

## Egy következtelen hagyományőrzésről

### Hozzászólás

A „Dezsényi Balázs dr. és mtsai: Családi disznótor, avagy a szokások nem változnak – Hagyományőrző infektológiai esetbemutatás” című cikkhez. [Orv Hetil. 2019; 160(24): 952–957.]

Orvostörténészként, de egykori gyakorló orvosként is, mindig örömmel nyugtázom, ha egy-egy szakdolgozat szerzője/szerzői nemcsak a jelennel, esetleg a jövővel foglalkoznak, hanem hivatkoznak az elődeink által elért eredményekre is. Ilyen orvostörténeti szemüveggel kezdtem el olvasni a lapunk ez évi 24. számában megjelent „Családi disznótor, avagy a szokások nem változnak” című hagyományőrző infektológiai esetbemutatást [1]. Ám minél inkább beleolvastam a kazuisztikát megelőző, a trichinellosist bemutató részbe, örömmömbé üröm csöppent. Azt olvasom ugyanis, hogy „Magyarországon az első feltételezett trichinellosisjárványról 1891-ben számoltak be”, illetve „Az első halálos kimenetelű emberi *Trichinella*-fertőzést a budapesti Szent István kórházban észlelték 1924-ben”.

Kérem tisztelettel a Szerzőket, lapozzák fel az *Orvosi Hetilap* 1868-ban megjelent 12. évfolyamát. A 385–389. és 401–406. oldalakon található „Genersich Antal: Fonalóczkór esete embernél – étetési kísérlettel állatoknál” című dolgozata. A fonalóc a *Trichinella spiralis* korabeli neve. Genersich egy 36 éves, „mérgezési tünetek” közt elhunyt 36 éves nő törvényszéki boncolását végezte. A boncolási jegyzőkönyvből idézi: „Minden izomban... számtalan tűszúrásnyi, tojásdad, egyenlő nagyságú, sárgásfehér pontok vannak beszórva, melyek (a boncolat közben tett) közelebbi górcsói vizsgálattal... trichina spiralis név alatt ismert férgeknek bizonyultak” [2]. Annak ellenére, hogy a mérgezés gyanúja is beigazolódott, az eset jogosan tekinthető az első halálos kimenetelű, boncolással, mikroszkopizálással igazolt emberi *Trichinella*-fertőzésnek Magyarországon. Az eset részletes orvostörténeti feldolgozása az *Orvosi Hetilap* 2009-es évfolyamában olvasható [3].

Hasznos lett volna e Genersich-tanulmányt idézni, és már az összefoglalásban is hivatkozni a magyar parazitológia eme hátrákvére. Hiszen külföldön az angol nyelvű

összefoglalást olvassák el a legtöbben, az ebben szereplő utalás keltheti fel az érdeklődést az 1868-as, magyar lapban történt közlés iránt. Így hozzájárulhattak volna a lapunk örvendetesen alakuló impaktfaktorának növekedéséhez és az alcímben szereplő következtelen hagyományőrzéshez is.

Kiss László dr.

### Irodalom

- [1] Dezsényi B, Szabó BG, Danka J, et al. Családi disznótor, avagy a szokások nem változnak. Hagyományőrző infektológiai esetbemutatás. Orv Hetil. 2019; 160: 952–957.
- [2] Genersich A. Fonalóczkór esete embernél – étetési kísérlettel állatoknál. Orv Hetil. 1868; 12: 385–389 és 401–406.
- [3] Kiss L. Az orvosi parazitológia megjelenése a közegészségügy hazai történetében. A parazitológia méltatlanul elfeledett magyar úttörője: Genersich Antal (1842–1918). Orv Hetil. 2009; 150: 175–177.

### Válasz

Tisztelt Kolléga Úr!

Köszönjük értékes hozzászólását közleményünkhez. Összefoglalásunkban valóban nem említjük Genersich Antal ez irányú úttörő munkásságát és az általa 1868-ban közölt esetet [1], ami alapján megállapítható, hogy kísérletes bizonyítékkal alátámasztottan valóban a 36 éves hajadon esete volt az első közölt *Trichinella*-fertőzés hazánkban. Így trichinellosist már az első igazoltan halálos kimenetelű – és közleményünkben ekként idézett – 1924-es eset [2] előtt 57 évvel is észleltek. Trichinellosis okozta halálozásról ugyanakkor Genersich későbbi kolozsvári munkássága során sem számolt be [3], így cikkünkben tett megállapításaink érvényessége megmarad, mert részletes epidemiológiai és klinikai körelőzmény hiányában (a hajadont holtan találták) és a toxikológiai eredmények birtokában az már nem állapítható meg, hogy az 1867. évi trichinellosis lett volna az első halálos eset, járványról pedig – egyetlen esetről lévén szó – nem beszélhetünk. Magyarországon az első feltételezett emberi trichinellosisjárványról 1891-ben Ballagi János számolt be az *Orvosi Hetilap*-ban – ahogy ezt cikkünkben említjük is. A teljes igazsághoz hozzátartozik, hogy mikrobiológiai confirmáció ekkor nem történt. A diósgyőri vasgyárban 1891. november 4-től kezdődően 23 munkás betegedett meg, a szerző feltevése szerint egy debreceni hentes-től

október 26-án vett füstölt kolbásztól, melyet nyersen fogyasztottak. A szerző valamennyi beteget felsorolva rövid leírást ad az egyes esetek körlefeljárásáról. Halálozás nem történt. A mikroszkóposan átvizsgált maradék kolbászban *Trichinellát* nem azonosítottak, a betegek székletét nem vizsgálták, mivel nem tartották valószínűnek, hogy az enterális fázis lezajlása után sikerrel járnának; izombiopszia egy esetben sem történt. A szerző a súlyos betegeket próbálta rábírnai a diagnosztikus beavatkozásra, de a betegek nem egyeztek bele, így végül egy esetben sem azonosították a kórokozót. A betegség járványos fellépése és a karakterisztikus tünetek alapján a szerző ennek ellenére kétségtelennek tartotta, hogy trichinellosissal álltak szemben. A *Trichinella* tényleges kimutatásának hiányában Hutya Ferenc ugyanezen lapszámban élesen bírálta a szerzőt, és megkérdőjelezte, hogy valóban *Trichinella*-járvány zajlott [4].

Visszatérve a Genersich tanár által közölt első trichinellosis-esetre, a fertőzés pontos ideje ismeretlen, és halállal való közvetlen összefüggése nem bizonyítható. Maga a vizsgálatot végző szerző is megállapítja: „A nő 8 év óta Pesten volt és ez időközben néhány év előtt szagatásokban szenvedett (...) a tünetet a fonalóczkórral lehetne összefüggésbe hozni.” Később azt is megállapítja, hogy „habár az általam boncolt nő nem is trichinosissal, hanem arzénmérgezésben halt meg, legalább azt bizonyítja, hogy a fonalóc minálunk is szerzhető”. Mindez Genersich Antal érdemeit szikrányit sem kisebbíti, sőt szerénységére hívja fel a figyelmet.

Hagyományőrzésünk így hiányos, mert az első igazolt hazai esetről nem tettünk említést, de nem következtelen. Reméljük, a hiányt így, közös erővel pótolni tudtuk.

Dezsényi Balázs dr.

### Irodalom

- [1] Genersich A. Fonalóczkór esete embernél – étetési kísérlettel állatoknál. Orv Hetil. 1868; 12: 401–406.
- [2] Dieballa G, Zalka Ö. Trichinosis halálos esete. [Fatal case of trichinosis.] Orv Hetil. 1924; 68: 375–378 és 396–398. [Hungarian]
- [3] Kiss L. Az orvosi parazitológia megjelenése a közegészségügy hazai történetében. A parazitológia méltatlanul elfeledett magyar úttörője: Genersich Antal (1842–1918). Orv Hetil. 2009; 150: 175–177.
- [4] Ballagi J. Trichinosis-járvány a diósgyőri vasgyárban. Orv Hetil. 1891; 35: 618–622.

## Bőrgyógyászat

### Diffúz melanosis és melanuria (Diffuse melanosis and melanuria)

Piana S, Longo C (Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia–IRCCS, Reggio Emilia, Olaszország; e-mail: simonetta.piana@ausl.re.it);  
N Engl J Med. 2019; 380: 1166.

A bőr, a körmök és a szájnyálkahártya fokozódó elszíneződésével jelent meg a 47 éves nőbeteg a dermatológiai rendelésen. Vizelete sötét volt, ami 4 hét időtartam során alakult ki. A szerzők közlik a barnás nyálkahártya és a sötétbarna vizelet színes fényképét. Megjelenése előtt nyolc évvel melanoma malignumot diagnosztizáltak nála (a jobb vállán levő laesióból vettek szövetszövetmintát). A melanomát széles sebészi kimetszéssel kezelték, az őrszemnyirokcsomó-biopszia negatív volt. A betegnél a megjelenése előtt 6 hónappal melanomametastasisokat találtak az agyban, a tüdőben, a májban és a csigolyákban. Mivel a melanoma *BRAF* V600E-pozitív volt, a beteget dabrafenibbel és trametinibbel gyógykezelték, illetve csigolyametastasisaira sugárterápiát kapott. A diffúz melanosis és a melanuria a metastasisokat adó melanoma ritka szövődésmintái, nagyon rossz prognózzal társulnak. A pontos mechanizmus ismeretlen, azonban azt gondolják, hogy a melanomasejtek cytolytise miatt nagy mennyiségben jutnak melaninprekursorok és melanin a vérkeringésbe. A kezelés dacára a betegség progrediált, és a beteg két héttel a rendelésen való megjelenése után elhunyt.

Gáspárdy Géza dr.

## Hepatológia

### Az alkoholos cirrhosis nagy terhe magánbiztosított személyeknél az Amerikai Egyesült Államokban (The high burden of alcoholic cirrhosis in privately insured persons in the United States)

Mellinger JL, Shedden K, Winder GS, et al. (1500 East Medical Center Drive, 3912 Taubman Center, SPC 5362, Ann Arbor, MI 48109, Amerikai Egyesült Államok; e-mail: jmelling@med.umich.edu);  
Hepatology 2018; 68: 872–882.

Az alkoholos májbetegség egyre nagyobb probléma az Egyesült Államokban: ez a második leggyakoribb indikációja a máj-

transzplantációnak. Előfordulása 2001 és 2015 között 50%-kal nőtt, főleg a nőket, az idősebbeket és a társadalmilag alacsonyabb rétegeket érintve. A szerzők a magánbiztosítottak 2009 és 2015 közötti adatbázisát használták az alkoholos cirrhosis terhének vizsgálatára. A 16 év alatt az összcirrhosis-prevalencia 0,19%-ról 0,27%-ra, az alkoholos cirrhosis 0,07%-ról 0,10%-ra nőtt (43%). A 45 év alattiakban a növekedés 300%, a 45 év felettekben 46%, nőkben 50%, férfiakban 30% volt. A cirrhosisok 36%-a alkoholos eredetű, de a HCV-betegek 61%-ában is szerepel az alkohol. Dekompenzált cirrhosisban az egyéves mortalitás 29–64% közötti – többszöröse a colorectalis carcinoma 11–12%-os évi mortalitásának. Az alkoholos betegek ellátásának évi költsége megfelel a daganatos betegkének, az egészségügyi összkiadás 12,8%-a, és a jóléti állapotok (high income) GDP-jének 2,5%-a. *Az alkoholos cirrhosis az összcirrhosis 36%-át képviseli, de a cirrhosisra fordított költségek több mint 50%-át az alkoholos májbetegség viszi el. Az egy főre eső költség a nem alkoholos cirrhosisos betegek költségének kétszerese, és ebben szerepet kapnak a portális hipertensióval kapcsolatos szövődésminták, az ismételt kórházi felvételek, a késői diagnózis és a már fennálló betegség alatti további alkoholfogyasztás.*

A költségek tovább fognak nőni, hacsak nem találnak módot a hatékony fellépésre az alkoholos májbetegség megelőzését, korai felismerését és az absztinencia elérését illetően.

Pár Alajos dr.

## Neurológia

### Sarcopenia: új európai konszenzus a definícióról és a diagnózisról

(Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis) Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. (Servicio de Geriátria, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Ctra. Colmenar, km 9.1, 28034 Madrid, Spanyolország; e-mail: alfonsojose.cruz@salud.madrid.org);  
Age Ageing 2019; 48: 16–31.

A European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) 2010. évi állásfoglalását újrafogalmazták. A sarcopenia izombetegség, ICD-10-MC diagnóziskóddal. Nagy teher a betegek ellátása mind a családra, mind az egészségügyre, anyagilag is. A legfontosabb változás, hogy nem az izomtömegnek, hanem az izomerőnek a

csökkenését (és az izom minőségi változását – majd, ha rutinszerű mérése megvalósul) helyezik a diagnózis és a teendőik szempontjából is az előtérbe. A gyenge fizikai teljesítmény figyelemfelhívó jel. A definíció menete: ha gyenge az erő, az izom tömegét, illetve minőségét kell vizsgálni és a fizikai teljesítményt számszerűsíteni. Szűrésre a SARC-F, egy öttételes kérdőív szolgál: a beteg megítélése szerint a fogyó ereje gátolja-e tevékenységében, járása nehezebb-e, nehezen áll-e fel, a lépcsőn járás nehéz-e, elesések történtek-e. Ezek a jelek a súlyos sarcopeniásokra jellemzőek; a teszt szenzitivitása nem nagy, de a szűrés szükségességre felhívja a figyelmet. Szűrésre az Ishii-tesztet is használják: a kor, a markolóerő és a vádli körfogata (31 cm alatt) az összetevők – ez utóbbi önmagában is szűrésre alkalmas mutató.

A legegyszerűbb a markolóerő mérése, kalibrált dinamométerrel (például Jamar-), akár az alapellátásban. Akadályozott markolás esetén a térdfejtő izometrikus erejét érdemes mérni. A székéből felállás próba (chair rise test) abból áll, hogy a mellkason keresztbe tett karokkal ötször kell felállni és leülni – mérik az időt vagy azt, hogy 30 mp alatt hányszor tud felállni-leülni az illető a karok használata nélkül. Ez utóbbi feladat állóképességet is igényel. Komplexebb a felállás-járási-leülés próba: felállás után a 2,6 méterre tett jelet kell megkerülni, majd leülni (TUG vagy Timed Up And Go). A járássebesség komplex mutató. Folyosón 5–6 méteres táv középső 4 méterén, akár manuálisan mérve, a 0,8 m/mp a határsebesség. A mérés gyors, biztonságos, reprodukálható. A járássebesség, a székéből felállás teszt és egy egyensúlymérő próba a Short Physical Performance Test battria. A 400 méteres gyaloglástáv idejét kórházi körülmények között ritkán mérik, legalább húszméteres fordulók szükségesek.

Pozitivitás esetén következik az izomtömeg mérése. Az egészséges DEXA a legalkalmasabb eljárás erre, vagy egyes izomcsoportok – például a comb, a paraspinalis izomzat, a psoas – keresztmetszetének meghatározása CT-vel, MRI-vel, bár ezekre közelfogadott határérték nincs. A DEXA-értékeket testmagasságra, testtömegre vagy BMI-re szokás standardizálni. A hidratáltság befolyásolja az eredményt. A bioelektromos impedancia hordozható készülékkel is mérhető, a nyers mért adatokat a Sergi-egyenlettel érdemes standardizálni.

A sarcopenia nem csak az idősek betegsége lehet. Fiatalabb korban agresszíven keresni kell az okát: tumor, anyagcsere-zavar, táplálkozási elégtelenség, neurológiai betegség, osteoporosis – de a fizikai inakti-

vitás a leggyakoribb magyarázat. Ötvenéves kor alatt a lábizom tömegének csökkenése évi 1–2%, az erőcsökkenés 1,5–5% évente. A markolóerő életkori változása *Dodds és mtsai* (PLoS ONE 2014; 9: e113637) közleményében látható.

Sarcopeniás obesitas a fizikailag inaktív, túlsúlyos személyeket jellemző diagnózis. Az izom ultrahangképe is tükrözi az izom zsíros infiltrációját.

Határértékek: markolóerő 27, illetve 16 kg (férfi-nő); székéből felállás ötször: 15

mp; testizomzat (DEXA): 7,0, illetve 6 kg/m<sup>2</sup>; járássebesség 0,8 m/mp; felállás-járás (TUG): 20 mp felett; 400 méter megtétele 6 percnél hosszabb, vagy a beteg képtelen teljesíteni.

Algoritmusjavaslat: SARC-F kérdőív gyanú esetén. Ha gyanú ébred, erőmérés, valamint felállásteszt. A gyanú megerősítése esetén intervenció kezdendő. Az izom mennyiség/minőség mérése; ha ez is megerősíti a diagnózist, akkor a teljesítménysztestekkel lehet a súlyosságát jellemezni.

Nem témája az állásfoglalásnak a kezelés, de megemlítendő az alapelvek: testmozgás fokozása heti 5× egy óra osztartamig, legalább tízperces szakaszokban, plusz heti 2–3, fél-fél órás rezisztencia (erő)-edzés. Fokozott fehérjebevitel: 1,4 g/kg. Új gyógyszercsalád a szelektív androgénreceptor-modulátorok (SARMs).

*Apor Péter dr.*

## PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

**A MAGYAR PATHOLOGUSOK TÁRSASÁGA (MPT) és  
a MAGYAR ONKOLÓGUSOK TÁRSASÁGA® (MOT®) – az Elnökség útján –  
tudományos tevékenység támogatása céljából meghirdeti a**

**2019. évi „KROMPECHER ÖDÖN” pályázatot.**

**A pályázat/pályamunka témája, címe:** „Az emlőrák modern szemlélete”

**A pályamunka formája:** tanulmány

**A pályamunka díjazása:** 150 000 Ft

**A pályázat feltételei, benyújtásának és elbírálásának módja**

**A pályázók köre**

A pályázatra orvostanhallgatók és fogorvostan-hallgatók nyújthatnak be pályamunkát.

**A pályázat terjedelme**

A pályamunka – az irodalommal és a dokumentációval együtt – legfeljebb 80 oldal terjedelmű lehet.

**A pályamunka benyújtásának módja**

A pályamunkát **jeligével** kell benyújtani.

A szerző nevét és elérhetőségét (évfolyam, lakcím, telefonszám, e-mail cím) lezárt borítékban – melyen a jelige feltüntetésre kerül – kell mellékelni.

A pályamunkát bekötve kell benyújtani, a címlapon szerepeltesse a „KROMPECHER ÖDÖN PÁLYÁZAT” címet és az évszámot.

A pályamunka szerkezete a tudományos publikációk szerkezetével azonos.

**A pályamunka beadási határideje: 2019. november 30.**

Budapest, 2019. március 8.

az MPT részéről:

Dr. Sági Zoltán  
az MPT elnöke

Dr. Zalatnai Attila  
az MPT főtitkára

Dr. Arató Gabriella  
az MPT pénztárosa

a MOT® részéről:

Dr. Mátrai Zoltán  
a MOT elnöke

Dr. Nagy Péter  
a MOT főtitkára

Dr. Vincze Borbála  
a MOT kincstárnoka

**A pályamunka benyújtásának helye:**

Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet (Titkárság) – 1091 Budapest, Üllői út 93.

**Az értékelés szempontjai:** a mű eredetisége, a mű stílusa, szerkezete, a felhasznált irodalom korszerűsége.

**A pályázat elbírálásának módja:**

A pályázat kiírói a bírálóbizottság tagjait az aktuális téma szakértői közül választják ki.

**A pályázat elbírálásának határideje: 2020. január hó 10.**

Az eredmény kihirdetése az elbírálási határidőt követően, a **2020. évi első Országos Metszetkonzultáción, 2020. január 31-én** Krompecher Ödön leszármazottainak, valamint a kiíró Társaságok képviselőinek jelenlétében történik.

Az eredményt a kiírók a meghirdetéssel azonos módon nyilvánosságra hozzák, továbbá arról a nyertest külön, az elbírálási határidő leteltét követő 15 napon belül írásban is értesítik

**Egyéb tájékoztatás**

A bírálóbizottság jogosult a legjobb díjazott pályamunkák szakdolgozatként történő elfogadására javaslatot tenni.

**A közzététel** (kiírás, eredményhirdetés) a **Magyar Onkológia folyóiratban, a MOT® honlapján (www.oncology.hu)** és az **MPT honlapján (www.pathology.hu)** történik.

Péter Ferenc,  
Blatniczky László,  
Halász Zita, Muzsnai Ágota:

## Endokrin betegségek a gyermekkorban

Második kiadás  
Semmelweis Kiadó, Budapest, 2019



A Semmelweis Kiadó gondozásában 2019-ben megjelent *Endokrin betegségek a gyermekkorban* (második kiadás; szerzők: Péter Ferenc, Blatniczky László, Halász Zita, Muzsnai Ágota) című, 11 fejezetből álló, 380 oldalas szakkönyvről már a bevezetőben hangsúlyozni kell, hogy nagyszerű munka. Mind a 11 fejezet (1. *Hypothala-*

*mus és hypophysis*, 2. *Növekedés*, 3. *Pajzsmirigy*, 4. *Pubertás*, 5. *A nemi differenciálódás zavarai*, 6. *Mellékvese*, 7. *Kalcium- és foszfátanyagcsere, valamint a csontegészség endokrin vonatkozásai*, 8. *Diabetes mellitus, hypoglycaemia*, 9. *Obesitas, metabolikus szindróma*, 10. *Szindrómák és genetikai hátterük*, 11. *Laboratóriumi vizsgálatok*) magas színvonalú, kiváló. Az elméleti és gyakorlati vonatkozásokat megfelelő arányban taglalják. E sorok írójának a legjobban talán a harmadik, a hetedik és a tizedik fejezet tetszett, amelyekben a témák ideális formában lettek összefoglalva. A szép kiállítású, olvasható, kiváló szakkönyv csaknem teljes körű áttekintést ad a korszerű gyermekendokrinológiáról. A tudományos igényesség, ugyanakkor a közérthetőség és didaktikus jelleg szerencsés ötvözetével találkozhat az olvasó.

Az eddig három kötetből álló sorozat második darabja, az ugyancsak a Semmelweis Kiadó gondozásában 2010-ben megjelent, Péter professzor által szerkesztett *Gyermekendokrinológia* című kötet sokszerzős, eltérő szerkezetű munka volt. A most szóban forgó mű jelentős, naprakész korszerűsítését igazolja az a tény is, hogy az irodalmi hivatkozások döntő többségét az elmúlt évtizedben publikált szakirodalmi adatok alkotják. A könyv hasznosságát növeli, hogy 15 olyan guideline adatait is ismerteti, melyek nemzetközi konszenzus alapján kerültek közlésre, többnyire a legutóbbi időben.

A nagyszámú ábra és táblázat jelentősen emeli a kötet értékét, számos esetben a

megfelelő szöveg részletes elolvasása nélkül is megfelelően informálják az olvasót.

Péter professzor ezúttal nem szerkesztőként, hanem szerzőtársként van feltüntetve. Mindazonáltal igényessége, a mögötte álló hatalmas elméleti tudás, gyakorlati tapasztalat meghatározó volt a kötet ilyen magas színvonalú összeállításában, megírásában. Három szerzőtársával, akik ma a hazai gyermekendokrinológia meghatározó személyiségei, évtizedeken át – szakorvosjelölt koruk óta – együttműködött, ez kiváló az egységes szemléletből is. Ilyen hosszú idő eltelté után sincs adekvát válasz arra, hogy miért kellett a Budai Gyermek-kórházat, ahol ez a nemzetközi szintű alkotóműhely kialakult, 2007-ben (hasonlóan saját korábbi munkahelyemhez, amelynek utolsó elnevezése Országos Gyógyintézeti Központ volt) bezárni.

Példamutató a precíz, mindenre kiterjedő, igen részletes *Tárgymutató*, amely alapján bármely adat, ismeret pillanatok alatt könnyen megkereshető.

A szakkönyv ajánlható mindazoknak, akik alapos tudásra vágyanak a gyermekendokrinológia területén, illetve akik tudásukat naprakészen szeretnék tartani. Ott kell legyen a gyermekendokrinológusok/endokrinológusok könyvespolcán, nélkülözhetetlen az endokrin szakvizsgára készülőknél, de haszonnal forgathatják háziorvosok, diabetológusok, orvostanhallgatók és klinikai osztályon dolgozó rezidensek egyaránt.

Góth Miklós dr.

„Donec eris felix, multos numerabis amicos,  
tempora si fuerint nubila, solus eris.” (Horatius)

(Míg a szerencse rád ragyog, sok lesz a barátod,  
hogya eged felhős, állasz a viharban magad.)