

Hepatológia 2022 Konferencia

Hepatology congress with international participation

Visegrád, 2022. szeptember 8-10.

Thermal Hotel Visegrád

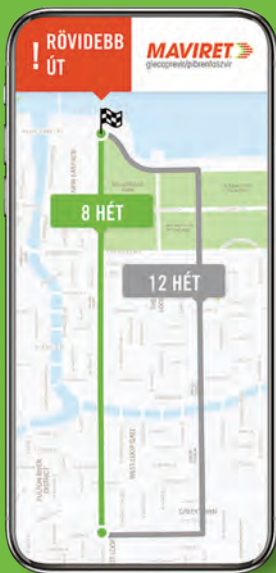
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság Hepatológiai Szekciója,
a Magyar Májkutató Társaság
és a Májbetegekért Alapítvány közös rendezvénye



Program és absztraktok



MAVIRET® 8 hetes kezelés, korábban HCV kezelésben nem részesült, kompenzált cirrhotikus betegeknek is (GT 1-6)*



8 HÉT: A GYÓGYULÁSHOZ VEZETŐ LEGRÖVIDEBB ÚT[§]

Korábban nem kezelt, nem cirrhotikus, vagy kompenzált cirrhózzal élő betegek esetében*



A 8 hetes Maviret terápiát jól tolerálták az előzetes kezelésben nem részesült, kompenzált cirrhózisos betegek²



EGYSZERI 8 HETES KEZELÉS

korábban nem kezelt betegeknek^{*}

97,5%
97,7%

MAGAS GYÓGYULÁSI ARÁNY

Minden genotípusban, korábban nem kezelt, nem cirrhotikus betegek esetében 97,5% (n=749/768)¹, kompenzált cirrhózzal élő betegek esetében 97,7% (n=335/343)^{1,2}



NAPI EGYSZERI ADAG

3 tabletta étkezés közben¹

MAVIRET 100 MG/40 MG FILMTABLETTA (GLECAPREVIR/PIBIRENTASZVIR)

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/maviret-epar-product-information_hu.pdf

ITT=Besorolás szerinti betegcsoport (Intention-to-treat)
A MAVIRET ellenjavallt súlyos májkárosodásban szenvedő betegeknek (Child-Pugh C), illetve nem javasolt közepesen súlyos májkárosodásban szenvedő betegnél (Child-Pugh B)¹

***A GT 1-6 genotípusra vonatkozik, kivéve a dekompenzált cirrhózzal élő, illetve máj- és vesetranszplantált betegeket. A MAVIRET kontra-indikált dekompenzált cirrhózis esetében. A MAVIRET kezelés ajánlott időtartama 12 hét a máj- vagy vesetranszplantált, cirrhózzal vagy anélkül élő betegek esetében.**

[§]Gyógyulás=tartós virológiai válasz (SVR12) akkor állapítható meg, ha a kezelés befejezése után 12 héttel a HCV RNS nem éri el a mennyiségi kimutathatóság alsó határértékét, ami az összes vizsgálatban a kezelés elsődleges végpontját jelentette.¹

A Maviret a krónikus hepatitis C-vírus- (HCV) fertőzés kezelésére javallott felnőtteknél, és legalább 3 éves gyermekeknél.

Referenciák:

1. Maviret alkalmazási előírás. Megtekintés dátuma: 2022.06.03. www.ema.europa.eu
2. Brown RS, Buti M, Rodrigues L, et al. Glecaprevir/pibrentasvir for 8 weeks in treatment-naïve patients with chronic HCV genotypes 1-6 and compensated cirrhosis: the EXPEDITION-8 trial [published online November 1, 2019]. J Hepatol. doi:10.1016/j.jhep.2019.10.020

Forgalomba hozatali engedély jogosultjának helyi képviselője: AbbVie Kft., 1095 Budapest, Lechner Ödön fasor 7. Telefonszám: +36 1 455 8600. www.abbvie.hu

A közfinanszírozás alapjául elfogadott ár: 4 108 566 Ft. Támogatás összege: 4 108 566 Ft, Térítési díj: 0 Ft. Forrás: www.neak.gov.hu. Az aktuális árak megtalálhatók a www.neak.gov.hu oldalon. A Maviret 2020. januártól különleges finanszírozás keretében érhető el.

abbvie

HU-MAVI-220001
Lezárás dátuma: 2022.06.30.

MAVIRET
glecaprevir/pibrentasvir

Hepatológia 2022 Konferencia

Kedves Kongresszusi Résztevő!

Tisztelettel köszöntjük a COVID járvány megszélidülése után Visegrádon, a májbetegségekkel foglalkozó konferencián.

Az idei program is igen gazdag, felöleli a májbetegségek csaknem egész spektrumát, s tükrözi azt a jelentős fejlődést, amit az alap kutatás, a diagnosztika és a terápia területén hoztak az elmúlt évek.

A szakma legkiválóbb képviselői adnak elő, tartanak referátumokat. A tematikus, a továbbképzést segítő összefoglalók mellett a legújabb eredményekről is hallhatunk. A bejelentett előadások között értékes esetbemutatók is szerepelnek.

Köszönjük a kiállító és hirdető gyógyszer cégek támogatását, akik szatellita szimpóziumok szervezésével is hozzájárulnak a rendezvény sikeréhez.

Most is lesz fontos konszenzus munkamegbeszélés a vírushepatitiszek kérdéséről, ahol a NEAK részvevői is jelen lesznek.

A nagy elődök emlékét őrzik a Fehér János és Telegdy László emlékelőadás kitüntetések, valamint a Telegdy László fiatal kutatói ösztöndíj nyertesének előadása.

Mindenkinek sikeres és kellemes kongresszusi részvételt kívánunk

Dr. Szalay Ferenc
MMKT elnöke
szervező

Dr. Hunyady Béla
MGT Hepatológiai
Szekció elnöke

Dr. Makara Mihály
Májbetegekért Alapítvány
kuratóriumi elnök

PROGRAM

2022.09.08. Csütörtök

10.00 – 13.00 Érkezés, regisztráció, posztterek elhelyezése

13.00 Megnyitó

Szalay Ferenc, MMKT elnöke

Hunyady Béla, MGT Hepatológiai Szekció elnöke

Makara Mihály, Májbetegekért Alapítvány kurátor

**13.05 AASLD, EASL-ILC, ASCO KONGRESSZUSOK
ÜZENETE. HAZAI AKTUALITÁSOK**

Üléselnök: Hunyady Béla, *Pécs*

Szalay Ferenc, *Budapest*

13.05 A COVID és a máj

Hunyady Béla, *Pécs*

13.25 HEV újdonságok.

Érdemes-e a véradó donorokat szűrni?

Pár Gabriella, *Pécs*

13.45 HBV. A védőoltás ellenére aktuális probléma.

Horváth Gábor, *Budapest*

14.05 HDV aktuális helyzetéről, kezeléséről. / HDV update

Ferencsi Péter, Ausztria, *Bécs*

14.25 Új hepatitis A vírus (HAV) törzs megjelenése

Magyarországon. Klinikum és virológia

Szanka Judit, Szent László Kórház, Dencs Ágnes, ,

Dél-Pesti Centrumkórházra és Nemzeti

Népegészségügyi Központ, *Budapest*

14.45 Szünet. Kiállítás és posztterek megtekintése

15.15 FEHÉR JÁNOS EMLÉKELOŐADÁS

A Magyar Májkutató Társaság, a Magyar
Gastroenterológiai Társaság Hepatológiai Szekciója és
a Májbetegekért Alapítvány közös kitüntetése

Üléselnök: Szalay Ferenc, *Budapest*,
Hunyady Béla, *Pécs*
Makara Mihály, *Budapest*

A véralvadástól a krónikus májbetegségekig

A díjazott előadása, Tornai István, *Debrecen*

16.00 ABBVIE szatellita szimpózium

Üléselnök: Hunyady Béla, *Pécs*

A Covid és a HCV

Előadó: Werling Klára, *Budapest*

120 a vége?

Előadó: Makara Mihály, *Budapest*

Vita

17.00. Külföldi előadó –

KRPT Medical Kft által támogatott előadás

A fibroelasztográfia szerepe a hepatológiában

Mark Landau, *Párizs*

18.00-18.30 SOBI Szatellita szimpózium
Üléselnök:
Prof. Dr. Hunyadi Béla, *Pécs*

„Véresen komoly kérdések cirrhosisban.”
Dr. Makara Mihály. Budapest

**Hazai és nemzetközi irányelvek, szakmai
ajánlások és speciális megfontolások a CLD
(krónikus májbetegség) kezelésében.**

Diszkusszió

19.00 től Vacsora

2022.09.09. Péntek

08.00 MÁJBETEGSÉGEK ÉS A MIKROBIOM.

2022 UPDATE

Schwáb Richárd, *Budapest*

08.30 IMMUN MECHANIZMUSÚ MÁJBETEGSÉGEK

Üléselnök: Varga Márta, *Békéscsaba*

Hagymási Krisztina, *Budapest*

08.30 Autoimmun hepatitis

Pár Alajos, *Pécs*

08.50 Primer biliaris cholangitis

Fried Katalin, *Budapest*

09.10 Primer sclerotizáló cholangitis

Schuller János, *Budapest*

**09.30 Autoimmun mechanizmusok alkoholos
májbetegségben**

Lengyel Gabriella, *Budapest*

10.00 GYÓGYSZER OKOZTA MÁJKÁROSODÁS

Üléselnök: Jancsik Viktor, *Debrecen* –

10.00 DILI és HILI - A cannabis és a máj. Újdonságok

Gasztonyi Beáta, *Zalaegerszeg*

10.20 Drogok és a máj. Illegális élvezeti szerek.

Kezelésbe juttatás

Szabó Réka és Galló Ramona, Hepago Project,
Budapest

10.40 TERÁPIÁS AFEREZIS

**Módszerek, indikációk, kérvényezésük
májbetegségekben**

Gervain Judit, *Székesfehérvár*

11.00 MÁJSEBÉSZET 2022

Üléselnök: Mersich Tamás, *Budapest*

State of art előadás

Hahn Oszkár, *Budapest*

11.45 Goodwill Pharma által támogatott előadás

Az intesztinális barrier és a máj. A védelem lehetősége

Előadó: Szalay Ferenc, *Budapest*

12.00 Ebéd

13.00 ROCHE szatellita szimpózium

Üléselnök: Karádi Oszkár, *Pécs*

A hepatológus szerepe a hepatocellularis carcinoma diagnosztikájában és a kezelés előkészítésében

Pálvölgyi Attila, *Szeged*

A hepatocellularis carcinoma szisztémás kezelése

Demeter Gyula, *Budapest*

14.00 Interferon-alapú és direkt ható antivirális szerek hatékonyságának összehasonlítása HCV kezelésében az elítélteknél

Werling Klára, *Budapest*

14.15 HCV MUNKAMEGBESZÉLÉS

Üléselnök: Hunyady Béla, Makara Mihály, *Budapest*

14.15 HCV eliminációs program Magyarországon

Hunyady Béla, *Pécs*

10 perc

14.25 HCV konszenzus update

Szükség van-e továbbra is a HepReg rendszerre?

Hunyady Béla, *Pécs*

10 perc

- 14.35 **HBV konszenzus update**
Horváth Gábor, *Budapest* 10 perc
- 14.45 **HCV molekuláris diagnosztika. Módszerek, centrumok**
Gervain Judit, *Székesfehérvár* 10 perc
- 14.55 **NEAK riport.**
A NEAK képviselőjének előadása 20 perc
- 15.30 GYERMEK HEPATOLÓGIA SZIMPÓZIUM**
Üléselnök: Schaff Zsuzsa, *Budapest*
- 15.30 **Új akut hepatitis járvány gyermekekben**
Dezsőfi-Gottl Antal, *Budapest*
- 16.00 **A gyermekkor és felnőttkor lelki összefüggései hepatológiai szempontból**
Makara Mihály, *Budapest*
- 16.30 **Gyermekekori májbetegségek felnőttekben. Májbiopsziák elemzése**
Schaff Zsuzsa és Halász Judit, *Budapest*

17.00-17.45 SANOFI Szatellita szimpózium
A Sherlock Holmes megközelítés a differenciáldiagnosztikában – ritka és kevésbé ritka betegségek hepatosplenomegaliával.

Üléselnök: Dr. Szalay Ferenc, *Budapest*

Előadók:

Gervain Judit, *Székesfehérvár*;

Lombay Béla, *Miskolc*

Szinku Zsolt, *Kaposvár*

- 18.15 *Szünet, kiállítás és posztterek megtekintése*

18.30 MERZ Pharmaceuticals, Germany - Szatellita szimpózium

A Hepatikus encephalopathia

Az ammónia szerepe

Szalay Ferenc, *Budapest*

A hepatikus encephalopathia megjelenési formái

Horváth Gábor, *Budapest*

A hepatikus encephalopathia kezelése

Hunyady Béla, *Pécs*

19.30 A MÁJCIRRHOSIS SZÖVŐDMÉNYEINEK KEZELÉSI IRÁNYELVEI

Üléselnök: Varga Márta, *Békéscsaba*
Nagy István, *Szeged*
Schäfer Eszter, *Budapest*

19.30 **Varix vérzés**

Horváth Miklós, *Budapest*

19.50 **Ascites**

Hagymási Krisztina, *Budapest*

20.10 **Spontán bakteriális peritonitis**

Schneider Ferenc, *Szombathely*

20.30 **Hepatorenális szindróma**

Tornai István, *Debrecen*

20.50 **Májátültetés. Speciális szempontok. HCV, PSC**

Gerlei Zsuzsa, *Budapest*

21.10-től Vacsora

2022.09.10. Szombat

08.00 **BEJELENTETT ELŐADÁSOK, POSZTEREK**

Üléselnök/Moderátor: Pár Gabriella, Pécs

Csák Timea, New York

Extrahepatikus manifesztáció előfordulása a magyar Wilson-kóros betegekben (Poszter)

Németh Dániel¹, Folhoffer Anikó¹, Krolopp Anna¹, Szalay Ferenc¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

Májeredetű halálozás a DAA éra előtt és után idült hepatitis C vírus fertőzött májcirrhotisos betegekben egy északkelet magyarországi centrum anyagában (2002-2022) (Poszter)

Lombay B.¹, Szalay F.²

¹*Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászati-Gasztroenterológia, Miskolc*

²*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

Ultrahangos máj zsírossági indexek hatékonyságának összehasonlítása a májelzsírosodás diagnosztikájában (Poszter)

Rónaszéki A.¹, Hagymási K.², Werling K.², Péter Z.², Folhoffer A.³, Zsély B.¹, Keumbi K.¹, Csongrády B.¹, Budai B.¹, Győri G.¹, Kaposi N.¹,

¹*Semmelweis Egyetem, Orvosi Képző Klinika, Radiológiai Tanszék, 1083 Budapest, Korányi S. u. 2.*

²*Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológia Klinika, 1082 Budapest, Üllői út 78.*

³*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, 1083 Budapest, Korányi Sándor u. 2/a*

Terápiarefrakter varixvérzés intervenció radiológiai megoldása májtranszplantáció előtti bridgingként
(Poszter)

Czompa D.¹, Leiszter K.¹, Werling K.¹, Hritz I.¹, Miheller P.¹, Papp V.¹, Doros A.¹, Szijártó A.¹, Hagymási K.¹,
¹*Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar;
Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika,
Budapest*

NAFLD/MAFLD - Korábban zsírmájjal gondozott betegekink áttekintése az új nomenklatura szerint
(Poszter)

Czompa D, Hagymási K, Tajthy A oh., Angyal K oh., Szijártó A, Werling K
*Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar;
Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika*

08.30 GÓCOS MÁJBETEGSÉGEK

Üléselnök: Rókus László, *Budapest*

08.30 Adenoma és FNH

Taller András, *Budapest*

08.45 Máj metasztázisok és kezelésük

Mersich Tamás, *Budapest*

09.00 Paraziták. Amoeba és echinococcus

Jancsik Viktor, *Debrecen*

09.15 Cystás májbetegségek

Gervain Judit, *Székesfehérvár*

09.40 MÁJRÁK

Üléselnökök: Makara Mihály, *Budapest*
Lengyel Gabriella, *Budapest*

09.40 Pathogenesis. Genetikai és epigenetikai tényezők

Kiss András, *Budapest*

10.00 Diagnosztika és invazív radiológiai kezelés

Doros Attila, *Budapest*

10.20 MÁJÁTÜLTETÉS

Üléselnök: Pár Alajos, Pécs

Magyarországi helyzet 2022

Piros László, Budapest

**11.00 A kórházi mortalitást befolyásoló rizikótényezők
COVID-19 májcirrhisz betegekben és
összehasonlításuk nem COVID-19 májcirrhisz,
valamint COVID-19 nem májcirrhisz betegek
adataival – multicentrikus összehasonlító
kohorszvizsgálat**

Drác B¹., Vokó Z²., Müller V³., Szijártó A¹, Werling K.

¹Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és
Gastroenterológiai Klinika, ²Semmelweis Egyetem
Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ

³Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika

**11.15 COVID. Összegezés. A posztCOVID szindróma. És a
jövő?**

Szlávik János, Budapest

11.45 MGT Hepatológiai Szekció ülése

Kávészünet, kiállítás megtekintése

12.15 TELEGDY LÁSZLÓ ÉLETMŰDÍJ ÁTADÁSA

A Májbetegekért Alapítvány díját átadja Makara

Mihály kurátor

A díjat kapja Pár Alajos

A díjazott előadása

**12.35 TELEGDY LÁSZLÓ FIATAL KUTATÓI
ÖSZTÖNDÍJ**

A Májbetegekért Alapítvány **2022 évi pályázat
edményhirdetése.**

A díjat átadja Makara Mihály kurátor

2021 évben a COVID járvány miatt nem került
kiadásra.

A **2020 évi** díjazottak kutatási beszámoló előadásai:

**Hepatitis C vírus előfordulása és genotípus
megoszlása a magyarbüntetés végrehajtási intézetek
fogvatartottjai körében**

Bakó Fruzsina, Fekete Dávid, Budapest
Zárszó

MMKT Közgyűlés

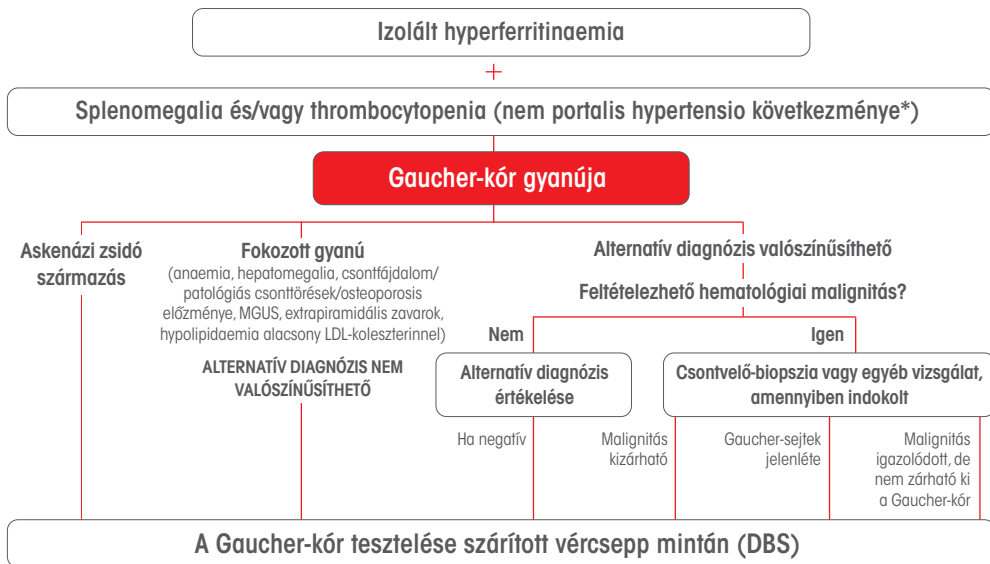
Poszter díj átadása

13.30 Ebéd

A HYPERFERRITINAEMIA ÉS AZ 1-ES TÍPUSÚ GAUCHER-KÓR DIAGNÓZISA¹

Az 1-es típusú Gaucher-kór (GD1) nehezen diagnosztizálható felnőtteknél a betegség heterogenitása miatt, ezért hasznosnak bizonyulhatnak a kifejezetten erre a célra készült diagnosztikai algoritmusok vagy folyamatábrák.¹

- A vasanyagcsere zavaraival foglalkozó olaszországi referenciacentrumok új diagnosztikai algoritmust javasoltak, amely kiemeli a splenomegáliával és thrombocytopeniával járó hyperferritinaemia jelentőségét.²
- A hyperferritinaemiának sokféle oka lehet, így gyakran észlelt jelenség a klinikai gyakorlatban.¹
- A hyperferritinaemia számos oka közül a GD gyakran nem kap elegendő figyelmet.¹
- A még nem kezelt 1-es típusú Gaucher-kóros betegeknek a normál transferrin szaturáció mellett hyperferritinaemia gyakori jel, prevalenciája 63-81% a közelmúltban jelentett esetek alapján.¹
- Thrombocytopeniával és/vagy nem portalis hipertensio következtében fellépő splenomegáliával társult, izolált (normál transferrin szaturáció mellett kialakuló) hyperferritinaemia esetén felmerül a GD1 lehetősége.¹



A Gaucher-kór tesztelése szárított vércsepp mintán (DBS)

Kóros DBS eredmény esetén javasolt a beteget a Gaucher-kórral foglalkozó centrumba irányítani

B-glükocerebrozidáz aktivitás mérése leukocytákban vagy fibroblastokban (<20% a kontrollcsoportéhoz képest diagnosztikus), GBA genetikai analízis, glükózil-szfingozin, valamint betegség súlyosságának meghatározása és kezelése

Az 1. hivatkozás 4. ábrájának grafikai bemutatása.

*GD-s betegeknek ritkán alakul ki májcirrhosis és portalis hipertensio, a splenomegalia súlyossága pedig nem arányos a Gaucher-kórhoz kapcsolódó májbetegség stádiumával.

Irodalom:

1. Marchi G, Nascimbeni F, Motta I, et al. Hyperferritinemia and diagnosis of type 1 Gaucher disease. Am J Hematol. 2020; 95(5):570-576.

2. Motta I, Consani D, Stroppiano M, et al. Predicting the probability of Gaucher disease in subjects with splenomegaly and thrombocytopenia. Sci Rep. 2021; 11(1):2594

GD: Gaucher-kór (Gaucher Disease); GD1: 1-es típusú Gaucher-kór (Gaucher Disease type 1); MGUS: Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance; DBS: szárított vércsepp-minta (Dry Blood Spot test); GBA: glükocerebrozidáz.

SANOFI-AVENTIS Zrt.; 1138 Budapest, Váci út 133., „E” épület 3. emelet; Telefon: (+36 1) 505 0050.

Gyógyszerinformációs szolgálat: (+36-1) 505 0055; Web: www.sanofi.hu

©2022 Sanofi MAT-HU-2201052 Lezárás dátuma: 2022.07.21.

GAUCHER-
kór

TÖBB KÉRDÉS. MÉG TÖBB KIHÍVÁS.

Az egyetlen proteáz inhibitor mentes, pángenotípusos, pánfibrotikus HCV-kezelés, a sofosbuvir/velpatasvir alkalmazható krónikus HCV-betegeknél az alábbi körülmények esetén is:

Bizonytalan fibrózis státusz ✓

Kompenzált/dekompenzált cirrózis ✓

Egyéb fennálló társbetegségek ✓

EGY VÁLASZ(TÁS). **EPCLUSA**

A legszélesebb körben alkalmazható pángenotípusos kezelés.

Az Epcclusa legalább 6 éves és legalább 17 kg testtömegű betegek számára javallott, hepatitis C vírus (HCV) által okozott krónikus fertőzés kezelésére.

László ismeri a szedett gyógyszer-szereit?

Évának kompenzált cirrózisa van?

Mi Norbert genotípusa?

Terápia-naív beteg Ágnes?

Nem valós betegek

Epcclusa 400 mg/100 mg filmtabletta.
Filmtablettánként 400 mg sofosbuvirt és 100 mg velpatasvirt tartalmaz.

Bővebb információért kérjük olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!
https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/epclusa-epar-product-information_hu.pdf

Ár és támogatás: a készítmény bruttó fogyasztói ára: 4 978 923 Ft.
A támogatás összege: 0 Ft, térítési díj: 4 978 923 Ft.

Forrás: http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfurd_o_tamogat/as/egeszsegugyi_vallalkozasoknak/pupha/Vegleges_PUPHA.html

További információkkal készséggel állunk rendelkezésére:
Fresenius Kabi Hungary Kft., 1025 Budapest, Szépvölgyi út 6. III. emelet
Tel.: +36-1-336-2900
Fax: +36-1-336-2901
www.fresenius-kabi.hu

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

Epcclusa_Hirdetés_2021_08
Az anyag lezárási dátuma: 2021.08.02.



ELŐADÁSOK/POSZTEREK ÖSSZEFOGLALÓI

Az első szerző szerint abc sorrendben

NAFLD/MAFLD - KORÁBBAN ZSÍRMÁJJAL
GONDOZOTT BETEGEINK ÁTTEKINTÉSE AZ ÚJ
NOMENKLATÚRA SZERINT (Poszter)

Czompa D, Hagymási K, Tajthy A oh., Angyal K oh., Szijártó
A, Werling K

*Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar;
Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika*

Bevezetés

A nem alkoholos zsírmájbetegség (NAFLD) a leggyakoribb krónikus májbetegség napjainkban. 2020-ban a betegség lényegét jobban leíró metabolikus diszfunkcióval összefüggő zsírmájbetegség (MAFLD) használatára született javaslat. A MAFLD diagnózisához képalkotóval, biomarkerrel vagy hisztológiával igazolt steatosis mellett három tényező (az obesitas, a 2-es típusú diabetes mellitus vagy legalább két metabolikus kockázati tényező) közül egy jelenléte szükséges.

Célkitűzés és módszer

Hepatológiai ambulanciánkon 2018.01.01-2018.12.31. között zsírmáj miatt gondozott 100 betegnél vizsgáltuk, a MALD diagnosztikus kritériumainak fennállását és azt, hogy van-e szignifikáns különbség a NAFLD ill. a MAFLD csoportok között életkor, nem és FIB-4 score tekintetében. MAFLD csoporton belül vizsgáltuk a fennálló diagnosztikus kritériumok számát és összefüggését a FIB-4 pontszámmal. Statisztikai számításainkhoz Mann Whitney, Kruskal-Wallis és Shapiro-Wilk tesztet használtunk.

Eredmények

A korábbiakban NAFLD miatt gondozott betegek közül 68-nál igazoltuk az MAFLD diagnosztikus kritériumait. Az NAFLD-MAFLD csoportok között nem találtunk szignifikáns különbséget nem és életkor tekintetében. Az MAFLD

csoporthoz magasabb volt a FIB-4 érték, amely jelentősebb kötőszövet-átépülésre utal, de a különbség nem volt szignifikáns (NAFLD: 1,26 (IQR: 0,74-1,57), MAFLD: 1,29 (IQR: 0,64-1,32). A MAFLD esetekben az egy (A), kettő (B) és három (C) diagnosztikai kritériummal is rendelkező betegeknél nem volt statisztikai különbség a FIB-4 értékekben (Kruskal-Wallis teszt, $p=0,487$) és a csoportok páronkénti összehasonlítása esetében sem találtunk szignifikáns különbséget. (Mann Whitney U-teszt, A vs B: $p=0,727$; A vs C: $p=0,319$; B vs C: $p=0,248$).

Konklúzió

A betegség patogenezisének és heterogenitásának további megismerése segíthet a nomenklatura további pontosításában és az előrehaladott kötőszövet-átépüléssel rendelkező, szorosabb megfigyelést igénylő betegek megtalálásához. Célunk a jövőben a beteganyag bővítése olyan esetekkel, ahol a zsírmáj fennállása mellett egyéb májbetegség is igazolható.

TERÁPIAREFRAKTER VARIXVÉRZÉS INTERVENCIÓS RADIOLÓGIAI MEGOLDÁSA MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ ELŐTTI BRIDGINGKÉNT (Poszter)

Czompa D.¹, Leiszter K.¹, Werling K.¹, Hritz I.¹, Miheller P.¹, Papp V.¹, Doros A.¹, Szijártó A.¹, Hagymási K.¹,

¹*Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar; Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest*

Bevezetés: A heveny varixvérzés (AVH) a májsugor gyakori, súlyos, gyakran intenzív ellátást igénylő szövődménye. Kezelését az endoszkópos beavatkozás (ligatio) és a vazoaktív szer alkalmazása jelenti. A betegek 10-15%-ában a megfelelő kezelés ellenére az AVH perzisztál, vagy újravérzés következik be, válogatott nagykockázatú esetekben transjugularis intrahepaticus portosystemás shunt (TIPS) beültetése jön szóba.

Esetismertetés: A **34 éves** PBC/PSC overlap és Crohn colitis miatt gondozott nőbetegnél három elektív ligatiót követően, AVH miatt egy esetben sikertelen ligatio miatt sclerotherapia. majd újravérzések miatt további négy alkalommal történt varixligatio. A **43 éves** PSC és colitis ulcerosa miatt gondozott férfibeteg esetében elektív nyelőcsővarix-ligatiót követően AVH miatt egy alkalommal subcardialis varicositas histoacryl ragasztása, illetve egy alkalommal nyelőcsővarix-ligatio történt. Intervenciós radiológiai vélemény alapján TIPS az anatómiai viszonyok miatt egyik esetben sem volt kivitelezhető, mindkét esetben percutan megoldást: transhepaticus v portae kollaterális embolisatio elvégzését javasolta. A beavatkozások szövődménymentesen megtörténtek, ezt követően AVH nem ismétlődött. Sürgős kivizsgálást követően mindkét beteg májtranszplantációs listára került, s rövid időn belül transzplantáción esett át.

Konklúzió: A társszaktmák együttműködésével alkalmazott percutan transhepaticus varixembolisatio (PTVE) segíthet megelőzni az AVH újravérzését a májtranszplantációig.

A KÓRHÁZI MORTALITÁST BEFOLYÁSOLÓ RIZIKÓTÉNYEZŐK COVID-19 MÁJCIRRHOSIS BETEGEKBEN ÉS ÖSSZEHASONLÍTÁSUK NEM COVID-19 MÁJCIRRHOSIS, VALAMINT COVID-19 NEM MÁJCIRRHOSIS BETEGEK ADATAIVAL – MULTICENTRIKUS ÖSSZEHASONLÍTÓ KOHORSZVIZSGÁLAT (Előadás)

Drácz B¹., Vokó Z²., Müller V³., Szijártó A¹, Werling K.

¹*Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika,* ²*Semmelweis Egyetem Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ*

³*Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika*

Bevezetés: A májcirrhosis egy jelentős rizikótényező a SARS-CoV-2 fertőzött betegek kórházi mortalitásában. Ugyanakkor mindmáig ismeretlen, hogy a rossz prognózis kialakulásában egyedül a COVID-19 fertőzésnek vagy inkább az egyéb etiológiai tényezőknek és komorbiditásoknak van nagyobb szerepe.

Célkitűzés: A vizsgálat célja a COVID-19 májcirrhosis betegek kórházi mortalitását befolyásoló rizikótényezőinek meghatározása és összehasonlítása a nem COVID-19 májcirrhosis, valamint a COVID-19 nem májcirrhosis betegek adataival.

Módszer: Retrospektív epidemiológiai kutatást végeztünk a Semmelweis Egyetem valamennyi COVID-ellátó klinikáján 2020. március és 2022. május között kezelt, a kórházi felvételkor emelkedett májenzimakkal rendelkező 401 SARS-CoV-2 fertőzött beteg bevonásával. A COVID-19 eseteket 302 nem cirrhosis és 99 cirrhosis csoportokra osztottuk, majd a COVID-19 cirrhosis betegcsoportot összehasonlítottuk hasonló stádiumú és súlyosságú 104 nem COVID-19 cirrhosis beteg adataival. A 3 kohorsz klinikai adatait, laboratóriumi paramétereit egy- és többváltozós logisztikus regresszió segítségével értékeltük a

kórházi mortalitás tekintetében, túlélési valószínűségeiket a rizikótényezők alapján stratifikáltuk, és Kaplan-Meier görbéken ábrázoltuk.

Eredmények: A cirrhosis leggyakoribb kiváltó oka az alkohol, minden hatodik eset HCV-asszociált (37/203) volt. A cirrhosis betegek 92%-a legalább egyszer be lett oltva, a nemCOVID-19 cirrhosisban szignifikánsan magasabb volt az mRNS alapú oltások aránya. Az oltatlan COVID-19 fertőzöttek túlélési valószínűsége szignifikánsan alacsonyabb volt. Az adenovírus alapú vakcinával oltottak túlélése COVID-19 cirrhosisban szignifikánsan rosszabb volt a többi oltáshoz képest. A kórházi mortalitás szempontjából az alkohol, a HBV és a HCV független rizikótényezőnek bizonyultak. A COVID-19 cirrhosis betegek közül a CTP-C kórházi mortalitása kétszer akkora volt a CTP-B betegekhez képest (8% vs. 4%). A nem COVID-19 cirrhosis közül a CTP-C kórházi mortalitása hatszor nagyobb volt a CTP-B viszonyítva (11.5% vs. 1.9%). **Következtetés:** A hasonló súlyosságú cirrhosis betegekben a SARS-CoV-2 fertőzés CTP-B stádiumban igen, CTP-C-ben nem befolyásolta a kórházi mortalitást. Etiológiai tényezők közül a toxikus és a HCV-asszociált cirrhosis szignifikáns kockázati tényezőknek bizonyultak. Az mRNS oltások hatékony védelmet nyújtanak cirrhosis betegekben. Az adenovírus alapú oltás szignifikánsan rosszabb prognózissal járt, mint az mRNS oltás.

GÓCOS MÁJBETEGSÉGEK. PARAZITÁK. AMOEBA ÉS ECHINOCOCCUS (Előadás)

Jancsik Viktor

Debreceni Egyetem Klinikai Központ Infektológiai Klinika

A májtályog az amoebiasis leggyakoribb extraintesztinális megjelenési formája. Hazánkban ritka megbetegedés. Kórokozója majdnem mindig az *Entamoeba histolytica*. A legfontosabb klinikai tünet a jobb felső hasi quadráns fájdalma és a láz. Laborban a leukocytosis és az ALKP emelkedése jellemző. A diagnózis a tünetek, a képalkotók lelete és a szerológiai pozitivitás alapján állítható fel. A kezelés alapvetően gyógyszeres. Szöveti és lumenális hatást biztosító szert is alkalmazni kell. Korai diagnózis és kezelés esetén a prognózis jó, a halálozás 1% alatt marad.

Az echinococcosis az *Echinococcus* galandféreg lárva állapota által okozott infekciós kórkép. A betegséget létrehozó 4 faj közül az *Echinococcus granulosus* a legelterjedtebb. Cystás echinococcosist okoz. Magyarországon ritka megbetegedés. Zoonózis. A klinikai kép a cysta helyétől és méretétől függ. A hydatid cysta bárhol lehet a szervezetben, de az esetek 2/3-ban a májban fordul elő. Évtizedekig tünetmentes lehet. Panaszt általában 10cm feletti méret esetén okoz, ami a jobb felső hasi quadráns fájdalma, esetleg émelygés, hányás lehet. A labor eltérések nem jellegzetesek. A diagnózis felállításában a fő szerep az ultrahangé. Specificitása 90-95%. A WHO ultrahang képen alapuló klasszifikációja lehetővé teszi az aktív, átmeneti és inaktív cysta elkülönítését. (Ez alapján választható meg a kezelés). A diagnózis megállapítását a szerológiai vizsgálat segítheti. Gyógyszeres kezelés 5cm alatti cysta méret esetén javasolt. E felett intervenciós radiológiai beavatkozás (PAIR) vagy sebészi megoldás jön szóba a szóródás megakadályozására adott kiegészítő antihelminth terápiával. A kezelés után még évek múlva is lehetséges relapszus.

Az *Echinococcus multilocularis* okozza az alveolaris echinococcosist. Bár ebben a kórképben is alkalmi köztigazda az ember, a végleges gazda a kutyafélék közül itt kiemelten a róka. A súlyosabb kórlefolyás, a jelentős hepaticus- és extrahepaticus szövődmények oka a kórokozó által létrehozott cysták és solid elváltozások tumorszerű növekedése és a „metasztatizáló” jelleg. A diagnosztikában a képalkotók közül főleg a CT informatív, de sokszor egyéb modalitás is szükséges. A diagnózis felállításához a jellemző radiológiai kép, pozitív szerológia és szövettan, pozitív PCR lelet közül legalább kettő megléte szükséges. A diagnózis szinte mindig késik. Felállításakor gyakran inoperábilis a folyamat, de még ilyenkor is ajánlott a kiterjesztett műtétet végezni preoperatív antihelminth kezeléssel, mert ez hozhat klinikai stabilitást. Amennyiben műtét nem jön szóba, marad a tartós gyógyszeres terápia. Kezeletlen esetekben 5-15 év alatt májelégtelenség alakul ki, az 5 éves túlélés 30% a 10 éves 5%.

EXTRAHEPATIKUS MANIFESZTÁCIÓ ELŐFORDULÁSA A MAGYAR WILSON-KÓROS BETEGEKBEN (Poszter)

Németh Dániel¹, Folhoffer Anikó¹, Krolopp Anna¹, Szalay Ferenc¹

¹*Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika,
Budapest*

Bevezetés: Wilson-kórban (WD) a felesleges réz kiválasztása csökken, ami annak progresszív felhalmozódásához, és színes klinikai kép kialakulásához vezet. Mint a betegség klasszikus elnevezése (degeneratio hepatolenticularis) is mutatja, leggyakrabban májbetegség vagy központi idegrendszeri eltérések alakulnak ki. Míg a szemben kialakuló Kayser-Fleischer gyűrű vagy az autoimmun hemolízis fennállása a kórisme felállításában is segítségünkre lehet, más szervrendszerek is érintettek lehetnek, nem ritkán évekig megmagyarázhatatlan tüneteket okozva.

Módszerek: A Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinikájának hepatológiai szakrendelésén az ország teljes területéről érkeznek Wilson-kóros betegek. A vizsgálat során a klinikán regisztrált 274 Wilson-kóros beteg kórtörténetét dolgoztuk fel.

Eredmények: Bár a Wilson-kór leggyakrabban (az esetek közel háromnegyedében) májbetegség formájában jelentkezik, a vizsgált betegek mintegy felének vannak neurológiai vagy pszichiátriai tünetei. Jellemzően mozgászavar (tremor, dysarthria, ataxia, micrographia) alakul ki, de jellemző a figyelemzavar, a kritikátlanság és az alvászavar is. Hat betegnek volt epilepsziája: a két betegség közötti összefüggés egyelőre nem teljesen tisztázott, de betegeinkben a kezelés megkezdését követően nem jelentkezett epilepsziás roham. Neurológiai tünetek nélkül pszichiátriai kórkép ritkán fordul elő. Érdekes

megjegyezni, hogy neuropszichiátriai tünetekkel rendelkező betegek többségének egyidejűleg ismert a májbetegsége is.

A betegek 15%-ában alakult ki hemolitikus anémia, ami egy kivétellel minden betegben a betegség első tüneteként jelentkezett. A hemolízis a betegek egyharmadában heveny májelégtelenséghez társult. Kezelés mellett hemolízist egy betegben sem észleltünk.

A corneában lerakódó réz következtében látható Kayser-Fleischer gyűrű a betegek 60%-ában volt kimutatható. Bár neurológiai tünetek egyidejű fennállása esetén a betegek több, mint háromnegyedében azonosítható volt, a tisztán májbetegekben csak az esetek kevesebb, mint felében volt detektálható. A ritka sunflower cataracta csupán egy betegben került leírásra.

Négy nőbetegben primer amenorrhea volt a WD első manifesztációja. A menstruáció mind a négy beteg esetében helyreállt a kezelés bevezetésével.

Vesebetegség két, szívbetegség (dilatativ cardiomyopathia) egy esetben alakult ki.

Következtetés: A Wilson-kór a klasszikusnak tartott májbetegségen és az idegrendszeri tüneteken kívül igen színes klinikai kép formájában manifesztálódhat. Atípusos, adekvát kezelésre nem reagáló hematológiai, endokrin vagy egyéb eltérés esetén is érdemes felvetni a WD lehetőségét, különösen akkor, ha egyidejűleg májbetegség is fennáll.

PORPHYRIA CUTANEA TARDA, MINT IDÜLT HEPATITIS C-VÍRUS-FERTŐZÉS EXTRAHEPATIKUS MEGJELENÉSE (Poszter)

Leiszter K.¹, Bárdos D.¹, Hahn O.¹, Szijártó A.¹, Hagymási K.¹,

¹*Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar; Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika*

Bevezetés: Idült hepatitis C-vírus-fertőzés esetén a betegek közel 50%-ában alakul kiextrahepatikus betegség, számos szervrendszert érintve. Ennek hátterében a vírusdirekt hatásai, immunmechanizmusok és krioglobulinok képződése is állhat. Az extrahepatikus érintettség a betegség stádiumától független, előre nem megjósolható, ugyanakkor a betegek életminőségét, és a halálozását is ronthatja.

Esetismertetés: 74 éves férfibeteg kórelőzményében kb. 30 éve ismert porphyria cutanea tarda illetve secundaer polyglobulia miatt több alkalommal végzett venasectio szerepelt. Szűrő jellegű hasi UH-vizsgálat során a máj S6-os szegmentumában egy 6 cm-es térfoglalás került leírásra. Hasi CT-vizsgálatot követően végzett célzott szövettani mintavétel hepatocellularis carcinomát (HCC) igazolt. A Klinikánkon több társszakma szakértőinek bevonásával működő, májbetegségekkel foglalkozó munkacsoport a CT és a PET-CT képanyagát is áttekintve több gócú HCC-t véleményezett, amelynek transzarteriális kemoembolizáció (TACE) kezelését javasolta. A HCC etiológiája nem volt tisztázott, ezért hepatológiai kivizsgálása indult, amely során anti-HCV-, majd HCV-RNS-pozitivitás (5,72 E5 U/ml, genotípus 1b) igazolódott, antivirális kezelését kezdeményeztük (ledipasvir + sofosbuvir). TACE kezelését követően végzett kontroll CT-vizsgálat újkeletű májmetasztázisokat, illetve feltehetően másodlagos tüdőérintettséget véleményezett. Onkoteam véleménye alapján szorafenib-kezelése folyamatban. Következtetés: A porphyria cutanea tarda a leggyakoribb, a májat és a bőrt érintő porphyria típus, amely leggyakrabban HCV-fertőzés következménye, ugyanakkor egyéb idült májbetegség esetén is előfordulhat. Bemutatott esetünk a krónikus C-vírus- fertőzéshez társuló extrahepatikus betegségekre, és a HCV-fertőzés korai diagnosztikájában, szűrésében betöltött szerepére kívánja felhívni a figyelmet.

MÁJEREDETŰ HALÁLOZÁS A DAA ÉRA ELŐTT ÉS UTÁN IDÜLT HEPATITIS C VÍRUS FERTŐZÖTT MÁJCIRRHOZISOS BETEGEKBEN EGY ÉSZAKKELET MAGYARORSZÁGI CENTRUM ANYAGÁBAN 2002-2022 (Poszter)

Lombay B.¹, Szalay F.²

¹*Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Miskolc*

²*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest*

Bevezetés, cél: Az idült C vírus hepatitis (CHC) gyakori szövődménye a májsugor, melyhez gyakran társulnak a májeredetű halálozás legfőbb okai, a májelégtelenség és a májrák (hepatocellularis carcinoma, HCC). A nemzetközi irodalmi adatok szerint a direkt ható víruselleni szerek (DAA) által elért sikeres eradikáció jelentősen csökkentette fentebbi szövődmények és ezáltal a májeredetű halálozás gyakoriságát. A tárgykörben elérhető magyar adatok szórványosak.

Betegek és módszer: Munkánkban 2002-2022 között regisztrált 178 (66 férfi/ 112 nő), az első vizit során már diagnosztizált májsugorban szenvedő CHC páciens kórtörténeti adatait tekintettük át. A betegeket DAA-t nem kapott és DAA által elért vírusmentes csoportba soroltuk. Rögzítettük a HCC és a májelégtelenség prevalenciáját, valamint a demográfiai (nem, életkor) és jellemző kórelőzményi adatokat is, valamint az esetleges korábbi antivirális kezelést és a követés időtartamát is.

Eredmények: 92 elhunyt betegnél lehetett májeredetű halálozást megállapítani (64/75 non-DAA és 28/103 DAA páciens), 36, illetve 48 hónapos medián követés alatt. A legsúlyosabb szövődmények aránya non-DAA vs. DAA összehasonlításban: májelégtelenség 81% vs. 35%, $p<0.001$; HCC 36% vs. 15%, $p<0.001$; halálozás 85% vs. 27%, $p<0.001$). A non-DAA csoportban 40 beteg nem részesült korábbi antivirális kezelésben, melynek leggyakoribb oka az interferon (IFN) terápia kontraindikációja volt, a 24 IFN kezelésen átesett közül senki nem ért el tartós virológiai választ (SVR). A DAA csoportban 100% SVR arány volt elérhető. A halálozás

esélyhányadosai (odds ratio, OR) a non-DAA csoportban: májelégtelenség 58(!), HCC 2.88, férfi nem 2.5, diabetes 1.24. OR értékek a DAA csoportban: májelégtelenség+ HCC 48(!), HCC 31.6, májelégtelenség 8.6, diabetes 1.36, 60 év feletti kor 1.18.

Következtetés: Az irodalmi adatoknak megfelelően a DAA kezelések által elért tartós vírusmentesség jelentősen csökkentette a májeredetű halálozási arányokat idült hepatitis C vírus fertőzéshez társuló májzsugorban. Továbbra sem elhanyagolható azonban a májelégtelenség és a HCC aránya a már vírusmentes betegekben, melyek miatt fontos szempont a hosszútávú követés, valamint a cirrhosis prevenciójában nagyon hangsúlyos a szűrés szerepe.

ULTRAHANGOS MÁJ ZSÍROSSÁGI INDEXEK
HATÉKONYSÁGÁNAK ÖSSZEHASONLÍTÁSA A
MÁJELZSÍROSODÁS DIAGNOSZTIKÁJÁBAN (Poszter)

Rónaszéki A.¹, Hagymási K.², Werling K.², Péter Z.², Folhoffer A.³, Zsély B.¹, Keumbi K.¹, Csongrády B.¹, Budai B.¹, Győri G.¹, Kaposi N.¹,

¹*Semmelweis Egyetem, Orvosi Képző Klinika, Radiológiai Tanszék, 1083 Budapest, Korányi Sándor u. 2.*

²*Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológia Klinika, 1082 Budapest, Üllői út 78.*

³*Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, 1083 Budapest, Korányi Sándor u. 2/a*

Célkitűzés: A máj zsíros degenerációjának a korai diagnózisa a zsírmájbetegség prevalenciájának növekedése és potenciális szövődményei miatt egyre növekvő jelentőségű. Kutatásunkban a hepatorenális index (HRI) és a szemikvantitatív, ultrahang alapú pontrendszerek korrelációját vizsgáltuk az objektív, MRI alapú májzsír-meghatározással.

Módszerek: Retrospektív vizsgálatunkat 38 nem alkoholos zsírmáj diagnosissal rendelkező patientsen végeztük, felhísi MRI-, illetve máj ultrahangvizsgálat készült. Az MRI-felvételekből protondenzitás alapján zsírfrakció-számítást végeztünk (PDFF), mígaz ultrahangfelvételek alapján ultrahangos máj zsírossági index (US-FLI) pontot, valamint mesterséges intelligencia által aszisztált HRI-t számítottunk. Ezután mind a US-FLI pontot, mind a HRI-értékeket összevetettük az MRI-felvételek alapján mért PDFF- értékekkel. A statisztikai összehasonlítására Pearson-féle korreláció elemzést, a különböző steatosis stádiumok páros összehasonlítására Student-féle t-próbát használtunk. A US-FLI, illetve a HRI módszerek diagnosztikus pontosságának értékelésére vevő működési karakterisztika (ROC) görbe elemzést végeztünk.

Eredmények: A US-FLI pontrendszer alapján szignifikáns különbséget találtunk a steatosist nem mutató vs. csak enyhe steatosist mutató ($p < 0,0001$), valamint az enyhe vs. közepes steatosist mutató betegek ultrahangfelvételei között ($p = 0,0002$). A HRI-mérés szintén szignifikáns különbséget mutatott az enyhe vs. közepes steatosist mutató betegek között ($p = 0,000112$), de nem volt kimutatható szignifikáns különbség a HRI-értékek alakulását tekintve a steatosist nem mutató vs. csak enyhe steatosist mutató betegek ultrahangos mérési eredményei között ($p = 0,2699$). Erős korrelációt kaptunk mind a szöveti zsírfrakció és a US-FLI pontszámok között ($R^2 = 0,7723$), mind pedig a szöveti zsírfrakció és a HRI-értékek közt ($R^2 = 0,7193$). A két módszer diagnosztikus teljesítményének vizsgálatakor a ROC görbe alatti terület (AUC) az US-FLI esetében a mérsékelt steatosis diagnosztizálására $AUC = 0,93$, HRI esetén $AUC = 0,75$ értéket adott; míg a közepes, illetve súlyos steatosis diagnosztizálására a US-FLI $AUC = 0,98$ értéket, a HRI pedig $AUC = 0,95$ értéket ért el.

Következtetések: Mindkét ultrahangos non-invazív módszer kiváló korrelációt mutatott a szöveti zsírtartalom növekedésével és jól használhatónak bizonyultak a májelzsírosodás mértékének megítélésében.

SPONTÁN BAKTERIÁLIS PERITONITIS (Előadás)

Schneider Ferenc

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Infektológia Szombathely

Bevezetés: A spontán bakteriális peritonitis (SBP) az ascites akut bakteriális infekciója. Felnőttben és gyermekben egyaránt előfordulhat, és jellemzően a dekompenzált májcirrhosis szövődménye. Az előfordulás gyakorisága 18% cirrhotikus betegen.

Anyag, módszer. Irodalmi adatok alapján az SBP halálozása kezelés nélkül 90%, és meghaladja a 80%-ot, ha másodlagosan szepsztikus shock alakul ki. A halálozást jelentősen csökkentheti a korai diagnosztikus haspunkció és az empirikus antimikróbás kezelés. A jól választott antimikróbás kezelés mellett a gyógyhajlam jó, de a visszaesés 70% profilaxis nélkül. SBP-re alapos a gyanú, ha az asciteses beteg állapota hirtelen romlik, ezt láz, hidegrázás, hasi fájdalom, ileus, romló tudat vagy veseelégtelenség kíséri. A betegek 30%-ban tünetmentesek lehetnek. Az SBP elkülönítendő a hasonló tünettel jelentkező akut hastól, bélperforációtól, másodlagos peritonitistől. A haspunktátum laboratóriumi, citológiai és mikrobiológiai vizsgálatával alakítható ki a pontos diagnózis. A **leggyakoribb kórokozók** dominálón Gram-negatív bélbaktériumok (E. coli, Klebsiella), Pseudomonas, a Grampozitívak közül Enterococcus, Staphylococcus, Streptococcus speciesek. A rezisztens törzsek aránya elérheti a 20-30%-ot. Emiatt a nosocomiális környezet és a megelőző antimikróbás kezelés értékelésének szerepe van az empirikus antimikróbás kezelés megválasztásában. Otthon szerzett SBP esetében ceftriaxon, cefotaxim, piperacillin/tazobactam; nosocomiális SBP esetében karbapenem+vancomycin javasolt. Albumin adása javítja a terápia eredményt.

Következtetések. Az SBP prognózisát a sürgősségi ellátás során haladéktalanul elvégzett diagnosztikus haspunkció és

antimikróbás kezelés dönti el. SBP gyógyulása után a kiújulás valószínűsége egy éven belül kb. 70%, amely szekunder profilaxissal, napi 400 mg norfloxacinnal 20%-ra csökkenthető. Primer antimikróbás profilaxis csak súlyos májkárosodásban (Child-Pough C) indokolt folyamatosan napi 400 mg norfloxacinnal.

PRIMER SCLEROTISALO CHOLANGITIS (Előadás)

Schuller János¹,

¹*Uzsoki Utcai Kórház, II. Belgyógyászati Osztály, Hepatológiai Ambulancia, Budapest*

²*Tritonlife Róbert Magánkórház*

A PSC ismeretlen aetiológiájú kórkép, mely a nagy és/vagy a kis epeutak progresszív gyulladásával jár. A diagnózis elsődleges eszköze a MR cholangiographia. Az ERCP pusztán diagnosztikus eszközként történő alkalmazása ma már a cholangitis veszélye miatt kontraindikált, csak terápiásan van szerepe choledocholith eltávolításakor vagy ún. releváns epeúti szűkület sztentelésekor. A májbiopszia akkor szükséges, ha acholestaticus enzimek mellett az MRCP negatív. Ekkor felmerül a kis epeutakat érintő PSC, vagy megfelelő májfunkciók és autoantitestek esetén overlap syndroma gyanúja (PSC+ PBC vagy PSC+AIH) és természetesen számos ritkább, cholestaticus parenchymás májbetegség pl. DILI, granulomás hepatitisek, stb. lehetősége is. A PSC gyógyszeres kezelése megoldatlan. Számos vizsgálat történt szteroid, immunszuppresszív, biológiai kezeléssel és más gyógyszerekkel – melyek sajnos mind negatív eredménnyel zárultak. A vancomycin és a metronidazol pozitív hatásának mutatkozott, alátámasztva a feltételezést, hogy a bakteriális és citokin invázió valamiképp szerepet játszik a PSC patogenezisében, ennek ellenére antibiotikumok folyamatos, vég nélküli adása nem tűnik járható kezelési módnak. Az ursodesoxycholsav javítja a májfunkciókat, de 13-15 mg/tskg adagban nem javítja, 28/-30 mg/tskg adagban pedig egy nagy betegszámú randomizált kontrollált vizsgálat szerint rontja a kórlefolyást. A PSC egyelőre egyetlen hatásos kezelési módja a májátültetés. Ennek egyik fő problémája a donorszervek elégtelensége, a másik a transzplantáció időzítése. PSC-ben igen gyors, ugrásszerű rosszabbodások következhetnek be. Súlyos, úgynevezett releváns epeúti szűkület recurraló vagy akár intractabilis

cholangitisekhez vezethet. A legrettegettebb szövődmény a cholangiocarcinoma megjelenése, mely a betegség bármely stádiumában kialakulhat és ez esetben a májátültetés már kontraindikált. PSC-ben a CCA mellett fokozott az epehólyag és a colorectalis rákok rizikója, valamint cirrhosis stádiumában a hepatocellularis carcinoma rizikója is. Mindezek miatt rendkívül fontos a PSC-s beteg rendszeres gondozása. Ennek része a májbetegek gondozása során szokásos klinikai vizsgálat, a laboratóriumi és képalkotó kontroll, de ezt ki kell egészíteni a fenti tumorok iránti szűrővizsgálatokkal és mindent mérlegelve a májátültetés időben történő indikálásával.

ÚJ HEPATITIS A VÍRUS (HAV) TÖRZS MEGJELENÉSE MAGYARORSZÁGON. KLINIKUM ÉS VIROLÓGIA (Előadás)

Szanka Judit¹, Dencs Ágnes²¹*Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Infektológiai Osztály* ²*Nemzeti Népegészségügyi Központ, Viroológiai Laboratóriumi Osztály, Budapest*

A vakcinák elterjedésével és a javuló környezeti-szociális viszonyokkal együtt a hepatitis-A fertőzések is ritkábbá váltak Magyarországon. A COVID éra közepén meglepetésként ért minket, hogy 2021. decemberétől egyre több hepatitis A fertőzött beteggel találkoztunk a Dél-Pesti Centrumkórházban. Már ekkor feltűnt, hogy ezen betegek többsége az MSM populációból került ki, klinikumában pedig kissé eltért a korábban megszokott hepatitis A járványoktól. A betegek 60%-át kellett hospitalizálni, elhúzódó sárgaság, extrém magas májfunkciós enzimek, alvadási zavarok kialakulása miatt. Felmerült, hogy ezeket a szokatlan lefolyású megbetegedéseket esetleg egy, a korábban Magyarországon keringő törzsektől eltérő variáns okozza.

A Hepatitisz Vírusok Nemzeti Referencia Laboratóriumába július végéig 220 beteg savó és széketmintája érkezett hepatitis A vírus RNS kimutatás céljából. Többségében a Dél-Pesti Centrumkórházból érkeztek, ahol július végéig 165 beteg szorult ellátásra. További 6 budapesti és 6 vidéki kórházból is jöttek minták. A vizsgált betegek közül 156 lett HAV PCR pozitív, közülük 149 beteg fertőzését azonos IB szubtípusú törzs okozta. A filogenetikai vizsgálat során kiderült, hogy egy olyan vírustörzsről van szó, amit korábban sem Magyarországon, sem Európában nem mutattak ki, sőt a nemzetközi GenBank adatbázisában sem található pontos egyezés. A hasonlóságok alapján feltételezhető, hogy a törzs észak-afrikai eredetű. További 5 esetben ettől eltérő IB szubtípus, és mindössze 2 esetben IA szubtípus volt a kórok.

Az eddigi adatok alapján az új HAV IB törzzsel történt fertőzések elsősorban az MSM populációt érintették, de a vírus átlagpopulációba is kijutott, így az elkövetkezendő években akár dominánssá is válhat hazánkban. Két eset bemutatásával szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy milyen szövődményekkel kell számolni az új vírustörzs esetében.

2022-ES TAPASZTALATOK, PROBLÉMÁK A BV HCV SZŰRÉSSSEL KAPCSOLATBAN (Előadás)

Ujhelyi Eszter, Fekete Dávid, Czeglédi Szilvia, Takács Ádám, Széll András,

MikroMikoMed Kft, Budapest

Két év COVID kihagyás után újraindult a BV (büntetés végrehajtás) HCV program. 2022 első félévében 16 BV intézetben történt HCV szűrés önkéntes jelentkezés alapján. (Budapest Kozma utca, Állampuszta, Bernátkút, Sándorháza, Mélykút, Pálhalma, Ballasagyarmat, Kalocsa, Martonvásár, Baracska, Vác, Márianosztra, Sátoraljaújhely, Sopronkőhida, Szeged, Tököl) 2022 július 31.-ig

16 BV intézetben 4.158 szerológiai HCV szűrővizsgálat történt, elsősorban a fogvatartottak, illetve az állomány részére. 412 esetben volt pozitív a szerológiai vizsgálat (9,9 %). 231 esetben (5,55 %) volt mérhető vírusmennyiség. 4 esetben kevés minta miatt a PCR vizsgálatot nem lehetett elvégezni. Minden PCR pozitív esetben megtörtént a genotípus meghatározás.

A HCV szeropozitív betegek HepRegbe történő bevitele során derült ki, hogy sok olyan HCV fertőzött van, akit új betegként nem lehetett bevinni, mert korábban már valamelyik kezelőorvos regisztrálta, kezelte. A PCR pozitívak 18,6 %-a már regisztrált volt. Azoknál a személyeknél, ahol csak születési dátum volt, TAJ szám nem, szintén nem működött az adatbevitel (6,6 %). A korábban már regisztrált, kezelt betegek közül sok esetben extrém magas HCV kópiaszámot mértünk. Ennek oka több is lehet, a betegek Covid miatt nem kezdhették el a kezelést, vagy elkezdték, de nem fejezték be, vagy a korábbi kezelés eredménytelen volt. Ugyanakkor sok HCV szeropozitív beteg negatív PCR eredménnyel nem szerepelt a HepRegben, náluk feltehetően spontán clearance történt.

A genotípus megoszlás a BV intézetekben eltérő volt. A korábbi évekhez hasonlóan legtöbb az 1/a genotípus volt, (57%) de

jelentősen megemelkedett a 3-as genotípus gyakorisága is. (27%).

Laborunk csak az új betegek felvételét, és rendelés szám esetében a labor adatokat tudja beírni. A korábban már regisztrált betegek esetében a kezelőorvosnak kezelésen kívüli RNS kérést kell feladnia ahhoz, hogy az eredményeket beírassuk. Sajnos több BV intézet HCV pozitív betegeinek labor adatait nem tudtuk beírni a rendelés azonosító hiánya miatt, így ezek a HCV pozitív magas VL-lel rendelkező betegek kezelését nem lehet elindítani.

INTERFERON-ALAPÚ ÉS DIREKT HATÓ ANTIVIRÁLIS SZEREK HATÉKONYSÁGÁNAK ÖSSZEHASONLÍTÁSA HCV KEZELÉSÉBEN AZ ELÍTÉLTEKNÉL (Előadás)

Werling Klára, *Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest*

Bevezetés: Az elítéltek között a HCV fertőzöttek aránya többszöröse a lakosságénak. Az ő szűrésük és kezelésük fontos, mert szabadulásuk után nem terjesztik tovább a vírust és ezzel segítik a vírus eliminációját a lakosság körében.

Módszer: A magyar Büntetés-végrehajtási Intézetekben (BV) 2007-től folyik anti-HCV szűrővizsgálat. A pozitív betegeknél ezt követően HCV PCR és genotípus meghatározás történik. A fertőzötteknél önkéntes alapon kezdődik el az antivirális kezelés. Vizsgáltuk az elmúlt 15 év szűrési adatait és összehasonlítottuk a 2007-2017 közötti interferon-alapú és a 2018-tól alkalmazott direkt ható antivirális kezelések hatékonyságát az elítéltek között. A retrospektív adatgyűjtés a Hepatológiai Centrumok adatbázisából és a HepReg adataiból történt.

Eredmények: A magyar börtönök 84%-ban folyik HCV szűrő program és kezelés. Összesen 29.395 betegnél történt ezen időszak alatt anti-HCV szűrővizsgálat. 2075 esetben észleltünk anti-HCV pozitivitást, mely a szűrésen résztvevők 7%. HCV PCR pozitivitást 1284 esetben találtunk, mely a szűrt elítéltek 4.37 %-a. A HCV PCR pozitív betegek közül 795-nél (62%) kezdődött el a kezelés. 641 beteg adatai állnak rendelkezésünkre, melyből 380 interferon alapú, 261 DAA kezelést kapott. Teljes időtartamú volt a kezelés az IFN-alapú kezelés 38%-nál, a DAA kezelések 84%-nál. A kezelés idő előtti befejezésének leggyakoribb okai a szabadulás, más börtönbe helyezés, valamint az IFN-alapú terápiánál a mellékhatások, a nem megfelelő terápiás válasz voltak. A

rendelkezésre álló EOT+24. heti eredmény alapján az SVR 88% volt az IFN-alapú kezeléseknél és 96.8% a DAA kezeléseknél.

Következtetések: A kevesebb mellékhatással járó és hatékonyabb DAA kezeléseket sokkal nagyobb arányban kérik és viszik végig az elítéltek. A rövidebb kezelési idő lehetővé teszi, hogy a DAA terápiát a börtönben befejezzék és a magas gyógyulási arálynak köszönhetően szabaduláskor nem terjesztik tovább a vírust.

HEPATOLÓGIA KONFERENCIÁK

2010-ig Bükfürdő, szervező Dr. Fehér János, Magyar

Májkutatói Társaság elnöke

2011-től három társaság a szervező forgó rendszerben:

2011 Balatonfüred, Hotel Annabella

Szervező: Magyar Gasztroenterológiai Társaság

Hepatológia Szekció

2012 Egerszalók, Hotel Saliris Resort

Szervező: Májbetegekért Alapítvány

2013 Visegrád, Hotel Silvanus

Szervező: Magyar Májkutatói Társaság

2014 Visegrád, Hotel Silvanus

Szervező: Magyar Gasztroenterológiai Társaság

Hepatológia Szekció

2015 Visegrád, Thermal Hotel

Szervező: Májbetegekért Alapítvány

2016 Visegrád, Thermal Hotel

Szervező: Magyar Májkutatói Társaság

2017 Visegrád, Thermal Hotel

Szervező: Magyar Gasztroenterológia Társaság

2018 Visegrád, Thermal Hotel

Szervező: Májbetegekért Alapítvány

2019 Visegrád, Thermal Hotel

Szervező: Magyar Májkutatói Társaság

2020 Visegrád, Thermal Hotel

Szervező: Magyar Gasztroenterológia Társaság

2021 Visegrád, Thermal Hotel

Szervező: Májbetegekért Alapítvány

2022 Visegrád, Thermal Hotel

Szervező: Magyar Májkutatói Társaság

FEHÉR JÁNOS EMLÉKELŐADÁS KITÜNTETÉS

- 2014 Pár Alajos
- 2015 Schaff Zsuzsa
- 2016 Perner Ferenc
- 2017 Hunyady Béla
- 2018 Fehér Erzsébet
- 2019 Gógl Árpád
- 2020 Szalay Ferenc
- 2021 Gervain Judit
- 2022 Tornai István

TELEGDY LÁSZLÓ ÉLETMŰ DÍJ ÉS ELŐADÁS

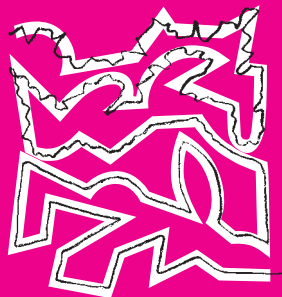
- 2015 Nemesánszky Elemér
- 2016 Schaff Zsuzsa
- 2017 Szalay Ferenc
- 2018 Ribiczey Pál
- 2019 Horváth Gábor
- 2020 Rókusz László
- 2021 Nem került kiadásra
- 2022 Pár Alajos

TELEGDY LÁSZLÓ FIATAL KUTATÓI ÖSZTÖNDÍJ

- 2015 Dezső Katalin: Szerkezeti változások a májban a cirrhosis kialakulása során
- 2016 Patai Árpád: AFP-negatív és AFP-pozitív hepatocelluláris carcinomák klinikopatológiai összehasonlítása
- 2017 Tornai Tamás: Bélbarrier károsodás szerepének vizsgálata a krónikus májbetegségre rakódott akut májelégtelenség kialakulásában
- 2018 Rottenberger Zsolt: Citokeratin-18, mint biomarker a noninvaszív májdiagnosztikában
- 2019 Egresi Anna: Fluorimetriás szűrővizsgálat a fehérje-karbonil kimutatásához krónikus májbetegségekben
- 2020 Bakó Fruzsina és Fekete Dávid: Hepatitis C vírus előfordulása és genotípus megoszlása a magyar büntetés végrehajtási intézetek fogvatartottjai körében
- Dr. Lőrinczi Csaba: VITRO-score, mint új potenciális biomarker szerepe a nyelőcső varicositas és szövődményeinek előrejelzéseiben
- különböző fibrosis stádiumú nem alkoholos zsírmájbeteggekben
- 2021 A covid járvány miatt nem került kiírásra

Hepatikus encefalopátia:

TÉRJEN VISSZA
A RENDES
KERÉKVÁGÁSBA



A Hepa-Merz granulátum a csökkent májműködés (például májcirrózis) által okozott kórállapotok kezelésére alkalmazható.

A Hepa-Merz granulátum L-ornitint és L-aszpartátot tartalmaz, e két hatóanyag javítja az elégtelenül működő máj méregtelenítő funkcióját, elősegíti az ammónia eltávolítását.

VÉNY NÉLKÜL KAPHATÓ GYÓGYSZER

Hepa-Merz granulátum belsőleges oldathoz 30x5g • Hatóanyag: L-ornitin-L-aszpartát • OGYI-T-01946 • Keresse a patikákban! • Kérjük, figyelmesen olvassa el a dobozban található betegájékoztatót (OGYI/47204/2010) • Gyártó: Merz Pharmaceuticals GmbH, Frankfurt, Németország • Képviselő: Shila-Medic Kft., 4030 Debrecen, Puttony u. 35.

A dokumentum lezárásának dátuma: 2022. augusztus 19.

A KOCKÁZATOKRÓL ÉS MELLÉKHATÁSOKRÓL OLVASSA EL A BETEGTÁJÉKOZTATÓT, VAGY KÉRDEZZE MEG KEZELŐORVOSÁT, GYÓGYSZERÉSZÉT!

[illegible]

[illegible]

[illegible]

44

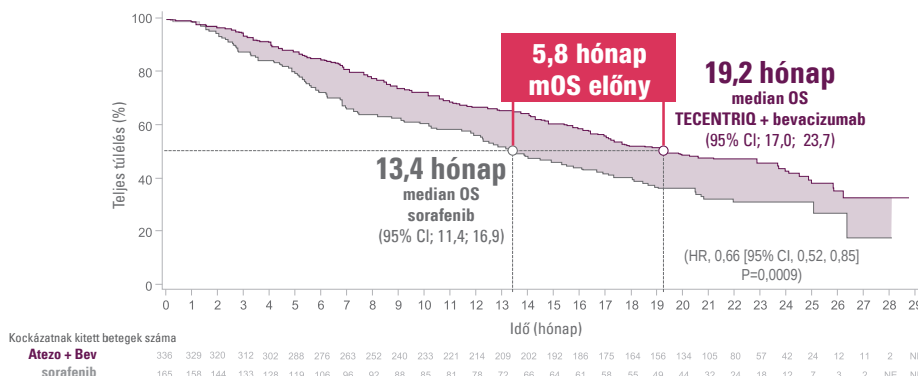


TECENTRIQ® + bevacizumab standard terápia

az előrehaladott vagy nem reszekábilis
hepatocelluláris karcinóma elsővonalas kezelésében^{2,3}

TECENTRIQ®
atezolizumab

**IMbrave150: 5,8 hónappal hosszabb medián túlélés a
TECENTRIQ® + bevacizumab karon^{1,4}**



**A TECENTRIQ® + bevacizumab kombináció
34%-al csökkentette a halálozás kockázatát a sorafenibbel szemben^{1,4}**

TERÁPIÁS JAVALLATOK:²

A TECENTRIQ® bevacizumabbal kombinációban előrehaladott vagy nem reszekábilis hepatocelluláris carcinómában (HCC) szenvedő, olyan felnőtt betegek kezelésére javallott, akik korábban szisztémás kezelésben nem részesültek.

Bővebb információt olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását: www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatabazis
Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu honlapon a Publikus Gyógyszerár - lakossági tájékoztató alatt található információkat.
Kérjük, hogy a terápia megkezdése előtt olvassa el a kombinációs készítmények alkalmazási előírásait!

Adagolás: 2 hetente 940 mg intravénás alkalmazásban, vagy 3 hetente 1200 mg intravénás alkalmazásban, vagy 4 hetente 1680 mg intravénás alkalmazásban. A TECENTRIQ®-et kell először beadni, ha ugyanazon a napon adják be, mint a bevacizumabot. 15 mg/tkg bevacizumabot kell beadni 3 hetente. A TECENTRIQ®-kezelést a kedvező klinikai hatás megszűnéséig vagy a kezelhetetlen toxicitás kialakulásáig ajánlott folytatni.
A TECENTRIQ® 1200 mg intravénás alkalmazását tartalmazó koncentrátum oldatos infúzióhoz, 20 ml-es injekciós üvegben.
A TECENTRIQ® 940 mg atezolizumabot tartalmazó koncentrátum oldatos infúzióhoz, 14 ml-es injekciós üvegben.

Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelezzék bármilyen feltételezett mellékhatást. A feltételezett mellékhatásokat bejelentheti közvetlenül a hatóság részére a hatóság honlapján található bejelentő lapon: https://www.ogyei.gov.hu/gyogyszer_mellékhatas. A bejelentő lapot elküldheti e-mailen: ajr.bon@ogyei.gov.hu, faxon: +36-1-898-9472 vagy postai úton (Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet) 1372 Budapest, Pf. 450. A nemkívánatos események a Roche gyógyszerbiztonsági egysége felé is jelenthetők: a www.roche.hu honlapon található bejelentő lapon, a hungary.drugsafety@roche.com e-mail címen vagy az alábbi elérhetőségeken: Roche (Magyarország) Kft. H-1112 Budapest, Balatoni út 2/a. Tel: 0612794500. Fax: 0612794501.

Referenciák: 1. Richard S. Finn et al. IMbrave150: Updated overall survival (OS) data from a global, randomized, open-label phase III study of atezolizumab (atezo) + bevacizumab (bev) versus sorafenib (sor) in patients (pts) with unresectable hepatocellular carcinoma (HCC). GI ASCO 2021 Abstract 267, <https://meetinglibrary.asco.org/record/194237/abstract>; 2. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tecentriq-epar-product-information_hu.pdf; 3. <https://www.esmo.org/guidelines/gastrointestinal-cancers/hepatocellular-carcinoma/update-hepatocellular-carcinoma-algorithm>; 4. Finn RS. IMbrave150: updated overall survival data from a global, randomized, open-label Phase III study of atezolizumab + bevacizumab vs sorafenib in patients with unresectable hepatocellular carcinoma. Gastrointestinal Cancers Symposium 2021

További információ: Roche (Magyarország) Kft. 1112 Budapest, Balatoni út 2/a., Tel: 06-1-279 4500, Fax: 06-1-279 4501, e-mail: hungary.medinfo@roche.com Internet: www.roche.hu

MF-HU-00000511, Lezárás dátuma 2022.07.25



Van, ami nem várhat!



Enzimpótlás azonnal Lactase rágótablettával

térítési díj: 100 db / 2183 Ft*



- ✓ GYÓGYSZERKÉNT TÖRZSKÖNYVEZVE
- ✓ OEP TÁMOGATÁSSAL (100 DB)
- ✓ 1 RÁGÓTABLETTA 10 g LAKTÓZ (2 dl TEJ) BONTÁSÁHOZ ELEGENDŐ
- ✓ KÖZGYÓGYELLÁTOTTAKNAK RENDELHETŐ

Hatóanyag: 1 db rágótabletta 3412 mg laktázt (2000 FCCU) tartalmaz. **Javallat:** laktózintolerancia. **Ellenjavallat:** az alkotórészekkel szembeni gyógyszerérzékenység. **Adagolás:** laktóz tartalmú étkezést megelőzően elrágni. Egy rágótabletta 2 dl teljes tejben lévő laktóz (10 g) feldolgozásához elegendő. **Mellékhatás:** obstipáció, túlérzékenységi reakció. **Gyógyszerkölcsonhatás:** Na- és K-ionok jelenléte fokozhatja a laktáz enzim aktivitását, Ca-ionok és nehézfémek in vitro gátolják az enzim aktivitását. **Lactase rágótabletta 100x térítési díj 2183 Ft*** (fogy. ár: 4851 Ft, támogatás 55%: 2668 Ft). További szakmai információért kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot (OGYEI/703/3/2019), vagy hívja információs irodánkat: Strathmann KG képviselete Telefon: (36-1) 320-2865, email: info@strathmann.hu • Az információ lezárásának időpontja: 2022. január 5.



STRATHMANN