

M55

SenWise Studio

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

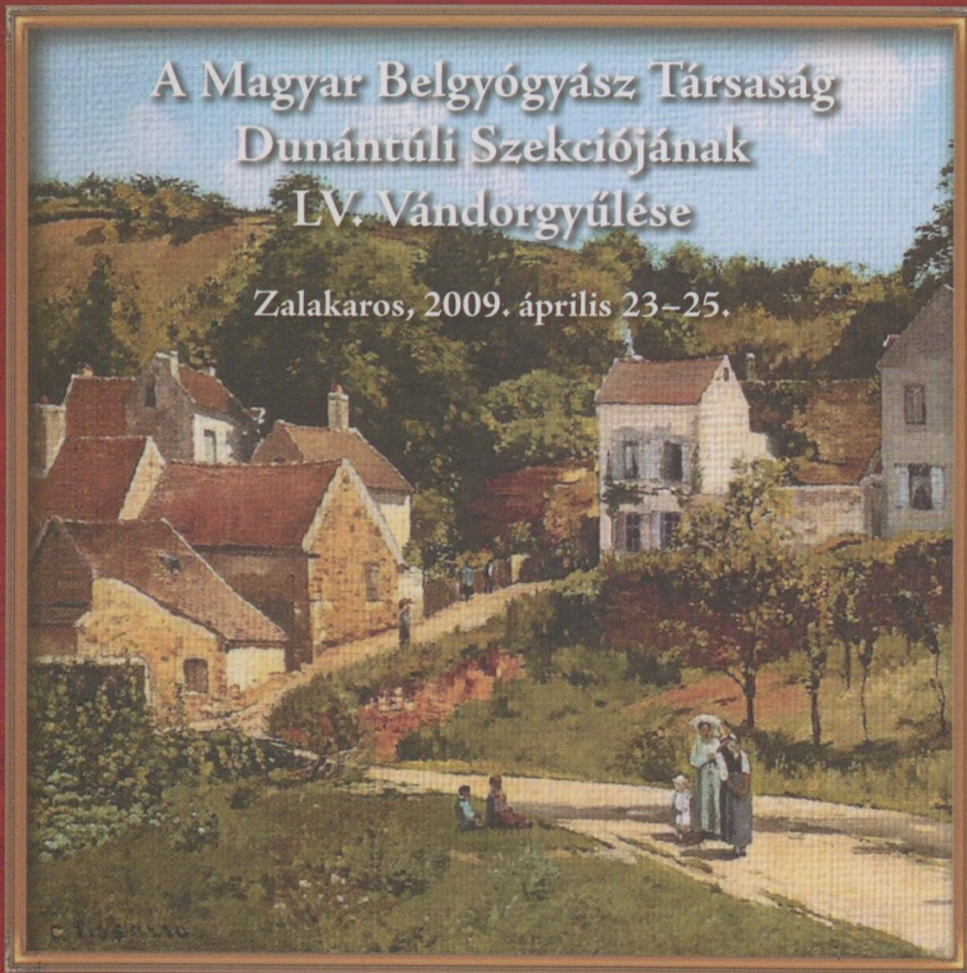
MIBA

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA

A MAGYAR ÁLTALÁNOS ORVOSOK TUDOMÁNYOS EGYESÜLETE,
A MAGYAR ENDOKRINOLÓGIAI ÉS ANYAGCSERE TÁRSASÁG,
A MAGYAR GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG ÉS
A MAGYAR HEMATOLÓGIAI ÉS TRANSZFUZIOLÓGIAI TÁRSASÁG
TÁMOGATÁSÁVAL

A Magyar Belgyógyász Társaság
Dunántúli Szekciójának
LV. Vándorgyűlése

Zalakaros, 2009. április 23–25.



SUPPLEMENTUM



LXII. ÉVFOLYAM

1/2009

COVERCARD®

perindopril + amlodipin

5/5

5/10

10/5

10/10

ÚJ!

Mesteri kombinációk



- Erőteljes és tartós vérnyomáscsökkentés¹
- Potenciórozott kardiovaszkuláris védelem²
- Javuló beteg együttműködés³
- Flexibilis alkalmazhatóság⁴

Covercard® 5 mg/ 5 mg tabletta 5,0 mg perindopril-arginin és 5,0 mg amlodipin tablettánként.
Covercard® 5 mg/ 10 mg tabletta 5,0 mg perindopril-arginin és 10,0 mg amlodipin tablettánként.
Covercard® 10 mg/ 5 mg tabletta 10,0 mg perindopril-arginin és 5,0 mg amlodipin tablettánként.
Covercard® 10 mg/ 10 mg tabletta 10,0 mg perindopril-arginin és 10,0 mg amlodipin tablettánként.

Rövidített alkalmazási előírás:

Terápiás javallatok: a Covercard® javasolt esszenciális hipertónia és/vagy stabil koronáriabetegelek helyettesítő kezelésére olyan betegek esetében, akik azonos dózisú perindopril és amlodipin szedése mellett már egyensúlyban vannak. **Adagolás és alkalmazás:** szájon át történő alkalmazás. Egy tabletta naponta egyszer, lehetőleg reggel, étkezés előtt bevétel. A fix dózisú kombináció nem alkalmas kezdeti terápiára. **Ellenjavallatok:** a perindoprilal vagy bármely más ACE-gáttal szembeni túlérzékenység, angiodödéma a kórelőzményben, terhesség második és harmadik trimesztere. **Súlyos hipotenzio,** az amlodipinnel vagy bármely más dihidropiridinnel szembeni túlérzékenység, sokk (kardogén is), a balkamra kiáramlási pályájának obstrukciója (pl. súlyos aorta stenosis), instabil angina pectoris (kivéve a Prinzmetal angina), akut myocardialis infarktust követő szívelégtelenség (az első 28 nap). **Különleges figyelmeztetések:** a Covercard® alkalmazása nem javasolt szoptatás alatt. Covercard® terápia nem indlítható terhesség alatt. **Gyógyszerkölcsönhatások és egyéb interakciók:** Perindopril: kálium-spóroló diuretikumok, kálium-pótló szerek, lítium, esztramusztin, NSAID. Amlodipin: dantrolen, CYP3A4 induktorok (pl. rifampicin), CYP3A4 inhibitorok (pl. itraconazol). **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** urticaria, hangulat-ingadozások, alvászavarok, szomnolencia, szédülés, fejfájás, tremor, vertigo, látászavarok, palpitatio, syncope, angina pectoris, kipirulás, hipotenzio, stroke, dyspnoe, köhögés, hasi fájdalom, náusea, hányás, quincke ödéma, erythema multiforme, pruritus, bőrkülés, fáradtság, asthenia. **Felhasználhatósági időtartam:** 2 év. **Megjegyzés:** + (egy keresztes). **Segédanyag:** laktóz-monohidrát. **Osztályozás:** II. csoport. **Kizárólag orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V).** **A forgalombahozatali engedély száma:** OGYI-T-20572/01-04. **Alkalmazási előírás OGYI-engedély száma:** 18945/40/08. **A forgalomba hozatali engedély jogosultja:** EGIS GYÓGYSZERGYÁR NYRT. H-1106 Budapest, Keresztúr út 30-38.

KÉRJÜK, HOGY RENDELÉS ELŐTT OLVASSA EL A TELJES ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁST!

Covercard® 5 mg/5 mg tabletta 30x: fogy.ár: 2 444 Ft, TB támogatás: 1 955 Ft, **tér.dj: 489 Ft**
Covercard® 5 mg/10 mg tabletta 30x: fogy.ár: 3 257 Ft, TB támogatás: 2 606 Ft, **tér.dj: 651 Ft**
Covercard® 10 mg/5 mg tabletta 30x: fogy.ár: 3 369 Ft, TB támogatás: 2 695 Ft, **tér.dj: 674 Ft**
Covercard® 10 mg/10 mg tabletta 30x: fogy.ár: 4 207 Ft, TB támogatás: 3 366 Ft, **tér.dj: 841 Ft**

Termékeink árváltozásával kapcsolatos információkról tájékozódhat az Országos Egészségbiztosítási Pénztár honlapján: www.oep.hu

¹Dahlöf B et al. (ASCOT): Lancet 2005; 336:895-906 ²Bertrand, Sever, EUROPA Clinical Trial Update II, Session number: 3267-3268 2008, September 2 ESC 2008 ³Farsang Csaba. A gyógyszer-kombinációk jelentősége a hipertónia kezelésében, HTSZ 2004;9: 715-721. ⁴Alkalmazási előírás

További információ:
EGIS Nyrt. marketingfőosztály
Cím: 1134 Budapest, Lehel út 15.
tel: 469-22-22, fax: 469-24-59
e-mail: mid.opr@egis.hu, honlap: www.egis.hu
Lezárás dátuma: 2009.04.06.



MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM

MBBA

A MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG LAPJA

A MAGYAR ÁLTALÁNOS ORVOSOK TUDOMÁNYOS EGYESÜLETE,
A MAGYAR ENDOKRINOLÓGIAI ÉS ANYAGCSERE TÁRSASÁG,
A MAGYAR GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG ÉS
A MAGYAR HEMATOLÓGIAI ÉS TRANSZFUZIOLÓGIAI TÁRSASÁG
TÁMOGATÁSÁVAL

Főszerkesztő / Editor in Chief:

Dr. Szathmári Miklós

E-mail: szatmik@bell.sote.hu

Emeritus főszerkesztő:

Dr. Lehoczky Dezső

Előző főszerkesztők (Past Editors):

Dr. Hetényi Géza (1947–1949)

Dr. Gömöri Pál (1950–1958)

Dr. Julesz Miklós (1959–1962)

Dr. Magyar Imre (1963–1982)

Dr. Lehoczky Dezső (1983–1998)

A szerkesztőbizottság elnöke / Chief of the Editorial Board:

Dr. Tulassay Zsolt

Szerkesztőbizottság / Editorial Board:

Dr. Balázs Csaba

Dr. de Chátel Rudolf

Dr. Herszényi László

Dr. Karádi István

Dr. Rácz Károly

Dr. Romics László

Dr. Sonkodi Sándor

Dr. Szalay Ferenc

Dr. Szemere Pál

Dr. Tenczer József

Dr. Udvardy Miklós

Dr. Vasas Lívia

Dr. Wittmann Tibor

Orvostörténeti és orvosi érem rovatvezetők:

Dr. Jakó János

Dr. Süle Tamás

Kézirat, levél a következő címre érkezzen:

Szerkesztőség / Editorial Office:

Magyar Belorvosi Archívum

1083 Budapest, Korányi Sándor u. 2/a.

Telefon: 210-0278 Fax: 313-9492

Kitadja a TUDOMÁNY KIADÓ Kft.

1146 Budapest, Hermina út 57–59.

Postacím: 1442 Budapest, Pf. 100.

Telefon: 273-2844 Fax: 384-5399

A kiadásért felel: Gutti Péter

Borítóterv: Fuchs Tamás, SerWise Studio

Nyomdai munkálatok:

Kaposvári Nyomda Kft.

Megrendelhető és előfizethető

a TUDOMÁNY KIADÓ Kft.-nél.

Éves előfizetési díj magánelőfizetőknek 4200 Ft,

közületeknek 6825 Ft Áfával.

A Magyar Belgyógyász Társaság tagsági díja tartalmazza

a lap előfizetési díját.

Megjelenik kéthavonta. A lapot az előfizetés

beérkezéséig postázzuk.

Magyar Belorvosi Archívum © 2009. Minden jog fenntartva. A folyóiratban megjelent valamennyi eredeti írásos és képi anyag közlési joga a Magyar Belgyógyász Társaságot illeti. A megjelent anyagnak – vagy egy részének bármely formában való másolásához, felhasználásához, ismételt megjelentetéséhez az MBT írásbeli hozzájárulása szükséges.

Index: 25 532 • ISSN 0133-5464

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

Tartalomjegyzék

Köszöntő	3
A Dunántúli Belgyógyász Vándorgyűlési Emlékérem Szabályzata	4
A Dunántúli Belgyógyász Vándorgyűlési Emlékérem kitüntetettjei	5
A Vándorgyűlési emlékérem 2009. évi kitüntetettjeinek szakmai életrajza	7
Plakett: Szent Kozma és Damján az életfával	8
Tudományos program	11
Előadás-összefoglalók	25
Névmutató	63

Az összefoglalások stiláris szerkesztés és az írásmód egységesítése nélkül, a beküldött formában jelennek meg.

A kongresszus tudományos szervezői

Dr. Gasztonyi Beáta PhD.
a Zala Megyei Kórház Belgyógyászati osztályának osztályvezető főorvosa

Dr. Lupkovics Géza
a Zala Megyei Kórház Kardiológiai osztályának osztályvezető főorvosa

A kongresszus technikai szervezője

Zala Megyei Kórház PR Iroda
Irodavezető: Magyarné Kondor Judit

A kongresszus főszponzora



Kiállítóink, támogatóink

77 ELEKTRONIKA KFT.
ABBOTT KFT.
ACTAVIS HUNGARY KFT.
AMGEN KFT.
ANAMED KFT.
ASTRA ZENECA KFT.
BAYER HUNGÁRIA KFT.
BERLIN-CHEMIE /A. MENARINI KFT.
DR. FALK PHARMA KÉPVISELET
EGIS NYRT.
ENDO PLUS SERVICE KFT.
FERRING MAGYARORSZÁG GYÓGYSZERKERESKEDELMI KFT.
GOODWILL PHARMA KFT.
HUN-MED KFT.
LILLY HUNGÁRIA KFT.
MEDICOM PHARMA KFT.
MERCK KFT.
MICROMEDICAL KERESKEDELMI ÉS SZOLGÁLTATÓ KFT.
NOVARTIS HUNGÁRIA KFT.
NOVO NORDISK HUNGÁRIA KFT.
NYCOMED PHARMA KFT.
NUMIL HUNGARY KFT.
PFIZER KFT.
RICHTER GEDEON RT.
ROCHE (MAGYARORSZÁG) KFT.
SCHERING-PLOUGH HUNGARY KFT.
SERVIER HUNGÁRIA KFT.
TEVA MAGYARORSZÁG ZRT.
PEPSI AMERICAS

ISPITA ALAPÍTVÁNY, ZALAEGERSZEG
ZALAEGERSZEGI KARDIOLÓGIÁÉRT ALAPÍTVÁNY
ZALA MEGYEI KÓRHÁZ BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLYÁÉRT ALAPÍTVÁNY

KÖSZÖNTŐ

Tisztelt Kolléganők és Kollégák!

A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Szekciójának vezetősége nevében tisztelettel köszöntjük Önöket.

Nagy öröm számunkra, hogy a Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Szekció Vándorgyűlésének szervezője tíz év után ismét Zalaegerszeg lehet. Ezúton is tisztelettel szeretnénk meghívni a belgyógyászat iránt érdeklődő kollégákat a Zala Megyei Kórház Belgyógyászati és Kardiológiai osztályának közös szervezésében 2009. április 23–25. között megrendezendő konferenciára.

A konferencia helyszínének a Zalaegerszegtől 60 km-re lévő zalakarosi MenDan Thermal & Aqualand 4 csillagos wellness és egészségügyi szállodát választottuk, mely ideális légkört kínál a vendégek részére. A hotel a város központjában fekszik, könnyen megközelíthető, szép, családias hangulatú.

A tudományos program összeállításánál részben az eddigi hagyományokat követve elsősorban olyan témaköröket jelöltünk meg, amelyekben az utóbbi időben szemléletváltozás következett be, illetve amelyek már régen nem szerepeltek összefoglaló előadással programjainkban. Ezen kívül a szakmapolitika legaktuálisabb kérdéseinek bemutatására is sor kerül. A plenáris ülések lehetőséget adnak majd arra, hogy egyazon témához a belgyógyászat valamennyi diszciplínája hozzászólhasson. Természetesen ez alkalommal is lehetőség van szabadon választott előadások bejelentésére, illetve a fiatal kollégák tapasztalatainak, kutatásainak összegzésére (Fiatalok Fóruma keretében).

A kongresszust a Pécsi Tudományegyetem akkreditálta.

Őszintén reméljük, hogy a rendezvény programja elnyeri tetszésüket, és előadóként vagy hallgatóként aktívan részt vesznek kongresszusunkon.

A Szervezőbizottság nevében ezúton is kívánunk valamennyiüknek szakmai élményekben gazdag és sikeres továbbképzést!



Dr. Gasztonyi Beáta
a Szervezőbizottság elnöke

Dr. Lupkovics Géza
a Szervezőbizottság tagja

2001. Kaposvár	Dr. Nagy Judit Dr. Sámik József Dr. Herr Gyula	Pécs Kaposvár Nagyatád
2002. Nagykanizsa–Zalakaros	Dr. Papp Lajos Dr. Losonczy Hajna Dr. Mészáros István Dr. Matoltsy András	Pécs Pécs Csabrendek Nagykanizsa
2003. Pécs	Dr. Mágel Ferenc Dr. Rácz István Dr. Rostás László	Kaposvár Győr Mosdós
2004. Hőgyész	Dr. Erdélyi Kálmán Dr. Józán-Jilling Mihály Dr. Rednik András	Balatonfüred Szekszárd Veszprém
2005. Bükfürdő	Dr. Bokor Nándor Dr. Borsos Sándor Dr. Nagy Lajos	Szombathely Marcal Szombathely
2006. Sopron	Dr. Dinnyés József Dr. Tóth Kálmán	Esztergom Pécs
2007. Balatonalmádi	Dr. Solt István Dr. Solt Jenő	Székesfehérvár Pécs

A VÁNDORGYŰLÉSI EMLÉKÉREM 2009. ÉVI KITÜNTETETTJE

2009-ben a Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Szekciója vezetősége az alábbi orvosoknak ítélte oda a Vándorgyűlési Emlékérmét.

Dr. Wittmann István

Pécsi Tudományegyetem ÁOK, II. Belgyógyászati Klinika és Nefrológiai Centrum

Dr. Lőcsei Zoltán

Szombathelyi Markusovszky Kórház, Általános Belgyógyászati Osztály

A VÁNDORGYÜLÉSI EMLÉKÉREM 2009. ÉVI KITÜNTETETTJEINEK SZAKMAI ÉLETRAJZA

Dr. Lőcsei Zoltán

1956-ban született Pápán. A középiskolát szülővárosában végezte, majd a Pécsi Orvostudományi Egyetemen szerzett általános orvosi diplomát 1980-ban. Ezt követően állt munkába első – és mindeddig egyetlen – munkahelyén a Szombathelyi Markusovszky Kórház akkoriban I. számú, jelenleg Általános Belgyógyászati osztályán. 1992-ben adjunktusi, 1996-ban másodfőorvosi, 1999-ben osztályvezető főorvosi kinevezést kapott. A belgyógyászat szakképesítés után 1991-ben gasztroenterológiából, 1997-ben endokrinológiából szerzett szakvizsgát. Gasztroenterológiai endoszkópos vizsgálatokat 1984 óta végez, nevéhez fűződik pl. az oesophagusvarix-sclerotisatio szombathelyi meghonosítása 1985-ben. A fenti szakterületek mellett érdeklődése kiterjed az autoimmun kórképek diagnosztikájára, terápiájára is. A mindennapi betegellátó tevékenység mellett tudományos munka végzésére is törekszik, szerzője 4 könyvfejezetnek, 32 in extenso közleménynek, illetve 108 idézhető absztrakt közleménynek, az összesített impact faktor: 8,7, citációk száma 20.

A Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Szekciója vándorgyűlésein az 1985-ös dunaújvárosi óta rendszeresen részt vesz Ez idő alatt (2007-ig) összesen 50 előadás, referátum, poszterbemutató szerzője, társszerzője.

Dr. Wittmann István

Születési hely, idő: Sztálinváros, 1960. május 1.

Tanulmányi előmenetel: 1984-ben summa cum laude eredménnyel végzett a POTE Általános Orvosi Karán. 1992-ben belgyógyászatból jelesre szakvizsgázott, 1997-ben megkapta a diabetológus minősítést, 2002-ben jelesre szakvizsgázott nefrológiából.

Egyetemi pályafutás: Egyetemi pályafutása során 1979–1983-ig demonstrátorként dolgozott a POTE Biológiai Intézetében. 1984–1992-ig klinikai gyakornokként, 1992–1994-ig klinikai tanársegédként a POTE I. Belgyógyászati Klinikáján, 1994–1995-ig klinikai tanársegédként a POTE II. Belgyógyászati Klinikáján dolgozott. 1995–1999-ig a POTE II. Belgyógyászati Klinikájának adjunktusa volt, 1999–2006 között egyetemi docensként dolgozott. 1994 óta a II. Belgyógyászati Klinika Diabetes Munkacsoportját vezeti. 1996–2006-ig a Nefrológia-Diabetológia Osztálynak a vezetője volt. 2001 óta a II. Belgyógyászati Klinika és Nefrológiai Centrum Laboratóriumának vezetője. 2001–2006 között a Klinika tudományos igazgatóhelyettese volt. 2006-tól a II. Belgyógyászati Klinika és Nefrológiai Centrum egyetemi tanára és igazgatója.

Tanulmányutak: 1986: Institut für Pharmakologie, Friedrich Schiller Universitaet, Jena, Németország; 1990–1991.: Department of Biochemistry, The Mount Sinai Medical Center, New York, USA; 1993: Laboratoire de Biologie Cellulaire, Faculte des Sciences, Universite Catholique de Louvain, Louvain, Belgium.

Kitüntetések: 1989-ben a Magyar Diabetes Társaság Elismerő Oklevelében részesült a Fiala Diabetológusok Fórumán, Szekszárdon. 1996-ban a Magyar Nefrológiai Társaság Legjobb Fiala Nefrológus Díját kapta, 1996-, 1997-, 1998-, 1999- és 2001-ben a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvoskar „Kiváló Gyakorlatvezető” címét nyerte el, és 1996-ban a Baranya Megyei Cukorbeteg Szövetsége „Cukorbetegéért” kitüntetésben részesítette. 2000-ben elnyerte a Pécsi Akadémiai Bizottság által fiatal kutatóknak alapított PAB Tudományos Díját. 2001-ben az Magyar Nefrológiai Társaság Kutatásfejlesztési díját kapta meg.

Tudományos tevékenység: 1982-ben megjelent első tudományos közleménye óta folyamatosan a szabad gyökök biológiai és klinikai jelentőségével foglalkozik. Az utóbbi években a nitrogén-monoxid szabad gyök, a nem-enzimatis glikáció és a renin-angiotenzin rendszer a fő kutatási területe. Elsősorban a diabetológia, a nefrológia és az angiológia területén kutat.

Szakmai előmenetel: 1998-ban védte meg PhD-téziseit A nitrogén-monoxid lehetséges szerepe az inzulin hatásának kifejlődésében. Adatok a diabetos nephropathia patogeneziséhez” címmel. 1999-ben a POTE II. Belgyógyászati Klinika és Nefrológiai Centrum által kiírt egyetemi docensi pályázata nyert elfogadást. 2001-ben a PTE Általános Orvostudományi Karán habilitált, habilitációs előadásainak témája a diabetos nephropathia volt. 2006-ban a PTE ÁOK II. Belgyógyászati Klinika és Nefrológiai Centrum által kiírt egyetemi tanári pályázata nyert elfogadást.

Tudományos közleményeinek száma 150, ebből 43 nemzetközi folyóiratban, 107 hazai magyar és angol nyelvű folyóiratban jelent meg. 14 könyvfejezet szerzője vagy társszerzője volt.

Összesített impact faktora 88,263. Független citációs száma 186, ebből 147 angol nyelvű, 39 magyar nyelvű.

PLAKETT: SZENT KOZMA ÉS DAMJÁN AZ ÉLETFÁVAL

„Az életfa az emberi test szerkezetét és az érrendszert is szimbolizálja, a kettéágazó fa pedig a két nemet. Kozma és Damján az orvostudományt és a gyógyszerészetet jelképezi, ami a terápia folytán elválaszthatatlan egymástól. A fent lévő nap-hold motívum az életutat jelenti.”

(Németh János)



Németh János zalaegerszegi keramikusművész alkotása, amely a Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Szekciójának LV. Vándorgyűlésére készült.

Nem minden glitazon egyforma

Új
actos[®]
pioglitazon HCl
Csökkenti az inzulin-rezisztenciát, javítja a lipidprofilot. És ez még nem minden.

Új!
Az ADA/EASD* és az MDT** ajánlásával

A metforminnal nem megfelelően kontrollált 2-es típusú cukorbetegek kezelésére az **Actos az egyetlen ajánlott glitazon** az ADA és EASD legújabb terápiás irányelve alapján*

- az Actos[®] hatékonyan csökkenti az inzulinrezisztenciát és javítja a β -sejt funkciót¹
- az Actos[®] hatékonyan javítja és hosszú távon fenntartja a glikémiás kontrollt^{1, 2, 3}
- az Actos[®] előnyösen befolyásolja a lipidprofilot, csökkenti a kardiovaszkuláris rizikófaktorokat^{1, 3}
- az Actos[®] alkalmazásakor hosszútávon sem merülnek fel iszkémiás eredetű kardiovaszkuláris problémák^{1, 3}



Mérlegelje
a különbséget,
amikor átgondolja
2-es típusú
cukorbeteg
kezelését!

***Actos 30 mg tableta rövidített alkalmazási előírása:**

Hatóanyag: 30 mg pioglitazon (hidroklorid formájában) **Javallatok:** 2-es típusú diabetes mellitus kezelésére. Monoterápiában olyan diétával és fizikai aktivitással nem megfelelően kontrollált betegek (különösen túlsúlyosok) esetén, akiknél a metformin-kezelés az ellenjavallatok, illetve intolerancia miatt nem megfelelő. Kettős orális kezelésként kombinációban metforminnal olyan betegek (különösen túlsúlyosok) esetében, akiknél a maximálisan tolerálható dózisban adott orális metformin monoterápia ellenére a glikémiás kontroll elégtelen; egy szulfonilureával kizárólag olyan betegek esetében, akik nem tolerálják a metformint vagy akiknél a metformin ellenjavallt, és a maximálisan tolerálható dózisban adott orális szulfonilurea monoterápia ellenére a glikémiás kontroll elégtelen. Hómas orális kezelésként kombinációban metforminnal és egy szulfonilureával, olyan betegeknek (különösen túlsúlyosoknál), akiknél a kettős orális kombináció ellenére a glikémiás kontroll nem kielégítő. A pioglitazon inzulinmal kombinációban is javallt olyan 2-es típusú diabetesben szenvedő betegeknek, akiknél a glikémiás kontroll inzulin mellett nem kielégítő és akiknél a metformin ellenjavallt vagy intolerancia miatt nem alkalmazható. **Adagolás:** Kezdetben naponta egyszer 15 mg vagy 30 mg pioglitazon adható, étkezés közben vagy étkezések között. Az adag fokozatosan emelhető napi egyszeri 45 mg-ig. Inzulinmal való kombináció esetén a jelenlegi inzulinadag folytatható a pioglitazon-kezelés elkezdésekor. Ha a betegek hypoglykaemiáról számolnak be, az inzulin adagját csökkenteni kell. **Ellenjavallatok:** a készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Fennálló szívelégtelenség vagy az anamnézisében előforduló szívelégtelenség (NYHA I – IV). Májködés. Diabéteses ketoacidózis. Terhesség, szoptatás. 18 éves kor alatti alkalmazása nem ajánlott. Örökletes galaktóz-érzékenység, lapp laktóz-hiány, vagy glükóz-galaktóz felszívódási zavar esetében nem szedhető. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** pioglitazon monoterápia esetén gyakori (>1/100, <1/10): látászavar, felső légúti fertőzések, testtölvnövekedés, hypoaes-thesia; nem gyakori (>1/1000): sinusitis, álmatlanság. Metformin kezeléssel kombinálva gyakori: anaemia, látászavar, testtölvnövekedés, arthralgia, fejfájás, haematuria, erektilis dysfunctio; nem gyakori: flatulencia, szulfonilurea-kezeléssel kombinálva gyakori: látászavar, forradtságerzet, emelkedett laktidehidrogénáz szint, fokozott étvágy, hypoglykaemia, fejfájás, verejtékezés. Hómas orális kombinációban metforminnal és szulfonilureával nagyon gyakori (>1/10): hypoglykaemia; gyakori: súlygyarapodás, kreatin foszfokináz emelkedése, arthralgia. Inzulinkezeléssel kombinálva nagyon gyakori: oedema; gyakori: hypoglykaemia, bronchitis, testtölvnövekedés, hátfájdalom, izületi fájdalom, dyspnoe, szívelégtelenség. A forgalomba hozatali követésen észlelt mellékhatások közé tartozik a fentiekben kívül: macula oedema (gyakoriság nem ismert); ritkán előforduló májenzim-szint-emelkedés és hepatocelluláris diszfunkció, bár nagyon ritka esetekben halálos kimenetelről is érkezett jelentés, ok-akozati összefüggést nem igazoltak. A PROactive vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy a pioglitazon alkalmazásakor nem merülnek fel hosszú távú kardiovaszkuláris problémák. Mindazonáltal az ödéma, a testtölvnövekedés és a szívelégtelenség incidenciája nőtt. Nem észlelték a szívelégtelenségből eredő mortalitás növekedését. A pioglitazon szedő nőknél a csonttörések magasabb arányát észlelték (2,6%), mint a komparator-csoportban (1,7%). A pioglitazonnal ill. komparatorral kezelt férfiaknál nem észlelték a törések arányának emelkedését (1,3% ill. 1,5%). **Csomagolás:** 30 mg-os tableta (28x). **Forgalomba hozatali engedély száma:** EU/1/00/150/004-006, 008, 010, 019-021, dátuma: 2005. október 13. **Alkalmazási előírás dátuma:** 2007. aug. 20. **Rendelhelőség:** szakorvos/kórházi diagnózt követő járóbeteg-ellátásban alkalmazható gyógyszerek (J). **Kiskereskedelmi ár:** 11 201 Ft. **Támogatás mértéke:** a 2008. március 1-től hatályos rendelet alapján (www.oep.hu). **EU 70% támogatás mellett (7 841 Ft.), a beteg által fizendő térítési díj: 3 360 Ft.**

Bővebb információért kérjük, olvassa el a gyógyszer részletes alkalmazási előírását, amelyet kérésre elküldünk Önnek.

Lilly Hungária Kft. 1075 Budapest, Madách u. 13-14. Tel.: 06-1-328-5100 Fax.: 06-1-328-5101

Eti 70%, 1. pont: "Dokumentált 2-es típusú cukorbeteg (BNO: E11) részére, amennyiben diétával, testtölvcsökkentéssel, életmódváltoztatással és metforminnal történő kezeléssel megfelelő vércukoranyagcsere-háztartás (HbA1c <7.0%) nem volt elérhető, metforminnal kombinálva (kombinációs készítmény önmagában is teljesíti a kritériumot) vagy metforminnal kombinálva (kombinációs készítmény önmagában is teljesíti a kritériumot) a beleygyógyász szakorvos vagy diabetológiai szakrendelés szakorvos, vagy javaslatuk alapján – a javaslat keltétől számított egy évig – a háziorvos az előbbi gyógyszereket"

1. Actos alkalmazási előírás.

2. Charbonnel B, et al. Long-term efficacy and tolerability of add-on pioglitazone therapy to failing monotherapy compared with addition of gliclazide or metformin in patients with type 2 diabetes. *Diabetologia* 2005; 48(6): 1093-1104

3. Dormandy JA et al. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactiveStudy (PROspective pioglitAZone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 1279-89

* Nathan DM, et al. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. *Diabetes Care*, 2009; 32: 193-203.

** *Diabetologia Hung* 2009; 17 (Suppl 1): 5-64

Lilly Hungária Kft.
1075 Budapest, Madách u. 13-14.
Tel.: 36-1-328-5100, Fax: 36-1-328-5101
www.lilly.com, www.lilly.hu

Lilly



Pentasa[®] mesalazine 5-ASA 2g retard granulátum

A
bevált
5-ASA

Új
formában



FERRING

PHARMACEUTICALS

Ferring Magyarország Kft.
1138 Budapest, Váci út 140.
Tel.: 236 3800, Fax: 236 3899

the power of

five
in ulcerative colitis

TUDOMÁNYOS PROGRAM

2009. április 23. (csütörtök)

8.30–10.00 Regisztráció

10.00–10.30 **Megnyitó**

Dr. Csídei Irén – Zala Megyei Kórház főigazgatója

Dr. Nagy Lajos – MBT Dunántúli Szekciójának elnöke

Dr. Gasztonyi Beáta – ZMK, Belgyógyászat, osztályvezető főorvos

Dr. Lupkovics Géza – ZMK, Kardiológia, osztályvezető főorvos

10.30–12.30 **Terhesség és belgyógyászat**

Üléselnök: *Prof. Dr. Döbrönte Zoltán, Dr. Józán Jilling Mihály*

KARDIOVASZKULÁRIS KÓRKÉPEK TERHESSÉGBEN

Tóth Kálmán

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika

A GESZTÁCIÓS DIABETES SZÜRÉSE ÉS GONDOZÁSA

Oroszlán Tamás

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

TERHESSÉGI PAJZSMIRIGYBETEGSÉGEK ÉS KEZELÉSÜK

Mezősi Emese

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika

ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK INDIKÁCIÓI VÁRANDÓSSÁG ALATT

Madácsy László

SE AOK, I. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

TERHESSÉGI MÁJBETEGSÉGEK

Gasztonyi Beáta

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg

ANTIKOAGULÁNS KEZELÉS A TERHESSÉG ALATT

Tóth Péter, Gasztonyi Beáta

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

12.30–14.00 Ebéd

14.00–15.45 **Obesitas**

Üléselnök: *Dr. Nagy Lajos (Szombathely), Dr. Kósa István*

A METABOLIKUS SZINDRÓMA DEFINÍCIÓJA A KLASSZIFIKÁCIÓK ÚTVESZTŐJÉBEN

Hidvégi Tibor

Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Anyagcsere, Endokrin és Diabetológiai Osztály, Győr

SZTATINTERÁPIA – CÉLOKON INNEN VAGY TÚL?

Reiber István

Szent György Kórház, IV. Belgyógyászat, Székesfehérvár

AZ OBESITAS ENDOKRINOLÓGIAI SZEMLÉLETE

Lőcsei Zoltán

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Általános Belgyógyászat, Szombathely

A GYÓGYSZERES TERÁPIA SZEREPE AZ OBESITAS KEZELÉSÉBEN

Bajnok László

PTE KK, I. Belklinika

AZ OBESITAS SEBÉSZI KEZELÉSE – GYOMORGYŰRŰ

Papp András, Vereczkei András

PTE OEC ÁOK, Sebészeti Klinika

DIABETESSES SZÍV

Papp Előd

Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

15.45–16.00 Kávészünet

16.00–17.20 **Az akut coronaria szindróma ellátása – thrombocytaaggregáció-gátló kezelés**

Üléseknök: *Prof. dr. Simon Kornél, Prof. dr. Simon László*

AZ AKUT CORONARIA SZINDRÓMA ELLÁTÁSA – THROMBOCYTAAGGREGÁCIÓ-GÁTLÓ KEZELÉS. PRO ÉS KONTRA: REINFARCTUS VAGY VÉRZÉS?

Lupkovic Géza,⁽¹⁾ Rácz István⁽²⁾

Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg,⁽¹⁾ Petz Aladár Oktató Kórház, I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály, Győr⁽²⁾

A NSAID-kezelés két oldala

Üléseknök: *Dr. Kósa Dezső, Dr. Sütő Gábor*

A NSAID-KEZELÉS KÉT OLDALA. PRO ÉS KONTRA: MŰVESEKEZELÉS VAGY MANKÓ?

Csiky Botond,^(1,2) Pulai Judit⁽³⁾

PTE, II. Belgyógyászati Klinika és Nefrológia,⁽¹⁾ FMC Dialízis Centrum,⁽²⁾ Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Reumatológia és mozgásszervi rehabilitációs Centrum, Veszprém⁽³⁾

17.20–17.40 Kávészünet

17.40–19.15 **Fiatalok fóruma I.**

Üléseknök: *Prof. Dr. Mózsik Gyula MTA doktora, Dr. Matoltsy András, Prof. Dr. Nagy Judit MTA doktora*

Bíráló Bizottság: *Prof. dr. Nagy Lajos (Pécs), Dr. Pák Gábor, Dr. Dinnyés József, Dr. Csökör György, Dr. Matoltsy András*

PULMONÁLIS ASPERGILLOSIS GENERALIZÁCIÓJA – KÉSEI DIAGNÓZIS MÁJELÉGTELENSÉG KAPCSÁN – ESETBEMUTATÁS

Péceli Adrienn,⁽¹⁾ Pák Gábor,⁽¹⁾ Kanász Gábor,⁽²⁾ Kindler Miklós⁽³⁾

Vaszary Kolos Kórház, II Belgyógyászat,⁽¹⁾ KAIBO,⁽²⁾ Patológia,⁽³⁾ Esztergom

NEM SZOKVÁNYOS ICTERUS

Hágendorn Roland,⁽¹⁾ Czimmer József,⁽¹⁾ Szabó Imre,⁽¹⁾ Pár Gabriella,⁽¹⁾ Pár Alajos,⁽¹⁾

Hegedűs Géza,⁽²⁾ Vincze Áron⁽¹⁾

PTE, I. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológia,⁽¹⁾ Baranya Megyei Kórház, Patológia,⁽²⁾ Pécs

MÁJCIRRHOZIS TALAJÁN KIALAKULT HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMA KUTÁN METASZTÁZISA – ESETBEMUTATÁS

Csutak Kinga Éva,⁽¹⁾ Kováts László,⁽¹⁾ Szenes Mária,⁽¹⁾ Ribiczey Pál,⁽²⁾ Bali Ottilia,⁽³⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály,⁽¹⁾ Fertőző Osztály,⁽²⁾ Patológia Osztály,⁽³⁾ Zalaegerszeg

GONDOLATOK A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK, A SZTEROIDKEZELÉS ÉS A CSONTRITKULÁS KAPCSOLATÁRÓL

Pataki Zsolt,⁽¹⁾ Horváth Judit,⁽¹⁾ Mátyásy Helga,⁽¹⁾ Herman Beáta,⁽¹⁾ Bárány László,⁽¹⁾ Gaál Katalin,⁽²⁾ Szekeres László⁽²⁾

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat, Nagykanizsa,⁽¹⁾ Szent András Reumakórház, „G” Osztály, Hévízfürdő⁽²⁾

REJTÉLYES VÉRZÉSEK

Fischer Tünde,⁽¹⁾ Szenes Mária,⁽¹⁾ Völgyi Zoltán,⁽¹⁾ Nagy Edit,⁽²⁾ Csordás József,⁽³⁾ Bali Ottilia,⁽⁴⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat,⁽¹⁾ Radiológia,⁽²⁾ Sebészet,⁽³⁾ Patológia,⁽⁴⁾ Zalaegerszeg

SZÍVIZOM INFARCTUS SLE-BEN – ESETBEMUTATÁS

Bolf Zsuzsanna

Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

AZ ASZPIRINSZEDÉS IDEJÉNEK HATÁSA A THROMBOCYTA-REAKTIVITÁS CIRKADIÁN INGADOZÁSÁRA

Lenkey Zsófia,⁽¹⁾ Ajtay Zénó,⁽¹⁾ Komócsi András,⁽²⁾ Aradi Dániel,⁽²⁾ Cziráki Attila⁽¹⁾

PTE ÁOK, Szívgyógyászati Klinika, Kardiológia,⁽¹⁾ Szívgyógyászati Klinika, Intervencionális Kardiológia⁽²⁾

INTRA- ÉS INTERATRIÁLIS ASZINKRONITÁS VIZSGÁLATA SZÍVELÉGTELEN BETEGEK BEN

Kisjós Balázs, Matoltsy András, Kiss Tünde, Bazsó Judit, Hajdú Katalin

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat, Nagykanizsa

HEMODIALÍZIS SORÁN FELLÉPŐ HEPARIN INDUKÁLTA THROMBOCYTOPENIA

Bálint Tünde,⁽¹⁾ Késmárki Nóra,⁽¹⁾ Németh Anikó⁽²⁾

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat, Nagykanizsa,⁽¹⁾ Fresenius Dialízis Központ⁽²⁾

AZ EZERARCÚ AMYLOIDOSIS

Szalay Adrienn,⁽¹⁾ Kósa Dezider,⁽¹⁾ Gelencsér Éva,⁽¹⁾ Gábor Valéria,⁽²⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat,⁽¹⁾ Patológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg

A VASTERHELÉS KÖVETKEZTÉBEN KIALAKULÓ SZÖVETKÁROSODÁS KOMPLEX FELMÉRÉSE

Kertész Zsuzsanna,⁽¹⁾ Rajnics Péter,⁽¹⁾ Kollár Balázs,⁽¹⁾ Karádi Éva,⁽¹⁾ Horváth László,⁽²⁾

Bogner Péter,⁽²⁾ Tóth Levente,⁽¹⁾ Egyed Miklós,⁽¹⁾ Hunyady Béla⁽¹⁾

Kaposi Mór Oktatókórház, Belgyógyászat, Kaposvár,⁽¹⁾ Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrum, Onkodiagnosztikai és Radiológiai Központ⁽²⁾

20.30–

Gálavacsora és társasági program

Nagy dózisú silymarin:

Hegrimarin[®]

kapszula

- védi a májat a toxikus károsodástól
- támogatja a májfunkciót
- segíti a túlterhelt májsejtek regenerációját



Máriatövis
(Silybum
marianum L.)

Vény nélkül kapható gyógyszer, keresse a patikákban! Hatóanyag: a máriatövis száraz kivonata. **Szokásos adagja:** napi 2x1 kapszula. **Szakmai információk:**

Strathmann KG Képviselete, Telefon: (1) 320-2865, Fax: (1) 320-2867



STRATHMANN

2009. április 24. (péntek)

9.30–11.00 **Cirrhosisok**
Üléselnök: *Dr. Egyed Miklós, Dr. Tárnok Ferenc*

A CIRRHOSIS SZÖVŐDMÉNYEI, A VÉRZÉSEK KORSZERŰ ELLÁTÁSA

Völgyi Zoltán

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg

MÁJBETEGSÉGEK ÉS HAEMOSTASIS

Dávid Marianna

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Osztály

MÁJBETEGSÉGEK ÉS VESE

Nagy Judit

PTE ÁOK, II. Belklinika

TIPS

Harmath Zoltán, Battyáni István

Pécsi Tudományegyetem, Radiológiai Klinika, Pécs

A CIRRHOSISOS BETEG MŰTÉTI ELŐKÉSZÍTÉSE

Molnár Zsolt

Pécsi Tudományegyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet

11.00–11.15 Szünet

11.15–12.35 **Onkológia – palliatív, szupportív terápiák**

Üléselnök: *Dr. Lakatos László, Dr. Késmárki Nóra, Dr. Máhr Károly*

A COLORECTALIS DAGANATOK MEGELŐZÉSÉNEK (SZŰRÉSÉNEK) ÉS KEZELÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

Szenes Mária

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

A PAJZSMIRIGY-CARCINOMA KEZELÉSE

Györkös Andrea, Gasztonyi Beáta

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

FÉMSTENTEK ALKALMAZÁSA A NYELŐCSŐ, CARDIA, GYOMOR TUMOROS SZŰKÜLETEINEK PALLIATÍV KEZELÉSÉRE

Solt Jenő

Baranya Megyei Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Pécs

ENTERÁLIS STENTEK ALKALMAZÁSA PALLIÁCIÓ CÉLJÁBÓL

Pakodi Ferenc

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológia

12.35–14.10 Ebéd

14.10–15.40 **Diagnosztikus és terápiás újdonságok**

Üléselnök: *Dr. Vándorfi Győző, Dr. Apró Dezső*

AZ INZULINPUMPA HELYE A DIABETES KEZELÉSÉBEN

Bagosi Zoltán, Oroszlán Tamás, Bujtor Zoltán, Gasztonyi Beáta

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

BIOLÓGIAI TERÁPIÁK AZ IMMUNOLÓGIÁBAN

Kumánovics Gábor

PTE, Immunológiai és Reumatológia Klinika

A PANGÁSOS SZÍVELÉGTELENSÉG NEM-GYÓGYSZERES KEZELÉSE

Tahin Tamás

Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

CORONAROGRAPHIA KONTRA CARDIO CT – MIKOR MELYIK?

Horváth Iván,⁽¹⁾ Battyáni István,⁽²⁾ Szabados Eszter⁽³⁾

Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Szívgyógyászati Klinika,⁽¹⁾ Radiológiai Klinika,⁽²⁾ I. Belgyógyászati Klinika⁽³⁾

FOLYAMATOS VÉRCUKORMÉRŐ ALKALMAZÁSA (KINEK? MIKOR?)

Witmann István

PTE ÁOK, II. Belgyógyászati Klinika és Nefrológiai Centrum

15.40–16.00 Kávészünet

16.00–18.00 **Fiatalok Fóruma II.**

Üléselnök: *Prof. dr. Mózsik Gyula, Dr. Matoltsy András, Prof. dr. Nagy Judit*

Bírálóbizottság: *Prof. dr. Nagy Lajos (Pécs), Dr. Pák Gábor, Dr. Dinnyés József, Dr. Csökör György, Dr. Matoltsy András*

A FELNŐTTKORI NÖVEKEDÉSIHORMON-KEZELÉS TAPASZTALATAI

Dobor Emese, Nemes Orsolya, Nagy Zsuzsanna, Rucz Károly, Bajnok László, Mezősi Emese

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika

KLINIKAILAG JELENTŐS MÓDSZERFÜGGŐ ELTÉRÉSEK A MACROPROLACTINAEMIA DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Horváth Dóra Eszter,⁽¹⁾ Nagy Rita,⁽¹⁾ Toldy Erzsébet,⁽²⁾ Lőcsei Zoltán⁽¹⁾

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Általános Belgyógyászati Osztály,⁽¹⁾ Központi Laboratórium,⁽²⁾ Szombathely

SZEMLÉLETVÁLTÁS A TSH-RECEPTOR ELLENI AUTOANTITESTEKET KIMUTATÓ MÓDSZEREKBE

Nagy Rita,⁽¹⁾ Horváth Dóra Eszter,⁽¹⁾ Toldy Erzsébet,⁽²⁾ Lőcsei Zoltán⁽¹⁾ Patócs Attila,⁽⁵⁾ Szabolcs István⁽⁴⁾

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Általános Belgyógyászat,⁽¹⁾ Központi Laboratórium,⁽²⁾ Szombathely, PTE-ETK, Gyakorlati Diagnosztikai Tanszék,⁽³⁾ Semmelweis Egyetem, Dietetikai Intézet, Budapest,⁽⁴⁾ Semmelweis Egyetem ÁOK, II. Belgyógyászati Klinika, Budapest⁽⁵⁾

HYPERANDROGENISMUST OKOZÓ LIPIDSEJT-TUMOR

Sámson Zoltán,⁽¹⁾ Lőcsei Zoltán,⁽¹⁾ Kneffel Pál,⁽²⁾ Tóth Csaba⁽³⁾

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Általános Belgyógyászati Osztály,⁽¹⁾ Szülészeti–Nőgyógyászati Osztály,⁽²⁾ Patológiai Osztály,⁽³⁾ Szombathely

MELLÉKVESE-CARCINOMA FIATAL NŐBETEGBEN – ESETBEMUTATÁS

Sohár Gábor,⁽¹⁾ Györkös Andrea,⁽¹⁾ Ruzsa Ágnes,⁽²⁾ Szabolcs István,⁽³⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat,⁽¹⁾ Onkológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar⁽³⁾

ANTIFOSZFOLIPID SZINDRÓMA A STERILITÁS/INFERTILITÁS HÁTTERÉBEN

Kovács Mónika,⁽¹⁾ Hartwig Marianna,⁽²⁾ Aleksza Magdolna,⁽³⁾ Tihanyi Marianna,⁽²⁾ Nagy Tatjana,⁽³⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály,⁽¹⁾ Genetikai Osztály,⁽²⁾ Központi Laboratórium,⁽³⁾ Zalaegerszeg

**AUTOLÓG HEMOPOETIKUS ÖSSEJT-TRANSZPLANTÁCIÓS EREDMÉNYEINK
HODGKIN-LYMPHOMÁBAN**

*Pammer Judit, Kovács Gábor, Kosztolányi Szabolcs, Nagy Ágnes, Csalódi Renáta, Molnár Lenke,
Szendrei Tamás, Tóth Orsolya, Vidra Tímea, Losonczy Hajna, Dávid Marianna, Szomor Árpád*
PTE KK, I. Belklinika, Hematológiai Osztály

**THIENOPIRIDIN-ASSZOCIÁLT AGRANULOCYTOSIS ELŐFORDULÁSA HEMATOLÓGIAI
OSZTÁLYUNKON EGY ESET KAPCSÁN**

*Tóth Orsolya,⁽¹⁾ Nagy Ágnes,⁽¹⁾ Dávid Marianna,⁽¹⁾ Szomor Árpád,⁽¹⁾ Molnár Lenke,⁽¹⁾
Kereskai László,⁽²⁾ Kosztolányi Szabolcs,⁽¹⁾ Kovács Gábor,⁽¹⁾ Csalódi Renáta,⁽¹⁾ Szendrei Tamás,⁽¹⁾
Losonczy Hajna⁽¹⁾*
PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Osztály,⁽¹⁾ PTE, Patológiai Intézet⁽²⁾

**HAEMOSTASIS-AKTIVÁCIÓ VIZSGÁLATA DIFFÚZ NAGY B-SEJTES LYMPHOMÁS
BETEGEK IMMUNOKEMOTERÁPIÁS KEZELÉSE SORÁN**

*Zseli Márta, Mózes Réka, Nagy Ágnes, Losonczy Hajna, Tóth Orsolya, Dávid Marianna,
Szomor Árpád*
PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Osztály

**A VKORC1 ÉS CYP2C9 GÉNEK POLIMORFIZMUSAINAK SZEREPE AZ ORÁLIS
ANTIKOAGULÁNS TERÁPIÁBAN, ILLETVE KAPCSOLATA A VÉRZÉSES ÉS
RETROMBOTIKUS ESEMÉNYEKSEL**

*Mózes Réka,⁽¹⁾ Zseli Márta,⁽¹⁾ Nagy Ágnes,⁽¹⁾ Losonczy Hajna,⁽¹⁾ Tóth Orsolya,⁽¹⁾ Szomor Árpád,⁽¹⁾
Sipeky Csilla,⁽²⁾ Melegh Béla,⁽²⁾ Dávid Marianna⁽¹⁾*
PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Osztály,⁽¹⁾ PTE ÁOK, Orvosi Genetikai
Intézet⁽²⁾

**IMMUNTHROMBOCYTOPENIÁS BETEGEK MABTHERA-KEZELÉSÉVEL SZERZETT
TAPASZTALATAINK**

Rubint Eszter, Hamed Aryan, Gasztonyi Zoltán, Tóth Á. Gábor
Petz Aladár Megyei Oktatókórház, II. Belgyógyászat-Hematológia, Győr

93 ÉVES POLITRANSZFUNDÁLT BETEG KÖRTÖRTÉNETÉNEK ÉRDEKESSEGEI

Csog József,⁽¹⁾ Barcsi Viola,⁽²⁾ Bodnár Mária Anna⁽¹⁾
Karolina Kórház Rendelőintézet, Belgyógyászati Osztály,⁽¹⁾ Transzfúziológia,⁽²⁾ Mosonmagyaróvár

18.15–19.15 **Sanofi-Aventis Zrt. Szimpózium – A kardiometabolikus beteg holisztikus gondozási szemlélete**
Ülélnök: *Dr. Lupkovics Géza, Dr. Gasztonyi Beáta*

A CÉLÉRTÉKIG TÖRTÉNŐ KEZELÉS JELENTŐSÉGE ÉS LEHETŐSÉGEI DIABETESBEN

Oroszlán Tamás
Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

AZ AKUT CORONARIA SZINDRÓMA KORSZERŰ KEZELÉSE

Lupkovics Géza
Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

AZ ENDORSE VIZSGÁLAT MAGYARORSZÁGI EREDMÉNYEI

Gasztonyi Beáta
Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg

ESÉLYNÖVELES VÉRNYOMÁSCSÖKKENTÉSSEL

Csuka László
Szakorvosi Rendelőintézet, Barcs

**ACE-GÁTLÁS ÉS A KARDIOVASZKULÁRIS CONTINUUM, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A
PREVENCIÓRA**

Kancz Sándor

Országos Kardiológiai Intézet, Budapest

SZÁZ ÉV GONDOSKODÁS

Rózsa G. Iván

sanofi-aventis, PR manager

20.30–

Vacsora

Díjak, kitüntetések átadása

Wellness program

Retro-party


ROWAchol[®]

ATC: A05 AX17

kapszula, csepp

Hepatobiliáris betegségek, mint pl. cholelithiasis, cholecystitis, biliaris spasmus, epevezeték dyskinesia, cholangitis, gyulladós májbetegségek, a hepatobiliaris rendszer pre- és postoperatív kezelése, a kőképződés megelőzése.

sAtco SATCO TRADING Co. Ltd.
Multi Plaza Irodaház
H-1119 Budapest, Fehérvári út 89-95.
Tel.: (+36-1) 371-0530
Tel./fax: (+36-1) 371-0531

 **ROWA[®]**
Pharmaceuticals Ltd.,
Bantry, Co. Cork,
Ireland.

Nephrolithiasis, ureterolithiasis és az ezekhez kapcsolódó tünetek. Műtéti kőeltávolítás és spontán kőtávozás utáni kőprofilaxis. Enyhe húgyúti infekciókban a diuresis elősegítése.

ATC: G04B X20

kapszula, csepp

ROWAtinex[®]

tudja mennyi a vércukorszintje?

A rendszeres **vércukor önellenőrzés segít
elkerülni** a cukorbetegség súlyos **szövődményeit!**

Készülék ára
8 900 Ft
50db Tesztcsík 2 920 Ft



ingyen
hívható
zöld szám

06 80 27-77-77

DCONT PARTNER
v é r c u k o r m é r ő

www.e77.hu

77 Elektronika Kft.

1116 Budapest,
Fehérvári út 98.

Tel.: +36 1 206-1480

Fax: +36 1 206-1481

E mail: sales@e77.hu

www.e77.hu

Kapható

**a Szerviz és Márkaboltnban, patikákban
és gyógyászati segédeszköz szaküzletekben!**

A Dcont Partner vércukormérő gyógyászati segédeszköz.

A kockázatokról olvassa el a használati útmutatót,

vagy kérdezze meg kezelő orvosát

2009. április 25. (szombat)

9.00–12.00 **Szabadon bejelentett előadások** (két teremben párhuzamosan)

9.00-10.20 „A” terem 1. szekció

Üléselnök: *Dr. Nagy Lajos (Szombathely), Dr. Kósa István*

AZ AORTA-DISSZEKCIÓS BETEGEK ÉLETKILÁTÁSAI NAPJAINKBAN

Basa Annamária, Motyovszki Ákos, Takács István, Németh Zoltán, Bolf Zsuzsanna, Takács Piroška, Papp Előd, Németh Barnabás, Kenéz András, Lupkovics Géza
Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

BUDD–CHIARI-BETEGSÉG SZÍVSEBÉSZETI VONATKOZÁSAI

Simon József, Rashed Aref, Alotti Nasri
Zala Megyei Kórház, Szívsebészet, Zalaegerszeg

HA A FREKVENCIÁT CSÖKKENTENI KELLENE, DE A BETEGNEK AV-BLOKKJA VAN!

Domonyai István, Amma Zoltán, Józán-Jilling Mihály
TMÖ Balassa János Kórháza, I. Belgyógyászat, Szekszárd

PREDIALÍZIS STÁDIUMBAN LÉVŐ BETEGEK ARTERIA CAROTISÁNAK ULTRAHANGVIZSGÁLATA

Kovács László,⁽¹⁾ Kulcsár Imre,⁽¹⁾ Nagy Lajos⁽²⁾
B. Braun Avitum, Dialízis Központ,⁽¹⁾ Vas Megyei Markusovszky Kórház, Kardiológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely⁽²⁾

AZ ORÁLIS ANTIKOAGULÁNS TERÁPIA LEHETŐSÉGEI AZ EVIDENCIÁK, AJÁNLÁSOK TÜKRÉBEN

Papp Előd, Lupkovics Géza
Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

A BALKAMRA-FUNKCIÓ VIZSGÁLATA SZÖVETI DOPPLER-ECHOKARDIOGRÁFIÁVAL SZÍVELÉGTELEN BETEGEKBEN

Kiss Tünde, Bazsó Judit, Hajdu Katalin, Kisjós Balázs, Matoltsy András
Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat, Nagykanizsa

NORMÁLIS SÚLYÚ ELHÍZÁS: KOCKÁZATI TÉNYEZŐ A METABOLIKUS SZINDRÓMÁRA

Hajdu Katalin, Matoltsy András
Kanizsai Dorottya Kórház, Kardiológia, Nagykanizsa

KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓBAN RÉSZT VEVŐ CUKORBETEGEK DIÉTÁS ISMERETEINEK JELLEMZÉSE

Kóródi Tünde,⁽¹⁾ Simon Attila,⁽²⁾ Simon Éva,⁽³⁾ Bálint Beatrix,⁽⁴⁾ Veress Gábor⁽¹⁾
Fejér Megyei Szent György Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Székesfehérvár,⁽¹⁾
Állami Szívkórház, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály,⁽²⁾ Állami Szanatórium, I. Kardiológiai Rehabilitációs Osztály,⁽³⁾ Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály⁽⁴⁾

A CAROTIS ULTRAHANGVIZSGÁLATÁBAN REJLŐ LEHETŐSÉGEK A KARDIOVASZKULÁRIS KOCKÁZAT FELMÉRÉSÉBEN

Németh Ferenc, Dinnyés József
Vaszary Kolos Kórház, I. Belgyógyászat-Kardiológia, Esztergom

10.20–10.40 „A” terem – Kávészünet

10.40–12.00 „A” terem 2. szekció
Üléselnök: *Dr. Apró Dezső, Dr. Horváth Iván*

HOGYAN BEFOLYÁSOLJA A SZÍVKATÉTERES LABORATÓRIUM MEGNYITÁSA EGY VÁROS SZÍVINFARKTUSOS BETEGEINEK ELLÁTÁSÁT

Csonka Dénes, Novák Judit, Nagy Lajos

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Kardiológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely

NYÚLTVELŐI NEUROVASZKULÁRIS KOMPRESSZIÓ ÉS REZISZTENS HYPERTONIA

Kováts László,⁽¹⁾ Csutak Kinga,⁽¹⁾ Kósa Dezider,⁽¹⁾ Nagy Gyöngyi,⁽²⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat,⁽¹⁾ Radiológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg

VENA CAVA FILTER HASZNÁLATA THROMBOEMBOLIÁS BETEGSÉGEKBE

Takács István,⁽¹⁾ Papp Ákos,⁽²⁾ Lupkovics Géza⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Kardiológia,⁽¹⁾ Radiológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg

A SPIRÁL-CT HELYE A PULMONÁLIS EMBOLIA DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Németh Barnabás,⁽¹⁾ Lupkovics Géza,⁽¹⁾ Nagy Gyöngyi⁽²⁾

Zala Megyei Kórház, Kardiológia,⁽¹⁾ Radiológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg

NAGY KARDIOVASZKULÁRIS KOCKÁZATÚ, POSZTINFARCTUSOS, KRÓNIKUS ISCHAEMIÁS SZÍVBETEG, TERVEZETT COLONTUMOR MŰTÉT ELŐTTI KIVIZSGÁLÁSA – ESETBEMUTATÁS

Kenéz András,⁽¹⁾ Takács István,⁽¹⁾ Lupkovics Géza,⁽¹⁾ Máhr Károly,⁽²⁾ Nagy Gyöngyi⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Kardiológia,⁽¹⁾ Onkológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg

MIÉRT ÉS MILYEN GYÓGYSZEREKET RENDELÜNK CABG MŰTÉTEN ÁTESETT BETEGEKNEK?

Simon József, Rashed Aref, Lemle Zoltán, Vigh András, Alotti Nasri

Zala Megyei Kórház, Szívsebészet, Zalaegerszeg

A BAL- ÉS A JOBBKAMRA-FUNKCIÓ VIZSGÁLATA OBES EGYÉNEKBE SZÖVETI DOPPLER-ECHOKARDIOGRÁFIÁVAL

Bazsó Judit, Hajdu Katalin, Kisjós Balázs, Kiss Tünde, Matoltsy András

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat-Kardiológia, Nagykanizsa

9.00–10.20 „B” terem 1. szekció
Üléselnök: *Dr. Egyed Miklós, Dr. Dávid Marianna*

MALIGNUS PROLACTINOMA – ESETBEMUTATÁS

Nemes Orsolya,⁽¹⁾ Dóczy Tamás,⁽²⁾ Mezősi Emese⁽¹⁾

PTE OEKK KK, I. Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia és Anyagcsere,⁽¹⁾ Idegsebészeti Klinika, Idegsebészet⁽²⁾

TARTÓS LOKÁLIS SZTEROIDKEZELÉS ELHAGYÁSÁKOR KIALAKULT MELLÉKVESEKÉREG-ELÉGTELENSÉG – ESETISMERTETÉS

Deák Veronika,⁽¹⁾ Dezső Enikő,⁽¹⁾ Fábos Beáta⁽²⁾

Kaposi Mór Oktatókórház, Belgyógyászat,⁽¹⁾ Bőrgyógyászat,⁽²⁾ Kaposvár

ELSŐ VONALBAN AZ IMMUNTERÁPIA – ÚJDONSÁGOK A KRÓNIKUS LYMPHOID LEUKAEMIA KEZELÉSÉBEN

Tóth Péter, Gasztonyi Beáta

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

TARTÓSAN TÚLÉLŐ AKUT LEUKAEMIÁS BETEGEINK KÖRTÖRTÉNETÉNEK ELEMZÉSE

Gasztonyi Zoltán, Hamed Aryan, Tóth Á. Gábor, Rubint Eszter

Petz Aladár Megyei Oktatókórház, II. Belgyógyászat-Hematológia, Győr

**TERHES NŐK TROMBOPROFILAXISA – KOCKÁZATBECSLÉSEN ALAPULÓ
TROMBOPROFILAXIS TERHESSÉGBEN**

Riba Mária,⁽¹⁾ Kovács Lajos,⁽²⁾ Horváth Boldizsár⁽²⁾

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Általános Belgyógyászat,⁽¹⁾ Szülészeti Osztály,⁽²⁾ Szombathely

**BCR/ABL NEGATÍV KRÓNIKUS MIELOPROLIFERATÍV BETEGEINK ADATAINAK
RETROSPEKTÍV FELDOLGOZÁSA A DIAGNOSZTIKUS ÉS TERÁPIÁS
PARADIGMAVÁLTÁS KAPCSÁN**

*Rajnic Péter,⁽¹⁾ Egyed Miklós,⁽¹⁾ Kollár Balázs,⁽¹⁾ Karádi Éva,⁽¹⁾ Kertész Zsuzsanna,⁽¹⁾
Andrikovics Hajnalka,⁽²⁾ Kereskai László⁽³⁾*

Kaposi Mór Oktató Kórház, Belgyógyászati Osztály,⁽¹⁾ Országos Vérellátó Szolgálat, Molekuláris
Diagnosztikai Laboratórium,⁽²⁾ PTE Patológiai Intézet⁽³⁾

10.20–10.40 „B” terem – Kávészünet

10.40–12.00 „B” terem 2. szekció

Üléseelnök: *Prof. dr. Figler Mária, Dr. Pák Gábor*

**AZ ADIPONEKTIN VASZKULÁRIS PROTEKTÍV HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA
HEMODIALIZÁLT BETEGEKEN**

*Peti Mihály Attila,⁽¹⁾ Csiky Botond,⁽²⁾ Guth Eszter,⁽²⁾ Kenyeres Péter,⁽³⁾ Kovács L. Gábor,⁽⁴⁾
Bajnok László⁽³⁾*

PTE, Laboratóriumi Medicina Intézet,⁽¹⁾ FMC Dialysis Központ,⁽²⁾ I. Belgyógyászati Klinika,⁽³⁾
Medipolis Dél-Dunántúli RET⁽⁴⁾

**A DOXAZOSIN HATÁSA A T-SEJT MEDIÁLTA IMMUNFOLYAMATOKRA ALBUMINURIÁS
T2DM-ES BETEGEKBEN**

Mácsai Emília,⁽¹⁾ Vásárhelyi Barna⁽²⁾

Csolnok Ferenc Kórház, Belgyógyászati Centrum, Veszprém,⁽¹⁾ MTA, Nefrológiai
Kutatócsoport⁽²⁾

**ENDOSZKÓPIA ELŐTTI KOCKÁZATI BESOROLÁS NEM VARIXEREDETŰ FELSŐ
TÁPCSATORNAI VÉRZÉS ESETÉN**

Horváth Judit, Mátyásy Helga, Herman Beáta, Pataki Zsolt, Bárány László

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Nagykanizsa

**A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK LEFOLYÁSA AZ EPIDEMIOLÓGIAI ADATOK
TÜKRÉBEN**

Herman Beáta, Horváth Judit, Mátyásy Helga, Pataki Zsolt, Bárány László

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Nagykanizsa

EPEKŐ OKOZTA ILEUS

Mátyásy Helga, Horváth Judit, Herman Beáta, Pataki Zsolt, Bárány László

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Nagykanizsa

HODGKIN-KÓR DIAGNÓZISA DUODENOSZKÓPIA SORÁN

Patai Árpád,⁽¹⁾ Iványi János László,⁽²⁾ Tóth Csaba,⁽³⁾ Döbrönte Zoltán,⁽⁴⁾ Döbrönte Zoltán⁽⁵⁾

Erzsébet Oktatókórház, I. Belgyógyászati Osztály, Sopron,⁽¹⁾ Markusovszky Oktatókórház,
Hematológiai Osztály,⁽²⁾ Patológiai Osztály,⁽³⁾ Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály,⁽⁴⁾
Szombathely, PTE, Egészségtudományi Kar, Egészségügyi Főiskola⁽⁵⁾

12.15–12.25 A kongresszus zárása

12.25– Ebéd

insuman®

Tervezzen hosszú távra!

Tisztelt Doktor/Dr. Úr!

A sanofi-aventis fontos szerepet vállal a cukorbetegség gyógyításában, már a kezdetektől...

Tudta Ön, hogy a hazai inzulingyártás a sanofi-aventis Zrt. leányvállalatában, a Chinoi gyógyszergyárban kezdődött? A Dr. Földi Zoltán vegyész-mérnök által kidolgozott tisztítási eljárással már 1923-ban nagy hatékonyságú és tisztasági fokú inzulint állított elő!

A történelmi alapok arra köteleznek bennünket, hogy a lehető legszélesebb körű szakmai és betegigényeket kiszolgáljunk. Februártól bevezetésre kerül hiánypótló humáninzulin-termékcsaládunk: **insuman®** néven. Az alábbi egyedülálló kiserelési formák új lehetőséget teremtenek a sikeres terápiához.

Insuman® Basal	100 NE/ ml szuszpenziós injekció patronban (3 ml) 5x NPH típusú bázisinzulin
Insuman® Rapid	100 NE/ ml oldatos injekció patronban (3 ml) 5x Humán reguláris inzulin
Insuman® Comb 15	100 NE/ ml szuszpenziós injekció patronban (3 ml) 5x Humán előkevert inzulin
Insuman® Comb 25	100 NE/ ml szuszpenziós injekció patronban (3 ml) 5x Humán előkevert inzulin
Insuman® Comb 50	100 NE/ ml szuszpenziós injekció patronban (3 ml) 5x Humán előkevert inzulin

A jelenleg elérhető legszélesebb humáninzulin-termékcsalád bevezetésével célunk, hogy megkönnyítsük a betegek számára az inzulinterápia elfogadását, és már az első pillanattól megteremtjük a minőségi inzulinválasztás lehetőségét. Az Insuman termékcsalád Eü 100% támogatással rendelhető. A **TactiPen®** adagolóeszközök precíz és megbízható adagolást biztosítanak az **insuman®** inzulinkhoz. Belgyógyászati osztályokon és szakrendeléseken, illetve diabetológiai centrumokban térítésmentesen juthatnak hozzá a betegek.



Insuman Rapid 100 NE/ml oldatos injekció patronban Az oldatos injekció 3,5 mg humán inzulint tartalmaz ml-enként. A patronok egyenként 3 ml-esek, ami 300 NE inzulinnak felel meg. Egy NE (nemzetközi egység) 0,035 mg vízmentes humán inzulinnal egyenértékű. Semleges inzulin oldat (reguláris inzulin). **Insuman Basal 100 NE/ml szuszpenziós injekció patronban** A szuszpenziós injekció 3,5 mg humán inzulint tartalmaz ml-enként. A patronok egyenként 3 ml-esek, ami 300 NE inzulinnak felel meg. Egy NE (nemzetközi egység) 0,035 mg vízmentes humán inzulinnal egyenértékű. Izofán inzulin szuszpenzió **Insuman Comb 15 100 NE/ml szuszpenziós injekció patronban** A szuszpenziós injekció 3,5 mg humán inzulint tartalmaz ml-enként. A patronok egyenként 3 ml-esek, ami 300 NE inzulinnak felel meg. Egy NE (nemzetközi egység) 0,035 mg vízmentes humán inzulinnal egyenértékű. Az Insuman Comb 15 kétfázisú izofán inzulin szuszpenzió, mely 15% oldott inzulint és 85% kristályos protamin inzulint tartalmaz. **Insuman Comb 25 100 NE/ml szuszpenziós injekció patronban** A szuszpenziós injekció 3,5 mg humán inzulint tartalmaz ml-enként. A patronok egyenként 3 ml-esek, ami 300 NE inzulinnak felel meg. Egy NE (nemzetközi egység) 0,035 mg vízmentes humán inzulinnal egyenértékű. Az Insuman Comb 25 kétfázisú izofán inzulin szuszpenzió, mely 25% oldott inzulint és 75% kristályos protamin inzulint tartalmaz. **Insuman Comb 50 100 NE/ml szuszpenziós injekció patronban** A szuszpenziós injekció 3,5 mg humán inzulint tartalmaz ml-enként. A patronok egyenként 3 ml-esek, ami 300 NE inzulinnak felel meg. Egy NE (nemzetközi egység) 0,035 mg vízmentes humán inzulinnal egyenértékű. Az Insuman Comb 50 kétfázisú izofán inzulin szuszpenzió, mely 50% oldott inzulint és 50% kristályos protamin inzulint tartalmaz. **Terápiás javaslatok: Insuman Rapid:** Inzulinkezelést igénylő diabetes mellitus, továbbá hyperglykaemiás coma és ketoacidosis kezelésére, valamint diabetes mellitusban szenvedő betegek pre-, intra- és posztoperatív stabilizálására. **Insuman Basal, Comb15, Comb25, Comb50:** Inzulinkezelést igénylő diabetes mellitus. **Adagolás és alkalmazás:** Napi adagok és az adagolási rend nincs előre meghatározva, egyénileg kell megállapítani. Az átlagos inzulinigény 0,5 és 1,0 NE /tkg /nap között változik. Az inzulinfelszívódás a beadás helyétől függően változhat, injekció beadási helyét egy területen belül, minden injekciónál változtatni kell. **az Insuman Rapid** injekciót általában subcutan kell beadni, 15-20 perccel az étkezés előtt. A készítmény intravénásan is alkalmazható. A súlyos hyperglykaemia vagy különösen a ketoacidosis kezelése során az inzulin alkalmazása része egy összetett kezelési rendnek, amely a relatív gyors vércukorszint-csökkenés következtében kialakuló súlyos komplikációk megelőzésére szolgáló intézkedéseket tartalmaz, intenzív kórházi osztályon vagy hasonló körülmények között kell végezni. **Insuman Basal** injekciót subcutan kell beadni 40-60 perccel az étkezés előtt. **Insuman Comb 15 és Comb25** injekciót subcutan kell beadni 30-45 perccel az étkezés előtt. **Insuman Comb 50** injekciót subcutan kell beadni 20-30 perccel az étkezés előtt. **Insuman Rapid, Basal, Comb15, Comb25 és Comb50 injekcióra történő átállítás:** az adagolás módosítása válhat szükségessé átállításkor és az azt követő első hetekben ill. a későbbiekben, amikor a beteg súlyos vagy életvesztéses állapotba kerül. **Ellenjavallatok:** A készítmények hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **az Insuman Rapid** tilos inzulinpumpákban vagy perisztaltikus pumpákban alkalmazni. **Insuman Basal, Comb15, Comb25 és Comb50** injekciókat tilos intravénásan, valamint infúziós pumpákban és inzulinpumpákban alkalmazni. **Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések:** Azok a betegek, akik túlérzékenyek az Insuman bármely hatóanyagra, csak szigorú orvosi ellenőrzés mellett folytathatják a kezelést. Vesekárosodás, súlyos májkárosodás, nem megfelelő vércukorszint szabályozás vagy hyper-, ill. hypoglykaemiai való hajlam esetén az előírt kezelési rend betartását, az injekció beadási helyeit és a megfelelő injekciós technikát, valamint minden egyéb fontos tényezőt felül kell vizsgálni az adag módosítása előtt. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** a hypoglykaemia, amely általában a leggyakoribb mellékhatás az inzulinterápia során, kialakulhat, ha az inzulinadag meghaladja a szükségletet. Az inzulinallergiában azonnali típusú túlérzékenységi reakciók nem ismertek. A vércukorszint szabályozás jelentős változása átmeneti látásromlást okozhat. A glykaemiás kontroll tartós javulása esetén a diabéteszes retinopathia súlyosbodásának kockázata kisebb. Az egyéb inzulinterápiákhoz hasonlóan lipodystrophia alakulhat ki az injekció helyén, késlettelve az inzulin felszívódását. A legtöbb, a beadás helyén jelentkező, enyhe inzulinreakció általában néhány napon vagy héten belül elmúlik. Az inzulin ritkán nátrium retenciót és ödémát okozhat, különösen, ha a korábbi gyenge anyagcsere szabályozás javul az intenzifikált inzulinkezelés hatására. **Különleges tárolási előírások:** Hűtőszekrényben tárolandó (2°C - 8°C). Nem fagyasztható. A patron fénnyel védve, a külső csomagolásban tartandó. Az injekciós tollba helyezés előtt a patron 1-2 órán át szobahőmérsékleten kell tartani. Az injekciós tollba helyezés után hűtőszekrényben nem tárolható, legfeljebb 25°C-on, közvetlen hővel és fénnyel védve 4 héig használható fel. **Forgalomba hozatali engedély jogosultja:** sanofi-aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, Németország **Forgalomba hozatali engedélyek számai:** EU/1/97/030/030-050 Alkalmazás előtt, kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírás! **Támogatás:** Eü 100% (www.oep.hu. Letöltés dátuma: 2008.12.12.) A támogatás alapjául szolgáló termék ár: 5220 Ft / 1500 NE. A támogatás mértéke: 4920 Ft / 1500 NE. A beteg által fizetendő térítési díj: 300 Ft / 1500 NE

CE 0123 A TactiPen® a Haselmeier GmbH gyártja, kizárólag a sanofi-aventis részére.

1. A magyar diabetológia története, Tudomány Kiadó, 2008.

sanofi-aventis Zrt.

1045 Budapest, Tó utca 1-5. Telefon: (06-1) 505-0050

Gyógyszerinformációs szolgálat: (06-1) 505-0055 • www.sanofi-aventis.hu



sanofi aventis

Az egészség a legfontosabb

AZ INZULINPUMPA HELYE A DIABETES KEZELÉSÉBEN

Bagosi Zoltán, Oroszlán Tamás, Bujtor Zoltán, Gasztonyi Beáta

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

Bevezetés: A diabetes mellitus kezelésének célja a rövid- és hosszú távon jelentkező szövődmények elkerülése, illetve késleltetése. Ennek érdekében alapvető az optimális szénhidrát-anyagszere biztosítása, a normoglykaemiára való törekvés. Ezt a célt napjainkban leginkább a folyamatos inzulinadagolással, az inzulinpumpakezeléssel lehet elérni, de – mint minden kezelés sikeréhez – szükséges hozzá a jól kiválasztott beteg és az őt segítő szakmai háttér.

Célkitűzések/eredmények: A szerzők áttekintik az inzulinadagolás fejlődését, majd bemutatják az inzulinpumpa működési elvét. Elméleti megfontolásokat és gyakorlati tudnivalókat fogalmaznak meg, ismertetik a pumpakezelés jelenleg elfogadott indikációs körét és kitérnek a pumpakezelés előnyei mellett annak hátrányaira is. A kezelési módszer bemutatását követően beszámolnak saját inzulinpumpás betegekkel szerzett tapasztalataikról is a HbA_{1c}, a napi átlagos vércukorszint és testsúly változásának, valamint a hypoglykaemiák és a ketoacidosisjal járó anyagcsere-kisiklások előfordulásának összehasonlításával a pumpakezelés előtt és után.

Megbeszélés: A szerzők kiemelik, hogy a jelenlegi kezelések közül a fiziológiás inzulinelválasztást leginkább megközelítő inzulinpumpa milyen előnyöket jelent a jól megválasztott és megfelelő ismeretekkel rendelkező betegek számára. Saját tapasztalatuk szerint – összhangban a nemzetközi irodalommal – a szénhidrát-anyagszere javulása a hypoglykaemiák, ketoacidosisok előfordulásának csökkenése és alacsonyabb inzulinigény mellett következik be.

A GYÓGYSZERES TERÁPIA SZEREPE AZ OBESITAS KEZELÉSÉBEN

Bajnok László

PTE KK, I. Belklinika

A diabetes és súlyfelesleg kockázata közötti exponenciális kapcsolat alapján a legerősebb negatív biológiai hatásának a legfelső 5 kg tekinthető. Ezt igazolta vissza a XENDOS vizsgálat, amiben az orlistat 28%-kal csökkentette a T2DM incidenciáját. A különböző testsúlycsökkentő programok ugyanakkor ezt a célt is csak a betegek töredékénél képesek tartósan biztosítani. A 7–10%-os súlycsökkenés kardiovaszkuláris eseményekre gyakorolt pozitív hatása joggal feltételezhető, bár a szibutraminnal folytatott SCOUT vizsgálat eredményeiig várunk kell az A szintű evidenciára. Az egyik kezelési stratégia a súlycsökkentő gyógyszert csak akkor kezdi, ha az életmódi kezelés lehetőségei kimerültek, míg a másik már ezt megelőzően is, az életmódi változások megkönnyítésére. Ha az „elhízással együtt járó rizikófaktorok” is jelen vannak, a szibutramin BMI >27 kg/m², az orlistat BMI >28 kg/m² esetén alkalmazható, ezek hiányában BMI >30 kg/m² esetén. Egy metaanalízis szerint szibutramin egyéves szedése után az átlagos súlycsökkenés 4,5 kg, orlistat féléves szedése után 2,5 kg. Másként megközelítve: a ≥5% súlycsökkenést elérők aránya a csak életmódiilag kezelték kisebbségéből kombinált kezelés mellett (+fogyasztószer) többséggé változik.

A súlycsökkentő gyógyszerek glikémás kontrollt és dyslipidaemiát javító hatása számottevő: a szibutramin mellett az atherogen dyslipidaemia javulása a fibrátterápiával összevethető mértékű, az orlistatnak pedig az LDL-C-csökkentő hatása érdemel figyelmet. Ugyanakkor társuló diabetes és/vagy hypertonia és/vagy dyslipidaemia szignifikánsan csökkenti a gyógyszeres kezelés hatékonyságát. Adatok vannak a súlycsökkentésen túli egyéb pozitív metabolikus és vaszkuláris pleiotrop hatásokra is. A szibutramin általában nem rontja a hypertóniát, viszont el szokott maradni a súlyvesztéssel egyébként társuló vérnyomáscsökkenés.

A fejlesztések középpontjában továbbra is a centrális támadáspontú súlycsökkentő szerek állnak, melyek közül a peptid természetűek tűnnek a legígéretesebbnek. A CBI-antagonisták felfüggesztése ugyanakkor a kezelési mód szoros korlátaira hívja fel a figyelmet.

HEMODIALÍZIS SORÁN FELLÉPŐ HEPARIN INDUKÁLTA THROMBOCYTOPENIA

Bálint Tünde,⁽¹⁾ Késmárki Nóra,⁽¹⁾ Németh Anikó⁽²⁾

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat, Nagykanizsa,⁽¹⁾ Fresenius Dialízis Központ⁽²⁾

A heparin indukálta immunthrombocytopenia (HIT) a heparinkezelés során fellépő súlyos, az életet veszélyeztető gyógyszer mellékhatás. HIT esetében a thromboticus esemény kockázata harmincszorosára emelkedik, amely a heparin leállítását követően még napokig, sőt hetekig nagy marad. A kezelés célja a thromboticus események megelőzése.

A szerzők egy 52 éves férfi esetét ismertetik, aki akut veseelégtelenség miatt került felvételre. Femorális kanülön akut HD-kezelést indítottunk. HD-kezelés kapcsán Na-heparint kapott, thrombocytaszáma rapidan csökkent. A thrombocytopenia háttérében több tényező etiológiai szerepe is felmerült, részben a már korábban dokumentált aethylés májbetegség, következményes hypersplenia, illetve szeptikus ok, kanülszepszis is. Hematológiai konzílium a thrombocytafaktor 4 elleni antitest pozitívitás és a Na-heparin adása mellett észlelt 50%-os thrombocytaszám-csökkenés háttérében heparin által indukált thrombocytopeniát véleményezett. A további hemodialízisek során hirudint alkalmaztunk, mely APTI-vel monitorozható. A későbbiekben PD kanül beültetése történt, PD-re tértünk át.

A HIT korai felismerése döntő jelentőségű, katasztrófát háríthat el.

AZ AORTA-DISSZEKCIÓS BETEGEK ÉLETKILÁTÁSAI NAPJAINKBAN

Basa Annamária, Motyovszki Ákos, Takács István, Németh Zoltán, Bolf Zsuzsanna, Takács Piroska, Papp Előd, Németh Barnabás, Kenéz András, Lupkovics Géza

Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

Bevezetés: Az akut kardiológiai betegségek egyik jelentős, életveszélyes megnyilvánulási formája az aorta-diszszekció.

Célkitűzés: A Zalaegerszegi Szívcentrum 15 éves működése során diagnosztizált aorta-dissectiók eseteink feldolgozása.

Betegek: 88 beteg adatait dolgoztuk fel, akiket primeren a Kardiológiai Osztályon észleltünk aorta-dissectio miatt.

Eredmények: Az esetek közel 4/5-e került akut műtételre. A javuló diagnosztikus (TEE, CT) és műtéttechnikai lehetőségek ellenére a kórkép mortalitása továbbra is nagyon magas.

Következtetések: Az előadásunkban arra kívánjuk a figyelmet felhívni, hogy a veszélyeztetett betegcsoportok szűrése, illetve a korai diagnosztika utáni elektív műtétek javíthatják a túlélést ebben a betegpopulációban.

A BAL- ÉS A JOBBKAMRA-FUNKCIÓ VIZSGÁLATA OBES EGYÉNEKBEN SZÖVETI DOPPLER-ECHOKARDIOGRÁFIÁVAL

Bazsó Judit, Hajdu Katalin, Kisjós Balázs, Kiss Tünde, Matoltsy András

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat-Kardiológia, Nagykanizsa

Cél: Vizsgálatunk célja a jobb és a bal kamra szisztolés és diasztolés funkciójának meghatározása és összehasonlítása obes és normális testtömegindexű egyéneknél szöveti Doppler-echokardiográfia segítségével.

Betegek és módszer: Vizsgálatunkba 50 normális testtömegindexű (BMI<25) és 50 obes (BMI>30) beteget vontunk be. Mértük a mitrális és trikuszipidális anulusban a szisztolés longitudinális sebességeket (Sam és Sat), a kora- és késődiasztolés maximális sebességeket (em, et és am, at), meghatároztuk az em/am és et/at arányt. A negatív és pozitív maximális strain rate (SR) meghatározását a bal kamrai laterális fal (SRb) és a jobb kamrai szabad fal bazális (SRj) szegmentumain végeztük szisztolében és diasztolében.

Eredmények: A bal kamra szisztolés funkciójában a mért paraméterek alapján nem volt különbség (Sam: $8,1 \pm 1,0$ vs. $8,4 \pm 1,0$ cm/s és SRbsz: $-2,8 \pm 1,0$ vs. $-3,2 \pm 2,4$ 1/s). A bal kamra diasztolés funkciójában az em/am arány mutatott szignifikáns különbséget (em/am: $0,9 \pm 0,2$ vs. $1,3 \pm 0,5$, SRbd: $2,6 \pm 0,9$ vs. $2,9 \pm 0,7$ 1/s). A jobb kamra szisztolés funkciója sem az Sat, sem a SRjsz alapján nem mutatott szignifikáns különbséget a két csoport között (Sat: $14,4 \pm 2,5$ vs. $14,8 \pm 1,5$ cm/s és SRjsz: $-3,7 \pm 1,2$ vs. $-3,9 \pm 1,3$ 1/s). A jobb kamrai diasztolés funkció vonatkozásában a két csoport között szignifikáns különbség igazolható az et/at ($0,9 \pm 0,2$ vs. $1,4 \pm 0,4$) arány vonatkozásában, de a SRjd ($3,8 \pm 1,3$ vs. $3,9 \pm 0,9$ 1/s) alapján nem volt lényeges különbség a két csoport között.

Következtetések:

1. Szisztolés funkció tekintetében az obes és normális testtömegindexű csoportok között szignifikáns különbség nem volt igazolható.
2. Statisztikailag lényeges különbség igazolódott mind a bal, mind a jobb kamra diasztolés funkciójában az obes és a normális BMI-s csoportok között.
3. A két kamra diasztolés diszfunkciója többnyire együtt fordult elő. Az obes csoportban a kamrák diasztolés diszfunkciója 64–64%-ban fordult elő, együttes megjelenésük 80%. A normális BMI-s csoportban bal kamrai diasztolés diszfunkció 20%-ban, jobb kamrai 10%-ban fordult elő, együttes megjelenésük 100%.
4. A strain rate meghatározás reprodukibilitása kisebb, mint a mitrális és trikuszipidális anulusban mért sebességeké.

SZÍVIZOM INFARCTUS SLE-BEN – ESETBEMUTATÁS

Bolf Zsuzsanna

Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

Az SLE multiszisztémás autoimmun betegség, amelyben a kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás gyakori szövődmény.

Esetünkben egy 56 éves SLE miatt kezelt nőbetegnél lázas felső légúti infekció után egymást követően többszörös kardiális érintettség alakult ki: pericarditis, endocarditis, végül akut szívizom infarctust, amit coronaritisnek tulajdonítottunk. Akut coronariaintervencióval sikeres revaszkularizáció történt, és az alkalmazott kombinált kezelés mellett a gyulladáshoz tartozó tünetek is csökkentek.

Az eset felhívja a figyelmet arra, hogy az SLE is ISZB-ekvivalens állapot (hasonlóan a diabeteshez).

A NSAID-KEZELÉS KÉT OLDALA. PRO ÉS KONTRA: MŰVESEKEZELÉS VAGY MANKÓ?

Csiky Botond^(1,2)

PTE, II. Belgyógyászati Klinika és Nefrológia,⁽¹⁾ FMC Dialízis Centrum⁽²⁾

A NSAID-kezelés akut és krónikus veseelégtelenséghez is vezethet.

Az akut veseelégtelenség létrejöhet hemodinamikai okokból, de akut interstitialis nephritis is kialakulhat. Valószínűleg mindkét forma kialakulásában a prosztaglandinszintézis NSAID általi gátlása az oki tényező.

Krónikus veseelégtelenséghez analgetikum okozta nephropathia kialakulása révén vezethet a NSAID-kezelés.

A kórképet renális papillaris necrosis és krónikus interstitialis nephritis jellemzi, mely hosszú ideig tartó, nagy mennyiségű kombinált nem-szteroid gyulladásgátló készítmények szedésének következményeként alakulhat ki.

Az új analgetikum-nephropathiás esetek száma az elmúlt 10–15 évben számottevően csökkent azokban az országokban, ahol a fenacetintartalmú kombinált analgetikumokhoz való hozzáférést megnehezítették, igazolva ezen gyógyszerek oki szerepét is.

Bár a NSAID-készítményeket szedők számára képest kevés esetben ugyan, de akut és krónikus veseelégtelenséget is okozhat ezen gyógyszerek szedése. Ezért használatuk, a gyógyszer típusa, az alkalmazás ideje és módja, a társbetegségek felmérése a kezelőorvos részéről odafigyelést igényel.

HOGYAN BEFOLYÁSOLJA A SZÍVKATÉTERES LABORATÓRIUM MEGNYITÁSA EGY VÁROS SZÍVINFARKTUSOS BETEGEINEK ELLÁTÁSÁT

Csonka Dénes, Novák Judit, Nagy Lajos

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Kardiológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely

Egy szívkatéteres labor megnyitásának elsősorban az akut ST-elevációval járó szívinfarktus (STEMI) ellátása szempontjából van létjogosultsága. Kérdéses, hogy mennyiben változtatja meg egy szívkatéteres labor a STEMI miatt felvett betegek ellátását.

Szombathelyen a panaszok kezdetétől számított 12 órán belül felvett STEMI-s betegek ellátását hasonlítottuk össze a 2005-ös és a 2008-as évben.

2005-ben az AMI ellátási protokollja 6 órán belül thrombolysis, 6–12 óra között, amennyiben a 90 percen belülre megszervezhető, akkor primer PCI, egyebekben thrombolysis.

2008-ban a STEMI-s betegeknél minden esetben primer PCI történt.

Az elemzésből kihagytuk a kardiogén sokkban érkezett, illetve resuscitatio utáni irreverzibilis agyi károsodásban szenvedő betegeket.

Betegeinknél a 3 hónapos halálozást hasonlítottuk össze retrospektív módon.

Betegek: 2005: 36 beteg, 20 thrombolysis, 13 primer PCI. 2008-ban 37 beteg, mind primer PCI.

Eredmények: 2005-ben a 3 hónapos halálozás 7/36, 2008-ban 2/37 volt.

2005-ben a 7 elhalálozott közül 5 a lizált csoportból került ki

Következtetés: A szívkatéteres labor megnyitása jelentősen javított a STEMI miatt felvett betegek túlélésén.

MÁJCIRRHOZIS TALAJÁN KIALAKULT HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMA KUTÁN METASZTÁZISA – ESETBEMUTATÁS

Csutak Kinga Éva,⁽¹⁾ Kováts László,⁽¹⁾ Szenes Mária,⁽¹⁾ Ribiczey Pál,⁽²⁾ Bali Ottilia,⁽³⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály,⁽¹⁾ Fertőző Osztály,⁽²⁾ Patológia Osztály,⁽³⁾ Zalaegerszeg

Bevezetés: A primer májrák a hatodik leggyakoribb daganatos betegség és a rákhalálozás harmadik leggyakoribb oka világszerte. A hepatocelluláris carcinoma (HCC) adja az elsődleges rosszindulatú májrákok 80–90%-át és incidenciája a hepatitisfertőzések és az alkoholfogyasztás következtében növekszik. A májbeteg onkológiai elvek szerinti gondozása a megelőzés szerves része.

Esetismertetés: Előadásunkban egy 59 éves férfi beteg esetét ismertetjük, akinél rendszeres alkoholfogyasztás talaján létrejött májcirrrosis, majd ezt követően kialakult hepatocelluláris carcinoma kután metasztázisát észleltük. A beteget 2005–2009 között több ízben is kezeltük a Zala Megyei Kórház Belgyógyászati és Fertőző Osztályán, kezdetben *Helicobacter pylori* pozitív ventrikuláris ulcusból történő gasztrointesztinális vérzés miatt, majd májbetegsége vaszkuláris és parenchimás dekompenzációjával. 2007-ben a fejtetőt ért sérülést követően hónapokig fokozódó növekedést mutató lágyrész-terime miatt elektív műtét történt, mely során hisztomorfológiai kép és immunhisztokémiai reakciók alapján hepatocelluláris carcinoma metastaticum igazolódott. Az áttétképződést felfedezve indítottuk el részletes kivizsgálását. A májban a primer tumort, a csontokban a metasztá-

zisképződést igazoltuk, szerológia hepatitisvirusra negatív volt, AFP tumormarker extrém magasnak bizonyult. Állapota a komplex onkológiai kezelés mellett rohamosan romlott, májelégtelenség tünetei között exitált.

Következtetés: Előadásunkban a cirrhotikus beteg HCC irányú rendszeres vizsgálataira, valamint a ritka, után metasztázisára hívjuk fel a figyelmet.

MÁJBETEGSÉGEK ÉS HAEMOSTASIS

Dávid Marianna

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Osztály

A hemosztazeológiával foglalkozó kézikönyvek a szerzett vérzékenységek okai között fontos helyen említik a kónikus májbetegségeket. Itt a szerzett vérzékenység kialakulásában a kis vérelemzszám, a véralvadási faktorok plazmaszintjének csökkenése és a fibrinolitikus rendszer aktiválódása játszik fontos szerepet. Mindezekhez hozzájárulhat még a disszeminált intravaszkuláris koaguláció, a dysfibrinogenaemia, a thrombocytafunkció zavara és a K-vitamin-hiány egyidejű jelenléte.

Két vizsgálat is összefüggést talált a csökkent vérelemzszám és a gastrooesophagealis vérzések előfordulása között, más vizsgálatokban a varixvérzések előfordulása nem korrelált a véralvadási vagy fibrinolízis-tesztek kóros eredményeivel, azok kialakulása sokkal inkább portális hipertensio okozta hemodinamikai zavar következménye volt. A coagulopathia szerepe a cirrhotikus betegek gasztrointesztinális vérzésében manapság sem tisztázott.

Korai májcirrhosisban a protrombinidő normális, vagy csak kismértékben megnyúlt. Előrehaladott cirrhosisban azonban a májlézió súlyosságát meghatározó egyik tényező, és szerepel a legfontosabb prognosztikai indexekben, mint a Child-score vagy a MELD-score. Előrehaladott májcirrhosisban az APTI ugyancsak megnyúlt a FXII, a FXI, a HMWK és a prekallikrein kóros szintézise miatt. Az említett alaptesztek azonban számos limítációval rendelkeznek:

1. nem reprodukálják igazán az in vivo zajló prokoaguláns és antikoaguláns folyamatokat,
2. leginkább a prokoaguláns faktorokat reprezentálják,
3. alacsony a szenzitivitásuk csökkent véralvadási faktorszintekre vonatkozóan,
4. a korai trombinképződést detektálják, nem pedig azt a dinamikus folyamatot, melyben a trombin folyamatosan képződik és állandóan neutralizálódik a természetes antikoagulánsok által.

Az észlelhető hiperfibrinolízis az euglobulinlízis-idő és a D-dimer meghatározásával diagnosztizálható. Bár általánosságban elfogadott, hogy májbetegknél fokozott vérzékenység áll fenn, ezt a teóriát manapság jeles folyóiratokban többen megkérdőjelezzik. Az idült májbetegségekből észlelhető balanszírozott haemostasisra vonatkozó bizonyítékok azonban egyelőre nem elegendők.

TARTÓS LOKÁLIS SZTEROIDKEZELÉS ELHAGYÁSÁKOR KIALAKULT MELLÉKVESEKÉREG-ELÉGTELENSÉG – ESETISMERTETÉS

Deák Veronika,⁽¹⁾ Dezső Enikő,⁽¹⁾ Fábos Beáta⁽²⁾

Kaposi Mór Oktatókórház, Belgyógyászat,⁽¹⁾ Bőrgyógyászat,⁽²⁾ Kaposvár

A mindennapos terápiában jól ismertek a szisztémás glukokortikoid-kezelés mellékhatásai, de kevésbé vagyunk tudatában annak, hogy bármilyen formában alkalmazott kortikoszteroid potenciálisan iatrogen Cushing-szindrómát okozhat, a hypothalamus-hypophysis-mellékvesekéreg tengely szuppressziójával.

A szerzők két férfi beteg esetét ismertetik. Mindkét beteg súlyos psoriasis miatt évekig használt nagy adagban szteroidtartalmú kenőcsöket, szisztémás szteroidkezelésben azonban nem részesültek. Progrediáló bőrtünetek miatt immunszuppresszív terápiát (cyclosporin) kezdtek, ezzel párhuzamosan az addigi helyi kezelést elhagyták. Ezt követően egyik betegnél mellékvesekéreg-elégtelenség tünetei léptek fel, melyet dinamikus hor-

montesztek is igazoltak, második betegüket pedig hypadreniás krízis miatt kezelték. Hydrocortison-szubsztitúció mellett mindkét beteg panaszmentessé vált.

Az esetek bemutatásával a lokális szteroidkezelés szisztémás mellékhatásaira szeretnék felhívni a figyelmet.

A FELNŐTTKORI NÖVEKEDÉSIHORMON-KEZELÉS TAPASZTALATAI

Dobor Emese, Nemes Orsolya, Nagy Zsuzsanna, Rucz Károly, Bajnok László, Mezösi Emese

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika

Hazánkban 1996 óta lehetséges a súlyos felnőttkori növekedési hormon-hiányban szenvedő betegek GH-kezelése. A PTE I. Belklinikán 2005-ben kapott az első felnőtt beteg növekedési hormont. Az elmúlt három évben 40 beteg (10 nő, 30 férfi, életkoruk a terápia megkezdésekor átlagosan 40 év; 18–63 év) részesült GH-pótló kezelésben. Kilencen már gyermekkorukban is növekedési hormont kaptak. A növekedési hormon-hiány etiológiája 6 esetben poszttraumás hypophysiselégtelenség, 5 betegnél kongenitális ok és 29 betegnél hypophysis vagy sella környéki térfoglalás volt. A szövettani vizsgálat 20 betegnél hypophysis-adenomát, 6 esetben craniopharyngeomát, 1 germinomát, 1 hamartomát és 1 echinococcus cystát igazolt. A hypophysis-adenomák között a hormonálisan inaktív tumorok domináltak (7), 2 GH-, 1 prolaktin-, 2 gonadotrop-, 2 plurihormonális tumort diagnosztizáltak, 6 betegnél a szövettani tipizálás nem volt kivitelezhető. Hypophysis-apoplexia 4 beteg anamnézisében szerepelt. Posztoperatív sugárkezelésben 10 beteg részesült. A legtöbb esetben 4 hormontengely pótlása volt szükséges (22), izolált GH-hiány 2 esetben fordult elő, mindkettő traumás agysérülést követően. Az átlagos kezelési idő 28 hónap volt. A kezelés monitorozása az IGF-1 SDS alapján történt. A növekedési hormont 1 betegnél recidív hypophysistumor, 1 esetben prostata-carcinoma miatt megszakították, 2 beteg pedig maga döntött a kezelés felfüggesztéséről. Az átlagos napi dózis férfiaknál 0,53 mg, nőknél 0,9 mg volt. A GH-pótlás bevezetése módosította a pajzsmirigy-, a mellékvese- és a nemihormon-pótlás iránti igényt. Öt beteg diabetes mellitusban szenved, a növekedési hormon bevezetésekor a szénhidrátháztartás romlását nem észlelték. A GH-kezelés jótékony hatása egyértelműen megnyilvánult a testösszetétel változásában és az életminőség javulásában.

HA A FREKVENCIÁT CSÖKKENTENI KELLENE, DE A BETEGNEK AV-BLOKKJA VAN!

Domonyai István, Amma Zoltán, Józán-Jilling Mihály

TMÖ Balassa János Kórháza, I. Belgyógyászat, Szekszárd

A stabil coronaria szívbetegek gyógyszeres kezelésének egyik fundamentuma a béta-blokkoló terápia, a kezelés során természetesen figyelemmel kell lenni a kontraindikációkra is.

A szerzők két érdekes esetük kapcsán ismertetik az ivabradin nyújtotta alternatív lehetőséget. Mindkét betegük stabil coronaria szívbetegekben szenvedett, magas sinusfrekvencia és időnkénti Mobitz-II AV-blokk mellett, PM-implantáció indikációja nélkül. Az ivabradin hatására a betegek állapota javult, a sinusfrekvencia csökkent, az AV-blokk pedig megszűnt, illetve mérséklődött.

REJTÉLYES VÉRZÉSEK

Fischer Tünde,⁽¹⁾ Szenes Mária,⁽¹⁾ Völgyi Zoltán,⁽¹⁾ Nagy Edit,⁽²⁾ Csordás József,⁽³⁾ Bali Ottilia,⁽⁴⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat,⁽¹⁾ Radiológia,⁽²⁾ Sebészet,⁽³⁾ Patológia,⁽⁴⁾ Zalaegerszeg

Bevezetés: A gasztrointesztinális (GI) vérzések ritka formái a submucosa szerzett lokális értágulatai, az angiodyplasiák. A GI traktus bármely szakaszán megjelenhetnek, predilekciós helyük a jobb colonfél. A diagnózis az endoszkópián és az angiográfián alapul, a terápia célja a vérzésforrás endoszkópos úton történő ellátása. Egyes esetekben az érintett bélszakasz műtéti eltávolítására is szükség lehet. Kialakulásának mechanizmusa nem ismert, feltételezik a jobb colonfél változó nyomásviszonyainak szerepét, felmerül az aortastenosis, scleroderma, von Willenbrand-betegség vagy az angiogenetikus faktor fokozott termelésének kóroki szerepe is.

Esetismertetés: A 81 éves antikoagulált beteget számos alkalommal vizsgálták GI vérzés miatt. Az elvégzett endoszkópos vizsgálatok, valamint CT-angiográfia során számos eltérés leírásra került, azonban meggyőző vérzésforrást igazolni nem sikerült. Kolonoszkópia során az appendix nyílásának megfelelően észlelt vérzés endoszkópos ellátására a lokalizáció miatt nem volt lehetőség, ileocecalis reszekció történt. Az eltávolított bélszakasz szövettani feldolgozása angiodyplasiát igazolt. Másik, szintén antikoagulált beteget éveken át vizsgálták vashiányos anaemia miatt. Gasztroszkópia és kolonoszkópia negatív eredménnyel zárult. Vértápanyás kapcsán végzett felső panendoszkópia szubkardiális teleangiectasiát véleményezett. Az elváltozást vérzésmentes időszakban APC szondás terápiával látták el. Harmadik, szintén antikoagulált betegüknel a GI vérzés hátterében CT-angiográfia, illetve kolonoszkópia coecumra lokalizálódó vérzést igazolt. Akut sclerotherapia, majd vérzésmentes periódusban APC szondás terápia történt.

Következtetés: Az angiodyplasia jelentőségét lokalizációjából, szerkezetéből származó vérzési hajlama adja, nehezen diagnosztizálható vérzésforrásnak tekinthető. A diagnózis felállítása sokszor évekkel követi az első tünetek megjelenését kitevé ezzel a beteget endoszkópos és egyéb anaemia irányú vizsgálatok sorozatának. Ezen vérzések több mint 90%-a spontán szűnik, mivel a vérzés később nagy valószínűséggel újra jelentkezik, a megfelelő időpontban végzett endoszkópia elengedhetetlen a vérzésforrás megtalálásához.

TERHESSÉGI MÁJBETEGSÉGEK

Gasztonyi Beáta

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg

A várandósság ideje alatt a hormonszintek változásán kívül változhatnak az egyébként normálisnak tartott laboratóriumi értékek anélkül, hogy ez veszélyt vagy betegséget jelentene. Fontos azonban annak korrekt megítélése, hogy valójában mit tekintünk a terhesség velejárájának, és melyek azok a májfunkciós eltérések, amelyek során a terhesség további viselése nagy kockázattal jár, vagy a korai termináció mérlegelendő.

Az előadás során szólnunk a terhesség alatt kialakuló „fiziológiás” májfunkciós eltérésekről, valamint a terhesség időszakában létrejött súlyos hepatológiai entitásokról, a graviditás által előidézett specifikus kórformákról (terhességi cholestasis, terhességi akut steatosis stb.).

Értékeljük a diagnosztikai lehetőségeket (hasi UH, MR, májbiopszia), illetve felvázoljuk a kórképek kezelését is.

Az anamnézis, a klinikum és a vizsgálati eredmények konstellációjának, a változások dinamikájának ismeretében szülész-nőgyógyász és hepatológus közös döntése alapján lehet megítélni azt, hogy a kóros májfunkciós paraméterekből milyen teendő adódik.

TARTÓSAN TŰLÉLŐ AKUT LEUKAEMIÁS BETEGEINK KÖRTÖRTÉNETÉNEK ELEMZÉSE

Gasztonyi Zoltán, Hamed Aryan, Tóth Á. Gábor, Rubint Eszter

Petz Aladár Megyei Oktatókórház, II. Belgyógyászat-Hematológia, Győr

Annak ellenére, hogy az elmúlt évtizedben jelentős eredmények születtek az akut leukaemia kezelése során, a klinikusnak általában kevés sikerélménye van, ha a beteg tartós túlélését tekintjük.

A javuló diagnosztika, a citogenetikai és molekuláris genetikai vizsgálatok, a sejtfelszíni marker elemzése segítséget adtak abban, hogy a kezelés hatékony és eredményes legyen.

Előadásunkban azokról a sikerrel kezelt akut leukaemiás esetekről számolunk be, akiket az elmúlt 10 év folyamán diagnosztizáltunk, akinek kezelése teljes remisszióhoz vezetett, és jelenleg is életben vannak.

Ezeknek a betegeknek a kezelése befejeződött, csontvelő-átültetésben nem részesültek indikáció vagy alkalmas donor híján.

A sikeresen kezelt betegek közül 10 AML-es és 5 ALL-es páciens adatai szerepelnek. Kilenc beteg relapszusmentes túlélése meghaladja az 5 évet.

Adataink elemzése alapján arra próbálunk választ keresni, hogy esetükben milyen tényezők vezethettek a kedvező kimenetelhez.

A PAJZSMIRIGY-CARCINOMA KEZELÉSE

Györkös Andrea, Gasztonyi Beáta

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

A pajzsmirigy-carcinoma ritka humán malignoma (<1%), de a leggyakoribb endokrin carcinoma. A pajzsmirigy-göbök prevalenciája az átlagnépességben 20–50%. A pajzsmirigy-göbök 5,5%-ában alakul ki pajzsmirigy-carcinoma az életkortól, nemtől, korábbi irradiációtól, családi anamnézistől és már faktoroktól függően. A pajzsmirigy-carcinomák – főleg a differenciált pajzsmirigy-carcinoma – incidenciája szerint az egyik leggyorsabban növekvő carcinoma. Ez az epidemiológiai változás a diagnosztikus módszerek kifinomulásának és a jobb hozzáférhetőségnek köszönhető, nem speciális oncogen hatás következménye. Az előadás a következő kérdésekre keresi a választ: Mi a megfelelő eljárás a klinikum alapján vagy véletlenszerűen felfedezett pajzsmirigy-göbök esetén? Milyen laboratóriumi és vizsgáló mód indokolt? Mi a szerepe a finomtű-biopsziának, citológiának? A preoperatív stagingben mi a diagnosztikus képalkotás és laboratóriumi vizsgálat szerepe? Mi a megfelelő műtéti eljárás differenciált pajzsmirigy-carcinómában? Mi a szerepe a posztoperatív staging rendszernek? Mi a szerepe a posztoperatív radiojód remnant ablációnak, a pajzsmirigy szuppresszív kezelésének? Van-e szerepe az adjuváns küldő irradiációnak és kemoterápiának? A differenciált pajzsmirigy-carcinoma hosszú távú kezelésében mi a szerepe a tireoglobulinnak? Hosszú távú követésben van-e szerepe az ultrahangnak, a TSH-szuppressziós kezelésnek? Mi a legmegfelelőbb kezelése a metasztatikus pajzsmirigybetegnek? Hogyan kell kezelni a tireoglobulinpozitív, scan-negatív beteget? Mi a szerepe a külső irradiációnak és a kemoterápiának?

Az előadás kitér a medulláris pajzsmirigy-carcinoma diagnosztikájára, a genetikai vizsgálat és profilaktikus műtét szerepére, valamint az anaplasztikus carcinoma kezelési lehetőségeire.

NEM SZOKVÁNYOS ICTERUS

Hágendorn Roland,⁽¹⁾ Czimmer József,⁽¹⁾ Szabó Imre,⁽¹⁾ Pár Gabriella,⁽¹⁾ Pár Alajos,⁽¹⁾ Hegedűs Géza,⁽²⁾ Vincze Áron⁽¹⁾

PTE, I. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológia,⁽¹⁾ Baranya Megyei Kórház, Patológia,⁽²⁾ Pécs

U. J. 26 éves, sovány férfi beteg, 10 napos lázas állapot, vomitus és icterus miatt kereste fel klinikánkat. Anamnézis: alkalmi munkákból él, időnként szeméttelen is megfordul, rossz higiénés körülmények között él. Alkoholt csak kis mennyiséget fogyaszt. Felvételi státus: citromsárga bőr, feszes, nehezen betápintható has, jobb tüdőfél felett gyengült légzési hang. Hasi UH epeúttágulatot nem igazolt. Mellkasröntgen kórosat nem ábrázolt. Felvételi laboreredmények extrém icterust, súlyos azotaemiát, ioneltéréseket, transzamináz-emelkedést, megtartott spontán protrombinértéket, magasabb gyulladáshoz kapcsolódó paramétereket, mérsékelt anaemiát és thrombocytopeniát, magasabb amilázértéket, jó vérgázértékeket, megtartott sav-bázis egyensúlyt mutatott. Szubintenzív osztályon monitoroztuk, PPI, ciprofloxacinnal, metronidazollal, illetve folyadékterápiát indítottunk, ionrendezést elkezdtek. Folyadékterápia mellett bő diuresise indult, ioneltérései uralhatóak voltak. Az icterus etiológiájának felderítésére tett vizsgálatok során hepatitis (A, B, C) szerológia negatív eredményt adott, Wilson-kór nem állt fenn, obstrukciós icterus kizárható volt. Hepatológiai, infektológiai konzílium felvetette leptospirosis lehetőségét, penicillinterápia indult. Májbiopsziát követően kb. 1-1,5 órával tensioesés, tachycardia alakult ki, hasi CT nagy mennyiségű máj körüli, illetve subcapsularis vérzést igazolt. Operáció történt, a vérzést elállították, májreszekcióra nem volt szükség. Zavartalan posztoperatív szak után helyezték vissza osztályunkra. Májbiopszia szövettana: elvéve enyhe fokú lymphocytás, gyulladáshoz kapcsolódó beszűrődés, ezüstfestéssel kórokozó nem volt kimutatható. Összességében reaktív-regeneratív elváltozás ábrázolódott, melyek háttéréről a szöveti kép további információt nem tudott nyújtani. A korábban elküldött vérminta Leptospira agglutinációs titer eredménye 1:50 értéket adott, ez kétes minősítést jelent, a labor ismétlést kért. Kezelés mellett a beteg állapota és laborparaméterei jelentősen javultak. Az elbocsátásakor elküldött kontrollmintában a Leptospira-antigén titere 1:800 értéket adott, ami egyértelműen pozitív eredményt jelent, alátámasztva diagnózisunk helyességét.

NORMÁLIS SÚLYÚ ELHÍZÁS: KOCKÁZATI TÉNYEZŐ A METABOLIKUS SZINDRÓMÁRA

Hajdu Katalin, Matoltsy András

Kanizsai Dorottya Kórház, Kardiológia, Nagykanizsa

Bevezetés: Normális súlyú elhízásról beszélünk, ha normál testtömegindex (BMI) mellett magas testzsírtartalmat mérünk. Férfiak esetében a 20%, nők esetében a 30% feletti értéket tekintjük kórosnak. A normális test-súlyú emberek jelentős hányadában megfigyelhető ez a kórállapot.

Jelen vizsgálatunk arra irányult, hogy a normális BMI-vel rendelkező betegek között milyen arányban fordul elő a normális súlyú elhízás, és ezen egyéneknél a metabolikus szindróma előfordulása milyen mértékű.

Betegek és módszerek: A vizsgálatba 41 (21 ffi és 20 nő) normális BMI-értékű beteget vontunk be. A betegek átlagéletkora $46 \pm 10,0$ év volt. Ezen betegekben mértük a derékbőrséget, meghatároztuk a szérum vércukor-, lipid-, CRP-szintjét, az IDF kritériumrendszer alapján a metabolikus szindróma fennállását. A testzsír meghatározása bioelektromos impedancia analízissel történt. Összehasonlítottuk a metabolikus paramétereket, a metabolikus szindróma előfordulásának a gyakoriságát a normális súlyú elhízott és azon betegekben, akiknek nem volt testzsír-többletük.

Eredmények: 11 beteg esetében találtunk normális testzsír-értéket, közöttük metabolikus szindróma nem fordult elő.

Harminc egyénben bizonyult magasnak a testzsír-érték, ezen betegekben a metabolikus szindróma előfordulása 66% volt. Férfiakban ez az arány magasabbnak bizonyult (63% ffi vs. 27% nő). BMI tekintetében nem volt különbség a magas testzsírtartalmú nem metabolikus szindrómás ($23,05 \pm 1,07$ kg/m²) és metabolikus szindrómás ($23,65 \pm 0,83$ kg/m²) betegek esetében. Nem találtunk különbséget a derékkörfogatok között sem a nem metabolikus szindrómás csoport (ffi: $92,2 \pm 4,40$ cm, nő $81,0 \pm 4,50$ cm) és a metabolikus szindrómás csoport (ffi

93,01±2,71 cm, 82,6±2,08 cm) között. A nagyobb testzsírtartalomhoz magasabb vércukor-, koleszterin- és trigliceridszint társult.

Következtetés: A normál súlyú elhízás előfordulási gyakorisága igen csak nagynek tűnik, ezen betegekben gyakoribb a metabolikus zavar, a megváltozott lipidprofil, gyakoribb a metabolikus szindróma előfordulása. A jelenleg használt derékkörfogat-meghatározás nem megbízható jelzője a folyamatnak.

Későbbiekben tervezzük a vizsgálat elvégzését nagyobb betegcsoportban is.

A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK LEFOLYÁSA AZ EPIDEMIOLOGIAI ADATOK TÜKRÉBEN

Herman Beáta, Horváth Judit, Mátyásy Helga, Pataki Zsolt, Bárány László

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Nagykanizsa

Bevezetés: A gyulladásos bélbetegségek főbb képviselői a Crohn-betegség és a colitis ulcerosa. Mindkét betegség élethosszig tart, folyamatos kezelést és gondozást igényel.

Célkitűzés: Tanulmányunkban megpróbálunk néhány klinikai, epidemiológiai és környezeti szempontot elemezni, melyek az IBD természetes lefolyásával és annak változásával összefügghetnek.

Megbeszélés: A Crohn-betegség tünetei gyakran korábban kezdődnek, mint ahogy a betegséget diagnosztizáljuk. A betegség lokalizációját tekintve leggyakrabban a terminális ileumot érinti, mintegy 70%-ban, az izolált vékonybélbetegségek aránya az 1980-as évekhez viszonyítva 10%-kal csökkent, az izolált vastagbél-érintettség ugyanennyivel nőtt. Az epidemiológiai adatok szerint enyhe női dominancia jellemző, a betegség diagnosztizálásakor a betegek 30-as éveik elején voltak. Kezelés mellett a betegek mintegy 13%-ában egyetlen epizódot észleltünk, míg 10%-nál igen nehezen lehetett remissziót elérni. A többi beteg esetén, idült vagy visszatérő betegségforma volt a jellemző, melyet átlagosan egy akut fellángolás kísért. Az adott évben a betegek 10%-a szorult szteroidkezelésre, de összességében életük során a betegek mintegy 43%-a kap legalább egyszer szteroidterápiát. Sebészeti intervención a betegek 57%-a esik át. A növekvő incidenciára háttérben feltételezhető az orális antikoncipiensek, a javuló higiéniai körülmények és a dohányzás szerepe.

A colitis ulcerosa gyakoribb előfordulást mutat, mint a Crohn-betegség, csaknem kizárólag a vastagbelet érinti, jelentős a coloractalis rák előfordulása és rosszabbak a morbiditási adatok.

A betegek 77%-a idült, időszakos visszaesésekkel jellemezhető. A folyamatosan aktív forma 1%. Az esetek 23%-ában a betegnek csak egy fellángolása volt. Gyakoribb előfordulást mutat a nemdohányzók között.

Következtetések: A gyulladásos bélbetegségek természetes lefolyása teljes egészében ismeretlen, éppen emiatt az ezt megjósoló tényezők felderítése egyre nagyobb fontossággal bír. Segítségükkel választhatjuk ki azokat a betegeket, akikben biológiai szerrel történő kezelés révén kedvezően befolyásolhatjuk kórtörténetük alakulását.

A METABOLIKUS SZINDRÓMA DEFINÍCIÓJA A KLASSZIFIKÁCIÓK ÚTVESZTŐJÉBEN

Hidvégi Tibor

Petz Aladár Megyei Oktatókórház, Anyagcsere, Endokrin és Diabetológiai Osztály, Győr

A metabolikus szindróma koncepciója, mint a 2-es típusú diabetest megelőző állapot és fokozott szív- és érrendszeri kockázati tényező, az elmúlt évtizedekben a mindennapi gyakorlat számára elfogadottá vált. A klinikai kutatás eredményeinek értelmezése, a kórkép etiológiája, patogenezise tekintetében a szakirodalom koránt sem egységes. A metabolikus szindrómás személyek korai felismerése, gondozása igazi prevenció lehetősége az egészségügyi alapellátó hálózat számára. Az egészségügy szereplői önmagukban nem tudnak javítani a kardiovaszkuláris kórképek jelenlegi aggasztó mutatóin a népesség egészségkultúrájának fejlesztése nélkül.

A szerző a metabolikus szindrómával kapcsolatos újabb ismereteket foglalja össze.

KLINIKAILAG JELENTŐS MÓDSZERFÜGGŐ ELTÉRÉSEK A MACROPROLACTINAEMIA DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Horváth Dóra Eszter,⁽¹⁾ Nagy Rita,⁽¹⁾ Toldy Erzsébet,⁽²⁾ Lőcsei Zoltán⁽¹⁾

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Általános Belgyógyászati Osztály,⁽¹⁾ Központi Laboratórium,⁽²⁾ Szombathely

Ismert, hogy különböző prolaktin (PRL) módszerek eltérő mértékben mérik a biológiailag inaktív makroprolaktint, az azonban kevésbé köztudott, hogy a monomer prolaktin (mPRL) mérésében is eltérések lehetnek.

A tanulmány célja három prolaktin assay (ECLMA-I és -II, Roche, CLMA, Abbott) összehasonlítása volt.

Módszer: Az ECLMA-I-gyel magas PRL-szintű (cut off: >511 IU/l) szérumokat vizsgáltak a másik két módszerrel is. A klinikai adatok alapján valódi hyperprolactinaemiára nézve nagy (N=70) és kis valószínűségű (N=45) csoportra osztották a betegeket.

Eredmények: A natív PRL-szintek ECLMA-val mérve szignifikánsan ($p < 0,001$) magasabbnak (1216 ± 861 IU/l) adódtak, mint ECLMA-II-vel (896 ± 606), illetve CLMA-val (913 ± 604 IU/l). A különböző PRL assay-k közti korreláció PEG-precipitáció után növekedett ($r = 0,84$ versus $r = 0,99$), de a monomer PRL szintek között a szignifikáns különbség továbbra is fennállt. A PEG-kezelést követő PRL-visszanyerés CLMA-val szignifikánsan ($p < 0,001$) kisebb volt, mint a másik két assay-vel ($78 \pm 17\%$ vs. ECLMA-I: $87 \pm 20\%$ és ECLMA-II: $89 \pm 15\%$). A gyártók által megadott határértékek figyelembevételével szignifikáns különbség volt a macroprolactinaemia (PEG után normális PRL-szint mérhető) gyakoriságában: ECLMA-I: 9%, ECLMA-2: 17%, CLMA: 37%. A natív szérumok 26%-ában csak ECLMA-I assay-vel mértek magas PRL-szintet, míg a másik két módszerrel normális értékek adódtak. Ezeknek az ellentmondásos laboratóriumi leleteknek a száma 43%-ra nőtt a szérumok PEG-kezelését követően. Az assay-k szenzitivitása (SENS) és specificitása (SPEC) a valódi hyperprolactinaemia detektálásának tekintetében nagy különbséget mutatott: ECLMA-I: SENS: 96% and SPEC: 18%; ECLMA-II: SENS: 91% SPEC: 51%; CLMA: SENS: 61% SPEC: 82%.

Következtetések: úgy a totál, mind a monomer PRL szintekben a jelentős assay-függő különbségek figyelemreméltóak, hisz terápiás konzekvenciájuk lehet. A probléma kiküszöbölése a diagnosztikus határértékek pontosításával, valamint az eltérő módszerek harmonizálásával válhatna lehetővé.

ENDOSZKÓPIA ELŐTTI KOCKÁZATI BESOROLÁS NEM VARIXEREDETŰ FELSŐ TÁPCSATORNAI VÉRZÉS ESETÉN

Horváth Judit, Mátyásy Helga, Herman Beáta, Pataki Zsolt, Bárány László

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Nagykanizsa

Bevezetés: A gasztroszkópia kulcsszerepet játszik a felső tápcsatornai vérzések diagnosztikájában és kezelésében. Az urgens gasztroszkópiával elkülöníthető a vérzésforrás felismerése során a konzervatív módon kezelhető beteg, a sebészi intervenciót igénylő esettől. Azonban az urgens vizsgálat egyrészt logisztikai nehézségek miatt nem mindig kivitelezhető, másrészt a korai endoszkópia során felismerhetőek olyan kis kockázatú léziók is, amelyeket biztonsággal lehetne kezelni kórházon kívül is.

Cél: Előadásunk célja olyan klinikai adatokon alapuló prediktív értékű pontszám bemutatása, amely az endoszkópos vizsgálatot megelőzve előre jelezheti, melyik beteg esetében várható nagy kockázatú endoszkópos jel, ami az ismételt vérzés óriási kockázata.

Módszer: Haematemesis és/vagy melaena miatt felvétellel került 168 beteg klinikai státuszát és felvételi laboratóriumi eredményeit elemeztük. Ennek alapján a felső gasztrointesztinális vérzésben szenvedő betegeket három kategóriába soroltuk:

1. kis kockázatú a klinikai kritériumok alapján (ambuláns kezelésre alkalmas, elektív endoszkópiára sorolható);
2. kis kockázatú az endoszkópia alapján (ambuláns kezelésre alkalmas);
3. nagy kockázatú az urgens endoszkópia alapján (azonnal kórházi kezelést igényel).

Következtetések: A prediktív score rendszer alapján a betegek 10%-ában ambulánsan lehetne elvégezni a kezelést és tervezetten az endoszkópiát.

A szakirodalomból ismert adatok szerint endoszkópiával az akut, nem varixeredetű vérzésben szenvedő betegeknek mintegy harmadát lehet ambuláns kezelésre alkalmasnak minősíteni. Mindezek alapján a kis kockázatú, ambuláns kezelésre alkalmas betegek egy részés urgens endoszkópia nélkül is azonosítható.

NAGY KARDIOVASZKULÁRIS KOCKÁZATÚ POSZTINFARCTUSOS, KRÓNIKUS ISCHAEMIÁS SZÍVBETEG, TERVEZETT COLONTUMOR MŰTÉT ELŐTTI KIVIZSGÁLÁSA – ESETBEMUTATÁS

Kenéz András,⁽¹⁾ Takács István,⁽¹⁾ Lupkovics Géza,⁽¹⁾ Máhr Károly,⁽²⁾ Nagy Gyöngyi⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Kardiológia,⁽¹⁾ Onkológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg

A kardiovaszkuláris betegségek, ezen belül az ischaemiás szívbetegség minden fajtája az elmúlt évtizedekben vezető szerepet töltött be a halálozási statisztikákban. Az utóbbi másfél évtized technikai fejlődése, a mikrosebészeti lehetőségek ugrásszerű előretörése azonban jelentősen javított a mortalitáson. A sok társbetegséggel élő ischaemiás szívbetegek tervezett onkológiai műtétei előtt speciális kérdés az invazív kivizsgálás, adott esetben a rekonarográfia szükségessége. Ez egyértelmű rizikóbecslést igényel mind a szív-, érrendszer, mind pedig a tervezett műtét típusát tekintve. Ezeket túl természetesen a komorbiditás sem elhanyagolható tényező.

Ugyanakkor a daganatos betegségek száma jelentősen megnövekedett. Ez nyilván az életkor kitolódásával, a társbetegségek jobb kezelhetőségével, illetve egyéb multifaktoriális tényezőkkel állhat összefüggésben.

Előadásunkban egy olyan beteg esetét mutatjuk be, akinél a megállapított diagnózist és az ajánlás szerinti terápiás rezsimit jelentősen befolyásolta a preoperatív kivizsgálás, a rekonarográfia eredménye, illetve a hospitalizáció során észlelt recidív ritmuszavar, pitvarfibrilláció, szédüléssel járó panaszok alapján felmerült cardiogen cerebrális embolisatio, valamint mindezek mögött koponya-CT, koponya-MRI, mellkasi CT-vizsgálattal igazolt, valószínűleg lymphogen eredetű, a primer tüdőtumorból származó, vérzékeny, kisagyi metasztázis.

Esetünk tanulsága alapján elmondható, hogy bár az „evidence based medicine” diagnosztikus és terápiás irányelveket határozott meg, melyek segítségül szolgálnak a mindennapokban, nem szabad azonban csak ezen elvek szerint, sztereotip módon gondolkodnunk egyes komplex betegségekben szenvedő páciensek kapcsán.

A VASTERHELÉS KÖVETKEZTÉBEN KIALAKULÓ SZÖVETKÁROSODÁS KOMPLEX FELMÉRÉSE

*Kertész Zsuzsanna,⁽¹⁾ Rajnics Péter,⁽¹⁾ Kollár Balázs,⁽¹⁾ Karádi Éva,⁽¹⁾ Horváth László,⁽²⁾ Bogner Péter,⁽²⁾
Tóth Levente,⁽¹⁾ Egyed Miklós,⁽¹⁾ Hunyady Béla⁽¹⁾*

Kaposi Mór Oktatókórház, Belgyógyászat, Kaposvár,⁽¹⁾ Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrum, Onkodiagnosztikai és Radiológiai Központ⁽²⁾

Bevezetés: Vasterhelés során a szövetekben akkumulálódott vas által generalizált toxikus szabad gyökök kiterjedt szövetkárosodást (máj, szív, endokrin mirigyek) és a szervek diszfunkcióját okozzák.

Célkitűzés: Az utóbbi évek szakirodalmi adatai és saját tapasztalataink alapján kidolgoztunk egy új diagnosztikus rendszert, melynek hatékonyságát vizsgáltuk a vasterhelés bizonyítására és mértékének megítélésére.

Betegek/módszerek: 2007-2008-ban 13 vasanyagcsere-zavarban szenvedő (8 férfi, 5 nő, átlagéletkor 69 év, melyek közül 7 alapbetegségének következtében vasterhelt, 6 ineffektív erythropoesis miatt politranszfundált) betegnél végeztük el a részletes kivizsgálást.

A vasanyagcsere laboratóriumi paraméterei (szérumvas, transferrin, transferrin vas szaturáció, szolubilis transferrinreceptor, ferritin, CRP-szint) mellett részletes kardiológiai kivizsgálás, valamint máj-, pancreas- és szív-MRI-vizsgálat során került meghatározásra a különböző szövetek vastartalma.

Eredmények/következtetések: A szérum ferritinszintje jól korrelál a máj MRI során meghatározott vastartalmával. Sem a szívultrahang által szolgáltatott funkcionális adatok, sem az MRI-vizsgálattal meghatározott vastartalom nem mutat összefüggést a laborparaméterekkel.

A vasterhelt betegeknél alkalmazott kelátképző kezelés hatására bekövetkező változásokról a képkötők segítségével pontosabb képet kaphatunk.

INTRA- ÉS INTERATRIÁLIS ASZINKRONITÁS VIZSGÁLATA SZÍVELÉGTELEN BETEGEKBEN

Kisjós Balázs, Matoltsy András, Kiss Tünde, Bazsó Judit, Hajdú Katalin

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat, Nagykanizsa

Bevezetés: Strukturális szívbetegség és szívelégtelenség a pitvarok elektromos és strukturális remodellációját okozza. Az irodalmi adatok alapján a pitvar vezetési tulajdonságainak indirekt vizsgálatára használható nem invazív módszernek ígérkezik a színkódolt szöveti Doppler, melyet az intraventrikuláris aszinkronitás vizsgálatára is alkalmaztak.

A vizsgálat célja: Szívelégtelen betegek pitvari aszinkronitásának vizsgálata szöveti Dopplerrel.

Betegek és módszerek: Beválasztási kritérium volt a sinusritmus, illetve az anamnesztikus pivarfibrilláció és súlyos billentyűbetegség hiánya. Rutin echokardiográfiás vizsgálat mellett elvégeztük a színkódolt szöveti Doppler-vizsgálatot. A három csoportban (1. egészséges kontroll [13 fő], 2. strukturális szívbetegség, NYHA I. [15 fő], 3. strukturális szívbetegség, NYHA II–IV. [7 fő]) a tricuspidalis és mitrális anulus szintjében, az EKG-val szimultán felvett idő-sebesség görbékből meghatároztuk a P-hullám kezdetétől az A-hullám kezdetéig eltelt időket (aktivációs idők: jobb pitvar [PRA], szeptum [PIVS], bal pitvar [PLA]). Ezek különbsége adja meg az aszinkronitás mértékét (intra- [RA, LA] és interatriális [IA]).

Eredmények: Az aktivációs idők átlaga a három csoportban: 1. PRA: 38,4 ms, PIVS: 67,5 ms, PLA: 91,1 ms, 2. PRA: 45,7 ms, PLA: 70,3 ms, PIV: 99,1 ms, 3. PRA: 64,8 ms, PIVS: 91,7 ms, PLA: 111,4 ms.

Az intraatriális aszinkronitás átlaga a három csoportban: 1. RA: 27,4 ms, LA: 23,6 ms, 2. RA: 24,6 ms, LA: 28,7 ms. 3. RA: 26,8 ms, LA: 19,4 ms.

Az interatriális aszinkronitás (IA) átlaga a három csoportban: 1. 52,0 ms, 2. 50,0 ms, 3. 46,2 ms.

A kapott értékeken elvégzett varianciavizsgálattal (F-próba, konfidenciaintervallum=0,05) szignifikáns különbséget a három csoportban nem észleltünk.

Következtetés: Jelen vizsgálatunkkal szívelégtelen betegek pitvari aszinkroniáját a szöveti Doppler-vizsgálattal nem tudtuk igazolni, egyéb non invazív (jelátlagolt EKG P-hullámának időtartama) és invazív (elektrofiziológia) vizsgálatok alkalmasabbnak tűnnek.

A BALKAMRA-FUNKCIÓ VIZSGÁLATA SZÖVETI DOPPLER-ECHOKARDIOGRÁFIÁVAL SZÍVELÉGTELEN BETEGEKBEN

Kiss Tünde, Bazsó Judit, Hajdu Katalin, Kisjós Balázs, Matoltsy András

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat, Nagykanizsa

Cél: A vizsgálat célja szöveti Doppler-paraméterek segítségével meghatározni a szívizom ejekciós funkcióját szisztolés és diasztolés szívelégtelenség esetén, összehasonlítva a kontrollcsoporttal.

Betegek és módszer: Beteganyagunkból 30 szisztolés (EF <50%, Sa <5,4 cm/s) és 30 diasztolés (EF >50%, Sa >5,4 cm/s, PCWP >15 Hgmm) szívelégtelenségben szenvedő beteget választottunk ki. Őket 45 egészséges egyénnel hasonlítottuk össze. Minden esetben meghatároztuk a csúcs negatív strain és strain rate értékét a csúcsi négy- és kétüregű metszetek bazális szegmentumán, majd ezeket átlagoltuk.

Eredmények: Az EF, az Sa és a bal kamrai végdiasztolés nyomás (PCWP) a következőképpen alakult: a kontrollcsoportban az EF $67\pm 8\%$, Sa $7,3\pm 1,4$ cm/s, PCWP $12\pm 1,9$ Hgmm; diasztolés szívelégtelenség esetén EF $61\pm 9\%$, Sa $6,4\pm 0,8$ cm/s, PCWP $19\pm 2,5$ Hgmm, míg szisztolés szívelégtelenségben EF $41\pm 8\%$, Sa $4,2\pm 0,9$ cm/s, PCWP 24 ± 3 Hgmm.

A csúcs negatív strain rate alacsonyabb volt diasztolés szívelégtelenségben ($-3,2\pm 0,1$ 1/s vs. $-3,6\pm 0,1$ 1/s), mint a kontrollcsoportban, de magasabb, mint szisztolés szívelégtelenség esetén ($-2,8\pm 0,2$ 1/s). Hasonló összefüggést találtunk a csúcs negatív strain esetén is ($-15,9\pm 3,1\%$, vs. $-14,3\pm 2,9\%$, vs. $-9,2\pm 3,2\%$), de tanulmányunk alapján a strain rate szenzitívebbnek bizonyult megtartott szisztolés funkció esetén.

Következtetés: Megtartott szisztolés funkciójú szívelégtelen betegekben szöveti Doppler-echokardiográfia segítségével szignifikáns különbséget észleltünk a szisztolés funkcióban a kontrollcsoportéhoz képest. Ez megerősíti azt a korábbi feltevést, hogy a diasztolés diszfunkció átmenetet képez a normál szisztolés funkció és a szisztolés diszfunkció között.

KARDIOLÓGIAI REHABILITÁCIÓBAN RÉSZT VEVŐ CUKORBETEGEK DIÉTÁS ISMERETEINEK JELLEMZÉSE

Kóródi Tünde,⁽¹⁾ Simon Attila,⁽²⁾ Simon Éva,⁽³⁾ Bálint Beatrix,⁽⁴⁾ Veress Gábor⁽¹⁾

Féjér Megyei Szent György Kórház, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály, Székesfehérvár,⁽¹⁾ Állami Szívkórház, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály,⁽²⁾ Állami Szanatórium, I. Kardiológiai Rehabilitációs Osztály,⁽³⁾ Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály⁽⁴⁾

A cukorbetegség az életmódot befolyásoló, a prognózist, életminőséget rontó jelentős társbetegség. Vizsgálatunkban arra a kérdésre kerestünk választ, honnan származik a cukorbetegséggel élők diétás ismeretanyaga, illetve ez mennyire befolyásolja laboratóriumi eredményeiket, életmódjukat.

Módszer: prospektív, többcentrumú vizsgálatunkba (Székesfehérvár, Balatonfüred, Sopron, Deszk) eddig 137 cukorbeteg (koruk $66,5\pm 9,3$ év, 70 férfi) vontunk be, akik intézeti kardiológiai rehabilitációs kezelésben vettek részt. A betegség átlagosan $9,3\pm 7,7$ éve állt fenn. Mindegyik betegnél jellemeztük kórtörténei adataikat, gyógyszeres kezelésüket, alapvető laboratóriumi paramétereiket. A betegek önkitöltő kérdőívben számoltak be szocioeducációs háttérükről, fizikai aktivitásukról, illetve kitöltöttek egy táplálkozási ismeretekre vonatkozó 8 tételtes tesztet. Leíró módon jellemeztük a diétás ismeretek forrását. Kapcsolatot kerestünk a betegek diétás ismeretei és a laboratóriumi adatai között.

Eredmények: A betegek legnagyobb része a dietetikustól kapott információt (71,5%), majd az ápoló (45,3%), kezelőorvos (9,5%), női lapok, magazinok (8,8%), rádió, televízió (6,6%), egyéb forrás (5,1%), internet, beteg-társak (2,9%) és természetgyógyász (0,7%) következtetett információforrásként. A betegek az ismeretüket felmérő teszten a lehetséges 8 pontból $5,5\pm 2,1$ pontot értek el. A betegek konkrét ismeretei általában nem korreláltak laboratóriumi eredményeikkel, meglepő módon a koleszterinszinttel pozitív korrelációt mutattak ($R=0,29$, $p<0,001$). Nem találtunk összefüggést az ismeretek és a lényeges antropometriai adatok (súly, BMI, derék-csípő hányados) között.

Következtetés: A betegek döntő többsége az egészségügyi rendszerre, ezen belül is a szakdolgozókra támaszkodik az ismeretek megszerzésében. Elméleti ismereteik és testi eredményeik között alig van kapcsolat, ami a végrehajtás következetesebb vizsgálatát teszi szükségessé.

PREDIALÍZIS STÁDIUMBAN LÉVŐ BETEGEK ARTERIA CAROTISÁNAK ULTRAHANGVIZSGÁLATA

Kovács László,⁽¹⁾ Kulcsár Imre,⁽¹⁾ Nagy Lajos⁽²⁾

B. Braun Avitum, Dialízis Központ,⁽¹⁾ Vas Megyei Markusovszky Kórház, Kardiológiai és Belgyógyászati Osztály, Szombathely⁽²⁾

A dializált betegekben csaknem kivétel nélkül előrehaladott arteriosclerosis áll fenn. A predialízis stádiumban lévő betegeket ebből a szempontból kevésbé vizsgálták. Ugyancsak nem tisztázott, hogy a megkezdett haemodialízis okozta felgyorsuló atherosclerosisprogresszióért pontosan milyen faktorok és milyen mértékben felelnek.

Betegek és módszer: 37 predializált beteg arteria carotisát vizsgáltuk nagy frekvenciájú ultrahangkészülékkel. 26 nő/11 férfi, átlagéletkor $74 \pm 11,6$ év, kreatinin 194 ± 88 $\mu\text{mol/l}$, GFR $27,6 \pm 9,5$ ml/min. A betegek közül kettő kivételével mindenki hypertoniás volt, 17 betegnél volt ismert diabetes mellitus. Ismert atheroscleroticus manifesztációt (ISZB, cerebrális, illetve perifériás arteriosclerosis) a betegek 51%-ánál diagnosztizáltak korábban. Laborértékek: koleszterin $4,5 \pm 1$ mmol/l, HB: $7,3 \pm 0,6$ mmol/l, CRP $7,23 \pm 6,9$ mmol/l.

Eredmények: A betegek 87%-ánál találtunk atheroscleroticus plakkot, melyek átlagosan 33%-os stenosiszt okoztak az ACC-ACI-ACE vizsgált szakaszán. Az IMT $1,1 \pm 1,5$ mm volt, a betegek 84%-a esett a $>0,6$ mm kóros tartományba. A plakk okozta stenosis mértéke a diabetes mellitusszal, az IMT az életkorral volt szignifikáns kapcsolatban.

Megbeszélés: A predialízis stádiumban lévő betegek többségénél előrehaladott atherosclerosiszt találtunk. A dialízis elkezdése által okozott változások további vizsgálatokat igényelnek.

ANTIFOSZFOLIPID SZINDRÓMA A STERILITÁS/INFERTILITÁS HÁTTERÉBEN

Kovács Mónika,⁽¹⁾ Hartwig Marianna,⁽²⁾ Aleksza Magdolna,⁽³⁾ Tihanyi Marianna,⁽²⁾ Nagy Tatjana,⁽³⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály,⁽¹⁾ Genetikai Osztály,⁽²⁾ Központi Laboratórium,⁽³⁾ Zalaegerszeg

Bevezetés/célkitűzés: A sterilitáshoz/infertilitáshoz vezető szisztémás autoimmun betegségek közül kiemelkedő jelentősége van az antifoszfolipid szindrómának (APS), mely okozhat vetélést, koraszülést, preeclampsziát, terhességi hypertenziót, magzati retardációt, koraszülést, halvaszülést és sterilitás is. A diagnózis kimondásához egy klinikai és egy laboratóriumi kritérium együttes jelenlétére van szükség.

Betegek, módszerek: Immunológiai szakrendelésünkön 2004–2009 között terhességi morbiditás miatt 100 (steril/infertilis: 33/67) (átlagéletkor: 34,08 év) nőbetegnél immunszerológiai (ANA, anti-dsDNA, ENA-Profilé, anti-TPO, anti-TTG, spermium elleni antitest, aCl, aPS, a β 2GPI, anti-annexin V, aPT) vizsgálatok történtek.

Eredmények: Az aCl kétszeri pozitivitása 27/100 (27%) (st/inf: 7/20) esetben volt kimutatható. Közöttük 4/100 (4%) primer és 6/100 (6%) szekunder APS diagnosztizálható volt. A fennmaradó 17 esetben a klinikai kép nem fedte a kritériumokban foglaltakat, azonban 5/100 (5%) primer és 12/100 (12%) szekunder APS lehetőségét mégsem vethettük el. A ritkább aPL-antitestek közül az a β 2GPI 1/27, az aPS 2/27, az előző két antitest együtt 1/27, az anti-annexin V 3/27 és az aPT 1/27 betegnél volt jelen. Az aCl egyszeri pozitivitása 16/100 (16%) (st/inf: 5/11) nőnél fordult elő, közöttük az aPT és az a β 2GPI 1-1/16 betegnél volt kimutatható. 2/100 (2%) esetben a klinikum alapján primer APS-t vetettünk fel. Az aCl-negatív nők között 8-nál/100 (8%) találtuk meg a kritériumok között nem szereplő aPL antitesteket: 4/57 a β GPI, 4/57 aPS, 2/57 aPT, 3/57 anti-annexin V pozitívítás igazolódott, melyek közül a klinikai kritériumokat figyelembe véve 2/100 (2%) betegnél a primer APS kimondható volt. A követési időszakban acetil-szalicilát és/vagy LMWH, szekunder APS-ásoknál emellé adott prednison-, illetve levothyroxin-kezelés mellett 32 terhesség 23 szülést, 5 vetélést eredményezett, 4 graviditás jelenleg is fennáll.

Következtetések: A vizsgálataink eredményei rávilágítanak arra, hogy a steril/infertilis nőbetegeknél az antifoszfolipid antitestek kimutatása jelentőséggel bír, hiszen pozitívitásuk esetén megfelelő terápiával a meddőség megszüntethető.

NYÚLTVELŐI NEUROVASZKULÁRIS KOMPRESSZIÓ ÉS REZISZTENS HYPERTONIA

Kováts László,⁽¹⁾ Csutak Kinga,⁽¹⁾ Kósa Dezider,⁽¹⁾ Nagy Gyöngyi,⁽²⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat,⁽¹⁾ Radiológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg

Bevezetés: A nyúltvelő rostrális ventrolaterális részén található a kardiovaszkuláris rendszer centrális regulátora, a vasomotor központ. Ezen terület ingerületi állapota és/vagy a baroreceptor reflex afferenciációjában, illetve efferenciációjában egyaránt szerepet játszó IX. és X. agyidegek irritációja szimpatikus hiperaktivitás révén az esetek egy részében súlyos, gyógyszeres terápiával nehezen befolyásolható magas vérnyomáshoz vezet. Ennek hátterében többnyire egy ritkán keresett érmalformáció, az úgynevezett pulzatilis neurovaszkuláris kompresszió áll.

Célkitűzés: Célunk az, hogy beteganyagunkon – köztük egy középkorú, „esszenciális” hypertóniásnak tartott nőbetegünk esetén keresztül – bemutassuk e ritka kórforma jellemzőit, a diagnosztika lehetőségeit, a súlyos, rezisztens hypertonia kivizsgálásának nehézségeit.

Eredmények: Ismertetjük a diagnosztika alapját képező nyúltvelőre döntött 3 D kontrasztanyagot „time of flight” mágneses rezonancia angiográfiával kapott eredményeket, a neurovaszkuláris kompresszió típusait és súlyossági fokozatait. Bemutatjuk a terápiás lehetőségeket, a tartósan fennálló, súlyos rezisztens hypertonia következményeit.

Következtetés: Jól meghatározott, szigorú kritériumok és diagnosztikus vizsgálómódszerek segítségével kiválaszthatjuk a műtéti megoldást igénylő betegeket.

BIOLÓGIAI TERÁPIÁK AZ IMMUNOLÓGIÁBAN

Kumánovics Gábor

PTE, Immunológiai és Reumatológia Klinika

Biológiai terápia alkalmazása immunológiai hátterű kórképekben meglehetősen elterjedt. A jelen előadás azonban a klasszikus belgyógyászati, pulmonológiai stb. kórképekre nem terjed ki: reumatológus-immunológusként a reumatológiai területre koncentrálnék.

Ezen kórképekkel a belgyógyász kollégák többféle vonatkozásban is találkozhatnak:

1. belgyógyászati vizsgálat kapcsán „mellékletként” észlelt ízületi eltérések;
2. reumatológiai kórképek belszervi érintettsége miatti vizsgálatkérés kapcsán;
3. egyes terápiák kontraindikációinak célzott keresésekor,
4. mellékhatások, szövődmények kezelése céljából.

Jelenleg a következő reumatológiai kórképekben alkalmazunk biológiai terápiát: juvenilis idiopathiás arthritis, rheumatoid arthritis, arthritis psoriatica és spondylitis ankylopoetica. Leggyakrabban alkalmazott gyógyszer-csoport a TNF-antagonisták csoportja, de egyéb citokin elleni antitestek, illetve sejtaktivációt befolyásoló sejtfelszíni molekulák elleni készítmények is alkalmazásra kerülnek. Az egyes kezelési lehetőségeket szakmai kollégiumi állásfoglalás mellett OEP által kiadott protokoll is behatárolja. Ezek alapján részben a legmodernebb szakmai irányelveknek is megfelelő módon (pl. nagyon aktív betegek gyors és hatásos gyulladáscsökkentése), részben azzal teljesen ellentétes módon (a betegség korai fázisában, amikor leghatékonyabbak volnának, nem adhatóak) alkalmazzuk ezen gyógyszereket. Adásuk alapfeltétele a „hagyományos” gyógyszeres kezelés eredménytelensége: tartós betegségaktivitás. Emellett komolyabb infekció, daganat kizárása, illetve megfelelő kardiorespiratorikus státusz szükséges a gyógyszerek adhatóságához. Kezelések során 3 havonkénti kontroll szükséges a terápia hatékonyságának le méréséhez, illetve esetleges mellékhatások kiszűréséhez. Enyhébb mellékhatások relatíve gyakoriak, komolyabb mellékhatás 1-2%-os arányban lép fel.

A kezelés sikere azonban ezen gyógyszerekkel sem 100%-os: a betegek 10%-a nem reagál ezen gyógyszerekre sem – a jövő gyógyszerfejlesztéseire továbbra is nagy szükségünk van.

AZ ASZPIRINSZEDÉS IDEJÉNEK HATÁSA A THROMBOCYTA-REAKTIVITÁS CIRKADIÁN INGADOZÁSÁRA

Lenkey Zsófia,⁽¹⁾ Ajtay Zénó,⁽¹⁾ Komócsi András,⁽²⁾ Aradi Dániel,⁽²⁾ Cziráki Attila⁽¹⁾

PTE ÁOK, Szívgyógyászati Klinika, Kardiológia,⁽¹⁾ Szívgyógyászati Klinika, Intervencionális Kardiológia⁽²⁾

Háttér és célkitűzés: A kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris események megjelenési ideje cirkadián eloszlást mutat, jelentősen emelkedett gyakorisággal reggel 6 és 9 óra között. Ennek pontos oka ismeretlen, de létrejöttében fontos szereppel bírhat a fokozott hajnali thrombocyta-reaktivitás (TR). Vizsgálatunk során azt elemeztük, hogy aspirinszedés mellett észlelhető-e cirkadián ingadozás a TR-ban és az aspirin bevételi ideje befolyásolja-e a reggeli TR-t.

Módszerek: Prospektív vizsgálatunkba 30 aspirint monoterápiában szedő beteget vontunk be, akik a négyhetes vizsgálati periódus kezdetén az aspirint 14 napig reggel 7 és 9 óra között, majd ezt követően 2 hétig este 21 órakor szedték be. A 14. és a 28. napon Carat TX4 optikai aggregométer (OAG) segítségével ADP-, adrenalin (ADR)-, arahidonsav (AA)- és kollagén (COLL)-stimulációval 7–9 között meghatároztuk a TR mértékét jelző maximális aggregációs (max) szintet. A TR cirkadián eltéréseit egy nap alatt vett sorozatmintából elemeztük.

Eredmények: A 30, 65±6,6 év átlagéletkorú betegből 11 (36,6%) nő volt. 16 (53,3%) esetben aspirin, 14 (46,7%) esetben aspirin protect gyógyszert szedtek a vizsgálatban részt vevő személyek. A 24 óra alatt kollagénnel végzett sorozatméréseink 7 és 13 órás TR-csúcsot igazoltak (COLL5h: 31%, COLL7h: 53% vs. COLL9h: 24%; COLL11h: 29%; COLL13h: 47%; COLL19h: 34%; COLL5h: 31%); ez a cirkadián TR-ingadozás a többi induktorról nem volt észlelhető. Az OAG-mérések alapján a hajnali TR-t az aspirin bevételi időpontja nem befolyásolta (ADPmax: 48,65±1,98% vs. 47,08±2,55%; ADRmax: 23,04±4,17% vs. 19,12±3,30%; AAmax: 2,42±1,75% vs. 2,12±2,02%; COLLmax: 40,19±3,98% vs. 36,08±3,99%; p=NS minden esetben).

Következtetés: Aspirinkezelés mellett a kollagénnel meghatározott TR 7 és 13 órakor jelentős emelkedést mutat, ugyanakkor az aspirin bevételének időpontja nem befolyásolja a hajnali TR mértékét.

AZ OBESITAS ENDOKRINOLÓGIAI SZEMLÉLETE

Lőcsei Zoltán

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Általános Belgyógyászat, Szombathely

Az endokrin elhízás klasszikus kórképe a hypercorticismus, amelynek pontos diagnosztikája, differenciáldiagnosztikája időnként kihívást jelenthet. Súlygyarapodással járó endokrin kórkép még a hypothyreosis, polycystás ovárium szindróma, növekedéshormon-hiány és az insulinoma. Elhízottakban néhány hormon (tesztoszteron, ösztrogén, kortizol, IGF-I) laboratóriumban mért értékének interpretálása eltérő lehet a nem elhízottakhoz képest. Genetikai defektus hoz létre endokrin jellegű elhízást a Práder-Willi-, Bardet-Biedl-szindrómában, proopiomelanokortin, illetve prohormonkonvertáz 1 hiányában. A táplálékfelvétel, testsúly hormonális szabályozó rendszereiről szóló ismeretek gyors bővülése az endokrinológia leginkább fejlődő területe jelenleg. A 90-es évek új hormonjait (leptin, ghrelin, adiponektin) még újabbak követik napjainkban (pl. oxyntomodulin, agouti related peptid).

AZ AKUT CORONARIA SZINDRÓMA ELLÁTÁSA – THROMBOCYTAAGGREGÁCIÓ-GÁTLÓ KEZELÉS. PRO ÉS KONTRA: REINFARCTUS VAGY VÉRZÉS?

Lupkovics Géza

Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

Az iparilag fejlett országokban az összhalálozás 45%-a kardiovaszkuláris halálozás, melynek fő oka az érpálya különböző szakaszainak atherothromboticus elváltozása. Kardiovaszkuláris okok miatt megközelítőleg tizenhat millió ember halt meg világszerte 2001-ben. Azon betegekben, akiknél korábban szívinfarktus zajlott, fokozott az újabb infarktus kialakulásának veszélye. A rizikó csökkentését szekunder prevenciónak hívjuk, mely ACE-gátlók, statinok, béta-blokkolók mellett kötelezően tartalmazza a trombocytáaggregáció-gátló szereket. Acetilszalicilsav tekintetében az első nagy átütő bizonyítékot a szívinfarktussal kapcsolatban az ISIS-2 vizsgálat hozta 1988-ban (ISIS-2 Collaborative Group, 1988). Az elmúlt 20 évben már az atherothrombosis valamennyi formájában igazolták az ASA-terápia hatékonyságát. Az utóbbi 10 évben egy újabb trombocytáaggregáció-gátló szerrel, a clopidogrellel is számos nemzetközi vizsgálat történt (CURE, PCI-CURE, CAPRIE, CREDO), melyek igazolták a mortalitás és reinfarktus előfordulását csökkentő hatását. Az infarktus akut szakában alkalmazott glikoprotein IIb/IIIa receptor blokkolók (mint a legerősebb újabb trombocytáaggregáció-gátló szerek) mortalitást és reinfarktust csökkentő szerepét is több nagy betegszámú vizsgálat bizonyította. A tanulmányok során az életveszélyes vérzések tekintetében nem volt kimutatható szignifikáns különbség.

Összefoglalva, az akut szívinfarktus ellátásának és a szekunder prevenciók gyógyszerelés protokollja trombocytáaggregáció-gátlók kombinációját írja elő, melyek alkalmazásával szignifikánsan csökkenthető a mortalitás és a reinfarktusok száma úgy, hogy az életveszélyes vérzések gyakorisága nem növekszik számottevően.

AZ AKUT CORONARIA SZINDRÓMA KORSZERŰ KEZELÉSE

Lupkovics Géza

Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

Az ischaemiás szívbetegség a nyugati világban a mortalitás kb. 50 százalékáért felelős. Az ischaemiás szívbetegség akut megjelenési formája az akut coronaria szindróma, mely instabil angina és akut miokardiális infarktus képében jelenik meg. A kórkép terápiajában az elmúlt évtizedben jelentős kutatások történtek, melyek során igazolást nyert, hogy a gyógyszeres kezelés mellett a myocardium-necrosissal járó esetekben az akut coronariaintervenció elsődleges szerepet tölt be a hosszú távú események bekövetkezésének csökkentésében. A szerző összefoglalja az akut coronaria szindróma ellátásának terápiai lépéseit az elsődleges ellátótól a katéteres laboratóriumig. Az előadás kitér a folyamatban lévő vizsgálatok eredményeire is, melyek még nem épültek be a nemzetközi és hazai ajánlásokba.

A DOXAZOSIN HATÁSA A T-SEJT MEDIÁLTA IMMUNFOLYAMATOKRA ALBUMINURIÁS T2DM-ES BETEGEKBEN

Mácsai Emília,⁽¹⁾ Vásárhelyi Barna⁽²⁾

Csolnoky Ferenc Kórház, Belgyógyászati Centrum, Veszprém,⁽¹⁾ MTA, Nefrológiai Kutatócsoport⁽²⁾

Diabeteses nephropathiás betegek RAAS-gátlóval nem megfelelően kontrollált hypertóniája esetén a vérnyomás intenzifikált kontrollját leggyakrabban alfa-blokkoló szerrel biztosítjuk. A doxazosin számos egyéb kardiovaszkuláris rizikófaktort kedvezően befolyásol, jelen vizsgálatban azt elemeztük, hogy milyen hatást fejt ki a perifériás vér lymphocytáira, és az ezeket reguláló FoxP3 sejtekre.

A vizsgálatba 10 olyan férfi beteget (53 [46–63] év) válogattunk be, akiknél a 2-es típusú diabetes mellitust átlagosan 7,6 éve (2–13 év) diagnosztizálták, albuminuriások voltak (albuminuria 141,5 [53–1125] mg/nap), hypertóniájuk 10,7 (1–25) éve állt fenn. ABPM-mel igazolt 'morning surge' hypertóniájuk miatt antihipertenzív kezelésüket este adott retard doxazosinnal (4 mg/nap) egészítettük ki. A vizsgálat kezdetekor és 3 hónap múlva Wilcoxon-tesztel összehasonlítva értékeltük a vérnyomás ABPM-mel vizsgálat változásait, az anyagcsere-paraméterek és a microalbuminuria alakulását. Vizsgáltuk a perifériás vér lymphocytáinak aktiváltságát, a FoxP3 sejtek arányában és egyes sejtfelszíni markerekben bekövetkező módosulásokat.

A vérnyomáscsökkenés mellett a HbA1c-szint ($p=0,013$), az összkoleszterin- ($p=0,015$) és az LDL-szint ($p=0,007$), valamint az albuminuria ($p=0,013$) csökkent. A CD4+FoxP3+ sejtek aránya nőtt, a CD4+ ($p<0,0001$) és CD8+ ($p=0,011$) lymphocyták prevalenciája csökkent, a CD4+CD25+ ($p=0,0014$) és FoxP3+ regulatorikus T-sejtek ($p=0,009$) aránya nőtt. Az aktivált lymphocyták közül a CD4+CD69+ ($p=0,003$) és a CD8+CD69+ ($p=0,0223$) aránya csökkent.

Doxazosin adása nyomán – a vérnyomás és a metabolikus állapot javulása mellett – a Treg-sejtszám emelkedése és az aktivált lymphocyták arányának csökkenése következik be 2-es típusú diabetesben, albuminuriás betegekben. Ez a hatás elméletileg kedvező lehet a kardiovaszkuláris prevenció szempontjából.

EPEKŐ OKOZTA ILEUS

Mátyásy Helga, Horváth Judit, Herman Beáta, Pataki Zsolt, Bárányi László

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Nagykanizsa

Bevezetés: Az epekő okozta ileus a mechanikus bélelzáródások azon formája, amely általában akkor jön létre, ha spontán kialakult biliodigestív fisztulán keresztül az epekő bejut a gasztrointesztinális traktusba, majd ott elakad. Ritka kórkép, az ileusok 1–3%-át teszi ki. Általában az időskor betegsége, nőknél 3-4-szer gyakoribb. A biliodigestív fisztula kialakulása a gyomor-bél rendszer különböző helyein jöhet létre, a vékonybélben a leggyakoribb, de előfordulhat a gyomorban, a duodenumban és a vastagbélben is. Ezen belül a Bouveret-szindróma egy ritka klinikai entitás, az epekő-ileus külön formája, ahol az epekő egy cholecystoduodenalis fisztulán keresztül a duodenumba ékelődve okoz gyomorürülési akadályt.

Célkitűzés: Egy betegünk kapcsán ezen kórkép bemutatása.

Megbeszélés: L.J.-né, 1930-ban született nőbeteg esetét szeretnénk röviden ismertetni, akinél cholelithiasis, choledocholithiasis miatt ERCP-t terveztünk, azonban a megelőzően elvégzett gasztroszkópia során a pylorusba ékelődött epekő látszott, melyet endoszkópos technikával sem elmozdítani, sem eltávolítani nem tudtunk. A kő eltávolítását Sebészeti Osztályon végezték el.

Következtetések: Idős nőbetegnél, akinek anamnézisében hosszú ideje fennálló epekőesség szerepel, ismétlődő hányások háttérben gondolni kell epekő-ileus lehetőségére is.

TERHESSÉGI PAJZSMIRIGYBETEGSÉGEK ÉS KEZELÉSÜK

Mezősi Emese

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika

Terhességben a tiroxin iránti igény növekszik, a jódfelhasználás fokozódik, ez jelentős terhet ró a pajzsmirigyre, amihez csak optimális jódeh tartalom esetén tud alkalmazkodni. Magyarország nagy része jódehiányos, terhességben napi 200 µg jódbevitel biztosítása alapvető fontosságú. Koraterhességben pajzsmirigyvizsgálat javasolt ismert pajzsmirigybetegség vagy egyéb autoimmun betegség esetén. Manifeszt vagy szubklinikus hypothyreosisban nagyobb az anyai és magzati szövődmények veszélye. Autoantitestre pozitív, de normál pajzsmirigy-működésű anyák esetén fokozott a vetélés és a postpartum thyreoiditis valószínűsége. A terhesség során hypothyreotikus anyák gyermekeinek intelligenciája és mozgáskoordinációja károsodik. Pajzsmirigyhormon-kezelésben részesülő terhesek 30–50% dózisémelést igényelnek. A hyperthyreosis leggyakoribb oka a gesztációs hyperthyreosis, amely a hCG hatás következménye, ártalmatlan, spontán szűnő működészavar. El kell különíteni azonban a Basedow-kór által okozott hyperthyreosistól, amely súlyos anyai és magzati szövődményekkel jár, kezelésére Propycil javasolt. Terhességben új pajzsmirigygöbök gyakrabban képződnek, és a meglévő göbök növekednek. A pajzsmirigyrák természetes lefolyását a terhesség nem befolyásolja. A pajzsmirigybetegségben szenvedő terhesek ellátása speciális endokrinológiai feladat.

A CIRRHOSISOS BETEG MŰTÉTI ELŐKÉSZÍTÉSE

Molnár Zsolt

Pécsi Tudományegyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet

Az elmúlt 20 évben az aneszteziológia biztonsága jelentős mértékben megnőtt, ami lehetővé teszi, hogy egyre súlyosabb betegeken egyre nagyobb műtéteket végezhessünk. Míg a krónikus keringési, légzési és veseelégtelenségben szenvedő betegek esetében számos támadásponton tudunk javítani a beteg preoperatív állapotán, krónikus májelégtelenségben eszközeink szűkösek. Kétségtelen tény azonban, hogy a cirrhosisban szenvedő betegekben fokozott a műtéti rizikó akár a májon, akár egyéb szerven kell sebészeti beavatkozást végezni. A műtéti előkészítés ezért pusztán néhány specifikus elemre korlátozódik, mint pl. az alvadási státusz rendezése K-vitamin és friss fagyasztott plazma adásával, ulcus-profilaxis, és elővigyázatosság nyelőcsővarikozitás esetén. Míg az aneszteziológiai kivizsgálás során a májfunkció csak minősített esetekben ajánlott, cirrhosisban szenvedő betegekben a májfunkció minél pontosabb megítélésének fontos prognosztikai, és műtéttechnikai jelentősége van (Reisman Y, et al.: Hepatogastroenterology 1997; 44: 982-989.). Több lehetőség áll rendelkezésünkre, de nem egységes azonban az álláspont a legmegbízhatóbb májfunkciós paramétereket illetően.

A hagyományos májfunkciós tesztek közül érdemes kiemelni a három mutatót, a szérumbilirubin-, albuminszintjét és a protrombinidőt, amelyek a legspecifikusabban jelzik a máj működészavarát, szemben a nem csak májszövetben található transzaminázokkal (GOT, GPT), melyekre mégis gyakran mint „májfunkciós tesztek” utalunk. Egyre nagyobb teret nyerne az ún. dinamikus májfunkciós vizsgálatok. Leggyakrabban használt módszerek a monoethylglycinexilide (MEGX)-teszt, a ^{99m}Tc-jelölt galaktozil humán szérumalbuminnal (^{99m}Tc-GSA) végzett SPECT vizsgálat, és az indocianin-zöld (ICG) plazma eltűnési rátájának (ICG-PDR) mérése (Sheng QS: Hepatobiliary Pancreat Dis Int 2009; 8: 46-49.). A három vizsgálat közül az ICG-PDR, illetve a 15 perc után a keringésben maradó ICG mennyisége (R15) tűnik ágyamelletti használatossága, egyszerűsége és non-invazív volta miatt a legígéretesebb dinamikus májfunkciós tesztnek, mind a preoperatív rizikó becslésében, mind a posztoperatív májfunkció nyomon követésében.

A VKORC1 ÉS CYP2C9 GÉNEK POLIMORFIZMUSAINAK SZEREPE AZ ORÁLIS ANTIKOAGULÁNS TERÁPIÁBAN, ILLETVE KAPCSOLATA A VÉRZÉSES ÉS RETROMBOTIKUS ESEMÉNYEKKEL

Mózes Réka,⁽¹⁾ Zseli Márta,⁽¹⁾ Nagy Ágnes,⁽¹⁾ Losonczy Hajna,⁽¹⁾ Tóth Orsolya,⁽¹⁾ Szomor Árpád,⁽¹⁾ Sipeky Csilla,⁽²⁾ Melegh Béla,⁽²⁾ Dávid Marianna⁽¹⁾

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Osztály,⁽¹⁾ PTE ÁOK, Orvosi Genetikai Intézet⁽²⁾

Bevezetés/célkitűzés: A VKORC1 gén polimorfizmusai direkt módon, a CYP2C9 gének indirekt módon, a metabolizmusra hatva befolyásolják a kumarinszármazékok hatását, dózisoptimumát. Célunk volt, hogy klinikai vizsgálattal bizonyítani tudjuk az előbb említett géneknek az antikoaguláns dózisének befolyásolásában betöltött szerepét, illetve kapcsolatát a vérzéses és retrombotikus szövődeményekkel.

Betegek/módszerek: Heterogén betegcsoportnál (n=47) genetikai eredmények birtokában terveztünk klinikai vizsgálatot. Kérdőíves módszerrel a szövődeményekre, legnagyobb, illetve legkisebb kumarindózisra kérdeztünk rá, illetve INR-t mértünk. Keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk az INR tükrében, klinikai és genetikai adatok összesítésével, illetve retrospektív analízist a szövődemények tükrében szintén klinikai és genetikai adatok összesítésével.

Eredmények/következtetések: Az antikoaguláns dózis szignifikánsan kisebb volt azoknál, akik a VKORC1 1396. pozícióban variáns nukleotidot hordoztak, és szignifikánsan nagyobb kumarindózsist igényeltek VKORC1 9041. pozícióban variáns nukleotidot hordozók a normális nukleotidot hordozókhöz képest a terápiás kumarinhatás eléréséhez. A CYP2C9 gén variáns haplotípusaival rendelkezők alacsonyabb kumarindózsist igényeltek a terápiás Syncumar hatás eléréséhez, de az összefüggés nem bizonyult szignifikánsnak. Vérzéses szövődeményeken átesettek 78%-ában volt jelen a kumarinszármazékokkal szemben érzékenyítő VKORC1 gén 1396. pozíciójában variáns nukleotid. Nem sikerült azonban összefüggést igazolni a retrombotikus események és a polimorfizmusok között.

MÁJBETEGSÉGEK ÉS VESE

Nagy Judit

PTE ÁOK, II. Belklinika

A máj és a vesék együttes megbetegedése kétféle módon alakulhat ki:

1. mindkét szervet együttesen károsító okok közös patomechanizmussal, pl. hepatitis B vagy C infekcióhoz társuló májbetegség és glomerulonephritis;
2. a veseműködés zavarát a máj elégtelen működése okozza függetlenül az etiológiától. Ezek a másodlagos veseműködési zavarok prerenális akut veseelégtelenség, akut tubuláris nekrosis és hepatorenális szindróma formájában jelentkezhetnek.

Az előadás elsősorban a krónikus májcirrhosisban kialakuló, a vesék működésének zavarával járó szekunder vesebetegségekre fókuszál; röviden ismerteti ezen vesebetegségek epidemiológiáját, etiopatogenezisét, diagnosztikai kritériumait, az elkülönítő diagnosztika nehézségeit és a betegségek terápiáját.

SZEMLÉLETVÁLTÁS A TSH-RECEPTOR ELLENI AUTOANTITESTEKET KIMUTATÓ MÓDSZEREKBE

Nagy Rita,⁽¹⁾ Horváth Dóra Eszter,⁽¹⁾ Toldy Erzsébet,⁽²⁾ Lőcsei Zoltán⁽¹⁾ Patócs Attila,⁽⁵⁾ Szabolcs István⁽⁴⁾

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Általános Belgyógyászat,⁽¹⁾ Központi Laboratórium,⁽²⁾ Szombathely, PTE-ETK, Gyakorlati Diagnosztikai Tanszék,⁽³⁾ Semmelweis Egyetem, Dietetikai Intézet, Budapest,⁽⁴⁾ Semmelweis Egyetem AOK, II. Belgyógyászati Klinika, Budapest⁽⁵⁾

A TSH-receptor (TSHR) elleni autoantitest (TRAb) szintek ismerete jelentős a Graves–Basedow-kór (GB) differenciáldiagnosztikájában és terápiájának ellenőrzésében. Napjainkig TRAb kimutatására a humán rekombináns TSHR-t és izotóppal jelölt TSH-t alkalmazó radioreceptor (RRA; B.R.A.H.M.S) assayt tartották a legjobbnak. Időközben megjelent egy teljesen automatizált alternatív technika (ECLIA, Roche), amely sertés TSH-receptort és a jelöléshez két monoklonális antitestet alkalmaz. Céluk az volt, hogy az ECLIA módszert összevegyék a már jól bevált referencia RRA-vel.

Betegek: 149 esetet vizsgáltak, klinikai csoportokat az anamnézis, TSH, fT4, fT3, ultrahang, szcintigráfia alapján állítottak fel (38 euthyreoid kontroll; 61 GB, közülük 38 euthyreoid, 23 aktív hyperthyreosisos állapotú, a 61 esetből 29 kezeletlen, 32 thyreostaticummal kezelt. Autoimmun thyreoiditist [AI] 17, toxicus adenomát [TA] 33 esetben diagnosztizáltak).

Eredmények: összességében a két módszerrel mért TRAb-szintek között kiváló korrelációt ($r=0,95$; $p<0,001$) kaptak. A TRAb-szintek GB-kórban szignifikánsan ($p<0,0001$) magasabbak voltak mindkét módszerrel (RRA: $8,6\pm 14,1$ IU/l; ECLIA: $8,0\pm 11,3$ IU/l), mint a többi csoportban. Az aktív hyperthyreosisos GB-kóros betegeknél magasabb TRAb-szintet mértek mindkét módszerrel, mint a remisszióban lévő betegeknél. Kezeletlen és kezelt GB-betegek esetén csak az ECLIA módszerrel (11 ± 14 vs. 5 ± 7 IU/l) találtak szignifikáns különbséget ($p<0,05$). Álpozitív eredményt 6%-ban (9/149) észleltek, főként az AI-ben. Mindkét módszerrel hasonló klinikai szenzitivitást (RRA: 65%, ECLIA: 67%) és specificitást (mindkettő 89%) kaptak.

Következtetések: eredményeik jól demonstrálják, hogy az eddigi állásfoglalással ellentétben a TRAb módszer klinikai relevanciája független a módszerben alkalmazott TSH-receptortól és a tracer fajtájától.

MALIGNUS PROLACTINOMA – ESETBEMUTATÁS

Nemes Orsolya,⁽¹⁾ Dóczy Tamás,⁽²⁾ Mezősi Emese⁽¹⁾

PTE OEKK KK, I. Belgyógyászati Klinika, Endokrinológia és Anyagcsere,⁽¹⁾ Idegsebészeti Klinika, Idegsebészet⁽²⁾

Bevezetés: A prolactinomák a leggyakoribb hypophysistumorok. 90%-uk microadenoma, mely jellemzően nőkben gyakori, az invazív, malignus macroprolactinoma azonban férfiakban gyakrabban fordulnak elő. A prolaktinszint és a tumor mérete között szoros a korreláció. A klasszikus tünettan nőkben az infertilitás, amenorrhoea, galactorrhoea, osteoporosis, míg férfiakban a hypogonadismus, osteoporosis mellett gyakoribb a fejfájás és chiasmakompresszió okozta látásromlás. A prolactinoma ellátásában elsődleges a dopaminagonista kezelés. A ritka invazív, durát infiltráló macroprolactinoma azonban erre gyakran részlegesen rezisztensek, és a sebészi beavatkozás sem ad végleges gyógyulást.

Esetbemutató: 67 éves férfi betegünket még az 1960-as években kezdték vizsgálni fejfájás és hypogonadismus miatt, 1998 óta részesült DA-agonista kezelésben. Invazív prolactinoma miatt eddig összesen 6 alkalommal volt idegsebészeti beavatkozás, kétszer irradiációs kezelést is kapott. Bromocriptin- és quinagolid-rezisztencia miatt 2006-ban cabergolin adását kezdtük el, melyre a prolaktinszint csökkent, de nem normalizálódott. Az alapbetegség és a műtéti kezelés következtében bal szemével nem lát, a jobb szem látótere is jelentősen beszűkült. Panhypopituitarismus miatt pajzsmirigyhormon, hydrocortison és ADH-analóg adása szükséges. 2008. szeptemberben progresszív beszédzavar hátterében MRI a bal temporális lebeny háromszoros térfoglaló folyamatát igazolta, mely szövettani vizsgálattal az invazív prolactinoma metasztatizálásának bizonyult. 2009. februárban bal temporoparietális metasztatizáció miatt újabb műtét történt. Az eddigi idegsebészeti beavatkozások, irradiáció és a cabergolin-kezelés ineffektívnek bizonyult, a terápiás lehetőségek kimerültek.

Összefoglalás: A prolactinomák DA-agonista kezeléssel potenciálisan gyógyítható benignus tumorok. Irodalmi ritkaságnak számít a malignus prolactinoma, melyre a több évtizedes betegségtartamot követően kialakult DA-rezisztencia hívta fel a figyelmet.

A SPIRÁL-CT HELYE A PULMONÁLIS EMBOLIA DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Németh Barnabás,⁽¹⁾ Lupkovics Géza,⁽¹⁾ Nagy Gyöngyi⁽²⁾

Zala Megyei Kórház, Kardiológia,⁽¹⁾ Radiológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg

A tüdőembolia hazánkban a hirtelen halálozás vezető oka, igazolása a hagyományos diagnosztikai eszközökkel nem minden esetben lehetséges. Mindemellett a mortalitási arány a kezeletlen betegek esetében 20–30% körül van, míg az adekvát kezeléssel ez az arány 2–8%-ra csökkenthető.

A legjobb stratégia kiválasztásához az adott betegnél a klinikai jelek alapján meg kell becsülnünk a pulmonális embolia valószínűségét, hogy megfelelően tudjuk értékelni a diagnosztikai tesztek eredményeit.

A klinikai jelek mellett laborvizsgálatok (D-dimer teszt), echokardiográfiás vizsgálat, ventilációs-perfúziós tüdőszcintigráfia, végül a pulmonális angiográfia segíthet a diagnózis felállításában. Az utóbbi években a CT – a folyamatos technikai fejlődés miatt – egyre nagyobb teret nyer a tüdőembolia diagnosztikájában. A spirál-CT-angiográfia megjelenésével a vizsgálati idő jelentősen csökkent, a tüdő verőérhálózata jól ábrázolhatóvá vált. Kiválóak az eredmények a lobárisan, illetve szegmentálisan lokalizálódó embólusok felismerésében, de a szubssegmentális és még perifériásabb embólusok esetén a szenzitivitás alacsonyabb. Emellett ezen vizsgálat hasznos lehet a thrombolysisben részesülő betegek monitorozására is.

2002 áprilisában új spirál-CT készüléket helyeztek üzembe a Zala Megyei Kórház Radiológiai Osztályán. Ezt követően a vizsgálat osztályunkon is bekerült a pulmonális embolia diagnosztikai algoritmusába, sőt a tüdőszcintigráfias vizsgálat korlátozott hozzáférhetősége miatt az elmúlt években a spirál-CT került előtérbe.

A szerzők elemzik a különböző diagnosztikai lehetőségeket az elmúlt években szerzett tapasztalatok és a legújabb nemzetközi irodalmi adatok tükrében.

A CAROTIS ULTRAHANGVIZSGÁLATÁBAN REJLŐ LEHETŐSÉGEK A KARDIOVASZKULÁRIS KOCKÁZAT FELMÉRÉSÉBEN

Németh Ferenc, Dinnyés József

Vaszary Kolos Kórház, I. Belgyógyászat-Kardiológia, Esztergom

A carotis ultrahangvizsgálata során észlelt szubklinikus atherosclerosis a kardiovaszkuláris események független rizikófaktora.

Előadásunkban arra szeretnénk rávilágítani, hogy a konvencionális kardiovaszkuláris rizikófaktorok mellett a carotis-ultrahang (CIMT, plakk screening) milyen pluszinformációkkal szolgálhat a kardiovaszkuláris prognózist illetően, illetve, hogy mely betegcsoportok vizsgálata javasolt leginkább.

Emellett a „vascular age” mint ultrahangos fogalom alkalmazását is ismertetjük.

A CÉLÉRTÉKIG TÖRTÉNŐ KEZELÉS JELENTŐSÉGE ÉS LEHETŐSÉGEI DIABETESBEN

Oroszlán Tamás

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

A 2-es típusú diabetes mellitus az emberiséget fenyegető legsúlyosabb egészségügyi problémák egyike. A jelenlegi trendek szerint 2025-ben 380 millió diabeteses ember él majd a Földön. Az alattomosan kezdődő, tüneteket, panaszokat sokáig nem okozó, már korai stádiumban makrovaszkuláris szövődményekhez vezető megbetegedés kezelése és gondozása mind nagyobb feladatot jelent az egészségügy számára. A korábbi terápiás erőfeszítések nagyrészt a cukoranyagcsere rendezését és a stabil anyagcserehelyzet fenntartását szolgálták. A lehetőségek kibővülése, a terápiás fegyvertár szélesedése eredményeként ma már megfelelő feltételek megléte esetén minden diabeteses beteg egyensúlyi helyzete biztosítható. A legújabb ajánlások szerint az életmódi kezelés mellett alkalmazott metforminterápia eredménytelensége esetén elsőként választandó két lehetőség: a BOT (=basal-oral treatment, orális kezelés mellett alkalmazott bázis inzulin) terápia, illetve a szulfanilurea hozzáadása. Mindezen alternatívákra erős, nagy vizsgálatok eredményei által megerősített bizonyítékokkal rendelkezünk. Második vonalban kevésbé megerősített, de mégis bizonyítékokon alapuló lehetőségek közül választhatunk: GLP-1-analóg kezelés vagy pioglitazon. Mindezen alternatívák hatástalansága esetén inzulinkezelés bevezetésének van helye. Az utóbbi években napvilágot látott adatok (különösen a Steno-2 tanulmány) szerint azonban a szív- és érrendszeri szövődmények megelőzéséhez vagy késleltetéséhez nem elegendő az anyagcsere-egyensúly biztosítása. A hypertonia közismerten súlyosbító hatásának elkerülése érdekében célértékig történő antihipertenzív kezelés alkalmazása szükséges, melynek egyik eleme mindenképpen az ACEI/ARB szerek valamelyikének adása. Az atherogen irányban eltolódó lipidértékek (magas koleszterin és triglicerid, LDL-koleszterin, csökkent HDL-koleszterin) normalizálása érdekében statin, esetleg fibrát adása szükséges. Primer vagy másodlagos prevenció érdekében ASA-kezelés is indokolt. Feltétlenül szükséges a testsúly karbantartása és a személyre szabott étrend bevezetése, rendszeres testmozgással kiegészítve. A diabeteses betegek életminőségének megőrzése, a szövődmények progressziójának késleltetése vagy azok megelőzése csak a fentiek következetes alkalmazásával, a páciens mellérendelt szerepének biztosításával, csapatmunkában valósítható meg.

A GESZTÁCIÓS DIABETES SZŰRÉSE ÉS GONDOZÁSA

Oroszlán Tamás

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

A terhesség során felismert cukoranyagcsere-zavar (gesztációs diabetes – GDM) kiemelt klinikai jelentőséggel bír. Hazánkban minden 13–15. terhesség során jelentkezik. Nem megfelelő időben történő felfedezésének magzati és anyai kockázata jelentős:

1. intrauterin malformatiók,
2. macrosomia,
3. post partum hypoglykaemia,
4. szülési téraránytalanság,
5. korai magzati halálozás megnövekedése,
6. terhességi toxaemia fokozott kockázata,
7. későbbi anyai cukoranyagcsere-zavar lehetősége,
8. fokozott diabeteskockázat az utódban.

A terhességi cukoranyagcsere-zavar időbeni felfedezése érdekében kötelező szűrővizsgálatot végezni. A terhesség 24–28. hetében 75 glukóz segítségével orális glukóztolerancia-teszt végzendő. A 120. percben mért érték a döntő: 7,8 mmol/l alatt nincs, efelett vagy ezzel egyenlő értéknél van gesztációs diabetes.

Vannak fokozott kockázattal járó terhességek:

1. korábbi nagy (4000 g feletti) magzat szülése,
2. diabetes a vérrokonok között,
3. intrauterin elhalás az anamnézisben,

4. ismétlődő spontán vetélés,
5. 35 év feletti anyai életkor.

Ilyen esetekben fontos a diagnosztikai lépések elvégzése lehetőleg a terhesség tervezésének stádiumában, de mindenképpen a terhesség igazolásakor.

Teendők a GDM felfedezésekor:

1. speciális ellátóhelyen gondozásba vétel,
2. diétás és életmódi edukáció,
3. vércukormérés lehetőségének biztosítása,
4. 1-2 hetenkénti ellenőrzés laboratóriumi mért értékekkel,
5. nem kielégítő anyagcserehelyzet (éhgymri vércukor 5,0 mmol/l vagy alatta, 60 perces posztprandiális vércukor 7,0 mmol/l alatt, HbA1c 6,5% alatt) esetén inzulinkezelés bevezetése,
6. rendszeres szülészeti, szemészeti ellenőrzés, RR kontroll, tenzióbeállítás, vizelet mikroalbuminúrités vizsgálata,
7. szükség esetén programozott szülésvezetés.

Ellátási feltételek:

1. gyakorlott diabetológiai munkacsoport (belgyógyász, szülész, neonatológus, szemész, diabetológiai szakápoló, dietetikus),
2. Perinatalis Intenzív Centrum megléte.

Teendők szülés után:

1. reklasszifikáció (8–12. post partum héten OGTT),
2. rendszeres ellenőrzés negatív korábbi leletek esetén is,
3. ismételt terhesség tervezési stádiumában komplex anyagcsere- és kiegészítő vizsgálatok,
4. „véletlen” terhesség kerülése.

ENTERÁLIS STENTEK ALKALMAZÁSA PALLIÁCIÓ CÉLJÁBÓL

Pakodi Ferenc

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológia

Az enterális fémstentek használata új keletű a nyelőcsőbeli alkalmazáshoz képest. A különböző okokból kialakult enterális szűkületek és elzáródások esetében az esetlegesen csak fokozott kockázat mellett végezhető műtéti eljárások minimálisan invazív, rendkívül hatásos és sikeres alternatíváját jelentenek. A stentek túlnyomórészt öntágulók, és különböző fémötvözetekből készülnek. Gyomorkimeneti vagy duodenális malignus eredetű obstrukciók esetén a stentek általában a hagyományos sebészi palliatív eljárások helyettesítésére kerülnek behelyezésre. A közölt esetek alapján ezek technikai sikeressége >95%, szövődményaránya <10%, klinikai sikeressége kb. 80–90%. Korai szövődmények: a perforáció, vérzés, illetve a stent diszlokációja, késői szövődmények: a perforáció, stentelzáródás, tumorbenövés, túlnövés, étel és debris okozta eltömődés, valamint a stent elvándorlása. A duodenális stentek a sebészi eljárásoknál költséghatékonyabbnak tarthatók.

Malignus vastagbél-elzáródások esetében a stentek behelyezésre kerülhetnek

1. tartós palliáció céljából, abban az esetben, ha a műtétnek valamilyen jelentős és tartós akadálya van, vagy
2. áthidaló megoldásként, hogy a beteg a műtétre alkalmasabb állapotba hozható legyen. A colon sérülékenyebb volta miatt ennél az eljárásnál fokozott óvatosság szükséges, kerülni kell a túlfújás, illetve a szűkület túlzott tágítása okozta szövődményeket.

Saját eddigi 12 esetünkben statisztikai értékű következtetések nem vonhatók le, 3 duodenális és 9 colon-stent behelyezése történt, az ezek alapján szerzett tapasztalatainkkal egészítjük ki az ismertetést.

AUTOLÓG HEMOPOETIKUS ÖSSEJT-TRANSZPLANTÁCIÓS EREDMÉNYEINK HODGKIN-LYMPHOMÁBAN

Pammer Judit, Kovács Gábor, Kosztolányi Szabolcs, Nagy Ágnes, Csalódi Renáta, Molnár Lenke, Szendrei Tamás, Tóth Orsolya, Vidra Tímea, Losonczy Hajna, Dávid Marianna, Szomor Árpád

PTE KK, I. Belklinika, Hematológiai Osztály

A PTE OEKK I. Belklinikáján 1999. december és 2009. március között 312 beteg esett át autológ hemopoetikus őssejt-transzplantáción (ASCT). Közülük 61 (20%) volt Hodgkin-lymphomás (HL). Számos európai országban nem indikált az ASCT kemorezisztens esetekben. Összehasonlítottuk a 30 kemoszenzitív relapszusba került és 31 kemorezisztens beteg eredményeit.

Beteganyagunkban közel egyenlő arányban voltak a nők és férfiak (0,93/1), átlagéletkoruk 33,7 év (17–59). A leggyakoribb szövettani altípus a nodular sclerosis: 56%, kevertsejtes: 32%, lymphocita depléciós: 8%, 2 betegnél noduláris lymphocita predomináns HL a szövettani diagnózis. A kemoszenzitív betegek esetében a relapszustól számítva átlagosan 6 (2–13) hónap, kemorezisztens betegeknél a diagnózist követően átlagosan 15 (6–50) hónap telt el az ASCT-ig. Kondicionáló kezelésként 51 esetben (84%) BEAM-et, 10 betegnél BUCY protokollt használtunk. A transzplantációt követő neutropeniás időszakban 37 betegnél, 61%-nál jelentkezett lázas infekció, 6 (10%) esetben szepikus állapot alakult ki, 2 beteg halt meg szepikus sokkban. Szövődményeként 11 (18%) esetben májfunkciós zavar (2 VOD) és 5 (8%) esetben vesefunkciós zavar lépett fel, 1 beteg koponyaűri vérzésben halt meg. Az ASCT után az átlagos követési idő 41 hónap (1–94 hó), kemoszenzitív betegeinknél 44 (5–76 hó), kemorezisztens betegeiknél 26 (1–49 hó) hónap. A kemorezisztens betegek közül 3/31 (10%) komplett remisszióban van, 22 beteget (71%) veszítettük el, 19 beteget az alapbetegség progressziója, egy beteget diffúz nagy B-sejtes lymphoma (DLCL) kialakulása miatt. Átlagos túlélési idejük 15 hónap (1–49 hónap) volt. További 3 betegnél az alapbetegség fatális progressziója alakult ki. A kemoszenzitív betegek közül hárman haltak meg: 2 beteg az ASCT szövődésüként a +6., illetve +10. napon („non-relapse mortality”: 7%), egy beteg az alapbetegség progressziójában. Négy kemoszenzitív betegnél relapszust észleltünk, 2 betegnél folliculáris lymphoma alakult ki. Huszonegy beteg (81%) komplett remisszióban van.

Kemoszenzitív relapszusban kifejezetten jó hatásfokkal alkalmazható, kemorezisztens esetekben azonban csak átmeneti eredményt hoz az ASCT.

AZ OBESITAS SEBÉSZI KEZELÉSE – GYOMORGYŰRŰ

Papp András, Vereczkei András

PTE OEC ÁOK, Sebészeti Klinika

A jelentős túlsúly nem csak egészségügyi, esztétikai és szociális problémát jelent a beteg számára, hanem az ezzel összefüggő társbetegségek jelentős terhet rónak az egészségügyi rendszerre. A normális, vagy közel normális testsúly helyreállításával számos, az életet is veszélyeztető társbetegség gyógyítására nyílik lehetőség.

A kóros elhízás sebészi kezelése a jelenleg ismert leghatékonyabb módszer az obesitas gyógyításában. A testsúly csökkentése érdekében alkalmazott sebészeti eljárásokat feloszthatjuk malabszorptív, restriktív, kombinált malabszorptív-restriktív és gyomormotilitást csökkentő csoportokra. Amíg az Egyesült Államokban inkább a malabszorptív módszerek hódítanak, Európában és Ausztráliában egyértelműen a restriktív eljárás van túlsúlyban. A módszer laparoszkópos adaptációja óta pedig az eljárás megállíthatatlan térhódításba kezdett. A műtét lényege, hogy a gyomor mögött a His-szög irányába készített alagúton keresztül a hasüregbe juttatott gyűrűt itt áthúzzuk és a gyomor előtt egyesítjük. A gyűrű vezetőszálat a hasüregből kivezelve könnyen elérhető helyre rögzítjük, mely így később képerősítő nélkül is jól tapintható, és a gyűrű ezáltal egyszerűen állítható. Az eljárás előnye, hogy nincs sem anasztomózis, sem varratsor, a gyűrű maga a testsúlycsökkenés fokától függően állítható, valamint szükség esetén a gyűrű leeresztésével a szűkület bármikor megszüntethető. A gyomorgyűrűműtét akkor jön szóba, amikor a BMI 35 kg/m² felett van, és egy vagy több társbetegség is fennáll, illetve a BMI önmagában 40 kg/m² feletti, továbbá akiknél egyéb orvosi vagy fogyókúrás módszer többszöri próbálkozás után sem hozott eredményt. E módszerrel átlagosan 45–50 kg-os fogyás lehetséges. Magyarországi elterjedését leginkább

az ára limitálja, ugyanis az implantátum nem OEP-finanszírozott, és az ára meglehetősen magas (450–530 ezer Ft).

Mára egyértelművé vált, hogy a konvencionális kezelésekhez képest a testsúlycsökkentést célzó műtéti eljárások hatékonyabbak. Ezek közül jelenleg az alacsony komplikációs rátával jellemezhető és kiváló hosszú távú eredményeket biztosító laparoszko-pos gyomorszűkítő gyűrű alkalmazását tartjuk az elsőként választandó eljárásnak.

DIABETESSES SZÍV

Papp Előd

Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

A diabetes mellitus endokrin és anyagcsere-betegség, mely az akcelerált endotél-diszfunkció miatt elsősorban kardiovaszkuláris betegségnek tekintendő! Ismert tény, hogy a diabetesben szenvedő betegek közel 2/3-a atheroscleroticus betegségben hal meg. Diabeteses betegekben 2-4-szeresre emelkedik a kardiovaszkuláris betegség előfordulási gyakorisága. Ezen adatok tükrében érthető, hogy a diabeteses betegek kezelésében alapvető szerepet kapnak azon gyógyszerek (thrombocitaaggregáció-gátlók, ACE-gátlók, statinok), amelyek a kardiovaszkuláris betegségek szekunder prevenciójában „bizonyítottak”. Sajnálatos azonban, hogy a mindennapi gyakorlatban ez a szemlélet nem terjedt el széles körben.

Az évtizeddel ezelőtti félelem a béta-receptor-blokkolók alkalmazásától diabeteses betegekben egyértelműen okafogyottá vált az újabb, anyagcsere-semleges hatóanyagok megjelenésével.

A diabetes mellitus kapcsán a miokardiumban kialakuló metabolikus eltérések korrekciójára, ezáltal az oxigén gazdaságosabb felhasználására, így az anginák gyakoriságának és kimenetelének javítására is van farmakológiai lehetőségünk.

Előadásom célja felhívni a figyelmet a diabetes kardiovaszkuláris vonatkozásaira, és az ajánlások és multicentrikus tanulmányok alapján a „kötelező” gyógyszeres terápiára.

AZ ORÁLIS ANTIKOAGULÁNS TERÁPIA LEHETŐSÉGEI AZ EVIDENCIÁK, AJÁNLÁSOK TÜKRÉBEN

Papp Előd, Lupkovics Géza

Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

A már korábban ismert kardiológiai javallatok – műbillentyű, pitvarfibrilláció stb. – mellett több, nagy nemzetközi multicentrikus vizsgálat igazolta a tartós, akár az élet végéig folytatott alvadásgátlás szükségességét mélyvéna-thrombosis, pulmonális embolizáció után. Ehhez jelenleg a K-vitamin-antagonista kumarinvegyületek állnak rendelkezésre. Hazánkban évtizedek óta az acenokumarolt használjuk, míg a nyugati országokban szinte kizárólagosan a warfarint alkalmazzák. A két gyógyszer sajátosságai azonban több vonatkozásban eltérőek. A kumarinokkal kapcsolatos klinikai tapasztalatok túlnyomó többségét – gyógyszerkölcsonhatások, klinikai hatékonyság és biztonságosság a különböző alkalmazási területeken stb. – warfarinnal nyerték, és az így nyert adatokat vitték át a többi kumarinra, így az acenokumarolra is.

A warfarin eltérő farmakokinetikája révén tartósabb, egyenletesebb alvadásgátlásra képes az acenokumarolnál. Klinikai vizsgálatok igazolták, hogy az alvadásgátlás stabilitása jelentősen fokozza annak eredményességét, és a vérzéses szövődményeket is a minimumon tartja.

Előadásunkban a Magyarországon is elérhető és elterjedőben lévő warfarin terápiás lehetőségeiről, a kezelés beállításának, illetve acenokumarolról történő átállításának „menetrendjéről” kívánunk beszélni.

HODGKIN-KÓR DIAGNÓZISA DUODENOSZKÓPIA SORÁN

Patai Árpád,⁽¹⁾ Iványi János László,⁽²⁾ Tóth Csaba,⁽³⁾ Döbrönte Zoltán,⁽⁴⁾ Döbrönte Zoltán⁽⁵⁾

Erzsébet Oktatókórház, I. Belgyógyászati Osztály, Sopron,⁽¹⁾ Vas Megyei Markusovszky Oktatókórház, Hematológiai Osztály,⁽²⁾ Patológiai Osztály,⁽³⁾ Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály,⁽⁴⁾ Szombathely, PTE, Egészségtudományi Kar, Egészségügyi Főiskola⁽⁵⁾

Bevezetés: a típusos lokalizációjú és morfológiájú duodenális ulcus benignus elváltozás, ezért a nyombélfekély területéről rutinszerűen nem történik szövetszövetmintavétel. A jelen előadásunkban egy olyan betegünk kórtörténetét ismertetjük, akinek atípusos nyombélfekélyből származó biopsziás minta histológiai lelete egy endoszkóposan eddig e területen még nem dokumentált kórkép felismerését tette lehetővé.

Esetismertetés: egy 51 éves, felhasi fájdalmat, fogyást, éjszakai izzadást panaszoló férfi betegünkben hasi ultrahangvizsgálat, laparoszkópos cholecystectomy, gasztroszkópia, kolonoszkópia történt anélkül, hogy a panaszait okozó betegség fölismerésre került volna. Endoszkópos retrográd kolangiográfiája sem mutatott kóros eltérést, de a duodenum pars descendensében észlelt atípusos fekély széléből származó biopsziás minta histológiai vizsgálata Hodgkin-lymphomát igazolt, amelyet a kiegészítésként elvégzett vizsgálatok alapján III. EB stádiumba soroltunk.

Megbeszélés: korábbi felmérésünk szerint a nyombélfekély-betegség leggyakoribb oka régióinkban is a *Helicobacter pylori* pozitivitás (betegeink 74,3%-a). A második leggyakoribb ok világszerte a nemszteroid gyulladásgátló-, illetve szalicilát-szedés. Ezekben az esetekben a diagnózis megállapításához a nyombélfekélyből származó biopszia elvégzése nem szükséges. A további, ritkábban előforduló esetekben, amelyekben gyakorta atípusos duodenális ulcust észlelünk, a szövettani vizsgálat döntő jelentőségű lehet a kórisme megállapításában, mint az ismertetett esetünkben is történt. Az irodalmi adatok áttekintésekor hasonló esetet, amelyben a nyombélfekélyből endoszkóposan vett szövetszövetminta histológiai vizsgálata igazolta volna a Hodgkin-lymphoma fennállását, nem találtunk.

Következtetés: atípusos duodenális ulcus esetén célszerű az endoszkópos biopszia elvégzése, mert ez hozzájárulhat a duodenumot érintő ritka kórképek felismeréséhez.

GONDOLATOK A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK, A SZTEROIDKEZELÉS ÉS A CSONTRITKULÁS KAPCSOLATÁRÓL

Pataki Zsolt,⁽¹⁾ Horváth Judit,⁽¹⁾ Mátyásy Helga,⁽¹⁾ Herman Beáta,⁽¹⁾ Bárány László,⁽¹⁾ Gaál Katalin,⁽²⁾ Szekeres László⁽²⁾

Kanizsai Dorottya Kórház, Belgyógyászat, Nagykanizsa,⁽¹⁾ Szent András Reumakórház, „G” Osztály, Hévízfürdő⁽²⁾

Igazolt tény, hogy gyulladással járó bélbetegségekben szenvedők körében nagyobb valószínűséggel jelentkezik csonttritkulás, illetve ebből adódó kóros csonttörés, mint egészséges emberekben. A gyulladással járó bélbetegségek (Crohn-betegség és colitis ulcerosa) súlyos panaszokat okozó aktív szakaszának kezelésében gyors javulást ma is döntően szteroidtartalmú gyógyszerekkel lehet elérni. Sajnos a csonttritkulás a szteroidoknak is ismert és nem elhanyagolható mellékhatása.

A csont igen aktív anyagcseréjű szövet. Előadásunkban részben irodalmi adatok, részben saját vizsgálataink alapján megpróbálunk rávilágítani a csonttritkulás kialakulásához vezető folyamatokra, különös figyelemmel a gyulladással járó bélbetegségekre és a szteroidkezelésre mint külön-külön kockázati tényezőre.

A számszerűsíthetően megnövekedett csonttörési kockázati adatokkal szeretnénk felhívni a figyelmet mindezek gyakorlati jelentőségére, és ezáltal a gyulladással járó bélbetegségek csonttritkulásának kialakulásában a megelőzési lehetőségek fontosságára.

PULMONÁLIS ASPERGILLOSIS GENERALIZÁCIÓJA – KÉSEI DIAGNÓZIS MÁJELÉGTELENSÉG KAPCSÁN – ESETBEMUTATÁS

Péceli Adrienn,⁽¹⁾ Pák Gábor,⁽¹⁾ Kanász Gábor,⁽²⁾ Kindler Miklós⁽³⁾

Vaszary Kolos Kórház, II Belgyógyászat,⁽¹⁾ KAIBO,⁽²⁾ Patológia,⁽³⁾ Esztergom

A szerzők 69 éves férfi beteg esetét ismertetik, aki fájdalomtalanul kialakult icterus miatt került felvételre. Felvételét megelőzően több hónapja visszatelődő bal oldali pleurális folyadékgyülem miatt más intézményben részletes kivizsgálása történt. TBC gyanúja is felmerült a háttérben, ezért kezdetben gátlószeres kezelést kapott, majd ennek elhagyását követően – ANA-pozitivitás miatt szisztémás autoimmun kórképet feltételezve – tartós methylprednisolon-terápiát tartottak fenn (napi 16 mg), mely mellett a folyadék nem termelődött újra. Felvételt követően végzett vizsgálatainkkal epéüti obstrukció kizárásra került, PSC, illetve gyógyszerártalom gyanúja felmerült, ezért májbiopszia történt. Betegünk állapota rapidan romlott, májelégtelensége progrediált, ezért kórházunk Intenzív terápiás osztályára helyeztük át. Kezelés ellenére rövidesen többszervi elégtelenség alakult ki, betegünk elhunyt. Boncolása során a jobb tüdő többszörös gócos vérzéses beszűrődéseit, a hasnyálmirigy, a vesék, az agy, a pajzsmirigy hasonló elváltozásait észleltük heveny májsorvadás mellett. A boncolás során a leírt gócos szervi beszűrődéseket nem lehetett szabad szemmel egyértelműen megítélni, a hisztológia a későbbiekben minden szövetben Aspergillus-fonalakat igazolt.

AZ ADIPONEKTIN VASZKULÁRIS PROTEKTÍV HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA HEMODIALIZÁLT BETEGEKEN

Peti Mihály Attila,⁽¹⁾ Csiky Botond,⁽²⁾ Guth Eszter,⁽²⁾ Kenyeres Péter,⁽³⁾ Kovács L. Gábor,⁽⁴⁾ Bajnok László⁽³⁾

PTE, Laboratóriumi Medicina Intézet,⁽¹⁾ FMC Dialysis Központ,⁽²⁾ I. Belgyógyászati Klinika,⁽³⁾ Medipolis Dél-Dunántúli RET⁽⁴⁾

Célkitűzések, betegek és módszerek: előzetes irodalmi adatok alapján az adiponektin szérumszintje a hemodializált betegcsoportban (HDBCS) magasabb, mint egészségesekben, aminek – az adiponektin inzulinérzékenyítő és anti-inflammatorikus hatásai miatt – protektív jelentősége lehet. Ugyanakkor több újabb epidemiológiai vizsgálat az adiponektin negatív prognosztikus jelentőségére utal ISZB-ben. Ezek alapján célkitűzésünk az volt, hogy HDBCS esetében vizsgáljuk az adiponektin, illetve az s-E-szelektin szérumszintjeinek, valamint az oxidatív stressz markereinek (MDA, glutation, kataláz, teljes peroxidáz), illetve a metabolikus szindróma paramétereinek az összefüggéseit.

Eredmények: sem az adiponektin, sem az s-E-szelektin nem különbözött a 70 tagú HDBCS és 24 egészséges kontroll összehasonlításakor, annak ellenére, hogy a HDBCS esetében – a vérnyomás mellett – a haskörfogat, a triglicerid, HOMA-IR és az életkor is nagyobb, míg a HDL-C kisebb volt. A HDBCS-t medián feletti és alatti HOMA-IR szerinti alcsoportokban is vizsgáltuk. Az inzulinérzékeny alcsoportban – a dialízis hatásfoka és a HDL-C mellett – az adiponektin is szignifikánsan magasabb volt, míg a haskörfogat, triglicerid alacsonyabb. Ugyanakkor a s-E-szelektin és az oxidatív stressz markerei nem különböztek az inzulinérzékenység szerinti képzett alcsoportok esetében. Vizsgáltuk az adiponektin, s-E-szelektin és az oxidatív stressz markerek egymás közötti korrelációit is, de ezek sem voltak szignifikánsak.

Következtetések: hemodializált betegekben az inzulinérzékenység, az adiponektinszint és a metabolikus szindróma összefüggései a nem vesebetegekben tapasztaltakhoz hasonlatosak, ugyanakkor az adiponektin, az oxidatív stressz és endotheldiszfunkció kapcsolatrendszerére már nem ilyen egyértelmű.

SZTATINTERÁPIA – CÉLOKON INNEN VAGY TÚL?

Reiber István

Szent György Kórház, IV. Belgyógyászat, Székesfehérvár

A sztatinok bizonyítottan a leghatásosabb LDL-C-csökkentő gyógyszerek, amelyek kedvező klinikai hatásáról számos vizsgálat számolt be az elmúlt években. A nagy és igen nagy kardiovaszkuláris rizikójú betegek LDL-C-szintjét a forgalomban lévő leghatásosabb sztatinok közepes, illetve maximális dóziséval elvileg le tudjuk csökkenteni az ajánlásokban szereplő 2,5, illetve 1,8 mmol/l alatti szintre. A valóságban tapasztalható terápiás céltalanságok hátterében legtöbbször az egyáltalán nem alkalmazott, a nem megfelelően hatásos, illetve a nem megfelelő dózisban adott sztatinterápia áll. Ugyanakkor az is ismert a legutóbbi sztatinvizsgálatokból, illetve a hazai felmérésekből is, hogy a nagy és igen nagy rizikójú betegek 40–60%-ánál a sztatinterápia mellett 1,0 mmol/l alatt marad a HDL-C, illetve 1,7 mmol/l feletti a trigliceridszint. A kardiometabolikus szindrómás betegek leggyakoribb lipideltérése éppen az alacsony HDL-C és/vagy magasabb trigliceridszint. A TNT vizsgálatban kezelték között 56%-ban volt metabolikus szindróma jelen, és ezen egyedeknél 44%-kal magasabb kardiovaszkuláris rizikót találtak.

A sztatinok továbbra is a kardiovaszkuláris prevenció fő terápiás eszközei, azonban egyre többször kell hogy a megfelelő életmódi változtatások (táplálkozás, mozgás, dohányzásmentesség) mellett egyéb kiegészítő gyógyszereket is alkalmazzunk, amelyekkel együtt elérhetők a legmerészebb, kombinált célkitűzések is.

TERHES NŐK TROMBOPROFILAXISA – KOCKÁZATBECSLÉSEN ALAPULÓ TROMBOPROFILAXIS TERHESSÉGBEN

Riba Mária,⁽¹⁾ Kovács Lajos,⁽²⁾ Horváth Boldizsár⁽²⁾

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Általános Belgyógyászat,⁽¹⁾ Szülészeti Osztály,⁽²⁾ Szombathely

Bevezetés: A terhesség és gyermekágy időszaka önmagában is magas thromboemboliás kockázattal járó állapot. Ez a kockázat jelentősen fokozódik primer és/vagy szekunder thrombophiliára hajlamosító tényezők együttes jelenléte esetén.

Anyag és módszer: A szerzők fokozott thromboziskockázattal élő várandós nők thrombosismegelőzésében az elmúlt 10 év során szerzett tapasztalataikról számolnak be.

Eredmények: A jelzett időszakban 350 fokozott thromboemboliás kockázatú terhest vizsgáltak angiológiai szakambulancián. Többségük, 86% kis kockázati csoportba tartozott. 14% a közepes, nagy és igen nagy kockázati csoportba. 29 terhest kezeltek familiáris thrombophilia, esetenként kombinált típusa, 22 terhest korábbi thromboemboliás esemény, 1-et mitrális műbillentyű és 16 terhest antifoszfolipid antitest szindróma, illetve ismétlődő vetélések miatt. Utóbbi csoportban LMWH és szaliciliterápia hatására 86% volt a sikeres terhességek száma, szemben a korábbi, kezelés nélküli csoportban észlelt 20%-kal.

Kiemelik a körütekintő anamnéziszifelvétel, angiológiai vizsgálat és heamosztazeológiai jellemzők ismeretében történő kockázatbecslés jelentőségét. Az így megállapított kockázat alapján döntöttek a megelőző kezelés módjáról és mértékéről.

Következtetések: Az LMWH-profilaxis módját mindig egyénileg kell megállapítani, a terhes testtömege, terhességi kora és az egyénre számított kockázat nagysága alapján. A thrombophiliális tényezőkből adódó kockázatbecsléshez 3 vagy 4 rizikócsoport – alacsony, közepes, magas és nagyon magas – megkülönböztetése látszik célszerűnek.

SZÁZ ÉV GONDOSKODÁS

Rózsa G. Iván

sanofi-aventis, PR manager

A sanofi-aventis vállalatcsoport árbevétel alapján a világ egyik legnagyobb gyógyszergyártója, Európában és Magyarországon pedig első helyen áll.

A sanofi-aventis vállalatcsoporthoz két magyarországi vállalat tartozik: a marketinggel és értékesítéssel foglalkozó sanofi-aventis Zrt. és a kutatás-fejlesztési, a vegyipari és gyógyszergyártási tevékenységet folytató, Magyarországon közel 100 éves hagyományokkal rendelkező Chinoin Zrt.

A sanofi-aventis/Chinoin az egyik leginnovatívabb gyógyszeripari vállalat Magyarországon. A vállalat a világon mindenhol, így Magyarországon is kiemelkedő helyet foglal el a K+F-ben foglalkoztatottak számát és a kutatás-fejlesztésre költött forrásokat illetően. Magyarországon a sanofi-aventis jelenleg 2500 főt foglalkoztat.

Érdekeségek cégünkéről:

Tudta-e, hogy...

- ... a sanofi-aventis csoporthoz tartozó Chinoin 2010-ben lesz 100 éves?
- ... 1909-ben jegyezték be az első, a Chinoin kutatóihoz köthető szabadalmat? Azóta Magyarországon a legtöbb felfedezett molekula a sanofi-aventis/Chinoinhoz köthető, ezért is Magyarország egyik leginnovatívabb vállalata.
- ... a sanofi-aventis világszerte vezető a gyorsan növekvő terápiás területeken, mint például a thrombosis, vakcinák, diabetes és onkológia terén?
- ... az inzulin gyártása a világon az elsők között a Chinoinban valósult meg 1928-ban?
- ... Szent-Györgyi Albert kutatásai alapján a világon elsőként a Chinoinban indult meg a C-vitamin üzemi gyártása?
- ... a Chinoin által 1961-ben kifejlesztett No-Spa mai napig hazánk egyik meghatározó exportterméke?
- ... a Parkinson-kór hatékony ellenszere, az 1980-ban bevezett Jumex a második világháború utáni korszak első kelet-európai gyógyszere, amit az USA-ban is forgalmaztak?
- ... a sanofi-aventis/Chinoin az elmúlt években több százmillió forintot fordított társadalmi felelősségvállalási programok megvalósítására? Az EgészségVonat, a legkülönbözőbb oktatási és a megelőzési programok több 10000 embert mozgattak meg az országban.
- ... a sanofi pasteur révén vállalatunk világelső a vakcinagyártásban?
- ... hazánk elsőszámú gyógyszerének, a Plavixnak a kifejlesztéséhez a hazai tudósok is jelentős mértékben hozzájárultak?
- ... a sanofi-aventis/Chinoin csanyikvölgyi ultramodern gyárában készül Európa számos piacára a Clexane injekció?

IMMUNTHROMBOCYTOPENIÁS BETEGEK MABTHERA-KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Rubint Eszter, Hamed Aryan, Gasztonyi Zoltán, Tóth Á. Gábor

Petz Aladár Megyei Oktatókórház, II. Belgyógyászat-Hematológia, Győr

Az autoimmun (idiopathiás) thrombocytopeniás purpura antitest mediálta thrombocytapuszttításon alapuló autoimmun betegség.

Az első vonalban alkalmazott szteroidterápiára adott válasz ellenére a betegek nagy hányada relabál a fenntartó kezelés mellett.

Ezen betegeknek a splenectomia tartós tünetmentességet biztosíthat.

Az immunszuppresszív kezeléseknek súlyos, hospitalizációt is indokoló mellékhatásai miatt klinikai alkalmazásuk korlátozott.

A monoklonális antitest megjelenése óta számos klinikai vizsgálat eredményeit ismertették, amelyben a MabThera hatásosságát taglalták a refrakter ITP-s betegeknél.

A szerzők az elmúlt 3 év során négy konvencionális kezelésekre refrakter immunthrombocytopeniás beteget kezeltek rituximabbal.

Egy betegnél észleltek tartós, több mint 3 éve fennálló komplett remissziót, 3 betegnél stabil betegséget, illetve parciális remissziót értek el.

A kezelés során szövödményt, illetve utóhatást nem észleltek.

HYPERANDROGENISMUST OKOZÓ LIPIDSEJT-TUMOR

Sámson Zoltán,⁽¹⁾ Lőcsei Zoltán,⁽¹⁾ Kneffel Pál,⁽²⁾ Tóth Csaba⁽³⁾

Vas Megyei Markusovszky Kórház, Általános Belgyógyászati Osztály,⁽¹⁾ Szülészeti–Nőgyógyászati Osztály,⁽²⁾ Patológiai Osztály,⁽³⁾ Szombathely

Az előadásban a szerzők egy idős nő esetét mutatják be, akit hyperandrogenismus tünetei miatt vizsgáltak.

A szérum magas tesztoszteronszintje mellett emelkedett androsztendion-érték igazolódott, DHEAS-értéke normális.

Képpalkotó vizsgálatok, szelektív vénás kanülálás során a hormontermelést nem sikerült lokalizálni, emiatt bilaterális adnexectomia történt.

Patológiai feldolgozás során mindkét petefészekben apró tumort fedeztek fel, hisztológia: lipidsejttumor.

BUDD–CHIARI-BETEGSÉG SZÍVSEBÉSZETI VONATKOZÁSAI

Simon József, Rashed Aref, Alotti Nasri

Zala Megyei Kórház, Szívsebészet, Zalaegerszeg

Budd–Chiari-betegség poszthepatikus blokk miatt portális hipertóniát okozva májcirrhosis, splenomegalia kialakulásához vezet. Csökken a fehérjeshintézis, hypoproteinaemia keletkezik, főleg hypalbuminaemia, fibrinogénhiány, protrombinhiány alakul ki: hiányzik az alvadás V., VII. és X. tényezője is, ami alvadási zavarokat okoz. A következményes kongesztív splenomegalia miatt a sejtes elemek fokozott szekvesztrálódása leucopeniával, anaemiával, thrombocytopeniával jár. A betegség előfordulása szívsebészeti gyakorlatban ritka. Mitrális insuffitentiában szenvedő betegünkönél v. cava inferior részleges hiánya „véletlenül” került felfedezésre évtizedek óta májcirrhosis miatt kezelt betegnél. A műtétet részletes hematológiai kivizsgálás után az anatómiai helyzet miatt extrakardiális vénás kanülálás mellett eseménytelenül végeztük el. Budd–Chiari-betegségben szenvedő beteg szívsebészeti műtétéről sok közlemény jelent meg, azonban mitrális billentyűn végzett beavatkozásról a nemzetközi irodalomban közlést nem találtunk.

MIÉRT ÉS MILYEN GYÓGYSZEREKET RENDELÜNK CABG MŰTÉTEN ÁTESETT BETEGEKNEK?

Simon József, Rashed Aref, Lemle Zoltán, Vigh András, Alotti Nasri

Zala Megyei Kórház, Szívsebészet, Zalaegerszeg

CABG műtét után a graftok nyitvamaradási arányát sok tényező befolyásolja (műtéti technika, alkalmazott graftok minősége, alapbetegség progressziója stb.). Az operált betegeknél másodlagos prevenció céljából adott gyógyszerek csökkenthetik a bypassok elzáródási kockázatát. Nincs azonban egységes álláspont a legmegfelelőbb gyógyszeres kezelést illetően. Randomizált, kontrollált vizsgálatokból származó eredmények alapján aszpirin és lipidcsökkentő szerek alkalmazása indokolt. Meggyőző bizonyítékok azonban hiányoznak béta-blokkolók, kalciumcsatorna-blokkolók, valamint nitrátok alkalmazására.

MELLÉKVESECARCINOMA FIATAL NŐBETEGBEN – ESETBEMUTATÁS

Sohár Gábor,⁽¹⁾ Györkös Andrea,⁽¹⁾ Ruzsa Ágnes,⁽²⁾ Szabolcs István,⁽³⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat,⁽¹⁾ Onkológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar⁽³⁾

Bevezetés: Az adrenocorticalis carcinoma ritka tumor, rossz prognózissal, melynek incidenciája egy-két eset/millió lakos. Patogenezise ismeretlen, a legtöbb esetben sporadikus előfordulású.

A hormontermelő daganat nőkben gyakoribb.

Esetismertetés: A 24 éves nőbeteg kivizsgálására fél éve fennálló jobb bordaív alatti fájdalom, gyengeség, fogyás, hipertensio, fokozott szőrnövekedés miatt került sor. Hasi ultrahang, majd komputertomográfias vizsgálat során jobb oldali mellékvese-térfoglalás igazolódott. A műtét előtti hormonvizsgálat fokozott kortizoltermelést mutatott. Jobb oldali adrenalectomia történt, a szövettani feldolgozás carcinoma corticis suprarenalist igazolt. A mellkasi és hasi komputertomográfia metasztázist nem mutatott. Kiindulási staging II. stádiumú volt. Műtét után két hónappal Mitotan-kezelést kezdtek, melyet négy hónap múlva emelkedett májfunkciós értékek miatt elhagytak. Műtét után 15 hónappal kontroll képalkotó vizsgálat lokális recidívát valószínűsített. A komputertomográfiával vezérelt biopszia, máj-mellékvese szcintigráfia negatív volt. Exploratív laparotomia során lokális recidívát, máj-áttétet észleltek, a folyamatot irrezekábilisnek véleményezték. Az ismételt Mitotan-kezelés mellett jelentkező progresszió miatti kombinált kemoterápiás kezelés eredményeként a recidíva hét hónapig stagnált. Ismételt progresszió miatt artériás kemoembolizáció, nyaki lágyrész-metasztázis miatt palliatív telekobalt irradiáció történt. Pulmonális metasztázisok jelentek meg, három alkalommal palliatív doxorubicin-kezelést kapott. Ennek ellenére a folyamat tovább progrediált, a beteg a kezdeti diagnózistól számítva öt és fél év múlva elhunyt.

Következtetés: Az esetet fiatal korban előforduló ritka tumor, illetve a terápiás nehézségek miatt tartottuk előadásra érdemesnek.

FÉMSTENTEK ALKALMAZÁSA A NYELŐCSŐ, CARDIA, GYOMOR TUMOROS SZŰKÜLETEINEK PALLIATÍV KEZELÉSÉRE

Solt Jenő

Baranya Megyei Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Pécs

Az endoszkópos protézisbehelyezés a malignus eredetű özofago-gasztrointesztinális stenosisok palliatív kezelésének fontos módszere. A hagyományos protézisbehelyezés mellett a fémprotézisek alkalmazása is egyre jobban terjed. A szerzők 1991. szeptember és 2005. november között hagyományos és fémprotézisek implantációjával szerzett tapasztalataikat foglalják össze.

A fenti időszakban 218 betegbe 249 protézist implantáltak. Ezek közül 141 hagyományos, 108 fémprotézis volt. A hagyományos protéziseket 17-18 mm-ig történő ballonos és Savary bougie tágítást követően ballonkatéteres introducerrel implantálták. Fémprotéziseket 14 mm-ig történő ballonos tágítás után helyezték be. A stenosis hátterében 90 esetben inoperábilis vagy recidiváló nyelőcsőrák, 57-ben gyomortumor, 58-ben nyelőcsövet komprimáló vagy infiltráló tüdőtumor, 8-ban emlőtumor, és 5-ben egyéb tumorok mediasztinális metasztázisai álltak. A protézisek közül 161-et a nyelőcsőbe, 26-ot a cardiába, 2-t az oesophagogastricus anastomosis, 3-at antropyloricus, 5-öt a gasztroenterális, 12-t az oesophagojejunalis, 9-t a jejunalis stenosisba implantáltak.

A stent hatására a betegek átlagos dysphagia scorja $2,8 \pm 0,7$ -ről $1,0 \pm 0,6$ -ra csökkent. A betegek közül 51-nek volt oesophago/gastrorespiratoricus/mediasztinális fistulája, melyet 44-ből 43-ban fémprotézissel, 7-ből 5-ben hagyományos protézissel sikerrel zártak.

Hagyományos stenteknél súlyos korai szövődmény (6 perforáció, 1 empyaema thoracis, 2 hydropneumothorax, 1 mediasztinális és szubkután emphysema) 7%-ban lépett fel. Tízből 4 drenálásra, 4 konzervatív kezelésre gyógyult, 2 (1,4%) exitált. Fémstent implantációjánál korai súlyos szövődmény nem volt. Késői súlyos szövődményként 1 betegben hagyományos Cook-stentek tölcserénél két oesophagotrachealis fistula jelentkezett, míg fémstenteknél 3 betegnél Wallstent mellett masszív vérzés, más fémstentnél 3 hónap után 1 gyomorperforáció fordult elő. Stent-diszlokáció és obstrukció hagyományos stentnél 5,6 és 10%-ban, fémstenteknél 6,5 és 10,2%-ban fordult elő.

Fémstentek a könnyebb behelyezés mellett kevésbé terhelik a beteget, jelentősen csökkentik a korai, súlyos szövődmények veszélyét, bővítik a protézisek alkalmazási körét, de a késői szövődmények gyakoriságában a módszerek között lényeges különbség nincs. Nemcsak a malignus, hanem a benignus nyelőcsőfistulák és -perforációk kezelésében is a bevont fémstentek alkalmazása nagy előrelépést jelent, melyet szükség esetén külső drenázzsal egészítenek ki.

AZ EZERARCÚ AMYLOIDOSIS

Szalay Adrienn,⁽¹⁾ Kósa Dezider,⁽¹⁾ Gelencsér Éva,⁽¹⁾ Gábor Valéria,⁽²⁾ Gasztonyi Beáta⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat,⁽¹⁾ Patológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg

Az amyloidosis egyike azon kivételes betegségeinknek, mely elsősorban részletes kivizsgálás, egyéb kórképek kizárását követően differenciáldiagnosztikai probléma miatt kerül figyelmünk előterébe.

A szerzők egy AL amyloidosisban szenvedő nőbeteg kórlefolását nyomon követve igyekeznek szemléltetni a jellegzetes klinikumot, ezzel kívánják felhívni a figyelmet arra, mely tünetek esetén javasolt ezen megbetegedésre gondolni.

Az amyloidosis heterogén betegségecsoportot foglal magába. Jellegzetessége, hogy egy vízben nem oldódó, fibrilláris szerkezetű, fehérjetermészetű anyag extracellulárisan (kivételes esetben intracellulárisan az agyban) rakódik le a különböző szövetekben következményesen ezek diszfunkcióját okozva. A prekursor biokémiai sajátosságaitól függően a fibrillumok lokálisan vagy szisztémásan rakódnak le, olykor érdemi klinikai tünetek nélkül, olykor progresszív, fatális kimenetelű kórlefolást eredményezve. Az amiloid fehérjének több mint 20 különböző típusát különböztetik el, ami a klinikai amyloidosis szindrómák klasszifikációjának alapját képezi.

Primer amyloidosis (AL) plazmasejt-dyscrasiával társul, fibrilláris proteinje az immunoglobulin könnyűlánc protein, mely izoláltan vagy myeloma multiplexhez társultan is előfordulhat.

A szekunder amyloidosis (AA) fibrilláris proteinje minden egyéb, más típusú amiloidogén molekula. Leggyakoribb az AA amyloidosis, melynek prekuzora akut fázis fehérje, így szintje mindennemű gyulladás, krónikus infekció esetén megemelkedik. Még ma sem teljesen tisztázottak a folyamat beindításáért felelős kóros tényezők. A szisztémás amyloidosis változatos tünetegyüttest produkál, első helyen áll a vese (74%) érintettsége.

A szerzők 2002–2007 között kezelt nőbeteg kórlefolását ismertetik, akinél 2002-ben nephrosis szindróma (non-szelektív glomeruláris proteinuria) miatt végzett vesebiopszia IgA-, IgM- C3c-pozitivitást, erőteljes lambda és gyengébb kappa könnyűlánc pozitivitást igazolt, mely alapján AL típusú amyloidosis diagnózisát állították fel. Részletes kivizsgálás keretében történt szérumszint-, illetve vizelet immunoelektroforézis monoklonális vagy könnyűlánc szaporulatot nem igazolt. Crista-biopszia normális vérvérképzést jelzett. ECHO kardiális manifesztációt, hasi UH máj-, illetve lépérintettséget vetett fel. Felső panendoszkópia mind a gyomor mind a duodenum amyloidotikus érintettségét igazolta. Ezen szervi manifesztációk nem éppen gyakori következményeit, a betegség egyénre szabottan is egyedülálló magas túlélését a szerzők előadásukban részletesen bemutatják.

Az amyloidosisban szenvedő betegek optimális életkilátása megkívánja a korai diagnózist, az amiloid fehérje típusának korrekt megállapítását, a szervi érintettség felmérését, az effektív szupportív terápiát, illetve a gondos nyomon követést. Bár a betegség incidenciája alacsony, mégsem elhanyagolható a terápiás lehetőségek palettájának fejlődése ellenére is szegényes prognózis, érdemi túlélés esetén hemodialízis szükségessége, a nagy morbiditási/mortalitási ráta.

A COLORECTALIS DAGANATOK MEGELŐZÉSÉNEK (SZŰRÉSÉNEK) ÉS KEZELÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

Szenes Mária

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

Bevezetés: A colorectalis carcinoma (CRC) korunk egyik vezető halál oka, dominálón az ötven év feletti magyar lakosságban évente ötezer életet követel. Lassan, 5–10 év alatt alakul ki, tünetet csak előrehaladott stádiumban okoz.

Célkitűzés: A megelőzés, a rizikócsoporthoz és átfogó szűrés, az egyénre szabott gyógykezelés, a rehabilitáció, a gondozás a korai felfedezést, a lehető legeredményesebb gyógyulást, a leghosszabb túlélést, a javuló életminőséget célozzák meg.

Módszerek: A primer prevenció az egészséges életmódra nevelés része. A másodlagos megelőzést az átfogó népegészségügyi szűrés bármely (egy- vagy kétlépcsős) módja lehetővé tenné, azonban hazánkban ennek megvalósulása még várat magára. A diagnosztika, a bővülő terápiás fegyvertár, a rehabilitáció, a gondozás együttese, az onkológiai teamek koordinálásával interdiszciplinárisan valósul meg. A pre- és posztoperatív staging során az anatómiai leképezés endoszkópos, radiológiai (natív rtg., hasi-, rektális UH, CT, CT kolonoszkópia, MR) vizsgálatokkal történik. A primer tumor, az áttétek szövettani lelete, a tumormarkerek ismerete a kezelés tervezésének elengedhetetlen része. A progresszív betegellátás keretében ezt EUS, nukleáris medicina (izotópdiagnosztika, PET, PET CT), a biztonságos kemoterápia egyénre szabását is irányító patológiai-kémiai prognosztikai faktorok (EGFR-receptor, K-Ras mutáció, microsatellita instabilitás, timidilát-szintetáz), az 5-Fu kemoterápiák biztonságossá tételét célzó DPD enzim szint mérések elérhetővé válása egészíti ki. A terápiás terv végrehajtása során a korszerű sebészet és radiokemoterápia támogatóiként a target, szupportív kezelések, radiológiai intervenciók, endoszkópos palliációk napi rutinban elérhetők.

Következtetések: Az időben felfedezett CRC jól kezelhető, a metasztatikus formák túlélése ma már meghaladja a 24 hónapot. A colorectalis daganatos halálozás csökkentése csak a primer és szekunder prevenció, a diagnosztika, a gyógykezelés, a rehabilitáció és gondozás további, folyamatos fejlesztésétől, elérhetővé tételétől várható.

A PANGÁSOS SZÍVELÉGTELENSÉG NEM-GYÓGYSZERES KEZELÉSE

Tahin Tamás

Zala Megyei Kórház, Kardiológia, Zalaegerszeg

A pangásos szívelégtelenség jelenleg az egyik leggyakoribb kórkép a kardiológián belül, és szinte minden belgyógyász rendszeresen találkozik ilyen betegekkel. A betegség a kor előrehaladtával egyre gyakoribbá válik, prevalenciája 0,5–2% között van. Hosszú évtizedekig a szívelégtelenség terápiáját kizárólagosan a gyógyszeres kezelés jelentette, egyéb alternatíva nem állt rendelkezésre.

A jelen előadásban áttekintjük a gyógyszeresen nem kezelhető, vagy a gyógyszeres kezelésre elégtelenül reagáló betegek egyéb – eszközös – kezelésének módzatait, az egyes terápiás lehetőségek indikációit, a beavatkozások menetét, lehetséges szövődményeit, valamint a jelenlegi nemzetközi és magyar ajánlásokat.

VENA CAVA FILTER HASZNÁLATA THROMBOEMBOLIÁS BETEGSÉGEKBE

Takács István,⁽¹⁾ Papp Ákos,⁽²⁾ Lupkovics Géza⁽¹⁾

Zala Megyei Kórház, Kardiológia,⁽¹⁾ Radiológia,⁽²⁾ Zalaegerszeg

A mai modern diagnosztikus repertoár mellett is sok beteg hal meg mélyvénás thrombosisból (MVT) származó pulmonális emboliában (PE), mely kb. 30%-kal csökkenthető vena cava filterrel (VCF). A VCF egy nagy vénába (vena cava inferior, esetleg superior) helyezett eszköz, mely megakadályozza a vérrög bejutását a tüdőbe. Lokális analgesiában helyezhetők be standard vénás kavográfiával, de alternatívaként transzabdominális duplex vaszkuláris scannal és intravaszkuláris ultrahanggal egyaránt.

A regiszterek szerint a PE az egyik gyakori gyilkos. Minden évben 600 ezer amerikai van igazolt PE-ja, ez nagyjából a stroke-kal egyenlő szám. Legkevesebb 60 ezer PE okozta halálozás következik be évente, de ebben nincs benne pl. a hirtelen szívhalál, melynek egy része mögött nem diagnosztizált PE állhat. Boncolás során nyert evidencia van arra, hogy a kórházban hirtelen meghalt betegek kb. 60%-ában PE a halál oka.

A MVT incidenciája (új esetek száma) nagyobb azon betegekénél, akik csípő-, combnyaktörés utáni rekonstrukciós műtéten esnek át. Ugyanakkor a MVT átlagosan mind a sebészi, mind a belgyógyászati betegekénél. Általános intenzív osztályokon kb. 29–33%-ban fordul elő a MVT, ugyanakkor szívinfarctus esetén 27–40%-ban. A PE legnagyobb rizikócsoportját a térd- és csípő TEP implantáltak, a daganatos és a traumát elszenvedett betegek teszik ki.

Ebből következik, hogy a VCF elsődleges indikációja, ha az antikoaguláns terápia kontraindikált és mélyvénás thrombosis áll fenn.

A tartós VCF viszont a statisztikák szerint növelheti a hajlamot recidív MVT-ra, ezért 3 hét után eltávolításuk javasolt. Az újabb VCF-ek között viszont már vannak tartósan használhatók is, illetve vannak véglegesen implantálhatók. A VCF-ek könnyen és jól használhatók pulmonális embolia profilaxisaként, de egyelőre speciális esetekben. Az előadás ezzel kapcsolatban számos kérdésre próbál válaszolni: Melyek azok a szituációk, amikor a VCF szükséges lehet? Milyen filtert használjunk? Hova lokalizáljuk a filtert? Milyen komplikációk jelentkezhetnek filter behelyezése során/után? Milyen módszer alkalmas a permanens VCF-es beteg utánkövetésére?

KARDIOVASZKULÁRIS KÓRKÉPEK TERHESSÉGBEN

Tóth Kálmán

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika

Az utóbbi évtizedben a gyorsan fejlődő kardiológiai diagnosztikának és terápiának köszönhetően lényegesen több kongenitális vagy szerzett szívbetegségben szenvedő nő éri meg a fogamzóképes kort. Emellett a terhességet az esetek 1–4%-ában előzetesen ismert kardiális eltérés nélkül is szívbetegség komplikálja.

A kardiológus fontos, nagyon felelősségteljes feladatai közé tartozik, hogy a szüléssel karöltve felvilágosítást adjon arról, hogy a szívbeteg nő vállalkozhat-e a terhességre, és ha igen, akkor ezzel mekkora kockázatot vállal saját maga vagy magzata szempontjából.

Szintén fontos feladat a terhesség során felismert, vagy klinikai tüneteiben progrediáló szívbetegség megfelelő kezelése. Ez ebben az állapotban speciális feladatot jelent, hiszen mindezt úgy kell végezni, hogy a választott kezelés a magzat állapotát ne károsítsa. A szüléssel konzultálva fontos, hogy a kardiológus véleményét formálja a szülés módjára és a peripartum időszak esetleges kezelésére vonatkozóan is.

Az előadásban a terhességet komplikáló leggyakoribb szívbetegségek és azok kezelési lehetőségei kerülnek ismertetésre.

THIENOPIRIDIN-ASSZOCIÁLT AGRANULOCYTOSIS ELŐFORDULÁSA HEMATOLÓGIAI OSZTÁLYUNKON EGY ESET KAPCSÁN

*Tóth Orsolya,⁽¹⁾ Nagy Ágnes,⁽¹⁾ Dávid Marianna,⁽¹⁾ Szomor Árpád,⁽¹⁾ Molnár Lenke,⁽¹⁾ Kereskai László,⁽²⁾
Kosztolányi Szabolcs,⁽¹⁾ Kovács Gábor,⁽¹⁾ Csalódi Renáta,⁽¹⁾ Szendrei Tamás,⁽¹⁾ Losonczy Hajna⁽¹⁾*

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Osztály,⁽¹⁾ PTE, Patológiai Intézet⁽²⁾

Bevezetés: A gyógyszerek által kiváltott agranulocytosis ugyan ritka, de későn felismert esetekben életet veszélyeztető szövődmény is lehet. Agranulocytosis esetén a keringő neutrophil granulocytá szám 0,1 G/l alá csökken, ami által a beteg esélye egy esetleges infekcióra extrém módon megnő. A ticlopidin asszociálta agranulocytosis jól ismert, azonban a clopidogrellel kapcsolatban jóval ritkábban fordult elő a nagy vizsgálatok során ez a mellékhatás.

Esetbemutató: Egy 73 éves férfi beteg esetét mutatjuk be, akinél troponinpozitív, szubakut ACS miatt clopidogrel-kezelés indult. Emittalását követően lázas állapot miatt több ciklus antibiotikus kezelésben részesült, majd egy vércépvizsgálat során súlyos neutropenia, agranulocytosis igazolódott. Csontvelővizsgálat a diagnózist alátámasztotta. Clopidogrel elhagyása, empirikus antibiotikum-, filgastrim-, szteroidkezelés mellett vérképe rendeződött, szseptikus állapota uralható volt. Anamnesztikusan az újonnan elkezdett clopidogrel oki szerepe merült fel.

Megbeszélés: Áttekintve hematológiai osztályunk beteganyagát 2001-től 2009-ig, 13 agranulocytosisos esetet találtunk, melyből 3 esetben thienopyridin (2 esetben ticlopidin, 1 esetben clopidogrel) volt valószínűsíthető kiváltó okként.

Összefoglalás: A ritkán előforduló agranulocytosis eseteinek nem elhanyagolható része thienopyridinrel asszociálható, ami a gyógyszerek elterjedésével és kiterjedt használatával lehet összefüggésben.

ANTIKOAGULÁNS KEZELÉS A TERHESSÉG ALATT

Tóth Péter, Gasztonyi Beáta

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

A terhesség során a vénás thromboemboliák gyakorisága az átlagos népességhez viszonyítva 2–4-szeres, a szülést követő időszakban pedig meghétszereződik. A fejlett országokban ez a betegség az anyai halálozás egyik vezető oka.

A referátumban áttekintjük a vénás thromboemboliák veleszületett és szerzett kockázati tényezőit, különböző klinikai helyzetekben a kórkép megelőzésének lehetőségeit.

A már kialakult betegség esetén két fontos problémával állunk szemben. Egyrészt a diagnózist biztosító laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok korlátozott alkalmazhatóságával, illetve a megszokottól eltérő értékével, másrészt a kezelésben alkalmazott gyógyszerek biztonságossági vonatkozásaival. Az előadásban ajánlást adunk a vénás thromboemboliák terhesség alatti diagnosztizálásához és kezeléséhez. Részletesen kitérünk az alkalmazott gyógyszerek mellékhatásaira, szövődményeire.

ELSŐ VONALBAN AZ IMMUNTERÁPIA – ÚJDONSÁGOK A KRÓNIKUS LYMPHOID LEUKAEMIA KEZELÉSÉBEN

Tóth Péter, Gasztonyi Beáta

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászat, Zalaegerszeg

A malignus lymphomák kezelésében a közelmúlt legnagyobb horderejű eseménye a monoklonális antitestek megjelenése volt. A korábban alkalmazott kemoterápiás kombinációk monoklonális antitestekkel való kiegészítése számos lymphomaentitás vonatkozásában a terápiás eredmények számottevő javulását eredményezte. A monoklonális antitestek konjugálása radioizotópokkal az immunterápia és sugárterápia egyidejű alkalmazását tette lehetővé. Az elmúlt években a diffúz nagy B-sejtes és a folliculáris lymphomákban a rituximab (anti-CD20 antitest) első vonalbeli alkalmazása a mindennapi gyakorlat része lett. A német krónikus lymphoid leukaemia munkacsoport (GCLLSG) CLL 8 jelű vizsgálata alapján pedig az Európai Gyógyszerhatóság (EMA) ez év februárjában ugyanezt az antitestet a krónikus lymphoid leukaemia első vonalbeli kezelésére is engedélyezte. Előadásunkban beszélünk a monoklonális antitestek lymphomaterápiában betöltött szerepéről, majd a krónikus lymphoid leukaemiára fókuszálva bemutatjuk a német munkacsoport regisztrációs vizsgálatának részleteit.

A CIRRHOSIS SZÖVŐDMÉNYEI, A VÉRZÉSEK KORSZERŰ ELLÁTÁSA

Völgyi Zoltán

Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg

Az EU-s trenddel ellentétben Magyarországon növekszik a májcirrhosisban szenvedő betegek száma, így az ebből adódó mortalitás is, melynek jelentős részét a varixvérzés képezi. A cirrhotikus betegek kb. 50%-ában

alakulnak ki varixok, melyek kb. 30%-a fog a diagnózist követő egy éven belül vérezni, ezért fontos a májbetegség diagnózisának időpontjában kiszűrni azon betegeket, akiknél már kifejlődtek a varixok. Ennek jelenlegi fő eszköze az endoszkópia, de alkalmazható a CT, illetve az erre a célra kifejlesztett kapszula is. Ezen csoportban az ismert vézést előjelező rizikófaktorok figyelembevételével el kell kezdeni a primer profilaxist. Az aktuális irányelveknek megfelelően ez nem-szelektív béta-blokkoló terápiát jelent elsősorban, sz.e. kiegészítve isosorbid mononitráttal, illetve ha ez nem effektív, vagy a beteg nem tolerálja, endoszkópos varix-ligatiót (EBL) kell végezni, mely kevesebb szövődménnyel jár, mint a régebben e célból alkalmazott scleroterapia. Abban az esetben, ha fellép a varixvérzés, lehetőség szerint a beteget a vérzők ellátására specializálódott szubintenzív részlegen kell elhelyezni. A keringés resuscitációját követően azonnal el kell végezni az endoszkópiát, illetve ligatiót vagy scleroterapiát, valamint elindítani a vazoaktív kezelést (vazopresszin vagy szomatosztatin, illetve ezek analógjai), melyet 3–5 napig kell folytatni. Amennyiben nincs lehetőség azonnali endoszkópiára, vagy a beteg állapotának stabilizálása elhúzódik, az ún. bridge periódusban ballontamponád alkalmazandó, melyet követ az endoszkópia 6–12 óra múlva. Fontos felismerés a túlélésre kifejtett kedvező hatást illetően a túltranszfundálás megelőzése, illetve antibiotikus profilaxis (fluorokinolonok vagy cephalosporinok). Eredménytelen vérzésesillapítás esetén szóba jöhet a TIPS, bevont fémstent, illetve műtét. A vérzéses epizódot túlélte betegeket szekunder profilaxisban kell részesíteni, mely a gyógyszeres, illetve endoszkópos terápia kombinációját jelenti. Folyamatos béta-blokkoló kezelés mellett a varixok teljes eradikációjára kell törekedni, elsősorban EBL-val. A végleges megoldást a sebészi portocavalis shunt, illetve TIPS, előrehaladott stádiumban a májtranszplantáció jelentheti.

HAEMOSTASIS-AKTIVÁCIÓ VIZSGÁLATA DIFFÚZ NAGY B-SEJTES LYMPHOMÁS BETEGEK IMMUNOKEMOTERÁPIÁS KEZELÉSE SORÁN

Zseli Márta, Mózes Réka, Nagy Ágnes, Losonczy Hajna, Tóth Orsolya, Dávid Marianna, Szomor Árpád

PTE KK, I. Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Osztály

Bevezetés: Ismert, hogy az agresszív lymphomás betegek a nagy vénás thromboemboliás rizikójú csoportba tartoznak.

Célkitűzés, betegek: Hét, frissen diagnosztizált diffúz nagy B-sejtes lymphomás (DLBCL-ás) beteg (két férfi és öt nő, átlagéletkoruk 57 év) véralvadási vizsgálata történt Rituximab-ciklofoszfamid, hidroxidaunorubicin, vincristin, prednisolon (R-CHOP) kezelés során. Munkánk célja a kemoimmunoterápia véralvadásra gyakorolt hatásának vizsgálata.

Módszerek, eredmények: A rituximab-kezelés előtt (0. nap), a rituximab-kezelést követően (1. nap), a CHOP terápia utáni (2. nap) és a 7. napon vizsgáltuk a betegek véralvadását globális alvadási teszttel (ROTEG), a trombocytafunkciók mérésével (impedancia aggregométerrel és Born-féle aggregométerrel), valamint hagyományos laboratóriumi módszerekkel (PRT, INR, aPTI, TI, fibrinogénszint és D-dimer). A globális alvadási teszt mérési eredményei alapján az alvadáskészség szignifikáns fokozódását ($p < 0,05$) találtunk a rituximab hatására a 0. és az 1. nap között. A D-dimer szignifikánsan növekedett ($p < 0,05$) az 1. és 2. napon a 0. napi értékekhez képest. Szignifikáns növekedést ($p < 0,1$) találtunk továbbá CHOP hatására a 0. és 2. napi mérési eredmények között a két aggregométer, valamint a 0. és 7. napi mérési eredmények között a két aggregométer, a protrombin (PRT)-, a trombinidő (TI) és a fibrinogénszint adatai alapján.

Következtetések: Eredményeink alapján valószínűsíthető a kemoimmunoterápia véralvadást fokozó hatása diffúz nagy B-sejtes lymphomás betegekben.

NÉVMUTATÓ

Ajtay Zénó	41	Hunyady Béla	36
Aleksza Magdolna	39	Iványi János László	52
Alotti Nasri	56	Józan-Jilling Mihály	30
Amma Zoltán	30	Kanász Gábor	53
Aradi Dániel	41	Karádi Éva	36
Bagosi Zoltán	25	Kenéz András	26, 36
Bajnok László	25, 30, 53	Kenyeres Péter	53
Bálint Beatrix	38	Kereskai László	60
Bálint Tünde	26	Kertész Zsuzsanna	36
Bali Ottilia	28, 31	Késmárki Nóra	26
Bárány László	34, 35, 43, 52	Kindler Miklós	53
Basa Annamária	26	Kisjós Balázs	26, 37, 37
Bazsó Judit	26, 37	Kiss Tünde	26, 37, 37
Bogner Péter	36	Kneffel Pál	56
Bolf Zsuzsanna	26, 27	Kollár Balázs	36
Bujtor Zoltán	25	Komócsi András	41
Czimmer József	33	Kóródi Tünde	38
Cziráki Attila	41	Kósa Dezider	40, 58
Csalódi Renáta	50, 60	Kosztolányi Szabolcs	50, 60
Csiky Botond	27, 53	Kovács Gábor	50, 60
Csonka Dénes	28	Kovács L. Gábor	53
Csordás József	31	Kovács Lajos	54
Csutak Kinga	40	Kovács László	39
Csutak Kinga Éva	28	Kovács Mónika	39
Dávid Marianna	29, 45, 50, 60, 62	Kováts László	28, 40
Deák Veronika	29	Kulcsár Imre	39
Dezső Enikő	29	Kumánovics Gábor	40
Dinnyés József	47	Lemle Zoltán	56
Dobor Emese	30	Lenkey Zsófia	41
Dóczy Tamás	46	Losonczy Hajna	45, 50, 60, 62
Domonyai István	30	Lőcsei Zoltán	35, 41, 46, 56
Döbrönte Zoltán	52	Lupkovics Géza	26, 36, 42, 47, 51, 59
Egyed Miklós	36	Mácsai Emília	43
Fábos Beáta	29	Máhr Károly	36
Fischer Tünde	31	Matoltsy András	26, 33, 37
Gaál Katalin	52	Mátyásy Helga	34, 35, 43, 52
Gábor Valéria	58	Melegh Béla	45
Gasztonyi Beáta	25, 28, 31, 31, 32, 39, 40, 57, 58, 61	Mezősi Emese	30, 44, 46
Gasztonyi Zoltán	32, 55	Molnár Lenke	50, 60
Gelencsér Éva	58	Molnár Zsolt	44
Guth Eszter	53	Motyovszki Ákos	26
Györkös Andrea	32, 57	Mózes Réka	45, 62
Hágendorn Roland	33	Nagy Ágnes	45, 50, 60, 62
Hajdu Katalin	26, 33, 37	Nagy Edit	31
Hajdú Katalin	37	Nagy Gyöngyi	36, 40, 47
Hamed Aryan	32, 55	Nagy Judit	45
Hartwig Marianna	39	Nagy Lajos	28, 39
Hegedús Géza	33	Nagy Rita	35, 46
Herman Beáta	34, 35, 43, 52	Nagy Tatjana	39
Hidvégi Tibor	34	Nagy Zsuzsanna	30
Horváth Boldizsár	54	Nemes Orsolya	30, 46
Horváth Dóra Eszter	35, 46	Németh Anikó	26
Horváth Judit	34, 35, 43, 52	Németh Barnabás	26, 47
Horváth László	36	Németh Ferenc	47

Németh Zoltán.....	26	Sipeky Csilla.....	45
Novák Judit.....	28	Sohár Gábor	57
Oroszlán Tamás	25, 48	Solt Jenő	57
Pák Gábor.....	53	Szabó Imre.....	33
Pakodi Ferenc	49	Szabolcs István.....	46, 57
Pammer Judit	50	Szalay Adrienn	58
Papp Ákos.....	59	Szekeres László.....	52
Papp András	50	Szendrei Tamás.....	50, 60
Papp Előd	26, 51	Szenes Mária	28, 31, 58
Pár Alajos.....	33	Szomor Árpád.....	45, 50, 60, 62
Pár Gabriella.....	33	Tahin Tamás	59
Patai Árpád	52	Takács István	26, 36, 59
Pataki Zsolt	34, 35, 43, 52	Takács Piroska.....	26
Patócs Attila.....	46	Tihanyi Marianna.....	39
Péceli Adrienn	53	Toldy Erzsébet.....	35, 46
Peti Mihály Attila	53	Tóth Á. Gábor.....	32, 55
Rajnic Péter.....	36	Tóth Csaba.....	52, 56
Rashed Aref.....	56	Tóth Kálmán	60
Reiber István	54	Tóth Levente.....	36
Riba Mária	54	Tóth Orsolya	45, 50, 60, 62
Ribiczey Pál.....	28	Tóth Péter	61
Rózsa G. Iván	55	Vásárhelyi Barna.....	43
Rubint Eszter	32, 55	Vereczkei András.....	50
Rucz Károly.....	30	Veress Gábor.....	38
Ruzsa Ágnes.....	57	Vidra Tímea.....	50
Sámson Zoltán	56	Vígh András.....	56
Simon Attila.....	38	Vincze Áron.....	33
Simon Éva.....	38	Völgyi Zoltán	31, 61
Simon József	56	Zseli Márta	45, 62

Félkövér szedés: első szerző.



HumaPen[®]
MEMOIR[™]

Adagoló toll, ami nem felejt

Memóriával és digitális kijelzővel



Biztos, hogy beadta
az inzulinját?



Egyetlen gombnyomással
megtudhatja

- ➔ Az adagolóeszköz megkönnyíti a bázis-bólus inzulinterápiában részesülő beteg terápiás együttműködését.^{1,2}
- ➔ Rögzíti a legutóbb beadott dózisok nagyságát és a beadás pontos idejét.³
- ➔ Egyszerűen használható, kezelése könnyen megtanulható.^{2,3}

Kizárólag Lilly patronos inzulinokhoz alkalmazható (Humalog és Humulin 3 ml-es inzulin patronok, 100 NE/ml).³
A HumaPen[®] Memoir[™] vény nélkül kapható a gyógyszertárakban. Ajánlott fogyasztói ára: 18.256 Ft.

További információért kérjük, olvassa el a HumaPen[®] Memoir[™] adagoló toll használati útmutatóját, vagy forduljon bizalommal területi képviselőinkhez!

Irodalom:

¹ Ignaut DA, Venekamp WJRR. Expert Rev Med Devices 2007; 4:793-802.

² Venekamp WJRR et al. Curr Med Res Opin 2006; 22:315-325.

³ HumaPen Memoir használati útmutató

HUM 08-09-29

Lilly Hungária Kft. 1075 Budapest, Madách u. 13-14.

Lilly

