

## Infektológia

### Esélyegyenlőséget javító influenzaoltás – Egyesült Államok, 2010–2012 (Influenza-related hospitalizations and poverty levels – United States, 2010–2012)

Hadler JL, Yousey-Hindes K, Pérez A, et al. (Corresponding author: James L. Hadler, e-mail: hadler-epi@att.net): *Morb. Mortal Wkly Rep.* 2016; 65: 101–105.

Az Influenza Hospitalization Surveillance Network elemezte a szegénységi küszöb alatt élők aránya és az influenza miatti kórházi felvételek közötti korrelációkat az Amerikai Egyesült Államok 78 megyéjében.

A nagyobb arányú kórházi felvételnél a szegénységgel való összefüggései meggyőzőnek tűnnek, földrajzi helyzettől, életkörülménytől és etnikai hovatartozástól függetlenül. A korreláció mögött az húzódnak meg, hogy a szegényebb rétegeknél kisebb az oltottak aránya, a szegények gyakran zsúfolt lakáskörülmények között élnek, ami kedvez az influenza továbbadásának, illetve nagyobb arányban szenvednek olyan körülményekben, amelyek fokozzák az influenza iránti hajlamot.

Függetlenül az okoktól, erőfeszítéseket kell tenni az influenzával kapcsolatos kórházi felvételek terén a szegénységgel összefüggésben fennálló egyenlőtlenségek csökkentésére. Ehhez meg kell ragadni minden alkalmat a védőoltással kapcsolatos ismeretek terjesztésére és a védőoltás beadására, valamint azoknak a tényezőknél a feltárására, amelyek akadályozzák az oltottsági arány javítását. A szegényebb cenzusba tartozóknál tegyünk célzott erőfeszítéseket az influenza elleni oltottság növelésére!

*Fischer Tamás dr.*

## A jövő medicinája

Sztereó szemsebészeti videók okostelefonnal való készítése és ezek virtuális realitás alapú szemüveggel (headset) való megtekintése (Making and viewing stereoscopic surgical videos with smartphones and virtual reality headset) Gallagher K, Jain S, Okhravi N. (Department of Ophthalmology, Royal Free London Hospital, Pond Street, London NW3 2QG, Egyesült Királyság; e-mail: gallagherkr@gmail.com): *Eye.* 2016; 30: 503–504.

Okostelefonokat egy ideje már használnak a szem elülső és hátsó szegmensének fényképezésére, és beszerezhetőek olyan adapterek, amelyekkel lehetséges a szemsebészeti videók rögzítése. A 2D-s kép kiváló minőségű lehet, de ez nem adja vissza azt a 3D-s (sztereó) képet, amit a szemorvos lát a réslámpánál vagy az operációs mikroszkópon keresztül.

Sok cég (például Google, Samsung, Zeiss) okostelefont és virtuális realitáson alapuló szemüveget (például Google Cardboard, Samsung Gear VR, Zeiss VR One) használ a 3D-s játékokba való „belemélyedésbe” vagy az ilyen mozifilmek nézéséhez.

A szerzők két iPhone 4S-t kapcsoltak 3D-s nyomtatóval készült adapteren keresztül a réslámpához, illetve az operációs mikroszkóphoz. Videókat készítettek az elülső csarnokban uveitisben látható sejtekről, valamint kancsalsági és szürkehályogműtétről. Az elkészült két videót egy videókészítést támogató szoftverrel szinkronba hozták. Ezt az oldalhelyes videót azután feltöltötték az iPhone-ra, majd ezt már sztereoszkóposan, 3D-ben meg lehetett nézni a VR-alapú olcsón beszerezhető szemüveggel, amelyhez az iPhone-t is rögzítették.

Jelenleg mások Google Glass és két GoPro kamera segítségével ugyancsak készítettek szemműtétekről sztereoszkópos videókat, de ezekben kicsi az érdeklődésre számot tartó terület képe. Ezzel szemben a szerzők 3D-s videója kiváló minőségű és alkalmas arra (is), hogy a szakképzésben résztvevők tanulási céllal használják a régi 2D-s videók helyett. A jövőben a szemsebészeti tanulók világszerte nézhetnek majd szemműtétekről készült 3D-s videókat, amelyek egy internetes könyvtárból lesznek letölthetőek.

*Dervaderics János dr.*

## Kézsebészet

### II. zóna hajlítóin-helyreállítás az Egyesült Államokban: Irányzatok a jelenlegi kezelésben (Zone II flexor tendon repairs in the United States: Trends in current management)

Gibson PD, Sobol GL, Ahmed IH. (Department of Orthopaedic Surgery, Rutgers–New Jersey Medical School, Newark, NJ, Amerikai Egyesült Államok; e-mail: peterdgibson@gmail.com): *J Hand Surg Am.* 2017; 42: e99–e108.

A kéz II. zónájában létrejött hajlítóin-sérülések helyreállítása folyamatosan tárgyalt kérdéskör a kézsebészetben, mivel számos, különféle műtéti technika, varróanyagok és rehabilitációs módszerek vannak használatban. *Sterling Bunnell* (1948) nevezte el e területet „senki földjének” („no man’s land”), amely a distalis tenyéri barázdától a felületes hajlítóin tapadásáig terjed, a hosszú ujjakon. Ez a terület komplex anatómiai egységet képez, a benne elhelyezkedő két hajlítóinál, amelyek fibroossealis, digitális innhüvelyben futnak, és általában rossz végeredménnyel végződtek a sebészi rekonstrukciós kísérletek. A hajlítóin-helyreállító módszerek sokat változtak az elmúlt évtized során, mivel a sebészek törekedtek a posztoperatív végeredmények lehető legnagyobb mértékű optimalizálására.

Az optimális innhelyreállítás végső célja a következőkben vázolható: megfelelő hajlítótér visszaállítása az ujjakon, a lehető legkisebb résképződés kialakulása az ínvarrat helyén, az íngyógyulás elősegítése, végül a helyreállított ín lehető legnagyobb elcsúszásának és mozgásterjedelmének biztosítása. A jelen irodalmi adatok elsősorban a négy öltésből álló intratendinealis varratot javasolják, 3/0 vagy 4/0 átmérőben, multifil, fel nem szívódó kivitelben. Mindkét esetben a módosított Kessler-féle, négy öltésből álló, keresztezett öltési technikát – epitenonvarrattal párosítva – támogatja a szerzők többsége. Ami a műtét során alkalmazott érzéstelenítési módszerekre illeti, javasolják az éber állapotban végzett helyi érzéstelenítő módszerek (wide awake local anesthesia – WALANT) alkalmazását, amely potenciális előnyöket mutat az ín-műtétek során is: csökkenti az ínrupturák és a tendolysisek arányszámát.

Jelen tanulmány célja az volt, hogy analizálja az Egyesült Államokban tevékenykedő kézsebészek gyakorlatát és a stratégiájukat a II. zónában sérült hajlítóinak helyreállító műtétei során, valamint megbecsülje, vajon e stratégiák egybevágóak-e a bizonyítékon alapuló jelenlegi gyógyítóeljárásokkal. A szerzők feltételezték, hogy különbségek lehetnek a kézsebészközösségeken belül e sérülések kezelésében a felhasznált varróanyagok, a műtéti technika, illetve a rehabilitációs módszerek vonatkozásában.

A szerzők az Amerikai Kézsebész Társaság (American Society for Surgery of the Hand – ASSH) adatbázisa alapján minden tag e-mail-címére kiküldték kérdőívüket, két, egymást követő alkalommal, kéthetes intervallummal. A válaszra maximálisan három hónapot várokoltak. A kérdőívben az alábbiak szerepeltek: a kézsebészeti praxisban eltöltött idő, a címzett geográfiai elhe-

lyezkedése, a szakképesítés típusa (ortopéd, általános vagy plasztikai sebész) és az elmúlt évben a II. zónában végzett műteteinek száma; beleértve a sebészi technika fajtáját, az előnyben részesített invarrat típusát, a leggyakrabban előfordult szövődeményeket, illetve a műtét utáni kezelést. Végül a válaszadók megkérdezték arról is, hogy sürgősségi kézsebészeti esetekben milyen műtéti technikát használnak és milyen tényező játszott a legnagyobb szerepet helyreállító műteteik elvégzésében.

A válaszok értékelését elektronikus formában végezték el. A 2728 ASSH-tag közül 410 értékelhető válasz érkezett. E válaszokat az Amerikai Egyesült Államok összes régiójából kapták. Röviden összefoglalva: A kézsebészek többsége (91%) a multifil, fel nem szívódó varróanyagot használta. Ami a varrattechnikát illeti, módosított Kessler-varratot végeztek négyzörös, keresztvezet formában (94,2%), epitenonvarratot pedig a kérdeztettek 96,7%-ban alkalmaztak. Csúpan 21%-uk végzett rutin-szerűen hajlítónéhüvely-varratot. Éber állapotban helyi érzéstelenítést (WALANT) a kézsebészek 80%-a nem használt.

A sebészek 33,3%-a tartja megfontolónak a három héten belüli inhelyreállítást, 44%-uk a négy héten belüli és 23,1%-uk az öt héten túli rekonstrukciós műtét híve. 49,5% végeztet korai, passzív mozgatót és 50,5% korai, aktív mobilizációt. A szenior sebészek (>15 év gyakorlattal) gyakrabban használtak kétöltéses intratendinealis varratot, mint junior kollégáik (<15 éves gyakorlattal). Az idősebb szakemberek kétszer gyakrabban alkalmaztak korai, *passzív* mobilizációt a rehabilitációs kezelés során, mint a fiatalabb orvoskollégáik, akik előnyben részesítették az *aktív* mozgatót használó protokollt. Egyéb vonatkozásban (varróanyagok, varrattechnika, műtéti eljárások) azonban nem mutatkozott különbség a két korosztály között.

A tárgyalt II. zóna területe fokozottan hajlamosít a rossz posztoperatív funkcionális eredmények kialakulására. Minderre magyarázatot adnak a bonyolult anatómiai viszonyok, továbbá a műtét után kialakuló ödéma, amely gyakran korlátozza az in mozgását. Az elmúlt két évtized során a sebészi helyreállításban, a varróanyagok és a kontrollált rehabilitációs eljárásokban folyamatos előrehaladás történt. E területen az irodalmi adatokban főként három különböző tényezőt említettek: az intratendinealis varrat típusok, az inhelyreállításban felhasznált sebészi technika és a műtét utáni rehabilitációs program. A varróanyagok tekintetében a nem felszívódó varratok bizonyultak nagyobb szakítószilárdságúknak, ugyanak-

kor a legújabb szakirodalmi adatok által javasolt varróanyagokat a sebészek 9%-a nem használta. A szerzők többsége a négyöltéses invarratot tartotta a szakítószilárdság tekintetében az erősebbnek, és egy másik tanulmány szerint a módosított Kessler-varratok után találták a legkevesebb in körüli összenövést. A szerzők többsége szerint az epitenonvarratokkal történő invarrat-megerősítés megnöveli a varrat szilárdságát, előnyös az in elcsúszása szempontjából és csökkenti a helyreállított invek között létrejövő részképződést (gap-formation). A válaszadók 97%-a ért ezzel egyet.

A hajlítón-sérülések rekonstrukciója után végzett rehabilitációs program kezdetben két-három hetes rögzítés után kezdődött csak el, és az esetek többségében peritendinosus fibrosissal és ujjizületi kontraktúrával végződött. Az ezt követő korai, kontrollált *passzív* mobilizáció az eredményeket lényegesen javította. Újabbban azonban egyre több helyen végeznek korai, *aktív* mozgatót, amellyel a műtét utáni eredmények látványos javulását sikerült elérni az erre szakosodott intézetekben. A cikk szerzői a műtételnél az általuk említett, éber állapotban végzett érzéstelenítési technikát (WALANT) javasolják. A vizsgált csoportban azonban csak a sebészek 45%-a választotta ezt a módszert. A szerzők végül megállapítják, hogy felmérésüket nem tekintik reprezentatív jellegűnek, mivel csúpan 400 kolléga, a tagság 15%-a vett részt a válaszadásban.

(Ref.: *Az ismertetett közlemény az érin-tett hazai szakemberek körében – minden bizonnyal – érdeklődésre tarthat számot, mivel a kézsebészeti szakirodalomban hasonló, nagy anyagon e témakörben még nem készült felmérés. Ezenfelül a dolgozat röviden összefoglalja a kérdéssel kapcsolatos legkorszerűbb kezelési elveket is.*)

Bíró Vilmos dr.

## Pulmonológia

**Olaszországi, multicentrikus, fázis III, randomizált vizsgálat ciszplatin plusz etopozid bevacizumabbal vagy a nélkül, mint első vonalbeli kezelés extenzív kissejtes tüdőrákban (Italian, multicenter, phase III, randomized study of cisplatin plus etoposide with or without bevacizumab as first-line treatment in extensive-disease small-cell lung cancer: The GOIRC-AIFA FARM6PMFJM trial)** Tiseo M, Boni L, Ambrosio F, et al. (Oncologia Medica,

Azienda Ospedaliero-Universitaria, Via Gramsci 14, 43126 Parma, Olaszország; e-mail: mtiseo@ao.pr.it): **J Clin Oncol.** 2017; 35: 1281–1287.

A kissejtes tüdőrák – noha kezdetben érzékeny a kemo- és radioterápiára – extenzív esetben gyógyíthatatlan. Standard első vonalbeli kezelése kemoterápia ciszplatin vagy carboplatin és etopozid kombinációjával. Ezt a nyolcvanas évek elején vezették be és azóta nem történt lényeges előrelépés. Nem kissejtes tüdőrákban az utóbbi években kiterjedten alkalmazzák a biológiai szereket. A vascularis endothelialis növekedési faktor számos tumorfajtában szerepel a neoangiogenezisben – kissejtes tüdőrákban is. A bevacizumab humanizált, monoklonális antitest ezen faktor ellen, amelyet sikeresen alkalmaznak például nem kissejtes tüdőrákban is.

A cikk – pozitív II fázis vizsgálatok után – elvégzett fázis III vizsgálatról számol be. Előzetesen terápiában nem részesült, szövettanilag vagy citológiával bizonyított, extenzív kissejtes tüdőrákos betegeket kezelték, akik 0–2 fokozatú teljesítménystatusúak voltak, és várható élettartamuk meghaladta a 12 hetet. A betegek intravénás ciszplatin (egyesek karboplatin) plusz etopozid kezelést kaptak egy-három napig, és ezt a ciklust háromhetente ismételték. A kontrollcsoportba 103 beteg tartozott, 101 beteg pedig a fentiek mellé a ciklusok első napján intravénás bevacizumabot is kapott. A platinát és etopozidot a progresszió bekövetkeztéig vagy jelentős mellékhatás fellépéséig adták, maximum hat ciklust. A bevacizumabot mint fenntartó kezelést monoterápiában folytatták progresszió fellépéig, de maximum 18 ciklusig (beleértve az első hatot is).

A medián követési idő 34,9 hónap volt. A betegek medián életkora 64 év (41–81 év). Objektív választ a betegek 55,3, illetve 58,4%-ánál értek el (esélyhányados 1,13). A medián progressziómentes túlélés 5,7, illetve 6,7 hónap (esélyhányados 0,72, szignifikáns). A medián teljes túlélés 8,9, illetve 9,8 hónap, és az egyéves túlélés 25%, illetve 37% (esélyhányados 0,78, nem szignifikáns). A betegek 42%-a ért el a fenntartó kezeléssel, utóbbi hatásosságának esélyhányadosa 0,60, szignifikáns. A progressziómentességet illetően viszont csak határérték. Ez az első III fázisú vizsgálat, amely kissejtes tüdőrákban biológia szert alkalmazott. A kis esetszám végleges következtetést nem enged meg, nagyobb beteganyag utánvizsgálata szükséges.

Nagy László Béla dr.

## Inkontinenciáról szóló szakmai irányelv gyakorlatban történő megvalósítása és továbbfejlesztése

A népesség öregedésével folyamatosan nő az inkontinensek száma. Becslések szerint a lakosság körülbelül 6,5 százaléka inkontinens. A számok alapján az inkontinenciát népegészségügyi problémának kell tekinteni. Ez az életminőséget rontó állapot elszigeteltséget jelent a benne szenvedőknek. A betegek tájékozatlansága és a nem megfelelő ellátás komoly problémát jelent közvetlen környezetüknek is.

A Magyar Kontinencia Társaság kezdeményezésére az érintett szakmák szervezeteit tömörítő szakmaközi összefogáshoz csatlakozott az SCA (Svenska Cellulosa Aktiebolaget), gyógyászati segédeszközöket (nedvszívó higiéniai termékeket) gyártó és forgalmazó cég is.

Tavaly az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) Egészségügyért Felelős Államtitkárságának közreműködésével elkészült egy új, inkontinenciáról szóló szakmai irányelv is. A gyakorlatban történő megvalósítás és továbbfejlesztés számos szakmai szereplő (szakdolgozó, háziorvos, többféle szakorvos) együttműködésével valósulhat meg a különböző ellátási szinteken.

2017. február 22-én az Antal Géza Alapítvány (SOTE Urológiai Klinika), Magyar Kontinencia Társaság, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Szociális Klaszter Egyesület és az SCA Hygiene Products Kereskedelmi Kft. megállapodást írtak alá azzal a szándékkal, hogy az inkontinencia-ellátásban minden közvetlenül érintett bevonásával szakmai együttműködésen alapuló platform jöjjön létre az irányelvben foglaltak megvalósításáért. Megállapodtak abban is, hogy tevékenységük eredményeit negyedévente közösen értékelik, és meghatározzák a további fontos és szükséges lépéseket.

„... Az irányelv a nem neurogén eredetű felnőtt vizeletinkontinencia fajtáival, azok megelőzésével, kivizsgálásával, kezelésével, rehabilitációjával, gondozásával és ápolásával foglalkozik, és kimondja például, hogy az inkontinencia kivizsgálását és ellátását egy kétféle rendszerben kell megoldani: az egyszerű, nem komplikált inkontinencia megoldását lehetőség szerint már az alapellátásban, míg a komplexebb eseteket a szakellátásban kell megvalósítani.”

E törekvésnek külön aktualitást ad az 1886/2016. (XII. 28.) Korm. határozat az

„Egészséges Magyarország 2014–2020 Egészségügyi Ágazati Stratégia 2017–2018 évekre vonatkozó cselekvési tervéről”, illetve annak második stratégiai pillére, az alapellátási kompetencia megerősítése. A kormányhatározat külön kitér az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás funkcionális integrációjának szükségességére, az ellátás népegészségügyi szemléletű biztosítása mentén.

A szakmai alapokat adó szervezetek jogalkotói és hatósági szinten nyitottak az irányelvben foglaltak gyakorlati megvalósítására, például az alapellátásban történő ellátáshoz szükséges háziorvosi kompetenciák és jogosítványok (az inkontinencia szintjének kategóriába sorolása, a szükséges kezelés megállapítása, inkontinencia-segédeszköz közvetlen utalványozási lehetősége) megteremtésére.

*Blázovics Anna dr.*

### A prevenció kiemelt szerepe a diabeteses betegek kezelésében, gyógyításában és gondozásában

#### A Magyar Diabetes Társaság Regionális Kongresszusa, az MDT Családorvosi, Edukációs, Metabolikus és Genetikai Munkacsoportjának szakmai tudományos pontszerző továbbképző rendezvénye

Győr, ETO Park Hotel, 2016. november 3–5.

Győrött az ETO Park Hotel épülete adott otthont az ebben a formában első alkalommal megrendezett MDT Regionális Kongresszusnak, amelynek keretében vezető diabetológusok részvételével áttekintették a diabetológia fejlődésének főbb irányvonalait és az új terápiás lehetőségeket.

Nagy örömminkre szolgált, hogy a kongresszuson a 287 regisztrált résztvevő között a diabetológia iránt érdeklődő közel 80 szakdolgozó is jelen volt, elsősorban a háziorvosok közvetlen segítői, egészségügyi szakdolgozók, orvosasszisztensek és körzeti ápolónők.

A védnökséget a megyeszékhely Petz Aladár Megyei Oktató Kórháza, annak vezetője, *dr. Tamás László János főigazgató-főorvos* és *dr. Schmidt Péter professzor*, a győri Alapellátási Szabadegyetem szakmai igazgatója vállalta. A rendezvény fő szervezője *dr. Hidvégi Tibor* győri diabetológus főorvos volt, aki a társszervezőkkel, *dr.*

*Kempler Péter professzorral, dr. Oláh Ilonával és dr. Gaál Zsolttal* közösen hatalmas munkát végzett a szervezés területén.

A megjelenteket *dr. Hidvégi Tibor* köszöntötte, és nagy örömmel számolt be arról, hogy Győr városa adhatott helyet ennek a rangos tudományos szimpóziumnak. Természetesen a közel 50 előadás és a 2 × 3, forgó rendszerben megrendezett workshop, valamint a zárónapon az egészségügyi szakdolgozók részére megtartott előadások közül csak egyes részleteket tudunk kiemelni.

*Dr. Kempler Péter professzor* és *dr. Hidvégi Tibor* elnökletével a kongresszus első napján plenáris ülésre került sor. A gyermekkori diabetológia legújabb irányelveit és sajátosságait *dr. Barkai László professzor* vázolta fel, egyben jövőképet is mutatva a gyermekkori diabetológiai gondozóhálózat teendőivel kapcsolatban.

Más aspektusból közelítette meg a diabetológia egyes kiemelt indikátorait *dr. Tabák Ádám*, aki az időskori diabetes speciális szempontjait mutatta be.

A diabetológiai kezelések kardiológiai vonatkozásában *dr. Dézsi Csaba András professzor* a koleszterinterápiá csapdájáról tartott kiváló összefoglalót, míg *dr. Várkonyi Tamás* a klinikai inercia tárgykörében folyó legújabb kutatások eredményeit ismertette. Nagy ívű előadásában *Korányi László professzor* a diéta és a tréning 2-es típusú diabetesben történő fontosságát hangsúlyozta hazai és nemzetközi kutatómunka eredményei alapján.

Külön szekció foglalkozott a költség/haszon vizsgálatokkal a cukorbetegséget illetően, *Jermendy György professzor* az MDT kutatása alapján epidemiológiai adatokkal támasztotta alá ezen vizsgálatok fontosságát, míg *dr. Kempler Péter professzor* a morbiditási és mortalitási adatokat mutatta be. Kiváló előadást tartott *dr. Kántor Irén gyermekgyógyász főorvos asszony*, aki prezentációjában érdekes esettanulmányokon keresztül mutatta be a LADA (latent autoimmune diabetes of adult – felnőttkori latens autoimmun diabetes) és a MODY (maturity onset diabetes of the young – felnőtt diabetes, amely fiataloknál jelentkezik) típusú diabetes területén végzett, valamint az ehhez kapcsolódó differenciáldiagnosztikai kutatómunkáját, amelyeket *dr. Gaál Zsolt főorvossal* közösen értékelt ki. *Dr. Strényer Ferenc főorvos* az új generációs bázisinzulinok bemutatása során a klinikai evidenciák fontos szerepére tért ki.

A workshopok méltó módon emelték a kongresszus szakmai rangját. Kiemelném a 4. számú workshop keretében *dr. Várkonyi*



Tamás és dr. Oláh Ilona előadását, amelyben az egyénre szabott OAD-kezelés szempontjait szakmai érvekkel támasztották alá. A 3. számú workshopban dr. Rinfel József és dr. Fodor Éva diabetológus háziorvosok egyénre szabott betegedukáció keretében saját rendelőjükben végzett kiemelkedő preventív munkáról számoltak be. Fodor Éva doktornő Mosonmagyaróváron végzett áldozatos munkája dicséretet érdemel.

A zárónapon külön szekció foglalkozott a szakdolgozók továbbképzésével, dr. Porpáczy Krisztina családorvos üléselnökségével. Dr. Hidvégi Tibor a szűrés fontosságát hangsúlyozta, előadásához kapcsolódott dr. Vásárhelyi László diabetológus háziorvos prezentációja, amely a 2-es típusú cukorbe-

tegek családorvosi praxisokban történt kezelésével foglalkozott. Dr. Füst Ágnes a diabéteses láb kialakulásáról, megelőzéséről és szűréséről tartott jól felépített előadást. Hidvégi Annamária és Békefi Dezsőné az egyénre szabott vércukor-önellenőrzés elmúlt ötévi tapasztalatairól számoltak be. Dr. Hasitz Ágnes diabetológus családorvos a háziorvosokat érintő, diabetológiával kapcsolatos finanszírozási rendeletekről tájékoztatót.

A kongresszus keretében az MDT Háziorvosi Munkacsoportjának megbeszélésére is sor került, majd a vezetőségválasztás során dr. Oláh Ilonát választották a munkacsoport elnökének, dr. Rosta Lászlót pedig elnökhelyettesnek.

Összességében megállapítható: a Magyar Diabétes Társaság győri regionális szakmai tudományos pontszerző kongresszusa messzemenően elérte célját, magas szintű szakmai előadások és workshopok emelték annak rangját, továbbá fontos szempontként említhető a szakdolgozók részére tartott külön szimpózium.

A szervezők dr. Hidvégi Tibor vezetésével kiváló, országosan is egyedülálló munkát végeztek. A szakmai programon túlmenően érdekes kísérő programok (Győri Filharmonikusok hangversenye, városnézés, gálavacsora) is hozzájárultak a kongresszus sikeréhez.

Schmidt Péter dr.

világraszóló tudás

12.99 EUR

AKADÉMIAI SZABÁLYZAT

iOS

2890 Ft

MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA

A magyar helyesírás szabályai

TIZENKETTEDIK KIADÁS

ÚJ MAGYAR HELYESÍRÁS

AKADÉMIAI KIADÓ

MAGYAR net-szótár

1 évre: 990 Ft  
2 évre: 1780 Ft

2950 Ft

AKADÉMIAI SZABÁLYZAT

Windows

2490 Ft

AKADÉMIAI SZABÁLYZAT

Szótár.net

## A magyar helyesírás szabályai 12. kiadás

### Mindig a keze ügyében!

- a Magyar Tudományos Akadémia szabályzata
- 300 szabálypont példákkal
- szabályzat és szótár egyben
- a 11. és a 12. kiadás közti különbségek felsorolása, példákkal
- tárgymutató

Keresse a könyvet a [www.akademiai.hu](http://www.akademiai.hu) oldalon, vagy válassza az online változatot és a mobilalkalmazást a [www.szotar.net](http://www.szotar.net)-en!



Szótár.net



AKADÉMIAI KIADÓ