



A MAGYAR INFEKTOLÓGIAI ÉS KLINIKAI  
MIKROBIOLÓGIAI TÁRSASÁG  
**44. KONGRESSZUSA**  
PROGRAMFÜZET

**SZOMBATHELY**

Hotel Claudius

2016. SZEPTEMBER 22-24.

# BEMUTATJUK A ZEPATIER®-t (elbasvir és grazoprevir)

Fix dózisú második generációs NS3/4A proteáz inhibitor és NS5A inhibitor kombináció

## VÁLTOZATOS BETEGPROFILOK! KIHÍVÁST JELENTŐ TÁRSBETEGSÉGEK! EGY ERŐTEJES TERÁPIA\*

**JAVALLAT:** A ZEPATIER® az 1-es és 4-es genotípusú krónikus hepatitis C vírusfertőzés kezelésére javallott felnőtteknél<sup>1</sup>

**95%**  
(291/306)

**SVR12 arány**  
a **terápia-naiv (TN) betegek**  
körében, **12 hetes ZEPATIER**  
terápiával, **RBV nélkül!**

**98%**  
(135/138)

**SVR12 arány a terápia-naiv**  
**kompenzált cirrhoticus betegek**  
körében, **12 hetes ZEPATIER**  
terápiával, **RBV nélkül!**<sup>1,3</sup>

G = genotípus; RBV = ribavirin

• Az összesített elemzés a C-EDGE TN, C-EDGE COINFECTION, C-SURFER és a C-WORTHY vizsgálatok adatain alapszik

**C-EDGE TN:** A hepatitis C kettős-vak, placebokontrollált vizsgálat, terápia-naiv, cirrhoticus és nem cirrhoticus betegek körében, 12 hetes ZEPATIER® kezeléssel. (G1: n=288; G4: n=18).<sup>1</sup>

\*A hepatitis C vírusfertőzés sikeres kezelése = a tartós virológiai válasz (SVR, sustained virologic response), mely valamennyi vizsgálatban az elsődleges végpontot jelentette. Az SVR-t a HCV ribonukleinsav (RNS) kimutathatóság alsó határa alatti HCV RNS szintként határozták meg 12 héttel a terápia végét követően (SVR12).<sup>1,4</sup>

**ZEPATIER** 50 mg/100 mg filmtabletta. Filmtablettánként 50 mg elbasvir és 100 mg grazoprevir tartalmaz. Szakorvosi rendelvényhez kötött (Sz), csak a C-hepatitisz kezelésében jártas szakorvos által alkalmazható gyógyszer. **Javallatok:** a ZEPATIER krónikus hepatitis C vírus (KHC) okozta fertőzés kezelésére javallott felnőtteknél (lásd 4.2, 4.4 és 5.1 pont). A hepatitis C vírus (HCV) genotípus-specifikus aktivitására lásd 4.4 és 5.1 pont. **Adagolás:** a készítmény ajánlott adagja naponta egy tablettát. Az ajánlott adagolási rend és a kezelések időtartama 1a genotípus esetén: ZEPATIER adása 12 hétig; ZEPATIER adása 16 hétig ribavirinrel – a kezelési kudarc kockázatának minimalizálása érdekében fontolóra kell venni azon betegeknél, akiknél a kiindulási HCV RNS-szint >800000 NE/ml és/vagy az elbasvir aktivitásának legalább 5-szörös csökkenését okozó specifikus NS5A polimorfizmusok vannak jelen (lásd 5.1 pont). 1b genotípus esetén: ZEPATIER adása 12 hétig; 4-es HCV genotípus esetén: ZEPATIER adása 12 hétig; ZEPATIER adása 16 hétig ribavirinrel – a kezelési kudarc kockázatának minimalizálása érdekében fontolóra kell venni olyan betegeknél, akiknél a kiindulási HCV RNS-szint >800 000 NE/ml (lásd 5.1 pont). **Ellenjavallat:** a készítmény hatóanyagával vagy az alkalmazási előírás 6.1 pontjában felsorolt bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Közepesen súlyos vagy súlyos májkárosodásban (Child-Pugh B vagy C) szenvedő betegek (lásd 4.2 és 5.2 pont). Együttes alkalmazása organikus anion transzporter polipeptid 1B (OATP1B) gátlókkal, például rifampicinnel, atazanavirral, darunavirral, lopinavirral, tipranavirral, kobicistattal vagy ciklosporinnal. Lásd 4.4 és 4.5 pont. Együttes alkalmazása a citokróm P450 3A (CYP3A) vagy a P-glikoprotein (P-gp) induktoraival, például efavirenzzel, fenitoinnal, karbamazepinnel, boszentanral, etaravinnel, modafinillal vagy lyukaszlevél orbáncfűvel (Hypericum perforatum). Lásd 4.4 és 4.5 pont. **Figyelmeztetések:** a kezelés alatti ALT-szint emelkedések mértéke közvetlen összefüggésben van a grazoprevir plazmaexpozíciójával. A kezelés megkezdése előtt, a 8. kezelési héten, valamint klinikailag indokolt esetekben laboratóriumi májvizsgálatokat kell végezni. A 16. hetes kezelésben részesülő betegeknél a 12. kezelési héten további laboratóriumi májvizsgálatot kell végezni. A ZEPATIER hatásosságát nem bizonyították a 2-es, 3-as, 5-ös és 6-os HCV genotípusok esetében, valamint olyan betegeknél, akik korábban ZEPATIER-kezelésben vagy a ZEPATIER-rel azonos osztályokba tartozó gyógyszerekkel (NS5A gátlók, kivéve a telaprevirt, szimeprevirt, boceprevirt) történő kezelésben részesültek (lásd 5.1 pont), illetve a HCV/HBV társfertőzött betegek esetében sem. **Különleges betegecsoportok:** idősek (≥65 évesek): nincs szükség a ZEPATIER adagjának módosítására (lásd 4.4 és 5.2 pont). Májkárosodás: nem szükséges a ZEPATIER adagjának módosítása enyhé, közepesen súlyos vagy súlyos májkárosodásban (Child-Pugh B vagy C) szenvedő betegek esetében (lásd 4.3 és 5.2 pont). Vese-károsodás és veseátültetési vesebetegség (ESRD): nem szükséges a ZEPATIER adagjának módosítása enyhé, közepesen súlyos, vagy súlyos vese-károsodásban szenvedő betegeknél (beleértve a haemodialízisben vagy a peritoneális dialízisben részesülő betegeket is) (lásd 5.2 pont). Gyermekek: a ZEPATIER alkalmazása nem javasolt gyermekeknél és 18 évesnél fiatalabb serdülőknél, mivel a biztonságosságát és hatásosságát ebben a populációban nem állapították meg. **Terhesség, szoptatás:** a ZEPATIER terhés nőknél történő alkalmazása tekintetében nincs megfelelő és jól kontrollált vizsgálat. Nem ismert, hogy az elbasvir vagy a grazoprevir és metabolitjai kiválasztódnak-e a human anyatejbe. A rendelkezésre álló, állatkísérletek során nyert farmakokinetikai adatok az elbasvir és a grazoprevir kiválasztódását igazolták az anyatejbe. A ZEPATIER alkalmazása előtt el kell dönteni, hogy a szoptatást fűggesztik fel, vagy megszakítják a kezelést/tartozékot a kezelést. **Gyógyszerinterakciók:** a grazoprevir az OATP1B drog transzporterek szubszttráta. A ZEPATIER együttes alkalmazása ellenjavallt olyan gyógyszerekkel, amelyek gátlójak az OATP1B transzportereknek (lásd 4.3 és 4.4 pont). Az elbasvir és a grazoprevir a CYP3A és a P-gp szubszttrájak. A CYP3A vagy a P-gp induktorainak ZEPATIER-rel történő együttes alkalmazása ellenjavallt (lásd 4.3 és 4.4 pont). A ZEPATIER együttes alkalmazása erős CYP3A gátlókkal emeli az elbasvir és a grazoprevir plazmakoncentrációkat, ezért az együttes alkalmazás nem javasolt (lásd 2. táblázat és 4.4 pont). **Főbb mellékhatások:** a klinikai vizsgálatokban a leggyakrabban jelentett mellékhatások (több mint 10%) a fáradtság és a fejfájás voltak. A ribavirinrel egyet ZEPATIER-rel kezelt vizsgálati alanyok kevesebb mint 1%-ánál jelentkeztek súlyos mellékhatások (hasi fájdalom, transziens ischaemiás attack és anaemia). **Felírás előtt kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírást, különös tekintettel a pontos indikációkra (4.1), adagolásra és alkalmazásra (4.2), ill. a figyelmeztetésekre (4.4)** EMA/26/07/2016

▼ Ez a gyógyszer fontos felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakemberek arra kérjük, hogy jelentsenek bármilyen feltételezett mellékhatást.

**Referenciák:** 1. Zeuzem et al. Grazoprevir-Elbasvir Combination Therapy for Treatment-Naive Cirrhotic and Noncirrhotic Patients With Chronic HCV Genotype 1, 4, or 6 Infection. Ann Intern Med. 2015;163:1-13. doi:10.7326/M15-0785 2. Clark VC, Peter JA, Nelson DR. New therapeutic strategies in HCV: second-generation protease inhibitors. Liver Int. 2013;33(suppl 1):80-84. 3. Kwo P, Jacobson I, Lawitz E, et al. Elbasvir/grazoprevir in cirrhotic patients with HCV infection. Poster presented at: 25th Asian Pacific Association for the Study of the Liver; February 20-24, 2016; Tokyo, Japan. Published in Hepatol Int (2016) 10 (Suppl 1):S1-506. 4. European Association for the Study of the Liver. Recommendations on treatment of hepatitis C 2015. J Hepatol. 2015;63:199-236. 5. ZEPATIER alkalmazási előírás, 2016. 07. 26.



**MSD**

MSD Pharma Hungary Kft.

1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 8., Telefon: 06-1-888-5300, Fax: 06-1-888-5388, hungary\_msd@merck.com  
A dokumentum lezárásának ideje: 2016. augusztus 3. INFC-1140785-0049



**ZEPATIER®**  
(elbasvir és grazoprevir) tablettát

## **A KONGRESSZUS VÉDNÖKE**

Dr. Puskás Tivadar  
Szombathely megyei jogú város polgármestere

## **TUDOMÁNYOS SZERVEZŐ BIZOTTSÁG**

Prof. Dr. Rókus László PhD (elnök)  
Dr. Schneider Ferenc (főtitkár)  
Dr. Kristóf Katalin PhD  
Prof. Dr. Nagy Erzsébet  
Dr. Sinkó János PhD

## **SZAKMAI SZERVEZŐ**

Dr. Schneider Ferenc  
Markusovszky Egyetemi Oktatókórház  
Infektológiai Osztály, Szombathely

## **SZERVEZŐIRODA**

Ócsai Ágnes  
SZERVIZ Iroda Utazásszervező Kft.  
3530 Miskolc, Mártírok u.1.  
Tel./fax: (46) 509-979, 509-980  
a.ocsai@szerviziroda.hu

# ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

## A kongresszus helyszíne

Hotel Claudius  
9700 Szombathely, Bartók Béla krt. 39.

## Regisztráció

A kongresszus helyszínén:

2016. szept. 22. (csütörtök)	09.00 – 18.00
2016. szept. 23. (péntek)	08.00 – 18.00
2016. szept. 24. (szombat)	08.00 – 13.00

## Kitűző

A kongresszus regisztrált résztvevői névvel ellátott kitűzőt kapnak.  
A programokon a kitűzőt viselők vehetnek részt.

## Előadás időtartama

Összefoglaló előadás 15', előadás 8', poszter előadás 3'

Vetítésre szánt anyagát (poszter esetében max. 3 slide) a szekció kezdete előtt a technikus személyzetnek kérjük leadni!

A tudományos program szoros időbeosztása miatt tisztelettel kérjük az időtartamok pontos betartására!

## Poszterek

ePoszter

## Szállás

előzetes jelentkezés alapján. A szobák az érkezés napján 14.00 órától foglalhatók el, azokat a távozás napján 10.00 óráig kell elhagyni.

## Étkezés

előzetes rendelés alapján étkezési jegy ellenében vehető igénybe

## Parkolás

díjmentes  
Claudius Hotel saját parkolójában,  
P4W Hotel saját parkolójában

# PROGRAM ÖSSZEFOGLALÓ

2016. szeptember 22–24.

## 2016. szeptember 22. csütörtök

13.00 – 13.30	Megnyitó
13.30 – 15.30	Mikrobiológiai Szekció
15.30 – 16.00	Szünet
16.00 – 17.45	Migrációval összefüggő infektológiai kihívások
17.45 – 18.05	Pfizer Szimpózium I.

## 2016. szeptember 23. péntek

09.00 – 09.20	Fresenius szponzorált előadás
09.20 – 10.10	Bejelentett előadások
10.10 – 10.30	B.Braun szponzorált előadás
10.30 – 10.40	Bejelentett előadás
10.40 – 11.10	Szünet
11.10 – 12.00	AbbVie Szimpózium
12.00 – 13.00	Ebédszünet
13.00 – 13.45	Vakcinológiai blokk
13.45 – 14.00	GlaxoSmithKline szponzorált előadás
14.00 – 14.30	Gerlóczy Zsigmond emlékérem átadása
14.30 – 15.00	dr. Szalka András Ösztöndíj átadása
15.00 – 15.30	BMS Szimpózium
15.30 – 16.00	Szünet
16.00 – 16.40	MSD Szimpózium I.
16.40 – 17.00	Pfizer Szimpózium II.
17.00 – 19.00	FIMSZ Szekció

## 2016. szeptember 24. szombat

09.00 – 10.10	FIMSZ Poszterszekció
10.10 – 10.50	Egy év eredményei a Mikrobiológiában és az Infektológiában
10.50 – 11.20	Szünet
11.20 – 12.00	MSD Szimpózium II.
12.00 – 12.20	SEPSIS
12.20 – 12.50	Poszter szekció
13.00 – 13.30	Tesztírás

A kongresszus zárása

## 2016. SZEPTEMBER 22. CSÜTÖRTÖK

13.00

### **Megnyitó**

Prof. Dr. Rókus László elnök

### **13.30 – 15.30 MIKROBIOLÓGIAI SZEKCIÓ**

Üléselnök: Nagy Erzsébet, Rókus László

13.30

### **Karbapenem terápia és karbapenem rezisztencia a klinikai mikrobiológus szemszögéből**

*Pál Tibor*

13.55

### **Ultimum refugium - Karbapenem rezisztens Enterobacteriaceae fertőzésekben alkalmazható nem-béta-laktám antibiotikumok és a rezisztencia alakulás kérdése**

*Sonnevend Ágnes*

14.20

### **Update: a Gram-pozitív cocci antibiotikum rezisztenciája**

*Dobay Orsolya*

14.45

### **Anaerob baktériumok antibiotikum rezisztenciájának klinikai relevanciája az újabb irodalmi adatok alapján**

*Urbán Edit*

15.10

### **Diszkusszió**

15.30 – 16.00 Szünet

### **16.00 – 17.45 MIGRÁCIÓVAL ÖSSZEFÜGGŐ INFEKTOLÓGIAI KIHÍVÁSOK**

Üléselnök: Ternák Gábor, Szlávik János

16.00

### **Migráció, migrációs helyzet Magyarországon**

*Szilárd István*

16.15

### **Jelen migrációval behurcolt infekciók, illetve az ESZSZK-ban kezelt migránsokkal kapcsolatos tapasztalatok**

*Szlávik János*

- 16.30 **Migrációval kapcsolatos kihívások – malária**  
*Ternák Gábor*
- 16.45 **Migrációval kapcsolatos kihívások – gastroenteritisek**  
*Maszárovics Zoltán*
- 17.00 **A tuberculosis epidemiológiája és mikrobiológiai diagnosztikája**  
*Senoner Zsuzsanna*
- 17.15 **A tuberculosis terápiás kihívásai - pulmonalis tbc**  
*Kádár Gabriella*
- 17.30 **Extrapulmonalis tuberculosis - esetismertetések**  
*Rókus László*
- 17.45 PFIZER SZIMPÓZIUM I.**  
Üléselnök: Sinkó János
- 17.45 **Antifungális kombinációk súlyos invazív gombainfekciókban: fókuszban az aspergillosis**  
*Sinkó János*

## 2016. SZEPTEMBER 23. PÉNTEK

- 09.00 – 10.40 BEJELENTETT ELŐADÁSOK**  
Üléselnök: Tusnádi Anna, Takács Mária
- 09.00 FRESENIUS szponzorált előadás  
**Kis lépés a medicina, nagy lépés a krónikus hepatitis C kezelésének 23 éves történetében**  
*Schneider Ferenc*
- 09.20 **Fidaxomicin a *Clostridium difficile* konzervatív terápiajában**  
*Fodor Domonka*

- 09.30 **Fertőzések és antimikrobiális szerhasználat a hazai bentlakásos szociális intézményekben, 2015**  
*Szabó Rita*
- 09.40 **Nyugat-nílusi vírus kimutatása humán vizelet mintákból: A 2014-2015. évi szezonális időszak tapasztalatai**  
*Takács Mária*
- 09.50 **Súlyos lefolyású akut E vírus hepatitises betegek ribavirin terápiával szerzett tapasztalatai**  
*Nemesi Krisztina*
- 10.00 **Krónikus hepatitis C vírus fertőzés korszerű kezelése**  
*Tusnádi Anna*
- 10.10 B.BRAUN szponzorált előadás  
**Küzdelem a multirezisztens kórokozókkal interdiszciplináris szemmel**  
*Tompity Tünde*
- 10.30 **Trópusi tanfolyam hasznosíthatósága a hazai betegellátásban**  
*Almási István*
- 10.40 – 11.10 Szünet

## **11.10 – 12.00 ABBVIE SZIMPÓZIUM**

Üléselnök: Schneider Ferenc, Szlávik János

- 11.10 **A HCV kezelés jelene**  
*Rókus László*
- 11.30 **A HCV kezelés jövője**  
*Makara Mihály*

12.00 – 13.00 Ebédszünet



**13.00 – 14.00 VAKCINOLÓGIAI BLOKK**  
Üléselnök: Mészner Zsófia, Kulcsár Andrea

13.00 **Utazási tanácsadás**  
*Jelenik Zsuzsanna*

13.15 **Újdonságok az influenza vakcináció területén**  
*Mészner Zsófia*

13.30 **Meghökkenítő, oltás utáni események**  
*Kulcsár Andrea*

13.45 GlaxoSmithKline Kft. szponzorált előadás  
**Védőoltással az invazív meningococcus betegség ellen (Bexsero)**  
*Janitsáry Anna*

**14.00 – 14.30 GERLÓCZY-EMLÉKÉREM ÁTADÁS**  
Rókusz László elnök

**14.30 – 15.00 DR. SZALKA ANDRÁS ÖSZTÖNDÍJ ÁTADÁS**  
Rókusz László, Kuratórium elnök

**15.00 – 15.30 BMS SZIMPÓZIUM**  
Moderátor: Schneider Ferenc

15.00 **Kombinációs terápiák hepatitis B-ben**  
*Jancsik Viktor*

15.30 – 16.00 Szünet

- 16.00 – 16.40**    **MSD SZIMPÓZIUM I.**  
**„ELBASVIR/GRAZOPREVIR – ERŐ ÉS EGYSZERŰSÉG”**  
Üléselelök: Rókus László
- 16.00            **Az elbasvir/grazoprevir klinikai hatásossága és biztonságossága - ERŐ**  
*Makara Mihály*
- 16.20            **Az elbasvir/grazoprevir terápia előnye a HCV kezelésében -**  
**EGYSZERŰSÉG**  
*Werling Klára*
- 16.40 – 17.00**    **PFIZER SZIMPÓZIUM II.**  
Üléselelök: Prinz Gyula
- 16.40            **Intraabdominális fertőzések kórszerű kezelése**  
*Prinz Gyula*
- 17.00 – 19.00**    **FIATAL INFECTOLÓGUSOK ÉS MIKOBIOLOGUSOK SZERVEZETE**  
**(FIMSZ)**  
Üléselelök: Vad Eszter, Szabó Bálint
- 17.00            **Bevezető**  
*Vad Eszter, Szabó Bálint*
- 17.10            **Közösségben szerzett szepszis 2016 – egy retrospektív kohorsz-**  
**vizsgálat eredményei**  
*Szabó Bálint*
- 17.22            **HIV fertőzött betegek központi idegrendszeri tüneteinek diffe-**  
**renciáldiagnosztikai problémái**  
*Hanuska Adrienn*
- 17.34            **Neuroszifilisz humán immundeficiencia vírussal (HIV) fertőzött**  
**betegekben**  
*Jekkel Csilla*
- 17.46            **Leggyakoribb szerzett immunhiányos tünetegyüttes (AIDS) indi-**  
**kátor betegségek epidemiológiája Magyarországon 2005-2015**  
**között**  
*Lakatos Botond*

- 17.58 **Új utakon: a vírus specifikus cytotoxikus T-sejt terápia**  
*Kassa Csaba*
- 18.10 ***Clostridium difficile* fertőzés gyermekinfektológiai osztályunkon**  
*Pék Tamás*
- 18.25 **FIMSZ program**

## 2016. SZEPTEMBER 24. SZOMBAT

### 09.00 – 10.10 FIMSZ POSZTERSZEKCIÓ

Üléselnök: Péterfi Zoltán, Szabó Bálint

- 09.00 **Endocarditis – vagy nem?**  
*Máthé András*
- 09.05 **Toxikus sokk szindróma- Esetbemutató**  
*Neubrandt Dóra*
- 09.10 **Icterus nem hétköznapi oka**  
*Gács Judit*
- 09.15 **„Aliter in theoria, aliter in praxi” esetismertetés**  
*Hajdú Edit*
- 09.20 **Importált malária egy esete**  
*Dezsényi Balázs*
- 09.25 **Kezelni vagy nem kezelni?**  
*Dezsényi Balázs*
- 09.30 **A gyors molekuláris tesztek helye a *Clostridium difficile* diagnosztikában**  
*Szabó Edina*

- 09.35 **A gyors molekuláris tesztek helye a meningitis/encephalitis diagnosztikában**  
*Szabó Edina*
- 09.40 **Kórokozó identifikálás vizeletüledékből végzett direkt tömegspektrometriával**  
*Iván Miklós*
- 09.45 **Könnyed enteritis acuta vagy más?**  
*Lőrinczi Csaba*
- 09.50 **Abscedáló tüdőfolyamat összejt-transzplantáción átesett betegben**  
*Gayerhosz Katalin*
- 09.55 **Az akut bakteriális gastroenteritisekkel kapcsolatos mikrobiológiai trendek alakulása egy budapesti infektológiai osztály saját adatai alapján**  
*Lénárt Katalin*
- 10.00 **Recidiváló infekció vagy ritka autoimmun kórkép?**  
*Zentai Bernadett*
- 10.05 **FIMSZ nyertesek kihirdetése**

**10.10 – 10.50 EGY ÉV EREDMÉNYEI A MIKROBIOLÓGIÁBAN ÉS AZ INFEKTOLÓGIÁBAN**

Üléselnök: Nikolova Radka, Sinkó János

- 10.10 **Tíz fontos közlemény a klinikai mikrobiológiában**  
*Nikolova Radka*
- 10.30 **Tíz fontos közlemény az infektológiában**  
*Sinkó János*

10.50 – 11.20 Szünet

**11.20 – 12.00 MSD SZIMPÓZIUM II.  
„ÚJ ANTIBIOTIKUMOK A KÓRHÁZI GRAM-NEGATÍV  
FERTŐZÉSEK KEZELÉSÉBEN”**

Üléselnök: Sinkó János

11.20 **A ceftolozán / tazobaktám helye a Gram-negatív baktériumok okozta infekciók kezelésében**

*Sinkó János*

11.40 **Rezisztens baktériumok okozta fertőzések ellátása kritikus állapotú betegekben: mit nyújthatnak az új antibiotikumok?**

*Hermann Csaba*

**12.00 – 12.20 SEPSIS**

12.00 **Változások a sepsis definíciórendszerében**

*Ludwig Endre*

**12.20 – 13.00 POSZTERSZEKCIÓ**

Üléselnök: Ludwig Endre, Nagy Erzsébet

12.20 **Kolonoszkópia , mint a parazita infekció diagnosztizálásának ritka módja**

*Létay Erzsébet*

12.25 **Ritka lefolyású syphilis - avagy amikor a poloskák segítenek felállítani a diagnózist**

*Nemesi Krisztina*

12.30 **Egy szokatlan kezelési stratégia és egy különös társbetegség krónikus szisztolés szívelégtelenségben**

*Rókus László*

12.35 **Trimethoprim-sulfamethoxazole rezisztens *Stenotrophomonas maltophilia* törzsek molekuláris epidemiológiai vizsgálata**

*Fülöp Barbara*

12.40

**Szexuálisan terjedő fertőzések (STI) előfordulási gyakorisága  
fiatalkorúak körében**

*Gyimesi Zsófia*

12.45

**Két botulismusos eset kapcsán felmerült diagnosztikus  
ellentmondás**

*Nagy Éva*

13.00-13.30

**Tesztírás  
A Konferencia zárása**  
Rókusz László





# ABSZTRAKTOK



**NOXAFIL®**  
posaconazole

Széles hatásspektrum

## Antifungális profilaxis a hematológián

A NOXAFIL® (posaconazol) 100 mg gomormedv-ellenálló tablettá. A kezelést a gombafertőzések kezelésében, illetve az indikált profilaktikus alkalmazásokban jártas orvosnak kell megkezdnie. **Javallatok:** I. A következő gombafertőzések kezelése felnőtteknél: Invazív aspergillosis, ha amfotericin B-re vagy itraconazolra rezisztens, vagy azokat a beteg nem tolerálja; Fusariosis, ha amfotericin B-re rezisztens, vagy azt a beteg nem tolerálja; Chromoblastomycosis és mycetoma, ha itraconazolra rezisztens, vagy azt a beteg nem tolerálja; Coccidioidomycosis, ha amfotericin B-re, itraconazolra vagy flukonazolra rezisztens, vagy ezeket a beteg nem tolerálja; II. Invazív gombafertőzések megelőzésére, ha kialakulásuk nagy a kockázata, a következő betegeknek: Akut myeloid leukaemia vagy myelodysplasiás szindróma miatt remisszió-indukció kemoterápia esetén, mely várhatóan elhúzódó neutropeniához vezet; Haemopoieticus őssejt-transzplantáció esetén, ha graft versus host reakció miatt nagy dózisú immunuszuppresszív kezelés szükséges. **Elenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy a 6.1 pontban felsorolt bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Együttadás ergot alkaloidokkal (lásd a 4.5 pont). Együttadás a CYP3A4 szubsztrátokhoz tartozó terfenadinnal, asztemizollal, ciszapriddel, pimoziddal, halofantrinnal vagy kinidinnel, mivel az együttadás e gyógyszerek plazmakoncentrációjának emelkedését eredményezheti, és QTc-megnyúláshoz, valamint ritkán torsades de pointes kialakulásához vezethet (lásd a 4.4 és 4.5 pont). Együttadás a CYP3A4 szubsztrátokkal (lásd a 4.4 és 4.5 pont). **Adagolás és alkalmazás:** Rezisztens invazív gombafertőzés (IGF)/intoleráns IGF-és betegek és IGF megelőzése: A teljes adag 300 mg (három db 100 mg-os tablettát) naponta kétszer az első napon, ezt követően 300 mg (három db 100 mg-os tablettát) naponta egyszer. Minden adag bevétele étkezéstől függetlenül. A kezelés kezdetét és befejezését a beteg és a betegséggel jellemző szertartás kell meghatározni (ld. Alk. előírás 4.2). Alkalmazása szaján történik. A gomormedv-ellenálló tablettát étellel vagy anélkül egyaránt bevehető (lásd 5.2 pont). A tablettát egészben, vízzel kell lenyelni, nem szabad összetörni, szétrágni. A tablettát és a beelőleges szuszpenzió nem helyettesíthető egymással, mert a két gyógyszerforma adásának gyakorisága, étellel való alkalmazhatósága és elért plazmakoncentrációja különbözik. Ezért mindegyik gyógyszerformánál a specifikus adagolási javaslatot kell követni. **Figyelmeztetések:** Májárosodásban szenvedő betegeknek a korlátozott klinikai tapasztalat és annak lehetősége miatt, hogy ezeknél a betegknél a posaconazol plazmaszintek emelkedettek lehetnek, csak óvatosan alkalmazható (lásd 4.2 és 5.2 pont). A májfunkciós eredményeket a posaconazol-kezelés elkezdésekor és annak ideje alatt ki kell értékelni. Meg kell fontolni a Noxafil használatát, ha a klinikai jelek és tünetek májbetegség kialakulására utalnak. A Noxafil nem adható együtt olyan gyógyszerekkel, amelyek a CYP3A4 szubsztrátjai, és ismerten megnyújtják a QTc-intervallumot (lásd a 4.3 és 4.5 pont). A Noxafil csak óvatosan adható proaritmias állapotok esetén. **Speciális betegcsoportok:** Károsodott veseműködésnél a dózis módosítása nem szükséges. Májárosodásban korlátozott adatok a normál májműködésű betegeknek mérhez képest emelkedett plazma-expozíciókat mutatnak, ez azonban nem indokolja a dózismódosítás szükségességét. A Noxafil biztonságosságát és hatosságát

18 év alatti gyermekeknél nem igazolták. **Gyógyszerköcsönhatások:** A posaconazol a CYP3A4 inhibitor, és kizárólag bizonyos körülmények fennállása esetén adható együtt a CYP3A4 által metabolizált más gyógyszerekkel (ld. Alk. előírás 4.5). Nem adható együtt olyan gyógyszerekkel, amelyek a CYP3A4 szubsztrátjai, és tudott, hogy megnyújtják a QTc-intervallumot (terfenadin, asztemizol, ciszaprid, pimozid, halofantrin és kinidin). Az UDP-glükuronidációt és a P-glikoproteint (P-gp) keresztül történő kialakramást gátló vagy indukáló szerek is növelhetik, illetve csökkenthetik a posaconazol plazmakoncentrációt. Foszaprenavirral történő együttes alkalmazása a posaconazol plazma-koncentrációjának csökkenéséhez vezethet. HMG-KoA-reduktáz inhibitorokkal történő kezelést abba kell hagyni a posaconazol-kezelés idején. Vinkaalkaloidok együttes alkalmazását kerülni kell, hacsak a beteg számára nyújtott előny nem múlja felül a kockázatot. Nem ajánlott a posaconazol sziriolumuszal/takrolimuszal való együttes alkalmazása. Ha az együttes alkalmazást elkerülhetetlenül tartják, a posaconazol-kezelés elkezdésekor a sziriolumuszal/takrolimusz adagjának nagymértékű csökkentése javasolt, és nagyon gyakran ellenőrizni kell a sziriolumuszal/takrolimusz minimális koncentrációját. A ciklosporin-kezelésben részesülő betegek esetében a posaconazol-kezelés megkezdésekor a ciklosporin adagját csökkenteni kell (pl. az aktuális adag háromnegyedére). Ezt követően a ciklosporin vérszintjét gondosan monitorozni kell. **Pozaconazol** a ciklosporin adagját csökkenteni kell a retrovirus ellenes, CYP3A4-szubsztrát készítmények (atazanavir, ritonavir) mellékhatásainak és toxicitásának gyakori monitorozása. Amikor posaconazolt valamilyen, a CYP3A4-en keresztül metabolizáló benzodiazepinnel (pl. midazolám, triazolám, alprazolám) adják együtt, a szedáció megnyúlásának veszélye miatt javasolt a dózis módosításának a mérlegelése. A kalciumcsatorna-blokkolókkal kapcsolatos mellékhatások és toxicitás gyakori monitorozása javasolt posaconazol egyidejű alkalmazása során. Szükség lehet a kalciumcsatorna-blokkoló dózisának módosítására. Emellett a digoxin plazmakoncentrációját, ezért a digoxin-szinteket a posaconazol-kezelés elkezdésekor és leállításakor monitorozni kell. A glükózkoncentráció csökkentése néhány egészséges önkéntesnél, ha a glipizidet együtt adták posaconazzal. **Diabétes** betegeknek a glükózkoncentráció monitorozása javasolt. **Terhesség, szoptatás:** Terhes nőknél történő alkalmazásával kapcsolatban nem áll rendelkezésre elegendő információ. Nem alkalmazható a terhesség alatt, hacsak az anyai előny nem múlja felül egyértelműen a lehetséges magzati kockázatot. Fogamzóképes nőknek hatékony fogamzásgátlást kell alkalmazniuk a kezelés alatt. Emberi anyatejbe való kiválasztódását nem vizsgálták. A szoptatás a posaconazol-kezelés kezdetekor abba kell hagyni. **Főbb mellékhatások (>1%):** neutropenia, elektrolit-egyensúly-zavar, étvágytalanság, parasthesia, szédülés, aluszékonyság, fejfájás, hányás, hányinger, hasi fájdalom, hasmenés, dyspepsia, szájszárazság, flatulencia, láz, asthenia, fáradtság, bőrkürités, emelkedett májfunkciós értékek (ALT, AST, bilirubin, alkalinus foszfatáz, GGT). Felírás előtt kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírást különös tekintettel a pontos indikációkra (4.1), az adagolásra és alkalmazásra (4.2), a figyelmeztetésekre (4.4), a mellékhatásokra (4.8), és legfőképpen az interakciókra (4.5)! EMEA/26/07/2016

A beelőleges szuszpenzió és a koncentrátum oldatos infúzióhoz alkalmazása előtt, kérjük, hogy olvassa el a teljes érvényes alkalmazási előírásukat!



MSD Pharma Hungary Kft.

1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 8., Telefon: +36-1-888-5300, Fax: +36-1-888-5388, hungary\_msd@merck.com

Dokumentum lezárva: 2016. 08. 29.

AINF-1189168-0009



# MIGRÁCIÓVAL KAPCSOLATOS KIHÍVÁSOK - GASTROENTERITISEK

*Maszárovics Zoltán*

Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger

## **Összefoglaló**

A gastroenteritisek előfordulása térben és időben nagy változatosságot mutat még egy-egy országon belül is. Ez a sokszínűség várható a migráló populációk esetén is. A migráció önmagában világszerte jelentős eltéréseket mutat a tömegek gyors, rövid távú megmozdulásától egészen a néhány embert egyszerre érintő külföldi utazásig (háborús menekültektől a turizmusig).

Ennek megfelelően minden mozgás esetén érdemes vizsgálni a migráló populáció motivációját, számát, eredetét, vonulásuk útvonalát, a rendelkezésre álló közegészségügyi feltételeket, a magukkal hozott kulturális szokásokat, az emberek képzettségét és közegészségügyi ismereteit, ahhoz, hogy meg tudjuk jósolni a várható gastroenteritisek formáját, előfordulásuk számát, kórokozóit.

A „jóslás” szó a sejtésekre vonatkozik, hiszen a szegényes szakirodalom, a gyorsan mozgó populációk mikrobiológiai vizsgálatainak nehézségei és így a szerény mintavételi arányok megnehezítik a pontos meghatározásokat. Ez jellemző a terápiás beavatkozásokra is, ahol az empirikus antibiotikus kezelés túlsúlya játssza a fő szerepet.

Ami az orvosi-egészségügyi feladatok között talán a legnagyobb hangsúlyt kapja, az a közegészségügyi feltételek meghatározása és ezek betartatása, mellyel bármely enterális kórkép visszaszorítása, bármely migráns populációban hatékonyságában felülmúlja az egyéb infekciókontroll intézkedéseket.

A szerző előadásában a globális áttekintéstől indulva, Közép-Afrikában szerzett tapasztalatait veti össze az Európát érintő migráció során már átélt és még várható nehézségekkel a diagnosztika (mikrobiológia), a terápia (antibiotikus kezelés) és az infekciókontroll (közegészségügyi intézkedések) területén.

# ANTIFUNGÁLIS KOMBINÁCIÓK SÚLYOS INVÁZÍV GOMBAINFEKCIÓKBAN: FÓKUSZBAN AZ ASPERGILLOSIS

*Sinkó János*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet, Budapest

Baktériumfertőzésekben gyakran kerül sor antibiotikum-kombinációk alkalmazására. Figyelembe véve az invazív mycosisok kedvezőtlen prognózisát, joggal merül fel a kérdés: mely esetekben, és mely vegyületek egyidejű adagolásával lehet biztonságosan növelni a gombaellenes terápia hatásosságát. Központi idegrendszer érintő cryptococcosisban bizonyított az 5-flucytosint tartalmazó kombinációk nagyobb hatékonysága. Candidaemiában történtek próbálkozások amphotericin B és fluconazol együttes adásával és hősokk protein-ellenes szert (efungumab) tartalmazó kombinált terápiával. E módszerek előnyeit azonban nem sikerült reprodukálható módon alátámasztani. Az invazív aspergillosis jelentős letalitással járó gombafertőzés, melynek ellátásában a voriconazol megjelenése hozott áttörést. Ugyanakkor kiterjedt, központi idegrendszeri vagy disszeminált aspergillosisban - a hatékonyság további növelésének reményében - nem ritkán sor került azolok, echinocandinok és amphotericin B formulációk különböző kombinációinak bevetésére is, jóllehet ilyen típusú terápiákat támogató evidenciák nem álltak rendelkezésre. 2015-ben publikálták az első olyan multicentrikus tanulmány eredményeit, melyben a voriconazol monoterápiát, valamint a voriconazol+anidulafungin kombinációt hasonlították össze súlyosan immunszupprimált betegek invazív aspergillosisában. A kombinált kezelés a betegek azon csoportjában bizonyult előnyösnek, ahol a gombainfekciót nem radiomorfológiai módszerekkel mutatták ki, hanem az aspergillosist galaktománán antigén jelenléte is igazolta. Az eredmények lehetővé teszik, hogy a fenti kezelési mód elfoglalja helyét az irányelvek ajánlásaiban. Ugyanakkor számos nyitott kérdésre további, célzott tanulmányok adhatnak csak választ.

# KIS LÉPÉS A MEDICINA, NAGY LÉPÉS A KRÓNIKUS HEPATITIS C KEZELÉSÉNEK 23 ÉVES TÖRTÉNETÉBEN

## - AZ INTERFERONMENTES KEZELÉS EGYÉVES TAPASZTALATAI A SZOMBATHELYI CENTRUMBAN

*Schneider Ferenc (A Fresenius által támogatott előadás)*

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Infektológia, Szombathely

Magyarországon 1993-ban kezdődött a krónikus C hepatitis antivirális kezelése. A Markusovszky Kórház Infektológiai Osztálya a legelső hazai centrumok között kezdte meg működését. Centrumunkban az eltelt 23 év alatt közel ötszáz beteg antivirális kezelését végeztük. A kezdeti 10%-os gyógyulási eredmények fokozatosan javultak. A nagy változás a direkt hatású antivirális gyógyszerek (DAA) megjelenésével kezdődött. A Peginterferon/ribavirin (P/R) kezelésre nem gyógyult F3, F4 betegeink 50 ill. 65%-ban gyógyultak a P/R+sofosbuvir (12/24) vagy telaprevir (16/25) hármas kombinációkra. Az interferon alapú tripla antivirális kombináció ennek ellenére a legrövidebb időszak volt a HCV kezelés történetében. A direkt hatású antivirális gyógyszerek interferonmentes kombinációja addig nem látott hatékonysággal, rövidebb kezelési idővel, elenyésző mellékhatással eredményez tartós vírusválaszt. Csaknem pontosan egy éve rendelhető TB támogatással a *ledipasvir/sofosbuvir* (Harvoni® Gilead) és az *ombitasvir/paretaprevir/ritonavir+dasabuvir* (Viekirax, Exviera® AbbVie) kombináció az előrehaladott C hepatitiszes betegek számára. Az antivirális kezelés egyszerűsödött és egyidejűleg bonyolulttá is vált: egyszerűbb, mert a beteg kevesebb gyógyszerrel, rövidebb idő alatt, sokkal hatékonyabban gyógyítható. Bonyolultabb, mert a számos sok antivirális szer közül kell kiválasztani a HCV genotípusnak, a kísérő betegségeknek és gyógyszer-interakcióknak megfelelőt. Realitás ugyanakkor, hogy megismerkedtünk az interferon-free failure fogalmával, melynek okai csak részben ismertek. Ilyenek a rezisztencia-asszociált variáns vírusok (RAV). Több olyan marker ismert, melyek rutinszerű vizsgálata egyelőre nem lehetséges. Centrumunkban az összefoglaló leadásáig 57 interferon-mentes kezelés fejeződött be. A 12 Harvonival kezelt beteg közül mindegyik vírusmentes lett, a 45 Viekirax-Exviera kezelt közül kettő maradt víraemiás. A fejlődés nem áll meg, újabb molekulák fejlesztése folyamatban van, ami reményt nyújthat az első IFN-mentes kezelésre nem gyógyult betegeknek.

Az elsődleges cél: minél több krónikus C hepatitist felderíteni és kezelni. A vírusmentessé vált betegek ellenőrzését folytatni kell, a cirrhotikus beteget szűrni hepatocelluláris carcinomára, a dekompenzáltakat felkészíteni a májtranszplantációra.

## FIDAXOMICIN A CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFEKCIÓ KONZERVATÍV TERÁPIÁJÁBAN

*Fodor Domonka, Nagy Nóra, Bourgla Leila, Kondász Antal, Hajdú Edit*

Szegedi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika Infektológa Osztály, Szeged

Bevezetés: a *Clostridium difficile* fertőzés a SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Infektológiai Osztályán 2008-tól progresszíven nőtt. A konzervatív terápia során nem ritkák a recidívák, az átlagéletkor magas, sok a társbetegség, a kórokozó invazív. Anyag és módszer: a szerzők a metronidazol, vancomycin és fidaxomicin terápia jellemzőit, hatékonyságát vizsgálják, 2015-2016-ban és fölhasználnak néhány adatot, korábbi retrospektív anyagukból, főként a terápiára vonatkozóan. A vizsgálódás célja a kombinált antimikróbás kezelés, s a spórára ható készítmény terápiai hatékonyságának számszerű kifejezése. Eredmények: a rendelkezésre álló konzervatív kezelési lehetőségek közül a fidaxomicin 2015. március óta írható föl járó betegek kedvezményel, így a terápia részévé vált, alkalmazásának módja több kérdést vet föl. A metronidazol monoterápia önmagában hatástalan, a betegek 100%-a metronidazol vancomycin kombinációt kap, első kezelésként. Recidíva esetén a kezelés 45,38%-ban egészült ki folytatólagosan fidaxomicinnel. A kiválasztott betegeknél, az alkalmazott kettős terápia hatékonysága 51% volt, az első recidíva után adott tíz napos fidaxomicin 75% -s eredményt hozott, a terápia megismétlésekor a gyógyulási a gyógyulási ráta 88%-ra nőtt. A társbetegségek, a diagnózis fölállításáig eltelt idő, a kezelések időtartama, egyes esetekben a ribotípus vizsgálata nem adott utalt olyan összefüggésre, mellyel a recidíva oka, gyakorisága megjósolható lett volna.

# FERTŐZÉSEK ÉS ANTIMIKROBIÁLIS SZERHASZNÁLAT A HAZAI BENTLAKÁSOS SZOCIÁLIS INTÉZMÉNYEKBEN, 2015

*Szabó Rita*

Országos Epidemiológiai Központ, Kórházi-járványügyi Osztály, Budapest

## **Bevezetés**

A fertőzések előfordulása és az antibiotikum használat gyakori a bentlakásos szociális intézményekben (a továbbiakban: szociális intézmények). A helyzetet súlyosbítja, hogy az infekciókontroll tevékenységek és az antimikrobiális szerek alkalmazása nem szabályozott, ezért az Országos Epidemiológiai Központ előírta a Népegészségügyi Hatóságok számára, hogy az éves munkatervi feladataik részeként mérjék fel a szociális intézmények higiénés és járványügyi tevékenységét.

## **Anyag és módszer**

Az adatok gyűjtése papíralapú kérdőív segítségével történt 2015. január 01. és december 31. között. A kérdőívben az általános intézményi adatok (pl. férőhelyek száma, dolgozók száma) mellett információkat gyűjtöttünk az infekciókontroll tevékenységekről (pl. kézhigiéné, védőoltások), valamint a fertőzések előfordulásáról és az antibakteriális szerek használatáról. Az adatok elemzése leíró statisztikai módszerrel történt (EpiData 3.1 statisztikai program) átlag, minimum és maximum értékek számításával.

## **Eredmények**

A szociális intézmények 66%-ában alkalmaznak antibakteriális szert (leggyakrabban béta-laktám antibiotikumokat), 70%-ában fordult elő fertőzés (jellemzően légúti, húgyúti, valamint bőr – és lágyrész fertőzések). A leggyakrabban izolált mikroorganizmus a *Staphylococcus aureus* és a *Clostridium difficile* volt.

## **Következtetés**

A szociális intézményekben jelentős probléma a fertőzések gyakorisága és az empirikus módon történő antimikrobiális kezelés, mely az infekciókontroll intézkedéseken (pl. infekciókontroll tevékenységek minimum feltételeinek rendeletben történő meghatározása) túlmenően szükségessé teszi diagnosztikai és terápiás útmutatók/irányelvek kidolgozását e speciális igényű terület számára.

## **NYUGAT-NÍLUSI VÍRUS KIMUTATÁSA HUMÁN VIZELET MINTÁKBÓL: A 2014-2015. ÉVI SZEZONÁLIS IDŐSZAK TAPASZTALATAI**

*Nagy Anna<sup>1</sup>, Bán Enikő<sup>1</sup>, Nagy Orsolya<sup>1</sup>, Molnár Eszter<sup>1</sup>, Ferenczi Emőke<sup>1</sup>,  
Farkas Ágnes<sup>1</sup>, Bányai Krisztián<sup>2</sup>, Farkas Szilvia<sup>2</sup>, Kecskés Borbála<sup>3</sup>,  
Harsányi Emese Henriett<sup>3</sup>, Kővágó Levente<sup>3</sup>, Eigemann Éva<sup>4</sup>, Jobbágy Lajos<sup>4</sup>,  
Müller Zsófia<sup>5</sup>, Orbán Márton<sup>5</sup>, Várnai Zsuzsanna<sup>6</sup>, Takács Mária<sup>1</sup>*

Országos Epidemiológiai Központ, Virologiai főosztály<sup>1</sup>, MTA Agrártudományi  
Kutatóközpont, Állatorvos-tudományi Intézet<sup>2</sup>, Szent Pantaleon Kórház Infektológiai  
Osztály<sup>3</sup>, Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztály<sup>4</sup>, Fejér Megyei Szent  
György Egyetemi Oktató Kórház Infektológiai Osztály<sup>5</sup>, Egyesített Szent István és  
Szent László Kórház – Rendelőintézet Infektológiai Osztály<sup>6</sup>

A nyugat-níluszi vírus világszerte elterjedt flavivírus, melynek transzmissziójában főként szúnyog vektorok vesznek részt. A humán infekciók zöme szubklinikai lefolyású, míg az esetek kb. 20%-ában enyhébb, lázas, kiütéses tünetekkel kísért megbetegedés jellemző. A fertőzések kb. 1%-ában súlyosabb, neurológiai érintettséggel kísért kórforma jelentkezik. A laboratóriumi diagnosztika a rövid ideig tartó viraemia miatt elsősorban ellenanyag kimutatáson alapszik, a molekuláris módszerek ez idáig kevésbé bizonyultak hangsúlyosnak. Célunk az akut fertőzöttek különböző mintáinak PCR alapú vizsgálata, valamint annak nyomon követése volt, hogy mely mintatípusokból mennyi ideig mutatható ki a vírus, illetve mely vírustörzsek okozzák a hazai megbetegedéseket.

A 2014. évben összesen 11 esetet regisztrált laboratóriumunk, melyek közül három beteg vizelet mintájából volt kimutatható vírus nukleinsav. A hátról két beteg esetén a vérsavó is PCR pozitívnak bizonyult, így 2014-ben Magyarországon először sikerült a vírust élő, humán páciensből származó mintából kimutatni. 2015-ben laboratóriumunk szerológiailag 21 betegnél igazolt vagy valószínűsített aktuális fertőzést. Kilenc beteg vizelet mintája adott PCR pozitív eredményt, míg ezzel szemben ugyanezen betegek esetén vérsavóból három, liquorból pedig csak egy esetben volt kimutatható a vírus nukleinsav. Nyomon követésen alapuló eredményeink arra utalnak, hogy vizeletmintából mutatható ki a vírus leghosszabb ideig. A vírusgenomok szekvenálása alapján feltételezhetjük, hogy a 2014-2015. évi humán megbetegedéseket lineage-2 törzsek okozták.

# KRÓNIKUS HEPATITIS C VÍRUS FERTŐZÉS KORSZERŰ KEZELÉSE

*Tusnádi Anna, Szabó Anna*

Jász-Nagykun-Szolnok megyei Kórház-Rendelőintézet, Infektológia, Szolnok

Az interferon (INF) mentes terápiának köszönhetően a krónikus hepatitis C vírus (HCV) fertőzés gyógyíthatóvá vált csaknem minden betegnél. Hazánkban ez a korszerű kezelési lehetőség kb. egy éve érhető el.

Hepatológiai Centrumunkban 48 beteget kezeltünk IFN mentes terápiával az elmúlt egy évben az absztrakt leadásig. Ezen betegek adatait elemeztük retrospektív módon (kezelés eredményessége, tolerálhatósága).

32 beteg kap(ott) ombitasvir/paritaprevir/dasabuvir (3D) +/- ribavirin (RBV) kezelést. 12 fő HCV fertőzése gyógyult, 11 fő a kezelés végén HCV PCR negatív, 7 fő kezelése még nem fejeződött be. Egy beteg antivirális kezelése eredménytelen, egy beteg kezelését hepatocellularis carcinoma miatt fel kellett függeszteni. A 3D +/- RBV kezelés leggyakoribb mellékhatása az étmeneti serum bilirubinszint emelkedés és előrehaladott cirrhosisban az anaemizálódás volt.

16 beteg kap(ott) sofosbuvir/ledipasvir (SOF/LDV) +/- RBV kezelést. 2 fő HCV fertőzése gyógyult, 7 fő a kezelés végén HCV-PCR negatív, 6 fő kezelése még folyik. A kezelés során jelentős mellékhatást egy betegnél észleltük (vesefunctio romlás miatt a terápia felfüggesztésre került).

Mind a 3D, mind a SOF/LDV kezelési mód rendkívül hatékony a HCV fertőzés eradikációját illetően a terápia naiv és a korábban sikertelenül kezelt betegek esetében is. A cirrhosis azonban nem múlik el, így ennek szövődményeivel sikeres kezelés esetén is számolni kell (egy 3D-t és egy SOF/LDV-t kapó beteg hunyt el oesophagusvarixruptura miatt sikeres antivirális kezelés után). Mindkettő kezelési rezsim jól tolerálható volt, a mellékhatásokért a RBV tehető elsősorban felelőssé. 3D kezelést mellékhatás miatt nem kellett felfüggeszteni (RBV néhány betegnél elhagyásra került). A SOF/LDV terápiát egy betegnél függesztettük fel vesefunctio romlás miatt.

# KÜZDELEM A MULTIREZISZTENS KÓROKOZÓKKAL INTERDISZCIPLINÁRIS SZEMMEL

*Tompity Tünde<sup>1</sup>, Magyar Eleonóra<sup>2</sup>*

Háziorvosi praxis<sup>1</sup>, Szombathely, B. Braun Trading Kft.<sup>2</sup>

## **Összefoglaló**

A WHO napjaink egyik legnagyobb közegészségügyi veszélyeként tartja számon a multirezisztens kórokozók (MRK) terjedését. A kórházhygiénés munkatársak sokszor embert próbáló feladata az egészségügyi intézményekben a nosocomialis infekciók számának mérséklése. A terápiás kudarcok hátterében álló rezisztens kórokozók alapvető szemléletváltást igényelnek, hiszen a prevenció – megfelelő infekciókontroll alkalmazásával – elengedhetetlen a multirezisztens kórokozókkal szembeni küzdelemben. Idén megjelent az Országos Epidemiológiai Központ MRK által okozott fertőzések megelőzéséről szóló Módszertani Levél, mely alapján megfelelő indikációban bemutatásra kerülnek a polihexanid hatóanyagotartalmú készítmények. A módszertani levél és multicentrikus vizsgálatok alapján a dekolonizáció kérdésköre, annak lehetséges alternatívái is ismertetésre kerülnek.



## TRÓPUSI TANFOLYAM HASZNOSÍTHATÓSÁGA A HAZAI BETEGELLÁTÁSBAN

*Almási István<sup>1</sup>, Kelemen Andrea<sup>2</sup>*

Tolna megyei Balassa János Kórház, Kórházhygiénés Osztály, Szekszárd<sup>1</sup>  
Magyar Honvédség HKNYP<sup>1</sup>, EK VESTO, Budapest<sup>2</sup>

A szerzők a Magyar Honvédség által a nigériai Ahmadu Bello University-n 2016. februárjában tartott trópusi betegségek tanfolyamán részletes esetbemutatáson prezentált beteganyagot ismertetik. A morbiditási adatok mellett demográfiai adatokat dolgoztak fel. A 28 betegből 18 volt férfi. Koruk 11 és 75 év közötti volt, 36,1 év átlaggal. Leggyakoribb fő betegség alsó légúti fertőzés volt tbc differenciál diagnosztikával (5 eset). A HIV/AIDS, lábfekély, reumás szívbetegegyes 3-3 esetszámmal szerepelt. Megállapítható, hogy a bemutatott betegek fiatalabbak, és súlyosabb állapotúak voltak a hazai szokványos fekvő betegeknél. Ez és a férfiak magasabb aránya kulturális viszonyokkal és az egészségügyi ellátórendszer hiányosságaival magyarázható. A bemutatott betegek többségénél olyan kórképeket láthattak, amelyek hazai esetek differenciál diagnosztikájánál is fontosak és általában alulértékelték. A tanfolyamon szerzett tapasztalat hazai, utazó és migráns betegek ellátása során jól használható.

# INTRAABDOMINÁLIS FERTŐZÉSEK KÓRSZERŰ KEZELÉSE

*Prinz Gyula*

Egyesített Szent István Szent László Kórház - Rendelőintézet Infektológiai Osztály,  
Budapest

Az intraabdominális fertőzések közé számos kórkép sorolható. Az előadás elsősorban a sebészeti megoldást is igénylő intraabdominális fertőzésekkel, a szekunder peritonitisekkel foglalkozik, érintve a peritoneális dialízisekkel összefüggő peritonitisek kérdését is.

Az intraabdominális fertőzések kezelése lehet empirikus és célzott. Az antimikrobás kezelés megválasztásában szerepet játszik a fertőzésben érintett szerv/lokalizáció, a fertőzés felismeréséig eltelt idő, a műtét sikeressége, illetve szövődményei. A beteg oldaláról befolyásoló tényező a betegek alapbetegsége, előzetes antimikrobás kezelése. Az intraabdominális fertőzések döntő többségénél aerob és anaerob kórokozók együttes jelenlétével kell számolni, a vastagbél megnyitás esetén a sarjadzó gombák jelentősége is megnő. A feltételezett és megcélzott kórokozók között egyre gyakrabban kell számolni területen szerzett fertőzésekben is ESBL termelő Gram negatív bélbaktériumok jelenlétével, ezért a hazai gyakorlatban elsőként választott ceftriaxon/metronidazol kombináció helyett mérlegelni kell a tigecyclin vagy carbapenem választását.

Az u.n. terciar fertőzésekben, sebészi szövődmény, varratelégtelenség esetén korán kell gondolni szisztémás gombás fertőzésre. A korai felismerésben intenzív osztályon alkalmazni lehet a Candida score-t. Az instabil betegeknek, feltételezett fungaemia esetén echinocandint kell választani. Azol vegyülettel már kezelt betegek esetén is mérlegelni kell echinocandin adását. Valamennyi steril helyről, illetve hemokutúrából izolált Candida species identifikálására és az in vitro érzékenység meghatározására feltétlen szükség van.

# KÖZÖSSÉGBEN SZERZETT SZEPSZIS 2016 – EGY RETROSPEKTÍV KOHORSZVIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

*Szabó Bálint Gergely, Lakatos Botond, Prinz Gyula, Fried Katalin,  
Budai József, Szlávik János*

Egysített Szent István Szent László Kórház - Rendelőintézet Infektológiai Osztály,  
Budapest

## **Bevezetés**

A közösségben szerzett infekciók egy része a kórházi felvételkor vagy 72 órán belül szepszis klinikai képében manifesztál immunkompetensekben. Az eddig publikált vizsgálatok döntő hányada a nozokomiális szepszisekre fókuszált, így a közösségben szerzett szepszisekről szóló klinikai és mikrobiológiai ismeretek szegényesek.

## **Beteganyag és módszerek**

Célunk a közösségben szerzett szepszisek epidemiológiai, klinikai és mikrobiológiai karakterizálása volt. Retrospektív kohorszvizsgálatunk során a 2016. január 1. – július 1. között az ESZSZK infektológiai osztályain hospitalizált felnőtt betegek adatait tekintettük át, akik esete megfelelt a szepszis/súlyos szepszis/szeptikus sokk 2013-as *Surviving Sepsis Campaign* diagnosztikus kritériumok valamelyikének és a szepszis közösségi fellépte igazolható volt. A súlyos megbetegedésre utaló klinikai és laboratóriumi eltéréseken kívül értékelésre került a mikrobiológiai vizsgálatok eredménye, valamint az antibiotikus és szupportív terápia.

## **Eredmények**

A beválasztott betegek tünetei közül a  $\geq 38$  °C maghőmérséklet és a légzési–keringési elégtelenség különböző súlyosságú jelei domináltak. Gócként leggyakrabban pneumonia, húgyúti fertőzés, ritkábban a biliaris- és intestinalis-, valamint lágyrészfertőzés igazolódott. A szepszist okozó Gram-pozitív baktériumok közül az *S. aureus*, az *S. pneumoniae*, kis számban *S. pyogenes*, míg a Gram-negatívak közül az *E. coli* aránya volt magas. Az empirikusan megkezdett, később de-eszkálált antibiotikum-terápia és intenzív szupportáció mellett a betegek többsége túlélte.

## **Következtetés**

Előadásunkkal szeretnénk felhívni a szakma figyelmét a közösségben szerzett szepszisek növekvő jelentőségére, valamint hazai viszonyaira.

## HIV FERTŐZÖTT BETEGEK KÖZPONTI IDEGRENDSZERI TŰNETEINEK DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁI

*Hanuska Adrienn<sup>1</sup>, Jekkel Csilla<sup>1</sup>, Lakatos Botond<sup>1</sup>, Balla Eszter<sup>3</sup>, Szabó Zsuzsanna<sup>2</sup>,  
Tóth Szilvia<sup>1</sup>, Bánhegyi Dénes<sup>1</sup>, Osvald Ákos<sup>1</sup>, Szlávik János<sup>1</sup>*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Infektológiai Osztály<sup>1</sup>, Pszichiátriai, Addiktológiai Szakrendelő<sup>2</sup>, Országos Epidemiológiai Központ, II. Bakteriológiai Osztály, STD laboratórium<sup>3</sup>, Budapest

2012 óta hazánkban, AIDS stádiumban felfedezett HIV fertőzöttek száma a korábbi évekhez képest körülbelül másfélszeresére emelkedett. Az AIDS stádiumú betegek 40-50%-ában jelentkeznek központi idegrendszeri (KIR) tünetek. Differenciáldiagnosztikai szempontból fontos, hogy a HIV fertőzéshez társuló neurológiai szövődmények lehetnek primer neurológiai szövődmények (HIV-hez társuló neurokognitív eltérések, AIDS-demencia komplex (ADC), opportunista infekciók, malignitások, továbbá szorosan nem HIV-hez társuló kórképek (pl. neuroszifilisz) vagy cerebrovaszkuláris események.

Kórházunk HIV részlegén 2015-2016. év folyamán KIR tünetek miatt vizsgált és kezelt öt beteg esetbemutatásán keresztül részletezzük a differenciáldiagnosztikai problémákat. A betegek adatainak feldolgozásához, retrospektív módon, kórházunk betegnyilvántartó rendszerét használtuk.

Az öt beteg KIR tünetei AIDS stádiumban jelentkeztek (CD4:1-12%). Neurológiai tünetek közül epileptiform, kognitív és motoros diszfunkciók domináltak. A négy bizonyítottan opportunista megbetegedéssel (non-Hodgkin lymphoma, cryptococcus meningoencephalitis, toxoplasma agytályog, progresszív multifokális leukoencephalopathia (PML)) kezelt beteggel ellentétben, egy betegnél az opportunista fertőzést jelző laboratóriumi/mikrobiológiai vizsgálatok negatív eredményt adtak, koponya MRI-vizsgálat PML gyanúját ugyan felvetette, de liquor polyomavírus szerológia és a klinikum nyomonkövetése sem igazolta, nála ADC-t diagnosztizáltunk.

Az AIDS stádiumban gyakran jelentkező idegrendszeri tünetek akkurátus és gyors kórismézése a kimenetel szempontjából meghatározó. ADC napjainkban ritka, de előfordul, diagnózisához elengedhetetlen a felmerülő opportunista betegségek kizárása szerológiai/molekuláris vizsgálatokkal, illetve a korai képalkotó diagnosztika és szükség esetén a szövettani mintavétel, valamint neuropszichiátriai vizsgálat.

## NEUROSZIFILISZ HUMÁN IMMUNDEFICIENCIA VÍRUSSAL (HIV) FERTŐZÖTT BETEGEKBEN

*Jekkel Csilla<sup>1</sup>, Kormos Luca<sup>2</sup>, Balla Eszter<sup>3</sup>, Lakatos Botond<sup>1</sup>, Gombos Andrea<sup>4</sup>, Hanuska Adrienn<sup>1</sup>, Ocskay László<sup>5</sup>, Tóth Szilvia<sup>1</sup>, Osvald Ákos<sup>1</sup>, Bánhegyi Dénes<sup>1</sup>, Szlávik János<sup>1</sup>*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet Infektológiai Osztály, Budapest<sup>1</sup>, Länssjukhuset i Kalmar, Kalmar, Svédország<sup>2</sup>, Országos Epidemiológiai Központ, II. sz. Bakteriológiai osztály, STD Laboratórium, Budapest<sup>3</sup>, Semmelweis Egyetem, I. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>4</sup>, Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet Szemészeti Szakrendelő, Budapest<sup>5</sup>

Magyarországon 1985 és 2015 között 3116 HIV fertőzött beteget regisztráltak, akik között gyakoriak egyéb szexuális úton átvihető betegségek, pl. a szifilisz is. A HIV fertőzötteknél kialakult szifilisz esetén gyakrabban alakul ki neuroszifilisz az immunkompetensekkel összehasonlítva. Minden HIV-szifilisz koinfekció esetén javasolt liquor vizsgálat neurológiai tünetek hiánya esetén is aszimptomatikus neuroszifilisz kizárására, és amennyiben ez utóbbi igazolódik, javasolt neuroszifiliszként történő kezelése. A neuroszifilisz diagnózisa nem egyszerű: a klinikai tünetek, a liquor kémiai paraméterek, illetve szérum- és liquor szerológiai vizsgálati eredményeinek egybevetésén alapul.

Az ESZSZK Infektológiai Osztály HIV részlegén retrospektív módon összegyűjtöttük 2011. január 1-e óta osztályunkon neuroszifilisz miatt kezelt betegeket. Forrásként kórházunk informatikai rendszerét használtuk.

Összesen 14 neuroszifilisz miatt kezelt beteg találtunk a szifilisz különböző stádiumaiban: a primer stádium kivételével szekunder stádiumban 11, látens recens stádiumban 2, kései stádiumban 1 esetben diagnosztizáltunk neuroszifilisz. 6 esetben aszimptomatikusan zajlott a kórkép, a tünetesek megoszlása a következőképp alakult: 2 esetben meningitiszes, egy esetben meningovaszkuláris formát, 1 esetben tabes dorsalist, 2-2 esetben okuláris, illetve otoszifilisz találtunk.

Az összegyűjtött beteganyagban észlelt gyakori aszimptomatikus forma felhívja a figyelmet, hogy minden HIV és szifilisz koinfekció esetén javasolt a neuroszifilisz célzott vizsgálata. A nemzetközi szakirodalom ajánlása alapján a tünetmentes formát is indokolt kristályos penicillinnel kezelni a késői szövődmények megelőzésére.

# LEGGYAKORIBB SZERZETT IMMUNHIÁNYOS TÜNETEGYÜTTES (AIDS) INDIKÁTOR BETEGSÉGEK EPIDEMIOLÓGIÁJA MAGYARORSZÁGON 2005-2015 KÖZÖTT

Lakatos Botond<sup>1</sup>, Halmos Fanni<sup>2</sup>, Zala Luca<sup>2</sup>, Jekkel Csilla<sup>1</sup>, Hanuska Adrienn<sup>1</sup>,  
Tóth Szilvia<sup>1</sup>, Bánhegyi Dénes<sup>1</sup>, Oswald Ákos<sup>1</sup>, Szlávik János<sup>1</sup>

Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet, Infektológiai  
Osztály<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar<sup>2</sup>, Budapest

## Bevezetés

Bár Magyarország az alacsony humán immundeficiencia vírus (HIV) prevalenciájú országok közé sorolható, az elmúlt évtizedben az újonnan felismert HIV fertőzöttek száma növekvő incidenciát mutat. A fertőzöttek 20-30%-a a betegség előrehaladott stádiumában kerülnek felismerésre opportunista infekciók, vagy malignitások kapcsán. Kutatásunk elsődleges célja az indikátor betegségek epidemiológiájának, a változások dinamikájának alaposabb megismerése volt. Másodlagos célul az indikátor betegségekhez tartozó mortalitási adatok vizsgálatát tűztük ki.

## Módszerek

Az Egyesített Szent István és Szent László Kórház HIV Ambulancia/Osztály anyagának prospektíven vezetett regiszterének retrospektív feldolgozása történt meg a célokban meghatározott szempontok alapján 2005.01.01 és 2015.12.31 között.

## Eredmények

A vizsgált időszakban összesen 1403 beteget regisztráltunk centrumunkban. A leggyakoribb indikátor betegségeknek a *Pneumocystis jirovecii* pneumoniát (PCP), cytomegalovírus betegséget (CMV), Kaposi szarkómát (KS), Non-Hodgkin Lymphomát (NHL) és a cerebrális toxoplazmózist (CT) találtuk. A vizsgált 11 év alatt 149 haláleset történt, melynek egyharmada AIDS-hez társuló haláleset volt.

## Következtetés

A HIV medicina az elmúlt 30 évben rendkívüli fejlődésen ment keresztül, különösen az elmúlt tíz évben igen hatékony és kedvező mellékhatás-profilú antiretrovirális terápia áll rendelkezésre. Ennek ellenére a fertőzöttek jelentős része későn kerül kórismezésre. Hazai kontextusban a PCP, a CMV, a KS, a NHL és a CT a legnagyobb gyakorisággal megjelenő indikátor betegségek, de a ritkább indikátor kórképekkel is számolni kell.

## ÚJ UTAKON: A VÍRUS SPECIFIKUS CYTOTOXIKUS T-SEJT TERÁPIA

*Kassa Csaba<sup>1</sup>, Réti Marienn<sup>2</sup>, Kriván Gergely<sup>1</sup>*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház- Rendelőintézet  
Gyermekhematológiai és Óssejt-transzplantációs Osztály<sup>1</sup>, Hematológiai és  
Óssejt-transzplantációs Osztály<sup>2</sup>, Budapest

Allogén őssejt-transzplantációt követően hónapokon keresztül T-sejtes immunhiánnyal kell számolnunk, mely súlyos vírusinfekciókra hajlamosít. Magas rizikójú betegekben ezért rendszeres PCR szűrésen és korai preemptív antivirális kezeléssel alapuló stratégiát követünk. Ennek ellenére a CMV, EBV és adenovírus okozta betegségek továbbra is jelentős részét adják a transzplantációhoz kapcsolódó halálozásnak. A virális szövődmények kezelésében új lehetőség a cytotoxikus T-sejt terápia, mely már kórházunkban is elérhető.

Osztályunkon, Magyarországon elsőként alkalmaztunk vírus specifikus cytotoxikus T-sejt terápiát, eddig immáron hét gyermekben. Háromszor CMV, egyszer EBV, és egyszer adenovírus specifikus T-sejteket adtunk. Két alkalommal használtunk bispecifikus sejteket, egyszer CMV és EBV, másszor CMV és adenovírus ellen. A sejtbeadás szövődményeként egyszer észleltünk enyhe citokin vihart, mely antihisztamin és hörgtágító adásával uralható volt. Hétből öt betegnél a virémia teljes megszűnését, két betegnél pedig a vírus kópiaszám egyértelmű csökkenését észleltük (2, illetve 4 log-gal). Négy beteg él (11, 8, 6, és 5 hónapos követési idő), három beteg meghalt. A halálok két esetben invazív gombainfekció volt, egy esetben pedig feltehetőleg a sejterápia indikációját képező CMV pneumonitis.

A vírus specifikus cytotoxikus T-sejt terápia új és hatékony kezelési lehetőségnek tűnik az immunkompromittált betegek magas mortalitással járó vírusinfekcióiban. Nem észleltünk súlyos mellékhatást és toxicitást. A sejtkészítmény gyorsan, akár 2-3 nap alatt is előállítható.

# CLOSTRIDIUM DIFFICILE FERTŐZÉS GYERMEKINFECTOLÓGIAI OSZTÁLYUNKON

*Pék Tamás*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház –Rendelőintézet  
Gyermekinfektológiai Osztály, Budapest

A *Clostridium difficile* több évtizede okoz súlyos, nehezen kezelhető hasmenést felnőttkorban. A gyermekkori fertőzések incidenciája a 2006-os évtől robbanásszerűen megemelkedett. Noha legmagasabb arányban a fiatal csecsemők székletéből mutatható ki a kórokozó, ebben az életkorban a *C. difficile* betegséget –toxinkötő receptor hiányában- nem okoz még akkor sem, ha toxint termel. Kisded- és gyermekkorban valamilyen hajlamosító tényező jelent magasabb rizikót. A CDC adatai szerint évente 9%-kal növekszik a hospitalizált gyermekbetegek száma. Az esetek 70%-a területen szerzett, ugyanakkor csak a gyermekek 20%-ának volt társult alapbetegsége. A legmagasabb incidenciát az 1-4 év közöttiekben adódott, mely fokozatosan csökken az életkor előrehaladtával. A klinikumra jellemző lehet a hosszabban, akár hetekig elhúzódó, nem múló hasmenés, relatív jó általános állapot mellett. Osztályunkon az elmúlt két évben összesen hét beteget áptunk CDAD miatt (az incidenciát 8.6/10000 hospitalizált gyermek), közülük öt gyermek tartozott valamely rizikócsoportba (2 esetben tumoros alapbetegség, 1 esetben szívtranszplantációt követő állapot, 1 esetben PPI kezelés, 1 esetben megelőző antibakteriális kezelés). Négy gyermek kezelés hatására gyógyult, egy gyermeknél észleltünk recidívát. A fennmaradó két beteg közül egy kezelés mellett, egy spontán gyógyult. Betegeink átlagéletkora 7.5 év (3-16 év között) volt. Az előadásban egy-egy érdekesebb betegünk történetét is ismertetjük.



## ENDOCARDITIS – VAGY NEM?

*Máthé András<sup>1</sup>, Farkas Ágnes<sup>2</sup>, Jekkel Csilla<sup>3</sup>, Csomor Judit<sup>4</sup>, Rigó Zita<sup>2</sup>*

Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kórházhygiénés és Infekciókontroll Osztály, Kistarcsa<sup>1</sup>, Országos Epidemiológiai Központ, Általános Vírusdiagnosztikai Osztály<sup>2</sup>, Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet, Infektológiai Osztály<sup>3</sup>, Patológiai Osztály<sup>4</sup>, Budapest

### **Bevezetés**

A Q-láz endocarditis gyakran tünete szegény, illetve atípusos formában zajlik. A nem specifikus tünetek miatt a diagnózishoz elengedhetetlen a megfelelő mikrobiológiai eredmény. A major Duke kritériumok között szereplő *Coxiella burnetii* fázis I IgG  $\geq 1:800$  határértéknél azonban magas álpozitivitási arányt észleltek. Vitium mellett kialakuló acut Q-láz esetén profilaktikus kezelés szükséges. Kérdés, hogy ezután, panasz és tünetmentes állapotban, de tartósan magas fázis I IgG értékek mellett mit tegyünk.

### **Esetbemutató**

A 49 éves férfi anamnézisében aortabillentyű insufficiencia miatti gondozás szerepelt. 2013 áprilisában 2 napos lázas állapot miatt került felvételre. A laborleleteiből enyhe thrombopenia (126 G/l), mérsékelten emelkedett CRP (40 mg/l) és májfunkciós értékek (GPT: 43-176 U/l) emelhetők ki. Az ismételt szerológiai vizsgálat acut Q-lázat igazolt. A billentyűbetegsége miatt 1 éves doxycyclin + chloroquin kezelést javasoltunk. A laborleletei 3 éves követés során végig negatívak voltak. A szerológia perzisztálóan magas fázis I IgG ( $>1:4096$ ) értéket mutatott. A régóta fennálló vitium miatt 2016 márciusában tervezetten műbillentyű beültetést végeztek. Az eltávolított billentyű szövettani vizsgálata acut/subacut gyulladással eltérést nem igazolt, a PCR vizsgálata *C. burnetii* pozitívnak bizonyult. A beteg jelenleg doxycyclin + chloroquin kezelést kap.

### **Következtetés**

Q-láz endocarditis gyulladással laboratóriumi és szövettani eredmények hiányában is előfordulhat. Billentyűbetegség fennállásakor megfelelő panaszok, tünetek esetén Q-láz kizárása szükséges.

# TOXIKUS SOKK SZINDRÓMA- ESETBEMUTATÁS

*Neubrandt Dóra, Kádár János, Budai József*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház- Rendelőintézet, Infektológiai Osztály,  
Budapest

## Bevezetés

*Staphylococcus aureus* által okozott toxikus sokk szindrómás esetek halmozódására az 1980-as években Amerikában figyeltek fel. A megbetegedéseket nagy nedvszívó képességű tamponok használatával hozták összefüggésbe. Ezek forgalomból történő kivonásával csökkent a betegség előfordulása, azonban ma már tudjuk, hogy az esetek nagyjából felében nem menstruációhoz köthető a kórkép. Esetismertetésünkben egy fiatal toxikus sokk szindrómás nőbeteg kórlefolyását mutatjuk be. Célkitűzésünk esetbemutatásunk kapcsán felhívni a figyelmet erre a megbetegedésre, mely a diagnózis megállapítás és megfelelő antimikrobás kezelés késlekedése esetén akár fatális kimenetelű lehet.

## Esetbemutató

A 37 éves nőbeteget hasmenés, hányás és lázas állapot miatt utalták osztályunkra. Felvételekor észlelt hiperémiás bőr, hipotenzió (70/40 Hgmm), láz, valamint laboreredményeiben látható magas gyulladásos paraméterek és többszervi elégtelenség jelei toxikus sokk szindrómára utaltak. Kombinált antibiotikum (clindamycin, penicillin és cefazolin) és IVIG terápiát indítottunk. Átmeneti intenzív osztályos obszervációt követően a beteg láztalanodott, gyulladásos paraméterei, kóros májfunkciók és vesefunkciók paraméterei regrediáltak, majd 12. ápolási napján panaszmentesen emittáltak.

## Megbeszélés

A toxikus sokk szindróma napjainkban is előforduló, potenciálisan életet veszélyeztető megbetegedés. Fontos, hogy gondoljunk rá; amennyiben a klinikai kritériumok teljesülnek, mikrobiológiai eredménytől függetlenül, el kell kezdeni az antibiotikum kezelést. Lényeges továbbá, hogy az esetek nagyjából felében nem menstruációval függ össze a megbetegedés, jellemző klinikai kép esetén ilyenkor is gondolni kell rá!

## ICTERUS NEM HÉTKÖZNAPI OKA

*Gács Judit<sup>1</sup>, Király Ágnes<sup>2</sup>, Csomor Judit<sup>3</sup>, Fried Katalin<sup>1</sup>*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet  
Infektológiai Osztály<sup>1</sup>, Haematológia<sup>2</sup>, Pathológia<sup>3</sup>, Budapest

A 77 éves nőbeteget sárgaság és kifejezett GOT vezérelte májenzimemelkedés miatt vizsgáltuk osztályunkon. Leleteiből még spontán megnyúlt INR értéke és magas ferritin szintje említendő. Vírus szerológiai vizsgálatok (HAV, HBsAg, HCV) negatív eredményt adtak, hasi UH érdeemi kórosat nem ábrázolt. Kifejezett gamma globulin szaporulata és ANA pozitivitása alapján autoimmun hepatitis lehetősége merült fel. Azonban immunfixáció IgG kappa szaporulatot igazolt, így crista biopszia történt. Rossz alvadási paraméterei miatt és a beteg kérését figyelembe véve a májbiopsziától eltekintettünk. Szteroid kezelést kezdtünk, mely mellett májenzimeit és icterusa javulást mutattak. A csontvelővizsgálat és flow cytometria végül myeloma multiplexet igazolt, melynek első jele a beteg sárgasága volt.

## „ALITER IN THEORIA, ALITER IN PRAXI” ESETISMERTETÉS

*Kondász Antal Gábor<sup>1</sup>, Menczel Edina<sup>1</sup>, Fodor Domonka Gabriella<sup>1</sup>, Horváth Zoltán<sup>2</sup>,  
Terhes Gabriella<sup>3</sup>, Hajdú Edit<sup>1</sup>*

Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, I. számú  
Belgyógyászati Klinika Infektológia Osztály<sup>1</sup>, Neurológiai Klinika<sup>2</sup>,  
Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet<sup>3</sup>, Szeged

### **Esetbemutató**

N.N. fiatal nőbeteg zavart, „felpörgött” viselkedés és összefüggéstelen beszéd miatt vizsgálták Sürgősségi Betegellátó osztályon. Előzményében szemészeti herpes simplex vírus fertőzés, illetve pszichotikus epizódok szerepeltek. Az elvégzett koponya CT és MR panaszokat magyarázó eltérést nem igazoltak. Liquorkép - fehérvérsejt 23 M/L, vörösvértest 69 M/L, összfehérje 0.30 g/L, cytológia: kevés vörösvértest, 90% lymphocytá, 5% neutrofil, 5% makrophag. Vércukor 4,05 mmol/L, liquor cukor 2.98 – mmol/L. Osztályunkon acyclovir kezelés mellett sem változott az állapota. Az elvégzett herpes vírus 1 és 2, cytomegalovírus, Epstein-Barr vírus negatív PCR vizsgálatok ezen kórokozók etiológiai szerepét kizárták. Az elvégzett liquor immunológiai vizsgálat során észlelt néhány halvány extra gammafrakció és IgG immunblot pozitivitás háttérében a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Immunológiai és Biotechnológiai Intézetében végzett vizsgálat N-methyl D aspartate-receptor ellenes antitest pozitivitást igazolt. Nagy dózisu (4,5 g ösdózis) szteroid és intravénás immunoglobulin kezelés (100 g ösdózis) alkalmazása mellett a beteg tünetei megszűntek.

### **Következtetések**

Az anti-NMDA receptor encephalitis betegséget 2007-ben írták le. Patogenezisében herpes simplex vírus fertőzés kapcsán képződött autoantitestek, illetve paraneoplastikus folyamat szerepét feltételezik. Felismerése esetén jó gyógyhajlammal bír. Számos hasonló tünetet okozó megbetegedéstől történő differenciálásban multidiscplináris együttműködésre volt szükség az infektológus, mikrobiológus és neurológus kollégák között a beteg gyógyulása érdekében.

## IMPORTÁLT MALÁRIA EGY ESETE

*Dezsényi Balázs<sup>1</sup>, Tárkányi Klára<sup>2</sup>, Nikolova Radka<sup>2</sup>, Prinz Gyula<sup>1</sup>*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház- Rendelőintézet,  
Infektológiai Osztály<sup>1</sup>, Klinikai Mikrobiológiai Osztály<sup>2</sup>, Budapest

Az elmúlt évben Magyarországon is jelentkező menekültáradat alatt, hazai viszonylatban ritka vagy ismeretlen infekciók megjelenésére is számítani lehetett. Rövid ismertetésünkben egy fiatal afgán férfi esetét mutatjuk be, akit hat napos lázas állapot miatt szállítottak osztályunkra. A betegnél *P. vivax* fertőzés igazolódott. Afganisztán – ahonnan a legtöbb menekült érkezett - malária szempontjából magas kockázatú ország; fertőzések áprilistól decemberig valamennyi 2500 méternél alacsonyabban fekvő területen jelentkeznek, a megbetegedések 80-90 %-át *P. vivax* törzsek okozzák; a chloroquin rezisztencia általános<sup>1</sup>. Az eset elsősorban differenciáldiagnosztikai szempontból érdekes. Valódi járványveszéllyel Magyarországon jelenleg nem kell számolni, annak ellenére, hogy a kórokozó terjesztésében szereplő *Anopheles maculipennis* szúnyogfaj itthon is tenyészik.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup><http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/infectious-diseases-related-to-travel/yellow-fever-malaria-information-by-country/afghanistan#seldyfm707>

<sup>2</sup>Országos Epidemiológiai Központ. Csípőszúnyog vektorral terjedő fertőző megbetegedések Európában és Magyarországon. Helyzetértékelés és aktuális teendők (III), Epiinfo; 2008. 37. szám; 1-5. oldal.

## KEZELNI VAGY NEM KEZELNI?

*Dezsényi Balázs<sup>1</sup>, Tárkányi Klára<sup>2</sup>, Nikolova Radka<sup>2</sup>, Prinz Gyula<sup>1</sup>*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet  
Infektológiai Osztály<sup>1</sup>, Klinikai Mikrobiológiai Osztály<sup>2</sup>, Budapest

A mebendazol (Vermox) a kis számú Magyarországon forgalomban lévő anti-helmint szerek egyike. Enterobiosisban és más, hazánkban is gyakori intestinalis helminthosisban elsőként választandó terápiás vegyület, melynek alkalmazása terhességben kontraindikált, ugyanakkor átfogó humán vizsgálatok, melyek teratogen mellékhatása mellett szólnának, nem történtek<sup>3</sup>. 18. hetes gravida betegünk cérnagiliszta fertőzése kapcsán szeretnénk bemutatni a terhesség alatti benzimidazol alkalmazásra vonatkozó ismereteket a fellelhető hazai és nemzetközi irodalom alapján.

---

<sup>3</sup><https://www.cdc.gov/dpdx/enterobiasis/tx.html>

# A GYORS MOLEKULÁRIS TESZTEK HELYE A CLOSTRIDIUM DIFFICILE DIAGNOSZTIKÁBAN

Szabó Edina, Nikolova Radka

Egyesített Szent István és Szent László Kórház- Rendelőintézet,  
Mikrobiológia Laboratórium, Budapest

## Bevezetés

A *C. difficile* fertőzések globális közegészségügyi problémát jelentenek. A diagnózis klinikai tüneteken és laboratóriumi eredményen alapul.

Anyag és módszer: Az intézetünkben alkalmazott algoritmus szerint első lépésben *C. diff Quik Check complete* (TechLab) EIA segítségével vizsgáljuk a beérkező székleteket. A GDH antigén és toxin pozitív székleteket **toxintermelő *C. difficile* pozitívnak** minősítjük, míg az antigén és toxin negatív székleteket **toxintermelő *C. difficile* negatívnak**. Az antigén pozitív, de toxin negatív székleteket tenyésztjük chromIDTM *C. difficile* (bioMérieux SA) agaron és a kitenyésztett törzsből újra toxint mutatunk ki. Mivel ez további 24-48 órát vesz igénybe, ezért fontosnak gondoltuk meghatározni a gyors molekuláris tesztek (POCT point of care tests) alkalmazhatóságát.

56 darab *C. diff Quik Check complete* teszttel antigén pozitív, de toxin negatív székletmintát dolgoztunk fel. Az Orion GenRead *C.difficile* (Orion Diagnostica) egy izotermikus kvalitatív DNS amplifikációs teszt, amely 30 perc alatt *tcdB* gén jelenlétét mutatja ki. Referencia módszernek a tenyésztést követő *C. diff Quik Check complete* teszttel történő toxin kimutatást használtuk.

## Eredmények

A tenyésztést követő 45 db toxin pozitív mintából az Orion GenRead *C.difficile* teszt 29 db pozitív, 11 db negatív és 5 db érvénytelen eredményt adott.

## Következtetés

Az Orion GenRead *C. difficile* teszt önmagában egyelőre nem alkalmas a tenyésztést követő toxin kimutatásnak a kiváltására.

# A GYORS MOLEKULÁRIS TESZTEK HELYE A MENINGITIS/ ENCEPHALITIS DIAGNOSZTIKÁBAN

*Szabó Edina, Nikolova Radka*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház- Rendelőintézet,  
Mikrobiológia Laboratórium, Budapest

## **Bevezetés**

A központi idegrendszeri fertőzések körülbelül 15 %-a halálos kimenetelű, sok esetben maradandó fogyatékoság lép fel. A korai, effektív terápia kulcsfontosságú a morbiditás és mortalitás csökkentésében. Ennek feltétele a kórokozó azonosítása, ami a jelenlegi diagnosztikus lehetőségekkel időigényes és bonyolult, és a megkezdett terápia

Anyag és módszer: 101 db liquor mintát dolgoztunk fel a GenoFlow Bacterial Meningitis Array Test Kit (DiagCor) segítségével. A teszt 12 gyakori bakteriális meningitis kórokozó egyidejű azonosítására alkalmas. A polimeráz láncreakció és a „flow-through” hibridizációs technológiát ötvözi, három órán belül szolgáltat eredményt.

Másik 11 db liquor mintát a FilmArray Meningitis/Encephalitis (ME) Panel (BioFire, Biomérieux) segítségével dolgoztunk fel. Ez egy nukleinsav-alapú multiplex teszt, segítségével közvetlenül a cerebrospinális folyadékból egyidejűleg azonosítható 70 percen belül többféle bakteriális, virális és sarjadzógomba-eredetű nukleinsav.

Az eredményeket hagyományos módszerekkel kontrolláltuk.

## **Eredmények**

GenoFlow Bacterial Meningitis Array Test Kit-tel 24 esetben kaptunk pozitív és 77 esetben negatív eredményt. Az eredmények korrelálnak az egyéb módszerekkel kapott eredményekkel.

FilmArray Meningitis/Encephalitis (ME) Panellel 7 esetben jutottunk pozitív, és 4 esetben negatív eredményhez, ezek szintén korrelálnak az egyéb módszerekkel kapott eredményekhez.

## **Következtetés**

Mindkét teszt gyors, felhasználóbarát. A GenoFlow Bacterial Meningitis Array Test Kit igényel szaktudást és kissé időigényesebb, FilmArray Meningitis/Encephalitis (ME) Panel mindennemű szaktudás nélkül használható.



# KÓROKOZÓ IDENTIFIKÁLÁS VIZELETÜLEDÉKBŐL VÉGZETT DIREKT TÖMEGSPEKTROMETRIÁVAL

Iván Miklós Ábel<sup>1</sup>, Kristóf Katalin<sup>1</sup>, Juhász Emese<sup>1</sup>, Pongrácz Júlia<sup>1</sup>,  
Simonavičius Justas<sup>2</sup>

Semmelweis Egyetem, LMI, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Laboratórium, Budapest<sup>1</sup>, Vilnius University, Clinic of Cardiac and Vascular Diseases, Vilnius, Litvánia<sup>2</sup>

## Bevezetés

A mátrix asszisztált tömegspektrometria (MALDI) gyorsaságának köszönhetően napjaink egyik legdinamikusabban fejlődő területe a mikrobiológiában. Bakteriális uroinfekció esetén a vizeletüledékben jellemzően nagyszámú baktériumsejt áll rendelkezésre, lehetővé téve a hagyományos tenyésztést megelőző tömegspektrometriás azonosítást.

## Anyagok és módszerek

A kísérlet során 48+52 (n=100) vizelet mintából 10 perc 2000 g-s centrifugálással készített 0,5 ml-es vizeletüledéket vizsgáltunk meg. 48 mintából kiválasztott 13 üledék esetében közvetlenül az üledékből végeztük a tisztítást, míg 52 mintából kiválasztott 17 üledék esetében a tisztítást megelőzően 2 órás brain-heart-infusion tápoldatos dúsítást alkalmaztunk 1-1 millilitert adva az üledékes csövekhez. A kiválasztás szempontja az üledék mikroszkópos áttekintésével a baktériumok szignifikáns jelenlétén túl legalább 5-15 fehérvérsejt/látótér volt. A humán sejteket első lépésben 3 perc 100 g-s centrifugálással üleptítettük, majd a felülúszóból további 3 perces 10.000 g-s centrifugálással gyűjtöttük a baktériumsejteket az Eppendorf csövek aljára. Innen fogpiszkálóval vittük fel a pelletet a mintalemezre, majd mátrixszal fedtük a MALDI (Bruker microflex) analízishez.

## Eredmények és következtetések

A 48 inkubálatlan mintából kiválasztott 13 üledékből 9 esetében (69.2%) volt sikeres a kórokozó azonosítás (1. táblázat), míg az 52 elő-dúsított mintából kiválasztott 17 üledékből 14 esetében (82.3%). 2 mintánál két eltérő kórokozó is szerepelt 1.7 fölötti log értékkel. A hagyományos tenyésztés során azonban további 5 mintából újabb baktériumspeciess is tenyésztett, melyet a MALDI már nem tüntetett fel. A kétlépcsős centrifugálással a humán sejtek és proteinek jól eliminálódtak, így a metodika jellemzően egyféle patogént tartalmazó folyékony minták (liquor, haemocultura) vizsgálatára ideális, míg várhatóan többféle kórokozót is tartalmazóknál elsősorban előzetes tájékozódásra bizonyult alkalmasnak.

darabszám	kiválasztott	sikeres ID (score >2)	sikeres ID (score 1.7-2)	sikertelen ID (% kivál.)	tenyésztéssel további kórokozó
direkt: 48	13	7	2	4 (30.8%)	4 (44.4%)
dúsított: 52	17	11	3	3 (17.6%)	5 (35.7%)
összes: 100	30	18	5	7 (23.3%)	9 (39.1%)

## KÖNNYED ENTERITIS ACUTA VAGY MÁS?

*Lőrinczi Csaba, Fried Katalin, Gács Judit, Nemesi Krisztina, Szombati Andrea*

Egyesített Szent László és Szent István Kórház - Rendelőintézet  
Infektológiai Osztály, Budapest

Esetünkben egy hypertóniás, 48 éves férfibeteget mutatunk be, akit 3 napja tartó hasmenés miatt küldtek osztályunkra. A beteg 6 nappal felvételét megelőzően traumás kéz sérülés miatt amoxicilin/klavulásav per os kezelésben részesült. Felvételekor diffúz hasi fájdalma és láza volt.

Az esetünket az érdekes klinikai lefolyás, megtévesztő mikrobiológiai és képalkotó leletek, differenciáldiagnosztikai problémák, felmerült terápiás kérdések miatt szeretnénk bemutatni.

# ABSCEDÁLÓ TÜDŐFOLYAMAT ÖSSEJT-TRANSZPLANTÁCIÓN ÁTESETT BETEGBEN

*Gayerhosz Katalin, Kalocsai Krisztina, Kállay Krisztián, Szabó Edina*

Egyesített Szent László és Szent István Kórház – Rendelőintézet, Budapest

## **Összefoglalás**

A bemutatásra kerülő 18 éves beteg felvételét megelőzően egy évvel myelodysplasiás szindróma miatt allogén őssejt-transzplantáción esett át. Bőrt és májat érintő graft versus host betegség miatt a panaszok kezdetekor immunszuppresszív kezelés alatt állt, photopheresis miatt CD4 sejt száma 100 sejt/ul alatt volt. Felvételére fokozódó gyengeség, hátfájdalom, tachycardia, két hete időnként jelentkező alacsony láz és subfebrilitás miatt került sor. Laboratóriumi leleteiben emelkedett akut fázis értékek voltak normális neutrophil szám mellett. Fizikális vizsgálattal baloldalon a tüdő basis felett tompulatót és gyengült légzési hangot találtunk, mellkas röntgenen pleuralis folyadék volt, mely mögött a tüdő állomány egyértelműen nem volt megítélhető. Mellkas CT-n mindkét tüdőfélben, több segmentumban, 4-12 mm átmérőjű, cavitaló nodulusokat, valamint a bal basison atelectasias elváltozásokat írtak le. Széles spektrumú antimikrobás kezelés mellett a tüdőfolyamat progrediált, kontroll mellkas CT-n a nodularis elváltozások regressziót mutattak, azonban a bal alsó lebeny teljes állománya roncsolódott, benne tályog alakult ki. Hemokultúra, köpet, bronchoalveolaris mosófolyadék és pleura punctatum széleskörű mikrobiológiai vizsgálatával releváns kórokozót identifikálni nem tudtunk. Végül a baloldali alsó tüdőlebenyt eltávolították. A rezekátum makroszkóposan és mikroszkóposan tályognak felelt meg. A pleuralis izzadmányban, egy gócban gombafonalakat láttak. A mikrobiológiai feldolgozás során kórokozót kimutatni nem sikerült.

# AZ AKUT BAKTERIÁLIS GASTROENTERITISEKEL KAPCSOLATOS MIKROBIOLÓGIAI TRENDEK ALAKULÁSA EGY BUDAPESTI INFEKTOLÓGIAI OSZTÁLY SAJÁT ADATAI ALAPJÁN

Lénárt Katalin Szidónia<sup>1</sup>, Kádár Béla<sup>1</sup>, Szabó Bálint Gergely<sup>1</sup>, Nikolova Radka<sup>2</sup>,  
Prinz Gyula<sup>1</sup>, Szlávik János<sup>1</sup>

Egyesített Szent István és Szent László Kórház–Rendelőintézet,  
Infektológiai Osztály<sup>1</sup>, Mikrobiológiai Laboratórium<sup>2</sup>, Budapest

## Bevezetés

Magyarországon a bakteriális ételfertőzések magas morbiditással rendelkeznek. 2008 óta az igazolt campylobacteriosis esetek száma meghaladta a salmonellosis eseteinek számát az OEK saját adatai alapján. A hazai humán székletmintákból izolált törzsek faj- és rezisztenciaadatairól kevés információ áll rendelkezésre.

## Módszerek

Az Egyesített Szent István és Szent László Kórház–Rendelőintézet felnőtt infektológiai osztályain a 2016. év első felében akut hasmenés (BNO-10: A09H0) miatt járó- vagy fekvőbeteg ellátást igénybe vett betegek eseteit értékeltük retrospektív módon. Célunk volt a székletmintát leadó betegek tenyésztési eredményeinek mikrobiológiai áttekintése a kitenyészett enteropatogén faj, illetve annak antibiotikumokkal szembeni érzékenységének tükrében. Kórházunkban rutinszerűen Salmonella, Shigella, Yersinia és Campylobacter sp. irányába végeznek széklettenyésztést.

## Eredmények

296 esetben Campylobacter sp., 219 esetben Salmonella sp. tenyésztett ki a leadott székletmintákból (n=3265), a minták 15.7%-a lett pozitív. Az izolátumok rezisztencia-meghatározása rendre 240 (81.1%), illetve 156 (71.2%) esetben történt meg. A Campylobacter törzsek között a ciprofloxacinn rezisztencia kimagasló arányú (84.6%), míg a makrolidrezisztencia elhanyagolhatóan alacsony (0.4%). A Salmonella sp.-k között az ampicillin- és ciprofloxacinn rezisztens törzsek aránya 16-18% körüli volt, a ceftriaxon érzékenység teljes (100%).

## Következtetés

Osztályunkon a bakteriális gastroenteritisek incidenciája az országos trendet jól követte. A campylobacteriumok körében tapasztalható kinolon rezisztencia magas volta valószínűleg az állattenyésztésben hozamnövelési céllal történő túlzott antibiotikum-használatnak tudható be.

## RECIDIVÁLÓ INFEKCIÓ VAGY RITKA AUTOIMMUN KÓRKÉP?

*Zentai Bernadett, Müller Zsófia*

Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház Infektológiai Osztály,  
Székesfehérvár

Az infektológia határterület sok más szakmával. Differenciáldiagnosztikai problémát általában a ritkán előforduló vagy kevésbé ismert betegségek jelentenek. Esetbemutatásunkban egy 42 éves nőbeteg kálváriáját szeretnénk ismertetni, aki tavaly év végén jelentkezett osztályunkon, fél éve nem gyógyuló hüvelykujj sebe miatt, osteomyelitis gyanúval. Korábbi ellátása során több alkalommal sebészeti feltárás történt, a tenyésztések multirezisztens kórokozót igazoltak. Az adekvát antibiotikum terápia ellenére tünetei kezdeti javulás után mindannyiszor kiújultak. A klinikai kép a rendelkezésre álló dokumentáció tükrében autoimmun folyamat – pemphigus - lehetőségét vetette fel, melyet alátámaszt, hogy szteroid kezelésre a beteg tünetmentesé vált. A pontos diagnózis felállítása érdekében pemphigus vegetans irányában jelenleg is folynak a vizsgálatok Semmelweis Egyetem Bőrgyógyászati Klinikáján. Recidiváló típusos bőr lágyrész infekció tünetei esetén a legfontosabb eldöntendő kérdés, hogy valóban fertőzés áll-e a háttérben.

## A CEFTOLOZÁN/TAZOBAKTÁM HELYE A GRAM-NEGATÍV BAKTÉRIUMOK OKOZTA INFEKCIÓK KEZELÉSÉBEN

Sinkó János

Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Budapest

A rezisztens baktériumok okozta súlyos fertőzésekkel szemben a hagyományos antibiotikum fegyvertár mind kisebb hányada alkalmazható eredményesen. Míg a viszonylag kis számban forgalomba kerülő új antimikrobás vegyületek többsége a Gram-pozitív speciesekkel szemben biztosít alternatívát, a rezisztens Gram-negatív baktériumokkal szemben meglehetősen szűkös választékkal rendelkezünk. A ceftolozán/tazobaktám új, második generációs bétalaktám+bétalaktamáz-gátló kombináció. Hatásspektruma kiterjed a széles-spektrumú bétalaktamáz-termelő speciesek többségére, az ampC túltermelőkre és a multirezisztens *Pseudomonas aeruginosa* több típusára (megváltozott porin csatornával, efflux pumpával összefüggő rezisztencia mechanizmusok) is. Hatékonyságát klinikai vizsgálatban bizonyították szövődényes húgyúti és intraabdomalis fertőzésekben. Egy folyamatban lévő tanulmányban kutatják alkalmazhatóságát alsólégúti infekcióban. In vitro hatásspektrumát figyelembe véve a klinikus felhasználók nyilván várakozással tekintenek olyan jövőbeni adatokra, melyek a ceftolozán/tazobaktám hatékonyságát további betegcsoportokban - így pl. csökkentimmunitásúakban, véráram infekcióban szenvedőkben és gyermekbetegekben - is alátámaszthatnák. Utóbbiakkal kapcsolatos evidenciák birtokába azonban csak további klinikai tanulmányok révén juthatunk.

# KOLONOSZKÓPIA, MINT A PARAZITA INFEKCIÓ DIAGNOSZTIZÁLÁSÁNAK RITKA MÓDJA

*Létay Erzsébet<sup>1</sup>, Szamosi Tamás<sup>2</sup>, Rusznyák Krisztina<sup>2</sup>, Mikos Alexandra<sup>1</sup>, Nagy Tünde<sup>1</sup>, Lőrinczy Katalin<sup>2</sup>, Simon Judit<sup>1</sup>, Kucsera István<sup>3</sup>*

Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Honvédkórház, Központi Laboratóriumi  
Diagnosztikai Osztály<sup>1</sup>, Gasztroenterológiai Osztály<sup>2</sup>,  
Országos Epidemiológiai Központ, Parazitológiai Osztály<sup>3</sup>, Budapest

## **Bevezetés**

Esetismertetésünkben két beteg kolonoszkópia során diagnosztizált *Enterobius vermicularis* infekcióját mutatjuk be. Az első vizsgálatról képanyag is készült.

Noha a tapasztalatok szerint az *Enterobius vermicularis* nem hagyja el a bélrendszert, első betegünk vizsgálatakor felmerült a parazita bélfalba penetrálásának lehetősége. A kérdéskör alaposabb megismeréséért áttekintettük az irodalomban közölt extraintesztinális *Enterobius vermicularis* fertőzésekről megjelent adatokat

## **Anyag és módszer**

2015 őszén jelentkezett kórházunk Gasztroenterológiai Osztályán kivizsgálásra két, 60 ill. 73 éves nőbeteg. Enyhe, nehezen körülírható gasztro-intesztinális panaszai voltak: alhasi diszkomfort-érzés, táplálkozási nehézségek, a székelési szokások megváltozása. Betegeinknek különböző alapbetegségeik voltak, nem panasztak aktuálisan fogyást, nem szerepelt külföldi utazás, házikedvenc vagy állattartás a kórtörténetben. Fizikális vizsgálataik nem mutattak kórjelző eltéréseket. A kezdeti laboratóriumi leletek értékei enyhe anemia kivételével a normál tartományon belül voltak. Mindkettőjük kivizsgálása során készült széklettenyésztés és széklet parazitológiai vizsgálat is, negatív eredménnyel. A kivizsgálási protokoll alapján kolonoszkópiás vizsgálat történt. A vizsgálatok során a kolonoszkóp visszahúzásakor 1-1 kb. 10 mm hosszú, fehéres, mozgó féreg bukkant fel a szigmbélben. A kolonoszkópiás csipeszszel eltávolított képletek intézetünk laboratóriumába érkeztek azonosításra.

## **Eredmények**

A beküldött mintákban sérült féregrészek és a transzport-folyadékban számos legzetes *Enterobius vermicularis* pete volt kimutatható.

## **Következtetés**

Tapasztalataink szerint felnőtteknél is előfordulhat, akár szinte tünetmentesen is *Enterobius vermicularis* fertőzés.

## RITKA LEFOLYÁSÚ SYPHILIS - AVAGY AMIKOR A POLOSKÁK SEGÍTENEK FELÁLLÍTANI A DIAGNÓZIST

*Nemesi Krisztina, Prinz Gyula, Fried Katalin*

Egyesített Szent László és Szent István Kórház – Rendelőintézet  
Infectologiai Osztály, Budapest

Az előadásban egy fiatal nőbetegünk esetét ismertetjük aki görcsös hasi fájdalmak, magas obstructio májenzim értékek, láz miatt került felvételre osztályunkra. Laborleletei alapján enyhe pancreatitise is igazolódott. Gastroenterológiai kivizsgálása negatív lett. Cholestaticus májenzim emelkedése miatt ERCP és májbiopszia végzése is történt a betegnél negatív eredménnyel. Ápolása alatt hasi fájdalmai spontán megszűntek, azonban a jó általános állapotú beteg továbbra is lázas volt. Kezdetben a hasán észlelt halvány kiütései ápolása alatt enyhén progrediáltak. További kivizsgálása során panaszai hátterében II stádiumú syphilis igazolódott. Penicillin terápia mellett gyógyult, májenzim értékei normalizálódtak. A syphilis II stádiumában obstructiós jellegű májenzim értékek előfordulhatnak, de a betegnél jelentkező görcsös hasi fájdalmak elsősorban choledocholithiasis gyanújára utaltak. Hazánkban egyre gyakrabban számíthatunk syphilis előfordulására.



# EGY SZOKATLAN KEZELÉSI STRATÉGIA ÉS EGY KÜLÖNÖS TÁRSBETEGSÉG KRÓNIKUS SZISZTOLÉS SZÍVELÉGTLENSÉGBEN

*Rókus László<sup>1</sup>, Vágány Dénes<sup>2</sup>, Muk Balázs<sup>2</sup>, Varga Zita<sup>2</sup>, Pintér Judit<sup>2</sup>, Majoros Zsuzsanna<sup>2</sup>, Bógyi Péter<sup>2</sup>, Dékány Miklós<sup>2</sup>, Kiss Róbert Gábor<sup>2</sup>, Nyolczas Noémi<sup>2</sup>*

MH Egészségügyi Központ, I. Belgyógyászati Osztály<sup>1</sup>, Kardiológiai Osztály<sup>2</sup>, Budapest

## Bevezetés

A terápia refrakter, idült szívelégtelenség, csökkent ejectiós fractiójú (HFrEF) esetek általában hosszú hospitalizációt igényelnek. A HFrEF kezelésén túl, minden beteg esetében kiemelt figyelmet igényel a társbetegségek megfelelő ellátása.

## Esetismertetés

H.F.K., 71 éves férfi beteget 2014. nyarán hospitalizálták Intézetünkbe. Kórelőzményében dohányzás, COPD és etilfogyasztás ismert. Intézetünkbe történő felvétele előtt 5 hónapja tartó folyamatos kórházi kezelés szerepel, pneumónia, húgyúti fertőzés, csökkent ejectiós fractióval járó szívelégtelenség, rehabilitáció miatt. A beteg anamnéziséből kiemelendő még, a fél év alatt bekövetkezett 16 kg-os fogyása. A bal kamra EF-ja 15%. NYHA stádium: III-IV funkcionális osztály. A cachexiás küllemű, el-esett általános állapotú beteg felvételkor láztalan volt. Felvételi laboratóriumi eredményeiből normális szérumszintek és vese- és májfunkció. Megtartott vércép mellett egyedüli érdemi kóros eltérésként emelkedett CRP és vörösvértest-szüllyedés emelendő ki, melyhez leukocytosis nem társult. A gyógyszeres terápia-optimalizáció és tumor kivizsgálás mellett infektológiai consilium is történt. A láztalan állapotban vett hemolultúrák mindegyikéből (3 pár) MRSA nőtt. TEE negatív volt endocarditis, pericarditis irányában.

Az esetközlésben ismertetjük az MRSA bacteriaemia okát, kezelési megoldását.

## Következtetés

A HFrEF betegek ellátása komplex feladat. A megnyúlt kórházi bennfekvés alatt gyakran lépnek fel iatrogén ártalmak. Az MRSA bacteriaemia nagy kihívást jelent a diagnózis megállapításában, a kezelés vezetésében. Elengedhetetlen a társszakmákkal történő szoros együttműködés.

# TRIMETHOPRIM-SULFAMETHOXAZOLE REZISZTENS STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA TÖRZSEK MOLEKULÁRIS EPIDEMIOLÓGIAI VIZSGÁLATA

Fülöp Barbara, Kovács Krisztina, Nyul Adrienn, Mestyán Gyula, Melegh Szilvia

Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Orvosi Mikrobiológiai és  
Immunitástani Intézet, Pécs

## Bevezetés

A *Stenotrophomonas maltophilia* által okozott infekciókban az elsődlegesen választandó szer a trimetoprim-sulfametoxazole. Az utóbbi években világszerte számoltak be trimetoprim-sulfametoxazole rezisztens *S. maltophilia* izolátumok megjelenéséről. Péccsett az első trimetoprim-sulfametoxazole rezisztens izolátumokat 2015-ben detektáltuk. Vizsgálatunk célja a trimetoprim-sulfametoxazole rezisztenciáért felelős gén azonosítása és az izolátumok közötti epidemiológiai összefüggések felderítése volt.

## Anyagok és módszerek

Összesen 18 *S. maltophilia* izolátumot (14 trimetoprim-sulfametoxazole érzékeny és 4 rezisztens) vizsgáltunk meg. Az identifikálás, valamint a *sul1* gén jelenlétének és integronon belüli elhelyezkedésének meghatározása PCR-rel történt. Molekuláris tipizálás céljából BOX PCR-t végeztünk.

## Eredmények

A négy trimetoprim-sulfametoxazole rezisztens izolátum esetében *sul1* gént mutattunk ki. A BOX PCR során három izolátum ugyanolyan mintázatot mutatott, míg egy izolátum ezektől eltérőnek bizonyult. Az Int-5'-CS-*sul1* PCR során az előbbi három izolátumnál ~1800 bp, míg a negyedik izolátumnál ~1400 bp méretű terméket amplifikáltunk. A trimetoprim-sulfametoxazole érzékeny izolátumok *sul1* génre negatívak voltak, és eltérő BOX-PCR típusokba tartoztak.

## Következtetések

A trimetoprim-sulfametoxazole rezisztenciát az 1-es típusú integronon elhelyezkedő *sul1* gének okozhatták. A molekuláris tipizálás alapján három izolátum esetében klonális terjedés valószínűsíthető, míg egy izolátum ezektől független esetnek tekinthető.

# SZEXUÁLISAN TERJEDŐ FERTŐZÉSEK (STI) ELŐFORDULÁSI GYAKORISÁGA FIATALKORÚAK KÖRÉBEN

*Gyimesi Zsófia, Bakos Katalin, Gyökös Zsuzsanna, Kolozsi Tímea, Murvai Melinda, Latkóczy Krisztina*

Synlab Budapest Diagnosztikai Központ Mikrobiológiai Laboratóriuma

## **Bevezetés**

A fiatalkorúakat érintő szexuális fertőzések vizsgálata képet adhat az őket jellemző információhiányról és a promiszkuáló életmódból adódó rizikós könnyelműségükről.

Laboratóriumunkban évek óta végzünk fiatalkorúak körében is hepatitisz B vírus (HBV), hepatitisz C vírus (HCV), humán immundeficiencia vírus (HIV) és *Treponema pallidum* specifikus szerológiai vizsgálatokat. Vérmintáink országszerte több ezer beküldő munkahelyről érkeznek. STD vizsgálatkérések érkeznek bőr- és nemibeteg-gondozókból, meddőségi szakrendelésekről, foglalkozás-egészségügyi szakrendelőkből, iskolaorvosi beküldőktől is (több más szakterület mellett).

## **Anyag és módszer**

Vizsgálatunk során az elmúlt 5 év adatait hasonlítottuk össze a 12-18 évesek körében. Az adatok feldolgozása során célunk volt megfigyelni a HBV, HCV, HIV és *Treponema* szeropozitivitás arányát, illetve annak időbeli és térbeli változását az egyes korcsoportokban. Vizsgáltuk, hogyan alakul ezen fertőzések életkor és nem szerinti eloszlása.

## **Eredmények, következtetés**

Jelen vizsgálatunkban majdnem 2000 beküldőtől több mint 11900 minta vizsgálatának adatait használtuk fel.

A vizsgált populációban a 4144 HBsAg vizsgálatból 40 (0,97%) minta adott konfirmáltan pozitív eredményt; 3164 HCV vizsgálatból 43 minta (1,34%) megerősítő vizsgálattal is pozitív; míg 2404 HIV vizsgálatból 2 (0,08%) zárult reaktív minősítéssel. Az érintett vizsgálatok közül a *Treponema* fordult elő a legnagyobb arányban: a 7843 *Treponema* vizsgálatból 138 esetben (1,8%) tudtuk megerősíteni specifikus ellenanyag jelenlétét.

# KÉT BOTULISMUSOS ESET KAPCSÁN FELMERÜLT DIAGNOSZTIKUS ELLENTMONDÁS

*Nagy Éva Lívia, Lesch Miklós Zoltán*

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház,  
Felnőtt Infektológiai Osztály, Nyíregyháza

## **Bevezetés**

A botulizmus a *Clostridium botulinum* nevű baktérium toxinja által okozott betegség, mely halálos kimenetelű lehet. Több formája létezik, sebbotulizmus, gyermekbotulizmus illetve ételmérgezés. Fertőzést kiválthat például házilag készült kolbász, hurka, sonka, zöldség - és húskonzerv, méz, tengergyümölcssei. Az említett ételek fogyasztása után 12-36 óra elteltével jelentkezhetnek tünetek, eleinte hányás, hasmenés, majd székrekedés, ezt követik az idegrendszeri tünetek, például szájszáradás, nyelési nehezítettség, homályos látás, ptosis, majd ascendáló petyhüdt bénulás, esetleg légzésbénulás. Kezelése szupportív terápia és antitoxin.

## **Esetismertetés**

1. eset (19 éves férfi): 5 napos panaszokkal került felvételre, véres hurkát fogyasztott. Eleinte gastrointestinalis tünetek, majd szájszáradás, ptosis, nyelési zavar jelentkezett.

2. eset (40 éves férfi): Szemészeti szakrendelésen jelentkezett 3 napja tartó homályos látás miatt, ahol fém idegentestet távolítottak el szeméből, emellé hasmenés, hányás társult, felvetődött botulizmus gyanúja. Házi sonkát evett.

Állatoltással (Országos Epidemiológiai Központ) mindkét esetben a *Clostridium botulinum* toxint kimutatták. Annak ellenére, hogy a betegek panaszmentesek lettek, két és négy hét elteltével még kimutattak keringő toxint.

## **Következtetés**

A klinikum, az időfaktor és a gyors gyógyulási hajlam ellentétben volt a szérum eredményekkel. Több irányból történt nyomás ellenére sem alkalmaztunk antitoxint a fent nevezett okokból kifolyólag. 44 nap elteltével már nem volt kimutatható toxin a szérumban.

## **A KONGRESSZUS TÁMOGATÓI**

**AbbVie Kft.**

**Astellas Pharma Kft.**

**B.BRAUN Trading Kft.**

**Bristol-Myers Squibb Kft.**

**Fresenius Kabi Hungary Kft.**

**GlaxoSmithKline Kft.**

**MSD**

**Pfizer Kft.**

**Hyundai Sipos Autóház**

# Hyundai Tucson



Tekintélyt parancsoló Crossover!

Minden igényt kielégítő,  
6 féle motor, 6 féle felszereltség



Kombinált átlagfogyasztás 4-10 l/100 km, CO<sub>2</sub>-kibocsátás 115-175 g/km.

Az Ön márkakereskedője:



**HYUNDAI SIPOS** autóház

Szombathely, Zanati u. 48. • Tel.: 94/512-776, 94/512-770

Új  
antibiotikum!

# Rövid, 6 napos terápia ABSSSI kezelésére<sup>1-4</sup>

## SIVEXTRO® (tedizolid-foszfat 200 mg)

Napi egyszeri, 6 napos iv./per os terápia akut bakteriális bőr- és légúrszfertőzések (acute bacterial skin and skin structure infections, ABSSSI) beleértve MRSA, kezelésére felnőtteknél<sup>1</sup>

NAPI EGYSZERI IV./PER OS  
**SIVEXTRO**®  
(tedizolid-foszfat) 200 mg

Élőrelépés a bőr- és légúrszfertőzések terápiájában

**Hatékony** – A 6 napon át alkalmazott 200 mg SIVEXTRO és a 10 napon át naponta kétszer alkalmazott 600 mg linezolid klinikai hatékonysági eredményei összevethetőek<sup>2-4</sup>

**Biztonságos** – A súlyos nemkívánatos események előfordulásának és a kezelés idő előtti befejezésének gyakorisága alacsony<sup>2-4</sup>

**Rövid kezelés** – Rövid, 6 napos kezelés<sup>1</sup>

**Rugalmas** – Napi egyszeri, alacsony dózísú (200 mg) iv. vagy per os kezelés, a dózismódosítás szükségessége nélkül<sup>1</sup>

**Stewardship** – A gyógyszerprofil összhangban van az antibiotikum stewardship programok céljaival<sup>4</sup>

## SIVEXTRO®

### Indikált akut bakteriális bőr- és légúrszfertőzések kezelésére felnőtteknél

**Referenciák:** 1. SIVEXTRO alkalmazási előírás 2. Moran GJ, et al. Lancet Infect Dis. 2014;14:696-705. 3. Prokocimer P, et al. JAMA. 2013;309:559-69. 4. Shorr AF, et al. Antimicrob Agents Chemother. 2015;59(2):864-71.

**Sivextro** 200 mg filmtableta és Sivextro 200 mg por oldatos infúzió való koncentrációban. A Sivextro alkalmazása csak kórházi körülmények között kezdhető meg, fertőző betegségek kezelésében megfelelő jártassággal rendelkező orvossal történő konzultációt követően. A tedizolid in vitro bakteriosztatikus hatása az enterococcusok, a staphylococcusok és a streptococcusok ellen. (Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Streptococcus agalactiae, Streptococcus anginosus csoport (S. anginosus, S. intermedius és S. constellatus)) **Javallatok:** A SIVEXTRO felhívott akut bakteriális bőr- és légúrszfertőzések kezelésére szolgál (lásd 4. 4 és 5. 1 pont). Az antibakteriális szerek megfelelő alkalmazására vonatkozó hivatalos irányelveket figyelembe kell venni. **Adagolás:** A tedizolid-foszfat filmtableta vagy por oldatos infúzió való koncentrációjához kedeti kezelését alkalmazható. Azok a betegek, akiknél a kezelést a parenterális formával kezdik, átállíthatók orális kezelésre, amikor az klinikailag javult. A javasolt adag 6 napon keresztül naponta egyszer 200 mg. A tedizolid-foszfat biztonságosságát és hatosságát 6 napnál hosszabb alkalmazás esetén nem állapították meg a betegek körében (lásd 4. 4 pont). A Sivextro 200 mg por oldatos infúzió való koncentrációt 60 perces intravénás infúzióval kell beadni. A gyógyszer alkalmazás előtti feloldására és hígítására vonatkozó utasítások lásd a 6. 6 pontban. A filmtablettát étkezésor vagy étkezéstől függetlenül is lehet venni. Ha az antibiotikum hatásának gyors kialakulása van szükség, akkor megfontolandó az intravénás alkalmazás. **Elenyjavallat:** A készítmény hatóanyagával vagy az Alkalmazási előírás 6. 1 pontjában felsorolt bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Figyelmeztetések:** Neutropénia: Betegek: A tedizolid-foszfat biztonságosságát és hatosságát neutropénia (neutrophil szám <1000 sejtt/mm<sup>3</sup>) betegek körében nem vizsgálták. Mitochondriális diszfunkció: A tedizolid gátolja a mitochondriális fehérjeszintézist. A gátás következtében mellékhatások, így például laktacidózis, anaémia és (optikus, illetve periferális) neuropathia alakulhat ki. Myeloszuppressio: Néhány betegnél a thrombocytaszám, a hemoglobinszint és a neutrophilszám csökkenését figyelmek megfigyelni szükséges lehet. Periferiális neuropathia és nervus opticus működésavarok: periferiális neuropathia, valamint a nervus opticus neuropathia néha vakárgia progressióval formálódhat, ami lehet az oxazolidinnal csoportba tartozó más gyógyszerrel történő kezelés esetén, amikor a kezelés időtartama meghaladja a Sivextro-

ro-kezelés javasolt időtartamát. A tedizolid-foszfat javasolt napos alkalmazása során nem számoltak be (nervus opticus és periferális) neuropathia. Túlérzékenységreakciók: A tedizolid-foszfat elővigyázatossággal kell alkalmazni olyan betegeknek, akiknél ismert más oxazolidinnal szembeni túlérzékenység, mivel keresztallergia előfordulhat. Clostridium difficile diarrhoea: A tedizolid-foszfat alkalmazásával kapcsolatosan beszámoltak Monoamin-oxidáz gátlóiról: A tedizolid in vitro reverzibilis, nem szelektív monoamin-oxidáz (MAO) gátló (lásd 4. 5 pont). Szerotonin-szindróma: Szerotonerg szerek és az oxazolidinnal csoport egyéb tagjainak egyidejű alkalmazása során spontán jelesek érkeztek szerotonin-szindróma kialakulásáról (lásd 4. 5 pont). A Sivextro és szerotonerg anyagok, például szelén szerotonin reuptake gátlók (SSRI-ok), szerotonin-noradrenalin reuptake gátlók (SNRI-ok), triciklus antidepresszánsok, MAO-gátlók, triptánok, illetve egyéb potenciális adrenerg, illetve szerotonerg gyógyszerek egyidejű alkalmazásáról nem állnak rendelkezésre ill-ás fázisú klinikai vizsgálatok adatai. Nem érzékeny mikroorganizmusok: Ha a tedizolid-foszfatot nem igazolt vagy erősen gyanítható bakteriális fertőzés kezelésére írják fel, az fozhatja a gyógyszer-rezisztens baktériumok kialakulásának kockázatát. A tedizolid-foszfat általában nem hatékony a Gram-negatív baktériumok ellen. **Különleges betegcsoportok:** Idősek (65 évesek): Nincs szükség a dózis módosítására (lásd 5. 2 pont). A 75 éves betegek esetében a klinikai tapasztalatok korlátozottak. Májkárosodás: Nincs szükség a dózis módosítására (lásd 5. 2 pont). Vesékkárosodás: Nincs szükség a dózis módosítására (lásd 5. 2 pont). Gyermekek: A tedizolid-foszfat biztonságosságát és hatosságát gyermekek és 18 évesnél fiatalabb serdülők esetében nem vizsgálták. A jelenleg rendelkezésre álló adatok leírása az 5. 2 pontban található, de nincs az adagolásra vonatkozó javaslat. **Terhesség, szoptatás:** A tedizolid-foszfat terhes nőknél történő alkalmazása tekintetében nem áll rendelkezésre információ. Egyre- ken és patkányokon végzett vizsgálatok során a fejlődésre gyakorolt hatásokat mutatták ki (lásd 5. 3 pont). Övtanosságból a terhesség alatt kerülendő a tedizolid-foszfat alkalmazása. Szoptatás: Nem ismert, hogy a tedizolid-foszfat vagy metabboljait kiválasztódnak-e a human anyatejbe. A tedizolid kiválasztódik a patkányok anyatejébe (lásd 5. 3 pont). Az anyatejbe táplált csecsemőre nézve a kockázatot nem lehet kizárni. A Sivextro alkalmazása előtt el kell dönteni, hogy a szoptatást fűggesztik fel, vagy megszakítják/tartózkodnak a Sivextro-

kezeléstől, figyelembe véve a szoptatás előnyét a gyermekre nézve, valamint a terápia előnyét a nőre nézve. **Gyógyszerinterakciók:** Farmakokinetikai interakciók: In vitro eredmények alapján fennáll a tedizolid-foszfat okozta enzimindukció kockázata. Ez az egyidejűleg alkalmazott, szük terápia indexszel rendelkező, CYP3A4- (például orális midazolám, triazolám, alfentanil, ciklosporin, fentanil, pimizid, kindin, szrolimus és takrolimus), CYP2B6- (efavirenz), CYP2C9- (warfarin) vagy P-gp- (digoxin) szubsztáratként szolgáló gyógyszer hatásosságának csökkenéséhez vezethet. A tedizolid-foszfat okozta enzimindukció csökkentheti az orális hormonális fogamzásgátlók hatosságát is (lásd 4. 4 pont). A felsorolt nem teljes, ezért olvassa el az egyidejűleg alkalmazott gyógyszerek alkalmazási előírását. In vitro adatok alapján fennáll a lehetőség, hogy a tedizolid-foszfat gátolja az organikus aniontranszporter (OATP1B1) polipeptidet. Az in vivo relevancia nem ismert. Az OATP1B1-gátlás egyes gyógyszerek, így például statinok (atorvasztatin, fluvasztatin, pitavasztatin és lovasztatin), a rapaglinid, a boszentan, a valartán, az olmetán és a gliburid esetében okozhat gyógyszer-expozícióhoz vezethet. Ha lehetséges, a tedizolid-foszfat kezelés hat napja alatt meg kell fontolni az egyidejűleg alkalmazott gyógyszer szüneteltetését. Farmakodinámiai interakciók: Monoamin-oxidáz gátlók: A tedizolid in vitro a monoamin-oxidáz (MAO) reverzibilis inhibitorja; azonban a MAO-A gátlás IC50 értékét és az emberben várható plazmaexpozíciós értéket összehasonlítva nem várható interakció. Potenciális szerotonerg interakciók: A szerotonerg interakciók lehetőségét nem vizsgálták sem betegek, sem pedig egészséges önkéntesek esetében (lásd 5. 2 pont). **Főbb mellékhatások:** A III-as fázisú klinikai vizsgálatok során Sivextroval kezelt betegek körülbelül 22,4%-a (n=662) tapasztalt a kezeléssel összefüggésben legalább egy mellékhatást. A kontrollos III-as fázisú klinikai vizsgálatokban részt vevő, és 6 (6 napon keresztül napi 200 mg) tedizolid-foszfat-kezelésben részesülő önkéntes betegek körében a leggyakrabban jelentett mellékhatások a hányinger (6,7%), a fejfájás (5,5%), a diarrhoea (3,2%) és a kényeség (2,3%) voltak, amelyek mértéke az enyhétől a közepesen súlyosig terjedt.

**Felírás előtt kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírását, különös tekintettel a fontos indikációkra (4. 1), adagolásra és alkalmazásra (4. 2), ill. a figyelmeltetőkre (4. 4)** EMA/EA/13/01/2016

▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jeleljenek bármilyen feltételezett mellékhatást.



MSD Pharma Hungary Kft.  
1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 8., Telefon: 06-1-888-5300, Fax: 06-1-888-5388, hungary\_msd@merck.com

Lezárás dátuma: 2016. augusztus 19.,  
AINF-1189168-0008

**B E M U T A T J U K :**

▼ **Viekirax + Exviera:**

szájon át szedhető,  
IFN-mentes kombináció ± ribavirin  
krónikus GT1 és GT4  
HCV fertőzés kezelésére

# A tudománytól a gyógyulás mosolyáig

A Viekirax és az Exviera  
más gyógyszerekkel kombinációban  
a krónikus hepatitis C (CHC)  
kezelésére javallott felnőtteknél.

- **97%** SVR12 válaszarány az ajánlott séma szerint kezelt, GT1 HCV fertőzött betegpopulációban (n=1045/1075)<sup>1</sup>
- **12 hetes** kezelési séma 1b genotípusú HCV fertőzött nem cirrózisos vagy kompenzált cirrózisos, valamint 1a genotípusú HCV fertőzött nem cirrózisos betegek esetén.<sup>1</sup>
- Következésképpen magas gyógyulási arány többféle, az ajánlott séma szerint kezelt betegtípusban – akár a legnehezebben kezelhetőek némelyikében is<sup>1</sup>



**abbvie**

AbbVie Kft.

1095 Budapest  
Lechner Ödön fasor 7.  
Tel: +36 (1) 455-8600  
Fax: +36 (1) 455-8699



**viekirax®**  
ombitasvír/paritaprevir/  
ritonavir filmtabletta



**exviera®**  
dasabuvír  
filmtabletta



Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, mely lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakemberekre arra kérjük, hogy jelentsék bármilyen feltételezett mellékhatást.

## RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS

**Viekirax 12,5mg/75mg/50mg filmtabletta (EU/1/14/982/001) és Exviera 250mg filmtabletta (EU/1/14/983/001)**

**ATC-kód:** J05AX16 **Minőségi és mennyiségi összetétel:** **Viekirax:** 12,5 mg ombitasvír, 75 mg paritaprevir és 50 mg ritonavir, **Exviera:** 250 mg dasabuvír. **Terápiás javallatok:** A Viekirax és az Exviera más gyógyszerekkel kombinációban krónikus hepatitis C (CHC) kezelésére javallott felnőtteknél. **Adagolás és alkalmazás:** Viekirax: két 12,5 mg/75 mg/50 mg-os tablettára naponta egyszer, étkezés közben, Exviera: egy tablettára naponta kétszer (reggel és este). A kezelés időtartama: GT1b cirrózis nélkül vagy kompenzált cirrózissal: Exviera+Viekirax 12 hétig, GT1a cirrózis nélkül: Exviera+Viekirax+ribavirin 12 hétig, GT1a kompenzált cirrózissal, valamint májtranszplantáltak: Exviera+Viekirax+ribavirin 24 hétig, GT4 cirrózis nélkül: Viekirax+ribavirin 12 hétig, GT4 kompenzált cirrózissal: Viekirax+ribavirin 24 hétig. Sem az Exviera, sem a Viekirax nem ajánlott közepesen súlyos májkárosodásban (Child-Pugh B). **Ellenjavallatok:** túlzérkenység, súlyos májkárosodás (Child-Pugh C), együttadás a következő gyógyszerekkel: etinilösztadiol-tartalmú gyógyszerek, erős vagy közepesen erős enziminduktorok és inhibitorok, beleértve az erős CYP2C8 inhibitorokat és azokat a szubsztátokat, amelyeknek clearance-e nagymértékben függ a CYP3A enzimektől. Példák az enzimszubsztátokra az alkalmazási előírásokban kerülnek bemutatásra. **Mellékhatások:** Viekirax+Exviera+ribavirin alkalmazása mellett a leggyakrabban jelentett mellékhatások a fáradtság és az émelygés voltak. **Nagyon gyakori mellékhatás:** álmatlanság, émelygés, viselkedés, asthenia, fáradtság. **Gyakori mellékhatás:** anémia. **Ritka mellékhatás:** angiooedéma. Viekirax+Exviera alkalmazása mellett gyakori mellékhatás volt a viselkedés. A Viekirax+Exviera biztonságosságát nem igazolták gyermekek és <18 éves serdülők esetén. A forgalomba hozatalt követően megfigyelték dekompenzált májműködést és májelégtelenséget. Ezeknek az eseményeknek az előfordulási gyakorisága nem ismert. **Termékenység, terhesség és szoptatás:** A ribavirin ellenjavallt terhességben és a terhes nők férfi partnerinél. Fogamzóképes nőeknek határozottan meg kell állapítani a kezelési alatti és utána 4 hónapig, férfi betegeknek vagy fogamzóképes női partnereiknek a kezelési alatti és utána 7 hónapig. A Viekirax+Exviera nem alkalmazható terhes anyáknál vagy olyan fogamzóképes nőknél, akik nem alkalmaznak hatékony fogamzásgátlást. Mivel a szoptatást csacssemükénél kizárólagosnak a gyógyszer mellékhatásai, nem szabad egyszerre szoptatni és a Viekirax+Exviera terápist alkalmazni sem ribavirinnel, sem anélkül. **Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! Amennyiben ribavirint is alkalmaz, feltétlenül olvassa el a ribavirin alkalmazási előírását is! Alkalmazási előírás dátuma:** 2016.04.28. **Forgalomba hozatalt engedély jogosultja:** Abbvie Ltd. **Forgalomba hozatalt engedély jogosultjának helyi képviselője:** Abbvie Kft. 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 7. **Kiadhatóság:** szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett adható gyógyszerkészítmények (Sz). **Exviera:** A közfinanszírozás alapjára elfogadott ár: 402131,- Ft. Térítési díj: 402131,- Ft. Forrás: [www.oep.hu](http://www.oep.hu). Letöltés: 2016.01.08. Az aktuális árak megtalálhatók a oldalon. Az Exviera 2015. december 22-től különkötéses finanszírozás keretében érhető el. **Viekirax:** A közfinanszírozás alapjára elfogadott ár: 4 613 616 Ft. Térítési díj: 4 613 616 Ft. Forrás: [www.oep.hu](http://www.oep.hu). Letöltés: 2016.01.08. Az aktuális árak megtalálhatók a [www.oep.hu](http://www.oep.hu) oldalon. A Viekirax 2015. december 22-től különkötéses finanszírozás keretében érhető el.

**Irodalom:** 1. Viekirax és Exviera Alkalmazási előírás, 2016.04.28.

HUHC160031(2) - Lezárás dátuma: 2016.07.15.