

**PROGRAM****20. Májnap****Dr. Telegdy László emlékére**

Egynapos akkreditált továbbképző konferencia háziorvosok, gasztroenterológusok és minden érdeklődő számára

**Időpont:** 2015. május 08. péntek 08:30 – 16:00

**Helyszín:** Aesculap Akadémia  
1115 Budapest, Halmi u. 20-22.

**Elnök:** Prof. Dr. Nemesánszky Elemér

09:00 – 09:15 **Megemlékezés Dr. Telegdy Lászlóról a Májbetegekért Alapítvány elnökéről**  
Prof. Dr. Nemesánszky Elemér (Szt. János Kórház)

09:15 – 09:45 **Primer biliaris cirrhosis: a felismerés, a kezelés és a gondozás aktuális kérdései**  
Prof. Dr. Nemesánszky Elemér (Szt. János Kórház)

09:45 – 10:15 **A primer sclerosáló cholangitis kezelése (gyógyszeres kezeléssel kapcsolatos álláspont, endoscopos kezelés)**  
Dr. Péter Zoltán Ph.D. (SE II.sz. Belklinika)

10:15 – 10:45 **Májbetegségek extrahepaticus manifesztációi**  
Dr. Pusztay Margit (Szt. János Kórház)

10:45 – 11:00 **Kávészünet**

**Elnök:** Dr. Péter Zoltán Ph.D.

11:00 – 11:30 **A giardiasis epidemiológiája, diagnosztikája**  
Prof. Dr. Rókusz László (MH. Egészségügyi Központ Honvédkórház)

11:30 – 12:00 **Májbetegség és műtéti anaesthesia (kockázatok, lehetőségek)**  
Dr. Fazekas János Ph.D. (SE Sebészeti és Transzplantációs Klinika)

12:00 – 12:30 **Májtranszplantáció Magyarországon Eurotransplant tagként**  
Prof. Dr. Kóbori László (SE Sebészeti és Transzplantációs Klinika)

12:30 – 13:30 **Ebéd szünet**

13:30 – 14:00 **HBV reaktivációja (oka, gyakorisága, megelőzése, kezelése)**  
Dr. Horváth Gábor Ph.D. (Budai Hepatológiai Centrum)

14:00 – 14:30 **Chronicus vírushepatitisek kezelési lehetőségei és reményei**  
Dr. Makara Mihály (Egyesített Szt. István és Szt. László Kórház)

14:30 – 15:00 **Chronicus E-vírus hepatitis**  
Prof. Dr. Szalay Ferenc (SOTE I.sz. Belklinika)

15:00 – 15:30 **Tesztvizsga**

## PRIMER BILIARIS CIRRHOSIS: A FELISMERÉS, A KEZELÉS ÉS A GONDOZÁS KÉRDÉSEI

**Prof. Dr. Nemesánszky Elemér**

*Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Hepatológiai Szakambulancia, Budapest*

Több mint fél évszázad tapasztalata és a modern diagnosztikai arzenál lehetővé tette a krónikus cholestasis-szindrómák klasszifikálását. A primer biliaris cirrhosis (**PBC**) jellemzőit elsőként Sheila Scherlock foglalta össze (Gastroenterology 1959; 37:574-86). Az intrahepatikus epeutak progresszív destrukciójával, az epeszekréció következményes károsodásával, fibrotikus átépüléssel kísért kórkép hátterében autoimmun tényezők szerepelnek.

A korai stádiumban történő felismerést nehezíti, hogy nem ismerünk a PBC-re jellemző kórjelző tünetet. A betegek általában fokozódó fáradékonyságot és pruritust, ritkábban a sicca-szindrómára utaló panaszokat (szem-, száj-, ill. bőrszárazság) említnek. Előfordulását illetően jellemző a női dominancia (nő/férfi arány: 9:1).

Rizikó faktorok	Klinikai jelek (szimptómák)	Kóros laboratóriumi paraméterek
Női nem	fáradékonyság, letargia	<b>ALP + GGT</b> aktivitás fokozódás
45 - 60 éves életkor	bőrvizketés (pruritus)	hyperlipidaemia
Posztív családi anamnézis	abdominális diszkomfort	fokozott <b>IgM</b> szint
HLA DRB1 prezentáció	xanthemák, xantellasmák	<b>AMA</b> pozitivitás

### Gyakran társuló betegségek:

hypothyreosis, diabetes, sicca-szindróma, arthralgia

Korábban a diagnosztika arany-standardjának a májbiopsziával kivett minta patológiai analizisét tekintették. A klinikai kép, a hepatológiai státus, a laboratóriumi paraméterek változásának dinamikája, valamint az intrahepatikus fibrotikus átépülés (Fibrotesztek, FibroScan, Hasi-UH) mértékének eredőjéből (az esetek döntő többségében) pontos diagnózis állapítható meg.

**A PBC kezelésének lehetőségei:** a tartós szedésre elsőként választandó gyógyszer az ursodeoxycholsav (UDCA) 13-15 mg/kg/die. A teljes napi adag esténként történő bevételre ajánlott.

A diagnózist erősíti és kedvező prognosztikus jel, amennyiben a beteg kóros paraméterei az ursodeoxycholsav (13-15 mg/kg) három hónapon át történő szedésének hatására jelentős (30-40 %-os) javulást mutatnak.

Terápiarezisztencia esetén (kb. 8 %) immunszuppresszió alkalmazása javasolt (kortikoszteroid, azathioprim).  
**Tüneti szerek:** antihisztaminok, opioid antagonisták, anxiolyticumok, cholestyramin. **Szupportív kezelés:** vitaminok (A, D, E), ásványi anyagok (Ca és P). A hyperlipidaemia diétát, testsúly kontrollt igen, de gyógyszeres kezelést általában nem indokol!

A betegek gondozása hepatológiai szakambulancián kb. 6 hónaponkénti kontrollal történik. Előrehaladott stádium, illetve fokozatos progresszió esetén májtranszplantáció mérlegelendő.

---

# A PRIMER SCLEROTISÁLÓ CHOLANGITIS KEZELÉSE (GYÓGYSZERES KEZELÉssel KAPCSOLATOS ÁLLÁSPONT, ENDOSCOPOS KEZELÉS)

**Dr. Péter Zoltán Ph.D.**

*Semmelweis Egyetem II. számú Belgyógyászati Klinika, Budapest*

Gyógyszeres és endoszkópos kezelési lehetőségeink vannak a primer sclerotisáló cholangitis kezelésére. Ha ezek ellenére belátható időn belül számítani lehet az állapot rosszabbodására, akkor májtranszplantációt kell mérlegelni.

## **Gyógyszeres kezelés**

Hosszú évekre visszatekintő hagyománya van a primer sclerotisáló cholangitis ursodeoxycholsav kezelésének. A kezdeti évek lelkesedését megalapozó kedvező eredményű vizsgálatok után olyanok következtek, amelyek a laboratóriumi leletek javulása ellenére nem igazolták a betegség lefolyására gyakorolt kedvező hatást, vagy ellenkezőleg, a betegség progresszióját, kedvezőtlen lefolyását találták az ursodeoxycholsav mellett. Ez tükröződik abban is, hogy az OEP néhány évvel ezelőtt megvonta az ursodeoxycholsav 90 %-os támogatással való felírasi lehetőségét primer sclerotisáló cholangitisben. A kérdés mai napig nem eldöntött, ezt mutatja az Európai- és az Amerikai Májkutató Társaságok eltérő álláspontja is. Közben új gyógyszerek kifejlesztése és kipróbálása is folyamatban van, így az ursodeoxycholsav továbbfejlesztett változatát (24-nor-ursodeoxycholsav).

## **Endoszkópos kezelés**

A rosszabbodó laboratóriumi leletek, a fokozódó cholestasis, újabb tünetek megjelenése, háttérben keresni kell egy jelentősebb, ún. domináns epeúti szűkület kialakulását. A szűkületek kimutatása MRCP, illetve ERCP vizsgálattal lehetséges. Ha a szűkületek körülírtak, akkor endoszkópos tágításuk, esetleg endoprothesissel való áthidalásuk javasolt.

## **Májtranszplantáció**

Primer sclerotisáló cholangitisben jó eredménnyel végezhető a májtranszplantáció (90 %-os 1 éves és 80 %-os 5 éves túlélés). A váratlan állapotromlások (fatális cholangitisek, cholangiocarcinoma) lehetősége miatt a primer sclerotisáló cholangitises betegeket a transzplantációt végzők igyekeznek korán májtranszplantáció lehetőségéhez juttatni.

## **Gondozás**

A betegek rendszeres gondozást igényelnek, hogy a kiszámíthatatlan és változó körlefolyas, a gyors állapotromlások lehetősége ellenére is biztosítani lehessen a számukra legmegfelelőbb kezelést. Szakmai együttműködésre van szükség a hepatológus, az endoszkópos, a májtranszplantációt végző sebész között. Gondozásuk során a betegeket szűrni kell cholangiocarcinoma, colorectalis carcinoma, cholecysta carcinoma szempontjából.

---

## MÁJBETEGSÉGEK EXTRAHEPATICUS MANIFESZTÁCIÓI

### **Dr. Pusztay Margit – Prof. Dr. Nemesánszky Elemér**

*Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Hepatológiai Szakambulancia, Budapest*

A krónikus májbetegségek jelentős részében a kórfolyamat hosszú időn keresztül tünetmentes lehet, ez – különösen a korai stádiumban történő – felismerésüket nehezíti. A májbetegségekhez társuló extrahepaticus manifesztációk segítségünkre lehetnek a pontos diagnózis megállapításában.

Az általános tünetek mellett (fáradtság, hányinger, időnkénti jobb bordaív táji feszülés) szinte minden szervrendszerre kiterjedően észlelhetünk jellemző elváltozásokat.

A májbetegségekhez társuló, változatos formákban megjelenő tünetek felismeréséhez, illetve dokumentálásához nélkülözhetetlen az egész testre kiterjedő alapos fizikális vizsgálat (inspekció, palpáció).

A krónikus májbetegségekben belül a krónikus hepatitis C okozta extrahepaticus tünetek felismerése különösen fontos a betegség korai diagnózisában (cryoglobulinaemia, vasculitis, vese érintettség, bőr elváltozások, reumatológiai és immunológiai tünetek, lymphoma, szem betegségek). A pókháló naevusok, a subicterus-icterus, az izomtömeg fogyása, az ascites megjelenése, a mozgáskordináció és a cognitív funkciók zavara általában a máj működésének előrehaladottabb stádiumát jelzik.

A számos extrahepaticus tünetet saját fotó gyűjteményünkől történt válogatással szeretnénk bemutatni.

---

## A GIARDIASIS EPIDEMIOLÓGIÁJA, DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE

### **Prof. Dr. Rókus László**

*MH Egészségügyi Központ Honvédkórház, Budapest*

A *Giardia lamblia* az egész világon elterjedt parazita, mely hasmenésben, emésztési és felszívódási zavarokban megnyilvánuló bélfertőzést okoz. Az előfordulása ott gyakori, ahol rosszak a higiénés körülmények és nem megfelelő minőségű az ivóvíz ellátás. Az iparilag fejlett országokban a székletvizsgálatra beküldött mintákban a *G. lamblia* prevalenciája 2-4 %, míg a fejlődőekben 20-30 %. Magyarországon évente 80-90 esetet jelentenek be. A legnagyobb esetszámot Budapesten és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében diagnosztizálták. A korspecifikus morbiditás a 3-5 évesek között a legmagasabb (5,4 ‰).

Az endémiás területre utazókban az utazók hasmenésének egyik etiológiai ágense. Uszodajárványokról is vannak adatok. A giardiasis leggyakoribb tünete a hasmenés, mely általában 7-10 napig tart, testsúlyvesztést okozhat. A kórokozó a duodenumból feljuthat az epeutakba és különböző súlyosságú epehólyaggyulladást, cholangitist válthat ki. Ritkán urticariát is okozhat. A diagnózis a cysták vagy a trophozoiták direkt kimutatásán alapul. A kimutatás érzékenységét az ismételt széklet parazita vizsgálatok végzésével lehet fokozni.

A széklet direkt immunfluoreszcens vizsgálatával, valamint ELISA teszt végzésével a *Giardia* specifikus antigént is ki lehet mutatni. Mivel a tünetmentes hordozás viszonylag nagyarányú, a kórokozók székletből történő kimutatása nem feltétlen jelenti az enteritis etiológiai szerepének a bizonyítékát. A választandó kezelés a metronidazol, esetleg tinidazol, albendazol. A világban még a quinacrine-t lehet alkalmazni. Növekszik a metronidazol iránt csökkent érzékenységű törzsek száma.

A betegség megelőzésében az ivóvíz megfelelő kezelése (forralás), valamint a személyi higiéné szabályainak betartása nagyon fontos.

## MÁJBETEGSÉG ÉS MŰTÉTI ANAESTHESIA (KOCKÁZATOK, LEHETŐSÉGEK)

**Dr. Fazakas János Ph.D.**

*Semmelweis Egyetem, Sebészeti és Transzplantációs Klinika*

A májbetegség nem korlátozódik csupán a májra, mivel az elégtelen szerv magával vonja a különböző társzervek súlyos funkciózavarát, a társbetegségek rosszabbodását, illetve a fizikai állapot fokozatos leromlását. A beteg kivizsgálásának, előkészítésének főbb elemei a képalkotó vizsgálatok közül a mellkasi röntgen, valamint hasi ultrahang készítése (Doppler UH), 24 óránál frissebb laboratóriumi eredmények és az alvadási státus ismerete, homeostasis korrekciója. A kivizsgálás során keresni kell a hepatopulmonális, portopulmonális, hepatorenális szindróma és a cirrhotikus kardiomiopatia jelenlétét. Tervezett májműtét esetén ICG clearance preoperatív végzése indokolt. A máj áramlási szempontból döntően jobb szívfél dependens, ezért a szív UH vizsgálat során kapott jobb szívfélre vonatkozó adatok különösen fontosak lehetnek a perioperatív időszakban. Hidrothorax esetében még műtét előtt ki kell zárni a mögötte lévő fertőző folyamat lehetőségét. A hagyományos paramétereken kívül a keringési viszonyok monitorozására elsősorban noninvazív eszközök segítségével javasoltak. EKG (ST analízis), pulzoximetria, kapnometria, óradiuresis és maghőmérséklet követése a kötelező monitorozás részét képezik. Májműtét esetén centrális vénás katéter és PICCO katéter vagy artériás kanül behelyezésével hemodinamikai monitorozás javasolt. Portopulmonalis hypertensio vagy jobbszívfél elégtelenség esetén Swan–Ganz-katéterrel történő hemodinamikai mérések is szükségesek lehetnek.

A vérérvadás vizsgálata laboratóriumi kontrollvizsgálatokkal, viszkoelasztikus tesztekkel (TEG, ROTEM), LW, ACT és INR mérésekkel történik igény szerint. A betegmelegítés (melegítőmatracok, infúziók melegítése) nélkülözhetetlen a hypothermia és szövődényeinek megelőzéséhez. Vérmentő eljárások alkalmazása ajánlott. A perioperatív monitorozás részét képezi a májspecifikus enzimek és labor paraméterek sorozatban történő mérése is masszív transzfúzió előfordulása esetén. A májbetegeknél narkózisát endotracheális intubációban (telt-gyomrú beteg?), balanszírozott anesztézia (sevofluran+opioid) és izomrelaxáció mellett végezzük.

A májfunkció beszűkülése miatt az anesztézia során használt drogok gyógyszer tulajdonságai is megváltozhatnak: a zsírolékonyság, az ionizáltsági foka, a biotranszformáció, a metabolit aktivitás, az elimináció és a klirensz is. Az ellátás során alkalmazott gyógyszerek kiválasztása, adagolása mindig a megváltozott farmakokinetika, farmakodinámia és az aktuális homeosztázis együttes átgondolása alapján történik. Az anesztézia alatt kezelni és monitorizálni kell a kivizsgálás során diagnosztizált extrahepatikus szindrómákat, ilyen páciensek esetében a betegek posztoperatív intenzív osztályos megfigyelése 24-48 h javasolt.

---

## MÁJÁTÜLTETÉS MAGYARORSZÁGON 2015

### **Prof. Dr. Kóbori László**

*Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest*

Tavaly volt ötven éves a magyar szervtranszplantáció, és ezzel egyidejűleg, ötven évvel ezelőtt történt az első sikeres májátültetés az Egyesült Államokban, melyet Thomas Starzl végzett. A világon évente több százezer, Magyarországon több mint 7000 ember hal meg májbetegségben. Általában krónikus betegekről van szó, de 10-15 %-ban akut májelégtelenségről beszélhetünk, melynek mortalitása műtét nélkül 80 % feletti. A végstádiumú és akut májbetegyek esetében a különféle konzervatív kezelési módszerek csak átmeneti megoldást, jelentenek. Az egyetlen hosszú távú túlélést jelentő gyógymód a transzplantáció. Az indikációs terület egyre szélesebb, leggyakoribb a vírus és alkohol okozta cirrhosis és a cholestaticus májbetegségek miatt végzett májátültetés. Gyermekeknél főként a fejlődési rendellenességek, a kongenitális betegségek és a metabolikus májbetegségek akut manifesztációi emelendők ki az indikációs körből. A hazai májátültetés program során eddig 685 átültetés történt, ebből 51 gyermekátültetés. Túlélési eredményeink a világszínvonalnak megfelelnek, 85 % felettek.

## A HEPATITIS B VÍRUS-FERTŐZÉS REAKTIVÁCIÓJA

### **Dr. Horváth Gábor, az orvostudomány kandidátusa**

*Budai Hepatológiai Centrum, Budapest*

Az immunosuppresszív kezelés, illetve a biológiai terápia a krónikus hepatitis B vírus (HBV) fertőzés fellángolását, a krónikus B hepatitis (CHB) progresszióját okozhatja, több fulmináns, sőt halálos kimenetelű esetről is beszámoltak, továbbá az okkult HBV fertőzés (HBsAg negatív, anti-HBc pozitív esetek) reaktiválódásával is számolni kell. Különösen veszélyeztetettek a rituximab kezelésben részesülők.

Minden fenti kezelésre szoruló beteg esetében el kell végezni a HBsAg, anti-HBs és az anti-HBc meghatározását. HBsAg és/vagy anti-HBc pozitívítás esetén hepatológiai konzílium javasolt.

A szeronegatív betegeket aktív immunizációban kell részesíteni.

A HBsAg pozitív betegeknek a HBV DNS titertől függetlenül a tervezett kezelés megkezdése előtt el kell kezdeni a nukleot(z)id analóg (NA) adását. A NA kezelést a kemo-, biológiai-, vagy immunosuppresszív terápia befejezése után még egy évig kell folytatni.

HBsAg negatívítás és anti-HBc pozitívítás esetén HBV DNS meghatározás szükséges, HBV DNS pozitívítás esetén NA kezelés indokolt a HBsAg pozitív betegeknél leírtak szerint

Anti-HBc pozitív, de HBsAg és HBV DNS negatív betegek esetében szoros obszerváció szükséges.



---

## CHRONICUS VÍRUSHEPATITISEK KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI ÉS REMÉNYEI

### **Dr. Makara Mihály**

*Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Hepatológiai Szakambulancia, Budapest*

Az anti-HCV (szűrő) vizsgálat pozitív eredménye esetén el kell végeznünk az általános orvosi vizsgálatokon túl a HCV-PCR vírusszám és genotípus meghatározást, az enzimértékeket és részletes májfunkciós vizsgálatokat, továbbá a FibroScan vizsgálatot. Ezen eredmények alapján, amennyiben a gyulladás, illetve májkárosodás igazolt, elkezdjük a vírusellenes kezelést. Ha interferon, illetve ribavirin ellenjavallat nem áll fent az első választás ma is a pegilált interferon plusz ribavirin adása.

A vírusszám csökkenését a 4. illetve a 12. héten határozzuk meg. Amennyiben a kezelés 4. hetében  $1\log_{10}$  csökkenés sem következik be, akkor a lehető leghamarabb interferon-mentes kezelésre térünk át, illetve azt kell elkezdeni. Ha a vírusszám a 12. hétre nem lesz negatív, akkor is a direkt ható antivirális szerek használata indokolt. Az interferon-mentes kombinációk közül a közelmúltban két igen hatásos kombináció került törzskönyvezésre az Európai Unióban, az egyik az Abbvie cég hármas kombinációja (paritaprevir/r, ombitasvir, dasabuvir), a másik a Gilead cég készítménye, mely napi egyszer beszedhető tablettában tartalmazza a sofosbuvir plusz ledipasvir kombinációját. Mindkét gyár készítményeit önmagában vagy ribavirinnel kiegészítve alkalmazzuk a genotípustól és a cirrhosis meglététől függően.

A korábbi kezelésre adott válasz jellege és egyéb prediktorok már nem, illetve alig játszanak szerepet, a gyógyulási arány minden betegszegmensben jóval 90 % fölöttinek várható a törzskönyvezési vizsgálatok adatai alapján. A szerek elsősorban 1-es és 4-es genotípusban mutatnak kiváló hatékonyságot, a 3-as genotípusra az Abbvie készítményei nincsenek törzskönyvezve, míg a Gilead kombinációjának hatása korábban kezelt cirrhotikus betegekben szerényebb. A hazánkban ritkábban előforduló 2-es genotípus esetén a sofosbuvir plusz ribavirin kezelés is elegendő. Az előadásban részletesen ismertetésre kerülnek a hármas fázisú vizsgálatok eredményei, a várható gyógyszerölcsönhatások, a ritka és enyhe mellékhatások, valamint a magyar hepatitis C protokoll újdonságai is.