ÖSSZEFOGLALÓK Abstracts

A MAGYAR STD TÁRSASÁG XII. NAGYGYŰLÉSE, VENEROLÓGIAI TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAM

POSTGRADUATE VENEREOLOGICAL MEDICAL EDUCATION AND THE XIITH CONFERENCE OF THE HUNGARIAN STD SOCIETY

2007. NOVEMBER 23-24., BUDAPEST

SYPHILIS ÉS A MULTIREZISZTENS GONORRHOEA – A XXI. SZÁZAD ÚJ KIHÍVÁSA?

SYPHILIS AND MULTI-DRUG RESISTANT GONORRHOEA – NEW CHALLENGES OF THE XXIST CENTURY?

Dudás M.[1], **Kaszás K.**[1], **Várkonyi V.**[2] (Országos Epidemiológiai Központ[1], SE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika[2]): **A syphilis és gonorrhoea járványügyi helyzete a 21. században – Európai körkép** (Syphilis and gonorrhoea in the XXIst century – a European perspective).

Az 1970-es évek elejétől egyre kevesebb syphilises és gonorrhoeas megbetegedést jelentettek Európa országaiból. Az esetszámok csökkenése tovább folytatódott egészen a 90-es évek közepéig, amikor a nemi betegségek incidenciája sok európai uniós tagállamban elérte az addig mért legalacsonyabb értéket. A 90-es évek elején a térségünkben zajló politikai-társadalmi változások venerológiára kifejtett hatása azonban nem maradt el. A XX. század utolsó felére drámai helyzet alakult ki a Szovjetunió utódállamaiban, amely hatásának tulajdonítható, hogy 1996-ban a fertőző syphilis megbetegedések ismételt növekedését regisztrálták Európa több nagyvárosában, és a legtöbb országban a syphilis incidencia a kis kockázatú populációban is növekedett. A szerzők előadásukban elemzik a syphilis és a gonorrhoeás megbetegedések incidenciájának változását Európa országaiban, különös tekintettel a nyugat-európai és a kelet-európai országok közti különbségekre, illetve a keleti régió járványügyi helyzetének hatására a közép-kelet-európai régióra köztük Magyarországra.

Marschalkó M. (SE ÁOK Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika): **Syphilis szerológiai diagnosztikája** (Serodiagnosis of syphilis).

A friss syphilises (sy) megbetegedések száma az utóbbi években növekvő tendenciát mutat hazánkban és a környező országokban. A jelentős társadalmi-szociális változások új feladatok elé állítják a témával foglalkozó laboratóriumokat, ugyanakkor az új technikák segítségével biztosabb szerológiai diagnosztikai eredmények várhatók. A sy fertőzéssel társult HIV megbetegedések, a connatalis sy, a neurosy esetek számának növekedése speciális problémát jelent. *Szűrő*vizsgálatok céljára a csapadékos lipoid próbákat (RPR, VDRL), hazánkban is felváltották a treponema alapú tesztek: TPHA, T. pallidum enzim immuno assay (EIA). A betegség verifikálására TPHA, T. pallidum EIA teszt alkalmas, az EIA tesztek automatizálhatósága külön kiemelendő előny. Immunoblot vizsgálat a problémás esetek vizsgálatára használatos, az IgM immunoblot kiemelkedő jelentőségű a connatalis sy diagnosztikájában. Neurosyphilis diagnosztikában a liquor vizsgálat szerepe elengedhetetlen, liquor VDRL, titrált TPHA, liquor albumin/globulin értékek szérummal, történő egybevetésével. *Reinfekció*, szerorezisztencia, a kezelés hatásosságának megítélésében a lipoid ellenanyagok mennyiségi meghatározása maradt változatlanul az alapvető diagnosztika módszer.

Pálfi Zs. (SE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika): **Genitális fekélyek differenciáldiagnosztikája** (Differential diagnosis of genital ulcers).

A világon évente több mint 20 millió beteg jelentkezik orvosnál a genitális régióban kialakult fekéllyel. A klinikai kép alapján a diagnózis nem mindig egyértelmű. A pontos anamnézis felvétele, az epidemiológia tisztázása, illetve számos megerősítő vizsgálat segítheti a klinikust a kórisme felállításában, a megfelelő kezelés alkalmazásában. A genitális fekélyek eredete szerint megkülönböztethetünk (1) traumás, (2) infekciós és (3) egyéb bőrbetegséggel összefüggésbe hozható folyamatokat. Hazánkban herpes simplex vírus infekció áll leggyakrabban a fertőzéses eredetű fekélyképződés hátterében. A tünetek kialakulásáért a HSV-2 mellett

az esetek egyre nagyobb részében sikerül a HSV-1 infekciót igazolni. Emellett a *Treponema pallidum* fertőzés a genitális fekélyképződés másik lehetséges okozója. Ulcus durum esetén gondolnunk kell arra, hogy a szifilisz szerológiai vizsgálat még negatív lehet. Ilyenkor nagy hangsúlyt kell fektetni a lézióból történő direkt kórokozó kimutatásra: a sötétlátóteres vizsgálat elérhetősége a mai napig elengedhetetlen. Az első ulcus vulvae acutum esetet 1913-ban *Lipschutz* írta le. Azóta a kórkép infektív eredetét is igazolták: *Salmonella paratyphi* valamint egyéb bakteriális fertőzés mellett az utóbbi években több közlés Epstein-Barr vírus infekció szerepét vetette fel a kórképpel kapcsolatban. A fokozódó turizmus miatt genitális fekélyek előfordulásakor a hazánkban eddig ritkán előforduló lymphogranuloma venereum és a chancroid lehetőségére is gondolnunk kell. Meg kell említeni a hazánkban nem jellemző, azonban a nemzetközi irodalomban megtalálható egyéb genitális fekélyképződéshez vezető infekciókat (mycobacterium, leishmania, amoeba stb) is. Számos olyan bőrbetegség jár genitális fekélyképződéssel, ahol primer infekció nem igazolható. Malignus folyamatok gyanúja esetén a diagnózis szövettani igazolása fontos. Utóbbi a Behcet szindróma, illetve ulcerosus lichen planus diagnosztikájában is segíti a klinikust. Traumás eredet során fontos az anamnézis. Az artefact kórisme felállítása pedig sok esetben csak az egyéb okok kizárásával lehetséges. Jelen összefoglaló előadásunk olyan útmutató, amely segítségül szolgálhat a genitális fekéllyel jelentkező betegek ellátásakor a helyes diagnózis megtalálásában és a megfelelő terápia kiválasztásában.

Pónyai K., Pálfi Zs., Palikó B., Tabák R., Tóth B., Tóth V., Szojka G., Kárpáti S., Várkonyi V. (SE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika): **A Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumának gonorrhoeás esetei 2000 januártól napjainkig** (Gonorrhoea infections detected by STI Center, Semmelweis University).

A szerzők a Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika STD Centrumának gonorrhoeás eseteit dolgozzák fel, 2000 januárjától 2007 nyaráig. Értékelik a kezelésbe vett eseteket nemek, korcsoport megoszlás és szexuális orientáció szerint. Vizsgálják az egyéb rizikótényezőket is a fertőzés akvirálása szempontjából (prostituáltak szolgáltatásai, pornófilmezés). A transzmisszió szempontjából az extragenitalis lokalizációjú *N. gonorrhoeae* infekció szerepe az irodalmi adatok szerint az utóbbi években jelentősen megnőtt. Az adatok értékelésénél az előadók a pharyngeális és analis gonorrhoea előfordulási gyakoriságára is kitérnek. Az akut urethritis gonorrhoica véleményünk szerint mielőbbi korrekt, a szakmai előírásoknak megfelelő ellátást igényel. Ez különösen azért fontos, mivel egyre gyakrabban találunk polirezisztens gonococcus törzseket. Ezen felül vizsgáltuk azt is, hogy a betegek az ambulanciánkat önként keresték-e fel, vagy nőgyógyászati, urológiai, bőrgyógyászati szakbeutalóval jelentkeztek-e, illetve kontaktusként kerültek – e felvételre.

Szolyka G., Dr.Várkonyi V., Pálfi Zs., Pónyai K., Tóth B., Palikó B., Kárpáti S. (SE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika): ***N. gonorrhoea* törzsek rezisztenciájának alakulása az STD Centrum anyaga alapján 2000-2007 között.** (Trends in the resistance of *N. gonorrhoeae* based on the data of STD Centrum /between 2000-2007/).

A szerző áttekinti a *N. gonorrhoeae* rezisztenciák kialakulásában szerepet játszó rezisztencia mechanizmusokat, majd az STD Centrum Mikrobiológiai Laboratóriumában 2000-2007 között kitenyésztett *N. gonorrhoeae* törzsek rezisztencia adatait elemzi és összeveti az irodalmi adatokkal. Megállapítható, hogy a plazmidon determinált penicillináz termelő törzsek aránya és a kromoszomálisan meghatározott penicillin rezisztencia meghaladja az 50%-ot. A makrolid és tetraciklin rezisztencia emelkedése is megfigyelhető. Megjelentek a tetraciklinekre rezisztens törzsek, melyeknél a rezisztenciát plazmid determinálja. Emlékedik a kinolonokkal szembeni rezisztencia , aránya már 50% felett van.

Bihari Á. (Fővárosi Önkormányzat Kispesti Egészségügyi Intézete, Bőr- és Nemibeteg-gondozó): **Egy gonorrhoeas láncolat és tanulságai** (Lessons of the gonorrhea rangers).

Fertőzőforrás kutatás kapcsán gonorhoeas láncolatot derítettünk ki, melynek tanulságai az alábbiakban foglalhatók össze: jó, ha egy kézben futnak össze a betegek és szexuális kontaktusaik; a veszélyeztetettek vizsgálatára nagy hangsúlyt érdemes fektetni, különös tekintettel a mit sem sejtő állandó partnerre; az orális szex egyre nagyobb tért hódít, hovatovább nélkülözhetetlen a pharynx gonorrhoeae kutatása; empátia nélkül fertőző láncolatot nem tudunk felderíteni; a *„vidék"* sem mentes az extragenitális szextől; a promiszkuus életvitel hátterében drog abúzus is állhat.

Pónyai K., Kuzmanovszky D., Wikonkál N., Várkonyi V., Kárpáti S. (SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika): **Arthritis post-gonorrhoica-differenciáldiagnózis** (Arthritis post gonorrhoica? – a case for diagnosis).

24 éves férfibetegünk esetét mutatjuk be, aki 2007 januárjában jelentkezett belgyógyászati szakbeutalóval Klinikánk STD ambulanciáján. 2006 nyarától észlelte szimmetrikus izületi fájdalmait, amelyek főként a lábfejekre ill. kiskéz izületekre lokalizálódtak, ill. esetenként mozgásképtelenségig fokozódtak. Ezzel egy időben 20kg-ot fogyott, subfebrilis periódusai jelentkeztek, általános állapota gyengült. Reumatológiai szakrendelésen secunder polyarthritist állapítottak meg, amelynek hátterében chronicus tonsillitist véleményeztek, a tonsillectomia megtörtént, de panaszai továbbra is fennálltak. Az általános állapot gyengülése, fogyás és gravis anaemia miatt, haematológus szakorvos sternum punctiot ill. gastroscopiát indikált, amelyek során eltérést nem találtak. Tekintettel a beteg anamnézisében szereplő, 16 éves korában aquirált, és a területi BNG-ben a szakmai szabályoknak megfelelően kezelt urethritis gonorrhoica acuta miatt irányították a beteget Klinikánk STD Ambulanciájára a feltételezett perzisztáló gonorrhoeás fertőzés kizárása céljából.

Kormos L.[1], Pintér E.[2], Kósa Cs.[3], Petrovicz E.[1], Budai J.[4] (Szent László Kórház, VI. Belgyógyászati Osztály[1]; Klinikai Kémiai Laboratórium[2]; VII. Belgyógyászati Osztály[3]; Neuroinfektológiai Osztály[4]): **Lues okozta akut meningo-myelitis** (Syphilitic meningitis. Case report).

Esetismertetésünk egy 40 éves nőbeteg kórtörténetét elemzi, aki 2003 októberében került átvételre egy budapesti kórházból a Szent László Kórház Neuroinfektológiai Osztályára 2 hete tartó, fokozódó alsó végtagi petyhüdt paresis, fejfájás, hőemelkedés, valamint liquorvizsgálat során észlelt fehérvérsejtszám-szaporulat miatt, meningitis purulenta beutaló diagnózissal. Meningeális tüneteket nem észleltünk, a láztalan beteg tudata tiszta volt. Valamennyi rendelkezésre álló adat alapján a purulens meningitis gyanúját elvetettük, új etiológiai hátteret kerestünk a bizarr klinikai képhez. Sem a képalkotó vizsgálatok, sem a standard mikrobiológiai vizsgálatok nem adtak támpontot, parázs vita alakult ki a betegség eredetét illetően közöttünk. Fertőző és nem fertőző betegségek egyaránt felmerültek, így szisztémás autoimmun betegség központi idegrendszeri manifesztációja is. Ennek kapcsán nem-specifikus autoimmun markerként vizsgált VDRL pozitív volta, egyéb autoantitestek hiányában és az addig tisztázatlan anamnesztikus adatok pontosítása vezetett a *Treponema pallidum* kóroki szerepének felderítéséhez. Betegünknél akut lueses meningomyelitist diagnosztizáltunk, 14 napig alkalmazott penicillin (4x5 ME/nap) terápiát követően maradványtünetek nélkül gyógyult.

HIV ÉS HEPATITIS C INFEKCIÓK
(HIV AND HEPATITIS C INFECTIONS)

Csohán Á. (Országos Epidemiológiai Központ): **HIV/AIDS helyzet és megelőzés Európában** (HIV/AIDS situation and prevention in Europe).

A HIV/AIDS napjainkban is az egyik legjelentősebb járványügyi probléma Európában. 2005-ben 28 044 újonnan diagnosztizált HIV fertőzést jelentettek és mintegy 700 000-re tehető az életben lévő fertőzöttek becsült száma. Az 1 millió lakosra számított új HIV bejelentések száma Észtországban (500 eset) és Portugáliában (250) volt kiemelkedően magas. Magyarországon 1 millió lakosra 11 új felderített HIV-fertőzött jutott. Európában az újonnan felderített HIV- pozitív személyek mintegy 70%-a szexuális úton fertőződött. Nyugat- és Közép-Európában – így hazánkban is – a homoszexuális férfiaknak, valamint a generalizált járvánnyal sújtott országokból bevándorló heteroszexuálisoknak van kiemelt szerepe a HIV terjesztésében. Kelet-Európában a HIV-járvány alakulását még döntően a fertőzött intravénás droghasználók befolyásolják. Aggasztó jelenség, hogy Kelet-Európában és a Balti államokban igen magas a 15-24 éves fertőzöttek aránya, és nő a fiatalok körében a kockázatos szexuális magatartást követők száma. Becslések szerint az ismeretlen, fel nem derített HIV-fertőzöttek aránya Európában kb. 30% (Ukrajnában 94%) és a rejtett vírushordozók felelősek az új fertőzések 56-60%-áért. Európában azon belül Magyarországon is a HIV-fertőzések megelőzésében a hangsúlyt a felderített fertőzöttek számának növelésére, a rizikócsoportba tarozók szűrővizsgálatainak kiterjesztésére kell fordítani. A szűrővizsgálatok kezdeményezésében kulcsszerepe van az egészségügyi dolgozóknak. Meg kell változtatni az AIDS-szel kapcsolatos vélekedéseket: a HIV-fertőzés a HIV-betegség korai stádiumban diagnosztizálható, a korai kezelés meghosszabbítja az életet és megváltoztatja az életminőséget. Új módszerekre és új kampányokra van szükség a HIV terjedésének megelőzésben.

Podányi B. (Multimedical Szakorvosi Magánrendelő, Budapest): **A hepatitis C vírus hatása HIV fertőzött populációban** (Effect of hepatitis C virus infection on HIV infected patients).

A nagy hatékonyságú anti-retrovirális kezelés (HAART) kimagasló mértékben csökkentette az AIDS betegek halálozását. Az utóbbi években a HIV fertőzöttek körében a májbetegség lépett elő fő halálozási okká. Elsősorban a hepatitis B vírus (HBV) és a hepatitis C vírus (HCV) fertőzés okozta krónikus hepatitis fenyegeti májelégtelenség és/vagy hepatocellularis carcinoma (HCC) kiváltásával a HIV fertőzöttek életét. Kiemelkedő a HCV fertőzés jelentősége, a védő immunitás hiánya és a fertőzés nagymérvű elterjedtsége miatt. A HCV a WHO megállapítása szerint globális egészségügyi problémája a harmadik évezred elkövetkező évtizedeinek. A világ lakosságának kb. 3%-a fertőzött 170 millió krónikus hordozóval lehet számolni. Az Egyesült Államokban négyszer több a krónikus HCV fertőzött, mint a HIV fertőzött populáció. A HCV fertőzés szexuális terjedése igen csekély, átvitelében a rendszeres donorszűrésnek köszönhetően a vér és vérkészítmények szerepe is fokozatosan csökken a kilencvenes évek óta. A fertőzés átvitelének fő tényezőjévé az intravénás kábítószer használat (IVDU) vált, mely mind a HIV, mind a HCV terjedésében elsődleges szerephez jut. A HIV/HCV együttes fertőzés következménye a felgyorsult fibrosis a májban, melynek következtében hamarabb alakul ki a cirrhosis, amely májelégtelenséghez vezetve okozza a beteg halálát. A másik súlyos szövődmény a HCC, melynek rizikója ezeknél, a betegeknél kiemelkedően magasabb, mint a csak HCV fertőzötteknél. A harmadik tényező a HAART kezelés hepatotoxikus hatása. Míg a májfibrosis késleltethető a CD4 sejtszám emelésével, ALT emelkedés okozásával és a glukóz és a triglycerid emelésével a HAART fokozhatja a májkárosodást *(Barreiro P. és mtsai, 2007).* A krónikus HCV fertőzés specifikus kezelése (pegilált interferon-alfa alapú terápia) a HIV/HCV fertőzött betegeknél stabilizálja a máj állapotát, vagy a fibrosis regresszióját eredményezi, szemben a kezeletlen betegek gyorsan előrehaladó máj-fibrosisával. Az eredmények elsősorban a még kompenzált cirrhosis állapotában levő betegnél várhatók *(Rodriguez-Torres M. és mtsai, 2007).* **Konklúzió:** A HIV fertőzöttek HBV és HCV szűrése, az állapottól függően immunizálása, illetve a cirrhosis kialakulása, de legkésőbb a dekompenzáció előtt a megfelelő terápia elvégzése szükséges.

Barabás É., Péterfi Zs. (Országos Vérellátó Szolgálat, Konfirmáló Laboratórium): **HCV fertőzöttség és kockázati tényezők főiskolás-egyetemista véradókban.** (HCV infection and risk factors in high school and university blood donors).

Célkitűzés: Főiskolás-egyetemista véradók HCV fertőzöttségét vizsgáltuk molekuláris biológiai- és szerológiai módszerekkel, amelyből meghatározható a csoportra jellemző HCV incidencia és szero-prevalencia. Kérdőívet készítettünk a HCV transzmissziójában szerepet játszó kockázati tényezők gyakoriságának és a fertőzéssel való kapcsolatának felmérésére. *Donorok:* 3160 fő, 18-25 éves főiskolai, egyetemi hallgatók. Vizsgált időszak: 2005. 09.–2006. 05. *Módszerek: Szero-prevalencia meghatározása:* anti-HCV szűrővizsgálat az OVSz vírus-szerológiai laboratóriumaiban. A reaktív mintákat verifikáltuk. *Incidencia meghatározása:* HCV PCR vizsgálatot végeztünk a friss fertőzések kimutatására Roche COBAS AmpliPrep-Amplicor félautomata rendszerrel, AmpliScreen HCV v2.0 teszttel. *Kockázati tényezők felmérése:* Az általános donor kérdőívben a kábítószer-használat, és a transzfúzió-, a saját kérdőívben a tetoválás, fülbevaló, test-ékszer, akupunktúra, fogászati kezelés, műtét, baleset, rizikó-tényezők teljes élethossz történéseit regisztráltuk. Az intravénás drog használat végleges kizáró ok a véradásból, ilyen esetben mintavétel sem történt. *Eredmények:* A vizsgált populációban anti-HCV pozitív személyt nem találtunk, HCV szero-prevalencia=0. A vizsgálati időszak alatt a PCR vizsgálattal friss HCV infekció nem volt kimutatható, HCV incidencia=0. 2928 véradó számolt be expozícióról. Transzfúziót a donorok 1,2%-a, orális droghasználatot 1,5%-a, akupunktúrát 3%-a, tetoválást 7%-a, test-ékszert 12%-a, balesetet 17%-a, fülbevalót 52%-a, műtétet 53%-a, fogászati kezelés 89%-a jelzett. 2 és 3 kockázati tényező együttes jelölése volt a leggyakoribb. A műtéti fajták közül legnagyobb (45%) a fül-orr-gégészet aránya volt. A hasüregi, szív-érrendszeri, onkológiai és ortopédiai beavatkozások összesen 28% előfordulást mutattak. HCV fertőzött eset híján az esélyhányadost (OR) nem lehetett meghatározni. *Következtetés:* Munkánk az első magyar felmérés, amely véradókban együttesen vizsgálja a HCV incidenciát és szero-prevalenciát, valamint a transzmisszió szempontjából lehetséges kockázati tényezőket. A magyar véradó populációban alacsony HCV incidencia és szero-prevalencia jellemző. A kis kockázatú rizikó faktorok szerepe a HCV transzmisszióban jóval kisebb jelentőségű lehet hazánkban, mint a magas szero-prevalenciával jellemzett országokban.

Hidvégi B., Hársing J., Várkonyi V., Szlávik J., Bánhegyi D., Kárpáti S. (Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemi-

kórtani és Bőronkológiai Klinika, Szent László Kórház Immunológia osztály, Budapest): **Erythema elevatum et diutinum HIV pozitív betegben** (Erythema elevatum diutinum in HIV positive patient).

A 42 éves nőbeteg anamnaesisében említésre méltó nem szerepel. Kb. fél éve észlelt, mk. lábszáron, izületek felett szimmetrikusan megjelenő viszkető, égő bőrtünetek, gyengeség, étvágytalanság, 10 kg-os fogyás miatt több intézményben vizsgálták. Vizsgálatakor mindkét lábon, lábszáron, bokák és térdek felett konfluáló barnásvörös tömött haemorrhagiás plakkokat láttunk. Bőrtüneteiből elvégzett szövettani vizsgálat vasculitis jeleit és vaskos döntően neutrophil sejtekből álló infiltrátumot írt le. Kivizsgálása során a mellkas rtg negatív volt, hasi CT vizsgálat 1 cm-nél kisebb retroperitonealis nyirokcsomókat írt le, haematológiai alapbetegség kizárható volt, immunszerológia eltérést nem mutatott. A klinikai kép erythema elevatum et diutinumnak megfelelt, amelyet a szövettani vizsgálat is alátámasztott. Az elvégzett HIV szerológia megerősítetten pozitív lett, víruskópia száma 150.000/µl volt. Kontaktuskutatás folyamatban. Antiretroviralis kezelés beállítása céljából a beteget Szent László kórház Immunológiai Osztályára irányítjuk. Későbbiekben bőrtünetek célzott kezelése céljából Dapson adása is felmerül. Az erythema elevatum et diutinum ritka leukocytoklastikus vasculitis jeleit mutató krónikus dermatosis, melynek hátterében haematológiai betegség, Crohn-betegség mellett HIV fertőzés is állhat.

Szlávik J. (Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István Kórház és Szent László Kórház Immunológiai Osztály, Budapest). **A kiemelkedően hatékony, kombinált, aniretroviralis kezelés (HAART) klinikai és immunológiai hatása hazai HIV/AIDS betegeknél** (Clinical and immunological impact of highly active anti-retroviral treatment (HAART) in Hungarian HIV/AIDS patients).

Az 1990-es évek közepétől drámaian megváltozott a HIV/AIDS-es betegek túlélési esélye. A proteáz-inhibitorok bevezetésével párhuzamosan a korábban halálos megbetegedés egy jól kezelhető, szigorúan pontos gyógyszerszedéssel évtizedekig tartó túléléssel becsülhető megbetegedéssé vált. Hazánkban is évről évre nő az újonnan felismert HIV-fertőzött betegek száma, de a kiemelkedően hatékony antiretroviralis gyógyszer kombináció alkalmazásának eredményeképpen évente alig-alig halnak meg a betegség következményeként. Hasonlóképpen csökkent az opportunista infekciók és daganatok előfordulásának aránya, ugyanakkor riasztó, hogy az újonnan felismert fertőzöttek jó része már AIDS stádiumban kerül felismerésre. Megfelelő felvilágosítással elérhető lenne, hogy a rizikócsoportba tartozó személyek jelentős része részt vehetne a szűrővizsgálatokon, melynek közegészségügyi vonatkozása (a gyógyszeres kezelésben részesülő HIV-fertőzöttek alig jelentenek fertőzésveszélyt) jótékony hatással lehetne a magyarországi HIV/AIDS járványra.

A HUMÁN PAPILLOMA VÍRUSOK, OKOZTA FERTŐZÉSEK. A GENITÁLÉK INTRAEPITHELIÁLIS CARCINOMÁI, A DIAGNOSZTIKA ÉS A TERÁPIA AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

INFECTIONS CAUSED BY HUMAN PAPILLOMA VIRUSES. INTRAEPITHELIAL CANCERS OF THE GENITALIA. CURRENT ISSUES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT.

Benczik M., Takács T., Jeney Cs., (GenoID Molekulárbiológiai Laboratórium): **HPV típusok prevalenciája, diagnosztikai jelentősége** (The prevalence of different HPV genotypes and the importance of genotyping).

A GenoID több év HPV vizsgálatainak tapasztalataival rendelkezik, mint szexuális úton terjedő fertőzések kimutatására specializálódott központi molekulárbiológiai laboratórium. A külföldön is elismert, általunk kidolgozott, világviszonylatban is újdonságnak számító PCR-alapú GenoID HPV-tipizálási módszer közel 50 típusról tud pontos tipizálási eredményt adni. A típuskimutatás több szempontból is bebizonyosodott, hogy szükséges, melyet nemzetközi tapasztalatok, tanulmányok támasztanak alá. A laboratóriumunkban az elmúlt 6 év alatt kért közel 60 000 vizsgálat is a HPV-tipizálás növekvő jelentőségére mutat rá. Az utóbbi két év (2005-2006) laboratóriumunkban feldolgozott mintáinak epidemiológiai vonatkozásait foglaltuk össze, mely jól tükrözi a magyarországi helyzetet, hiszen a HPV tipizálás döntő többsége a GenoID laboratóriumában történik. A HPV-tipizálásnak jelentősége a méhnyak rák körszerű felderítésében és a beteg követésében van. Daganatos betegség kialakulása szempontjából rizikófaktornak számít a multiplex fertőzés, a vírus perzisztencia, a legonkogénabb típusok jelenléte. A HPV-vakcinációt megelőzően az oltás hatékonysága szempontjából is kiemelt szerepet kap a HPV-tipizálás, az alacsony (6, 11) és magas rizikófaktorú (16, 18) vakcina vírustípussal való fertőzés kimutatására.

Pálfi Zs.[1], Benczik M.[2], Hársing J.[1], Várkonyi V.[1] (SE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika[1], GenoID[2]): **Anogenitális kórképek és a high risk HPV** (High risk HPV in the diseases of the anogenital region).

A bőr- és nyálkahártya területén előforduló kórképek közül számos hozható összefüggésbe a Human papilloma vírus (HPV) infekcióval. A több mint 150 féle HPV-t onkogenitásuk alapján is csoportosítjuk. A magas (high risk) onkogenitású vírusok jelentős szerepet játszanak a malignus tumorok kialakulásában. Ezt az összefüggést elsősorban anogenitális rosszindulatú daganatokban igazolták. A Bowenoid papulosis az anogenitális régióban multiplex, lapos, erythemás, barnás színű papulák, illetve plakkok formájában megjelenő, klinikailag a Lichen ruber planushoz hasonló megbetegedés, amelyet a M. Bowen szövettani képéhez hasonló mag-atípia és mitózisok jellemeznek. A kórkép 1970-ben történt első leírása óta számos HPV-t hoztak összefüggésbe a megbetegedéssel. A Bowenoid papulosis hátterében az esetek jelentős részében a HPV 16-os típusa volt igazolható, de kisebb százalékban a tünetek hátterében egyéb HPV altípusokat is találtak (HPV 18/31/33/39/52/67 stb.). A fentiek kapcsán 5 klinikai esetet kívánunk ismertetni. (1) 36 éves férfinél a glanson a hónapok óta meglévő bőrtünetek hátterében a szövettani vizsgálat is Bowenoid papulosist írt le. A HPV meghatározás során pedig a kórképben eddig nem közölt HPV 66 igazolódott. (2) 57 éves nőnél, az anogenitalisan hónapok óta fokozatosan terjedő növedékek vetették fel a Bowenoid papulosis diagnózisát. A szövettani vizsgálatot követően a kiterjedt léziók megoldására sebészeten került sor. A HPV PCR a HPV 16 jelenlétét írta le. (3) 37 éves, 5 hónapos gravida esetében az anogenitális régióban hónapok óta meglevő bőrtünetek a terhesség alatt rapidan progrediáltak. A HPV 33 pozitív elváltozásokat, a beteget gondozó nőgyógyász távolította el. A szövettani vizsgálat is alátámasztotta a Bowenoid papulosist. (4) 54 éves nőnél a gát-tájon 6 hónapja fokozatosan növekvő, exophyticus, porckemény tapintatú, fájdalmas tumor szövettani vizsgálata malignus folyamatot igazolt. A radikális műtét során az inguinalis régió érintettségét is észlelték. Az elváltozás hátterében a HPV PCR a high risk HPV 16 jelenlétét írta le. (5) 41 éves nő perianális növedékeinek szövettani vizsgálata in situ carcinomát véleményezett. Ebben az esetben is high risk HPV 16-t igazolt a PCR vizsgálat. Eseteinkkel a Bowenoid papulosis klinikai sokszínűségére, valamint a következményes malignizálódás lehetőségére szeretnénk a figyelmet felhívni.

Csatár É. (Budapest, magánpraxis): **HPV okozta perianalis és analis megbetegedések** (Anal and perianal diseases caused by HPV).

A HPV a leggyakoribb genitális vírusfertőzés. A világon 630 millió HPV fertőzött él. A fiatal férfiak negyede, a szexuálisan aktív nők közel 50%-a HPV-vel fertőződik. Klinikai tüneteket ennek század része okoz. Az osztódásra képes basalis sejteket fertőzi meg, viraemiát nem okoz, ellene spontán immunitás alig van, vagy szinte nincsen. Eddig, több mint 130 típusát azonosították. Daganatkeltő képességük alapján alacsony, közepes és magas kockázatú csoportokra osztották. Sokszor évtizedekig tartó lappangás után rosszindulatú daganatot idézhetnek elő. Az összes daganatos megbetegedés 6%-áért a HPV felelős. Klinikai megjelenési formái az analis és perianalis tájékon a condyloma acuminátum, a Buschke–Löwenstein-tumor, a Bowenoid papulosis, a Bowen-kór és az analis verrucosus-planocelluláris cc. Ebben az előadásban saját betegeinken keresztül szeretném bemutatni a fenti megjelenési formákat, a felmerülő differenciáldiagnosztikai problémákat, valamint a kezelési stratégiát.

Nyirády P. (SE Urológiai Klinika): **A penis tumorok differenciáldiagnosztikája és kezelése** (Differential diagnostics and treatment of penile tumours).

A hímvesszőrák egy ritka malignus megbetegedés, melynek incidenciája 0.1-0.9/100.000 férfira tehető Európában. Szövettanilag leggyakoribb a laphámsejtes rák. Az idejében történő kórismézés és a helyes kezelés megválasztása gyakran a bőrgyógyász-venerológus és az urológus szoros együttműködését igényli. Differenciál diagnosztikailag a rákmegelőző állapotok, a jóindulatú daganatok és a nemi úton terjedő megbetegedések is szóba jöhetnek. A praecancerosisok között leggyakrabban lichen sclerosussal, leukoplakiával és a keratotikus balanitis különböző formáival találkozunk. Az intraepithealis rákok között vezető helyen áll a Queyrat féle erythroplasiával és a Bowen-kór, valamint a Bowenoid papulosis és a Buschke–Loewenstein-tumorként is ismert óriás condyloma. A leggyakoribb jóindulatú daganat a condyloma acuminatum, melynek mindennapos kezelése is differenciáldiagnosztikai nehézségeket vethet fel. Az egyéb rosszindulatú daganatokkal (basalioma, melanoma, sarcoma) elvétve találkozunk. Urológus számára is elsőként megoldandó feladat azonban az esetleges STD folyamatok felismerése, illetve kizárása: e célból a venerológus segítségének igénybevétele.

Melczer Zs.[1], Pálfi Zs.[2], Tóth B.[2], Glasz T.[3], Várkonyi V.[2] (SE II. sz. Nőgyógyászati és Szülészeti Klinika[1], SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika[2], SE II. sz. Pathológiai Intézet[3]): **Néhány ritka vulváris elváltozás bemutatása (Presenting of some rare vulvar disease).**

Szerzők 3 közös eset bemutatásával szeretnék a figyelmet felhívni a szakmák közötti eredményes együttműködés lehetőségére és fontosságára. A bemutatott kórképek ritkák és sajnos több különböző szakorvosi vizitet követően kerültek a betegek a munkacsoport látókörébe. Hangsúlyozni kívánják, hogy a páciensek érdekében, nem javuló vagy visszatérő panaszok esetén, feltétlenül kérjünk konzíliumot a társszakmáktól.

Ragó Zs. (Ewopharma AG képviselete): **Immunrendszer és nőgyógyászati HPV infekció (The immune system and gynecological HPV infection).**

Az aktív szexuális életet élő nők száma ma Magyarországon kb 2,4 millió. A vakcinálás korában hajlamosak vagyunk róluk egy kicsit megfeledkezni és HPV-fertőzéssel kapcsolatban csak a primer prevencióra és evvel együtt a serdülőkorúakra fókuszálni. Tudnunk kell, hogy a nők 80%-a átesik e vírusfertőzésen élete során. Nemzetközi keresztmetszeti vizsgáltok és a hazai adatok szerint nőbetegeink kb 25%-a HPV pozitív – azaz 600.000 nő évente. Hogyan kerülnek kiszűrésre ezek a betegek? Elég-e a citológiai vizsgálat? Javasolt-e tipizálást végezni? Mi történik HPV-pozitívitás esetén? Milyen eredményei vannak a sebészi kezelésnek? Hogyan kövessük nyomon betegeinket a HPV típusának megfelelően? Mi a szerepe az immunrendszernek a HPV-fertőzés leküzdésében? Eme kérdésekre szeretnék választ adni előadásomban.

Sobel G., Ács N., Pajor A. (SE II. sz. Nőgyógyászati és Szülészeti Klinika): **Az első magyarországi HPV centrum (The first Hungarian HPV center).**

2007. március 28-án Budapesten, a Semmelweis Egyetem II. számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján megnyílt hazánk első HPV-Centruma. Az első hazai HPV-központ létrehozásában szerepet játszott, hogy új lehetőségek nyíltak a HPV-vírus típus kimutatásában, a vírusfertőzés leggyakoribb típusainak megelőzésében és a már kialakult fertőzés kezelésében, ezáltal a méhnyak rák, a szeméremtesti szemölcsök többségének, kisebb arányban a szájüregi és fej-nyak daganatok megelőzésében. Célkitűzéseink között szerepelt, hogy egy komplex centrumot hozzunk létre, ahol nőgyógyászok, urológusok, szájsebészek szorosan együtt dolgozzanak a HPV-típus kimutatásában, a HPV okozta megbetegedések vizsgálatában és kezelésében, illetve kezelési terveket, ajánlásokat dolgozzunk ki. A HPV-Centrum nőgyógyászati részlege 2,5 hónapos működése (2007. 03. 28 és 2007. 06. 07) alatt 163 nő kereste fel a központot. A legfiatalabb vizsgált betegünk 18, a legidősebb 65 éves volt. 137 esetben vettünk a méhnyakból mintát HPV DNS kimutatásra, melyből 48 (35%) pozitívnak bizonyult. Ebből a 48 pozitív esetből 35 (25.5%) magas (nagy) kockázatú típus volt. Leggyakoribb előfordulású a HPV 16, amely 23 %-ban fordult elő, ezt követte a HPV 31 (20%), HPV 68 (16%), HPV 39 (14%), HPV 45, 51, 66 (11%), HPV 18, 59 (8%), HPV 33, 58, 52 (6%) és a HPV 56 (2%). A vizsgált esetekben a 20-24 éves korcsoportban a HPV DNS pozitivitás 37,5 % volt. Számadataink nem reprezentatívak, ezért célkitűzéseink között szerepel, hogy adatbázisunkat tovább növeljük, a vizsgált betegek után kövessük, kezelési elveinket szükség szerint változtassuk. Előadásunkban eddigi eredményeinket és tapasztalatainkat szeretnénk bemutatni.

MSD SZIMPÓZIUM
SYMPOSIUM ORGANIZED BY MSD

Deák J. (Szegedi Tudományegyetem ÁOK Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet): **A HPV prevenciós vakcináció bevezetése (Introducing the preventive HPV vaccine).**

Európa különböző országaiban évente kétszer annyi cervix carcinomát fedeznek fel, mint amennyi nő halálának oka cervix carcinoma. Magyarországon az incidencia, az újonnan felismert esetek száma 1.000 körül van, és évente 500 körüli haláleset fordul elő. A cervix cytológiai vizsgálat alkalmas arra, hogy igen korai stádiumban felismerjék a rákmegelőző állapotot. A hazai szűrőprogramokban történő részvétel alacsony, így a cytológiai szűréssel az évente 500 körüli halálesetek számát a legutóbbi évekig nem lehetett csökkenteni. A Silgard® vakcina használatát 2006. júniusában engedélyezte az FDA, Magyarországon 2006. szeptembere óta alkalmazható. A humán papillomavírus (HPV) L1 proteinjét beépítették egy plazmidba, majd a plazmidot egy eukarióta sejtbe, a *Saccharomyces cerevisiae*-be helyezték. Az L1 gén az eukarióta sejttel vírus kapszid proteineket állíttat elő, melyek üres vírus kapsziddá épülnek össze. Az emberi szervezetbe juttatott üres vírus kapszidok, melyek onkogén potenciállal

nem rendelkeznek, immunválaszra serkentik az emberi szervezetet. A vakcina magas szintű védelmet nyújt négy HPV típussal szemben. Az prevenciós vakcina, a méhnyakrák, a vulva rák, és a condyloma acuminatum megelőzését szolgálja a HPV 16-os, és 18-as magas, továbbá a 6-os és 11-es alacsony rizikótípusokkal, történő fertőzésekkel szemben. A magas rizikótípusok közül a HPV 16-os típus fordul elő leggyakrabban, a HPV fertőzések 53,5%-ában, ezt követi a HPV 18-as típusa 17,2%-os előfordulással. A két magas rizikótípusú törzzsel szembeni immunitás> 70%-os védelmet jelentenek a HPV fertőzésekkel szemben. A további típusok lényegesen ritkábban fordulnak elő. A condyloma acuminátum fertőzések, melyeket 90%-ban az alacsony rizikótípusú HPV 6-os és 11-es típusok okoznak, meglepően magas számú incidenciát mutatnak Magyarországon. 2006-ban a bejelentett fertőzések száma 3526 volt (*Várkonyi V,* Magyar Orvos 2006). A tetravalens oltóanyag további védelmet nyújthat a filogenetikailag közel álló típusokkal szemben is, növelve ezzel a vakcina hatékonyságát. Részleges védelem alakult ki azok körében is, akik a négy típusból egy típussal már megfertőződtek, a három további típus 100%-os védelmet nyújtott. Három egymást követő oltással 5 évig tartó védettség érhető el. A vakcinát eddig az Amerikai Egyesült Államok egyik államában és Budapest V. kerületében térítésmentesen kaphatják az ott bejelentett lakosok.

Sziller I. (SE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika): **A méhnyak rák megelőzése védőoltással** (Preventing cervical cancer by vaccination).

Napjainkban a világon 490.000 körülire becsülhető az évente felfedezett új méhnyak rák esetek száma és 250.000 körülire a betegségben meghaltak száma. Járványügyi megfigyelések bizonyítják, hogy a daganatok 70-75%-át a Human Papillomavírus (HPV) két típusa, a HPV-16 és HPV-18 okozza. A vírusfertőzés klinikai következménye ennél azonban szélesebb, mert mindkét nemben jelentős tényezője a többi anogenitalis laphám rák, valamint e terület szemölcsfertőzéseinek (genitalis condylomatosis) is. Az utóbbi években igazolódott, hogy a HPV vírusfertőző DNS-t nem tartalmazó kapszidjából (vírusszerű részecskék, virus-like particle, VLP) készült oltóanyaggal megelőzhető a laphám-rákok kialakulása. Korábban, illetve a védőoltás időpontjában HPV fertőzésben nem szenvedő nőkben kvadrivalens (HPV-16/18/6/11) vagy bivalens (HPV 16/18) oltóanyaggal lényegében 100% közeli hatékonysággal előzhető meg a dysplasiák kifejlődése. Háromszori védőoltás után 5 évvel az oltottakban a természetes fertőzés során észleltnél magasabb titerben mutatható ki a neutralizáló ellenanyagok jelenléte, ami hosszú védettség lehetősége mellett szól. A kvadrivalens védőoltás bíztató előnye, hogy védelmet jelent az anogenitalis condylomák 90%-a kifejlődése ellen is. Miután az eddigi tanulmányok egyértelműen igazolták a profilaktikus védőoltás kiemelkedő hatékonyságát és minimális mellékhatásait, nagy felelősség hárul a gyógyító orvosokra és a népegészségügyért felelős szakemberekre, miként biztosítható minél nagyobb előny a női, esetleg a férfi lakosságra is?

Tisza T. (Körúti Orvosi Centrum, Budapest): **A genitális szemölcs és a védőoltás lehetőségei** (Genital warts and vaccination against HPV).

A condyloma acuminatum vagy nemiszervi szemölcs a human papillomavírus (HPV) alacsony onkológiai kockázatú típusai által kiváltott jóindulatú növedék, mely a nemiszervek, gát, végbélnyílás és környéke bőrén, nyálkahártyáján jelentkezik. Világszerte a leggyakoribb szexuális úton terjedő vírusos betegség, hazánkban évente kb. 100 000 megbetegedés, fordul elő. Elsősorban szexuális érintkezéssel terjed, de közvetíthetik eszközök, használati tárgyak is, illetve hüvelyi szülés közben az újszülött is megfertőződhet. A kórokozó a bőr, illetve a nyálkahártya apró hámsérülésein keresztül a hám alapi sejtrétegébe kerül, ahol rövidebb-hosszabb látenciaperiódus után indul szaporodásnak. E látencia periódusnak tudható be a sok esetben tapasztalt hosszú lappangási idő. A vírus szaporodása szemölcsök keletkezését váltja ki, melyek száma és nagysága változó lehet. Mivel a folyamat nem jár sem viraemiával, sem citolízissel, az immunrendszer számára rejtve marad, spontán immunválasz nagyon ritkán és gyengén alakul ki. A növedékeket ennek következtében orvosi beavatkozással kell eltávolítani. A condyloma kezelésére használatos eljárások egy része műszeres beavatkozás (égetés, fagyasztás, lézeres eltávolítás, kimetszés), másik része kémiai roncsolás (sejtosztódást gátló szerekkel, ecetsavval). A makacs, kezelésre rosszul reagáló, visszatérő esetekben a helyi immunválaszt serkentő szer lehet hatásos. További kezelési nehézségeket okoznak a hüvelyben, húgycsőben, végbélben kialakuló növedékek. A fertőzés terjedését a gumióvszer használata sem védi ki teljes mértékben, bár használata kétségkívül csökkenti annak esélyét. A kvadrivalens HPV vakcina a méhnyakrák megelőzése mellett alkalmas az anogenitalis condylomatosis prevenciójára is, ugyanis védelmet jelent a HPV 6-os és 11-es típusaival szemben is, melyek a nemi szervi szemölcsök 95%-áért felelősek. Az üres HPV kapszid

fehérjéből (VLP) készült oltóanyag neutralizáló antitestek termelődését váltja ki, melyek megakadályozzák a vírus hámsejtekhez kötődését, így a fertőzés nem jön létre. Elsősorban a szexuális élet megkezdése előtt érdemes alkalmazni, de 9-26 éves kor között mindkét nemben adható. A kvadrivalens HPV vakcina, mely védelmet nyújt a HPV 6, 11, 16, 18 típusaival szemben egyidejűleg megelőzi a nemi szervi szemölcsök és a méhnyakrák kialakulását.

STD DIAGNOSZTIKA ÉS TERÁPIA
DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF STD

Ludwig E. (Szent László Kórház): **STD-k kezelésében alkalmazott antibiotikumok (Efficacy of antibiotics used in the treatment of STD).**

Az STD-ek jelentős száma, a kórokozók antibiotikum rezisztenciájának emelkedése szükségessé teszi, hogy a kezelésükben alkalmazott antibiotikumok várható hatékonyságáról információkkal rendelkezzünk. Általánosságban megállapítható, hogy a rezisztencia mértéke igen jelentős geográfiai és populációs különbségeket mutat. A *penicillin G* változatlanul megtartotta hatékonyságát a *Treponema pallidummal* és a streptococcusokkal szemben, a *N. Gonorrhoea* rezisztenciája 20% körül mozog. A *tetracyclinek* (doxycyclin) változatlanul hatékonyak a *Treponema pallidummal* és a chlamydiákkal szemben, a *N. gonorhoeae* rezisztencia 50% felett van. A *fluorokinolonok* rohamosan vesztik hatékonyságukat számos baktérium, így a *N. gonorrhoeae* ellen is. A rezisztencia mértéke igen magas a távol-keleti országokban (70-80%) és gyorsan emelkedik Európában is (30% körül). A földrajzi különbségek miatt a fluorokinolonok első választandó gyógyszerként való alkalmazását gonorrhoea kezelésében a helyei rezisztencia viszonyoktól kell függővé tenni. Hatékonyságuk változatlan a chlamydiák ellen. Megjegyzendő, hogy igen jelentősen emelkedik az E. coli törzsek fluorokinolon rezisztenciája (7-15%). A makrolidek hatékonysága a *N. gonorrhoeae* ellen még jó, de rezisztencia már előfordul. Hatékonyak az atípusos kórokozókkal szemben, de riasztó mértékben nő streptococcusok rezisztenciája (már 10% felett). A III. generációs kefalosporinok (ceftriaxon, cefixim) hatékonysága a *N. gonorrhoeae* ellen megtartott.

Latkóczy K. (ÁNTSZ Laboratórium Kft.): **Genitális *Ureaplasma urealyticum* és *Mycoplasma hominis* fertőzések antibiotikum rezisztenciájának változása (Monitoring of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* antibiotic resistance in Hungary).**

Célkitűzés: A *Mycoplasma hominis* és *Ureaplasma urealyticum* doxycyclin, minocyclin, tetracyclin, josamycin, erythromycin, clindamycin, pristinamycin valamint ofloxacin antibiotikumokkal szemben adott rezisztencia feltérképezése mind a nem, mind a kor és területi megoszlás tekintetében. 2004. január és 2006. júniusa között diagnosztikai mintákon végeztünk gyorstenyésztést (Mycoplasma DUO, BIO-RAD). Beküldői vizsgálatkérés alapján vizsgáltuk tovább az érzékenységet (S.I.R Mycoplasma, BIO-RAD) a fenti antibiotikumok irányában. *Eredmények* és *következtetések*: Ezen STD kórokozók kezelésében fontos szerepet játszik a rezisztencia megállapítása, és ezen eredmények figyelembe vételével ajánlott a beteg kezelése. A szerzők az adatokat elemezve azt találták, hogy a fenti antibiotikumok érzékenységi eredménye nem különbözik a nem és a kor tekintetében, alacsony érzékenység mutatható ki az erythromycin, clindamycin és ofloxacin antibiotikumok esetén. A rezisztens törzsek száma az életkor előre haladtával növekszik, de nem szignifikáns mértékben. A (*Mycoplasma hominis*) erythromycin antibiotikum iránti érzékenysége nagyon alacsonynak mutatkozik országszerte, valamint Budapesten a tetracyclin rezisztencia volt kimagasló értékben.

Urbán E.[1], Pál Z.[2], Novák T.[2], Mihalik E.[3], Dóczi I.[1], Pál A.[2], Nagy E.[1] (Szeged, Klinikai Diagnosztikai Intézet[1], Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika[2], Növénytani Tanszék Természettudományi Szak[3]): **Intrauterin eszközök biofilm-flóra vizsgálata SEM és tenyésztéses módszerrel. (Investigation of IUD's microflora by SEM and traditional microbiological culturing methods).**

A méh üregébe felhelyezett fogamzásgátló eszközök (IUDs) használata régóta alkalmazott eljárás a nőgyógyászatban a nem kívánt terhesség megelőzésében. Az IUD a méh üregében állandó gyulladást generálva a pete beágyazódását teszi lehetetlenné. Fémtartalmuknak köszönhetően az újfajta IUD-k a felül a méhbe került hímivarsejteket is károsítják, akadályozzák mozgásukban. A spirál használatának súlyos mellékhatásai és súlyos, néha életveszélyes szövődményei lehetnek, mint pld. a PID, ill. a méh bakteriális gyulladása. A SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáról 2001. január 1. és 2003. december 31. között 127 nőbeteg átlagéletkor: 41 év (28-56 év) különböző okok miatt eltávolított intrauterin hurok mintáját vizsgáltuk meg mikrobiológiai tenyésztéses eljárással. A klinikai anam-

nézis felvétele után fizikális vizsgálat, vaginális UH történt, majd a laboratóriumi vizsgálatok: a hüvelyváladék, cervix váladék és az IUD aerob és anaerob baktériumok és gombák irányában történő tenyésztése történt meg. Ezek közül az eltávolított IUD-közül az ambulanciánkon egy, a kismedencei gyulladás tipikus tüneteivel jelentkező 41 éves nőbeteg hurokmintáját választottuk ki a scanning elektronmikroszkópos vizsgálatba, aki már hosszú ideje, 10 éve viselt Copper-T intrauterin eszközt. A vizsgált hurkokat 4 csoportba osztottuk, kontroll csoport: (kevesebb, mint 1 évig viselte az IUD-t) 10 beteg, 1-5 évig: 22 beteg, 5-10 évig 44 beteg, > 10 év: 51 beteg. A hosszabb idő után eltávolított hurkokból izolált baktériumok csíraszámában és összetételében jelentős, szignifikáns különbséget találtunk a kontroll csoportéhoz képest. A 41 éves beteg 10 évig viselt IUD eszközén nagyon komplex anaerob baktériumflórát izoláltunk. Ebben az esetben a teljes izolált telepképző egység összesen ml 2, 5x108 CFU/ml volt. A tenyésztés során a Gram pozitív anaerob törzsek mellett a Gram-negatív anaerob pálcák domináltak. A bakteriális vaginózis egyik kulcsfontosságú pathogén kórokozója (*Mobiluncus sp*) ugyancsak jelen volt a mintában. A scanning elektronmikroszkópos felvételek során egy típusos szerveződésű, multibakteriális, komplex „érett" biofilm struktúrát találtunk, mely egyenletes, mintegy 25-30 μm vastagságban borította be az intrauterin eszköz felszínét. Eredményeink jelentőségét egyrészt az adja, hogy nem találtunk az irodalomban még ehhez hasonló, ilyen részletes, aerob-anaerob szemikvantitatív tenyésztésen alapuló közleményt, másrészt hazai sajátosság, kuriózum az „extrém" hosszú ideig (a gyártó cégek 5 évig ajánlják) viselt IUD-k vizsgálata.

GENITOANÁLIS RÉGIÓ DERMATOINFEKTOLÓGIAI, ALLERGOLÓGIAI PROBLÉMÁI. INFEKTÍV ÉS NONINFEKTÍV BALANITISEK, VULVITISEK. A DIAGNOSZTIKA, A DIFFERENCIÁL DIAGNOSZTIKA ÉS A TERÁPIA AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

DERMATOINFECTOLOGICAL AND ALLERGOLOGICAL PROBLEMS OF THE GENITALIA. BALANITIS AND VULVITIS OF INFECTIOUS AND NON-INFECTIOUS ORIGIN. CURRENT ISSUES OF DIAGNOSTICS,DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Kárpáti S. (SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika): **Bullosus betegségek genitális tünetei** (Genital manifestations of autoimmune bullous skin disorders).

Az autoimmun hólyagos bőrbetegségek a basalis membrán, a desmosómák és a hemidesomómák proteinjei ellen irányuló IgG és IgA autoellenanyagok mediálta, bőrre és/vagy nyálkahártyára lokalizálódó kórképek. A genitális nyálkahártyák tünetei ritkán fordulnak elő, de vannak kizárólag ezen régióra lokalizálódó kórformák is. Így ismerünk vulvaris bullosus pemphigoidot, linearis IgA dermatosist. A pemphigusnak elsősorban a vegetáló kórformái jelentkeznek nyálkahártya közelben és arra kiterjedően. Máskor, a pemphigus oris a genitalis mucosa tüneteivel társul. A kezelés, kórlefolyás, differenciál diagnózis kerül röviden ismertetésre.

Temesvári E. (SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika): **Kontakt szenzibilizáció az anogenitalis regióban** (Perigenital and perianal contact dermatitis).

A bőrgyógyászok az STD szakrendelések kapcsán nem csak a nemi betegségek, hanem a régióban jelentkező allergiás bőrreakciók klinikai tüneteivel is szembesülnek. A helyi allergiás reakciók kialakulására az anatómiai régióra jellemző fokozott permeábilitás ,igen erős irritábilitás, a transzepidermális vizvesztésre való kiemelkedő hajlam és a secunder bakteriális és mikotikus szuperinfekciók valamint a helyi kezeléseik is számos alkalmat adnak. A klinikai tünetek diagnózisában, az arányában feltünően gyakori irritativ dermatitis mellett a kontakt szenzibilizáció számos lehetőségével is számolnunk kell mind az azonnali, mind a késői (alkalmasint kombinalt) allergiás reakciók megjelenésében. A számos expozició variáns kapcsán („consort", „connubialis", foglalkozási stb.) a provokáló allergén diagnosztizálása nem könnyü feladat. A szerző a régióra jellemző irritativ és allergiás reakciók provokáló anyagait, allergénjeit, valamint az allergének jellemző klinikai tüneteit ismerteti, a szakirodalmi adatokat saját vizsgálati adataival egészítve ki.

Földes M. (SZAOTE Bőrgyógyászati Klinika): **Ritka kórképek a genitális regióban** (Rarities in the genital region).

A genitalis regió ritkán előforduló, különleges betegségei legtöbbször a bőrgyógyászok látókörébe kerülnek Az infekciós eredetű ritka kórképeken kívül számos bőrbetegség predilekciós területe is az anogenitalis tájék. A klinikai tünetek ezekben, az esetekben számos differenciáldiagnosztikai problémát vetnek fel, ezek tisztázásában a hisztológiai vizsgálatnak minden esetben fontos szerepe van. A szerző psoriasis, krónikus lichenoid graft-versus-host reakció, lichen sclerosus et atrophicus, balanitis sclerotica obliterans, *Zoon* balanitis és vulvitis valamint Bowenoid papulosis esetek kapcsán taglalja a differenciáldiagnosztika fontosságát és a terápiás lehetőségeket.

Kelemen Zs. (SE Urológiai Klinika): **Súlyos szövetpusztulással járó gyulladásos folyamatok a hímvesszőn és környezetében** (Inflammatory diseases with severe necrosis on the penis and surrounding area).

A hímvessző környékén kialakuló nekrotizáló gyulladások eredete gyakran tisztázatlan. Célunk a különböző folyamatok kóroki tényezőinek csoportosítása és kezelésük bemutatása. Az életveszélyes, gyorsan súlyosbodó, heveny gyulladás képében jelentkező nekrotizáló fasciitis – Fournier gangrena – 8 esetében az azonnali feltárás, szisztémás és helyi kezelés, lépésenkénti necrectomia után mortalitás nélkül sikerült gyógyulást elérnünk, nagyrészt helyi, két esetben szabad bőrlebennyel. Két betegben erectilis dysfunctio kezelésére alkalmazott intracavernosous injekciók után észleltünk súlyos penis gennyedést. Idült, nekrotizáló gyulladás – specifikus kórokozók nélkül hozott létre nagyméretű bőrhiányt a hímvesszőn két további esetünkben: elhúzódó konzervatív kezelés, a folyamat megállása után a hímtagot a herezacskóba bújtattuk, majd kiemeltük. A hímtag ischemiás eredetű leszorítása és másodlagos gyulladás a bőr, barlangos testek, és a szivacsos állomány különböző szintű elhalását eredményezte újabb két betegünkben – a hímvesszőt csonkolnunk kellett. A hímvessző vastagítása céljából a bőr alá fecskendezett vazelin idegentest reakció, idült gyulladás révén nemcsak a subcutis pusztulását, hanem a fölöttes bőr súlyos károsodásását is létrehozta 20 betegünkben. A granuloma és az életképtelen bőr kimetszése után helyi lebenyekkel végeztünk helyreállító műtétet, egy vagy két ülésben. A különböző súlyosságú nekrotizáló gyulladásos folyamatok esetenként azonnali sebészi beavatkozást: oncotomiát, necrectomiát igényelhetnek. Az STD kórokozókra is kiterjedő széles körű mikrobiológiai vizsgálatok indítása után, összetett helyi és általános antimikrobás, keringés javító kezelés mellett a hímvessző egyes szövetrészeinek gyakran különböző szintű elhalásait állapíthatjuk meg. A szövetkimetszést és a helyreállító műtétet az ép és a kóros szöveti határok pontos ismeretében, esetenként több lépésben hajtjuk végre.

Gaál M.[1], Földes M.[1], Korom I.[1], Magony S.[2] (Szeged, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika[1], Endokrinológiai Önálló Osztály[2]): **Langerhans sejtes histiocytosis genitalis manifesztációja** (Vulvar localization of histiocytosis).

A szerzők egy 53 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinek bőrtünetei fél évvel az STD rendelésen való jelentkezése előtt alakultak ki. A vulva területén, gáttájékon és a végbélnyílás körül tömött tapintatú subcutan csomók, fájdalmas erosiók, rhagasok jelentek meg. Anamnézisében korábbi gingiva biopsiával igazolt Hand–Schüller–Christian betegség, diabetes insipidus, osteoporosis, hypertonia és pulmonalis tuberculosis miatti lebeny resectio szerepelt. Felmerült a bőrtünetek alapbetegséggel való összefüggése, ezért a vulva területéről próba excisiót végeztünk diagnosztikus célból. Szövettani vizsgálat Langerhans sejtes histiocytosist igazolt. Kivizsgálása során gyorsult süllyedést, emelkedett CRP és GGT értéket észleltünk, hasi UH vizsgálat negatív volt. Mellkas CT vizsgálat a korábbiakkal megegyező, régi specifikus folyamat maradványát mutatta, sella MRI részlegesen üres sellát ábrázolt. A bevezetett helyi kezelés, valamint az alapbetegsége miatt szedett szteroid dózisának emelése mellett bőrtünetei lassan javulásnak indultak.

Tabák R.[1], Bousil E.[2], Gyetván J.[2], Várkonyi V.[1] (SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika[1], Jahn Ferenc Kórház, Urológiai Osztály, Budapest[2]): **Penis carcinoma, mint differenciáldiagnosztikai probléma** (Carcinoma of the penis as a differential diagnostic problem).

Az 56 éves férfit a területi BNG utalta sürgősséggel felvételre, klinikánkra oedema penis, balanoposthitis, obs. ad syphilis diagnózissal. 3 hónappal korábban kezdődött a praeputium kezdetben átmeneti, szubjektív panaszt nem okozó duzzanata, mely 1 hónap elteltével állandósult, 1 hónappal a beteg jelentkezése előtt kifejezetté vált. A penisen sebet, inguinalis nyirokcsomó duzzanatot nem észlelt, vizelési panasza nem volt. Mindkét alsó végtag néhány hónapja kissé oedamássá vált. A tünetek kezdetekor több alkalmi kapcsolata volt, korábbi nemi betegséget negált. Vizsgálatkor a penis töve normális átmérőjű volt, distalisan extrém mértékű duzzanatot, több erosiót észleltünk, odorosus, véresen tingált, purulens váladékozással. Megnagyobbodott inguinalis nyirokcsomót nem tapintottunk. Mindkét alsó végtag az inguinalis régióig oedemás volt. Syphilisre utaló egyéb bőr- vagy nyálkahártyatünetet nem észleltünk. A beteg láztalan volt, jó általános állapotban. Az elvégzett sötétlátóteres vizsgálat, RPR, TPHA, TP ELISA a syphilist kizárta. A beteget a területileg illetékes urológiai osztályra irányítottuk tumor et gangraena penis diagnózissal. Felvételét követően a jobb inguinalis regióból klinikailag laphámcarcinoma metastasisának tűnő nyirokcsomót távolítottak el, illetve a penis dorsal incisiójából biopszia történt, melynek eredménye folyamatban van.

TERHESSÉG ÉS A NEMI ÉRINTKEZÉSSEL KÖZVETÍTETT FERTŐZÉSEK. A SZŰRÉSEK JELENTŐSÉGE A KÜLÖNBÖZŐ FERTŐZÉSEK KORAI FELISMERÉSÉBEN

PREGNANCY AND STI. THE IMPORTANCA OF SCREENING IN THE EARLY DETECTION OF DIFFERENT INFECTIONS

Várkonyi V. (SE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika): **Terhesség és syphilis** (Pregnancy and syphilis).

A XX. század utolsó évtizedében a korai fertőző syphilises morbiditás emelkedésével várható volt a veleszületett syphilis esetek megjelenése is. 1994. évtől, egy év kivételével gyakorlatilag folyamatosan bejelentésre kerültek újszülöttek, akiknél a veleszületett luest lehetett diagnosztizálni. Az esetek döntő többségénél azonban klinikai tünetek nem voltak. A connatalis syphilis diagnózis felállításában döntő szerepet játszanak a venerológusok. A szerző előadásában összefoglalja, hogy milyen vizsgálatok állnak ma az orvosok rendelkezésére a syphilis szerológiai terén,hogyan kell értékelni összehasonlítva az anya vizsgálati leleteivel az újszülött nemspecifikus és specifikus treponemális tesztjeinek eredményeit,milyen kritériumok alapján állítható fel a connatalis syphilis diagnózisa,mikor nem szükséges antilueses terápiát alkalmazni az újszülöttnél. Az előadó a jelenlegi járványügyi helyzetben javasolja a várandós nőknél harmadik trimesterben, adott esetben akár a szüléskor is a szerológiai vizsgálatok elvégzését.

Együd K., Varga V. (Nyíregyháza Bőr-, Nemibeteg-gondozó): **Syphilis gyakorisága terhes nőknél Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyében** (Syphilis prevalence of pregnant women in Szabolcs-Szatmár-Bereg County).

A nyíregyházi BNG Intézetben 2002 és 2007 első negyedévében gondozott syphilises terhes nőkkel kapcsolatos tapasztalatainkról számolunk be. Ezen időszak alatt kiszűrt és kezelt betegeink száma összesen 38, a megyei kórház Szülészet-Nőgyógyászati Osztálya által terhes gondozás során kiszűrt esetek száma ezekből összesen 24, 10 beteg nem magyar állampolgár. A BNGI-ben kezelt, és a kezelés alatt teherbe esett syphilises nők száma 6. Preventív kezelésben részesítettünk korábban syphilisszel gondozott nőbeteget 19 esetben. 21 újszülöttet regisztráltunk és gondoztunk, akik syphilises terhes nőktől születtek, 2 connatalis syphilises esetünk volt. Ha évenként lebontva vizsgáljuk az esetszámot, fokozatosan emelkedő tendencia figyelhető meg, kivéve a 2004. évben, amikor 4 esetet regisztráltunk. Mivel a syphilis gyakorisága egész Európában nőtt, számítanunk kell rá, hogy hazánkban is emelkedik a syphilis gyakorisága, és ennek következtében a terhes syphilisesek aránya is.

Deák J.[1], Kozinszky Z.[2], Sári T.[2], Kele B.[3], Pál A.[2] (Szegedi Tudományegyetem ÁOK Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet[1], Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika[2], Terhesgondozó Ambulancia[3]): **A *Chlamydia trachomatis* fertőzés kimutatása várandós nők non-invazív módszerrel gyűjtött mintáiban** (Determination of *Chlamydia trachomatis* infections in non-invasive collected clinical samples of pregnant women).

A *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) infekció a leggyakoribb bakteriális STI. A tünetes és a tünetmentes fertőzések incidenciája is növekszik jelenleg Európában. A U.S. Preventive Services Task Force ajánlása alapján, mely szerint a fiatal nők szűrését NAT módszerrel érdemes szűrni, a real-time qualitatív módszert (COBAS TaqMan PCR) vezettük be laboratóriumunkban. 78 nő a rendszeres nőgyógyászati vizsgálat miatt jelent meg a Terhesgondozó Ambulancia rendelésén, 29 nőt a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Ambulanciáján vizsgáltak meg. Vizeletminta vételére került sor, melyet a mintavétel napján laboratóriumunkba szállítottak. A védőnők segítségével rövid kérdőívet töltöttek ki. A vizeletmintákat a vétel napján centrifugáltuk, detergenssel és lízis pufferrel kezeltük amplifikáció előtt. Target és internális kontroll (IC) amplifikációt végeztünk egyidejűleg K-csövekben, melyek az amplifikációs oldatot; Z05 DNS polymerázt, Mn2+-ot, dNTP-t és az előkészített mintát tartalmazta. A *C. trachomatis* internális kontroll az esetlegesen jelenlévő inhibitorokat jelzi. A real-time PCR technológia kettős jelölésű fluorescens próbával működik. A felhalmozódó PCR termékek egyidejű kimutatásának monitorozása, a felszabadult fluoreszcens festék emisszió intenzitásának mérésével történik. Az amplifikálódott *C. trachomatis* nukleinsav és az IC DNS egymástól függetlenül, különböző hullámhosszon mérhető. 1995-ben került sor nagyobb számú *C. trachomatis* szűrésére (n = 6156). Az átlagos fertőzés 5,9% volt. 2005. decemberében és 2006. januárban a két terhes szakrendelésen megjelent 107 páciens vizelet mintáit *C. trachomatis* irányában szűrtük. A prevalencia 4,7% volt. A fertőzött páciensek azonnal antibiotikum kezelésben részesültek. Az 5 *C. trachomatis* fertőzött páciensből két esetben tünetmentes *C. trachomatis* fertőzést mutattunk ki, egy esetben a fertőzés foetalis hydrops-szal fordult elő, a pácienst a klinika terhes pathologiai osztályán kezelték. Két esetben vetéléssel végződött a terhesség. A *C. trachomatis* fertőzés szignifikáns összefüggést mutatott

a fiatal életkorral, az alacsonyabb iskolázottsággal, a „single" életmóddal, a szexuális életük során előfordult szexuális (alkalmi és tartós) partnerek magasabb számával, valamint a korábbi STI-k előfordulásával.

Melczer Zs. (SE ÁOK II. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika): **Bakteriális vaginosis és terhesség** (Bacterial vaginosis and pregnancy).

Régóta ismert tény, hogy a bakteriális vaginózis (BV) szoros összefüggést mutat a kedvezőtlen szülészeti eseményekkel (pl. koraszülés, idő előtti burokrepedés). A témával foglalkozó hazai és külföldi szerzők egyetértenek abban, hogy ezek hátterében nem adható meg egyetlen okként a BV. A multifaktoriális kóreredet számos tényezője között azonban az is valószínűnek látszik, hogy a terhesség alatti fertőzések az egyik leggyakoribb és így az egyik legjelentősebb tényezői többek között a koraszülések megindulásának. A terhes nők mintegy 15-25%-a szenved BV-ban. Ezen asszonyoknál szoros összefüggés mutatható ki a kedvezőtlen szülészeti események és a BV között. Különösen igaz ez a fokozott rizikójú csoportba tartozókra. Felmerül a kérdés, miszerint megfelelő antenatális szűrőprogramok alkalmazásával megelőzhető-e a koraszülések legalább egy része? Tekintettel arra, hogy a terhesség során a BV az esetek mintegy felében tünetmentes, a magas kockázatú terheseken túl minden terhesre kiterjedő szűrővizsgálat is tanácsosnak látszik. Terhesség során a bakteriuria szűrésén túl napjainkban csak a B csoportú Streptococcus-szűrés látszik megoldottnak. A BV-szűrés (a Chlamydia is) egyelőre csak multicentrikus, prospektív és randomizált klinikai tanulmányok szintjén ismert. A nagy, összefoglaló nemzetközi tanulmányokban sincs meg az egyetértés a szűrés, és kezelés terén. Az eltérő eredmények hátterében a nem egységes szemlélet áll, mely világviszonylatban is jelentős. Ebbe belejátszhatnak a demográfiai és populációs különbségek, a szűrések módja és ideje valamint a kezelésben használt antibiotikumok fajtái és ezek adagolásának módjai. A nemzetközi és hazai protokollok összehasonlítását követően, a szerző véleménye szerint, a felállított ajánlások figyelembe vételével minden egyes esetben mérlegelni kell a haszon/kockázat arányt és eszerint kell a beteget kezelni.

Pásztor M. (Corden International Kft.): ***Streptococcus B* a hüvelyben – kórokozó?** (*Group B Streptococcus*. Is it a vaginal pathogen?).

A *B csoportú Streptococcus* (*S. agalactiae*) a vastagbél és a hüvely „természetes lakója". A kolonizáció gyakorisága függ a földrajzi régiótól, a rassztól, a szexuális aktivitástól a mikrobiológiai vizsgálat módszerétől. A *S. agalactiae* szerepe a perinatális infekciókban jól ismert. A baktérium a terhes/ szült nők szülés körüli, ill. abortuszhoz társuló endometritiséért, sebfertőzéséért, sepsisért tehető felelőssé. Terheseknél a baktérium okozta aszimptomatikus bakteriuria, a cystitis, nagyon ritkán a pyelonephritis is előfordulhat. A *S. agalactiae* szerepe a vulvovaginitisben nem tisztázott. Mind pro-, mind kontra tanulmányok születtek ennek a szerepnek igazolására, kizárására. Ezen tanulmányokat foglalja össze az előadás. A laboratóriumban végzett hüvely mikrobiológiai vizsgálatokat is elemezzük: az elmúlt évben végzett vizsgálatokban milyen arányban izoláltunk *S. agalactiae*-t, van-e különbség a fehérvérsejt gazdag vizsgálati mintában ill. a fehérvérsejtet nem tartalmazó mintákban a *S. agalactiae* gyakoriságában, izolált-e a laboratórium egyéb kórokozót a *S. agalactiae* mellett vaginitisben?

Balla E.[1], **Petrovay F.**[1], **Koós-Hutás P.**[2] (Országos Epidemiológiai központ, II. Bakterológiai Osztály[1], MÁV Kórház Szülészet-Nőgyógyászat, Budapest[2]): **Urogenitális mycoplasmák előfordulási gyakorisága és potenciális kóroki szerepe terhes nők körében** (Prevalence of urogenital mycoplasmas in pregnant women. Do they cause a disease or not?).

A terhesség alatti, ascendáló urogenitális infekcióknak mind az anya, mind a magzat szempontjából kiemelkedő jelentőséget tulajdoníthatunk. Prospektív felmérésünk során a terhesektől származó urogenitális mintákat (első sugár vizelet, középsugár vizelet, cervixváladék) trimeszterenkénti bontásban vizsgáljuk. A legfontosabb, fakultatív pathogén urogenitális mycoplasmákat (*Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Mycoplasma hominis és Mycoplasma genitalium*) tenyésztéssel – Mycoplasma IST2 (bioMèrieux) teszttel, valamint PCR metodika segítségével- mutatjuk ki. Vizsgálatainkat *C. trachomatis* PCR-vizsgálattal, valamint bakteriális vaginosis irányában a hüvelyváladék mikroszkópos értékelésével egészítjük ki. Vizsgálatunk célja az volt, hogy az aktuális tünetekkel/panaszokkal összevetve, az irodalmi adatok ismeretében értékeljük a fenti STD kórokozók komplex etiológiai szerepét.

Újházy A. (SE ÁOK I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika): **Alkalmas-e az endocervix keneténekmikroszkópos vizsgálata a *Chlamydia trachomatis* fertőzés előre jelzésére?** (The role of mucopurulent cervicitis in predicting *Chlamydia trachomatis* infection).

Mucopurulens cervicitis mikroszkópos képe és a chlamydia fertőzés közötti kapcsolatot számos munkacsoport vizsgálta, gyakran egymásnak ellentmondó következtetésre jutva. A szerzők serdülők és fiatal nők között vizsgálták a chlamydia prevalenciát, és mucopurulens cervicitis mikroszkópos képének gyakoriságát. Értékelték, hogy mucopurulens cervicitis mikroszkópos képe a beteganyagukban talált *C. trachomatis* prevalencia mellett vajon alkalmas-e az utóbbi kórokozó jelenlétének előrejelzésére. Emellett a pozitív endocervicalis mikroszkópos kép és bakteriális vaginosis közötti esetleges összefüggést is vizsgálták. Összesen 387, 16-24 év közötti önként jelentkező szexuálisan aktív nő vett részt a vizsgálatban, akik valamennyien beleegyező nyilatkozatot töltöttek ki. *C. trachomatis* kimutatására az endocervixből vettek mintát, amit polimeráz láncreakció segítségével végeztek. Az endocervixből, majd a hüvelyváladékból vettek mintát mikroszkópos vizsgálatra. Tanulmányukban a *C. trachomatis* fertőzés prevalenciája 7% (27/387) volt. Az endocervixből vett minta kenetének mikroszkópos értékelése kapcsán 1000x nagyítás mellett látóterenként 20-nál több polymorphonuclearis fehérvérsejt jelenléte összefüggést mutatott endocervicalis *Chlamydia trachomatis* fertőzéssel (p=0,01; OR:2,72; 95% CI:1,16-6,41). Mucopurulens cervicitis utóbb leírt mikroszkópos képének gyakorisága 30% (116/387) volt. 7%-os chlamydia prevalencia mellett mucopurulens cervicitis mikroszkópos képének szenzitivitása, specificitása és pozitív prediktív értéke *C. trachomatis* fertőzés előrejelzésében: 51,8%, 71,7%, és 12,1% volt. Mucopurulens cervicitis mikroszkópos képe és bakteriális vaginosis között nem igazoltak összefüggést (p=0,8). A talált chlamydia prevalencia mellett mucopurulens cervicitis mikroszkópos képének pozitív prediktív értéke chlamydia fertőzés előrejelzésében csekély. Pozitív endocervicalis mikroszkópos kenet esetében további mikrobiológiai vizsgálatok végzése szükséges a kórok tisztázása céljából.

AZ ALSÓ ÉS FELSŐ UROGENITÁLIS TRAKTUS INFEKCIÓZUS MEGBETEGEDÉSEINEK KIVIZSGÁLÁSI LEHETŐSÉGEI. DIAGNOSTIC OPTIONS OF THE INFECTIOUS DISEASES OF THE LOWER AND UPPER UROGENITAL TRACT

Berényi M. (Állami Gyógyintézeti Központ, Urológiai Osztály): **Az andrológiai infekciók markerei (Markers of andrological infection).**

Az andrológiai fertőzések kórokozói a férfi genitalis traktusában (here, mellékhere, ondóvezeték, ondóhólyag, prostata, urethra) okoznak gyulladásokat. A kórokozók csaknem teljesen azonosak az SDT kórokozóival: -vírusok (HIV, HPV, HSV, Myxovirus),-baktériumok *(N. gonorrhoeae, E. coli, Mycoplasma, Ureaplasma, Chlamydia),* gombák *(Candida),* paraziták (Trichomonas, Wuchereria). *A fertőzés károsító hatása:* szervek károsodása (vér-here barrier, szűkületek és elzáródások kialakulása); spermiumok károsodása (agglutináció, motilitás- és morfológiaromlás); funkciók károsodása (ED). *A gyulladás markerei:* sejtek (fvs); ellenanyagok, immunglobulinok (IgG); enzimek (elasztáz); citokinek (IL-6, IL-8); szabad gyökök (ROS); kis molekulák (MDA). *A fertőzés diagnosztikája:* a fertőzés általános jeleiből (fvs, CRP); a kórokozók közvetlen kimutatásával (mikroszkóp, tenyésztés, PCR); a szervek károsodását mutató biokémiai markerek (fruktóz) révén. Granulocita-peroxidáz és -elasztáz, inhibin B, elasztáz, cöruloplazmin, IgG, IgA, IL-8, ROS, SLPI,C-3 komplement, chsp60, antigének, antitestek. A diagnosztika módszerei: PCR, ELISA, immunhisztokémia, FISH, immunfluoreszcencia, flow citometria .

Tenke P. (Jáhn Ferenc Kórház, Urológiai Osztály, Budapest): **Visszatérő cystitis pathogenezise és kezelése (Pathogenesis and treatment strategy of recurrent cystitis).**

Az alsó-húgyúti infekciók témakörén belül a húgyhólyag gyulladása szinte minden orvost érint. Kezelése során elengedhetetlen a megfelelő orvos-beteg kapcsolat kialakítása, mely során a beteget betegségének lehetséges okain, befolyásoló tényezőin kívül, a különböző kezelésektől várható eredményekről is fel kell világosítani. Nem komplikált esetben jelenleg elfogadott leghatékonyabb empirikus terápiás séma a 3 nap fluorokinolon, 5 nap β-laktám antibiotikum, 7 nap Nitrofurantoin, vagy 1 alkalommal foszfomicin trometamol. Nőkben az első epizódot követően az esetek 30%-ban az adequat kezelés ellenére 3 hónapon, 75-80%-ban 2 éven belül ismételt UTI alakul ki. Ezek 90-95%-a cystitis, míg 5-10%-a pyelonephritis. A „költséghatékony" kezelés megvalósítása, a rendelkezésre álló gazdag gyógyszerkínálat ismeretén túl megkívánja a kórkép és az ezekkel kapcsolatos kezelési elvek ismeretét. A visszatérő női alsó húgyúti infekció leggyakrabban reinfekció következménye, mely során a pathogén kórokozók különbözőek (fenotípus-variánsok), annak ellenére, hogy a tenyésztési eredmény legtöbb esetben azonos törzset igazol. A kórokozók rezervoárja a bélflóra. Innen kolonizálják a baktériumok a vaginát, a periuretrális tájékot, ill. a disztális urethra-szakaszt. Relapszusról akkor beszélünk, ha az új infekció a terápiát követő két héten belül alakul ki. *A visszatérő*

cystitis igazolt rizikófaktorai: Szexuális élet gyakorisága az elmúlt évben, 15 éves kor előtt jelentkező húgyúti infekció,anyai anamnezisben szereplő húgyúti infekció, spermicid szerek, antibiotikumok (elsősorban laktám típusúak) alkalmazásának gyakorisága az elmúlt évben. *Pathogenezis:* A rekurráló női alsó-húgyúti cystitisek kialakulásában *bakteriális* és *szervezeti* tényezők egyaránt szerepet játszhatnak. A gazda-immunrendszer hatékonyságának bármely okból bekövetkező gyengülése (környezeti faktorok, menstruáció, antibiotikumok túlzott használata, genetikai faktorok stb.) az infekció visszatéréséhez és a krónikus fertőzés kifejlődéséhez vezethet, melynek hátterében a normál hüvelyi flóra egyensúlyának megváltozása áll. A rekkuráló cystitissel küszködő nők urethro-cervicális váladékában szignifikánsan alacsonyabb sIgA szintet észleltek. A legújabb vizsgálatok egyértelműen bebizonyították, hogy a szekretoros IgA (sIgA) a szervezeti védekező mechanizmus egyik sarkalatos pontja. Így érthető, hogy a sIgA számban, vagy funkciójában létrejövő változás az infekció kialakulását elősegíti. Az alsó húgyúti infekciók során a szisztémás immunválasz gyenge és csak átmeneti, így valószínűleg lényeges szerepük a kórkép pathogenezisében nincs. *Diagnózis:* Rekurráló UTI-ban a vizelettenyésztés kötelező. Fontos tisztázni, hogy a korábbi epizódok kezelése, milyen antibiotikummal és mennyi ideig történt. Mindezek mellett az is lényeges, hogy a visszaújulások és a szexuális élet között kimutatható-e kapcsolat. Míg fiatal nőknél az ultrahangon kívül egyéb képalkotó vizsgálat elvégzése nem javasolt, posztmenopausa után feltétlen ki kell zárni egyéb komplikáló faktor jelenlétét.

Kezelési stratégia:

- Amennyiben a *beteg anamnaezisében évente 2 cystitis* szerepel úgy jelenleg a *3-5 napos* rövidtávú kezelés az elfogadott (3 nap flurokinolon, szulfonamid, 5 nap -laktám antibiotikum).
- Abban az esetben, ha a cystitises panaszok *évente 3* számban jelentkeznek többféle kezelési stratégia elfogadott.
  - » *Szexuális aktust követő profilaxis*: közvetlen az aktus utáni alacsony dózisú antibiotikum bevétele, amennyiben az infekció és a szexuális aktus között a kapcsolat igazolható (pl. 1 tabl. TMP-SMX, vagy 1 tabl. fluorokinolon). *Alacsony dózisú tartós profilaxis* 6-12 hónapon át: cél az enterális pathogének kiirtása.
  - » *Időszakos irányított „önkezelés"*: elsősorban ott jön szóba, ahol az infekció nem hozható összefüggésbe a szexuális kontaktussal. Jó kooperáló beteg esetén javasolható, hogy a tünetek jelentkezésekor azonnal a kezelőorvosa által elrendelt antibiotikumból 1 tablettát bevegyen.
  - » *Életmódra vonatkozó változtatás: probiotikumok, funkcionális ételek alkalmazása:* A tőzegáfonya kivonat (Urell kapszula) fruktóz tartalma gátolja az *E. coli* baktériumok hólyagnyálkahártya mannóz szenzitív, míg a proanthocyanidin (PAC) tartalma a mannóz-rezisztens recptor helyekre történő megkötődését, ezáltal a cystitis kialkulását.
  - » *Bioterápiás lehetőségek: Lactobacillus* hüvelyi alkalmazása. Fontos, hogy a betegek saját maguk is ellenőrizzék a hüvely pH-ját (lehetőleg 4-4,5 közötti érték az optimális) és ennek megfelelően alkalmazzanak hüvelyi kezelést (leginkább lokális lactobaccilus pótlás hüvely tablettával).
  - » *Helyi ösztrogén adás:* postmenopausában lévő nők esetén.
  - » *A szervezet („host") védekező mechanizmusának erősítése:* A 18 uropathogén *E.coli* törzsből liophylizált kapszulás URO-VAXOM® a belek Peyer-plaque-jain keresztül felszívódva a limfociták és a makrofágok metabolikus és funkcionális aktivásán keresztül fokozza a szervezet védelmét a húgyúti kórokozókkal szemben. Jelenleg már multicentrikus placebo kontrollált nagy betegszámú vizsgálat igazolta recidiva csökkentő hatását, ill. a kiújuláskor azok intenzitásának csökkenését.

A visszatérő cystitisek esetén nem a váltogatott és egyre erősebb antibiotikumok biztosítják a gyógyulást, hanem a kezelést követő megfelelő profilaxis beállítása.

Kopa Zs. (Állami Gyógyintézeti Központ, Urológiai Osztály): **A krónikus prostatitis kivizsgálása és kezelése (Diagnostics and treatment of chronic prostatitis).**

Az előadásban a NIH (National Institute of Health) besorolás szerint tárgyaljuk a prosztata gyulladásait.

1. Akut (bakteriális) prosztatitisz: A prosztata heveny (bakteriális) gyulladása, lázzal, hidegrázással jelentkezik. Vizelési panaszok, esetleg vizeletretenció jellemzi. A vizelet üledékben fehérvérsejtek és baktériumok is láthatók, a vérvizsgálattal kóros gyulladásos paramétereket találunk. Antibiotikum kezelés szükséges.

2. Krónikus bakteriális prosztatitisz: Visszatérő, húgyúti, bakteriális fertőzés. Gyakran fordul elő tünetek nélkül, sokszor azonban alhasi, gáttáji, heretáji, esetenként a deréktájék felé sugárzó dyscomfort érzést okoz. Jelentkezhetnek enyhe vizelési tünetek is, szexuális panaszokat is okozhat. A prosztata-masszázs utáni vizelet üledékben fehérvérsejtek láthatók, a kórokozók az exprimátum és a masszázs utáni vizelet baktériumtenyésztése során igazolhatók. Amennyiben ez a vizsgálat negatív, a szexuális úton terjedő kórokozók

(STD-Sexually Transmitted Diseases) vizsgálata szükséges. Kezelésében a prosztatába jól behatoló antibiotikumok hosszabb távú adása (4-6 hét) választandó, lehetőség szerint célzottan. A betegek jelentős részénél az alfa receptor blokkolók adása jótékony hatású. Mindezek ellenére az infekciók gyakorta visszatérően jelentkeznek.

3. Krónikus kismedencei fájdalom syndroma (CP/CPPS – Chronic prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome) 6 hónapnál régebb óta fennálló, ismeretlen eredetű kismedencei fájdalmat jelent. A tünetek változatosak, különböző súlyosságúak. Általában vizelési panaszok, arthralgia, myalgia és különböző lokalizációjú dyscomfort érzések jellemzik. Sok esetben ejakulációs panaszok jelentkeznek. Kórokozó (sem baktérium, sem STD) nem mutatható ki. Két típusát különböztetjük meg, az a.) inflammatorikus és b.) nem inflammatorikus. Az a. típus esetén a masszázs utáni vizeletben, exprimátumban, vagy az ejakulátumban fehérvérsejtek mutathatók ki, míg a *b. típus* esetén nincs fehérvérsejt. Amennyiben lehetőség van rá, a citokinek vizsgálata segíti a diagnózist. A gyógyszeres kezelés során jótékony hatásúak lehetnek az alfa receptor blokkolók, legalább 3 hónapig adva. Antibiotikumok általában nem hatásosak.

4. Aszimptomatikus inflammatorikus prosztatitisz: Azokat az eseteket soroljuk ide, amikor semmilyen tünet nem áll fenn, de vizsgálat során az exprimátumban vagy az ejakulátumban magas fehérvérsejtszám található. Kezelést nem igényel, esetenként antibiotikum és antiflogisztikum adható, ezek hatékonysága itt csekély.

POSZTEREK
POSTERS

Rátkai Cs., Hajdú E., Nagy E. (Szeged, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Mikrobiológiai Intézet): **Az újszülöttkori *Streptococcus agalactiae* fertőzések megelőzése** (Prevention of *Str. agalactiae* infection in newborns).

A „B" csoportú *Streptococcus agalactiae* (GBS) bétán haemolizáló Gram-pozitív coccus, melynek humán patológiai jelentősége elsősorban az újszülöttkori infekciókban (meningitis, sepsis) különösen az extrauterin élet első hónapjaiban van. Az újszülöttkori korai fulmináns infekció három leggyakoribb manifesztációja a pneumonia (30-50%), septicaemia és meningitis (30-50%) a szülést követően 5-7. napon belül alakul ki. Túlnyomórészt az alacsony születési súllyal, koraszülöttként világra jött csecsemők intrauterin infekciójának következménye. A késői megjelenési forma ritkább, a szülést követő 7. nap és 4. hónap közötti időben jelentkezik, elsősorban a központi idegrendszer megbetegedése jellemzi. A kórokozó rezervoárja a gastrointestinalis traktus alsó része és a hüvely, ahol szakaszosan fordul elő. A terhes nők 20-35%-ban fordul elő a GBS aszimptomatikus vaginalis és/vagy anorectalis hordozása. A kolonizált anyáktól az újszülöttek 50-75%-a akvirálja a kórokozót. A magzat már a méhen belül fertőződhet a kórokozóval, de a burokrepedést követően a szülőcsatornán való áthaladás során is kolonizálódhat a GBS-sel. Az 1996-ban az American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) és a Centers for Disease Control (CDC) által megalkotott guideline két megelőzésre szolgáló módszert használ: 1. tenyésztésen alapuló (35-37 hét között), 2. „risk-based" szemlélet (37 hétnél korábbi szülés, intrapartum hőmérséklet > 38°C, magzatburok repedés> 18 óra), mely ajánlást a CDC 2001-ben módosított. Jelen tanulmányunkban kívánjuk összefoglalni a *Streptococcus agalactiae* szűrésére és kezelésére vonatkozó legfrissebb ajánlásokat, hangsúlyozni kívánjuk a szűrés fontosságát, valamint a kezelés megfelelő időben történő alkalmazását egy érdekes eset prezentálásával.

Simon Gy. (MikroMikomed Kft, Budapest): **A vulvovaginitis candidosa diagnosztikai algoritmusa- mit tehet a betegért a háziorvos és a szakorvos? [összefoglaló nem érkezett]** (Diagnostic algorhytm of vulvovaginal candidosis- how to manage the problem by GPs and specialists?).

Tabák R.[1], Nyirády P.[2], Hársing J.[1], Várkonyi V.[1] (SE Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika[1], SE Urológiai Klinika[2]): **Flat condyloma** (Flat wart on the genitalia).

A 41 éves férfi 5 hónapja kezdődő tünetekkel jelentkezett ambulanciánkon. Kezdetben a frenulum tövében panaszt nem okozó, 0,5 cm-es, fehér papulát észlelt, melyre lokális steroid, antimycoticus ill. puhító kezelést kapott. Az alkalmazott externák mellett a folyamat jelentősen progrediált. Vizsgálatkor a frenulumon és a glans ventralis felszínén laposan előemelkedő, macerált felületű, fehér papulákat, a praeputium belfelszínét teljes egészében beborító, felázott felszínű, fehér, körkörös plakkot láttunk. Condyloma acuminatum, LSA in obs. diagnózissal szövettani vizsgálat történt, mely flat condylomát igazolt. Az urethrából és glansról végzett STD leoltásokból kórokozó nem tenyészett, HIV, syphilis szerológia negatív volt. A tünetmentes

partnernél low risk HPV hordozást igazoltunk PCR-ral. A lokális externáktól való tartózkodás mellett tünetei lényeges spontán javulást mutattak. A tervezett imiquimod kezelést egyelőre kis erosio jelenléte miatt nem kezdtük meg.

Horváth I., Tihanyi I. (Interlab, Orvosi-Kémiai és Diagnosztikai Laboratórium, Budapest): **Az oralis sex szerepe a száj higiéniában** (The oral sex and oral hygiene).

A szájban élő mikrobákról sokáig feltételezték, hogy nem okoznak megbetegedést. Ma már egyértelmű, hogy számos megbetegedés mikrobáinak bölcsője a szájüreg. Köztük gyakoriak a „szelektív" kórokozók. A szelektivitás vonatkozhat a gazda szervezetre. Ebben az esetben a szervezet állapota szelektált. A legyengült szervezetet betegítik meg. Máskor az egyik szervezetre nem patogén mikróbák a másik szervezetbe jutva lesznek kórtünetek kiváltói. A Treponema genus öt speciesét tartottuk számon, mint kórokozó mikrobát. A szájban élő treponemákat szaprofitának gondolták. Vizsgálataink során azt találtuk, hogy a száj, orális szexszel is terjedő treponemáinak meghatározó szerepe van a caries kialakításában. A fogak leggyakoribb megbetegedéséért tehát a szájban élő treponemák felelősek.