NYÁL PARAMÈTEREIT VIZSGÁLÓ METODIKA**
Horváth A.¹, Berze I.², Nagy L.², Jász M.², Tomcsik Z.³, Bor L.³, Hermann P.², *¹Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar, ²Semmelweis Egyetem Fogpótlástani Klinika, ³Dél-Pesti Centrumkórház, Sebészeti Osztály*
- 18.10 **MIKROSZKÓPOS COLITIS A CSÖKKENT CSONTSÚRÚSÉG RIZIKÓFAKTORA: SZISZTÉMATIKUS REVIEW AND META-ANALIZIS**
Rancz A.¹, Teutsch B.³, Engh M.¹, Veres D.⁴, Földvári-Nagy L.⁵, Eröss B.⁶, Hosszúfalusi N.², Juhász M.⁷, Hegyi P.¹, Mihály E.², *¹Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary, ²Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, Medical School, Budapest, Hungary, ³Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary, ⁴Semmelweis University Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary, ⁵Department of Morphology and Physiology, Faculty of Health Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary, ⁶Division of Pancreatic Diseases, Heart and Vascular Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary, ⁷Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary*
- 18.20 **A HELICOBACTER PYLORI PREVALENCIÁJÁNAK ÉS ENDOSZKÓPOS MANIFESZTÁCIÓJÁNAK VÁLTOZÁSA 10 ÉV ALATT**

Vessal A.¹, Alijanpourotagh Sara A.¹, Tulassay Z.¹, Mihály E.¹, ¹*Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, Medical School, Budapest, Hungary*

18.30 **A SEMMELWEIS EGYETEM CRC SZŰRÉS EREDMÉNYEI 2019-2020 KÖZÖTT**

Strelnikov D.¹, Longobardi S.¹, Tulassay Z.¹, Mihály E.¹, ¹*Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, Medical School, Budapest, Hungary*

VEGYES TÉMÁK

Üléselnök: Szalay Ferenc, Budapest

18.40 **A HÓLYAGHURUT KÓROKOZÓINAK MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATA**
Horváth J.¹, Juhász A.¹, Lukács N.¹, Köves B.², *BKMK SZTE ÁOK OKT. KH. Urológiai Osztály¹, Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Urológiai Osztály²*

18.50 **FAMILIÁRIS AMYLOID POLYNEUROPÁTHIA. ESETISMERTETÉS.**
Birtalan K.¹, Takács E.¹, Arányi Z.², Prohászka Z.³, Fecske É.⁴, Taller A.¹, ¹*II. Belgyógyászati Osztály, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest,* ²*Neurológia Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest,* ³*Belgyógyászati és Hematológiai Klinika Kutatólaboratóriuma, Budapest,* ⁴*Patológiai Osztály, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest*

19.00 **ADAPTOGÉN HATÁSÚ RHODIOLA ROSEA BIOLÓGIAILAG AKTÍV KOMPONENSEINEK TÖMEGSPEKTROMETRIÁS VIZSGÁLATA ÉS FARMAKOLÓGIAI HATÁSA.**
Héthelyi B.¹, Galambosi B.², *Semmelweis Egyetem, Farmakognózia Intézet, Budapest,¹, MTT Agrifood Research Centre in Finland, Mikkeli, Finland²*

2022. 09. 03., SZOMBAT

- 8.15 –9.00 **Interaktív esetmegbeszélések**
Moderátorok: Magyar Anna, Budapest,
Szalay Ferenc, Budapest,
Szűcs Nikolett, Budapest
Taller András, Budapest
- 9.00 -10.20 **State of art előadások I.**
Üléselnökök: Szathmári Miklós, Budapest, Rácz István, Győr
- 9.00 **Pancreas betegségek 2021**
Czakó László, Szeged
- 9.20 **Microbiom szerepe belgyógyászati betegségekben**
Szabó Dóra, Budapest
- 9.40 **Mit hozott és hoz a modern endoszkópia a gasztroenterológiai betegségek diagnosztikájában?**
Rácz István, Győr
- 10.00 **Gyógyszer okozta vastagbél eltérések**
Taller András, Budapest
- 10.20 **Microvaszkuláris angína-koronária betegség: Kis ér nagy probléma**
Szauder Ipoly, Budapest
- 10.40 **A diabetes mellitus kezelésének perspektívái 2022**
Jermendy György, Budapest
- 11.00-11.20 Szünet
- 11.20—13.00 **State of art előadások II.**
Üléselnökök: Merkely Béla, Budapest, Lengyel Csaba, Szeged
- 11.20 **Kardiológia: Strukturális intervenciók**
Merkely Béla, Budapest
- 11.40 **A D-vitamin-hiány hatása a halálózásra**
Takács István
- 12.00 **A dekompenzált májzsugor kezelése**
Papp Mária, Debrecen
- 12.20 **Várandósság és a belgyógyászat**
Patai Árpád, Szombathely
- 12.40 **Célszerv védelem a diabeteses betegekben**
Lengyel Csaba, Szeged

13.00 – 14.00 Ebédszünet

14.00 -16.00 **CSALÁDORVOSI SZEKCIÓ ÜLÉSE**

Üléselnökök: Kalabay László, Budapest és Varga Albert, Szeged

14.00

Különböző kardiovaszkuláris rizikó pontrendszereken és pulzushullám terjedési sebéségen alapuló artériás életkor számítási módszerek összehasonlítása

Nemcsik János, Örs vezér téri háziiorvosi rendelő, Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvosi Tanszék, Budapest

14.15

Hipertónia szakellátóhelyek a magasvérnyomás betegek gondozásának segítésében

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

14:30

A kardiovaszkuláris megbetegedésben szenvedő hajléktalanok ellátása a COVID-19 járvány alatt

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

14:45

Praxisközösségek az alapellátásban

Princz János, Pécsi Tudományegyetem ÁOK Alapellátási Intézet, Pécs

15.00

A depresszió és a szorongás szűrése a cukorbetegség körében

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

15.15

Egyes gyulladási paraméterek szérumszintjének változása C1-inhibitor hiányos hereditár angiooedemában

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

15.30

A háziiorvostan szakorvosképzés időszerű problémái 2022-ben

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

15.45

Megbeszélés, vita

ZÁRSZÓ

ELŐADÁSOK ÖSSZEFOGLALÓI

(az első szerző szerint ábécérendbe sorolva)

1. RENOPARENCHYMÁS HYPERTONIA DIAGNÓZISA ÉS KEZELÉSE 2022

Barna I.¹,

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika*

Hypertonia esetén rutinszerűen rendelői vérnyomásmérés történjen (1B). A rendelőn kívüli vérnyomásmérések ambuláns vérnyomás monitorozással (ABPM), vagy otthoni vérnyomásméréssel (HBPM) minden esetben standardizált körülmények közt történjenek (2B). Krónikus vesebetegségben 30 mg/nap alatti albuminürítés esetén a célvérnyomás tartomány 130-139/70-79 Hgmm (1A). 30-300 illetve 300 mg/nap feletti albuminürítés esetén a célvérnyomás \leq 120-129/70-79 Hgmm (2C). 65 éves életkor felett proteinuria mellett és anélkül is 130-139/70-79 közt legyen.(1B). Diabetesez krónikus vesebetegségben 30 mg/nap alatti albuminürítés esetén a cél szisztolés vérnyomás 120-129 Hgmm közti (1B), 65 év felett 130-139 közt az ajánlott szisztolés érték (1A). Vese transzplantációt követően a célérték 130/80 Hgmm alatti (1A), Diabetesezben és nem diabetesezben hemodialízis előtt 140/90 Hgmm alatti, dialízis után 130/80 Hgmm alatti a célérték.

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

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

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

2. DEMENCIA A BELGYÓGYÁSZATI GYAKORLATBAN

Besenyey A.¹, Gadó K.²,

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

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

Jól ismert tény, hogy társadalmunk öregszik, ami az életkorral összefüggő betegségek, kórállapotok előfordulási gyakoriságát növeli, így a demencia előfordulását is. OECD becslése alapján 2018-ban az EU-tagállamokban 9,1 millió 60 év feletti ember élt demenciával, akiknek száma a jövőben emelkedni fog. Demens beteg időben történő kiszűrése, betegség progressziójának lassítása, differenciál diagnosztika 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 tünetek, társbetegedéseket és kórállapotokat ismertessem, ezáltal segítséget nyújtva az idős, zavart tudatú betegek diagnosztikai és kezelési kihívásaihoz.

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

Reverzibilis okok megszüntetése a beteg mentális statusának javulásához, a betegbiztonság és életminőség emelkedéséhez vezet, ami hosszabb távon az egészségügyi ellátásra nehezedő terhet csökkenti.

3. FAMILIÁRIS AMYLOID POLYNEUROPÁTHIA. ESETISMERTETÉS.

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

¹*II. Belgyógyászati Osztály, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest*

²*Neurológia Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest*

³*Belgyógyászati és Hematológiai Klinika Kutatólaboratóriuma, Budapest*

⁴*Patológiai Osztály, Uzsoki Utcai Kórház, Budapest*

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

Esetismertetés: Az 58 éves, érdemi anamnézissel nem rendelkező nőbetegnek, ismeretlen etiológiájú, fokozatosan progrediáló kevert sensoro-motoros polyneuropathia miatt zajlott a kivizsgálása. Az anti-Hu pozitívítás felvetette tumoros alapbetegség lehetőségét, de ez ismételt labor és célzott képalkotó vizsgálatokkal kizárhatóvá vált, ahogy az is kizárhatóvá vált, hogy fertőző-, gyulladásszerű 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 bőriopsziát vettük a bal vádli, has és jobb felkar területéből. Congo vörös festéssel a bőrben amyloid lerakódásokat találtunk. Tipizálás során transthyretin-associált amyloid polyneuropathiát, génszekvenálás során pVal50Met mutáció találtunk. A mutáció öröklődő jellege miatt a családot is leszártuk. 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 differenciál diagnosztikájában 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.

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

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

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

Bevezetés: Nemzetközi adatok alapján a COVID-19 fertőzöttek 10%-nál gasztrointesztinális tünetek, 14-53%-nál 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 felvételt minden ötödik betegnél (65/333) jelentkezett valamilyen gasztrointesztinális tünet, 37%-ban ehhez megemelkedett transzamináz (AST, ALT) értékek társultak. Az átlag életkor 66 év (IQR: 54-77), férfi / nő arány: 183/150, a betegek mortalitása 7% (22/333) volt. A De Ritis hányados szignifikánsan alacsonyabb volt ($p=0.038$) a gyógyultak körében, mint az elhunytaknál (medián: 1,51; IQR: 0,92-2,00 vs. medián: 1,85; IQR: 1,41-2,16), míg az ALT koncentrációban nem volt szignifikáns különbség ($p=0,182$). ROC görbe alapján a De Ritis hányados AUC (Area Under Curve) értéke 0,746; 95% CI: 0,607-0,885; szenzitivitás: 67%; specificitás: 62% volt. A De Ritis hányados $\geq 1,7307$ értéknél a citokin vihart jelző IL-6 és a májkárosodást jelző ALT is szignifikánsan magasabb ($p < 0,05$) volt.

Következtetés: A kórházi felvételtkor a kiszámolt De Ritis hányados szenzitív prognosztikai értéknek

bizonyult, magasabb szintje összefüggésben áll a COVID-19 mortalitásával.

5. GYAKORI TÜNETEKBE MEGNYILVÁNULÓ RITKA DAGANATOS KÓRKÉPEK

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

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

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

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

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

⁵BMKK Dr. Pándy Tagkórház, Sebészeti osztály, Gyula

⁶SZTE Mellkas Sebészeti Centrum, Szeged

⁷BMKK Dr. Pándy Tagkórház, Onkológiai osztály, Gyula

⁸SZTE Onko-Dermatológiai Centrum, Szeged

Bevezetés: A pandémia alatt, mint nem COVID ellátó Gasztroenterológiai osztálynak, a megnövekedett folyamatos terhelés ellenére is, helyt kellett állni a frissen felismert tumoros betegek kivizsgálásában és szakma specifikus ellátásában. Mindezt három betegünk esetében mutatjuk be. **Esetbemutató:** Egy 63 éves férfi beteg, akinek kórelőzményében 2017-ben a törzs területéről melanoma malignum (pT1a, BRAFmutáció: V600E pozitív) eltávolítás, majd posztoperatív irradiáció szerepel, transzfúziós igényű, vashiányos anaemia miatt vettük fel sürgősséggel osztályunkra. Gasztroszkópia és kolonoszkópia során egyértelmű vérzésforrást nem találtunk, ezért 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 metastasis nem igazolt. Szegedi dermato-onkoteam 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 infarktuskok talaján demenciálódott, 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 dőfense társult. Urgens hasi CT során az appendicitis mellett felvetették szolid tumor gyanúját. Akut has indikációval sebészi exploráció történt. A coecum 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, hipertóniás, diabéteszes férfi beteget, negatív gévészeti státusszal, nyelészavar miatt irányították gasztroszkópos vizsgálatra. A nyelőcső felső sphinteré alatt, egy bedomborodó tumoros képletet találtunk, amiből vett biopszia kiértékelésével nagyrészt necroticus neuroendocrin carcinomát (Grade 3) véleményeztek, mely CT alapján 4x3 cm-es, még a nyelőcső falát nem törte át. A beteg onkoteam és OGYÉI engedélye alapján carboplatin-etoposiddal szentitizált, 28x1,8 Gy összdózisú radiochemoterápiát kap, octreotid depot készítmény mellett. Október közepén lesz esedékes a restaging szerint kontroll onkoteam szakvéleményezése, operálhatóság elbírálása.

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

6. A VÉRALVADÁS VÁLTOZÁSA IDŐSKORBAN

Gadó K.¹,

¹Semmelweis 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 tromboemóliás megbetegedések gyakoribbá válnak, ugyanakkor a vérzés kockázata is nő, a vérezések súlyosabb klinikai következménnyel is járnak. A iatrogénia szintén olyan jelenség, mely kedvezőtlen irányban befolyásolhatja a véralvadás amúgy is törékeny egyensúlyát. Idős korban gyakoribbak azok a kórképek, amelyek alvadásgátló és/vagy trombocita aggregációgátló kezelést igényelnek (pitvarfibrilláció,

koszorúsér betegség, atherosclerosis). A megfelelő terápiás döntés azonban sokszor nem könnyű. A kórházban fekvő idős betegek (belgyógyászati és sebészeti osztályokon egyaránt) trombózis kockázata 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 trombózis 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. Idős korban a kettős trombocita aggregációgátlás alkalmazása csak kivételes helyzetben ajánlható.

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

7.

A HANGULATZAVAROK ELŐFORDULÁSA ÉS SZÉNHIDRÁTHÁZTARTÁSRA GYAKOROLT HATÁSA 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEK KÖRÉBEN

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

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

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

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

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

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

Eredmények: A vizsgálatba 338 beteget vontunk be, az átlagos életkor $64,0 \pm 11,5$ (\pm SD) év volt, 61%-uk volt nő. A középsúlyos/súlyos depressziós tünetegyüttes előfordulása 14%, a szorongásé 35% volt. A szénhidrát-

anyagcsere szempontjából nem jól kezelt betegek körében (HbA1C $\geq 7\%$) gyakoribb volt a középsúlyos/súlyos depressziós tünetegyüttes (20% vs. 7%, $p = 0,007$) és a szorongás, bár ez az eltérés nem volt szignifikáns (23% vs. 17% $p = 0,626$). Többváltozós analízissel a szénhidrát-anyagcsere független meghatározójának a BDI pontszám (OR = 1,045, $p = 0,03$) bizonyult.

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

8.

A TUMOROS CACHEXIA METABOLIKUS EGYENSÚLY ZAVARA ÉS TERÁPIÁS CÉLPONTJAI 2021 - UPDATE

Harisi R.¹, Prof Jeney A.¹,

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

Cachexia a daganatos betegek 50-80%-ában jelentkezik. Megjelenése független prognosztikai faktora az alacsonyabb túlélésnek, illetve prediktora a kemoradioterápia 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 tumormédiátorokkal 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 normalizására irányulnak. A CACS kezelésében paradigma váltás következett be, a hagyományos táplálásterápiát és a táplálék kiegészítők adagolását felváltotta a gyógyszeres kezeléssel kombinált táplálásterápia és táplálék kiegészítők

adagolása. Az eddig elért eredmények ígéretesek, de a mindent tisztázó áttörésre még várni kell. Új terápiás célpontok kitűzése, az ezekre ható új vegyületek bevizsgálása, kölcsönhatásaik feltérképezése a már meglévő gyógyszereinkkel és klinikai vizsgálata további feladatokat, de egyben kihívást is jelent az onkológia számára.

9.

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

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

¹Zala Megyei Szent Rafael Kórház II. Belgyógyászat

²Zala Megyei Szent Rafael Kórház I. Belgyógyászat

³Zala Megyei Szent Rafael Kórház Radiológiai Osztály

⁴Keszthelyi Kórház Rehabilitációs Osztály

Bevezetés: Az új koronavírus okozta világméretű járvány alaposan próbára tette az egészségügyi rendszereket. A respirátor terápiát 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 kapcsán primer hyperparathyreosis manifesztálódott. Módszerek: Az adatok feldolgozását a beteg egészségügyi dokumentációi alapján végeztük.

Eredmények: Betegünk mintegy egy hónapos intenzív osztályos kezelés alatt a klinikai képet a légúti fertőzéssel járó sepsis, többszervi elégtelenség uralta. A jelentkező fokális görcestevékenységek 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. Műtéti előkészítés, teljesítőképesség fokozása társszakmák bevonását igényelte, amelyet szérumban kalcium megfelelő szinten tartása mellett kellett megoldanunk. A tervezett műtét sikeres volt, kalciumszint rendeződött, a beteg általános állapota a betegség kezdete óta jelentősen javult, pseudocystáját követjük.

Következtetés: Esetünkkel egy súlyos koronavírus fertőzés sikeres kimenetelét szeretnénk volna prezentálni,

kiemelve a kezelés alatt jelentkező társbetegségek multidiszciplináris, megközelítését.

10.

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

Héthelyi B.¹, Galambosi B.²,

¹Semmelweis Egyetem, Farmakognózi Intézet, Budapest,

²MTT Agrifood Research Centre in Finland, Mikkeli, Finland

A *Rhodiola rosea* L. (Rózsagyökér) az Északi sarkkörön túl növekvő őshonos élő növény, melynek rózsasárga rhizómája illóolajat és az adaptogén hatásért felelős phenylpropanoid molekulákat (rosin, rosarin és rosavid) tartalmaz. Első írásos emléke I. E. 77-ből ered, ahol 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, anémia, impotencia, gasztrointesztinális zavarok, gyulladások, központi idegrendszeri problémák, fejfájás, megfázás leküzdésére alkalmazta. Adaptogén aktivitása évszázadok óta ismert, de csak a XX. század végén igazolták erős adaptogén és antioxidáns hatását az állat és humán klinikai kísérletekben azonosítva azt a molekula csoportot, amely a hatásért felel. Ahhoz, hogy a megnövekedett növényi alapanyag igényt ki lehessen elégíteni, a meg kellett oldani a növénytermesztési feladatokat. 1994-ben kezdte meg Galambosi Bertalan magyar kertészmérnök, az Agrifood Research Intézetben az ez irányú kísérleteket Mikkeli (Finland), és napjainkra már világszerte termesztik a *Rhodiola rosea* növényanyagát. 2000-ben kezdtük meg a rózsagyökér rhizoma fitokémiai és tömegspektrometriás vizsgálatát, az illóolaj és a szterol komponensek azonosítását, a Semmelweis Egyetem, Farmakognózia Intézetében AGILENT típusú tömegspektrométer készüléken. Vizsgálatainkkal megállapítottuk, hogy származási helytől függően változik az rosavinek mennyisége a mintákban: 4,6 mg/g – 8,2 mg/g, a drog keserű értéke (5000 – 15000), és illóolajuk két fő komponensének a Myrtenol (14-35%) és a Gerániol (18-62%) aránya. A Finn és Komi származású rhizomák 5-8% Campesterol, és 25-35% Sitosterol komponenset tartalmaznak. 1969-től a Szovjet Pharmacopeia engedélyezi a *Rhodiola rosea* gyökérzet 46%-os etilalkoholos kivonatát, annak gyógyszerként való forgalmazását. A XXI. század rendkívül izgalmas hatású szere a rhizoma etilalkoholos kivonata, amely segít az állóképesség, a fizikai és pszichés erőnlét fokozásában, a kognitív képesség erősítésében, a tanulás és memorizálás fenntartásában. Hazánkban Norvég

eredetű Rózsagyökér kapszula és Finn származású Dynaforce tableta kapható.

11.

„LYUK” A DUODENUM BULBUSÁN

Horvát G.¹, Kivács I.²,

¹*Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös*

²*Sebészeti osztály, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös*

Egy 68 éves férfibeteg esetén keresztül mutatjuk be az epekő ileus klinikai jellegzetességeit. Hasi görcs, háskörfogat növekedés, hányás, széklet habitus megváltozás, jelentős fogyás panaszaival jelentkezett a beteg osztályunkon. Előzményében az epekő betegség már évek óta ismert volt, két nagy hólyagkövel. A beteg külleme típusos tumoros habitusú volt, ezért súlyos hasi panaszokkal, tumor kutatás céljából vettük fel ügyeleti időben (Szilveszterkor!). Miután az étkezés után jelentkező hányás volt a domináló panasz, sürgős endoscopyt 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 (2x2 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 epehólyag tumor kialakulásának a valószínűsége 15%! Előadásunkban tárgyaljuk, mikor kell epekő ileusra gondolni. Képanyagunk jól illusztrálja a meglepő endoscopyos megjelenést.

12.

A GYOMOR ÉS COLON SECUNDAER TUMORAIRÓL EGY ESETÜNK KAPCSÁN

Horvát G.¹, Makai G.²,

¹*Belgyógyászati-Gasztroenterológiai osztály*

²*Endoscopy labor, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös*

A tápcsatorna primer tumorai a vezető halálokok közé tartoznak. A secundaer tumorok aránylag ritkán fordulnak elő a nyelőcső, gyomor, vékonybél és a colon területén, ellentétben a gyakori májmetastasisokkal. Egy 65 éves férfibeteg esetét mutatjuk be és ezzel kapcsolatban összefoglaljuk az irodalmi ismereteket. A betegünk haematochesia miatt került felvételre, tapintható rectum tumorról. A staging endoscopyiák során a gyomor felső harmadában észleltünk nagy kiterjedésű tumort, mely mellett a gyomor többi részében volt többszörös gyomorfallal és a colon minden régiójában kifeléyesedő colon fali metastasis, melynek

szövetteni vizsgálata minden lokalizációban azonos, pecsétgyűrű sejttes tumort mutatott, melyek közül a gyomor felső harmadai tumor volt a primaer. A másodlagos tumorok előfordulása ritka, de minden esetben keresnünk kell a primaer tumort más szervekben, pl. tüdő, mellékvese, ovarium. melanoma malignum, emlő. Az esetünk igazolja azt, hogy a műtét és/vagy onkoterápiás kezelés előtt miért van jelentősége az un. stagingnak.

13.

GASTRO-OESOPHAGEÁLIS REFLUX BETEGSÉG ORÁLIS MANIFESZTÁCIÓI: A NYÁL PARAMÉTEREIT VIZSGÁLÓ METODIKA

Horváth A.¹, Berze I.², Nagy L.², Jász M.², Tomcsik Z.³, Bor L.³, Hermann P.²,

¹*Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar*

²*Semmelweis Egyetem Fogpótlástani Klinika*

³*Dél-Pesti Centrumkórház, Sebészeti Osztály*

Bevezetés: A dentális erózió (DE) a gastro-oesophageális reflux betegség (GERD) egyik szájüregi tünete lehet. A DE kapcsán sav hatására irreverzibilis keményszövet veszteség, 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 szemi-anaerob gyűjtése, majd nyálparamétereik összevetése egy teljesen anaerob gyűjtési módszerrel tapasztalt értékekkel, így a mérési protokoll validálása. Hosszútávú célunk, GERD-ben szenvedők nyálmintáinak elemzése a módszerrel, összefüggések feltárása a GERD és a DE között.

Anyag és módszer: 20 fő (10 ffi, 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 levegő-szennyezés mellett állapítjuk meg a pH és pufferkapacitás értékeket.

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

1.56 ml/min SD=0.51; 7.51 SD=0.24; 7.09 mmol/l SD=1.52 Ezen eredmények jól korrelálnak A. Bardow et al. által kifejlesztett, teljesen anaerob, ezáltal CO₂ veszteség-mentes rendszer segítségével mért értékekkel.

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

14.

A HÓLYAGHURUT KÓROKOZÓINAK MIKROBIOLÓGIAI VIZSGÁLATA

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

¹BKMK SZTE ÁOK OKT. KH. Urológiai Osztály

²Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház Urológiai Osztály

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

Anyag és módszer: Retrospektív, obszervációs, epidemiológiai vizsgálat a 2019.01.01-2020.12.31. között urológiai szakrendelésünkön megjelent, sporadikus vagy visszatérő hólyaghuruttal kezelt, felnőtt nők vizelettenyésztési, antibiotikum szedési és a kórokozók antibiotikum rezisztencia viszonyait felmérő vizsgálat.

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

Megbeszélés: Ugyan a legfrissebb irányelvek nem ajánlják a vizelettenyésztés elküldését elsődlegesen, a rezisztenciaviszonyok változásával annak alkalmazása mérlegelendő. A nevezett kórokozók rezisztencia viszonyai a nemzetközi trendeknek megfelelnek. A fosfomicin érzékenység vizsgálata ugyan mikrobiológiai irányelvi szinten ajánlott, annak alkalmazása, így a szer tényleges hatásosságával kapcsolatos adatok hiányosak. Vizsgálatunkkal a hólyaghurut antimikrobás kezelési stratégiájára és annak változásaira kívánunk rávilágítani.

15.

AZ ACUT PANCREATITIS MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSE

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

¹SE VSZÉK Pankreasz Betegségek Részlege

²PTE ÁOK, Transzlációs Medicina Intézet

³PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika

⁴PTE KK Orvosi Képző Intézet

⁵PTE KK Sebészeti Klinika

Bevezetés: Az akut pancreatitis (AP) az egyik leggyakoribb akut felvételt igénylő gasztroenterológiai kórkép, súlyos formájának 20-50%-os mortalitása van. A korai halálozásért a citokin vihar, 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, hátha sugárzó hasi fájdalom háttérben 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 miatt sikertelen volt. Stagnáló állapot, romló gyulladási paraméterek miatt történt kontroll CT-n egyebek mellett a pancreasban látott jelentős necrosis és hasi folyadékgyülemek a pancreatitis kiterjedését jelezték. Antibiotikum váltást követően a beteg állapota stabilizálódott. Stagnáló CRP mellett a PCT negatív lett. A kezdeti duodenum oedema megszűnésével az ERCP-t és EST-t szövődménymentesen elvégeztük. Kontroll hasi CT progrediáló pseudocysta és letokolt folyadékgyülemek ábrázolódtak. Tíz napos imipenem terápiát 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* fertőzést igazolt. Ismételt imipenem adása mellett láztalanodott, gyulladáshoz paraméterek regrediáltak. Sebészeti konzíliumot követően, elvégeztük az első minimál invazív necrosectomiát a PTE-n. A kezelést követően a beteget szövődmenymentesen, jó általános állapotban bocsájtottuk otthonába.

Konklúzió: Az AP-t és szövődmenyes eseteit multidiszciplináris szemléletű központban kell kezelni, ahol lehetőség van endoscopy, 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 egységen belül.

16.

A HÁZIORVOSTAN SZAKORVOSKÉPZÉS IDŐSZERŰ PROBLÉMÁI

Kalabay L.¹,

¹*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 számos 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 előregedés és egyéb okból történő pályaelhagyás mértékével. A frissen végzett háziiorvos szakorvosok sem helyezkednek el praxisokban.

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

17.

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

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

¹*Mohácsi Kórház Belgyógyászati Osztály COVID-ellátó Részleg*

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

Beteganyag és módszer: 2020. november és 2021. május között összesen 474 koronavírus fertőzésben szenvedő beteget kezeltünk kórházi osztályunkon (232 férfi, 242 nő, átlagéletkor: 66±11 év). Elemeztük a betegek kísérőbetegségeit, rizikófaktorait, és ezek összefüggését a betegség kimenetelére. Külön értékeltük a mortalitást a két hullám lefolyása során (második hullám: 2020. november-2021. január, harmadik hullám: 2021. február-május).

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

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

18.

REVERZIBILIS CARCINOID SZÍVBETEGSÉG - KÉT NEUROENDOKRIN TUMOROS BETEGÜNK KÓRTÖRTÉNETÉNEK TANULSÁGAI

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

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

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

Bevezetés: A neuroendokrin tumorok által okozott carcinoid szindróma jellemzői a flush, hasmenés, bronchospasmus és tachycardia. Ezeket a tumor és a metastasisai által termelt vasoaktív anyagok okozzák, mint pl. a szerotonin. A carcinoid szívbetegség (CHD) a carcinoid szindrómában (CS) szenvedők akár 50%-ában

kialakulhat, fokozott moribiditáshoz 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 tünetei vannak. A carcinoid szindrómás esetek 20%-ában a szívérintettség az első manifesztáció. Echocardiographiás vizsgálattal megvastagodott, csökkent mobilitású tricuspidalis billentyű látható, amely akár szignifikáns insufficienciát is okozhat. Szakirodalmi tapasztalatok alapján a CHD mindig progresszív, nehezen kezelhető betegség.

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

19.

VERSENYSPORTOLÓK HIRTELEN HALÁLESETEINEK ELEMZÉSE

Lajosné Major Z.¹, Medvegy Z.², Tulit T.³, Pavlik G.², Simonyi G.⁴, Sterbenz T.², Medvegy M.³,

¹Nyíregyházi Egyetem, Testnevelés és Sporttudományi Intézet, Nyíregyháza

²Testnevelési Egyetem, Budapest

³Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa

⁴Szent Imre Oktató Kórház, Budapest

Összefoglalás: Háttér A sportolói hirtelen szívhalál (HSzH) bár nagyon ritka (prevalenciája 0,5-1/100.000 sportolói év), mégis nagy média visszhanggal jár. Legtöbbször kamrafibrilláció tételezhető fel mint halálok. Nem vizsgálták sportágak szerint, ill. az edzésen vagy versenyen történő HSzH-beli különbségeket. Célkitűzés Kutatásunk célja volt a hirtelen szívhalálról megjelent irodalmi adatok szisztémás értékelése. Módszer 2020. augusztus 1-vel bezárólag tanulmányoztuk a sportolás közben

bekövetkezett halálesetekről beszámoló újságcikkeket, valamint a PubMed és Google adatbázisokban megjelent szakcikkeket. Eredmény és következtetés Az irodalmi kutatás összesen 873 releváns rekordot eredményezett, melyek alapján 360 sportoló halálozási körülményeit tudjuk bemutatni (életkor, nem, sportág, anamnézis, halálozási körülmények, klinikai diagnózis és boncolási adatok). Az excesszív fizikai aktivitás mellett a hirtelen szívhalálban a stressznek is nagy szerepet tudunk bizonyítani: a) a halálozások gyakorisága magasabb volt verseny/mérkőzés közben (67%), mint edzéseken (27%) vagy mérkőzés után (6%); b) a verseny alatti HSzH még magasabb volt állóképességi sportolóknál (83%), akiknél az edzés kevesebb stresszel jár; c) az 5, bemelegítés közben történt HSzH esetében, illetve 16 sakközői HSzH-nál szintén feltételezhető a stressz szerepe. Az átlagéletkor az edzésen meghaltak esetében alacsonyabb volt a versenyeken meghaltaknál ($p < 0.01$), aminek hátterében feltételezhetően a fiatalabbak alul-edzettsége állt. A csapatsportolók közül 79 fő veszítette életét edzőkörülmények között, ami jelzi, hogy a csapatsportoknál edzésen is szükséges biztosítani az újraélesztés feltételeit. Sarlósejtes anémiában ismerten 5 HSzH-s sportoló szenvedett, így ezekben az esetekben szorosabb orvosi kontrollt és egyes sportágak tilalmát javasoljuk. A legtöbb HSzH a csapat- (248), illetve állóképességi sportolók (85) között volt. A fő különbség e két csoport között, hogy állóképességi 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.

20.

EGYES GYULLADÁSOS PARAMÉTEREK SZÉRUMSZINTJÉNEK VÁLTOZÁSA C1-INHIBITOR HIÁNYOS HEREDITER ANGIOOEDEMÁBAN

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

¹Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék

²Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika

³Betegápoló Irgalmasrend, Budai Irgalmasrendi Kórház

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

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

Előzmények, célkitűzés: A házi orvosok számára is fontos a ritka kórképek, így a C1-inhibitor hiányos

herediter angiödéma (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 herediter angiödémát a submucosa és a subcutan régió rohamokban jelentkező, lokalizált, nem viszkető duzzanata jellemzi.

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

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

Eredmények: A kontroll személyek mintáival összevetve a C1-INH-HAE betegek szérumában 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. Herediter angiödémás 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 beteget a tünetmentes időszakban csökkent szérum fetuin-A koncentráció jellemezte. Figyelembe véve a fetuin-A gyulladáscsökkentő tulajdonságát, koncentrációjának roham alatti emelkedése hozzájárulhat a roham alatti ödémakialakulás gátlásához.

21.

AZ ÉRGONDOZÁS SZEREPE A COVID 19. JÁRVÁNY IDEJÉN.

Meskó É.¹,

¹SE Min invaziv és egynap. Seb Klin.Belgyógy. Angiologiai Szakrendelés. Budapest

²IMS/ International Medical Service/ Budapest. III.

A váratlanul ránk törő Covid járvány a diagnosiz,therápia, rehabilitacio és gondozás számos területének átgondolását igényelte az angiologiai gyakorlatban.Vizsgálatainkat 300, általunk több éve kezelt,ill az elmúlt 5 évben ambulanciánkon ellenőrzött betegen végeztük.200-an Pest megye vonzáskörzetéből, 100-an a Budapest III kerületi orvosi rendelőkben kerültek beutalásra. Vizsgálódásunkban célul tűztük ki, hogy eddigiekben bevált ellátási rendszerünkben rögzítsük a járvány idején fellépő akadályokat, azokat

elhárítsuk, s így biztosítani tudjuk érbetegeink folyamatos ellátását **Módszerünk:** Az anamnezis felvételét követően elvégeztük az általános fizikai vizsgálatokat, a funkcionális próbákat, részletes eszközös vizsgálatokat. A nyert eredményeket 3.ill 6 havonta végzett vizsgálattal rögzítettük. Sz. esetén radiológiai, érsebészeti és laboratóriumi közreműködést kértünk. Ezt követően GONDOSKODTUNK a vizsgálatok időbeli elvégzéséről a consultants orvosokkal történő személyes egyeztetéssel. A járvány idején, a vizsgáló orvos kötelező karanténját figyelembe véve, egy másik intézetben dolgozó angiologus kolleganónk soron kívül ellátta a sürgős eseteket. Az ambulanciát vezető szakorvosunk állandó jelleggel telefonon elérhető volt.. Fontos szerepe volt asszisztensünknek, komoly gyakorlati képzettségével.

Eredményeink: módszerünk jelentőségét hűzta alá betegeink stabil érállapotának kialakulása-Lehetőségünk nyílt UJSZERŰ DIAGNOSZTIKAI és THERÁPIÁS gondolatmenet alkalmazására. A szükséges tennivalók végülis a gyakorlat rutinjával, kiemelkedő eredménnyel érvényesültek a COVID járvány idején.

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

22.

RITKA BETEGSÉG, RITKA VESESZÖVŐDMÉNNYEL

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

¹Péterfy Kórház-rendelőintézet és Manninger Jenő Országos Traumatológiai Intézet

²Semmelweis Egyetem II.sz. Pathologiai Intézet

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

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

Betegek és módszerek: A 43 éves férfibeteget testsúlycsökkenés, fáradtság és diffúz ödéma miatt utalták osztályunkra. A kórtörténetében hypertonia szerepelt, felvételét megelőzően macroscopos haematuria miatt kezelték, amely háttérben E. coli fertőzést vélelmeztek. A laboratóriumi eredmények gyorsult süllyedést, súlyos normocyter anaemiát, veseelégtelenséget, hypalbuminémiát és csökkent c3 és c4 szintet mutattak, vizeletvizsgálatában nephrotikus szintű proteinuria, microscopos haematuria volt megfigyelhető. Az autoimmun szerológiában atipikus anti-neutrofil citoplazmatikus antitest (ANCA) volt pozitív, vírus szerológiák (HIV, HBV, HCV) negatívak voltak. A hasi ultrahang hepatosplenomegaliát igazolt.

A nephroticus mértékű proteinuria miatt vesebiopsziát végeztünk, a szövettani diagnózis glomerulosclerosis volt, félhold képződéssel járó nephropathiával. A szérum immuno-elektroforézis 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 chronicus hemodialízist kezdtünk.

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

Következtetések: Esetünk fő tanulsága az, hogy bár a WM vese manifesztációja ritka, a vese-funkciók szoros nyomon követése és a korai nephrológiai konzultáció elengedhetetlen a végstádiumú vesebetegség kialakulásának megelőzése érdekében.

23.

AUTOIMMUN PARANEOPLASIAS NEUROLÓGIAI SYNDROMA

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

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

²*Országos Onkológiai Intézet, Budapest*

³*Országos Klinikai Idegtudományi Intézet, Budapest*

Előzmények: A neuropathia sajátos megnyilvánulása paraneoplasias eredetű neurológiai szindrómának (PNS) felel meg: a tumor közvetett, nem-metastatikus, távoli hatásaként értékelhető. A neurológiai deficit a daganat által expresszált aberráns onconeuralis antigének révén autoimmun természetű válaszreakciók következménye. PNS a daganatos 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 szenzomotoros, demyel. perifériás neuropathiára (SMN) utalt. Ismételt koponya/gerinc MRI neg. Lp során magasabb ö.fehérje, intakt vér-agy gát, ill. oligoclonalis gammopathia formájában intrathecalis IgG szintézis igazolódott. Immunológiai kivizsgálása az SMN hátterében immunopathológiai kórkép gyanújával történt. Syst. autoimmun betegség, ill. gammopathia, NHL kizárható volt. A szérum paraneoplasias markerek vizsgálata (IIF, IHC, blot) anti-Hu(D) pos.-t jelzett, így felmerült a neuropathia PNS jellege. Az anti-Hu a liquorban is jelen volt. Tüneti kezelés (plasmapheresis, corticosteroid) a

beteg neurológiai tüneteit nem befolyásolta. Intenzív tumoreresés 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 tünete 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 + corticosteroid immunosuppresszióban részesül. Tumor recidiva, áttét továbbra sem igazolható. **Megbeszélés:** A PNS feltétele klinikai syndroma, együttesen onconeuralis antitestek és a neoplasma igazolásával. Számos anti-neuron antitest ismert. Leggyakoribb az intracell. anti-Hu, mely diverz idegrendszeri kórképeket okozhat. A neuronkárosodás főként T-sejt mediált, az onconeuralis antitestek inkább marker szerepűek. A Hu(D)-spec. CD8+ T-sejtek általában klasszikus CTL-ek. A pr. mediastinalis seminoma igen ritka malignus germinoma. PMS és anti-Hu pos. PNS szokatlan asszociációját 2015-ben írták le. A PNS rossz prognózisú, terápiája máig megoldatlan.

24.

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

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

¹*Ramgen Zrt., Budapest*

²*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika*

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

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

⁵*Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet*

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

Részvevők és Módszerek: Obszervációs, retrospektív vizsgálatot végeztünk: n=102 hospitalizált, akut COVID-19 beteg; és n=43 korábban SARS-CoV-2 fertőzésen átesett plazmadonor, továbbá n=39 SARS-CoV-2 vírusnak nem exponált kontroll (mintavétel 2019 szept. előtt) személytől származó szérummintában. Szolubilis szérum DPP4 (sDPP4) aktivitás meghatározás microplate alapú, enzim kinetikus

méréssel (Gly-Pro-pNA szubsztrát alkalmazásával) n=182 mintában sikeres. Az eredményeket COVID-19 súlyossági csoportok szerint elemeztük (heveny COVID-19 betegség esetén 4, plazma donorok esetén 2, WHO kategórián alapuló csoport került kialakításra).

Eredmények: A sDPP4 aktivitás szignifikánsan különbözött a vizsgálati csoportokban : heveny fertőzöttek (n=100, median=23,24 U/L [IQR 17,8-30,34]) vs. nem heveny fertőzöttek (n=82 median=35,62 U/L [IQR 31,17-42,09]), vs. plazma donorok (median=40,16 U/L [IQR 34,28-49,49]), mindkét esetben $p < 0,0001$. A kórházban kezelték között a később meghalt betegek (n=24, median=17,08 U/L, [IQR 16,47-22,12]) szignifikánsan ($p < 0,0001$) alacsonyabb DPP4 aktivitással rendelkeztek a túlélőkhöz (n=76, median=25,08 U/L [IQR 20,21-30,80]) viszonyítva. A releváns biomarkerek (abs. 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 mortalitás végpontú (9,5 (median) nappal a halál előtti mintából) a sDPP4-et prediktorként önmagában (22,25U/l vágópont) és életkorra illetve a modellek ROC görbéi a következőkkel jellemezhetők: AUC= 73,33% (95%CI: 61,98%-84,68%, $p < 0,0001$) és AUC=83,45% (95%CI: 74,48%-92,51%, $p < 0,0001$).

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

25.

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

Nyikos O.¹, Izbéki F.¹, Vajda Z.²,

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

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

Bevezető: A Vater papillából eredő vérzés lokális okok mellett származhat az epeutakból vagy a pancreas vezetékéből, ez utóbbit nevezzük haemosuccus pancreaticusnak. A felső tápcsatornai vérzések egyik ritka oka (1:1500). A vérzés hátterében leggyakrabban krónikus pancreatitis következtében kialakult pseudoaneurysma áll. A vérzést intermittáló jellege miatt nem egyszerű felismerni, CT angiographia segíthet a definitív diagnózis felállításában.

Esetismertetés: egy 72 éves beteg esetét ismertetjük, akinek kórelőzményéből 5 évvel ezelőtt acut

pancreatitis emelhető ki. A betegnél hasi panaszok miatt pár hónappal korábban ambuláns hasi CT vizsgálat történt, melyen súlyos calcifikáló pancreatitisnek megfelelő képet írtak le kiterjedt pseudocysta rendszerrel. Más intézetben expert pancreas sebész véleményezte, endoscopos drainage-t nem tartottak szükségesnek, observatiót javasoltak. A beteg kórházunk Sürgősségi Osztályára pár napja tartó melaena miatt érkezett. Laboratóriumi leleteiben gravis microcyter anaemia és kissé emelkedett pancreas enzimszintek szerepeltek. Anaemiája miatt 8E vvt. koncentratumot kapott. Hasi USG-n cholecystolithiasist és inhomogén pancreast írtak le. Gastroscopia során a Vater papillából szivárgó vérzést észleltünk, melynek lokális okát nem láttuk. CT angiographia történt, melyen kontrasztkilépést, vérzésre utaló jelet nem véleményeztek. Tekintettel az ismert krónikus pancreatitisre, a vérzés hátterében haemosuccus pancreaticus alapos gyanúja merült fel, ezért ismételt radiológiai konzultációt kértünk. A CT angiographia korábbi képanyagát 3D rekonstrukciókkal célzottan áttekintve már jól látszódott az a. lienalison egy 1,5 cm-es pseudoaneurysma, mely a Wirsung vezetékbe rupturált. Intervenciós radiológus kolléga a szelektív angiographia során az a. lienalis adott szakaszát sikeresen mikrospirálokkal embolizálta. A beavatkozás után szövödményt, recidív vérzést nem észleltünk, a beteg haemostatusa azóta is rendezett.

Összefoglalás: A haemosuccus pancreaticus a GI vérzések kevesebb, mint 1%-ban 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 angiographiával állítható fel, mely egyben a vérzés megszüntetésére az elsőként választandó terápiás módszer.

26.

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

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

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

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

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

Módszer: A Békés Megyei Központi Kórház – Dr. Réthy Pál tagkórház Endoszkópos laboratóriumában 2018-tól 2021-ig megjelent akut, nem varix eredetű felső tápcsatornai vérzők adatait dolgoztuk fel, amelyek sürgős endoszkópiát igényeltek. Felmértük a gyomorszonda alkalmazásának előfordulását, az 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%-nál volt jól látható a nyálkahártya. Az erythromycin alkalmazása és a gyomorszonda együttes használata mellett ez az arány 60%-ra növekedett. Négy betegnél csak erythromycint alkalmaztunk, itt a megfelelő előkészítés aránya 50% volt. A second-look endoszkópiás vizsgálatok száma nem változott. Vérzésforrásként 30%-ban fekély vérzés fordult elő, 35%-ban erosiv gastritis és további 35%-nál egyéb okok állhattak. Az irodalmi adatokkal összehasonlítva, hasonló eredményeket értünk el a vizualizálhatóság tekintetében.

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

27.

EGY HAZAI CENTRUM (SE BELGYÓGYÁSZATI ÉS ONKOLÓGIAI KLINIKA) MELLÉKPAJZSMIRIGY KARCINÓMÁS BETEGEINEK KLINIKOPATOLÓGIAI VIZSGÁLATA.

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

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika*

²*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Hematológiai Klinika*

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

⁴*Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika*

⁵*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 karcinómás 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 daganat méretet, a betegség stádiumát, a reszekciós státuszt, a prezentációs tüneteket, a hormonális aktivitást és a csontásványianyag tartalmat értékeltük. Az átlagértékeket median (minimum-maximum) formában adtuk meg.

Eredmények: A mellékpajzsmirigy daganat mérete felismeréskor 30 mm (18-45 mm) volt, metastasis a diagnózis idején egy esetben sem volt kimutatható. Távoli metastasis 4 betegnél alakult ki, a diagnózis után átlagosan 6 évvel (2-11 év). 11 betegnél a primer tumor sebészi eltávolításra került, R0 reszekciót csak 1 betegnél sikerült elérni, 6 esetben az eltávolított tumor elérte a reszekciós határt, 4 betegnél a reszekciós státuszról nincs elérhető adat. Postoperatív hypocalcaemiát 3 betegnél észleltünk. 8 betegben a szövettani diagnózis mellékpajzsmirigy karcinóma volt, 3 betegnél a tumorsejtek atípusos magjai utaltak malignus betegségre. A leggyakoribb tünetek a vesekövesség (5 beteg), a csont-izületi fájdalom (4 beteg) és a gyengeség (3 beteg) voltak. Állkapocs tumort 2 betegnél igazoltunk, 1 beteg esetében recidív akut hasnyálmirigy gyulladás vezetett a diagnózishoz. 9 betegben egyszeres, 1 betegben kettős mellékpajzsmirigy daganatot igazoltunk, 2 betegnél a tumor intrathyreoidealis elhelyezkedésű volt. Minden esetben tünetes, súlyos parathormon- dependens hypercalcaemiát igazoltunk: szérum kalcium: 3.80 mmol/L (2.91-6.80, referencia tartomány: 2.20-2.65 mmol/L), szérum parathormon (PTH): 588 pg/mL (171-5039, referencia tartomány: 10-85 mmol/L), kalcium kiválasztás a vizelettel: 12.2 mmol/nap (4.41-15.28, referencia tartomány: 2.5-6.2 mmol/nap). 5 betegben mérsékelt, normocytaer anaemia mutatkozott. A legsúlyosabb csontásványianyag csökkenést 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 postoperatív hypocalcaemia elmaradása összefüggésbe hozhatók a daganat malignus jellegével. A postoperatív hosszútávú ellenőrzés elengedhetetlen.

28.

NSAID INDUKÁLTA PSEUDOALLERGIÁS REAKCIÓ KIVÁLTOTTA TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHIA

Polocsányi B.¹, Szegedi L.¹,

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

Bevezetés: NSAID szerek kiváltotta pseudo-allergiás reakció minden tekintetben összetéveszthető a valódi IgE mediált 1-es típusú hyperszenzitív reakcióval. Szélsőséges esetekben anafilaxiás sokk is kialakulhat. A differenciál-diagnózis felállítása jelentős kihívást jelent, melyben a korrekte anamnézis felvétel döntő fontosságú. A takotsubo cardiomyopathia extrém katecholamin hatás mellett a balkamrai 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 aszmatikus és anafilactoid reakciók miatt hospitalizált beteg kórtörténete a korrekte diagnózishoz.

Betegek/módszerek: 47 éves nőbetegünk távolabbi kórelőzményében nagyobb betegség nem szerepel - allergiás betegsége sem volt 45 éves koráig. Ebben az életkorban hirtelen kezdődött hármás inhalációs terápiával sem megfelelően kontrollált asthma bronchiale. Két év alatt számos alkalommal vizsgálták sürgősségi ambulancián súlyos aszthmás 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 anafilactoid reakciója zajlott, jelenleg is emiatt került kórházba, ahol EKG-n szignifikáns ST elevációt észleltek. ECHO során a balkamra distalis szegmentuma ballonszerűen tágult volt, paradox mozgást végzett. Coronarographia szükületet nem igazolt, takotsubo szindrómia diagnózisát állították fel. Bentfekvése során gyomorfájdalmi miatt adott famotidin anafilaxiát provokált, ekkor kértek allergológiai konzíliumot.

Eredmények: Kórelőzmény alapján pseudoallergiás reakció volt véleményezhető, ezért állandó antihisztamin és leukotrién antagonistá került beállításra. Háziiorvosa által szolgáltatott információ alapján két évvel megelőzően otthonában dohányászárító-feldolgozó egységet létesítettek, panaszai ekkor kezdődtek. A dohányfarm felszámolását követően légzőszervi panaszai megszűntek, azóta is rohammentes.

Következtetések: Hirtelen felnőttkori kezdetű allergiás betegség esetén alternatív diagnózist mindig keresni érdemes.

29.

PRAXISKÖZÖSSÉGEK AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Princz J.¹,

¹PTE ÁOK Alapellátási Intézet, Pécs

A 2015. évi CXXIII. Törvény az egészségügyi alapellátásról megteremti 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, magasabb 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.

30.

MIKROSKÓPOS COLITIS A CSÖKKENT CSONTSÚRÚSÉG RIZIKÓFAKTORA: SZISZTEMATIKUS REVIEW AND METAANALÍZIS

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

¹Transzlációs Medicina Centrum, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

³Transzlációs Medicina Centrum, Pécsi Orvostudományi Egyetem, Pécs

⁴Biofizika és Sugárbiológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

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

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

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

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

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

Eredmények: A szisztematikus keresésünk 3046 cikket eredményezett. Négy cikk bizonyult alkalmasnak a kvantitatív szintézisünk kivitelezésére. Három közülük kornak és nemnek megfelelő kontroll csoportot használt, hogy értékelje az MC-s betegek alacsony csontsűrűségét. Összesen 111 MC-s beteget elemeztünk, közülük 67-en szenvedtek alacsony csontsűrűségben a 265 tagú kontroll csoport 110 esetével szemben. MC jelenlétében az alacsony csontsűrűség kialakulásának esélye háromszorosára nőtt (OR =2.96, CI: 1.15–7.59). Az alacsony csontsűrűség 0.68 (CI: 0.56–0.78), osteopénia 0.51 (CI: 0.43–0.58), és oszteoporózis 0.11 (CI: 0.07–0.16) százalékban van jelen az MC-s betegek körében. A GRADEpro iránymutatását követve, eredményeink bizonyossága nagyon alacsony szintűnek minősült.

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

31.

AZ ESSZENCIÁLIS HIPERTÓNIA OKAIRÓL IRODALMI ADATOK ALAPJÁN A GYAKORLÓ ORVOS SZÁMÁRA

Sikter A.¹,

¹Szentendre Város Egészségügyi Intézményei, Belgyógyászat

A szerző évtizedek óta foglalkozik az ionok citoplazmatikus anyageserét szabályozó szerepével. Christian Sonne dán professzorral írt hipotézise a

világhálón olvasható.* A szerzők irodalmi adatok alapján vezették le, hogy:

1) Az esszenciális hipertónia egy olyan, az életkorral összefüggő betegség, amelyet az intracelluláris (IC) milió elsavasodása váltana ki.

2) Ezt részint krónikus respiratórikus acidózis okozza, ami leggyakrabban alvási apnoe szindróma, krónikus obstruktív légzési betegség és kóros elhízás talaján alakul ki, de a pszichoszomatikus mechanizmusok is jelentős szerepet játszanak.

3) A krónikus IC metabolikus acidózisnak részint veseelégtelenség az oka, (ami az életkor előrehaladtával törvényszerűen bekövetkezik), másrészt a táplálékkal felvett fix savak retenciója okozná, harmadrészt az életkorral törvényszerűen növekvő energetikai elégtelenség is szóba jön (a szabad gyökök szerepe).

4) A renin-angiotenzin-aldoszteron rendszer (RAAS) is egy feedback mechanizmus lenne, ami kompenzatórikusan védekezne az intracelluláris acidózis és egyéb ionváltozások ellen.

5) Az aldoszteron túlprokcióját, az acidózison kívül, az IC HCO₃⁻ emelkedése, a klorid szint csökkenése is triggerelné. Ennek következtében aktiválna az arteriolák simaizom sentjeinek és a bal kamrai szívizom sejtjeinek Na⁺/H⁺ cseremechanizmusa (NHE-1). Ez a pumpamechanizmus elősegíti a NaCl citoplazmatikus transzportját. (=Sóérzékeny hipertónia, amit elsősorban a respiratórikus acidózis váltana ki.)

6) Az angiotenzin termelődését, az acidózison kívül, az IC klorid szint növekedése is fokozná. Az angiotenzin a Na⁺/HCO₃⁻ kotranszportert (NBCn1) aktiválja, ami az IC Na⁺ növekedését és a Cl⁻ szint csökkenését segíti elő a célsejtekben.

7) A RAAS H⁺ koncentráció csökkenését és az IC Cl⁻/HCO₃⁻ egyensúly helyreállítását szolgálna. Ennek fokozott célsejtek Na⁺ terhelése lesz a következménye, ami az ionváltozások kaszkádját indítja be, sejtproliferációt, hipertrofiát és végső soron hipertóniát okoz.

8) A RAAS aktiválódása gyakran túlkompenzációt (IC alkalózist) okozna a célsejtekben, minthogy nem törvényszerű az, hogy a vese szövet (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

32.

ELÉG ADAT ÁLL RENDELKEZÉSRE AZ ESSZENCIÁLIS HIPERTÓNIA OKAINAK FELTÁRÁSÁRA

Sikter A.¹,

¹Szentendre Város Egészségügyi Intézményei, Belgyógyászat

Az irodalmi adatok egyértelműen arra utalnak, hogy az esszenciális hipertóniát krónikus légzési és/vagy

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

Krónikus veseelégtelenség, vagy az életkorral törvényszerűen beszűkülő vesefunkció, hosszú ideig fennálló acidogén diéta és egyéb okok miatt intracelluláris metabolikus acidózis lép fel (exhausting buffer syndrome=EBS*), ami a Cl^- koncentráció növekedését idézi elő a HCO_3^- rovására, ez elsősorban ANG II szintet emeli. ANG II erek simaizom sejtjeinek (VSMCs) membránjában $\text{Na}^+-\text{HCO}_3^-$ kotranszportert aktiválja. Ennek eredményeképp csökkenti az intracelluláris H^+ és Cl^- koncentrációt is, vagyis az irány itt is a fiziológiai ionviszonyok helyreállítása lenne. A sórezisztens hipertónia tehát elsősorban renális eredetű. Mind az ALD, mind az ANG II extracellulárisan is a fiziológiai ionviszonyok helyreállítására „törekszik” amennyiben ALD a respiratórikus, míg ANG II a metabolikus acidózist korigálja, ezért a HCO_3^- - vs Cl^- regulációjában ellentétesen hatnak. Valószínűtlen, hogy a szabályozás kizárólag egy központon (RAAS) keresztül valósuljon meg.

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

NB: A poszter a korábban megjelent publikációk esszenciája:

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

33.

A SZÍV-ÉRRENDSZERI MEGBETEGEDÉSSEN SZENVEDŐ HAJLÉKTALANOK ELLÁTÁSA A COVID-19 JÁRVÁNY ALATT

Simek Á.¹,

¹SE 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 világjárványnak minősítette a koronavírus-fertőzést, a Magyar Kormány pedig országos veszélyhelyzetet hirdetett, és a 2021. június 16., a köztársasági elnök által aláírt Törvény a veszélyhelyzet megszüntetéséről közötti 16 hónap betegforgalmi adatait vette figyelembe az Oltalom Karitatív Egyesület Kórház Rendelőjében ellátott betegek körében. Ez alatt az idő alatt 12 178 beteget láttunk el. A szív-érrendszeri megbetegedések aránya nem növekedett ebben az időszakban, de a hivatalos betegutakon történő tovább-küldésük, kivizsgálásuk, kezelésük, gondozásuk az egészségügy járóbeteg- és kórházi ellátási szintjén sok esetben nehézségekbe ütközött.

Eredmények: A hajléktalan-szállókon megvalósuló megfelelő, hatékony járványkezelés, a hajléktalanok elsőként megvalósuló oltása miatt a COVID19 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

34.

DILATATÍV CARDIOMYOPATHIA ÉS POLYAUTOIMMUNITÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI

Sipos F.¹, Múzes G.¹,

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

Előzmények: A dilatatív cardiomyopathia (DCM) háttérben számos kórállapot (herediter 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,

echocardiographiával igazolt súlyos, ismeretlen aetiológiájú DCM miatt került sor. (EF: 19%; EKG: LBBB, multifokális kamrai Es-ek; coronarographia: ép erek; cardio-MRI: tág bal kamra, diffus hypokinesis). Anamnesisében érdemi megbetegedés nem szerepelt. A szívelégtelenség tünetei mellett újkeletű, diffus arthralgiára is panaszkodott. Rutin labor.-ban érdemi kórjelző nem volt. Esetében szelektív IgA-hiányt (sIgAD) igazoltunk; (szérum IgA: mérhetetlen, IgG/M, perifériás B-sejt subpopuláció, CD4+/ CD8+ T-sejt megoszlás: norm.). Az sIgAD gyakran (5-30%) társul autoimmun jelenségekkel, így a DCM és az arthralgia hátterében is autoimmun megbetegedések/véltünk. A betegnél coeliakia (CeD) és rheumatoid arthritis (RA) egyidejű fennállását is bizonyítottuk; (anti-tTG/IgG: 25.145 U; gastroscopia: elsimult, csipkézett Kerckring redők, mozaikszerű mucosa; hisztológia: Marsh III/c., ill. 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. (Echocardiographiával az EF 39-, majd 58%-ra módosult, valamint az anti-tTG csökkent (3927-675 U), hasonlóképpen az ACPA is (922-127 U).

Megbeszélés: DCM-s betegek között a CeD előfordulása gyakoribb, ill. CeD-ben fokozott idiopathiás DCM valószínűsége. Az érintettek többsége férfi. Idiopathiás jellegű DCM kapcsán tehát indokolt felvetni CeD lehetőségét. Az sIgAD-asszociált autoimmun kórképek között CeD és RA egyaránt jellemző, sőt az autoimmunitás a primer immunhiány (PID) akár egyetlen klinikai megnyilvánulása lehet (ún. autoimmun fenotípusú sIgAD). Bár egyes PID formákban a cardiovascularis érintettség számottevő, az sIgAD-re ez nem jellemző. A RA és a CeD társulásának alapjául főként az ún. bél-ízület tengely szolgálhat: a synovitis részben bélnyálkahártya-eredetű neoantigén-epitopok indukálta gyulladáshoz vezetődő visszafordítható. Bár cardiovascularis érintettség RA-ban is jelentékeny, de DCM kialakulása alig kíséri.

35.

MELLÉKPÁJZSMIRIGY CARCINOMA MTOR MUTÁCIÓVAL

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

¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

²Belgyógyászati és Haematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

³Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

⁴I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest

*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 hyperparathyreosist véleményeztünk, a jobb pajzsmirigylebenyt és egy kettős mellékpajzsmirigy tumort eltávolítottak, a szövettani vizsgálat mellékpajzsmirigy adenomát igazolt. A műtét után a beteg szérum kalcium- és parathormon szintje 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 májajttetek, több intraabdominalis lágyrész tumor igazolódott, ismét súlyos primer hyperparathyreosis mellett. Forszírozott diuresis és zoledronát kezelés elégtelensége miatt cinacalcet terápiát is kezdtünk. A PC szövetből komprehenzív onkológiai új-generációs 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 tumor-mutációs terhelés (TMB) alacsony-intermedierek tekintendő (TMB=3,9), a vizsgált minta mikroszatellita-instabilitást nem mutatott. Az mTOR mutáció alapján everolimus kezelést 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.

36.

A SEMMELWEIS EGYETEM CRC SZŰRÉS EREDMÉNYEI 2019-2020 KÖZÖTT

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

¹Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem

Bevezetés: Magyarországon a vastagbél-daganatok (CRC) incidenciája és mortalitása a világon az egyik legmagasabb. Hazánkban, 2019-ben egy szűrőprogram került bevezetésre, első lépésben széklet okkultvér vizsgálat kivitelezésével és pozitivitás esetén, colonoscopia elvégzésével.

Célkitűzések: Polypusok és CRC prevalenciájának vizsgálata Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinikáján 2019-2020 között kivitelezett szűrőprogram során. Metodika: Panaszmentes, 50 év feletti lakosok kerültek behívásra a kétlépcsős szűrőprogramba. A vastagbél-tükrözés során eltávolított polypusok számát és szövettani jellemzőiket dolgoztuk fel. Kiszámoltuk a teljes Adenoma Detekciós Rátát (ADR) és összehasonlítottuk az endoszkópos ok ADR-ját, életkoruk és tapasztalatuk szerint. Kiszámoltuk a CRC előfordulását, és összehasonlítottuk a hazai és nemzetközi eredményekkel.

Eredmények: Teljes vastagbél-tükrözést 168 (100 férfi, 68 nő) beteg végzett el. Az átlagéletkor 63,4 év volt. Nyolc betegnél diagnosztizáltak CRC-t. A reszekált polipok száma összesen 264 volt (185 adenoma, 73 hiperplastikus polip, 1 juvenilis polip, 3 fogazott adenoma és 2 adenocarcinoma). A 185 adenomából 140 tubularis, 35 tubulovillosus és 10 villosus volt; 15 esetben high grade diszpláziával (8,1%) és 170 esetben alacsony fokú diszpláziával (91,9%). Az adenomák lokalizációi: 37,30% a sigmabélben, 18,38% a felszálló vastagbélben, 15,68% a végbélben, 12,43% a leszálló vastagbélben, 8,11% a haránt vastagbélben és 8,11% a cecumban. A teljes adenoma-felismerési arány (ADR) 57,1% volt, 46,6-72,2% között változott az egyes vizsgáltak között. Nyolc CRC-t észleltek (4,76%); melyből 6 (75%) a rectosigmoidealis régióban és 2 (25%) a fennmaradó vastagbélben volt. A CRC-s betegek átlagéletkora 63,9 év (56-68 év) volt, enyhe női túlsúly mellett (5 nő, 3 férfi).

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

37.

PANCREATECTOMIZÁLT BETEGEK DIABETESÉNEK KEZELÉSÉVEL NYERT TAPASZTALATAINK

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

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

²Diabetológia, Betegellátó Irgalmas Rend, Budai Irgalmasrendi Kórház 1027, Budapest, Frankellé u. 17-19.

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

A pancreatogén diabetes (T3cDM) a hasnyálmirigy betegsége vagy hiánya miatt kialakuló diabetes forma, mely rendszerint együtt jár a hasnyálmirigy külső elválasztású részének funkciózavarával is. Maga a kórkép nem egységes, leggyakrabban krónikus pancreatitishez, hasnyálmirigyrákhoz, haemochromatosishoz, cysticus fibrosishoz társul. Legritkábban hasnyálmirigy eltávolítása után alakul ki. Sokszor egyéb diabetes formához, leggyakrabban 2-es típusú diabeteshez társul, ilyen esetben a hyperglükemiának pancreatogén komponense is van. Azon betegeknél, akiknek korábban nem volt diabetese, 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 glukagon hiánya, az alapbetegség (többnyire neoplasma) és annak kezelésének szövődményei, a műtét kiterjedtsége. Dolgozatunkban a szakrendelőnkben gondozott pancreatectomizált betegekkel nyert tapasztalatainkat foglaljuk össze.

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

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

38.

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

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

¹Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

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

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

⁴Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

⁵Jósa András Oktatókórház, Nyiregyháza

⁶Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

⁷Hematológiai Tanszék, Belgyógyászati Klinika, Debreceni Egyetem, Debrecen

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

Eredmények: 59, a vizsgálati kritériumoknak megfelelő beteget jelentettek, akiket a klinikai helyzet alapján két egyértelműen elkülöníthető csoportba tudtunk sorolni: 37 relabált, többszörösen refrakter beteg, akik több vonalnyi kezelés után, gyakran utolsó próbálkozásként kaptak venetoclaxot; illetve 22 korai vonalban kezelt beteg, akik a standard első vonalbeli kezelésre adott nem kielégítő válasz miatt, tervezett 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 deléció, 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 vesefunkciójavulás, a dialízis minden esetben felfüggeszthetővé vált. Kiemelendő, hogy a vizsgálatban hat plazmasejtes leukémiás (PCL) beteget is jelentettek, kivételes, 10

hónapos medián PFS-t és egy éven túli medián OS-t elérve. A sérülékenyebb, plazmasejtes leukémiás, veseelégtelenségben szenvedő vagy relabált betegeknél jelentősen több mellékhatást jelentettek, azonban dóziszváltás vagy szupportív ellátás mellett a terápia felfüggesztésére nem volt szükség.

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

39.

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

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

¹Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

²Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Budapest

³Semmelweis 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.

Célkutatás: 1980-2020 között a SE BOK egyik endokrin ambulanciáján a sellatáji térfoglalásban szenvedő betegek kliniko-patológiai 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. Vizsgálatuk a panaszokat, a tumor méretet, a hormonális aktivitást és hormonkiesést, szövettani diagnózist, recidíva előfordulását, illetve az alkalmazott terápiai eljárásokat.

Eredmények: A főbb vezető tünetek a diagnózis felállításakor az alábbiak voltak: látászavar, fejfájás, szédülés, szexuális zavar, fáradékonyság. A betegek átlagos tumor mérete MRI alapján a legnagyobb átmérőt tekintve 26,9 mm-nek adódott (10- 60 mm, min-max). 131 esetben készült preoperatív hormonvizsgálat, amelyek közül 39 esetben hypopituitarismus, 24 esetben acromegalia, 22 esetben prolactinoma és egy esetben Cushing-kór, ép hypophysis működés 47 esetben került felderítésre. 202 beteg esetén történt műtét. Az operált betegek közül recidíva miatt 29-nél egyszer, 8-nál kétszer, 2 betegnél pedig háromszor történt ismételt

idegsebészeti beavatkozás. Posztoperatív sugárkezelésben 22 beteg részesült. Szövetani vizsgálat 179 esetben volt elérhető melyek közül: chromophob sejtes adenoma (45,8 %), 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 hosszútávon 136-an igényelték hormonszubsztitúciót. A sellatáji tumorok hosszantartó rendszeres gondozást igényelnek. A gondozásban fontos szerepe van az endokrinológus, idegsebész és sugárterápiás szakorvosok összehangolt munkájának. Mind a praoperatív, mind a postoperatív hormonvizsgálatok és képalkotó vizsgálatok fontos jelentőséggel bírnak a korai diagnózis és az optimális műtéti illetve endokrin ellátás érdekében.

40. ADRENOCORTICALIS CARCINOMÁS BETEGEK TULÉLÉSÉT BEFOLYÁSOLÓ KLINIKOPATOLÓGIAI JELLEMZŐK VIZSGÁLATA A SEMMELWEIS EGYETEM BETEGANYAGÁBAN (1974-2019)

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

¹Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

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

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

⁴Belgyógyászati és Haematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

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

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

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

Betegek és módszerek: A vizsgálatba bevont 58 nő és 22 férfi átlagos életkora a diagnózis idején 52 év (18-84 év) volt. A betegek többsége ENSAT-II (41,4 %) és ENSAT-IV (34,3 %) stádiumú volt. A daganat mérete felismeréskor 9,5 cm (4-30 cm) volt, 57 esetben (76%) hormontermelést igazoltunk. 70 betegnél (87,5%) a primer tumor sebészi eltávolításra került, 30 beteg esetében R0 reszekciót sikerült elérni. A betegek öt éves túlélési aránya 20 %, a teljes medián túlélés 23 (0-274) hónap volt. Egyváltozós Cox-regressziós modellben a potenciális prognosztikai faktorok közül az alábbiakat értékeltük: életkor, nem, tumorméret, hormonális

aktivitás, ENSAT stádium, reszekciós státusz, Ki-67-index. Vizsgáltuk az adjuváns mitotán kezelés hatását a teljes túlélésre. A 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 tumor stádium, a magasabb Ki67- index (>20%), illetve az R1 és R2 reszekciós státusz, Azokban a betegekben (n=21), akiknél a plazma mitotán koncentráció a kezelés során minimum kétszer elérte a terápiás tartományt, a teljes túlélési idő szignifikánsan magasabb volt, mint azon betegek esetében, akiknél ezt nem sikerült elérni (n=22). (38 vs. 18 hónap, p=0,019). A mitotán terápiás szintjének eléréséhez szükséges idő 4 (2-12) hónap volt. A két alcsoportban a betegek átlagéletkora, nemi megoszlása, továbbá a betegség ENSAT stádiuma, a tumor reszekciós státusza és Ki67-index értéke között nem volt különbség. A III-IV-es stádiumú betegek körében nem volt különbség a mitotán monoterápiával és a kombinált mitotán+kemoterápiával kezelt betegek teljes túlélésében (19 (2- 193) hónap, n=8 vs. 18.5 (4-76) hónap, n=18)

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

41. IMMUNTERÁPIA MEDIÁLT 1-ES TÍPUSÚ DIABETES – ESETISMERTETÉS

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

¹II-es Belgyógyászati, 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 betegségeknél is gyakrabban megfigyelhető. A betegséget jellemzi a béta-sejtek pusztulása és az ennek következtében kialakuló abszolút inzulin hiány. Az autoimmun markerek közé tartozik az ICA (szigetsejt-ellenes autoantitest), GAD65 (glutaminsav-dekarboxiláz ellenes autoantitest), IAA (inzulin-ellenes autoantitest), valamint az IA-2 és IA-IB (tirozin-foszfátáz ellenes autoantitest), melyek kimutatását diagnosztikai célból is felhasználjuk.

Napjainkban egyre több tumoros betegség esetén használunk immunterápiát az onkológiai kezelés részeként, de a pozitív terápiás hatások mellett új mellékhatás- csoportok kialakulásával kell számolnunk.

Ezek közé tartoznak különböző endokrin toxicitások, többek között a pajzsmirigy, az agyalapi mirigy, vagy a mellékvese érintettségével. Ilyen mellékhatása lehet ennek a kezelésnek az újonnan kialakult cukorbetegség is, amit eddig az immun-onkoterápiában részesülő betegek közel 1%-nál írtak le.

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

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

42.

PAJZSMIRIGYBETEGSÉGEK ÉS DEMENCIA. TÉNYEK ÉS FELTÉTELEZÉSEK.

Tóth M.¹,

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

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

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

A pajzsmirigybetegségek és a kognitív hanyatlás/demencia viszonyát illetően az eredmények gyakran ellentmondásosak. Az utóbbi évtizedben közölt nagy tanulmányok alapján az alábbi következtetések nagy valószínűséggel megállják a helyüket:

1) Mind a hyperthyreosis, mind a hypothyreosis egyértelműen és közel azonos súllyal kapcsolatba hozható a demencia kialakulásával.

2) Az autoimmun és nem-autoimmun patogenezisű hyperthyreosisok (Graves- Basedow-kór vs. multinoduláris struma) azonos gyakorisággal társulnak demenciával.

3) Már az enyhe (szubklinikai/látens) pajzsmirigybetegségek is hajlamosítanak demenciára.

4) Mind a hypothyreotikus, mind a hyperthyreotikus időszak(ok) növekvő időtartama fokozza a demencia kialakulásának esélyét.

5) A hypothyreosis/hyperthyreosis súlyossága és a kognitív hanyatlás súlyossága közötti kapcsolat további vizsgálatokat igényel.

6) A pajzsmirigybetegségek a hormonellátottság zavarának direkt idegrendszeri hatásán túlmenően egyéb közvetett mechanizmusokkal (kardio- és cerebrovaszkuláris betegségek, szívritmuszavar, stb) is hozzájárulhatnak a demencia kialakulásához.

7) Az eddigi kutatási eredmények alapján valószínűsíthető, hogy a pajzsmirigybetegségek korai időszakban történő felismerése és optimális kezelése – a hyper- és a hypothyreotikus időszakok minimalizálása révén – csökkentik a demencia kockázatát.

43.

DUODENÁLIS FEKÉLY NEM SZOKVÁNYOS ESETE

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

¹*Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézet*

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

Esetismertetésünkben egy lényeges belgyógyászati előzménnyel nem rendelkező középkorú férfi kórtörténetét mutatjuk be, aki felhasi panaszok, fogyás és étvágytalanság miatt került felvételre Belgyógyászati osztályra. Az elvégzett gasztroszkópia penetráló duodenumfekélyt írt le, a komputer-tomográfias (CT) vizsgálat során a krónikus hasnyálmirigygyulladás jelei mellett a hasnyálmirigy térfoglaló folyamata, bevérzett pankréász ciszta, cisztózus májeltváltozások került leírásra. A sebészi explorációt a Beteg elutasította, így ezt követően endoszkópos ultrahang (EUS) előjegyzés és tumormarkerek levétele történt meg. A Beteg ezután saját felelősségére távozott, azonban néhány nap múlva felső tápcsatornai vérzés tüneteivel került felvételre, melynek hátterében a fekélyből származó vérzés állt, ezt azonban endoszkóposan csillapítani nem tudták. Sebészeti konzílium a folyamatot a korábban leírt pankréász daganat duodenumba törésének tartotta, inoperábilisnak véleményezte, intervenciót javasolt. Angiológiánkon a vérzésforrás eredményes szelektív embolizációja történt meg. A manővert követő EUS vizsgálat a hasnyálmirigyben térfoglaló folyamatot nem tudott azonosítani, csupán a pankréászba penetráló duodenumfekélyt, epeágyi folyadékgyülemet, valamint krónikus pankreátitiszre utaló eltéréseket, melyet a szövettani eredmények is megerősítettek. Diagnózisait

követően konzervatív terápia beállítása után a Beteg ambuláns kontroll mellett otthonába bocsájtottuk. Hetekkel később a Beteg szeptikus lázmenet miatt került ismételt felvételre, mely hátterében a képpalkotók 5, egymástól független intra- és perihepatikus, tályogszerű képletet valószínűsítettek. A leírt folyamatot a penetráló duodenumfekély perforációs szövődményének tekintettük. Mivel a perkután drenázst kivitelezhetetlennek véleményezték, kombinált intravénás, majd perorális antibiotikus kezelés mellett döntöttünk. A kontroll CT vizsgálat a tályagos folyamatok jelentős regresszióját írta le. Hetekkel később a Beteg Sebészeti osztályra került felvételre jobb oldali hasfalra törő tályagos folyamat miatt. Laparoscopia 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.

44.

A HELICOBACTER PYLORI PREVALENCIÁJÁNAK ÉS ENDOSZKÓPOS MANIFESZTÁCIÓJÁNAK VÁLTOZÁSA 10 ÉV ALATT

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

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

Bevezetés: A H.pylori egy fertőző betegség, amely olyan betegségek kialakulásához vezethet, mint a gastritis, a gyomorfekély és a MALT limfóma. A becslések szerint a világ népességének körülbelül 50%-a fertőzött.

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

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

Eredmények: A H. pylori fertőzés általános prevalenciája 18%, férfiaknál 41,6%, nőknél 58,3% volt. 2010-ben a H. pylori fertőzés prevalenciája 26,3% volt [40,5% a férfiaknál és 59,5% a nőknél], 2020-ban

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

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

NÉVMUTATÓ AZ ÖSSZEFOGLALÓKHOZ

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

A

Acél P. 17
Alijanpourotaghsara A. 44
Alizadeh H. 38
Arapovicsné Dr. Kis K. 37, 41
Arató M. 24
Arányi Z. 3

B

Balla E. 5, 26
Barbat M. 5
Barna I. 1*
Bedics G. 35
Bencze M. 17
Bencze Á. 18
Berze I. 13
Besenyey A. 2*
Birtalan K. 3*
Bobek I. 24
Bodor A. 5
Bor L. 13
Borka K. 40
Bujtor Z. 9
Bödör C. 35

C

Csefkó K. 26
Cseh G. 24
Csizmadia C. 17
Czirják S. 39
Czompa D. 4

D

Dabasi G. 27
Dezső K. 35
Doros A. 40
Drácz B. 4*
Dubravcsik Z. 43
Dubóczki Z. 37

E

Engh M. 30
Eröss B. 15, 30

F

Faluhelyi N. 15
Farkas H. 20
Fecske É. 3
Ferdinandy P. 24
Fintha A. 22
Firneisz G. 24
Fischer T. 9
Fábián J. 38

Földvári-Nagy L. 30
Förhécz Z. 24

G

Gadó K. 2, 6*
Galambosi B. 10
Gaál A. 26, 5*
Gieth A. 9
Gonda X. 7
Grosz A. 37
Gyarakai P. 5
Gyergyay F. 23
Györkös A. 9

H

Hagymási K. 4
Hardi A. 38
Hargittay C. 7*
Harisi R. 8*
Hegyi J. P. 15
Hegyi P. 15, 30
Hermann P. 13
Herr G. 9*
Horvát G. 11*, 12*
Horváth A. 13*
Horváth J. 14*, 43
Horváth M. 4
Horányi J. 27, 40
Hosszúfalusi N. 30
Hritz I. 4
Hussein T. 15*
Husztly G. 27, 35, 40
Héthelyi B. 10*

I

Igaz P. 40
Illés Á. 38
Izbéki F. 25

J

Jakab Z. 27
Juhász A. 14
Juhász M. 30
Jász M. 13

K

Kalabay L. 7, 16*, 20
Kamondi A. 23
Kardos K. 5
Kardos M. 22
Kelemen D. 15
Kis J. 37, 41
Kivács I. 11

Kollár R. 35
Kozma A. 38
Kruzslicz J. 17
Késői I. 17*
Köves B. 14
Kövesdi A. 18*

L

Ladányi Á. 22
Lajosné Major Z. 19*
Lakatos B. 24
Longobardi S. 36
Lukács M. 17
Lukács N. 14
Lázár G. 5

M

Makai G. 12
Masszi T. 24, 38
Medvegy M. 19
Medvegy Z. 19
Merkely B. 24
Mersich T. 37
Meskó É. 21*
Micsik T. 40
Miheller P. 4
Mihály E. 30, 36 44
Mikala G. 38
Márkus B. 7, 20*
Mészáros P. 37
Móczár E. 22*
Müllner K. 4
Múzes G. 23*, 34

N

Nagy B. 35
Nagy G. 27, 35, 40
Nagy L. 13
Nagy P. 35
Nyikos O. 25*
Nádasdi Á. 24*

O

Oláh J. 5

P

Papp V. 4
Patai T. 5
Pavlik G. 19
Pepa K. 26*
Persóczki M. 18
Pikó B. 5
Pink T. 26

Polocsányi B. 28*
Princz J. 29*
Prof Jeney A. 8
Prohászka Z. 3, 24
Pusztai P. 40
Pálfi A. 5
Pócsai K. 27*

R

Rajnics P. 38
Rancz A. 30*
Reiniger L. 39
Reismann P. 27, 40
Rejtő L. 38
Rihmer Z. 7
Réti M. 24
Rózsa Á. 5

S

Schandl L. 37, 41,
Sikter A. 31*, 32*
Simek Á. 33*
Simonyi G. 19
Sinkovits G. 24
Sipos F. 23, 34*
Sipos L. 39
Stark J. 35*
Sterbenz T. 19
Strelnikov D. 36*
Szakács P. 17
Szegedi L. 28
Szemán A. 37*
Szendrei T. 38
Szenes M. 9
Sziráki K. 9
Szita V. 38*
Szlávik R. 27, 40
Székely H. 4
Szücs N. 27, 39*, 40
Sápi Z. 27, 35, 40
Sármán B. 40

T

Takács E. 3
Takács M. 9
Taller A. 3
Temesszentandrás G. 20
Teutsch B. 30
Tomasics G. 41*
Tomcsik Z. 13
Torzsa P. 7
Tulassay Z. 36, 44
Tulit T. 19
Tóth M. 18, 27, 35, 39, 40, 42*
Tóth-Szeles R. 43*
Tóke J. 18, 27, 35, 39, 40*

V

Vajda Z. 25
Varga G. 38
Varga M. 5, 26
Varga Z. 27
Veres D. 30
Vessal A. 44*
Veszeli N. 20
Vincze Á. 15
Vályi-Nagy I. 24, 38
Váróczy L. 38
Völgyi Z. 9
Vörös K. 7

W

Werling K. 4
Winkler G. 37, 41

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-_____

Magyar Belgyógyász Társaság kitüntetettjei

Magyar Belgyógyász Társaság Emlékérem kitüntetést kaptak:

1996. Dr. Varró Vince

1998. Dr. Iványi János, Dr. Lehoczky Dezső

2000. Dr. Rák Kálmán

2002. Dr. de Chatel Rudolf

2004. Dr. Romics László,

2006. Dr. Sonkodi Sándor

2008. Dr. Csanády Miklós, Dr. Juhász László, Dr. Nagy Judit,

2010. Dr. Nemesánszky Elemér Dr. Szegedi Gyula,

2012. Ebben az évben nem került kiadásra

2014. Dr. Kiss László, Dr. Leövey András,

2016. Dr. Jakab Lajos, Dr. Nagy Judit

2018. Dr. Pák Gábor

2022. Dr. Rácz István

Kelemen Endre Emlékelőadás és Emlékérem kitüntetés

2018. Dr. Tulassay Zsolt

2022. Dr. Szalay Ferenc