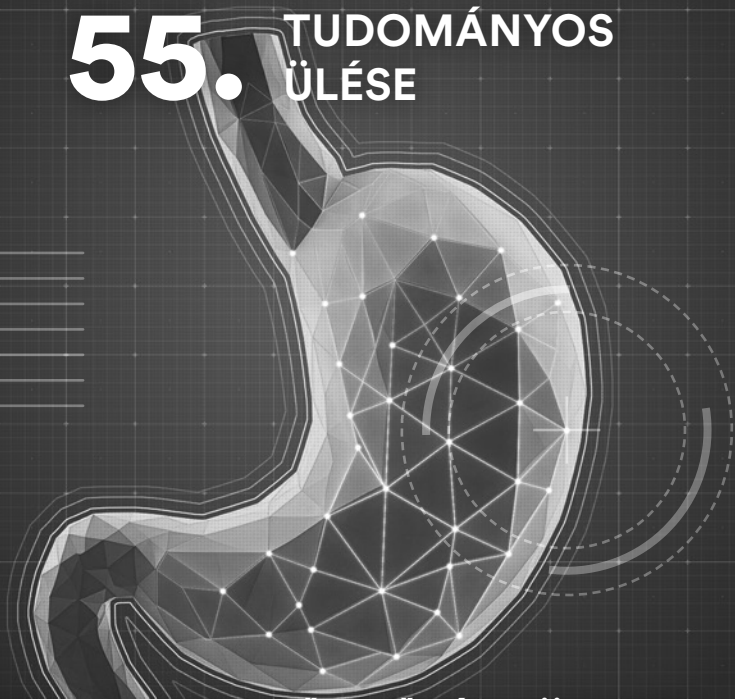




MAGYAR BELGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG DÉL-MAGYARORSZÁGI DECENTRUM

55. TUDOMÁNYOS ÜLÉSE



ERKEL FERENC MŰVELŐDÉSI KÖZPONT
GYULA, 2026. MÁRCIUS 26 – 28.

ELŐADÁS ABSZTRAKTOK

1. ÖRÖKÖLT SORS - EGY MEN2A SZINDRÓMÁS CSALÁD ESETE A VIHARSÁROKBAN

Dr. Szerencsi Regina¹, Dr. Bótyik Balázs¹, Dr. Szugyiczki Viktória², Dr. Taybani Zoltán PhD¹

¹Békés Vármegyei Központi Kórház – Dr. Réthy Pál Tagkórház, 3. Belgyógyászat, 1. Endokrinológia Osztály, Békéscsaba

²Békés Vármegyei Központi Kórház – Dr. Pándy Kálmán Tagkórház, Nukleáris Medicina Osztály, Gyula

Bevezetés: A multiplex endokrin neoplazia az endokrin szervek, többgócú, családi halmozódást mutató, jellegzetese társulású daganatai. A MEN2-ben leggyakrabban a medullaris pajzsmirigy cc. (MTC), a pheochromocytoma (Pheo), és a primer hyperparathyreosis (PHP) társulása fordul elő, ami a MEN2A, háttérében a RET gén aktiváló mutációja áll. A diagnózisban a labor és a radiológiai képalkotó vizsgálatok mellett a genetikának is meghatározó szerepe van. Kezelése sebészeti, azonban az onkológiai terápián belül ma már elérhetőek a tyr-kináz gátlók is. A genetikai vizsgálat segíthet eldönteni az esetleges profilaktikus thyreoidectomia szükségességét, valamint a családi szűrést is.

Esetismertetés: Egy 32 éves nőnél obesitas miatt indult endokrin gondozás, ennek során derült ki, hogy korábban az édesanyjánál már korábban MTC miatt műtét történt, valamint hogy a beteg testvérénél nyaki panaszok miatt kezdtük el a kivizsgálást 2024 őszén. A kivizsgálás során a komplex diagnosztika alapján MTC igazolódott, emiatt műtét történt két ülésben, de a tumormarkerek nem normalizálódtak, így onkológiai kezelés tervezett a későbbiekben. A 32 éves nőbetegnél is elindítottuk a kivizsgálást MTC irányába, melyet a bedside pajzsmirigy UH igazolt is, azonban a hasi képalkotók és a klinikum alapján egy bal oldali pheochromocytoma is igazolódott. A pheo miatti műtét alacsony malignitást igazolt, így a következő lépés a thyreoidectomia lesz majd. A harmadik testvérnél is kivizsgálás indult. A pajzsmirigy UH-on két egymáshoz közeli göb volt látható a bal lebenyben emelkedett tumormarkerek mellett, ezért total thyreoidectomia történt. A szövettani feldolgozás során azonban a gyanított MTC mellett papillaris pajzsmirigy cc. (PTC) is igazolódott lymphogen metastasisokkal. A műtétet követően a tumormarkerei normalizálódtak, így a betegnél egyelőre radiojód kezelés kezdődött. A család mindegyik tagjánál megtörtént a genetikai vizsgálat, ahol a RET gén 609-es kodonján találtak MEN2A-ra jellemző mutációt, mely a család 4 tagjánál is mutatkozott. Ha más családtagnak is igazolódott volna, a protokoll szerint ilyenkor preventív thyreoidectomia is javasolt lenne.

Konklúzió: A MEN2 egy ritka betegség, de a mindennapi gondozás során is találkozhatunk vele, így nem szabad megfeledkezni róla. Amennyiben a szindróma egyes részeit is vizsgálni kell, valamint fontos a genetikai vizsgálat, pozitivitás esetén pedig a profilaktikus thyreoidectomia és a családszűrés is, illetve az élethosszig tartó gondozása a betegnek.

2. PERKUTÁN KORONÁRIA INTERVENCIÓN ÁTESETT BETEGEK BETEGSÉGPERCEPCIÓJA, EGÉSZSÉGÉRTÉSE ÉS GYÓGYSZERADHERENCIÁJA

Szendrei-Lódi Rita^{1,2,3}, Beke Szilvia², Márk László¹

¹Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Kardiológiai Osztály, Gyula

²Gál Ferenc Egyetem, Egészség- és Szociális Tudományi Kar, Gyula

³Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola

A perkután koronária intervención (PCI) átesett betegek hosszú távú prognózisát nem csupán az alkalmazott beavatkozás sikeressége, hanem a betegek betegséghez való viszonya, egészségértési szintje és a gyógyszeres kezeléshez való adherenciája is jelentős mértékben befolyásolja. A kardiovaszkuláris események megelőzésében kulcsszerepet játszik a megfelelő és következetes gyógyszeresedés, amelynek hiánya növeli a szövdmények, az ismételt beavatkozások és a mortalitás kockázatát.

A betegek betegségpercepciója meghatározza, hogyan értelmezik állapotukat, mennyire érzik súlyosnak betegségüket, valamint, hogy milyen mértékben érzik azt kontrollálhatónak. Az egészségértés szintje alapvetően befolyásolja az egészségügyi információk megértését, feldolgozását és alkalmazását, ezáltal közvetlen és közvetett módon hat a gyógyszeradherenciára. Alacsony egészségértési szint esetén gyakoribb a nem megfelelő gyógyszeresedés, a terápiás együttműködés hiánya és a kedvezőtlen egészségi kimenetek előfordulása.

Kutatásunk célja a PCI-n átesett betegek betegségpercepciójának, egészségértésének és gyógyszeradherenciájának feltérképezése, valamint ezek összefüggéseinek vizsgálata volt.

Kulcsszavak: percután koronária intervenció, gyógyszeradherencia, betegségpercepció, egészségértés, szekunder prevenció

3. OBEZITÁS ÉS DIABÉTESZ

Farkas Éva¹

¹Békés Vármegyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház 3. Belgyógyászat 1. Endokrinológia Osztály Békéscsaba

Az obezitás világszerte járványos méreteket öltött. Évente közel 2,8 millió ember hal meg elhízás következtében. Magyarország lakosságának 30 %-a érintett. A magyar populációban a túlsúly férfiaknál 40%-ban, nőknél 32%-ban, az elhízás pedig a férfiaknál és nőknél is 32-32%-ban van jelen.

Világszerte 537 millió felnőtt él cukorbetegséggel. Magyarországon kb. 1,1 millió fő diabéteszes, a lakosság 14%-a (2023). Magyarországon a cukorbeteg 94%-a 2-es típusba, 6%-a 1-es típusba tartozik.

Mindkét kórképről elmondható, hogy népbetegség, civilizációs betegség. Az elhízás fontos kóroki tényezője a 2-es típusú diabétesz kialakulásának. A 2-es típusú diabéteszrel diagnosztizált betegek 80-90%-a egyúttal túlsúlyos, vagy elhízott.

Az egészséges testsúly, és az attól való eltérések meghatározására szolgál a testtömegindex (BMI). Az obezitásnak számos negatív következménye van az egészségi állapotra. A diabétesz szintén szövődményekhez vezethet, mind a makro- és mikroérsvődmények, diabéteszes láb tekintetében.

Osztályunkon felmértem a 2-es típusú diabéteszes betegek és a testsúlyuk összefüggését. A résztvevők átlagéletkora 57,8 év volt, diabétesz átlag tartama 11,4 év. A BMI átlag 34,02.

A diabétesz szövődmények tekintetében kísér szövődmény 24%.ban, nagyér szövődmény 55 %-ban, mindkét szövődmény 29%-kat érintette.

Az előadásban bemutatásra kerül egy estismertetés, amelyben egy túlsúlyos, 2-es típusú diabéteszes férfi beteg diagnosztizálása, kezelése, életmódváltása kerül ismertetésre.

A diabétesz és obezitás nagy terhet ró az egyénre és a társadalomra egyaránt. A komplex kezelésben szerepe van a szakorvosokon kívül a dietetikusnak, gyógytornásznak, pszichológusnak, de legfőképp a páciensnek. De mindezek előtt a leghatékonyabb a megelőzés.

4. MINIMÁL INVAZITÁS, MAXIMUM EREDMÉNYESÉG! A MEDIASTINUM ENDOSZKÓPOS UTRAHANGGAL

Dr. Molnár Koppány¹, Dr. Gurzó Zoltán², Dr. Crai Stefán¹, Dr. Rácz Beatrix¹, Bányainé Bodonyi Katalin², Balogh Erika², Dr. Novák János PHD¹

¹BMKK PKTK I. Gasztroenterológia Osztály, Gyula

²BMKK PKTK Endoszkópos Labor, Gyula

Bevezetés: A mediastinalis térfoglaló folyamatok szövettani diagnózisára vonatkozó nemzetközi- és hazai irányelvek a 2010-es évek elején változáson mentek keresztül. Az addigi aranystandard diagnosztikai módszerként szereplő mediastinoscopia mellett előtérbe került az endoszkópos ultrahangos (EUS) mintavétel. Osztályunkon 2024/25-ös években összesen 155 EUS-t végeztünk, 101 esetben történt mintavétel FNA/FNB tűvel, ebből 9 esetben a mediastinumból.

Esetbemutatás: Egy 61 és egy 71 éves nőbeteg került felvételre osztályunkra dysphagia, fogyás panaszával. Mindkettő esetben a beküldő osztály készített kontrasztanyagossal CT felvételeket, amelyeken a posterior mediastinumban került leírásra radiológus által lymphomának véleményezett mediastinalis térfoglaló folyamat. Az anatómiai lokalizáció megfelelő volt, ezért endoszkópos ultrahangos vizsgálat, lehetőség szerinti szövettani mintavétel mellett döntöttünk. Vizsgálat során nyelőcső lumenét szűkítő, rosszul körülhatárolt, a nyelőcső falát elérő, de attól elkülöníthető, vegyes echodenzitású folyamat látszódtak, amelyekből mindkettő esetben FNB tűvel mintát vettünk. A szövettani mintákat patológus jól vizsgálhatónak és egybehangzónak véleményezte.

Konklúzió: A mediastinalis térfoglaló folyamatok szövettani mintavételére, diagnosztikájára számos lehetőségünk van, ezek közül kiemelkedik napjainkban az EUS. Csupán radiológiai kép alapján diagnózist alkotni nem lehet, minden esetben mérlegelni kell az endoszkópos szövettani mintavételt.

5. IMMUNELLENŐRZÓPONT-GÁTLÓK ALKALMAZÁSA: GASZTROENTEROLÓGIAI VONATKOZÁSOK

Dr. Hrabovszki Éva¹, Dr. Rácz Beatrix¹, Dr. Crai Stefan¹, Dr. Gurzó Zoltán², Dr. Novák János¹

¹Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Gasztroenterológiai Osztály, Gyula

²Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Gasztroenterológiai Osztály – Endoszkópos labor, Gyula

Bevezetés: Az immunellenőrzőpont-gátlók alkalmazása során a bőrtüneteket követően leggyakrabban a gastrointestinalis traktust érintő immunmediált nemkívánatos események fordulnak elő. Ismert gyulladásos bélbetegségben szenvedő betegek esetében az immunterápia indukálta mellékhatások és az alapbetegség fellángolásának elkülönítése klinikailag és endoszkópos szempontból is jelentős kihívást jelent, ugyanakkor a korai felismerés a kezelés sikerességének kulcsa.

Módszerek: 5 beteget kezeltünk GAE mellékhatások, immunmediált colitis miatt az elmúlt két évben, akik immunellenőrzőpont-gátló kezelésben részesültek (legtöbb esetben PD-1 gátló szert kaptak). Ebből 1 IBD-vel diagnosztizált beteget szeretnénk kiemelni és bemutatni.

Esetbemutató: 61 éves nőbeteg, anamnézisből kiemelendő rectumot érintő colitis ulcerosa, valamint metastatikus világossejtes vesesejtes carcinoma miatt induló Nivolumab kezelés. A 8. ciklust követően véres-nyákos hasmenés jelentkezett. Colonoscopia szövettannal is alátámasztott colitis ulcerosa akut stádiumát igazolta. Infekció kizárására székletvizsgálat történt negatív eredménnyel, emellett calprotectin-szint szignifikáns emelkedést nem mutatott. Mellékhatás súlyossága alapján az eset Grade 2 besorolású, így az immunellenőrzőpont-gátlók felfüggesztése és per os metilprednisolon terápia indult, ennek hatására a beteg állapota javult (Grade 1), így a Nivolumab visszaadhatóvá vált, azonban 3 hónap múlva relapszus miatt ismételt és végleges leállításra került. Intézményi összegzésünk alapján az immunmediált nemkívánatos hatások átlagosan 6,5 hónappal a kezelésindítás után jelentkeztek; endoszkópos leletek alapján változó lokalizáció volt megfigyelhető. A betegek többsége Grade II–III besorolású volt, mind jól reagált intravénás, majd per os szteroidra; egy kombinált immunterápiában részesülő betegnél colitis lezajlása után immunmediált pancreatitis is kialakult.

Következtetések: Immunellenőrzőpont-gátlók adása ismert IBD-ben szenvedő beteg esetén kockázat-haszon elv mérlegelésével vállalható, de a fellángolás kockázata jóval magasabb, lefolyása súlyosabb. Kulcsfontosságú a kezelés előtti aktivitásfelmérés és remisszió igazolása; a gyors, strukturált differenciáldiagnosztika és az időben megkezdett szteroidkezelés, valamint a multidiszciplináris döntéshozatal.

6. TUDJA „FENE”, MI BAJA, AVAGY ANTHRAXOS BETEG A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY ÚTVESZTŐJÉBEN

Dr. Laurinyecz Mária¹, Dr. Lakatos Piroska¹, Dr. Bányai Tivadar¹, Dr. Martyin Tibor¹, Dr. Wolf Ildikó², Dr. Henczkó Judit³

¹Békés Vármegyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház, Infektológiai (Hepatológia és Immunológia) Osztály, Gyula

²Békés Vármegyei Központi Kórház Pándy Kálmán Tagkórház, Központi Laboratórium, Gyula

³Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Mikrobiológia Referencia Laboratóriumi Főosztály, Budapest

Bevezetés: A *Bacillus anthracis* okozta megbetegedések előfordulási gyakorisága a világban és hazánkban is extrém ritka. Három fő megjelenési formája a bőr, a bél és tüdő anthrax. Jelentősége a kezeletlen esetek magas mortalitásán túl napjainkban a bioterrorizmus kapcsán válik egyre fontosabbá. Világszerte az emberi anthrax becsült előfordulása az 1950-es évekbeli 20000-100000-ról a 1980-as években évi 2000 esetre csökkent, de a Közel-Keleten és Afrika bizonyos régióiban anthrax kitörések máig előfordulnak. A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ dokumentált kimutatása alapján Magyarországon 2000-ben 2, 2014-ben 9, 2019-ben 4, 2025-ben 2 cutan anthraxos esetet regisztráltak. A meglehetősen ritka előfordulási gyakorisága miatt felismerése diagnosztikai nehézséget jelenthet, hiszen nem része a napi gyakorlatnak.

Eredmények: Előadásunkban bemutatjuk az osztályunkon 2019-ben és az elmúlt év őszén kezelt két-két cutan anthraxos beteg kórtörténetét, valamint ehhez társulóan a kórkép jellemzőit, a diagnosztikától a terápián keresztül, beleértve a kemoprofilaxist és a vakcinációt is. Utóbbi két esethez tartozóan szeretnénk külön hangsúlyt fektetni az olykor nem feltétlenül egyértelmű betegutakra is, kifejezetten gyakorlati szempontból.

Következtetések: Kiemelnénk, hogy mennyire fontos a társszakmák közötti megfelelő kommunikáció és együttműködés a lehető legoptimálisabb betegellátás biztosítása céljából.

7. ESA (ERYTHROPOESIS STIMULATING AGENTS) – REZISZTENCIA

Dr. Horváth József¹, Dr. Wórum Endre²

^{1,2}BKVOK II. Belgyógyászati Osztály – Nephrologia

A krónikus veseelégtelen (CKD-s) betegek renális anaemiájának prevalenciája a becsült Glomerulus Filtrációs Ráta (bGFR) csökkenésével arányosan növekszik. 60 ml/min/1,73m²-es bGFR-nél ez kb. 1%, 30-nál 9%, 15-nél 30-70%, dializáltaknál 70% feletti. A CKD prevalenciájának növekedésével a renális anaemiások száma is növekszik, így az erythropoesist stimáláló készítmények (röviden ESA) alkalmazásának gyakorisága is növekszik. Az ESA kezelés alapvető célja az anaemia tüneteinek mérséklése és a vörösvérsejt-transzfúziók elkerülése. ESA-t rutinszerűen 100 g/l-es haemoglobin (Hgb) értéknél indítunk, e fölött kizárólag egyéni mérlegelés alapján. ESA-terápia mellett a Hgb célértéke 100-120 g/l. A hazánkban forgalomban lévő ESA készítmények (epoetin-alfa, epoetin-béta, darbepoetin-alfa, CERA – Continous Erythropoetin Receptor Agonist) hatékonysága azonos. Dozírozásukra egyértelmű protokollok vonatkoznak, melyek többek között figyelembe veszik a beteg aktuális testsúlyát, bGFR értékét és Hgb szintjét. Mindezek ellenére az ESA-kezelt betegek 5-13%-ában a szakszerű alkalmazás ellenére sem érhető el Hgb szint emelkedés, amely jelenséget ESA-rezisztenciának nevezünk. Amennyiben a Hgb szint az ESA-kezelés mellett sosem emelkedett, úgy iniciális formáról beszélünk, míg korábban elérhető célértéket követő beszűkült válaszkészség esetén szekunder formáról van szó. Utóbbinál interkurrens tényező áll a háttérben és leggyakrabban a dózis 50%-os emelése válik szükségessé. Az ESA-rezisztencia leggyakoribb okai között funkcionális vagy abszolút vashiány áll, emiatt az ESA-kezelteknél a „vas háztartás” rendszeres ellenőrzése javasolt. A ritkább okok között további hiányállapotok, súlyos malnutrició, súlyos szekunder hyperparathyreosis, „aluldializált” állapot vagy neutralizáló ESA-ellenes antitestek okozta vörösvérsejt-aplasia sorolható fel. Differenciáldiagnosztikai szempontból fontos megemlíteni a további anaemiával járó állapotokat (pl.: szolid tumorok, csontvelői betegségek). Előadásunkban a kecskeméti Nefrológiai Szakrendelő és Osztály elmúlt 5 év szekunder ESA-rezisztenciával diagnosztizált betegeinek adatait és felfedezett interkurrens állapotait mutatjuk be, mellyel a figyelmet kívánjuk felhívni a non-responder ESA-kezelt betegek differenciáldiagnosztikai kihívásaira.

8. HYPOPARATHYREOSIS RITKA ESETE

Dr. Horváth József¹, Dr. Wórum Endre²

^{1,2}BKVOK II. Belgyógyászati Osztály – Endokrinológia

Esetbemutatásunkban egy 38 éves nőbeteg történetét mutatjuk be, aki 20 éve polyglandularis autoimmun szindróma miatt áll kezelés alatt. Gondozása szociális okokból kifolyólag rövidebb-hosszabb szünetekkel zajlott, aktuális kórházi felvétele előtt kb. 2 évig nem járt gondozáson. Jelenlegi, 2026. januári felvételére meglassult gondolkozás, beszédzavar kapcsán került sor, minek hátterében natív koponya CT-vel kimutatott kétoldali, törzsdúci, kisagyi és subcorticalis fehérállományi meszesedések igazolódtak alacsony szérumszintű kalcium mellett (1,68 mmol/l) mellett. Anamnézise folytán a hypoparathyreosis ismert volt, melyet a 2,5 pg/ml alatti parathormon (PTH) szint megerősített. Szérumszintű D-vitamin szintje szintén alacsony volt (14 ng/ml), mely a mellékpajzsmirigy alulműködést támogatta. Felvételekor Chovostek- vagy Trousseau jel nem volt kiváltható. Korábban pajzsmirigy alulműködéssel diagnosztizáltak, az ennek megfelelő szubsztitúciót rendszeresen szedte, euthyroid működést tükrözve. Elektrolit szintek (Nátrium, Kálium), vérnyomás- és vércukor kontroll, továbbá kortizol ritmus mérése alapján mellékvese kéreg elégtelenség nem igazolódott. A hypocalcaemia mellett jelentkező kalcium depozíció hátterében a klinikai jelek alapján Fahr szindróma nyert bizonyítást. Utóbbinak specifikus kezelési módszere jelenleg nem ismert, a cél a nyomelemek élettani szintre való korrigálása, melyet nagy dózisú D-vitaminnal, aktív D-vitaminnal és kalciummal megkezdünk. Fentiek hatására a beteg állapota jelentősen javult, aktivitását visszanyerte. Ugyanakkor specifikus ellenszer hiányában hosszútávon további károsodásra lehet számítani, melynek hátráltatása interdiszciplinális feladat.

A polyglandularis autoimmun syndroma egy ritkán előforduló autoimmun betegség, melyet PAES vagy APS-ként szoktak rövidíteni. Lényege, hogy az immunrendszer saját hormontermelő szerveket támad meg, jelenlegi ismereteink szerint legalább 4 formája ismert. Míg 1-2-es típusában gyakori az Addison kór megjelenése, addig ez 3-4-es típusára ez nem jellemző, noha az 1-es típusú diabétesz és mellékpajzsmirigy elégtelenség ekkor is fennáll. A hypoparathyreosishoz társuló Fahr-szindróma (kalcium depozíció a központi idegrendszerben) a mellékpajzsmirigy alulműködése esetén a leggyakoribb. Kezelésében a kalcium-foszfát anyagcsere normalizálásán túl az anti-Parkinson szerek játszanak szerepet. Jelen esetbemutatásunkkal az endokrinológiai és neurológiai szakmák együttműködésére szeretnénk a figyelmet felhívni.

9. LACTOCOCCUS LACTIS BACTERAEMIA TALAJÁN KIALAKULT INFEKTÍV ENDOCARDITIS, SPONDYLODISCITIS

Dr. Fekete Dávid¹, Dr. Wórum Endre²

^{1,2}BKVOK II. Belgyógyászati Osztály

A *Lactococcus lactis* egy Gram-pozitív fakultatív anaerob baktérium, amelyet sajt, és egyéb tejtermékek gyártásában alkalmaznak széles körben. Bár alapvetően biztonságosnak (GRAS) minősített baktérium, de mint opportunista fertőzés a szakirodalomban - csekély számban ugyan - rendelkezésre állnak *Lactococcus septicæmiæ*ről, infektív endocarditisről szóló publikációk főleg immunszupprimált páciensek körében tejtermékek fogyasztását vagy *Lactococcus* speciest tartalmazó probiotikumok alkalmazását követően.

Jelen esetbemutatásunkban egy 70 éves férfi beteg esetét tárgyaljuk akit elevált inflam-matorikus markerekkel, aluszékonyssággal és hetek óta fokozódó deréktáji fájdalommal vettünk fel osztályunkra. Anamnézisében diabetes mellitus, hypertonia, pitvarfibrilláció miatt cavotricuspidalis isthmus és pulmonalis vena izoláció, valamint súlyos aorta stenosis miatt biológiai műbillentyű implantáció szerepel. Felvételkor septicus állapotának hátte-rében feltételezett húgyúti fertőzést igazolni vizsgálatainkkal nem tudtuk. Mikrobiológiai mintavételezések eredményeképpen két pár haemokultúra *Lactococcus lactis* ssp. *Cremoris* igazolt. Fokozódó deréktáji fájdalom, illetve Gram-pozitív septicæmia spondylodiscitis gyanúját vetette fel amelyet thoracolumbalis MR vizsgálat megerősített. Transthora-calis, majd később transoesophagealis echocardiographia a biológiai műbillentyű mentén már kiürült abscessust és a műbillentyűvel összefüggő paravalvularis leak-et ábrázolt (billentyű implantációt követő, többszöri kontroll echocardiographia paravalvularis leak-et már korábban leírta, így ennek valódi progressziója kérdéses volt). Fokozódó dezorien-táció, hallucinációk miatt natív koponya CT történt amely alapján septicus embolisatio nem volt kizárható. Tekintettel a beteg performance státuszára, illetve Kardiológiai véle-ményezésére szívsebészeti beavatkozás nem jött szóba. Infektológiai konzílium alapján 6 hétig intravénás ceftriaxone, gentamycin terápiát indítottunk amely mellett septicus la-borkonstelláció, és a beteg állapotának javulását észleltük. A *Lactococcus* opportunistá fertőzés mivoltára tekintettel daganatos alapbetegség, vagy egyéb szekunder immunhiá-nyos állapothoz vezető etiológia után kutattunk, amelyet azonban igazolni egyértelműen nem tudtunk vizsgálataink során. Ápolása során hasi fájdalom, hasmenés miatt elvégzett colonoscopia segmentalis colitist véleményezett amelyből szövettani mintavétel készült. Hisztológiai vélemény pseudomembranosus colitis lehetőségét vetette fel, amelyet ugyan széklet *Clostridium difficile* mikrobiológiai vizsgálat nem támasztott alá de Infektológiai szakvélemény alapján Vancomycin terápiát indítottunk. Az alkalmazott, összetett terápia mellett a beteg általános állapota fokozatosan javult, deréktáji fájdalma jelentősen javult, septicus állapota szanálódott. A későbbiekben tervezett potenciális szívsebészeti bemu-tatása miatt gyógytornászok segítségével mobilizálását, általános erőnlétének javulását segítettük elő. Emisszióját és későbbi Kardiológiai gondozásba vételét tervezve a beteg ápolásának 7. hetében hirtelen rosszulletet követően keringés-légzésmegállás következett be. Kitartó reanimacio ellenére a beteget elvesztettük.

Véleményünk szerint a bemutatott eset rávilágít arra, hogy bár rendkívül ritkán, de egyértelmű immuszuppresszív tényező vagy etiológia hiányában is találkozhatunk súlyos laccoccus infekcióval a mindennapi klinikai gyakorlat során.

10. AZ EMPAGLIFLOZIN, A DAPAGLIFLOZIN ÉS AZ ALLOPURINOL KLINIKAI KIMENETELEINEK, HÚGYSAVSZINT-CSÖKKENTŐ ÉS RENÁLIS HATÁSAINAK VIZSGÁLATA 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGEKBEN

Fejes Roland^{1,2}, Jámbor Tamás^{1,2}, Kovács-Huber Róbert¹, Kádár Csilla¹, Bakos Attila¹, Tallósy Szabolcs Péter², Góg Csaba¹

¹Belgyógyászati Osztály, Hódmezővásárhelyi-Makói Egészségügyi Ellátó Központ, Makó

²Sebészeti Műtéttani Intézet, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar, Szegedi Tudományegyetem, Szeged

Bevezetés: A hiperurikémia gyakori kísérőjelenség mind diabéteszben, mind krónikus vesebetegségben. Noha a nátrium-glükóz kotranszporter-2 (SGLT2) gátlóknak a szérum húgysav (sUA) szintjét csökkentő hatása ismert, alkalmazásuk ezen indikációban nem vált elterjedtté.

Módszerek: Retrospektív vizsgálatunkban 2017. január 1. és 2021. január 1. között összegyűjtöttük azon 2-es típusú cukorbeteg adatait, akiknél antidiabetikus terápiaként empagliflozin- (n=70) vagy dapagliflozin-kezelés (n=78) indult. Kontrollcsoportként hiperurikémia miatt allopurinol-kezelést kezdő cukorbetegeket vontunk be (n=66). A kiindulási jellemzőket, valamint a kezelés 3., 6., 12., 24. és 36. hónapjában mért paramétereiket és klinikai kimeneteleket elemeztük.

Eredmények: Az empagliflozin és a dapagliflozin egyaránt szignifikánsan csökkentette a sUA-szintjét (458 ± 58 $\mu\text{mol/l}$ -ről 376 ± 58 $\mu\text{mol/l}$ -re, ill. 456 ± 63 $\mu\text{mol/l}$ -ről 369 ± 80 $\mu\text{mol/l}$ -re), a becsült glomeruláris filtrációs ráta (eGFR) csökkenése nélkül. Az allopurinol-kezelés szintén jelentősen csökkentette a sUA-szintet (450 ± 140 $\mu\text{mol/l}$ -ről 351 ± 58 $\mu\text{mol/l}$ -re), ugyanakkor nem akadályozta meg az eGFR romlását a 36 hónapos követés során (75 ± 20 ml/perc/1,73m²-ről 59 ± 18 ml/perc/1,73m²-re). A kiindulási eGFR nem befolyásolta az SGLT2-gátlók hatékonyságát. A mortalitás, valamint a hospitalizáció aránya szignifikánsan magasabb volt az allopurinol-csoportban, mint az SGLT2-gátló csoportokban. Ezzel szemben az urogenitális fertőzések és terápiaelhagyás előfordulása szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyultak az allopurinol-kezelés mellett.

Következtetés: Eredményeink alapján az általunk vizsgált betegcsoportban az SGLT2 gátlók potenciális alternatívaként szolgálnak a tünetmentes hiperurikémia kezelésére bizonyos biztonsági szempontok figyelembevétele mellett.

11. HEPATITIS A VÍRUSFERTŐZÉS. MIÉRT NŐ AZ ESETSZÁM?

Dr. Lakatos Piroska¹, Dr. Martyin Tibor¹, Dr. Laurinyecz Mária¹, Dr. Dencs Ágnes², Dr. Molnár Zsuzsanna³

¹Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Infektológiai (Hepatológia és Immunológia) Osztály, Gyula

²Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Virologiai Laboratórium Osztály, Budapest

³Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Járványügyi és Védőoltási Osztály, Budapest

Bevezetés: A hepatitis A vírus a világszerte elterjedt, járványosan terjedő, fertőző heveny májgyulladás kórokozója. A fertőzés feko-oralis úton terjed, hat ismert genotípusa közül humán jelentősége az 1A és 1B szubtypusnak van. Megjelenési formája a tünetmentességtől a heves lefolyású (fulmináns) hepatitisig terjedhet. A betegség oki kezelése ez idáig nem ismert, krónikus hepatitis nem alakul ki belőle. Megelőzés céljából hatékony vakcina áll rendelkezésre.

Módszer: A szerzők az elmúlt 10 évben bejelentett hepatitis A vírusfertőzés epidemiológiai adatait dolgozták fel az Európai Unió és magyarországi adatok alapján retrospektív módon. Kitérnek a hazánkkal szomszédos három országban bekövetkezett jelentős esetszám növekedésre, valamint négy beteg esetét ismertetik.

Eredmények: Magyarországon 2025-ben az előzetes (még nem tisztított) adatok alapján 2048 hepatitis A megbetegedést diagnosztizáltak, többszörösét az előző években ismert esetekhez képest. A legtöbb megbetegedést Budapestről, és Pest megyéből jelentették. Számos kisebb közösségi és családi halmazódásról is érkezett jelentés. A vizsgált hazai izolátumok 98%-a 1B szubtypusú volt.

Következtetések: Magyarországot korábban alacsonyabb esetszámok jellemezték néhány tíztől néhány száz fertőzésig, azonban az elmúlt évben országunkban, és a szomszédos országokban egyaránt kiugróan magas esetszámokat detektáltak, melyeket az 1B szubtypusú törzsek okoztak. A betegség előfordulása elsősorban a rossz higiénés és kedvezőtlen szociális körülmények közt élők körében terjed. A védőoltás továbbra is hatékony módja a védekezésnek. A határokon átnyúló járványügyi intézkedéseknek fontos szerepe van napjainkban is.

12. NAGYON NAGY KARDIOVASZKULÁRIS RIZIKÓJÚ BETEG KOMPLEX KIVIZSGÁLÁSA ÉS KEZELÉSE, LIPOPROTEIN(A) KITEKINTÉSEL. ESETISMERTETÉS

Dr. Kovács-Huber Róbert¹, Dr. Fejes Roland¹, Dr. Bakos Attila¹, Dr. Jámbor Tamás¹, Dr. Góg Csaba¹

¹Hódmezővásárhelyi-Makói Egészségügyi Ellátó Központ, Belgyógyászati osztály

Bevezetés: Az ateroszklerotikus kardiovaszkuláris betegségek (ASCVD) már jól ismert rizikófaktorain túl egyre inkább központi szerepet kap a lipoprotein(a) [Lp(a)] is. Az LDL-koleszterin szint csökkentésére, a magasvérnyomás-betegség vagy az obezitás kezelésére számos hatékony terápiás megközelítés áll rendelkezésünkre, azonban a Lp(a) által okozott reziduális ASCVD-rizikó csökkentésére meglehetősen korlátozottak a lehetőségeink.

Esetismertetés: Egy 33 éves férfi betegnél először ST-elevációs infarktus miatt 2024 decemberében perkután coronaria intervenció (PCI) történt gyógyszerkibocsátó sztent implantációjával. Szövődményként csökkent ejekciós frakciójú szívelégtelenség (HFrEF) alakult ki. Néhány hónapon belül ismételt koronária esemény miatt újabb PCI-ra került sor. Komplex kivizsgálása során familiáris hiperkoleszterinémia irányába genetikai vizsgálatot, reumatológiai szakvizsgálatot, Lp(a) meghatározást és orális glükóz tolerancia tesztet végeztünk. A beteg kettős trombocitaaggregáció-gátlás, valamint HFrEF bázisterápia mellett sztatin-ezetimib kombinációs kezelésben részesült, de LDL-koleszterin szintje a számára meghatározott célértéket meghaladta, így szubtilizin/kexin proprotein-konvertáz enzim 9 (PCSK9)-gátló terápia indítása mellett döntöttünk. Fél éves kezelést követően jelentős csökkenést tapasztaltunk az LDL-koleszterin, a Lp(a) és a proBNP szintekben, javult a beteg ejekciós frakciója, ismételt ASCVD esemény nem következett be és nagyon javult a beteg terhelhetősége is.

Következtetés: Az eset rávilágít arra, hogy a magas vagy nagyon magas ASCVD rizikó esetén a rutinszerű Lp(a) meghatározás kiemelt jelentőségű. A PCSK9-gátlók nemcsak az LDL-koleszterin, de a Lp(a) szintjét is csökkentik, így a jelenlegi terápiás algoritmusokban fontos helyet kell kapniuk. Komplex, holisztikus szemlélettel ezen betegek életminősége jelentősen javítható.

13. ISMERETLEN ETIOLÓGIÁJÚ SZÍVELÉGTELENSÉG MULTIDISZCIPLINÁRIS KIVIZSGÁLÁSA – ESETBEMUTATÁS

Dr. Jámbor Tamás¹, Dr. Valkusz Zsuzsanna², Dr. Kovács-Huber Róbert¹, Dr. Góg Csaba¹, Dr. Fejes Roland¹

¹ Hódmezővásárhelyi–Makói Egészségügyi Ellátó Központ, Makó Belgyógyászati Osztály

² Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika

Bevezetés: Bár a szívelégtelenség leggyakrabban jól ismert kardiovaszkuláris rizikótényezőkhöz köthető, egyes esetekben nem klasszikus etiológiák állnak a háttérben, melyek felismerése a tünetek komplex értelmezését igényli.

Esetismertetés: Egy 44 éves férfi beteg szívelégtelenség klinikumával került osztályunkra kivizsgálás és terápiaoptimalizálás céljából. Anamnézisében progresszív effort nehézlégzés szerepelt, valamint célzott rákérdezésre beszámolt kéz- és lábméretének növekedéséről. Az echokardiográfia súlyosan csökkent bal kamrai ejekciós frakciót, diffúz hipokinéziát és perikardiális folyadékot igazolt. Klasszikus kardiometabolikus rizikótényezők nem voltak kimutathatók. Koronarográfia során szignifikáns koszorúér-betegséget nem detektáltak. Endokrinopátia gyanúja miatt végzett orális glükóztolerancia teszt során a növekedési hormon (GH) szintje nem szuppresszáldott (kiindulás: 34,6 ng/ml; kontroll: 26,9 ng/ml), emelkedett inzulinszerű növekedési faktor szinttel (497 ng/ml) társulva. Tercier centrumban végzett agyalapimirigy MR vizsgálat makroadenómát igazolt, szerkezeti eltérés nélkül. Kuratív megoldásként transzszfenoidális műtét történt, amely során GH-termelő tumor eltávolítására került sor. A beteg azóta rendszeres kontrollvizsgálatokon vesz részt, szívelégtelenségre utaló tünetei mérsékelt javulást mutatnak.

Következtetés: Az eset rámutat arra, hogy a szívelégtelenség klasszikus klinikai megjelenése mögött olykor nem klasszikus, szisztémás eredetű betegségek húzódnak meg. Ezek felismerése holisztikus, multidiszciplináris szemléletet igényel, mely alapvető jelentőségű a helyes diagnózis és az adekvát ellátás szempontjából.

14. SPONTÁN TUMORLÍZIS SZINDRÓMÁVAL ÉS AKUT VESEELÉGTELENSÉGGEL TÁRSULÓ MYELOMA MULTIPLEX SIKERES KEZELÉSE – A KOMPLEX NEPHROLÓGIAI ÉS HEMATOLÓGIAI ELLÁTÁS TÜKRÉBEN

Dr. Radics György¹, Dr. Jakucs János¹, Dr. Berkesi Erika², Dr. Bereczki Ágnes Hajnalka¹,
Dr. Orosi Norbert¹, Dr. Hallai Henrietta¹, Dr. Pálovits Bálint Péter¹

¹BVMKK-Réthy Pál Tagkórház, Haematológia Osztály, Békéscsaba

²BVMKK-Réthy Pál Tagkórház, Nephrológiai Osztály, Békéscsaba

Bevezetés: A myeloma multiplex egy plasmasejt eredetű klonális, indolens lymphoproliferatív kórkép. Az idős kor betegsége, a diagnózis felállításakor az átlagéletkor 65 év. A klinikai tünetek a myelomasejtek csontvelői infiltrációjára, illetve az általuk termelt M-protein hatásaira vezethetők vissza. A betegség szövődményei az angol CRAB mozaikszóval foglalhatóak össze: hypercalcaemia, veseelégtelenség, anaemia és csontlézio. A betegek döntő többségének első panasza a csontfájdalom, melyet gyakoriságban a csontvelő-, és veseelégtelenség okozta tünetek követnek.

Esetismertetés: 49 éves férfi betegünk esetét mutatjuk be, akinek kórelőzményében csupán gastroduodenitis szerepelt. 2018 óta fennálló, progresszív deréktáji fájdalom miatt több alkalommal felkereste az SBO-t. Panaszai tüneti terápiára szűntek, később reumatológiai kivizsgálást javasoltak. 2025 nyarán gerinc MRI vizsgálat történt, ahol az L.III.-as csigolya patológiás törését írták le, illetve ekkor a laboreredményei akut veseelégtelenség fennállását igazolták. Belgyógyászati elhelyezését követően pár napon belül rapid állapotromlás, desorientatio, metabolikus acidosis és hyperkalaemia miatt Intenzív Osztályos áthelyezés vált szükségessé, hemodialízis céljából. Állapota javult, ezért a Nephrológiai Osztályra helyezték, ahol még rövid ideig dializálták, a sternumpunctio lelet alapján nagydózisú dexametazon és bortezomib terápiában részesítették. A kezelés mellett vese-funkciók értékei normalizálódtak. Ezt követően megtörtént áthelyezése a Haematológiai Osztályra, ahol az elvégzett vizsgálatok IgG, kappa típusú myeloma fennállását igazolták. Hematológiai kezelését a DVRd protokoll szerint folytattuk, a későbbiekben autológ őssejtátültetést tervezünk.

Összefoglalás: Az eset hangsúlyozza, hogy az akut veseelégtelenséggel társuló myeloma multidiszciplináris ellátást és sürgős diagnosztikát igényel. Az intenzív nephrológiai kezelés és a korán megkezdett specifikus hematológiai terápia hatására a vese-funkció helyreállítható, a kórelfolyás pedig kedvező irányba befolyásolható.

15. AZ ELHÍZÁS LEHETSÉGES KÓROKI TÉNYEZŐKÖN ALAPULÓ KIVIZSGÁLÁSÁNAK ÉS KEZELÉSÉNEK ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI KÉRDÉSEI

Dr. Naszódy Péter¹

¹Bács-Kiskun Megyei Oktatókórház, Endokrin Szakrendelés, Kecskemét

Az elhízással kapcsolatos első nagy kérdés, hogy a túlsúly hátterében csupán a beteg életmódja áll vagy vannak egyéb hajlamosító tényezők is. Ha elfogadjuk, hogy a túlsúlyért nem csak a beteg életmódja a felelős, akkor az elhízás részben már a kezelőorvos felelőssége is lesz. A megfelelő segítséghez azonban szükség van az elhízás életmódon kívüli kóroki tényezőinek és kezelési lehetőségeinek ismeretére.

Az elhízással kapcsolatos második nagy kérdés, hogy milyen eltérések, betegségek hajlamosíthatnak elhízásra. Sok, de ritka genetikai betegségről tudjuk, hogy elhízással járhat, de a hétköznapi klinikai gyakorlatban nem ezek a szindrómák állnak a túlsúly hátterében. Elhízáshoz alapvetően a csökkent alanyanyagcsere, a fokozott étvágy és a fokozott zsírraktározás vagy ezek kombinációja vezethet és ezek a problémák több betegség vagy eltérés következtében is megjelenhetnek. A gyakorlati megközelíthetőség szempontjából az elhízás részéről egy négylábú szék, melynek lábai a kedvezőtlen életmód, a hypothyreosis, a hyperinzulinaemia és egy egyéb csoport lehetnek. Az első három láb jól definiálható és vizsgálható, de a negyedik láb a hétköznapi klinikai gyakorlatban pontosan nem definiálható és vizsgálható és főként akkor merül fel a szerepe, ha az elhízás első három lába már nincs jelen, mert rendeződött vagy nem is volt jelen.

Az elhízással kapcsolatos harmadik nagy kérdés, hogy miként tudunk segíteni az elhízásban. A „Fogyjon le! Ha lefogyott, akkor jöjjön vissza!” már kissé túlhaladottnak tűnik, de sajnos még mindig része a hétköznapi orvosi gyakorlatnak. „Fogyasztószerekkel” igaz már régóta próbálkozik a gyógyszeripar és az orvostudomány, de igazán sikeres készítmények csak az utóbbi időben jelentek meg. Ezek megjelenése csábító lehet arra, hogy az elhízást, mint önálló betegséget kezeljük, anélkül, hogy megpróbálnánk az elhízást következményként értelmezni és csupán a kiváltó okokat kezelni. Ez azonban olyan lenne, mintha tüdőgyulladásban a tüdőgyulladást kezelnék és nem a kiváltó kóroki tényezőt vagy tényezőket és például a penicillint kikiáltanánk tüdőgyulladás elleni szernek, holott a penicillin csak a tüdőgyulladás lehetséges kóroki tényezőiének kezelésében lehet segítség az esetek egy részében. Helyesebb lenne tehát, ha az elhízás négylábú szék modelljét követnénk, az első három láb szerepét tisztáznánk és rendeznénk és ha ennek ellenére sem vagy kellően nem rendeződne a túlsúly, akkor gondolnánk az negyedik vagyis egyéb lábra, aminek kezelésében empirikus alapon úgy tűnik gyakran lehet segítség a GLP1 RA vagy GLP1/GIP RA készítmények alkalmazása és várjuk a fejlesztés alatt álló egyéb készítményeket is.

16. METABOLIKUS DISZFUNKCIÓVAL TÁRSULT SZTEATOTIKUS MÁJBETEGSÉG (MASLD)

Dr. Bányai Tivadar¹

¹Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Infektológiai (Hepatológiai és Immunológiai) Osztály, Gyula

Májbetegségek közül a leggyakoribb krónikus májbetegség a világon, melynek gyakoriságát Európában és az Egyesült Államokban 25-38%-ra teszik. Jelentőségét az is növeli, hogy tíz év alatt a gyakorisága 5-8 %-kal megnőtt. Ezeken a földrészeken a MASLD a leggyakoribb oka a májtranszplantációnak.

A betegség diagnózisát akkor állíthatjuk fel, ha a zsíros máj egy vagy több metabolikus rizikóval (elhízás, 2-es típusú cukorbetegség, diszlipidémia, hipertonia) társul. A betegség lefolyása során számolni kell azzal, hogy a zsírosodás gyulladást (steatosis hepatis), májfibrózist, májsugorodást és hepatocelluláris karcinómát eredményezhet.

A májzsírosodás megítélésére szolgáló vizsgálat az UH, CAP (Controlled Attenuation Parameter), VCTE (Vibration Controlled Transient Elastography), MRI-PDFF (MRI-Proton Density Fat Fraction).

A májbíbfibrózis megítélésére laboratóriumi score-ok (FIB-4 score, APRI score, NFS score, ELF-score, ADAPT-score), képalkotó vizsgálatok (Fibroscan, MRE, SWE, VCTE) és májbíopszia (ritkán) állnak rendelkezésre. A májbetegség szempontjából legfontosabb korai orvosi feladat a májbíbfibrózis kizárása vagy igazolása, melyhez a legelterjedtebb és a legegyszerűbb vizsgálat a FIB-4 score és a Fibroscan. Amennyiben a FIB-4 score >2,67 vagy a fibroscan >8 kPa akkor érdemes a beteget hepatológusnak referálni.

A betegség kezelése életmód változtatásból, májra ható gyógyszerekből és a társbetegségek (2-es típusú diabetes, diszlipidémia, obezitás és hipertonia) kezeléséből tevődik össze. A gyógyszerek közül egyedül a resmetirom (Rezdiffra) rendelkezik hivatalos indikációval MASLD betegségben. Mindennapi alkalmazásának gátat szab rendkívül magas ára. A GLP-1 RA-ák és a coagonisták (tirzepatid) csökkentik a szteatozist, a májgyulladást, az enzimszinteket és a testsúlyt, de még nincs bizonyíték a májbíbfibrózis csökkentésére (vizsgálatok folyamatban). Bizonyos esetekben a bariátriai (endoszkópos és sebészeti) kezelések is szóba jönnek a társbetegségek kezelésében.

17. ÁPOLÓKÉNT A DIABÉTESZ SZÖVŐDMÉNYEIRŐL...

Iszáka Róbert¹

¹BMKK Pándy Kálmán Tagkórház, I. Belgyógyászat

Bevezetés: A 2-es típusú diabétesz egyre nagyobb feladatot jelent a társadalom és az ellátórendszer számára egyaránt. A Diabétesz Világösszevetség adatai alapján 2040-re 642 millió ember szenved majd ebben a betegségben.

A diabétesz szakápolóknak kiemelt szerepe van a betegek edukálásában, a vércukor önellenőrzés módjainak megtanításában, a szövődmények felmérésében. Kapcsolatot kell tartania más szakterületek képviselőivel is, mint dietetikus, gyógytornász, pszichológus.

A szövődmények felmérése tekintetében nagy jelentőségűek az eszközös vizsgálatok, melyeket a diabétesz szakápoló végez. Ezek között is a legfontosabb a monofilament teszt, a kalibrált hangvilla, a doppler-index. Kórházunkban elérhető a doppler-index méréseinek segítésére a Boso készülék, mely egyszerűsíti és gyorsítja a munkánkat.

A szövődmények kialakulásának lassítása érdekében a vércukor önellenőrzés adatainak elemzése is kardinális kérdés. E téren az utóbbi években forradalmi változások zajlottak a glükóz szenzorok megjelenésével.

Összefoglalva: A diabétesz szakápolók feladata egyre komplexebbé válik, egyre nagyobb szerepük van a cukorbetegség önellenőrzésnek megtanításában, az edukációban illetve a szövődmények felmérésében.

Kulcsszó: diabétesz szövődmények, edukáció, eszközös vizsgálat, glükóz szenzor, önellenőrzés

18. KÉZ A KÉZBEN: ELHÍZÁS ÉS MÁJBETEGSÉG

Prof. Dr. Kempler Péter¹

¹Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

Az obezitás prevalenciája világszerte egyre inkább emelkedik, hazánk e tekintetben a legelhízottabbak sorában szerepel. Endokrin betegség az obezitásban szenvedők elhanyagolható hányadában áll fenn, genetikai eredetű ok ugyancsak nem bizonyítható. Az obezitás további meghatározó kóroki tényezői a mozgásszegény életmód és az egészségtelen táplálkozás. Az obezitás hátterében a legtöbb esetben túlzott mértékű energiabevitel áll fenn, mely dysbacteriosishoz vezet. Ennek következményeképpen abdominális zsírsejt fenotípusváltás következik be, mely krónikus szisztémás szubklinikus gyulladást hoz létre és az oxidatív stressz fokozódásához vezet. A következmények: 2-es típusú cukorbetegség, kardiovaszkuláris betegségek, krónikus vesebetegség, zsírmáj és a karcinogenezis fokozódása.

A 2-es típusú cukorbetegeket kb. 90%-a esetben áll fenn túlsúly vagy elhízás. Az obezitás a máj, valamint a hasnyálmirigy elzsírosodásához vezet, minél jelentősebb mértékű az obezitás, annál nagyobb mértékben.

A 2-es típusú cukorbetegek közel felében steatosis hepatis áll fenn, melynek progressziója napjainkban már az első helyen áll a krónikus májbetegségek halálozási rangsorában. Fordítva: krónikus májbetegekben a hepatikus inzulinrezisztencia progressziója igen gyakran vezet diabetes kialakulásához.

Az obezitás ismert és jól bevált kezelési stratégiái (életmódváltás, mozgás, diéta) mellett az FDA néhány hónapja jóváhagyta a semaglutid kezelést a nem alkoholos steatohepatitis kezelésében. Bár ez az indikáció Európában és így hazánkban még nem érvényes, az ebben a kórképben szenvedő, jelentős számú cukorbeteg számára a semaglutid napjainkban is hatékony terápiás alternatívát jelent.

19. GLP-1 RA KEZELÉS HATÁSA 2-ES TÍPUSÚ DIABETES MELLITUSOS BETEGEK KOMPLEX KARDIOMETABOLIKUS INTERVENCIÓJÁNAK EREDMÉNYEIRE

Dr. Iglói Gábor¹, Dr. Molnár Boglárka¹, Dr. Rajcsány Kitti¹, Dr. Sepp Krisztián¹, Prof. Dr. Nemes Attila¹, Prof. Dr. Lengyel Csaba¹, Prof. Dr. Várkonyi Tamás¹, Dr. habil. Kósa István¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Szeged

Bevezetés: A T2DM betegek kezelésében az utóbbi években jelentős változást hozott a GLP1-RA készítmények alkalmazása. Ugyan ezen készítményeket is életmódváltás támogatás mellett kellene rendelni, de az erőforrások korlátozott hozzáférhetősége miatt sok beteget csak egy terápiás kudarc sodor be egy támogató klinikai környezetbe.

Célkitűzés: Annak felmérése, milyen hozzáadott értéket biztosít az SZTE Kardiometabolikus Rehabilitációs Osztályán kialakított hibrid telemedicinális (HR) környezet már korábban GLP1-RA kezelésben részesülő (GLP++), a HR-rel egyidőben elindított GLP1-RA kezelés (GLP+), illetve GLP1-RA mentes (GLP--) T2DM-os betegek antropometriás és laboratóriumi paramétereire.

Anyag és módszer: Vizsgálatunkban az Osztályon 2023. március – 2026. február között ellátott összesen 254 beteget (135 nő, 119 férfi) vontunk be. Valamennyi beteg 5 napos intézeti felkészítést követően 3 hónapos telemedicinális utánkövetésben vett részt, mely során az okostelefonon naplózott étkezési adatokat dietetikus, a naplózott tréning adatokat gyógytornász konzultálta két hetente. A betegek GLP1-RA szedési gyakorlatát EESZT recept kiváltási adatbázis alapján ellenőriztük egyedileg.

Eredmények: A GLP ++ / GLP -+ / GLP -- alcsoportok mérete 63 / 17 / 174 fő volt. A kiinduló **testsúly** 113.43 ± 28.08 kg, mely nem különbözött érdemben a GLP ++ / GLP -+ / GLP -- alcsoportokban ($117.27 \pm 32.06 / 108.64 \pm 18.00 / 112.51 \pm 27.32$). Hasonlóan nem volt érdemi különbség a **BMI** 40.20 ± 9.73 kg/m² ($40.79 \pm 10.39 / 38.50 \pm 9.68 / 40.16 \pm 9.53$) és a **haskőrfogat** 124.65 ± 17.87 cm ($127.83 \pm 19.64 / 121.59 \pm 13.35 / 123.79 \pm 17.52$) vonatkozásában. A **HbA1c** 6.95 ± 1.34 % ($7.49 \pm 1.19 / 7.51 \pm 1.08 / 6.7 \pm 1.35$) illetve az **éhomi vércukorérték** 7.21 ± 2.49 mmol/l ($7.89 \pm 2.39 / 8.2 \pm 1.71 / 6.88 \pm 2.52$) szignifikánsan magasabb volt a GLP1-RA-s csoportokban.

3 hónap alatt valamennyi csoportban szignifikánsan javultak a paraméterek, de a változás mértéke nem különbözött szignifikánsan a csoportok között. 6.26 ± 7.79 kg-mal ($6.19 \pm 9.04 / 5.73 \pm 4.24 / 6.34 \pm 7.60$), 2.26 ± 2.27 kg/m²-rel ($1.99 \pm 2.44 / 2.11 \pm 1.57 / 2.37 \pm 2.27$), 5.69 ± 7.29 cm-rel ($5.55 \pm 6.22 / 5.00 \pm 3.64 / 5.81 \pm 7.91$) 0.58 ± 1.23 %-kal ($0.73 \pm 0.84 / 0.90 \pm 1.50 / 0.49 \pm 1.32$) illetve 0.61 ± 2.51 mmol/l-rel ($0.60 \pm 2.91 / 0.56 \pm 1.39 / 0.67 \pm 2.39$) csökkentek az értékek.

Megbeszélés: Eredményeink alapján az intézetünkben alkalmazott életmódi intervenció szignifikáns hozzáadott értéket biztosít függetlenül attól, hogy a betegek korábban GLP1-RA kezelésben részesültek, ezen kezelés a HR-rel egyidőben indult el, vagy GLP1-RA mentesen valósult meg. Tekintetbe kell venni, hogy jelen vizsgálatba a betegbevonás klinikai indikáció alapján, a korábbi kezelés eredménytelensége alapján történt.

20. PERZISZTÁLÓ HYPERKALAEMIA NORMÁL VESEFUNKCIÓ MELLETT-ESETISMERTETÉS

Dr. Halász Noémi¹, Dr. Molnár Szabolcs¹, Dr. Ruzsa György¹, Dr. Varga Richárd¹

¹BVKK Pándy Kálmán Tagkórház Gyula, I. Belgyógyászati Osztály

Esetismertetésünkben egy Addison-kórban szenvedő beteg esetét mutatjuk be. Többször jelent meg belgyógyászati és nephrológiai profilú szakrendeléseken perzisztáló hyperkalaemia normál vesefunkciós laborendményekkel. Az elvégzett vizsgálatok során egyéb hyperkalémiát okozó tényezőket kizártak. Az endokrinológus a speciális vizsgálatok kérése során magas PRA, alacsony aldosteron- és kortizol szintet észlelt. Ez és a kialakult hiperpigmentáltság alapján a fenti diagnózis kimondható volt. A beteg szubsztitúcióját elkezdték.

Kórelőzményében hypertonia, nyaki gerincsérv, valamint korábban kezelt szorongás és depresszió szerepel.

A szubsztitúciós kezelés megkezdését követően 2 hónappal kórházunk Sürgősségi Betegeellátó Osztályán jelentkezett gyengeség és kézzsibbadás panaszával. A laboratóriumi vizsgálatok normális glomerulus filtrációs ráta mellett ismételt magas káliumszintet igazoltak. A klinikai kép és a laboratóriumi eltérések Addison-krízisnek feleltek meg, melyet a szubsztitúció kihagyása okozott. A hormonhiány-kisiklás akut kezelését követően terápiás stratégiáján változtattunk, a szérum káliumszint normalizálódott, a klinikai tünetek megszűntek.

Esetünk rámutat arra, hogy tartós hyperkalaemia fennállása esetén, normális vesefunkció mellett, a hypadreniára mint lehetséges etiológiai tényezőre gondolni kell. Addison-kóros betegek gondozása és oktatása igazi kihívás az endokrin szakrendelők számára.

21. LAKTÁTACIDÓZIS RITKA ESETE

Darvasi Hajnalka¹, Molnár Szabolcs¹, Bassam Ali², Varga Richárd¹

¹Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Belgyógyászati osztály

²Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Megyei Onkológiai Központ

68 éves nőbetegünk sürgősséggel került felvételre általános gyengeség, pancytopenia, magas laktátszint és hypoglykaemia miatt. A vérgáz vizsgálatok jó oxigenizáció mellett magas anion gap metabolikus acidosisra utaltak. Anamneziséből infiltráló ductális carcinoma miatt végzett műtét, radiochemotherápia, majd anasztroze kezelés emelendő ki. A felvételt megelőző CT vizsgálatok nem igazoltak áttéteket. Perifériás kenetében magas vörösvérsejteket, aniso- poikilocytosist, illetve egy blastszerű sejtet talált a vizsgáló. Transfusio, glukóz infúzió hatására a beteg állapota átmenetileg javult. A felvételt követő napon Jamshidi-biopsia történt. A beteg állapota a 6. napon romlott, pneumonia, multiresistens Acinetobacter baumannii fertőzés következtében még aznap exitált. A biopsia szövettani eredménye: Kevert myeloid / B-sejt fenotípusú akut leukaemia. A szerzők felhívják a figyelmet a malignomákat követő metabolikus krízisállapotok jelentőségére, melynek egyik formája a laktátacidosis.

22. MOZGÁSTERÁPIA, MINT AZ OBESITAS KEZELÉSÉNEK NULLADIK ELEME

Dr. Duray-Jónás Noémi¹, Dr. Duray Gergő¹

¹OrosKlinik Egészségközpont, Orosháza

Az obezitás és a nem fertőző krónikus belgyógyászati kórképek (NCDs) prevalenciája jelentősen növekszik Európában és Magyarországon egyaránt. Magyarországon a felnőtt lakosság körében az elhízás prevalenciája 2022-ben megközelítette a 31,7 %-ot (BMI ≥ 30 kg/m²) és hosszú távú emelkedő trendet mutat.

A fizikai aktivitás hiánya kulcsfontosságú rizikótényező az elhízás és hozzá kapcsolódó krónikus betegségek kialakulásában. Az Eurobarometer-felmérés szerint 45 % az EU-lakosságban azok aránya, akik egyáltalán nem végeznek rendszeres testmozgást. Magyar KSH adatok szerint a felnőtt lakosság 59 %-a soha nem sportol, jóval meghaladva az európai átlagot, és mindössze 10-ből 3 személy felel meg WHO heti minimum 150 perc mérsékelt intenzitású mozgásra vonatkozó ajánlásának.

A zsírszövet nem csak „raktár”, hanem immun- és endokrin szerv; elhízásban a mikrokörnyezet (hypoxia, fibrózis/ECM, kapillárhálózat, immunsejtes beszűrődés) romlása társul a metabolikus komplikációkhoz. A hosszú távon edző túlsúlyos/elhízott emberek hasi bőr alatti zsírszöveve átépül: kapillárisok fokozódnak, makrofágok jelenléte csökken, Col6a csökken. Ez a kép arra utal, hogy a mozgás nem pusztán „zsírt éget”, hanem a zsírszövet funkcionális állapotát is javítja.

A mozgásterápia klinikai, életminőségbeli hatásai is jól dokumentáltak: rendszeres aerob és rezisztencia jellegű testmozgás javítja az inzulinérzékenységet, csökkenti a viscerális zsírtömeget, mérsékli a kardiometabolikus rizikót, csökkenti az elhízáshoz köthető szorongásos és depressziós tüneteket, ezáltal hozzájárul az életminőség javulásához.

Bemutatjuk az egyes krónikus betegségek mozgásterápiás ajánlásainak belgyógyászati indoklását és mechanizmusait, az aktivitási szintek epidemiológiáját Magyarországon és az EU-ban. Továbbá gyakorlati útmutatást adunk a mozgásterápia személyre szabott alkalmazásához elhízott és krónikus belgyógyászati betegek esetében (rizikófelmérés, kontraindikációk, terhelhetőség megítélése, edzésajánlások).

A cél, hogy a belgyógyászati gyakorlatban a mozgásterápia ne csupán elméleti javaslat maradjon, hanem strukturált elemként integrálódjon a betegellátásba.

23. SÚLYOS MALABSZORPCIÓ ÉS NEUROLÓGIAI TÜNETEK FIATAL NŐBETEGNÉL SZÜLÉST KÖVETŐEN

Dr. Bakos Attila¹, Dr. Fejes Roland¹, Dr. Jámbor Tamás¹, Dr. Góg Csaba¹, Dr. Kovács-Huber Róbert¹

¹Hódmezővásárhelyi-Makói Egészségügyi Ellátó Központ, Makó, Belgyógyászati Osztály

Bevezetés: A súlyos malabszorpcióval járó állapotok ritkán akut, életveszélyes formában jelentkezhetnek. A klinikai tünetek gyakran aspecifikusak, és a differenciáldiagnosztika széles spektrumot ölel fel, mely késleltetheti a célzott kezelés megkezdését.

Esetismertetés: A 35 éves nőbeteget néhány hónapos hasmenés, nagymértékű fogyás, alsó végtagi gyengeség, bal kéz zsibbadás, meglassult beszéd, féloldali fejfájás, szédülés miatt észleltük. Fizikális vizsgálat során alacsony vérnyomás, csökkent testtömegindex (13 kg/m²), valamint fokális neurológiai eltérések voltak észlelhetők. Anamnézisében három hónappal korábbi császármetszés szerepelt. Laboratóriumi vizsgálatai súlyos felszívódási zavarra utaló eltéréseket mutattak: normociter anémia, alvadási zavar, elektrolit eltérések, hipoproteinémia, emelkedett májenzimek és beszűkült vesefunkció. Képalkotó vizsgálatok során hepatomegália és aszcitesz ábrázolódott, kifejezett bélfaleltérés nem igazolódott. A gyulladásos bélbetegség lehetősége a negatív széklet kalprotektin eredmény alapján háttérbe szorult. A progresszív állapot és a laboratóriumi eltérések alapján autoimmun eredetű felszívódási zavar irányában szöveti transzzglutamináz szűrést, pánendoszkópos vizsgálatot és nyombélből nyert biopsziás mintán szövettani elemzést végeztünk. A diagnosztikus folyamattal párhuzamosan megkezdődött a beteg intenzív elektrolit-, mikrotápanyag- és kalóriapótlása.

Konklúzió: Fiatal betegeknél jelentkező súlyos malabszorpció, elektrolitzavar és neurológiai tünetek esetén ritka, de potenciálisan életveszélyes autoimmun enteropátiákra is gondolni kell. A korai felismerés és a célzott kezelés megkezdése döntő jelentőségű a betegség progressziója szempontjából.

