

## Diabetológia

**Izomerősítő és kondicionáló aktivitások és a nők cukorbetegségének esélye (Muscle-strengthening and conditioning activities and risk of type 2 diabetes: a prospective study in two cohorts of US women)**  
*Grøntved, A., Pan, A., Mekary, R. A., et al.* (Levelező szerző: F. B. Hu, Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, Amerikai Egyesült Államok; e-mail: frank.hu@channing.harvard.edu): *PLoS Med.*, 2014, 11(1), e1001587.

Jól ismert, hogy az aerob jellegű fizikai aktivitás csökkenti a 2-es típusú cukorbetegség fellépését, de vajon az izomzatot kondicionáló aktivitás is hasonlóan hasznos? A Nurses' Health Study I és II-ben vizsgált regisztrált, főleg európai származású, 99 316 nővér önbevallással nyert adatait elemezték.

A vizsgált 705 ezer személy-év során 3491 diabetes lépett fel. A heti 30 perc, 60 perc, 60–150 perc és ennél több aktivitást végzők (jóga, stretching, tonizálás, illetve mérsékelt vagy intenzív aerob testmozgás) esélye 0,82, 0,93, 0,75 és 0,60 volt a cukorbetegség fellépésére az inaktívakhoz képest. A cukorbetegség ellen a rezisztenciagyakorlatok és a kis intenzitású izomkondicionálás is védelmet adott. Azok a nővérek, akik heti legalább 150 percnyi aerob aktivitást plusz legalább 30 percnyi izomerősítést végeztek, 0,33-os eséllyel váltak cukorbeteggé az inaktívakhoz képest.

*Apor Péter dr.*

## Kardiológia

**A pitvarfibrilláció rádiófrekvenciás ablatiója után rövid ideig alkalmazott amiodaronkezelés hatása a kórházi felvétele és a kardioverzió gyakoriságára: AMIO-CAT tanulmány (Recurrence of arrhythmia following short-term oral AMIOdarone after CATHeter ablation for atrial fibrillation: a double-blind, randomized,**

**placebo-controlled study [AMIO-CAT] trial)** *Darkner, S., Chen, X., Hansen, J., et al.* ([Dr. Darkner] Department of Cardiology, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Section 2013, Blegdamsvej 9, Copenhagen DK-2100, Dánia; e-mail: stine.darkner.01@regionh.dk): *Eur. Heart J.*, 2014, 35(47), 3356–3364.

A pitvarfibrilláció (AF) a leggyakoribb krónikussá váló aritmia, amely szerte a világon a népesség 1%-ában fordul elő. Folytatása nagy eséllyel agyi katasztrófa: nálunk félóránként hal meg valaki szélütés következtében. Az AF miatt végzett ablatiót követő első néhány hónapban sokan tapasztalnak pitvari tachyarrhythmia. A korai AF ablatió kezelését gyakran folytatódik a pitvari aritmia gyakori visszatéréssel.

AF esetében a leghatásosabb antiaritmiaszerek az amiodaron bizonyult. Még nem tisztázódott azonban, hogy katéteres ablatiót követően az amiodaron rövid ideig tartó alkalmazása mennyire képes befolyásolni a ritmuszavar korai visszatérését.

Az AMIO-CAT munkacsoport véletlen besorolásos, placebo-kontrollos tanulmányában kívánta megvizsgálni, hogy az amiodaron rövid ideig történő alkalmazása az AF rádiófrekvenciás ablatióját követően mennyire alkalmas a ritmuszavar ismétlődésének megelőzésére.

A betegek a Koppenhágai Egyetem két gyógyintézetének betegei voltak, akiket paroxizmális vagy állandó AF miatt vettek fel ablatióra.

Valamennyien elmúltak 18 évesek. Nem kerülhetett a vizsgáltak közé senki, aki az ablatió előtt 3 hónapon belül már kapta a gyógyszert, aki 1 évnél hosszabb ideje szenvedett ritmuszavarban, NYHA III–IV. fokú szívelégtelenség tüneteit mutatta, a bal kamrai ejekciós frakciója 35%-nál kisebb volt, jelentős szívbillentyűzavarban, pajzsmirigy-, tüdő- vagy májbetegségben szenvedett. Szülőképes nő sem kerülhetett a vizsgálati csoportba.

A tanulmányban részt vevők medián életkora 61 év (55–66 év) volt, 83%-uk férfi, 29%-uk kórelőzményében szerepelt előzetes ablatió. A vizsgálat 2009 februárjától 2013 júniusáig tartott, a megfigyelést 2014 januárjában zárták.

FA miatt a vizsgálatban részt vevő kórházakba 1239 beteget vettek fel, 254 beteg találtak besorolhatónak, és végül 212-t randomizáltak. Az amiodaronnal kezelt csoportba 108 beteg került, placebo 104

páciens kapott. A két csoport kiindulási értékei között nem volt értékelhető különbség. A követési idő medián értéke 190 nap (185–198).

A vizsgálat elsődleges végpontja bármely dokumentált pitvari tachycardia jelentkezése volt, amely 30 másodpercnél tovább tartott, és amely nem az ablatiót követő időszakban (blanking periódus) következett be.

Másodlagos végpontnak minősült az első dokumentált AF/AT megjelenésig eltelt idő, illetve az AF/AT miatt szükséges kórházi felvételek és a kardioverziók száma a szünet időszakában. További másodlagos végpont a nemkívánatos gyógyszerhatás, illetve az életminőségének alakulása a vizsgálat során.

A vizsgálati eredményekből a következők érdemelnek kiemeltet:

- A placebo-csoportból 14%, az amiodaronból 9% korábban abbahagyta a gyógyszereszedést ( $p = 0,2$ ).
- Az elsődleges végpont elemzésére alkalmas 206 beteget tekintve az amiodaron-csoportban 39%, a placeboágon 48%-ban lépett fel >30 másodperces tachyarrhythmia az ablatiót követő 6 hónapban, a különbség nem volt szignifikáns ( $p = 0,18$ ).
- Az amiodaron-csoport tagjai a blanking periódusban szignifikánsan ritkábban kerültek pitvari tachycardia miatt kórházba (0,43, 95%-os MT: 0,23–0,77,  $p = 0,006$ ), illetve kardioverzióra (0,36, 95%-os MT: 0,20–0,62,  $p < 0,0004$ ).
- Az amiodaronkezelteknél többet számoltak be alvászavarról (15% vs. 1%,  $p < 0,001$ ), gastrointestinalis tünetekről (25% vs. 7%,  $p < 0,001$ ), fotoszenzitivitásról (6% vs. 0,1%,  $p = 0,03$ ).
- A két csoport között súlyos mellékhatásban nem észleltek lényeges különbséget.
- Az életminőségének alakulásában sem észleltek szignifikáns különbséget a két ág között.

*Összefoglalva:* A véletlen besorolásos placebo-kontrollos AMIO-CAT tanulmányban az AF rádiófrekvenciás ablatiója után amiodaronkezeléssel igyekeztek megelőzni a ritmuszavar kiújulását. A gyógyszer nem csökkentette a 6 hónapon belüli pitvari tachyarrhythmia gyakoriságát, de csökkentette a pitvari tachyarrhythmia miatti kórházi felvételek és kardioverziók 3 hónapon belüli előfordulását. Az amiodaron-csoportban az életminőség a gyakoribb mellékhatás ellenére sem lett rosszabb.

*Fischer Tamás dr.*

## Szülészet-nőgyógyászat

**Mi újság a többes terhességekben? A legjobb közlemények az elmúlt évből (What is new in multiple gestations? Best articles from the past year)** Jackson, M. (Maternal-Fetal Medicine, Intermountain Healthcare and the University of Utah, 5121 South Cottonwood Drive, Salt Lake City, UT 84107, Amerikai Egyesült Államok): *Obstet. Gynecol.*, 2014, 123(2 Pt 1), 359–360.

*Dodd és munkatársai* (Br. J. Obstet. Gynecol., 2012, 119, 964–973.) kettős ikerterheseknél a 37. héten végzett, programozott, elektív szülés előnyeit vizsgálták randomizáltan a hagyományosan vezetett, 38. héttől szült terhesekhez viszonyítva. A 37. héten született újszülöttek megbetegedési aránya kisebb volt (4,7% vs. 12,2%). Az anyai kimenetel nem különbözött a két csoportban. A szerzők vizsgálata arra utal, hogy a szövődménymentes kettes ikerter-

hesség optimális születési ideje a betöltött 37. hét, ekkor minimális az újszülött-morbiditás, az anyai kockázat növekedése nélkül.

*Sullivan és munkatársai* (Am. J. Obstet. Gynecol., 2012, 206(3), 257e1–257e7.) vizsgálatai rámutattak arra, hogy a monochorialis diamnialis ikrek halálózása gyakoribb, mint a dichorialis diamnialisoké, de nem a terhesség 28. hete után. A monochorialis diamnialis ikrek perinatalis halálózása csak 0,14% volt. Szövődménymentesség esetén a monochorialis diamnialis ikrek perinatalis kimenetele nem különbözött a dichorialis diamnialisokétól a terhesség 31. hete után. A szövődménymentes monochorialis diamnialis ikrek veszélyeztetettsége a 30–32. hét után jelentősen nem nagyobb a dichorialis diamnialisokénál. A szövődménymentes monochorialis diamnialis ikrek optimális születési időpontja a 36. terhességi hét.

*Rafaél és munkatársai* (Am. J. Obstet. Gynecol., 2012, 206(2), 156.e1–156.e6.) kimutatták, hogy egy 36. hét előtti ikerszülés növeli a rákövetkező szinguláris spon-tán koraszülésnek a gyakoriságát.

*Baud és munkatársai* (Am. J. Obstet. Gynecol., 2013, 208(3), 197.e1–197.e7.) tapasztalataikról számolnak be iker-iker transzfúziós szindróma 24 esetében a terhesség 17. hete előtt végzett foetoscopiás lézerkezelésről, és 18 esetben a 26. hét után végzett beavatkozásról. Eddig az iker-iker transzfúziós szindróma lézerkezelésére előírás volt a terhesség 17. és 26. hete közötti időszak. A korai kezelési csoportban több volt az idő előtti burokrepedés, de a koraszülések száma nem növekedett és nem csökkent a túlélők száma a 17–26. hét között végzettekkel összehasonlítva. A 16. terhességi hét előtt kezeltéknél több volt a szövődmény, és a perinatalis halálózási arány 31%-os volt. A 26. hét után kezelt iker-iker transzfúziós szindrómájára előrehaladottabb fokú volt, és gyakoribb volt a hydrops. Az iker-iker transzfúziós szindróma korai kezdetét vagy hydropsszal szövődött eseteit különösen nehéz kezelni. A szerzők eredményei arra utalnak, hogy a foetoscopiás lézerkezelés hasznos lehet a konvencionális kezelési perióduson kívül is.

Jakobovits Antal dr.

## MEGHÍVÓ

## A Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak Tudományos Bizottsága

tisztelettel meghívja az érdeklődőket a következő tudományos ülésére, amelyet a  
III. Belgyógyászati-kardiológiai osztály és a SE Szív- és Érgyógyászati Klinika közösen rendez.

Téma: **Aktualitások a kardiológiában**

Időpont: **2016. február 25. (csütörtök) 14 óra**

Helyszín: **Szent János Kórház Auditórium – 1125 Budapest, Diós árok 1–3.**

Üléselnök: *Prof. Dr. Jánosi András és Prof. Dr. Merkely Béla*

## Program:

|   |         |
|---|---------|
| <i>Dr. Becker Dávid</i> (SE Szív- és Érgyógyászati Klinika): ST-evelációval nem járó akut koronária szindrómás betegek ellátása az új európai ajánlás alapján | 15 perc |
| <i>Dr. Radics Péter</i> : Tüdőembólia   | 15 perc |
| <i>Dr. Kazinczy Rita</i> : Anticoaguláns kezelés. Régi indikációk – új terápiás lehetőségek   | 15 perc |
| <i>Dr. Stadler Péter</i> : Buktatók a szívelégtelenség kezelésében – esetbemutatás  | 15 perc |
| <i>Dr. Sax Balázs</i> : Keringéstámogató eszközös kezelés a XXI. században  | 15 perc |

Minden érdeklődőt szeretettel várunk.

## Mentőöv Információs Központ a ritka betegségekkel élők és segítőik támogatására

Hazánkban a Ritka és Veszélyeztetett Rendellenességgel Élők Országos Szövetsége (RIROSZ) a Norvég Civil Támogatási Alap pályázati finanszírozásával hozta létre a Mentőöv Információs Központot és segélyvonalat, amely segítséget nyújt a betegeknek, a szakembereknek és a döntéshozóknak egyaránt. E szolgáltatás elsődleges célja, hogy megszűnjön a ritka betegségekkel élők hátrányos helyzete, és nőjön az esélyük, hogy megfelelő ellátásban részesüljenek és érintett társaikkal sorsközösséget alkothassanak. A hazai egészségügyi rendszer ugyanis jelentős erőfeszítései ellenére jelenleg esetlegesen, területileg szóróványosan és többnyire egyoldalúan látja el a ritka betegségekkel élőket.

Az Információs Központ elérhető a (06 1) 790-4533 telefonszámon és a <http://mentoov.rirosz.hu> honlapon.

Történeti háttérként meg kell említeni, hogy az EURORDIS és a Nemzeti Szövetségek Tanácsa 2008-ban rendezte meg először a Ritka Betegségek Napját. A kampány európai eseményként indult, de napjainkra világnappá terebélyesedett. Az Amerikai Egyesült Államok 2009-ben csatlakozott, 2015-re pedig már több mint 80 ország vett részt az esemény megrendezésében. Az Európai Unió célja az volt, hogy 2013 végéig minden tagállam hozza létre a ritka betegségekre vonatkozó nemzeti tervet/stratégiát, amit Magyarország is teljesített.

Spanyolország 2013-at a Ritka Betegségek Nemzeti Évén nyilvánította.

Örvendetes, hogy többéves szervezőmunka eredményeképpen 2015 nyarán *Balog Zoltán* miniszter hivatalosan is kijelölte a Ritka Betegségek Szakértői Központjait és a velük együttműködő kisebb gyógyító központokat, és így lehetőség nyílik a most alakuló Európai Referencia Hálózatokhoz (ERH) történő csatlakozásra is. A Semmelweis Egyetem, a Debreceni, a Pécsi és a Szegei Tudományegyetemek kapták meg a kitüntetett címet.

A Ritka Betegségek Világnapját minden év február utolsó napján tartják, amelynek célja, hogy felhívja az emberek és a döntéshozók figyelmét a ritka betegségekre és a ritka betegséggel élőkre. Az idén február

27-én rendezik meg egy szakmai konferenciával együtt Budapesten, a Vajdahunyadvárban.

Ritka betegségekhez az olyan életet fenyegető vagy krónikus leépülést, rokkantságot okozó betegségek tartoznak, amelyeknek előfordulási gyakorisága kisebb, mint 1:2000 fő, ezért sok esetben nehéz a betegség felismerése, kezelése, gyógyítása, így a ritka betegségekkel küszködők helyzete hátrányos, szignifikánsan rosszabb a gyakori betegségekben szenvedőkhöz képest. Esetükben csak a teljes körű, holisztikus megközelítés és multidiszciplináris, koordinált ellátási mód hozhat eredményt, ahogy az a létrehozott Nemzeti Tervben leírásra került, és megvalósításra vár.

A ma ismert 6000–8000 féle ritka betegség körülbelül 700 000 embert érint Magyarországon. Becslések szerint Európában 27–36 millió lehet a speciális ellátást igénylő betegek száma. Az esetszámok szerint valójában a ritka betegségek összességükben nem tekinthetők ritkának, ezért az Európai Unió is kiemelt prioritásként kezeli e betegek jogainak és esélyegyenlőségének biztosítását.

Hazánkban, a többi európai országhoz hasonlóan, már eddig is voltak ritka betegségekre szakosodott ellátóhelyek, amelyek egyes szakemberek elhivatottságának köszönhetően működtek összehangoltság, szabályozottság és hivatalos elismertség nélkül egy-egy speciális szakterületen. Az általános ellátásra az esetlegesség volt jellemző.

Egyes betegségek valóban ritka előfordulása miatt a megoldás az erőforrás-koncentráció, vagyis az ellátás központokba szervezése. Speciális esetekben kontinensmértékű összefogással lehet csak kielégítő ellátást biztosítani.

Fontos, hogy az új szakértői központok, a szakemberek és a civil szervezetek láthatóvá váljanak az európai Orphanet rendszerben és ellátómunkájuk során használják az Orpha-kódokat. Jelenleg megközelítően csak 250 ritka betegség rendelkezik BNO-kóddal, így e betegségek zöme láthatatlan a statisztikák és finanszírozási rendszerek számára. Hazánkban az Orpha-kódok bevezetésére az ÁNTSZ és az OEP tesz lépéseket. A Mentőöv központ call center programja is képes lesz e kódok kezelésére.

A jövőt illetően az Európai Bizottság 2016 tavaszán fogja meghirdetni az első pályázati felhívásokat az ERH-k létrehozására. A hálózatok kialakítására uniós pén-

zek állnak majd rendelkezésre. Egy európai referenciahálózat megalakításához legalább 8 tagország 10 egészségügyi szolgáltatójának összefogása szükséges. A tagállamok hivatalosan elismert, illetve kinevezett központjai csatlakozhatnak. A kritériumok az Európai Bizottság honlapján olvashatók: [http://ec.europa.eu/health/ern/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ern/policy/index_en.htm).

Az alapelv, hogy az ismeretanyagot, a kezelési protokollt, a tapasztalatokat osszák meg a hálózaton belül, és a betegeket a lehető legkedvezőbb körülmények között lássák el, elkerülve a rászorulóknak felesleges utaztatását, még akkor is, ha egy adott hálózat szakértői központjai nem minden országban találhatóak meg.

A Ritka Betegségek Európai Szakértői Bizottsága többféle elv figyelembevételével (diagnosztikai módszertan, klinikai terület, klinikai csoportok, intervenciók területek) kidolgozta és elfogadta, hogy milyen betegségecsoportoknak legyen ERH-ja. A legtöbb ritka betegség multisztémás, poligén betegség, és így több betegségecsoportba is sorolható, ezért az egyes betegségek besorolása nem egyszerű.

Az Európai Bizottság hivatalosan 21 ERH létesítését határozta el: 1. ritka immunológiai és autoinflammációs betegségek; 2. ritka csontbetegségek; 3. ritka rákok és tumorok (besorolásuk megtárgyalása még folyamatban van); 4. ritka kardiológiai betegségek; 5. ritka kötőszöveti, izom- és csontrendszeri betegségek; 6. ritka deformitások, fejlődési rendellenességek és ritka értelmi akadályozottságok; 7. ritka endokrin betegségek; 8. ritka szembetegségek; 9. ritka gastrointestinalis betegségek; 10. ritka nőgyógyászati és szülészeti betegségek; 11. ritka hematológiai betegségek; 12. ritka archasadékok és orr-fül-gége rendellenességek; 13. ritka májbetegségek; 14. ritka örökklődő metabolikus rendellenességek; 15. ritka multisztémás vasculáris betegségek; 16. ritka neurológiai betegségek; 17. ritka neuromuscularis betegségek; 18. ritka tüdőbetegségek; 19. ritka vesebetegségek; 20. ritka bőrrendellenességek; 21. ritka urogenitalis betegségek.

A betegek életkörülményeinek javítása, betegségeik leküzdése és társadalmi elfogadottságuk érdekében a RIROSZ minden lehetőséget kihasznál, hogy terjessze az ismereteket, amelyek elősegítik a megfelelő ellátórendszer létrehozását.

*Blázovics Anna dr.*

Garzuly Ferenc, Tóth Csaba,  
Kálmán Bernadette:

## Ritka betegségek – különleges kórformák, a szimultán terheességtől a foltos lázig. Esettanulmányok orvosoknak, orvostanhallgatóknak

Oriold és Társai Kft., Budapest,  
2015

Immár két évvel az előző három, hasonló jellegű könyv megjelenése után (Garzuly Ferenc: A diagnosztika labirintusában; Pflieger György, Garzuly Ferenc: Ritka betegségek – diagnosztikai kihívások; Garzuly Ferenc, Tóth Csaba, Kálmán Bernadette: Ritka betegségek – küzdelem az élet határain), a sorozat negyedik stációjaként újabb, tartalmilag ugyancsak gazdag és igényesen illusztrált, orvosoknak, orvostanhallgatóknak szóló tanulmányokat tartalmazó szakkönyv jelent meg az orvosi könyvpiacra.

A szerzők jelenlegi és előző könyvei is ritkán előforduló vagy különleges formát öltő betegségeket mutatnak be a szombathelyi Markusovszky Egyetemi Oktatókórház „Kazuisztikai konferenciáin” megbeszélte kóresetekből, a másodikként megjelent könyvben a Debreceni Egyetem Ritka Betegségek Tanszékén észlelt esetekkel együtt.

Kórházunkban 1954 óta háromhavonta tartottak „Klinikopatológiai konferenciákat”. Garzuly professzor kezdeményezésére a felderített ritka vagy valamilyen szempontból érdekes kórképek bemutathatósága érdekében 2002-től a rendezvények „Kazuisztikai konferenciák”-ra konvertálódtak. Az orvosegyetemektől távol eső, regionális ellátási feladatokkal bíró, nagy területet átfogó kórház beteganyaga ehhez talán kínálta az eseteket.

A könyvsorozat tehát nem tematikus orvosi tankönyv. Az esetkiválasztások rendezője: bemutatni a ritka kórképek diagnosztikai nehézségeit, a betegek interdiszciplináris, holisztikus megközelítésben történő ellátását. Példáin keresztül segíti az orvoslás mint mesterség vagy művészet vitatott dilemmáját eldönteni. A bemutatott orvosi esetek szakmai megközelítése a tematikus orvosi gondolkozásból segít kilépni. Szokatlan panaszok vagy tünetek, a betegség váratlan klinikai megjelenése, a sémákba nem illeszthető szimptomák esetén a hagyományos egyetemi tankönyvek



kevés útmutatóval, kapaszkodóval szolgálnak.

Ez a kiadvány az orvoslás szépségét és értékét is bemutatja, arról is szól, hogy a napi rutin-betegellátáson túl az orvosi mesterséget – ha kell, és van hozzá tudás és akarat – igényes szinten, művészi színvonalon lehet gyakorolni. Ehhez a tárgyi tudás birtoklása mellett a szakmai tapasztalat, a kitartó törekvés a betegség pontos feltárására emeli a mesterembert igazi „orvossá”.

A szerzők a Markusovszky Kórház orvosai. Garzuly Ferenc patológusként, majd neurológusként és neuropatológusként – 1982–2002 között osztályvezetőként – szolgált és még ma is szolgálja a betegellátást. Tóth Csaba 2001-től vezeti a Patológiai Osztályt. Ők sok évtizede olyan régióban találkoznak a betegekkel, amelynek orvosegyeteme nincs – a közkórháznak csaknem minden beteg számára definitív ellátást kell nyújtania. Kálmán Bernadette neurológiai szakvizsgája után a stockholmi Karolinska Intézetben, majd az Egyesült Államokban több egyetemen dolgozott, ahol a neurológia és molekuláris genetika professzora lett. Három éve kórházunk Molekuláris Patológiai Program vezetője és a PTE professzora.

Mint a könyvekből kiderül, nemcsak az orvosegyetemeken, hanem a nagy forgalmú megyei kórházakban is igen sok érdekes és tanulságos orvosi esettel találkozhatunk. Ha a betegség nemcsak a kórlapi leírásokban, hanem igényes fotódokumentációkban is rögzítést nyer, szinte kínálkozik a közlésre. Olvasásuk, a radiológiai felvételek, a szövettani metszetek képei egy kazuisztikai konferencia illúzióját nyújtják az érdeklődő olvasónak, felelevenítve azt a megbeszélést, amelynek talaján megszülettek. Az érdekes orvosi esetek pontos, rész-

letesen dokumentált bemutatása egyben a gyógyító művészet demonstrálása. Ennek hangsúlyozása azért is fontos, mert bár minden gyakorló orvos tisztában van a bizonyítékokon alapuló orvoslás praktikus és jogi oldalával, nem feledhető: a beteg olyan ember, akinek minden embertársától különböző genetikai programja van, ráadásul társas lény, társadalmi-gazdasági-családi-egyéni életúttal. A földön sokan vagyunk, sok bajjal, de mindenki az orvostól egyénre szabott kezelést/gyógyulást remél. A milliók között a ritka betegség szokatlan jelenség, és az orvos ritkán lép le a megszokott útról, de ha van támasza, azt betege érdekében megteszi. Ilyen támasz ehhez ez a kiadvány is. Az újabb ötven (a négy kötetben immár 180) ritka vagy különleges eset bemutatása már nem tűnik kevésnek. Remélhető, hogy az olvasók az esetek „disease management” levezetéséből a szerzők igazi szándékát olvassák ki. Sokkal többet tanulnak az esetekből, mint egyszerűen a tárgyalat tankönyvi ritka betegségekről, amelyekről talán csak olvastak, de velük sohasem találkoztak. Az esetek tárgyalásával a szerzők sokkal inkább „hétköznapi” orvosi gondolkodásunk kellő irányú megváltoztatását segítik.

A szerzők érdeme a könyvben megjelenő kiváló képi illusztráció is. Ennek révén a ritka és bonyolult esetek kórlapi leírásai élvezetesebbek és „könnyen érthetővé” válnak az olvasó számára. Az is szerencse, hogy a 113 oldalas könyv értékét felismerve támogatókra találtak, így nemcsak digitálisan, de igen barátságos áron (4000 Ft) az album nagyon szép színes nyomtatásban is megjelenhetett. Olvasását jó szívvel ajánlom.

Horváth Boldizsár dr.

*Mencser András:*

## Portré Dr. Bugyi István sebészprofesszorról

Magánkiadás, Pomáz, 2015  
120 oldal, ármegjelölés nélkül

*Bugyi István:* professzor, sebész, osztályvezető főorvos, az egyetemes orvostudomány egyik kiemelkedő tudora. Tanítványai, munkatársai rendszeresen idézik emlékét, kötetekben, előadásokban, közleményekben – az *Orvosi Hetilap* hasábjain is. Ezúttal a korábban már Markusovszky-díjban részesült *Mencser András* tanár új könyvét mutatjuk be. Ő az, akit *Bugyi István* méltónak tartott arra, hogy utódául nevezzék ki, és ezt írásban kérte az illetékektől. Sajnos, nem tették meg. (Baján lett osztályvezető főorvos.)

*Az ajánlás:* „Mindazoknak, akik nem ismerték vagy már elfelejtették, hogy ki volt dr. Bugyi István.” Az életrajz közzélése után szép vers következik: „Curriculum vitae”, 1967 – karácsonykor keletkezett. Szerepelnek egyéni adatai, „magán-, majd kinevezett tanár”, Kossuth-díj. Lelki fájdalom: „Csak a doktori címet sajnálom.” Igen, nagyon megérdemelte volna – de nem megbocsáthatóan nem érte ezen megbecsülés. Szerény volt, egyetemi katedrákat nem fogadott el.

A továbbiakban a családról esik szó. Négy fiú szerető édesapja, akiket szeretet-

teljes odafigyeléssel nevelt. Második fiát harmadszor sem vették fel az általános orvostudományi karra – „Csak fizikából szerzett egy ponttal kevesebbet, pedig nem is fizikus akar lenni.” Tökéletes igazság! (Támás Münchenben lett orvos...)

Szó esik emberséges magatartásáról, néhány értékes megállapításáról: „Kis műtét nincs, csak kis sebész.” „A tiszteletet nem megkövetelni, hanem kiérdemelni kell.”

*Bugyi István* többször lett kórházigazgató, de soha nem pályázott, mindig megkérték, hogy vállalja el. Gyógyított, operált, késő délután igazgatót.

A professzort a műtőben is a nyugalom, a megfontoltság, a beteg tisztelete jellemezte. „A beteg jelenlétében hallgasson a beszélő!” Táblát helyeztetett a falra: „CSÖND!”

Sajnos, pszichotraumák is érték – „illetékesektől”, „vezetőktől”. Békésen reagált: „A veszett kutyát ne ingereld!” Érdemes idéznünk *Mencser András* néhány sorát, amelyek bizonyítják tanára erkölcsiségének zenitjét:

„Ő akkor választotta az orvosi pályát, amikor az még hivatás volt, később az egyre több megaláztatás meggyengítette az orvostársadalmunknak ezt a hitvallását, és ezek hozzájárultak ahhoz – tisztelet a kivételnek –, hogy egyesek számára az orvoslás már csak foglalkozás lett. Ilyen és ehhez hasonló nehézségek ellenére Professzorunk egész életének a munkája, egyénisége, szellemisége alapvető etikai elveket sugall még a mai napig is, miszerint, amit te-

szünk, bármi is legyen az, a magyar sebészek közös ügye! A sebészek erkölcsi színvonalát pedig a vezetők határozzák meg – természetesen mindezek nemcsak a sebészetre, hanem az egész orvostársadalmunkra is érvényesek.

Gyógyító munkájáért soha nem kért senkitől semmit, de még bármiféle honoráriumot sem fogadott el a láthatóan szegény emberektől, ezenkívül cigányoktól, papoktól, barátoktól, kollégáktól és bármilyen rendű-rangú egészségügyi dolgozóktól sem, sőt elhárítóan, egyenesen nehezményezte még a próbálkozásait is.”

A könyvet lapozva a szerző emlékeit, események vázolását, a mindennapi élet cselekedeteit kapjuk. Igazán jó stílusban. A tanítvány, a munkatárs eleveníti fel korábbi évtizedek történéseit. Hangsúlyozza: „Kiváló szakmai iskola és Tanítómester kell.” A szerző hozzáteszi: „Bizakodva táplálom a reményt, hogy ma is vannak ilyenek.”

Számos fénykép készült a sorokhoz.

A kötet befejező részei: Forrásmunkák, Névmutató, Köszönetnyilvánítás.

E sorok írója köszöni a kitűnő írói, szerkesztői kreativitást. Hozzáteszem: *Bugyi István* tanítványa lehettem én is, szíves barátságába fogadott, az orvostörténeti kiadványaimba kérésre fejezeteket írt, eljött a budapesti bemutatókra. Méltató tanulmányokat közölhettem az *Orvosi Hetilap*-ban.

*Vértes László dr.*

## Eladó praxis Németországban

Bajorországban az osztrák határtól egy kilométerre 40 éve működő **praxishely** a város központi részében **átadó komplett felszereléssel**.

(Computerek, ultrahang, doppler ergotherapia, stb.) Az átadáshoz jogi segítségre is van lehetőség.

Érdeklődés: Magyarországon: +3630/5263-209

Németországban: 00 49 8679171555

## Az OH 2016/1. számában megjelent kvíz megoldásai:

1. B, 2. D, 3. D, 4. B, 5. D, 6. A, 7. C, 8. C, 9. A, 10. C

### Indoklások:

1. B) Amennyiben diétával és testmozgással a testtömegcsökkenés nem megfelelő mértékű, kiegészítő gyógyszeres terápia is szükséges lehet. Magyarországon jelenleg csak orlistattartalmú készítmények vannak forgalomban.
2. D) A malignus gastroduodenalis obstrukció hátterében leggyakrabban a pancreatobiliaris rendszer, a pancreasfej daganatos elváltozásai, a peripyloricus gyomortumorok, valamint a duodenum elsődleges vagy másodlagos daganatos elváltozásai állnak.
3. D) A Hodgkin-lymphoma napjainkban, köszönhetően a kockázat- és válaszadaptált kezelési módoknak, 80–90%-ban gyógyítható, azonban a betegek körülbelül 20–30%-a relabál az elsődleges kezelést követően, illetve a betegek mintegy 10%-ánál refrakter betegséget észlelünk.
4. B) A *Xenorhabdus budapestensis* rovarpatogén nematodák bélcsövében élő Gram-negatív baktérium. Anyagcseretermékei között antimikrobiális aktivitású peptidek is vannak.
5. D) A 22-es kromoszóma hosszú karjának deletiója nagyon különböző fenotípus-megjelenéssel járhat: klasszikus Di George-szindróma, velocardiofacialis vagy Shprintzen-szindróma, Takao-szindróma vagy izolált kiáramlásipálya-defektusok.
6. A) A táplálékkal bevitt kalcium túlnyomóan a duodenumban szívódik fel aktív, transzcelluláris és passzív, paracelluláris mechanizmussal.
7. C) A *S. pneumoniae* béta-laktám-rezisztenciája nagymértékben dózisdependens, ezért *in vivo* át lehet törni a választott antibiotikum napi adagjának emelésével.
8. C) A figyelemhiányos hiperaktivitás-betegség gyermekkorban kezdődő neuropszichiátriai tünetegyüttes. A betegség prevalenciája az epidemiológiai vizsgálatok eredményei szerint 2–12%.
9. A) Az energiatalok ismert kedvezőtlen mellékhatásai a heves szívdobogásérzés, a vérnyomás-emelkedés, krónikus alkalmazáskor elhízás, dehidráció is kialakulhat.
10. C) A tehéntej jelentős tápanyag-, kalória-, ásványi anyag- és vitaminforrás. A tehéntejben a laktóz energiataralma 4 kalória/g.

### Az OH-KVÍZ megfejtésével folyamatos orvos-továbbképzési pontokhoz juthat!

A Semmelweis Egyetem Továbbképző Központjának döntése értelmében az OH-KVÍZ megfejtésének beküldői folyamatos orvos-továbbképzési pontokat kapnak.

*Amennyiben a jó válaszok aránya meghaladja a 60%-ot, félévente maximum 12 továbbképzési pont kapható. Távoktatással szerzett pontokból évente legfeljebb 20 pont számítható be [MK 2003/99. (VIII. 22.)].*

A 100%-osan helyes választ beküldők jutalma egy, az Akadémiai Kiadó webáruházában kedvezményes vásárlásra jogosító kupon.

A megfejtések az *Orvosi Hetilap* szerkesztőségébe levelezőlapon és e-mailen küldhetők be.

A beküldött megfejtések értékelését, a helyes megfejtők nyilvántartását az *Orvosi Hetilap* szerkesztői végzik, s az adatokat továbbítják az egyetemeknek.

Ha kreditpontokat kíván gyűjteni, kérjük, adja meg pecsétszámát, szakterületét és munkahelyét is.

A helyes megoldást a következő havi feladvánnyal együtt, a nyertes nevét a következő havi második számunkban közöljük.

### A megfejtések beküldési határideje: 2016. február 19.

Beküldési cím: Akadémiai Kiadó Zrt., 1519 Budapest, Pf. 245, e-mail: edit.budai@akademiai.hu

## OH-KVÍZ – 2016/6. szám

Válassza ki az alábbi lehetőségek közül a megfelelőt!

- Milyen gyakori az inzulinrezisztencia polycystás ovarium szindrómában?
  - <5%.
  - 5–10%.
  - 50–80%.
  - >95%.
- Mi a Zahn-pseudoinfarctus?
  - A vena portae akut elzáródása.
  - A máj akut artériás keringészavara.
  - A vv. hepaticák akut elzáródása.
  - Egyik sem.
- Melyik *nem* jellemző a Dravet-szindrómára?
  - Csecsemőkori myoclonosus epilepszia.
  - Autoszomális domináns úton öröklődik.
  - 70%-ban a feszültségfüggő Na-csatorna alfa-1 alegységet kódoló gén mutációja mutatható ki.
  - Mindegyik igaz.
- Milyen gyakori az endometriosis előfordulása a reprodukív korú női populációban?
  - 6–10%.
  - 1–2%.
  - 20–30%.
  - <1%.
- Milyen valószínűséggel következnek be vetélés 40 év feletti anyai életkor felett?
  - 12–15%.
  - 50%.
  - 5%.
  - 70%.
- Milyen folyamatok játszanak szerepet a praeeclampsia kialakulásában?
  - Érösszehúzódás.
  - Vérlemezke-aggregáció.
  - Vascularis permeabilitás fokozódása.
  - Mindegyik.
- Melyik *nem* jellemző a neutrofil gelatináz asszociált lipokalinfehérjére?
  - 25 kDa súlyú.
  - Vesetubulusok is termelhetik.
  - Az akut vesekárosodás markere.
  - Szintje korrelál a GFR növekedésével.
- Melyik kórképben van szerepe az oxidatív stressznek?
  - HCV okozta idült hepatitis.
  - Májfibrosis.
  - Hepatocellularis carcinoma.
  - Mindegyik.
- Melyik proinflammatorikus citokin?
  - TNF- $\alpha$
  - IL-6.
  - Mindkettő.
  - Egyik sem.
- Mire szolgál az EQ-5D kérdőív?
  - Általános egészségi állapot mérése.
  - Depresszió mérése.
  - Cardiovascularis kockázat mérése.
  - Egyik sem.

Az Orvosi Hetilap egyes számai megvásárolhatók a Mediprint Orvosi Könyvesboltban.

Cím: Budapest V., Múzeum krt. 17. – Telefon: 317-4948