

Gasztroenterológia

Az intestinalis zsírsavkötő fehérje (I-FABP) ígéretes teszt Crohn-betegségben: bevezető tanulmány [Intestinal fatty acid binding protein (I-FABP) as a promising test for Crohn's disease: a preliminary study] Sarikaya, M., Ergül, B., Doğan, Z., et al. (Ankara Education and Research Hospital, Gastroenterology, Ankara, Törökország): *Clin. Lab.*, 2015, 61(1–2), 87–91.

A Crohn-betegség krónikus gyulladós bélbetegség, amely a tápcsatorna bármely szakaszát érintheti, a szájtól az anusig. A klinikai lefolyást remissziók és aktivációk jellemzik. A klinikai leletek és az endoszkópos kép nem mindig tükrözi a betegség aktivitását, ezért fontosak a specifikus markerek a diagnózis, relapsus és a betegség monitorozása során. A zsírsavkötő fehérjék (fatty acid binding proteins – FABP) intracelluláris fehérjék, amelyek számos szövetben expresszálódnak. Az intestinalis FABP vagy I-FABP kis molekulású fehérje (15 kilodalton); mennyisége a vérplazmában és a vizeletben meghatározható, és alkalmas a bélkárosodás kimutatására. A szerzők a vizsgálatba 74 Crohn-beteget és 37 egészséges önkéntest vontak be. A szérumban I-FABP-szintet ELISA-módszerrel határozták meg. Az eredmények szerint az I-FABP alkalmasnak tűnik a Crohn-betegség aktivitásának jelzésére.

Gáspárdy Géza dr.

Kardiológia

A rivaroxaban hatékonysága és biztonságossága pitvarfibrilláló betegek körében (Efficacy and safety of rivaroxaban in real-life patients with atrial fibrillation) Barón-Esquívias, G., Fernández-Avilés, F., Atienza, F., et al. (Coordinator de Área. Servicio de Cardiología Hospital Universitario Virgen del Rocío, Universidad de Sevilla, Sevilla, Spanyolország): *Expert Rev. Cardiovasc. Ther.*, 2015, 13(4), 341–353.

A rivaroxaban napi egyszeri adagolású új orális antikoaguláns, amelyet többek kö-

zött a stroke és szisztémás embolisatio megelőzésére alkalmaznak nem billentyű-eredetű pitvarfibrillációban (AF) szenvedő betegek körében. Ezen indikáció a ROCKET AF tanulmány eredményein alapul, amelyeket valós klinikai gyakorlatban végzett vizsgálatok is megerősítettek.

Számos tanulmány igazolta, hogy a rivaroxaban a mindennapi gyakorlatban hatékony, biztonságos és költséghatékony: jó alternatívát jelent a warfarin mellett elektív cardioversio vagy ablatio esetén.

Jelen vizsgálat a valós klinikai gyakorlatban, való életbeli betegekkel folytatott vizsgálatok eredményeit összegezi.

Az AF a mindennapi klinikai gyakorlatban a leggyakoribb tartósan fennálló ritmuszavar, amelynek előfordulása folyamatosan nő. Az AF jelentősen növeli a stroke kockázatát. A K-vitamin-antagonisták (KVA) alkalmazását számos tényező korlátozza, beleértve a szűk terápiás ablakot, a lassú hatáskezdetet, az étel- és gyógyszer-kölcsönhatásokat, valamint a gyakori laboratóriumi monitorozás és a gyakori dózisszűkítést szükségességét.

A direkt orális antikoagulánsok a warfarinhoz képest jelentősen csökkentik a stroke, az intracranialis vérzés és mortalitás kockázatát, a súlyos vérzés azonos kockázata mellett. Ezek a vegyületek széles terápiás ablakkal és megjósolható antikoaguláns hatással rendelkeznek, ételkölcsönhatásuk nem ismert.

Rendkívül fontos a mindennapi klinikai gyakorlatban is megvizsgálni az antikoagulánsok hatékonyságát és biztonságosságát – különösen akkor, ha a vizsgálatok szigorú beválasztási kritériumai nem teszik lehetővé a túl magas vagy nagyon alacsony kockázatú betegeknek a vizsgálatokban való részvételét.

A rivaroxaban napi egyszeri adagolású, szájon át adható, a Xa faktor aktivitását direkt gátló szer, amelyet a stroke és szisztémás embolisatio megelőzésére alkalmaznak nem billentyűeredetű AF esetén a kulcsfontosságú fázis 3 ROCKET AF vizsgálati eredményei alapján. Összességében megállapítható, hogy a – valós klinikai praxisban, a való életbeli betegekkel folytatott vizsgálati eredmények alapján – a rivaroxaban a stroke és a szisztémás embolisatio megelőzésének hatékony és biztonságos eszköze nonvalvularis AF-ben.

A kedvező eredmények hatására a klinikai gyakorlatban a rivaroxaban elterjedése jelentősen növekedhet.

Fischer Tamás dr.

Pulmonológia

A plazma-mi-RNS-ek ígéretes biomarkerek lehetnek krónikus obstruktív tüdőbetegségben (Plasma miRNAs might be promising biomarkers of chronic obstructive pulmonary disease) Wang, M., Huang, Y., Liang, Z., et al. ([Z. Liang] Department of Respiratory Disease, West China Hospital, Sichuan University, 610041 Chengdu, Kína; e-mail: liangzongang@163.com): *Clin. Respir. J.*, 2016, 10(1), 104–111.

A mi-RNS-ek (mikro-RNS-ek) az RNS-ek rövid, nem kódoló osztálya, amelyek a gén-expressziókat szabályozzák transzlációs represszió vagy mRNS-degradáció útján. Eddig több mint 2000 humán mi-RNS-t azonosítottak. A szerzők 19 dohányos és 6 nem dohányos COPD-s beteget vizsgáltak a betegség stabil fázisában. Összehasonlításként életkorban és nemben hasonló 8 asthmás beteg és 6 egészséges személyt szolgált.

Az egészségesektől eltért 133 mi-RNS-ben a nem dohányzó COPD-sek, 234-ben a dohányos COPD-sek és 167-ben az asthmások mi-RNS profilja. COPD-ben szignifikánsan különbözött az asthmától hét mi-RNS: mi-R-1229-3p, mi-R-145-5p, mi-R-338-3p, mi-R-3620-3p, mi-R-4485, mi-R-4707-3p és mi-R-3620-3p. Ezek célpontgénjeit megvizsgálva azt találták, hogy fontos a szerepük az interferon-gamma indukálta protein 30, a tumornekrózisfaktor-szuperfamília, az insulin-like növekedési faktor 2 receptor és a fibroblast növekedési faktort kötő protein 3 szabályozásában. Egyes mi-RNS-ek asthmában fokozott, COPD-ben csökkent expressziót mutattak. A dohányos és nem dohányos COPD-sek két mi-RNS-ben tértek el szignifikánsan. Összehasonlítva a mi-RNS-eket a COPD A, B, C, D súlyossági fokozataival, korrelációt észleltek az egyes mi-RNS-ek alakulásával.

Következtetésük: A mi-R-145-5p ígéretes biomarker lehet a COPD korai felismerésében, a mi-R-3620-3p pedig a COPD és asthma elkülönítésében. Alakulásukat nagyobb számú betegen szükséges megerősíteni és megvizsgálni, különböző terápia mellett.

(Ref.: A napi gyakorlatban nagy szükség lenne COPD esetében olyan biomarkerekre,

amelyek segítenének az egyénre szabott terápia megválasztásában. Feltehetően ez nem egyetlen biomarker lesz, hanem biomarker-panel. Jelenleg ilyen klinikailag is validálva még nincs.)

Nagy László Béla dr.

Sportorvostan

Időtakarékos testzsírcsökkentés 4 nap alatt edzéssel és étkezésmegszorítással (A time-efficient reduction of fat mass in 4 days with exercise and caloric restriction) Calbet, J. A., L. Ponce-González, J. G., Pérez-Suárez, I., et al. (Department of Physical Education, University of Las Palmas de Grand

Canaria, Las Palmas de Grand Canaria, Canary Islands, Spanyolország; e-mail: lopezcalbet@gmail.com): *Scand. J. Med. Sci. Sports*, 2015, 25(2), 223–233.

A kísérletben 15 negyven év körüli, 30–31-es BMI-jű személy vett részt: 4 napon át 3,2 kcal/kg – főleg savófehérjéből és szukrózból álló – kalóriaszegény étkezés mellett 8 órás gyaloglást (4,5 km/óra sebességgel – 35 km) és 45 perces karergometriás terhelést végeztek a maximális intenzitás 15%-ával, majd a testsúly stabilizálására 3 napig legfeljebb napi tízezer lépést tettek meg, a szokott kalóriefelvételük mellett. Négy héttel utána és egy évvel később történt a kontroll. Az „előtte” értékekhez képest a súlycsökkenés 2,1, 2,8, 3,8 és 1,9 kg volt a fenti négy időpontban, aminek kétharmada

a törzs karcúsodásából fakadt. A négynapos terhelés után csökkent a vércukor, az inzulin, a HOMA-index, az össz- és LDL-koleszterin és triglicerid, míg a szabadzsírsav- és kortizolszint nőtt. A leptinszint az első 3 méréskor kisebb volt az „előtte” értékénél 64, 50 és 33%-kal.

Az agresszív testmozgással 4 nap alatt elért jelentős zsírcsökkenés 4 hét után vált a legnagyobb mértékűvé az alacsony intenzitású, folyamatos, mintegy 5000 kcal/nap energiafelhasználást jelentő terhelést követően, noha nem kívántak meg életvitel-változtatást az előzőekhez képest. A napi fél kiló zsírszövetcsökkenést eredményező program megismételhető – ez is egy fogyókúra-protokoll lehet.

Apor Péter dr.

A Markusovszky Lajos Alapítvány Kuratóriuma és az Akadémiai Kiadó

meghívja Önt

az Orvosi Hetilap Szerkesztőbizottságának és Szerkesztőségének hagyományos évi **Markusovszky Lajos-emlékülésére.**

Időpont: 2016. május 4. (szerda) 10:30

Helyszín: az Aesculap Akadémia konferenciaterme (Budapest XI., Halmi u. 20–22. – Tétényi út 12–16. sarok)

Az ünnepségre szeretettel várjuk!

Kérjük, jelezze részvételi szándékát Budai Editnél az edit.budai@akademai.hu e-mail címen.

Program:

Az Orvosi Hetilap – Markusovszky Lajos Alapítvány és a Dr. Fehér János Emlékére Alapítvány 2016. évi kitüntetései ünnepélyes átadása

- „Orvosi Hetilap Markusovszky Lajos-emlékérem”
- „Orvosi Hetilap Markusovszky Lajos-díj”
- Referensek munkájának elismerése
- „Dr. Fehér János Emlékére Alapítvány-díj” átadása és a díjazottak előadásai

Markusovszky Lajos-emlékelőadás

Prof. Dr. Czuriga István:

A cardiovascularis prevenció egységes szemlélete

Fogadás

Vincze János (szerk.):

Emlékezünk orvosainkra 29.

Orvos-akadémikusok I. 1827–1944

NDP Kiadó, Budapest, 2016
352 oldal

A könyvcímben szereplő szám: sorszám. Arra utal, hogy az ismertetésre kerülő kötet a hasonló című sorozat 29. darabja! A sorozat valamennyi kötetét Vincze János fizikus-biofizikus professzor és Vincze-Tiszay Gabriella klinikai szakpszichológus szerkesztette. Elismerésre méltó teljesítmény – különösen, ha tudatosítjuk, hogy napjaink internetes, elektronikus világában a medikus, a pályakezdő orvos kolléga egyre ritkábban nyúl a klasszikus forráshoz, a nyomtatott könyvhöz, lexikonhoz.

Márpedig a szóban forgó könyv leginkább orvoséletrajzi lexikonnak tekinthető. A „leginkább” megkötés viszont arra utal, hogy a kötet nem csak az egykor akadémikus szintre eljutó orvosok életrajzainak halmaza. A kötet első fele (29–192. oldal) a Magyar Tudományos Akadémia történetét igyekszik bemutatni – röviden. A „rövidséget” hatékonyan ellensúlyozza az a szerkesztői fogás, hogy a „honni nyelv kimivelésére felállítandó Tudós Társaság vagy is Magyar Akadémia” – így szerepel az 1827. XI. törvénycikkelyben – történetét az eredeti dokumentumok, törvénycikkelyek, szabályzatok közreadásával mutatja be. Így az érdeklődő olvasó „első kézből” szerezhet hiteles képet a hősről nem könnyű történéseiről. E képszerzést olyan fontos összeállítások segítik, mint az akadémiai osztályok számainak, elnevezéseinek változásait dokumentáló lista vagy az MTA elnökeinek névsora Teleki Józseftől (1830–1855) Lovász Lászlóig (2014-től). Az osztályok listája, a kötet alcíméből elvárható időszakoson túllépve, közli az 1995-ös akadémiai közgyűlésen történt változásokat is (a kezdeti I–VI. osztály bővülését az I–XI.-re). Olvasmányos, Vörösmarty „Gondolatok a könyvtárban” című versével illusztrált fejezet mutatja be az MTA Könyvtárának történetét. Egy újabb fejezet az Akadémia 1865-ben átadott központi székházába kalauzolja el az olvasót.

A lexikoni rész „Az orvos-akadémikusok Panteonja 1827–1944” a 193. oldalon kezdődik, Bene Ferencel. Őt a (magyar) Tudós Társaság 1827-ben „választmányi tagjává választotta és emiatt őt tekinthetjük az első magyar akadémikusnak”. Benét még 87 orvos – pontosabban csak 86, hi-

szén Trefort Ágoston nem volt orvos – egy-két oldalas életrajza követi. Ezek felépítése nagyjából egységes: az orvos-akadémikus neve alatt a születési hely, év, illetve az elhalálozási hely, év után zárójelben három szám következik. Az első a tagság kezdetének éve, a második az akadémikus életkora a tagság kezdetén, a harmadik pedig azt jelzi, hány év adatott még az illetőnek a tagság kezdetétől. A 88.-ként szereplő nagysarlói Magyary-Kossa Gyula (1865–1944) gyógyszeratanprofesszor és orvostörténész esetében e három szám: 1920, 55, 24.

Nem véletlenül hivatkozunk a „panteon” utolsó tagjára. M betűvel kezdődő neve, illetve tagságának kezdő éve, az 1920, sejteti e lexikon hiányosságát. Azt tudniillik, hogy a szerkesztők nem alkalmaztak sem a tagsággá válás évére utaló kronológiai, sem az akadémikus nevének kezdőbetűjére épülő betűrendi névsort. A recenzens előtt ismeretlen „módszer” szerint követik egymást az életrajzok. Így például a valóban „elsőknek” tekinthető, az MTA működésének első évében, 1830-ban a „természettudomány” osztályba rendes taggá kinevezett Horváth József a 6., Bugát Pál a 15., Gebhardt X. Ferenc a 18. helyen szerepelnek. A szintén 1830-ban rendes taggá választott és a 22. helyen tárgyalt Toldy Ferenc – helyesebb lett volna eredeti, Schedel nevének hozni őt, hiszen csak jóval később lett Toldy – nem a természettudomány, hanem a „nyelvtudomány” osztályának lett a tagja. E „rendszeretlenség” megnehezíti azon olvasó dolgát, aki arra kíváncsi, hogy például 1858-ban választottak-e orvost akadémikussá, avagy arra, melyik évben lett MTA-tag Hógyes Endre. Egy következő kiadásban érdemes lenne legalább a tartalomjegyzékben a betűrendi, illetve a tagsági év kezdetét feltüntető időrendi felsorolás.

Érdekes, a hasonló jellegű lexikonokban szokatlan megoldást választottak a szerkesztők az egyes akadémikusok bemutatására. Mint kiadványuk kezdetén jelzik: „... a megemlékezések nagy részét az *Orvosi Hetilap* 1857–1944 közötti I–LXXXVIII. évfolyamaiból vettük át”. A recenzens, mint az *Orvosi Hetilap* Horus rovatának gondozója, ennek örül(hetne). Öröme azért nem lehet teljes, mert a szerzők nem korrigálták a bennük található pontatlanságokat – lásd például Halász Géza nekrológját: „1826-ban, november 20-án Alsó-Dabason született” (235. oldal). Ráadásul a kötet számára írt Halász-szócikkben 1816, illetve egy sorral alább 1817. november 26. szerepel születési dátumként (235. oldal). Ismeretes továbbá a nekrológok „csak a szépre

emlékezem” tendenciája, ezért csak ezek újraközlése – lásd például Balog Kálmán, Török József, Poór Imre stb. nekrológiáit – az újabb kutatási eredmények, adatok ismertetése nélkül nem adhat teljes képet orvos elődeinkről. A már említett Schedel/Toldy esetében célravezetőbb lett volna az *Orvosi Hetilapban* megjelent nekrológ helyett az ugyanezen lapban, száz év elteltével publikált orvostörténeti tanulmány – rövidített? – közreadása (Antall József–Kapronczay Károly: Toldy Ferenc, az orvos. *Orv. Hetil.*, 1981, 122(34), 2105–2108).

Nem tudjuk, volt-e a kötetnek orvostörténész lektora. Amennyiben igen, az ő lelkét is terhelte a meglehetősen sok pontatlan adat, állítás. Mivel e recenzio az *Orvosi Hetilapnak* készül, összpontosítsunk annak alapító szerkesztőjére, a 40.-ként tárgyalt Markusovszky Lajosra (1815–1893). Két helyen is („Orvos-akadémikusaink az 1848–49-es forradalomban”, 101. oldal, illetve a róla írt szócikkben, 250. oldal) ez olvasható: „1848-ban Görgey kezelőorvosa volt és hadserege fősebésze. Kossuth muraközi hadtestével állomásozott.” Bizonyára csak figyelmetlenségéből, az említett – 48–49-es forradalomról szóló fejezetben – két oldallal korábban is felbukkan Markusovszky, a következő állítással: „Az ácsi ütközetben súlyos fejsérülést szenvedett Görgey Artúr tábornok mellé rendelték...” (99. oldal). Nos, az ácsi csata nem 1848-ban, hanem 1849-ben zajlott és ezt követően lett Markusovszky Görgey kezelőorvosa. Sosem volt azonban Görgey hadseregének fősebésze és nem állomásozott a muraközi hadtestnél sem (Keszei Szabolcs: A fővezér orvosa. *Legenda és valóság dr. Markusovszky Lajos 1848–49-es szerepéről.* *Vasi Szemle*, 2000, LIV. évf., 4. szám, 533–541.). Első akadémikusaink egyike, Horváth József nem az „elhalásról” (199. oldal), hanem az „elhálásról”, azaz a szexuális életről írt tanácsadó könyvet. Morócz István nem lehetett Pólya segédorvosa, „amikor a szabadságharc kitört” (229. oldal), hiszen Pólya 1841-ben megnyitott városligeti tébolydája csak három évig működött. Lőcsén sosem volt „egyetem”, ezért Batizfalvy sem tanulhatott a „Lőcsei Egyetemen” (264. oldal). Entz Gézát nem 1886-ban, hanem 1866-ban avatták orvos-sá (286. oldal). Pavlov nem 1903-ban, hanem egy évvel később lett Nobel-díjas (294. oldal). Viola Józsefnek nem orvosi működését jutalmazta az Akadémia levelező tagsággal 1838-ban (208. oldal), hanem a csángók körében végzett etnográfiai kutatásait [D[adaj] A[ndrás]: Újabb adatok Viola József élettörténetéhez. Az Or-

szágos Orvostörténeti Könyvtár Közleményei, 1959, 12. kötet, 199–203.).

Apróságok – legyinthetnénk. De ne legyintsünk, inkább tudatosítsuk a lexikon író/szerkesztő óriási felelősségét! Röviden, tömören, de főleg hitelesen kell tájékoztatnia az Olvasót, aki gyakran úgy véli, hogy a lexikon adattá tömörült információ csak igaz lehet. A hitelesség pedig csak úgy érhető el, ha a szerkesztő minél több forrásból merít. Ezért meglepő a kötet végén felsorolt „Irodalom” szerény volta. Különösen két forrást hiányolunk: a Kapronczay Károly szerkesztésében, 2004-ben megjelent Magyar Orvosletrajzi Lexikont, illet-

ve Dörnyei Sándor III. kötetét (Régi magyar orvosdoktori értekezések. Bécs: Egyetem és Josephinum 1729–1848, Zebegény, 2010.). Különösen ez utóbbi hiányának tudható be, hogy a „Régi magyar orvosdoktori értekezések 1772–1849” alfejezetben (29–33. oldal) hiányoznak a Bécsben végzett, későbbi akadémikusok disszertációi [Entz Ferenc, 1831; Hirschler Ignác, 1846; (Chrenóczy) Nagy József, 1840]. Hasznos lett volna az egyes szócikkekben, az oklevél megszerzésével kapcsolatban utalni az említett alfejezet megfelelő oldalára, ahol a disszertáció teljes bibliográfiai adata megtalálható.

Summa summarum: a fentebb – sine ira et studio (Tacitus) – papírra vetett sorok ellenére, az ismertett könyvet a sorozat egyik legfontosabb darabjának tekintjük. Emlékezzünk! Ám ha már „emlékezünk”, tegyük ezt „az igazságot kereső buvár önmagában való kételkedésének erényével, mely következtetéseiben szigorúan körültekintővé, közléseiben óvatossá” teszi a szerzőt/szerkesztőt (245. oldal). E Jendrassik Ernő nekrológiájából kölcsönzött idézet fényében várjuk a folytatást, az „Orvosakadémikusok II. 1945–2015” kötetet.

Kiss László dr.

HUMAN BioPlazma Kft. az egyetlen hazai vérkészítmény-gyártó vállalat, 2007. decembere óta a Kedrion csoport tagja. A Kedrion Biopharma szektorában az ötödik helyet foglalja el és több mint 40 országban van jelen a világon. A csoport többek között kísérleti és alkalmazott kutatásokat is végez, élen jár a technológiai transzferben és elkötelezett híve a nemzeti önellátás támogatásának és a ritka betegségek elleni küzdelemnek. Az emberi vérplazma ipari méretű feldolgozása hazánkban 1954-ben kezdődött, a gödöllői gyár közel 50 éve folyamatosan készít vérplazmából életmentő gyógyszereket, mint például albumint, immunglobulinokat és véralvadási faktorokat, elsősorban a hazai betegellátást szolgálva. A Kedrion Biopharma közreműködésével a hazai leányvállalat az elmúlt években termelő beruházások sorát valósította meg 50 millió eurót meghaladó értékben és ezzel a gödöllői gyár meghatározó szerepet tölt be a Kedrion Biopharma gyártóhelyei között.

KEDPLASMA
M A G Y A R O R S Z Á G

KÜLFÖLDI TULAJDONBAN LÉVŐ GYÓGYSZERGYÁRTÓ VÁLLALAT FELVÉLT HIRDET

Plazmaferézis központ vezető pozícióba

Feladat

- A központ tevékenységének teljes körű irányítása, koordinálása
- A termelési terv kidolgozása, teljesítése, ellenőrzése
- Eljárási utasítások írása, ellenőrzése, jóváhagyása
- A központ dolgozói, orvosai munkájának irányítása, felügyelete, oktatások szervezése
- Partnerekkel, beszállítókkal történő kapcsolattartás, részvétel beszállítói, partneri auditokon,
- Donorok, donorjelöltek vizsgálata, donornevelési program kialakítása, panaszok kezelése
- Eltérések azonosítása, deviációk indítása, a minőségbiztosítással együttműködve
- Vonatkozó előírások betartása, betartatása (higiénés, minőségbiztosítási, munkabiztonsági, stb.)

Elvárás

- Orvosi diploma
- 5 éves szakmai tapasztalat – Hematológus, belgyógyász, infektológus szakvizsga előnyt jelent
- Vezetői tapasztalat
- Középfokú angol nyelvtudás előnyt jelent

Pozitív tulajdonságok

- Önállóság, elkötelezettség
- Empátia, csapatszellem, rugalmasság, jó konfliktuskezelő képesség
- kiváló kommunikációs képesség
- jó szervező és problémamegoldó képesség, minőség-tudatosság

Egyéb információk

- alkalmazotti jogviszonyban, teljes munkaidőben történő munkavégzés

Donorvizsgáló orvos pozícióba

Feladat

- Donorok azonosítása
- Donorok, donorjelöltek alkalmasságának elbírálása, orvosi vizsgálat, kórelőzmény, panaszok figyelembevételével
- Donorpanaszok fogadása, kivizsgálása, összefoglaló jelentés készítése
- Tájékoztatás a donáció folyamatáról
- Donorok kizárása, kizárás feloldása
- Donorkizárási kritériumok szigorú betartása
- Ügyel a donorok biztonságára, velük bizalomra épülő partnerkapcsolat alakít ki
- Higiénés előírások betartása, betartatása

Elvárás

- Orvosi diploma

- 3 éves szakmai tapasztalat
- Hematológus, belgyógyász, transfúziológus, infektológus szakvizsga előnyt jelent

Pozitív tulajdonságok

- Önállóság, elkötelezettség
- Empátia, csapatszellem, rugalmasság, jó konfliktuskezelő képesség
- kiváló kommunikációs képesség
- jó szervező és problémamegoldó képesség, minőség-tudatosság

Egyéb információk

- alkalmazotti jogviszonyban teljes/részmunkaidőben történő munkavégzés
- vállalkozási jogviszony
- megbízási jogviszony

Munkavégzés helye: Pécs vagy Debrecen. Jelentkezéseket a hr@humanked.com e-mail címre várjuk

Az OH 2016/14. számában megjelent kvíz megoldásai:

Megoldások: 1. C, 2. B, 3. D, 4. B, 5. A, 6. D, 7. D, 8. C, 9. A, 10. B

Indoklások:

1. C) A myeloma multiplex rendkívül sokszínű betegség, ami nagymértékben a genetikai eltérések heterogenitásából következik. A betegséget „alapító” genetikai eltérés, transzlokáció („T”), valamint a ciklinfehérje kifejeződésére utaló „C” szubtípus alapján (TC-klasszifikáció) legalább nyolcféle alapvető biológiai szubtípust mutató és eltérő klinikai viselkedésű betegségformát különíthetünk el. A hyperdiploiditás a leggyakoribb (45–50%) alcsoport, amely kedvező prognózisú és jól reagál a kezelésre.
2. B) A vénás thromboembolia (VTE) jelentős morbiditási és mortalitási tényező. A daganatos betegek abszolút VTE-kockázata 1–8%, az átlaglakossághoz képest 4–7-szeres.
3. D) A FRAX törésrizikó-kalkulátor azt adja meg százalékban kifejezve, hogy az elkövetkező 10 évben mekkora a valószínűsége a major osteoporosis-törésnek, illetve a csípőtörésnek. Az egyik leggyakrabban alkalmazott osteoporosis-törési rizikóbecslő módszer, amely számos kockázati tényező mellett az életkort, a nemet, a testsúlyt, a testmagasságot, valamint a szülői csípőtörést is figyelembe veszi.
4. B) A sarcoma synoviale az ízületen belüli savós hártya daganata. Intraarticularis megjelenése azonban extrém ritka. Három fő hisztológiai altípusa ismert, amelyek egymásba folytonos átmenetet képeznek.
5. A) A *Neisseria meningitidis* Gram-negatív tokos baktérium okozta fertőzés fulmináns, szeptikus formája ritka, a Waterhouse–Friderichsen-szindróma mellékvesevérzés következménye.
6. D) Hodgkin-lymphomás esetek 15–30%-ánál fordul elő extranodalis manifestáció. Az esetek 8–12%-ában jellemző a tüdő érintettsége, általában hilaris vagy mediastinalis nyirokcsomó-betegséggel társul. A primer pulmonalis Hodgkin-lymphoma igen ritka. A pulmonalis megjelenési formák változatosak (infiltrátum, cavitatio, nodulus), komoly differenciáldiagnosztikai nehézséget okozva.
7. D) A 2015-ben kiadott magyar irányelv kimondja, hogy a cardiovascularis rizikóbesorolástól függetlenül csak a 160 Hgmm szisztolés értéket meghaladó vérnyomás felett megkezdett gyógyszeres kezelés hatékonyságára rendelkezünk bizonyítékokkal 65 év felett.
8. C) Az epehólyag-kövességnek cholecystitis, biliaris pancreatitis és choledocholithiasis is szövődménye lehet.
9. A) Az elhízás az egyénre és a társadalomra is súlyos terhet ró. Magyarország felnőtt lakosságának 54%-a túlsúlyos vagy elhízott. A túlsúly gyakoribb férfiak körében.
10. B) A coronariaembolisatio klinikai diagnosztikája egy három major és három minor feltételből álló diagnosztikus kritériumrendszerre épül. Major kritérium: kísérő szisztémás embolisatio, az atherosclerosis nélküli coronariaembolisatio angiológiai igazolása, valamint a több helyen jelentkező coronariaembolisatio.

Az OH-KVÍZ megfejtésével folyamatos orvos-továbbképzési pontokhoz juthat!

A Semmelweis Egyetem Továbbképző Központjának döntése értelmében az OH-KVÍZ megfejtésének beküldői folyamatos orvos-továbbképzési pontokat kapnak.

Amennyiben a jó válaszok aránya meghaladja a 60%-ot, félévente maximum 12 továbbképzési pont kapható. Távoktatással szerzett pontokból évente legfeljebb 20 pont számítható be [MK 2003/99. (VIII. 22.)].

A 100%-osan helyes választ beküldők jutalma egy, az Akadémiai Kiadó webáruházában kedvezményes vásárlásra jogosító kupon.

A megfejtések az *Orvosi Hetilap* szerkesztőségébe levelezőlapon és e-mailen küldhetők be.

A beküldött megfejtések értékelését, a helyes megfejtők nyilvántartását az *Orvosi Hetilap* szerkesztői végzik, s az adatokat továbbítják az egyetemeknek.

Ha kreditpontokat kíván gyűjteni, kérjük, adja meg pecsétszámát, szakterületét és munkahelyét is.

A helyes megoldást a következő havi feladvánnyal együtt, a nyertes nevét a következő havi második számunkban közöljük.

A megfejtések beküldési határideje: 2016. május 19.

Beküldési cím: Akadémiai Kiadó Zrt., 1519 Budapest, Pf. 245, e-mail: edit.budai@akademiai.hu

OH-KVÍZ – 2016/18. szám

Válassza ki az alábbi lehetőségek közül a megfelelőt!

1. Melyik sejt vesz részt a májbetegségek progressziójában, a kötőszövetes átépülés folyamatában?
 - A) Csillagsejtek.
 - B) Portalis fibroblastok.
 - C) Dendritikus sejtek.
 - D) Mindegyik.
2. Mi a metasztatizáló kasztrációrezisztens prosztaták gyógyszeres első vonalbeli kezelése?
 - A) Docetaxel.
 - B) Abirateron-acetát.
 - C) Cabazitaxel.
 - D) Enzalutamid.
3. Mi a harmadik leggyakoribb orbitaérintettséggel járó, endokrin orbitopathiát utánzó betegség?
 - A) Hyperthyreosis.
 - B) Lymphoproliferatív betegségek.
 - C) Pseudotumor orbitae.
 - D) Malignus daganatok.
4. Hány százalék a lipidszintcsökkentő kezelésben részesülőkben a lipidcélértékeket elérők aránya az EUROASPIRE III tanulmány alapján hazánkban?
 - A) 25,3%.
 - B) 50,4%.
 - C) 60,5%.
 - D) 15,6%.
5. Melyik mutáció lehet kimutatható essentialis thrombocytopeniában?
 - A) JAK2V617F.
 - B) Calreticulin.
 - C) MPL.
 - D) Mindegyik.
6. Melyik idegrendszeri betegség patomechanizmusában van szerepe a gyógyszertranszportereknek?
 - A) Epilepszia.
 - B) Alzheimer-kór.
 - C) Mindkettő.
 - D) Egyik sem.
7. Milyen volt a tuberculosis incidenciája 2014-ben hazánkban?
 - A) 5/100 000.
 - B) 9,1/100 000.
 - C) 15/100 000.
 - D) 20/100 000.
8. Mire szolgál a TOQ kérdőív?
 - A) Poszttranszplantációs depresszió mérése.
 - B) Szorongás mérése.
 - C) A transzplantált szervvel kapcsolatos reprezentációk mérése.
 - D) Egyik sem.
9. Mi a szédülések leggyakoribb oka?
 - A) Cardiovascularis történések.
 - B) Otovestibularis eredet.
 - C) Pszichés tényezők.
 - D) Sérülések, mérgezések.
10. Milyen térfoglaló folyamatok lehetnek az inguino-femoralis régióban?
 - A) Lágyéksérv.
 - B) Haematoma.
 - C) Endometriosis.
 - D) Mindegyik.