

PROGRAM

19. Májnap

Egynapos akkreditált továbbképző konferencia háziorvosok, gasztroenterológusok és minden érdeklődő számára

Időpont: 2014. május 09. péntek 08:30 – 16:00

Helyszín: Krisztina Palace Irodaház
1123 Budapest, Nagyenyed u. 8-14.

Üléselnök: dr. Telegdy László

- 09:00 – 09:30 **Hepatológiai szakambulanciánk 10 éves: áttekintés mindennapi tevékenységünkről**
Prof.Dr. Nemesánszky Elemér és Dr. Pusztay Margit
Szent János Kórház, Budapest
- 09:30 – 10:00 **„Varietas delectat”: emléktörédek és tanulságos eseteink**
Dr. Pusztay Margit és Prof. Dr. Nemesánszky Elemér
Szent János Kórház, Budapest
- 10:00 – 10:30 **Benignus epeúti szűkületek az icterus differenciáldiagnosztikájában**
Dr. Péter Zoltán Ph.D.
SE AOK II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest
- 10:30 – 11:00 **Szünet**
- 11:00 – 11:30 **Akut hepatitiszek és megelőzési lehetőségek**
Dr. Rókus László Ph.D.
MH Egészségügyi Központ Honvédkórház, Budapest
- 11:30 – 12:00 **Irány a hepatológus: a májbetegek diagnosztikai és gondozási nehézségei a háziorvosi praxisban**
Dr. Magyar Anna Háziorvos
Budapest
- 12:00 – 12:30 **Hepatológia az USA-ban, tapasztalataim összefoglalása**
Dr. Werling Klára Ph.D.
SE AOK II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest
- 12:30 – 13:30 **Szünet, büfé**
- 13:30 – 14:00 **HCV kezelés, jelen és jövő**
Dr. Makara Mihály
Szent László Kórház, Budapest
- 14:00 – 14:30 **A portális hipertensio non-invazív diagnosztikája**
Dr. Székely György kandidátus
Szent János Kórház, Budapest
- 14:30 – 15:00 **Májbetegek ellátásának helyzete Magyarországon, hol tartunk és merre haladunk?**
Prof.Dr. Szalay Ferenc
SE AOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest
- 15:00 – 15:30 **Tesztvizsga**

HEPATOLÓGIAI SZAKAMBULANCIÁNK 10 ÉVES: ÁTTEKINTÉS MINDENNAPI TEVÉKENYSÉGÜNKRŐL

Prof. Dr. Nemesánszky Elemér – Dr. Pusztay Margit

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

A gasztroenterológia rohamos fejlődése már több, mint két évtizede indokolta tette, hogy a – háziorvosi kompetenciával nem megoldott – májbetegek kivizsgálása, kezelése és ellátása, gondozása erre a területre specializálódott szakemberek révén ún. hepatológiai centrumokban történjen. A szubdiszciplináris együttműködés fontosságának hangsúlyozása mellett a vírushepatitises betegek ellátásában nélkülözhetetlen segítséget nyújtanak az infektológusok, illetve a hepatotrop vírusmarkerek tesztelésére kijelölt virológiai laboratóriumok. Hazánkban jelenleg 36 – a Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium által akkreditált, az OEP által befogadott – ellátóhely működik.

Előadásunk célja, hogy képet adjunk a Szent János Kórház Gasztroenterológiai profilú Belosztályának keretében 2003 óta működő Hepatológiai Szakambulanciánk sokirányú tevékenységéről: – honnan indultunk, hova jutottunk, azaz hogyan csináljuk mi?

A betegforgalmat számszerűsítő adatok tükrében beszéljük a humán erőforrás, a technikai és a műszeres felszerelés standardjait is. Különösen a krónikus vírushepatitises betegek kezelésének gyorsan fejlődő, komplex volta indokolja azt, hogy a leghatékonyabb gyógyszerek mellett, hazánkban mindenhol biztosítottak legyenek a sikeres kezeléshez és a gondozáshoz szükséges feltételek.

„VARIETAS DELECTAT”: EMLÉKTÖREDÉKEK ÉS TANULSÁGOS ESETEINK

Dr. Pusztay Margit – Prof. Dr. Nemesánszky Elemér

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

1. Gilbert- szindrómás fiú, aki egy évtizeden át sárga (icterusos) volt.
2. Terhességi cholestasis: sok esetben elkerülhető a termináció.
3. PBC-s betegen kialakult epeúti tumor.
4. Ismeretlen okú anaemia háttérében lépruptúra cirrhotikus betegen.
5. Banti- szindróma vagy PSC?
6. Ovarium tumor versus cirrhosis okozta ascites.
7. Végre vírusmentesen élhetek: sikeres C-virus eradikáció többszörös nekifutással.
8. Interferon injekció beadás helyén fellépő bőrnekrozis.
9. Hepatitis-C miatt sikeres kezelésben részesült nőbetegnél jelentkezett súlyos mellékhatás: Sweet-szindróma.
10. Férfibeteg (cirrhosis + transjugularis intrahepaticus portosystemás shunt) sikeres májtranszplantációja.

BENIGNUS EPEÚTI SZŰKÜLETEK AZ ICTERUS DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Dr. Péter Zoltán Ph.D.

Semmelweis Egyetem II. számú Belgyógyászati Klinika, Budapest

Az icterus (sárgaság) felismerése – ha egy bizonyos mélységet elér – a laikusok számára is egyszerű, de a háttérben álló ok kiderítése sokszor a szakorvosok számára is fejtörést okoz. Az icterusokat hagyományosan három csoportba sorolja az orvostudomány: hepatocellularis, mechanikus és haemolyticus icterus. Néhány egyszerű - bármelyik orvos számára elérhető - vizsgálat eredménye alapján az adott icterusos beteget be lehet sorolni a fenti három kategória valamelyikébe. Ehhez nyújt támpontot az alábbi táblázat. Ha a három főcsoport valamelyikébe besoroltuk az adott esetet, a pontos diagnózis felállítása további vizsgálatokat, esetleg szakorvosi véleményezést tehet szükségessé.

Kórforma	kórkép	fájdalom	labor	UH
hepatocellularis	acut hepatitis	májtáji dyscomfort vagy tompa fájdalom	GOT, GPT	hepatomegalia, diffúz májlaesio
	alkoholos hepatitis	májtáji dyscomfort vagy tompa fájdalom	GGT, MCV>100, GOT/GPT>1	hepatomegalia, diffúz májlaesio
	cirrhosis	nincs	enyhe májenzim emelkedés, INR, albumin, kolinészteráz	nagyobb vagy kisebb máj, diffúz májlaesio, ascites
mechanikus	choledocholithiasis	epekólika	GGT, AP	cholelithiasis
	tumoros elzáródás	nem jellemző	GGT, AP	tág epeutak
haemolyticus		nincs	LDH, reticulocytia	negatív

A mechanikus icterusok etiológiai tényezői közé tartoznak az epeúti kövességnél és a tumoros elzáródásnál ritkább benignus epeúti szűkületek. A jóindulatú epeúti szűkületek diagnózisa és kezelése ma sem kiforrott, a kezelés az utóbbi években a sebészekről áthelyeződött az endoszkópos gasztroenterológusok kezébe.

Jóindulatú epeúti szűkületek okai

Leggyakrabban chronicus pancreatitis, epeúti anastomosisok, műtéti sérülések, primer sclerotisáló cholangitis, IgG4 asszociált sclerotisáló cholangitis vagy autoimmun pancreatitis, Oddi sphincter dysfunctio, Vater-papilla stenosis, Mirizzi szindróma okoz jóindulatú epeúti szűkületet. Ritkán hasi sérülés, vérellátási zavar, chemoterapia, sugárkezelés, HIV cholangiopathia, sarcoidosis, SLE vagy polyarteritis nodosa okozta vasculitis, tuberculosis, histoplasmosis, ascariasis, choledochus cysta, nem specifikus fibrózissal és gyulladással járó folyamat (nonspecific fibro-inflammatory process, NFIP), xantogranulomatous choledochitis állnak az epeúti szűkületek háttérben. Ezek a ritkán előforduló jóindulatú epeúti szűkületek nagy kihívást jelentenek a gasztroenterológus számára.

Jóindulatú epeúti szűkületek tünetei, szövődményei

A jóindulatú epeúti szűkületek enyhébb esetekben nem okoznak panaszokat, csak a májenzimek (elsősorban a GGT és az AP) emelkedettek. Súlyosabb esetben sárgasággal járnak. Az epeúti szűkület önmagában vagy a felette kialakuló epeúti kövességgel együtt visszatérő cholangitisekhez vezethetnek, melyek életet veszélyeztető szepszisek torolhatnak. Az éveken át fennálló és tüneteket alig okozó enyhe epeúti szűkületek végül secundaer biliaris cirrrosisához vezethetnek.

Diagnózis, rosszindulatú epeúti szűkületektől való elkülönítés

A prognózis és a kezelés meghatározása végett nagyon fontos a malignus és benignus szűkületek elkülönítése. Műtét utáni esetekben a kórlefolyás egyértelműsítheti a szűkület benignus voltát. Mások különféle vizsgálatokra van szükség a szűkület okának, benignus vagy malignus voltának tisztázása érdekében. A hasi ultrahangvizsgálat tájékoztató értékű, a szűkület helyének és fokának megállapítására alkalmas. Az MRCP (mágneses rezonancia cholangio-pancreatographia) és a kevésbé elterjedt CT cholangiographia az epeutakon kívül a szűkület környéki szövetekről, szervekről is ad információt. A PET CT segíthet a malignus és benignus szűkületek elkülönítésében. Az ERCP vizsgálat pontos képet ad a szűkületről, egyúttal cytológiás kefével vagy biopsziás fogóval mintát is lehet venni a szűkületből. További diagnosztikus lehetőséget nyújt a cholangioscopia, a finomtű aspirációval (FNA) kiegészített endoszkópos ultrahangvizsgálat (EUS) és az epeúton belüli intraductalis ultrahangvizsgálat (IDUS).

Kezelés

Posztoperatív epeúti szűkületek esetében ballonos tágitást követően a szűkület és az epeutak átmérője által meghatározott maximális és egyre növekvő számú stentet kell a szűkület áthidalására behelyezni és ezeket háromhavonta cserélni a stent elzáródás és cholangitis megelőzése céljából. A beavatkozásokat többnyire endoszkópos sphincterotomiát követően és antibiotikum profilaxis mellett végzik. A szűkület elhelyezkedésétől függően a stentek eltávolítását követően 2-4 évvel is 65-97 %-ban jó epeelfolyás tapasztalható a szűkült szakaszon át. Hasonló kezelés javasolt májtranszplantáció utáni epeúti szűkületek esetén is, de a döntést a májátültetést végző sebészek és a gasztroenterológusnak közösen kell meghozni. Idült hasnyálmirigy gyulladásban, ha az nem jár meszesedéssel, meg lehet próbálni a szűkület endoszkópos kezelését, de kisebb sikerrel, mint a posztoperatív epeúti szűkületek esetében. Meszesedéssel járó idült hasnyálmirigy gyulladás esetén endoszkópos kezelés esetén magas a szűkület kiújulásának kockázata, ezért inkább műtéti megoldást kell választani. Jóindulatú epeúti szűkületekben a nem fedett öntáguló fémstenteket nem javasolt, illetve korlátozottan javasolt használni nehéz eltávolíthatóságuk és elzáródásuk elkerülhetetlensége miatt. A részlegesen vagy teljesen fedett fémstentek és a felszívódó stentek is használhatók jóindulatú epeúti szűkületek áthidalására, de szerepük még nem véglegesen eldöntött. Ha korábbi műtétek miatt az epeúti szűkület nem érhető el endoszkóposan epetükrözés során, akkor műtéti megoldás vagy ennek alternatívájaként dupla ballonos enteroscoppal (vékonybél vizsgálatára alkalmas endoszkóp) vagy percutan transhepaticus úton végzett stent behelyezés jön szóba. Primer sclerotizáló cholangitisben (PSC) rövid és körülírt szűkület esetén 80 %-ban lehet epeúti tágitással és stent behelyezéssel eredményt elérni. Diffúz, illetve kiterjedt szűkülettel járó PSC esetén májtranszplantáció javasolt. Az ursodeoxycholsavnak a benignus epeúti szűkületek kezelésében betöltött szerepével kapcsolatban ellentmondások a vizsgálati eredmények.

AKUT HEPATITISZEK ÉS MEGELŐZÉSI LEHETŐSÉGEK

Dr. Rókus László

MH Egészségügyi Központ Honvédkórház, I. Belgyógyászati Osztály, Budapest

Heveny hepatitisz szindrómát számos etiológiai tényező okozhat. Kiemelendő a humán hepatitisz vírusok okozta heveny májgyulladás (A-G vírusok), a szisztémás vírusinfekciók közül a CMV, az EBV, a HSV, a haemorrhagiás lázak vírusai és az egyéb, ritka vírusfertőzések, melyek májkárosodást is okozhatnak. Több bakteriális fertőzés járhat együtt májkárosodással (pl.: sepszis szindróma részjelensége, legionellosis, typhus abdominalis, szifilisz, leptospirosis, Q-láz). Kiemelt jelentősége van ugyanakkor a toxikus ágensek (pl.: gyógyszer, alkohol, toxinok) által kiváltott májkárosodásnak.

A vírusok okozta hepatitiszre jellemzők: prodromális tünetek: rossz közérzet, étvágytalanság, hányinger, hányás, majd láz, hepatomegalia, sárgaság. Lehet neutropenia. A transzamináz értékek kórosan emelkedtek, sárgaság esetén direkt bilirubin szaporulat. A szerológiai vizsgálatok igazolják a diagnózist, ritkán kerül sor molekuláris biológiai, ill. májszöveti vizsgálatra.

Hatékony vakcinák állnak rendelkezésre HAV, ill. HBV megelőzésre. Aktív immunizálásra Magyarországon jelenleg 3 féle inaktivált vírust tartalmazó hepatitisz A vakcinát törzskönyvezték: Avaxim 80 E (12 hónapos és 15 éves kor közötti gyermekek oltására); Avaxim 160 E (16 éven felüliek oltására); HAVRIX 720 ELISA E JUNIOR (1 évestől – 16 éves korig), HAVRIX 1440 ELISA E (16 évesnél idősebbeknek); VAQTA JUNIOR 25 E/0,5 ml (1-17 éves korig), VAQTA 50 E/1 ml (18 éven felülieknek). A tartós immunitás kialakításához az alapoltás, majd a 6-18 hónap múlva adott emlékeztető oltás szükséges.

Hepatitis B ellen hazánkban jelenleg a gyógyszerári forgalomban az Engerix B (10 µg/0,5 ml, ill. 20 µg/0,5 ml kiszerezésben), valamint HB-VAX PRO (10 és 40 µg/ml kiszerezésű) vakcinák kaphatók. A magasabb kiszerezésű vakcinákat 16 éves kortól ajánlott alkalmazni. Hepatitisz A és B elleni kombinált oltóanyag is rendelkezésre áll (Twinrix gyermekeknek (1-15 éves kor), továbbá Twinrix felnőtteknek (16 éves kor felett)).

A védőoltások mellett a megelőzés fontos részei a személyi higiénés rendszabályok betartása, a megfelelő ivóvíz ellátás, a csatornahálózat kiépítése, az egy háztartásban élők esetében a közös tisztálkodási eszközök, borotvák, drogfüggők esetében a közös tűk és fecskendők használatának a kerülése, a vérédek szűrése.

Kemoterápia, immunosuppresszív vagy biológiai kezelésben csontvelő- vagy őssejt-transzplantációban részesülő betegek esetében el kell végezni a HBsAg, anti-HBsIg és az anti-HBcIg meghatározását (de természetesen az anti-HCV Ig, anti-HEV Ig, HIV szűrés, CMV, sz.sz. HDV és egyéb szűrés is indokolt). HBsAg pozitívítás esetén a HBV DNS titerrel függetlenül a tervezett kezelés megkezdése előtt el kell kezdeni a nukleozid analóg (NA) adását. A NA-kezelést a kemo-biológiai vagy immunosuppresszív terápia befejezése után még egy évig kell folytatni.

Több bakteriális fertőzést kísérhet klinikailag manifeszt májgyulladás (hepatomegalia, sárgaság, emelkedett GOT/GPT). Az időben megkezdett, hatékony antibakteriális terápia csökkenti a halálos kimenetelt.

Toxin vagy gyógyszer indukálta májkárosodás gyakori jelenség és a hepatikus encephalopathiával kísért heveny májelégtelenségek akár 50 %-ért is felelőssé tehető fejlett országokban. Hazánkban az alkohol okozta heveny májkárosodás nagyon gyakori, míg az ebből fakadó idült májkárosodás súlyos népegészségügyi probléma, és az egyik vezető halálok. A toxinok vagy gyógyszer okozta heveny májkárosodás klinikai képe nem specifikus, a virális hepatitisre emlékeztető. Gyakori a lázas reakció. Sárgaság jelenléte rossz prognózist sejtet. A főbb klinikai szindrómák:

- Autoimmun típus (pl. methyldopa, lovastatin)
- Cholestatikus típus (anabolikus szteroidok, CBZ, erythromycin)
- Fibrosis (MTX, A vitamin)
- Granulomatous hepatitis (allopurinol, SA, kinidin, nitrofurantoin)
- Hepatocellularis károsodás (acetaminopenum, amanita mérgezés, INH, NSAID)
- Immunoallergiás károsodás (halothan, fenitoin)
- Kevert típus (AM/CL, cyclosporin, CBZ)
- Oncogen (orális fogamzásgátlók, androgének)
- Steatohepatitis szindróma (amiodaron, tamoxifen)
- Vascularis collapsus (cocain, ecstasy, nikotinsav)
- Veno-occlusiv betegség (busulfan, cytoxon)

A diagnózis helyes megállapítása céljából az anamnesis és fizikális vizsgálat elengedhetetlen. Kémiai labor vizsgálatok, szerológiai, immunológiai tesztek szükségesek. Hasi UH, továbbá máj CT, MRI, a májbiopszia elvégzése, ellenjavallat hiányában, rendkívül fontos. A kezelés lényeges eleme a kiváltó ágens alkalmazásának megszüntetése. Szupportív terápia szükséges, a szteroid kezelés mérlegelendő.

A megelőzés szempontjából a toxinok kerülése szükséges, ill. gyógyszerek alkalmazása kapcsán gyakran kell a transzamináz értékeket és egyéb szükséges laboratóriumi paramétereket monitorozni. A legkisebb gyanú esetén indokolt hepatológussal vagy infektológussal konzultálni, illetve a gyanús készítmény alkalmazását azonnal felfüggeszteni.

IRÁNY A HEPATOLÓGUS - A MÁJBETEGEK DIAGNOSZTIKAI ÉS GONDOZÁSI NEHÉZSÉGEI A HÁZIORVOSI PRAXISBAN

Dr. Magyar Anna

Háziorvos, Budapest II.

13

A praxisban sok a májbeteg, ha májbetegnek tekintünk mindenkit, akinél emelkedett májenzimeket észlelünk. Ilyenkor, ha nem derül ki definitív májbetegség, a beteget továbbra is éveken, évtizedeken át kell figyelnünk, ellenőriznünk.

A májbetegség a háziorvosi rendelőben sokféleképpen derülhet ki. A beteg beszámolhat ismert májbetegségéről, vagy külső jegek alapján látjuk rajta. Kiderülhet a rossz májműködés okozta panaszokból, vagy egyéb, extrahepatikus szerveken jelentkező tünetek, panaszok alapján. Gyakran a fizikális vizsgálat tesz minket gyanakvóvá, de legtöbbször a rutin laborvizsgálatok derítenek fényt a kóros májenzimekre. A jó háziorvos tudatosan is ki tudja szűrni a májbetegeket, májbetegségre magas rizikójú, de még tünetmentes populáció célzott átvizsgálásával.

A májbetegségek diagnosztikája nem egyszerű. A háziorvosi munkára jellemző holisztikus szemlélet sokszor nagy segítség az elkülönítő diagnosztikában. Fontos a betegismeret, perdöntő az anamnézis alapos kikérdezése. Időt kell szánni a gondos fizikális vizsgálatra. Nem csak a jellegzetes májtüneteket kell keresnünk, hanem a bőr- és nyálkahártya eltéréseit (pruritus, lichen, vasculitis, porphyria cutanea tarda, dermatitis herpetiformis, stb.), szemtüneteket (Wilson kór, leptospirosis), kardiológiai státuszt (jobb szívfél elégtelenség), ízületi bántalmakat (virushepatitisek, autoimmun hepatitis) és egyéb extrahepatikus jelenségeket is. A laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok a finomabb differenciálásban vannak segítségünkre. Nehezíti a háziorvosok helyzetét, hogy a kivizsgálási kompetenciánk ma még sok mindenre nem terjed ki.

A legtöbb mindennapos fejtörést okozó szituáció a praxisban a mérsékelt májenzim emelkedés, aminek leggyakoribb oka a járványként szaporodó zsírmáj, de lehet a háttérben gyógyszer-mellékhatás, idült hepatitis vagy egyéb ritkább, öröklődő vagy immunopathogenezisű májbetegség. Többnyire nincs sürgősség, van idő a beteg hosszabb megfigyelésére, az életmód változtatására, potenciálisan hepatotoxikus ágensek szanálására, adott esetben vírus szerológia végzésére és annak bölcs eldöntésére, hogy szükséges-e a beteget továbbvizsgálni, hepatológushoz irányítani. Sokszor a beteg gondos követése során derül ki a diagnózis. Arra is kell vigyáznunk, hogy nem szabad betegeinket „beskatulyáznunk”, az alkoholistának is lehet virushepatitise, és az elhízott, diabeteses, metabolikus szindrómás páciens májeltéréseit sem mindig a zsírmáj okozza.

A májbeteg kezelés szakorvosi feladat (antivirális kezelések, immunszuppresszió, ursodeoxycholsav, penicillamin, sebészi beavatkozások, haspukció, stb.), de a tüneti kezeléseknél, a megfelelő életmód előírásában és vezetésében, a betegek racionális gyógyszerelésében, a védőoltások programozásában, a májvédelemben valamint a súlyos májbeteg (cirrhosis, tumor) otthoni ellátásában elengedhetetlen a háziorvos szerepe.

A fentiek 1-2 eset bemutatásával, és a nehéz döntések közös meghozásával igyekszem példázni.

HEPATOLÓGIA AZ EGYESÜLT ÁLLAMOKBAN EGY TANULMÁNYÚT TAPASZTALATAI

Dr. Werling Klára Ph.D.

Semmelweis Egyetem II. számú Belgyógyászati Klinika, Budapest

2010 októbere és 2011 szeptembere között egy évet töltöttem az Indiana University Gasztroenterológiai-Hepatológiai Kutatócsoportjánál.

Kutatómunka: célja az autofágia vizsgálata nem alkoholos eredetű zsírmájban humán és sertés májszöveten. Az autofágia a sejtek önmegsejtése, mely szerepet játszik a növekedésben, differenciálódásban és a sejtműködés egyensúlyának fenntartásában.

Hepatológiai-Gasztroenterológiai Osztály munkája: Az osztályon dolgozó rezidensek, gasztroenterológus kollégák egyaránt részt vettek a hepatológiai betegek ellátásában. Interneten keresztül, valamint rendszeres referálókon képezték a tapasztalt kollégák a fiatalokat. A kint eltöltött idő alatt kerültek bevezetésre az első generációs proteáz gátlók. Főleg a hepatológiában kevésbé jártas, fiatal kollégáknak ez sok izgalmat okozott. Alkalmam nyílt megnézni egy hepatológus kolléga szakrendelését. A rendelési napon maximum 8-10 beteget látott el, munkáját egy asszisztens segítette, a leleteket diktafonra mondta. Az orvosnak csak az volt a feladata, hogy foglalkozzon a beteggel. Spanyol ajkú lakosnál tolmács segítette a beteggel való kommunikációt. Sajnálattal láttam, hogy bár az orvosnak sokkal több ideje volt a beteggel foglalkozni, mint nekünk itthon, a betegeket legtöbbször nem vizsgálta meg. Az asszisztensek kértek időpontot a vizsgálatokra és erről ők telefonon értesítették a beteget. Drága beavatkozások, gyógyszerek előtt konzultáltak a biztosítóval.

Családorvosi ellátás: Egy ismerősöm révén ráláttam erre a területre is. Magas májenzimeknél a kollégák hepatitisz vírus szerológiát és pozitívitásnál PCR vizsgálatokat is végeznek. Autoimmun májbetegségek irányába nem végeztek vizsgálatokat. A krónikus vírus hepatitiszeket a hepatológus kezeli, de a beteg közben eljár a családorvoshoz is, különösen, ha egyéb betegsége (pl. cukorbetegsége) van. Az idei évtől a krónikus C vírus hepatitis kezelésére a simeprevir és sofosbuvir használatát kezdték el, de a legújabb információ szerint a gyógyszerek drágasága miatt ezt csak nagyon indokolt esetben használják. A telaprevirrel vagy boceprevirrel alkalmazott pegilált interferon és ribavirin hármas kombinációs kezelést alkalmazzák leginkább. A kezelés után a betegek gondozásában a családorvosok is részt vesznek. Nem alkoholos steatohepatitisnél az életmódváltozást és magas HbA1c esetén a metformint alkalmazzák a családorvosok. Tartósan magas enzim értékeknél a beteget a hepatológus kollégához küldik.

Kapcsolat a családorvosok és a hepatológusok között: A családorvos barátom olyan rendelőintézetben dolgozik, ami egy kórházzal van egy épületben. Ide hetente három alkalommal jön ki gasztroenterológus vagy hepatológus az Egyetemi Klinikáról, akivel konzultálhat a betegekről. A gasztroenterológus ekkor gastroscopiát és colonoscopiát is végez, melyhez a feltételeket a kórház biztosítja. A hepatológus kollégák gyakran felhívják a családorvos kollégát és referálnak a hozzájuk küldött betegről.

HCV KEZELÉS, JELEN ÉS JÖVŐ

Dr. Makara Mihály

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

Magyarországon 70.000 egyén fertőződhetett hepatitis C vírussal, és kb. 50.000 ma is hordozza a vírust. Nagyobbik részük nem tud fertőzőittségéről. A fertőzés időben történő felfedezése és meggyógyítása a beteg szempontjából a munkaképesség megőrzését, az életminőség javulását, az májzsugor és a májrák megelőzést, valamint a betegségmentes várható élettartam meghosszabbodását, míg a beteg környezete és a társadalom szempontjából a továbbfertőzés veszélyének megállítását, a későbbi súlyos májbetegségekből adódó egészségügyi ráfordításigény jelentős csökkenését jelenti.

A 2003 óta alkalmazott pegilált interferon+ribavirin kettős kezeléssel a korábban terápiában nem részesült betegek 40-45 %-a, a sikertelenül kezelték 5-21 %-a gyógyítható meg. 2011-ben a korábbiaknál lényegesen hatékonyabb, két új, direkt antivirális hatású proteáz-gátló szer került forgalomba (boceprevir és telaprevir). A két új szer jelentősen növeli a fertőzés sikeres gyógyításának esélyét (63-75 %-ra a korábban kezelésben nem részesültekben, illetve 59-66 %-ra a sikertelenül kezeltékben). A készítmények – a legrászorultabb beteg számára – 2013. május 1. óta hazánkban is finanszírozottá váltak.

A kezelés indikációja – az ellenjavallatok kizárása után – a vírus nukleinsav, és a májbetegség kimutatása. Utóbbit a gyulladáshoz kapcsolódó aktivitás és/vagy a májfibrosis mértéke (stádium) jellemzi. A kivizsgálás és a kezelés során fontos a virológiai vizsgálatok gyors és megbízható elvégzése. A stádium meghatározására az invazív májbiopszia mellett a nem-invazív transziens elasztográfia, és validált biokémiai fibroteszt módszerek alkalmazhatók.

A szakmailag indokolt kezelés finanszírozási korlátok figyelembevételével, a rászorultság sorrendjében kerül engedélyezésre. Ennek alapja az ún. Prioritási Index, mely a májbetegség stádiuma mellett figyelembe veszi a betegség aktivitását, a kezelés sikerességének várható esélyét és további meghatározott speciális szempontokat is.

Hazánkban a korábban még nem kezelték terápiájában továbbra is a pegilált interferon és ribavirin kettős kombináció, míg a korábban sikertelenül kezelt, 1-es genotípussal fertőzött betegek proteáz-gátló alapú hármas kombinációban részesülnek. Nem 1-es genotípus esetén a proteáz-gátlók nem használhatók. A terápia időtartama 1-es genotípus esetén általában 48 hét, megfelelő vírusválasz mellett, cirrhosis hiányában rövidebb kezelés is elegendő lehet. Kettes és 3-as genotípus esetén a kezelés időtartama leggyakrabban 24 hét, míg 4-es vagy ismeretlen genotípus esetén a gyógyszerek adásának időtartama 24/48/72 hetes, a terápiás válasz függvényében. Fokozott figyelmet kell fordítani a mellékhatásokra, a gyógyszer-kölcsönhatásokra és a rezisztencia lehetőségére.

A közelmúltban a C-vírus hepatitisz kezelésére új gyógyszerek is törzskönyvezésre kerültek az Európai Unióban és az Amerikai Egyesült Államokban (sofosbuvir, simeprevir) és további gyógyszerek fejlesztése is folyamatban van. Bebizonyosodott, hogy az új, szájon át szedhető, interferonmentes, gyógyszer kombinációk az eddigieknél eredményesebbek a betegség gyógyításában, de használatukat magas áruk korlátozhatja.

A MÁJKERINGÉS NON-INVÁZÍV VIZSGÁLATA

Dr. Székely György

Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály, Budapest

A májkeringés non-invazív vizsgálatának ma már elfogadott, de nem kellőképpen használt módszere a Doppler-áramlásmérés. A fő indikációt a portalis hypertonia és szövődményei képezik. Az áramlás megléte vagy hiánya, irányának megváltozása viszonylag könnyen megállapítható. **Vena portae thrombosisának** gyanúját megerősíti, ha a portalis erekből nem kapunk Doppler jelet. A thrombus ugyanis nem mindig mutatható ki a kétdimenziós vizsgálat során. Előfordul a thrombus szélén csökkent áramlás is. Vena lienalis, vena mesenterica superior tágulat és a vena portae ún. cavernosus tágulata is jellemző lehet. Vena portae thrombosis okozhatnak hasi gyulladások, tumoros folyamatok és haematológiai kórképek (thrombocytosis). A színes Doppler vizsgálat alacsony áramlást mutat, amely elkülöníti a tágabb epeutaktól. Tágabb paraumbilicális vena (korábban rekanalizált vena umbilicálisnak nevezték) color-vizsgálattal reverse (hepatofugális) áramlással a **portalis hypertonia** biztos diagnózisát jelenti. Spontán portosystemás collateralisok mutathatók ki color-Doppler módszerrel a lépkapuban, a cardia és a gyomor körül, a retroperitoneumban és a kismencedében. Egyértelműen igazolható a kétdimenziós vizsgálattal is felvetett spontán intrahepaticus collateralisok jelenléte is. Cirrhosis hepatis esetén az áramlási sebesség csökkenhet a vena portae főtörzsben és vénás pulsatio nem látható. Májtranszplantáció előtt szűrővizsgálatként (portalis thrombosis kimutatására) és a műtött betegek ellenőrzésére, szövődmények gyanúja esetén is felhasználják a color Doppler vizsgálatot. **Budd-Chiari szindrómában** ugyancsak fontos módszer az áramlás hiányának regisztrálására. **Gócós májbetegségek** esetén a környező erek dislocatiója, compressiója igazolható. Foglalkoztak egyes gyógyszerek (propranolol, glucagon, pitressin) hatásának vizsgálatával is. Étkezés hatására egészséges személyeken a portalis flow megnövekszik, májbetegségben ez elmaradhat. A **májresectio eredményének color Doppler ellenőrzése** szükséges. Doppler vizsgálattal igazolhatók a **máj ereinek anatómiai variációi** atípusos lefutású vagy tágabb epeutak elkülöníthetők a portalis erekől.

A **vena hepatica rendszerének vizsgálata** hasznos kvalitatív adatokkal szolgál az áramlási viszonyokról. A szabályos görbe trifázisos, hasonló a v. jugularis spektrumgörbéhez. Cardialis pangásnál magas amplitúdók venoocclusiv betegségek, Budd-Chiari szindróma esetén az áramlás hiánya regisztrálható. Újabb diffúz májbetegségek esetén is elkülöníthetők egymástól a normális és patológiás görbék (deformált vagy teljesen lapos, ún. flat-flow típusú görbe). A vizsgálat érzékenysége és specificitása még vitatott. Obesitas, nem cirrhoticus eredetű ascites is okozhat lapos hepaticus görbét. Transjugularis intrahepaticus portosystemás shunt (TIPS) dysfuntiójának megítéléséhez a color-Doppler vizsgálat elengedhetetlen.

Az **arteria hepatica rendszerének vizsgálata** technikailag nehezebb az ér viszonylag kis keresztmetszete miatt. Cirrhosisban, portalis hipertenzióban és portalis thrombosisban a keresztmetszet megnő, az áramlás fokozódik. Májtranszplantált betegek ellenőrzésében fontos a vizsgálat, mivel stenosis, thrombosis minél korábbi kimutatása szükséges. A vascularis reiectio jeleinek kimutatása nagy tapasztalatot igényel. Ritka, de sebészi szempontból fontos az arteria hepatica valódi vagy pseudoaneurysmáinak felismerése. Esetbemutatásainkkal demonstráljuk a módszer hasznosságát.