

A MAGYAR INFEKTOLÓGIAI
ÉS KLINIKAI MIKROBIOLÓGIAI
TÁRSASÁG

40

■ KONGRESSZUSA



Budapest

Danubius Hotel Flamenco

2012. SZEPTEMBER 20-22.

**A MAGYAR INFEKTOLÓGIAI
ÉS KLINIKAI MIKROBIOLÓGIAI TÁRSASÁG
40. KONGRESSZUSA**

Budapest, 2012. szeptember 20-22.

PROGRAMFÜZET

Tudományos Szervező Bizottság:

Dr. Schneider Ferenc (elnök)
Dr. Rókus László Ph.D. (főtitkár)
Prof. Dr. Nagy Erzsébet
Dr. Prinz Gyula
Dr. Sinkó János Ph.D.

Szakmai szervező

Dr. Rókus László Ph.D.
MH Honvédkórház, Budapest

Szervezőiroda:

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

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

A kongresszus helyszíne

Danubius Hotel Flamenco 1113 Budapest, Tass vezér u. 3-7.

Regisztráció

A kongresszus helyszínén:

2012. szept. 20. (csütörtök)	09.00 – 18.00
2012. szept. 21. (péntek)	08.00 – 18.30
2012. szept. 22. (szombat)	08.30 – 14.00

Regisztrációs díj

Orvosok részére	23.620.-Ft+áfa	30.000.-Ft
30 év alatti orvosok és nyugdíjasok részére	21.600.-Ft+áfa	27.000.-Ft
Napijegy	9.370.-Ft+áfa	11.900.-Ft

Kitűző

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

Előadás időtartama

- Összefoglaló előadás 15', előadás 8', poszter előadás 3'
- Vetítésre szánt anyagát (poszter esetében max. 3 slide) kérjük a szekció kezdete előtt a technikus személyzetnek szíveskedjen leadni!
- A tudományos program szoros időbeosztása miatt tisztelettel kérjük az időtartam pontos betartására!

Poszterek

Poszterméret: 90 x 90 cm

A poszterek 2012. szept. 20-án 09.00 órától kihelyezhetők, eltávolításukról szept. 22-én 14.00 óráig kell gondoskodni.

Szállás

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

Étkezés

étkezési jegy ellenében vehető igénybe

Kulturális program

Parkolás

a Hotel saját tetőparkolójában

- szállóvendégeknek 24 órás használatra 1.900.-Ft/nap
- nappali használatra nem szállóvendégeknek 1.100.-Ft/nap

PROGRAM ÖSSZEFOGLALÓ

2012. szeptember 20-22.

2012. szeptember 20. csütörtök

10.00 – 12.00	Mikrobiológiai Tematikus Továbbképzés
12.00 – 13.30	Ebédszünet
13.30 – 14.00	Megnyitó
14.00 – 16.40	Pneumónia
16.40 – 17.00	Szünet
17.00 – 19.10	Pneumónia
19.30 – 20.30	Kulturális program

2012. szeptember 21. péntek

08.30 – 10.10	Mikrobiológia
10.10 – 10.30	Szünet
10.30 – 11.30	Roche szimpózium
11.30 – 12.00	Lyme - kór
12.00 – 13.30	Ebédszünet
13.30 – 14.30	Gerlóczy Zsigmond emlékérem átadása Jubileumi előadás
14.30 – 15.30	MSD szimpózium
15.30 – 15.50	Szünet
15.50 – 17.10	Varia szekció
17.10 – 17.50	Hepatitis szekció
17.50 – 19.20	Poszter szekció
20.00	Fogadás

2012. szeptember 22. szombat

09.00 – 10.00	Astellas Pharma szimpózium
10.00 – 11.00	Gyakornoki fórum
11.00 – 11.20	Szünet
11.20 – 12.30	Neuroinfekciók
12.30	Infekció kontroll
12.40	Kongresszus zárás
13.00	Ebéd

Szeptember 20. Csütörtök

10.00 – 12.00 **Mikrobiológiai Tematikus Továbbképzés**

Üléselnök: Nagy Erzsébet

10.00 **Aerob baktériumok antibiotikum érzékenységi vizsgálata az EUCAST tükrében**

Kristóf Katalin¹, Konkoly Thege Marianne²

¹Semmelweis Egyetem, ²Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet Budapest

10.15 **Jelentősebb Gram-negatív patogének antibiotikum rezisztencia helyzete és várható trendek**

Damjanova Ivelina

Országos Epidemiológiai Központ, Budapest

10.30 **Anaerob baktériumok antibiotikum érzékenységi vizsgálata az EUCAST ajánlás tükrében**

Urbán Edit

Szegedi Tudományegyetem, Szeged

10.45 **Gombák antimikotikum érzékenységi vizsgálata az EUCAST ajánlás tükrében**

Nikolova Radka

Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Budapest

11.00 **EUCAST ajánlás alkalmazása Magyarország mikrobiológiai laboratóriumaiban - 2012 áprilisi felmérés eredményei**

Tóth Ákos

Országos Epidemiológiai Központ, Budapest

11.15 **Kerekasztal megbeszélés**

Kérdések, kérések, problémák az EUCAST ajánlás hazai bevezetésével kapcsolatban

12.00 – 13.30 **EBÉDSZÜNET**

- 13.30 – 14.00 MEGNYITÓ**
- 14.00 – 19.10 A MAGYAR INFEKTOLÓGIAI ÉS KLINIKAI MIKROBIOLÓGIAI TÁRSASÁG ÉS A MAGYAR PULMONOLÓGIAI TÁRSASÁG KÖZÖS TUDOMÁNYOS ÜLÉSE**
- „A közösségben, az egészségügyi intézetekben szerzett, valamint a gépi lélegeztetéssel kapcsolatos pneumónia aktuális kérdései”**
Üléselnökök: Szilasi Mária, Rókus László
- 14.00 **Aktuális epidemiológiai helyzet**
Müller Veronika
Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest
- 14.20 **Alsó légúti infekciók mikrobiológiai diagnosztikája, változások**
Nagy Erzsébet
Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet, Szeged
- 14.40 **A tuberculosis aktuális helyzete**
Kovács Gábor
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest
- 15.00 **Alsó légúti fertőzések képalkotó diagnosztikája**
Tavaszi Gábor
MH Honvédkórház, Budapest
- 15.20 **Alsó légúti fertőzések diagnosztikája, légúti mintavételi eljárások**
Strausz János
Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár
- 15.40 **A közösségben szerzett pneumónia kockázati tényezői, súlyossági pontrendszerek**
Rákóczi Éva
Kenézy Kórház és Rendelőintézet, Debrecen
- 16.00 **Terápiás útmutatók közösségben szerzett pneumóniában**
Ludwig Endre
Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Budapest

- 16.20 **Alsó légúti infekciók gyermekgyógyászati vonatkozásai**
Trethon András
Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet,
Budapest
- 16.40 – 17.00 SZÜNET
- 17.00 **A vírusos pneumóniákról**
Szalka András
Szent Imre Kórház, Budapest
- 17.20 **Kockázati tényezők kórházban szerzett (HAP), illetve gépi léle-
geztetéssel összefüggő pneumóniában (VAP)**
Putz Zsuzsa
Tüdőgyógyintézet, Törökbálint
- 17.40 **Terápiás útmutatók gépi lélegeztetéssel összefüggő pneumó-
niában (VAP)**
Nagy László
MH Honvédkórház, Budapest
- 18.00 **A közösségben szerzett és a gépi lélegeztetéssel kapcsolatos
pneumónia szövődményei, kezelésük**
Szűcs Ildikó
DEOEC Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen
- 18.20 **A csökkent védekezőképességű betegek pneumóniája**
Sinkó János
Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet,
Budapest
- 18.40 **A megelőzés kérdései**
Mészner Zsófia
Országos Germekegészségügyi Intézet, Egyesített Szent István és
Szent László Kórház – Rendelőintézet, Budapest
- 19.00 **Zárszó**
- 19.30 – 20.30 KULTURÁLIS PROGRAM

08.30 – 10.10 MIKROBIOLÓGIA

Üléselnökök: Nagy Erzsébet, Konkoly-Thege Marianne

Eőadások

- 08.30 **Kórházunkban előforduló bakteriémiát okozó ritka kórokozók klinikai és mikrobiológiai jellemzői**
Bessenyei Zsuzsanna, Papp Katalin, Farkas Anikó, Vámos Mária
Jósa András Oktató Kórház Központi Laboratórium Mikrobiológia, Nyíregyháza
- 08.40 **Trimethoprim-sulfamethoxazole rezisztens *Stenotrophomonas maltophilia* izolátumok vizsgálatának eredményei**
Juhász Emese, Kristóf Katalin
Semmelweis Egyetem, Laboratóriumi Medicina Intézet, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Laboratórium, Budapest
- 08.50 **ESBL - termelő *Klebsiella* speciesek okozta véráramfertőzés előfordulási gyakorisága és kockázati tényezői - egy eset-kontroll vizsgálat**
Scharek Petra¹, Létay Erzsébet², Katona Katalin², Rókusz László¹
¹MH Honvédkórház I. Belgyógyászati Osztály, ²MH Honvédkórház Központi Laboratóriumi Osztály Mikrobiológiai Részleg, Budapest
- 09.00 **Kórházi ellátással összefüggő véráram fertőzések, 2005-2011**
Szabó Rita^{1,2}, Böröcz Karolina²
¹European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, ²Országos Epidemiológiai Központ, Kórházi-járványügyi Osztály, Budapest
- 09.10 **Karbapenem rezisztens *Klebsiella pneumoniae* által okozott fertőzések halmozódása a PTE klinikáin 2010. évben**
Mestyán Gyula
Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Orvosi Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet, Bakteriológiai Diagnosztikai Laboratórium, Pécs

- 09.20 **A PTE klinikáin izolált karbapenem rezisztens *Klebsiella pneumoniae* törzsek karakterizálása: detektálási nehézségek és terápiás alternatívák**
Melegh Szilvia^{1,2}, Kovács Krisztina¹, Gám Tamás¹, Nyul Adrienn¹, Patkó Brigitta¹, Damjanova Ivelina³, Mestyán Gyula¹
¹Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Orvosi Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet, Bakteriológiai Diagnosztikai Laboratórium, Pécs, ²Tolna Megyei Balassa János Kórház, Labordiagnosztikai Osztály, Szekszárd, ³Országos Epidemiológiai Központ, Budapest
- 09.30 ***M. tuberculosis* komplex direkt kimutatása – GeneXpert MTB/RIF módszerrel szerzett tapasztalataink**
Senoner Zsuzsanna¹, Szabó Nóra¹, Marton Erzsébet¹
¹Corden Nemzeti Mycobacteriológiai Referencia Laboratórium, Budapest
- 09.40 **Alsó légúti minták *Aspergillus* irányú mikrobiológiai vizsgálatának tapasztalatai**
Pongrácz Júlia, Kristóf Katalin
Semmelweis Egyetem LMI Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Laboratórium, Budapest
- 09.50 **Szérum galaktomannán antigén vizsgálat allogén őssejt transzplantált betegek invazív aspergillosisának diagnosztikájában: boncolással igazolt esetek elemzése**
Sinkó János¹, Nikolova Radka², Csomor Judit³, Konkoly-Thege Marianne², Kriván Gergely⁴, Reményi Péter¹, Masszi Tamás¹
¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház Hematológiai és Őssejt-transzplantációs Osztály, ²Mikrobiológiai Laboratórium, ³Patológiai Osztály, ⁴Gyermekhematológiai és Őssejt-transzplantációs Osztály, Budapest

MEGBESZÉLÉS

10.10 – 10.30 SZÜNET

- 10.30 – 11.30 ROCHE SZIMPÓZUM**
ÚJ TERÁPIÁS KORSZAK KÜSZÖBÉN – REMÉNYEK ÉS REALITÁSOK A KRÓNIKUS C HEPATITIS KEZELÉSÉBEN
Üléselnök: Rókus László
- 10.30 **Remények – jobb gyógyulási esélyek hármas kombinációval**
Schneider Ferenc
Vas megyei Markusovszky Kórház – Infektológia, Szombathely
- 10.50 **Realitások – a gyógyuláshoz vezető út nehézségei – hármas kombináció esetén**
Tusnádi Anna
Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Kórház – Infektológia, Szolnok
- 11.10 **Diszkusszió, konklúzió**
- 11.30 – 12.00 LYME - KÓR**
Üléselnök: Almási István
- 11.30 **Lyme - kór aktuális kérdései (MIKMT által felkért előadás)**
Lakos András
Kullancsbetegségek Ambulanciája, Budapest
- 11.50 **Sok hűhó, de miért? Avagy a leletértelmezés „nehézségei”**
Almási István
Tolna megyei Balassa János Kórház, Szekszárd
- 12.00 – 13.30 EBÉDSZÜNET
- 13.30 Gerlóczy Zsigmond emlékérem átadása**
Laudatio: Hajdú Edit
Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály, Szeged
- Az antrax fágoktól a MALDI-TOF-ig; egy klinikai mikrobiológus pályájának alakulása**
Prof. Dr. Nagy Erzsébet PhD, DSc
Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet, Szeged

14.00

EMLÉKELŐADÁS

Üléselnök: Ternák Gábor

Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság megalakulásának 50. évfordulója alkalmából - jubileumi előadás

Szalka András

Szent Imre Kórház, Budapest

14.30 – 15.30 **MSD SZIMPÓZIUM**

15.30 – 15.50 SZÜNET

15.50 – 17.10 **VARIA SZEKCIÓ**

Üléselnökök: Prinz Gyula, Trethon András

Előadások

15.50

Vasanyagcsere változások infekcióban (dyssiderosis)

Bernát Sándor Iván, Rókus László

MH Honvédkórház, I. Belgyógyászati Osztály, Budapest

16.10

Tapasztalatok spondylodiscitis kezelésében

Gács Judit, Nemesi Krisztina, Konkoly-Thege Marianne, Prinz Gyula

Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Budapest

16.30

Szisztémás nocardiosis még ritkább esete

Székely Éva, Várnai Zsuzsanna, Ludwig Endre

Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet, Budapest

- 16.40 **Adenovírus infekciók csökkent immunitású gyermekekben – diagnosztikus és terápiás lehetőségeink**
Kassa Csaba¹, Kolozsi Tímea², Benyó Gábor¹, Kállay Krisztián¹, Stréhn Anita¹, Sinkó János³, Pankovics Péter⁴, Mihály Ilona², Reuter Gábor⁴, Kriván Gergely¹
¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Gyermekhematológiai- és Óssejt-transzplantációs Osztály, ²Központi Mikrobiológiai Laboratórium, Viroológiai Osztály, ³Hematológiai- és Óssejt-transzplantációs Osztály, Budapest, ⁴ÁNTSZ Dél-Dunántúli Regionális Intézete, Mikrobiológiai Laboratóriumi Osztály, Pécs
- 16.50 **Alíz Csodaországban – Végletek egy vírusbetegségben**
Tupcsia Zita
Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Gyermekinfektológiai Osztály, Budapest
- 17.00 **A vakcináció gyakorlati kérdései a reumatológiában**
Rákóczi Éva¹, Szekanecz Zoltán², Várkonyi István¹
¹Klinikai Farmakológiai, Infektológiai és Allergológiai Intézet, Kenézy Kórház Nonprofit Kft, ²Belgyógyászati Intézet Reumatológiai Tanszék, Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centrum, Debrecen
- 17.10 – 17.50 HEPATITIS SZEKCIÓ**
Üléselnök: Telegdy László
- 17.10 **Boceprevir korai hozzáférés: Miért jobbak a magyar eredmények?**
Makara Mihály¹, Hunyady Béla² és a boceprevir korai hozzáférési program munkacsoport
¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház, ²Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár, PTE I.sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs
- 17.30 **Mit várhatunk az 1-es genotipusú HCV fertőzöttek új, hármas kombinációs antivirális kezelésétől?**
Tusnádi Anna
Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Kórház – Infektológia, Szolnok

17.50 – 19.20 POSZTER SZEKCIÓ

Üléselnökök: Schneider Ferenc, Somorác György

***Nocardia farcinica* okozta agytályog sikeres kezelése – esetismertetés**

Csapody Marcell¹, Kovács Gábor², Lekka Norbert¹, Szeifert György¹,
Monostory Katalin³, Szabó Pál³

¹Péterfy Sándor utcai Kórház – Baleseti Központ, ²Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, ³MTA Kémia Kutatóközpont, Budapest

***Streptococcus suis* okozta meningitis – esetismertetés**

Nyul Adrienn¹, Mód Andor², Csécesei Péter³, Kis-Csitári Judit⁴, Harmat Sándor⁴,
Fodor László⁵, Mestyán Gyula¹

¹Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Orvosi Mikrobiológiai és Immunitás-
tani Intézet, Bakteriológiai Diagnosztikai Laboratórium, Pécs, ²Mohács Város Kór-
háza, Neurológiai Osztály, Mohács, ³Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ,
Neurológiai Klinika, Pécs, ⁴Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Központ Nonprofit Kft.,
⁵Szent István Egyetem, Állatorvos-tudományi Kar, Járványtani és Mikrobiológiai
Tanszék, Budapest

Területen szerzett tüdőgyulladás miatt intenzív osztályon kezelt betegek jellemzői 2011

Dezsényi Balázs, Völgyes Barbara, Tóth Ágota, Ludwig Endre
Egyesített Szent István és Szent László Kórház VII. Infektológia, Budapest

A fluorokinolonok szerepe a húgyúti fertőzések kezelésének gyakorlatában

¹Juhász Zoltán, ²Benkő Ria, ²Matuz Mária, ²Biczók Zsuzsanna, ¹Hajdú Edit
¹Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály,
²GYTK, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet, Szeged

Multirezisztens kórokozó esete a Kenézy Kórházban

Kozma Mariann, Nyíri Gyöngyi, Makai Ildikó, Ócsai Gabriella, Várkonyi István,
Rákóczi Éva

Klinikai Farmakológiai és Allergológiai, Infektológiai Intézet Kenézy Kórház Non-
profit Kft, Debrecen

Antibiotikum használat a magyar intenzív osztályokon. Különbségek és befolyásoló tényezők

Benkő Ria¹, Matuz Mária¹, Pető Zoltán², Hajdú Edit³, Doró Péter¹, Viola Réka¹, Soós Gyöngyvér¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet, ²Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, ³I.sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály, Szeged

Antibiotikum kezelési „szokások” Clostridium difficile colitisekben

Sándor Éva, Misák Olena, Komáromi Erzsébet, Örlős Zoltán, Várkonyi István, Rákóczi Éva

Klinikai Farmakológiai, Allergológiai és Infektológiai Intézet
Kenézy Kórház Nonprofit Kft, Debrecen

Relapszusok kezelési nehézségei Clostridium difficile colitisben

Misák Olena, Sándor Éva, Komáromi Erzsébet, Várkonyi István, Rákóczi Éva
Klinikai Farmakológiai és Allergológiai, Infektológiai Intézet Kenézy Kórház Nonprofit Kft, Debrecen

Az ambuláns antibiotikum felhasználás korbeli és nembeli megoszlása – Dél-Alföldi felmérés eredményei

Biczók Zsuzsanna¹, Benkő Ria¹, Juhász Zoltán², Matuz Mária¹, Doró Péter¹, Bor Andrea¹, Hajdú Edit², Soós Gyöngyvér¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet, ²I.sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály, Szeged

Ambuláns antibiotikum használat: fókuszban az elrendelt gyógyszerterápiák jellemzői

Matuz Mária¹, Biczók Zsuzsanna¹, Benkő Ria¹, Doró Péter¹, Viola Réka¹, Juhász Zoltán², Hajdú Edit², Soós Gyöngyvér¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet, ²I.sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály, Szeged

Az ambuláns antibiotikum terápiák indikációi – országos adatok 2007.

Benkő Ria¹, Matuz Mária¹, Biczók Zsuzsanna¹, Viola Réka¹, Juhász Zoltán², Hajdú Edit², Soós Gyöngyvér¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet, ²I.sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály, Szeged

Látens tbc fellobbanása biológiai terápiában – esettanulmány

Medgyaszai Melinda

Corden International (Magyarország) Kft., Tbc Laboratórium

Áttöréses gombainfekciók neutropeniás gyermekekben

Stréhn Anita¹, Benyó Gábor¹, Kállay Krisztián¹, Kassa Csaba¹, Sinkó János², Kriván Gergely¹

¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Gyermekhematológiai- és Óssejt-transzplantációs Osztály, ²Hematológiai- és Óssejt-transzplantációs Osztály, Budapest

Új elvárások az MMR mikrobiológiai diagnosztikájához szükséges mintabeküldésekkel kapcsolatban

Rigó Zita, N. Szomor Katalin, Farkas Ágnes, Géresi Adrienn, Nagy Orsolya, Takács Mária

Országos Epidemiológiai Központ Kiütéses vírusbetegségek Nemzeti Referencia Laboratóriuma, Budapest

Morbilli és rubeola — nemzetközi kitekintés és hazai helyzet

N. Szomor Katalin, Rigó Zita, Farkas Ágnes, Géresi Adrienn, Szabó Éva, Nagy Orsolya, Takács Mária

Országos Epidemiológiai Központ, Virologiai főosztály, Kiütéses Vírusbetegségek Nemzeti Referencia Laboratóriuma, Budapest

Herpes zoster vagy bullosus erysipelas?

Harsányi Emese¹, Kecskés Borbála¹, Mohamed Hassan Al-Sheraji²

¹Szent Pantaleon Kórház és Rendelőintézet Infektológia, ²Sebészeti Osztály, Dunaújváros

Entamoeba histolytica infekció által okozott hasmenés. Esetismertetés

Orosz Erika¹, Szabó Gergely², Danka József¹, Takács István², Kucsera István¹, Szalay Ferenc²

¹Országos Epidemiológiai Központ Parazitológiai Osztály, ²Semmelweis Egyetem I.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

20.00

FOGADÁS

Szeptember 22. Szombat

- 09.00 – 10.00** **ASTELLAS PHARMA SZIMPÓZIUM
CLOSTRIDIUM DIFFICILE FERTŐZÉS, KORUNK
PROBLÉMÁJA**
Üléselnök: Rókusz László
- 09.05 ***Clostridium difficile* infekció, mint probléma**
Prinz Gyula
Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet,
Budapest
- 09.20 ***Clostridium difficile* infekció: epidemiológia és mikrobiológia**
Urbán Edit
Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai
Intézet, Szeged
- 09.35 **Új lehetőség a *Clostridium difficile* infekció kezelésében**
Sinkó János
Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet,
Budapest
- 09.50 **Megbeszélés**
- 10.00 – 11.00** **GYAKORNOKI FÓRUM**
Üléselnökök: Prinz Gyula, Lakatos Botond
- 10.00 **A Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság
gyakornoki szervezetének eredményei és tervei**
¹Bartha Noémi, ²Lakatos Botond
¹Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szent-
Györgyi Albert Klinikai Központ, Klinikai Mikrobiológiai Intézet, Sze-
ged, ²Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőinté-
zet, Budapest

10.15 **Trainee Association of ESCMID (TAE) szervezetének legújabb eredményei**

¹Bartha Noémi, ²Lakatos Botond

¹Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Klinikai Mikrobiológiai Intézet, Szeged, ²Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Budapest

10.30 **Sebészi antibiotikum profilaxis munkacsoport terveinek ismertetése**

Dezsényi Balázs

Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Budapest

Kerekasztal beszélgetés

11.00 – 11.20 SZÜNET

11.20 – 12.30 NEUROINFEKCIÓK

Üléselnökök: Budai József, Mihály Ilona

Előadások

11.20 **Neuroinfekció vagy nem? Megszűrjük vagy mégsem?**

Budai József

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

11.30 **Az akut meningitiseken túl...**

Jekkel Csilla¹, Budai József²

¹Semmelweis Egyetem, I. Sz. Belgyógyászati Klinika

²Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet,
Neuroinfektológiai Osztály, Budapest

11.40 **A virológiai diagnosztika csapdahelyzetei központi idegrendszeri betegségekben. – Félreértelmezhető esetek bemutatása**

Mihály Ilona¹, Kolozi Tímea¹, Lukács Adrienne¹, Molnár Péter¹,
Prinz Gyula², Liptai Zoltán³

Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet, Mikrobiológiai Laboratóriumi Osztály - ¹Virologiai Laboratórium, ²IV. Fertőző Belgyógyászati Osztály, ³Gyermekgyógyászati Osztály, Budapest

11.50 **A heveny központi idegrendszeri betegségek diagnosztikájában szerzett tapasztalatok 2009 júniusa és 2012 augusztusa közötti időszakban GeneProof HSV/VZV PCR teszttel és különböző vírus antitestvizsgálattal**

Mihály Ilona¹, Kolozsi Tímea¹, Lukács Adrienne¹, Molnár Péter¹, Liptai Zoltán², Budai József³, Prinz Géza³, Ábrahám Anita³
Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet, Mikrobiológiai Laboratóriumi Osztály - ¹Virologiai Laboratórium, ²Gyermekinfektológiai Osztály, ³Neuroinfektológiai Osztály, Budapest

12.00 **HIV és az agy; HIV fertőzött betegek neurokognitív eltérései hazánkban**

Gazdag Gábor¹, Lakatos Botond², Szabó Zsuzsa⁴, Bozzai Barbara³
Bánhegyi Dénes⁴
¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház Pszichiátriai Ambulancia, ²Neuroinfektológiai Osztály, ⁴V. Fertőző Belgyógyászati Osztály, ³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar VI. évfolyam, Budapest

Poszter

12.10 **Meningoencephalitisek diagnosztikus buktatói**

Gergely Zsuzsanna, Bodrogi Judit, Várkonyi István, Rákóczi Éva
Klinikai Farmakológiai, Infektológiai és Allergológiai Intézet Kenézy Kórház, Debrecen

12.15 **Tényleg?! – egy herpesz meningitis eset**

Barcsay Erzsébet¹, Lakatos Piroska², Takács Mária¹, Csire Márta¹
¹Országos Epidemiológiai Központ, Virologiai Főosztály, Humán Herpesvírusok Nemzeti Referencia Laboratóriuma, Budapest
²Pándy Kálmán Megyei Kórház, Infektológiai osztály, Gyula

12.20 **Pneumococcus meningitis terhesség során: esetismertetés**

Scharek Petra¹, Budai József², Szilasi Zsuzsanna³, Helferich Frigyes³, Árva Ilona⁴, Váradi András⁴, Jekkel Csilla⁵, Rókusz László¹
¹MH Honvédkórház, I. Belgyógyászati Osztály, ²Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Neuroinfektológiai Osztály, ³Fül-Orr-Gégészeti Osztály, ⁴AITO, ⁵Semmelweis Egyetem I. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

12.25 **Kihívások a Nyugat-nílusi láz vírusfertőzés laboratóriumi diagnosztikájában
(Esetbemutatás)**

Nagy Orsolya¹, Matolcsi Judit², N. Szomor Katalin¹, Takács Mária¹,
Ferenczi Emőke¹

¹Országos Epidemiológiai Központ Virologiai Főosztály, Virális zoonózisok Nemzeti Referencia Laboratóriuma, ²Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Neurológiai Osztály, Budapest

12.30 INFEKCIÓ KONTROLL

Üléselnök: Ribiczey Pál

12.30 **Szaktmák közti együttműködés a fertőzések féken tartásában:
érvéles forrásokért a kórházvezetés felé**

Farkas Anikó, Orosz Márta, Gajdos Anikó, Vámos Mária,
Margitai Barnabás, Vancsó Ágnes

Jósa András Oktatókórház és a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Egészségügyi Szervezési és Szolgáltató Holding Nonprofit Zrt, Nyíregyháza

12.40 Konferencia zárás

13.00 – 14.00 EBÉD

ELŐADÁSOK ÉS
POSZTEREK
ÖSSZEFOGLALÓI*

**A MAGYAR INFEKTOLÓGIAI
ÉS KLINIKAI MIKROBIOLÓGIAI TÁRSASÁG
40. KONGRESSZUSA**

Budapest, 2012. szeptember 20-22.

Gombák antimikotikum érzékenységi vizsgálata az EUCAST ajánlás tükrében

Nikolova Radka

Egyesített Szent István és Szent László Kórház

Az antifungális érzékenységi vizsgálatokkal foglalkozó európai bizottság (The European Committee on antimicrobial susceptibility testing – Subcommittee on antifungal susceptibility testing – EUCAST-AFST) létrehozott és közzétett a www.eucast.org oldalon határértékeket (breakpoints), amelyek segítenek a gombák MIC vizsgálatainak az interpretálását. Ezek a határértékek nagyszámú farmakokinetikai adatok, epidemiológiai cutt-off értékek és klinikai tapasztalatokról szóló adatok feldolgozásának az eredményei.

Az előadás ismerteti az EUCAST klinikai breakpointokat az antifungális szerek esetében és foglalkozik a gombák érzékenységi vizsgálat referens és rutin laboratóriumban használható módszereinek összehasonlításával.

Az alsó légúti infekciók mikrobiológiai diagnosztikája, változások

Nagy Erzsébet

Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet, Szeged

Az alsó légúti infekciók és elsősorban a súlyos tünetekkel járó pneumónia, a jelenleg rendelkezésre álló terápiás lehetőségek ellenére, jelentős és sok problémát okozó megbetegedés. A fejlett országokban egyike a leggyakoribb halálhoz vezető infekcióknak.

A pneumóniák mikrobiológiai diagnosztikájának számos elvi és gyakorlati nehézsége van. Egyrészt a köpet és a nem védett technikával vett mély légúti váladék mintavétel közben kontaminálódhat a garatflórával, másrészt a pneumónia kórokozójának jelentős része a kolonizáló flórából kerül ki. Bonyolítja ezt a kérdést az, hogy a lélegeztetett beteg pneumóniájának kialakulása során a tubuson kialakuló biofilmben sokszor az intenzív osztály multirezisztens baktérium flórája található meg. Az elmúlt évek során számos amerikai és európai, evidenciákon alapuló, irányelv készült a közösségben szerzett és a kórházban szerzett (lélegeztetett beteg) pneumóniájának klinikai és mikrobiológiai diagnosztikájával, valamint a terápiás választás lehetőségeivel kapcsolatban. A hagyományos eljárások használata során a megjelent irányelvek egyöntetűen hangsúlyozzák a mély légúti váladék citológiai vizsgálatának jelentőségét, valamint a kvantitatív/szemikvantitatív tenyésztés fontosságát. Az antigén kimutatási és ellenanyag vizsgálatok mellett a DNS alapú kórokozó kimutatás a pneumóniák diagnosztikájában is mind inkább előtérbe kerül. Külön hangsúlyt kap a kórházi ápolásra szoruló pneumóniás beteg esetében a hemokultura vizsgálatok eredményének figyelembe vétele a pneumónia valódi kórokozójának megtalálása szempontjából. A DNS alapú vizsgálatok eredményének kritikus interpretálása feltétlenül igényli a módszerek kombinált használatát és az eredményeknek a klinikai mikrobiológus és a klinikus által történő együttes értékelését.

Kórházunkban előforduló bakterémiát okozó ritka kórokozók klinikai és mikrobiológiai jellemzői

Bessenyei Zsuzsanna, Papp Katalin, Farkas Anikó, Vámos Mária
Jósa András Oktató Kórház Központi Laboratórium Mikrobiológia,
Nyíregyháza

Kórházunkban évente mintegy 4000 hemokultúra vizsgálat történik (aránya: 10,5 pa-lack/1000 ápolási nap). A hemokultúrákból izolált kórokozók gyors és megbízható azonosítása a mikrobiológiai laboratóriumok egyik legfontosabb, a klinikusok terápia-s, és részben diagnosztikus döntéseire is alapvető kihatással járó feladata.

Retrospektív elemzésünk célja az volt, hogy megvizsgáljuk az elmúlt 3 évben a a hemokultúrából izolált ritka kórokozók előfordulását, és elemezzük az ehhez kapcso-lódó leletinterpretációnkat, figyelembe véve a betegek kórlefolrásának tapasztalatait. Az identifikált baktériumoknak nemcsak mikrobiológiai, hanem klinikumban megnyil-vánuló jellemzőit is kerestük, összevetve irodalmi adatokkal.

8 beteget és 7 fajta kórokozót választottunk ki. A 4 Gram pozitív kórokozó: Erysipelotrix rhusiopathiae 2 esetben - mindkettő háttérében endocarditis állt - és 1-1 Granulicatella adiacens, Granulicatella elegans, Globicatella sanguinis (kóroki szerepük kérdéses maradt, közös momentum a nyálkahártya sérülés volt). A 3 Gram negatív kóroko-zó: Haemophilus parainfluenzae (pancreatitis acuta mellett), Capnocytophaga spe-cies (MALT lymphomás, gyomorfekélyes betegnél), Oligella ureolytica - coag.neg. Staphylococccussal együtt – (lábszárfekeles, septicus betegnél).

Tapasztalataink összhangban álltak az irodalmi adatokkal.

Részletes ismertetésre endocarditises betegünk kórtörténetét tartjuk érdemesnek, akinél foglalkozási megbetegedésként alakult ki e súlyos infekció (hentes).

A továbbiakban rendszeres eszmecsereket tervezünk ritka kórokozóinkról – eseten-ként ebben a mikrobiológus és az infektológus másként vélekedik.

***Trimethoprim-sulfamethoxazole* rezisztens Stenotrophomonas maltophilia izolátumok vizsgálatá- nak eredményei**

Juhász Emese, Kristóf Katalin

Semmelweis Egyetem, Laboratóriumi Medicina Intézet, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Laboratórium, Budapest

Stenotrophomonas maltophilia okozta infekció esetén az elsőként választandó szer a trimethoprim-sulfamethoxazole (SXT). Ezen antibiotikummal szembeni rezisztencia a S. maltophilia törzseknél ritka: saját vizsgálataink alapján 1-2%. Három év alatt mindössze 11 beteg S. maltophilia izolátumai bizonyultak SXT rezisztensnek. Vizsgálatunk arra a kérdésre kereste a választ, milyen antibiotikumokkal lehetne kezelni egy SXT rezisztens S. maltophilia okozta infekciót.

Összesen 19 S. maltophilia izolátum SXT, ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, ceftazidim, tigecyclin és colistin érzékenységét vizsgáltuk, mikrodilúciós és grádiens diffúziós módszerekkel. A kapott eredmények az EUCAST alapján faj specifikusan csak az SXT esetén interpretálhatók. A többi vizsgált antibiotikumok esetében a „non-species related” határértékek alkalmazására szorultunk. Az SXT rezisztencia az izolátumok 70%-ában csak alacsony szintű volt (MIC 8 -, ill. 16 mg/L). A vizsgált antibiotikumok közül csak a levofloxacin és a moxifloxacin volt gátló hatással a vizsgált izolátumok 74%-ára. Két beteg S. maltophilia izolátuma minden vizsgált szerre rezisztensnek bizonyult. Az egyik betegből több alkalommal is kitenyészett a pánrezisztens S. maltophilia. Ez utóbbi esetén különböző antibiotikum kombinációk hatását vizsgáltuk, checkerboard módszerrel. A ceftazidim + quinolon kombinációk bizonyultak szinergista hatásúnak. A tigecyclin minden kombinált antibiotikummal indifferens hatást mutatott, akárcsak a colistin kombinációk. Az SXT rezisztencián a ceftazidim, tigecyclinnel, colistinnel és quinolonokkal való kombináció sem változtatott.

ESBL - termelő *Klebsiella* speciosek okozta véráramfertőzés előfordulási gyakorisága és kockázati tényezői - egy eset-kontroll vizsgálat

Scharek Petra¹, Létay Erzsébet², Katona Katalin², Rókus László¹

¹MH Honvédkórház I. Belgyógyászati Osztály,

²Központi Laboratóriumi Osztály Mikrobiológiai Részleg, Budapest

Célkitűzés: Vizsgálatunk célkitűzése az volt, hogy egy retrospektív vizsgálat keretén belül felmérjük a 2007. 07. 01. és 2010. 12. 31. közötti időszakban, a MH Honvédkórházban az ESBL (extended-spectrum β -lactamase) termelő *Klebsiella* genus tagjai által okozott véráramfertőzések előfordulási gyakoriságát, a betegség kimenetelét.

Módszertan: Az eset csoportba kerültek azon betegek, akiknek véréből ESBL - termelő, a kontroll csoportba kerültek azok, akiknek véréből nem ESBL -termelő *Klebsiella* sp. tenyésztett. Minden beteget csak egy alkalommal regisztráltunk. A mikrobiológiai minta feldolgozása a Szakmai Kollégium által kidolgozott munkamódszer alapján történt. A statisztikai vizsgálathoz Fischer exact tesztet alkalmaztunk. Az eredményeket szignifikánsnak értékeltük abban az esetben, ha p értéke kisebb volt, mint 0.05.

Eredmények: 2007-ben 15 beteg, 2008-ban 45 beteg, 2009-ben 57 beteg, 2010-ben 47 beteg véréből izoláltunk *K. pneumoniae*-t. Ezek közül 2007-ben 3 beteg (20%), 2008-ban 19 beteg (42%), 2009-ben 24 beteg (42%), 2010-ben 23 beteg (48.9%) véráramfertőzést okozta ESBL - termelő *K. pneumoniae*. A bakteriémiák 75%-a nozokomiális, 9%-a egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó, 16%-a pedig közösségben szerzett volt.

Következtetések: A vizsgált években a nem ESBL - termelő *K. pneumoniae* prevalenciája nem változott, az ESBL - termelő *K. pneumoniae* előfordulási gyakorisága azonban 2010-ben emelkedett a 2008-2009 közötti időszakhoz képest, a változás nem szignifikáns. Az infekcióval összefüggésbe hozható letalitás 10%-os volt az eset és a kontroll csoportban egyaránt. Az ESBL – termelő *K. pneumoniae* véráramfertőzés okozta halálozás kockázati tényezőinek az alábbiak bizonyultak: a felvételt megelőző 90 napon belüli antibiotikum kezelés, intenzív terápiás osztályon való kezelés, haematológiai társbetegség, sebészeti beavatkozás, hólyagkatéter viselés, centrális katéter-, endotracheális tubus-, drain behelyezése, primer bakteriémia, illetve ha a véráramfertőzés forrása a szívbillentyű, a lágyrész vagy a hasüregi szervek voltak.

Kórházi ellátással összefüggő véráram fertőzések, 2005-2011

Szabó Rita^{1,2}, Böröcz Karolina²

¹European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm , ²Országos Epidemiológiai Központ, Kórházi-járványügyi Osztály, Budapest

Bevezetés: A véráramfertőzés a legsúlyosabb, magas halálozással és többletköltséggel járó egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés, melynek 30%-a megelőzhető.

Az előadás célja a Nemzeti Nosocomiális Surveillance Rendszer (NNSR) „véráram fertőzések” kötelező moduljába 2005. január és 2011. december között bejelentett véráram fertőzési esetek deskriptív epidemiológiai eredményeinek ismertetése, illetve a véráram fertőzések prevenciós módszereinek a felülvizsgálata.

Módszer: A vizsgálat során az NNSR-be jelentett egyedi elektronikus adatlapok klinikai és mikrobiológiai adatait dolgoztuk fel a következő szempontok alapján: demográfiai adatok, a fertőzés eredetének megoszlása, kórokozók és nyers halálozás. Az esetek azonosítása a Centre for Disease Prevention and Control által kidolgozott esetdefiníciók alapján történt.

Eredmények: A vizsgált periódusban átlagosan 55 kórház 7.628 véráram fertőzést jelentett, melyek 64 %-a primer volt. A betegek medián életkora 61 (0-98) volt. Az esetek többsége (60%) a férfiak között fordult elő. A legtöbb véráramfertőzés az intenzív terápiás osztályokon (41%) fordult elő. A leggyakoribb kórokozó a koaguláz-negatív Staphylococcus és a Staphylococcus aureus volt. A véráram fertőzési esetek 16%-a végződött halállal.

Konklúzió: A vizsgálat eredményei jelzik azokat a problémákat, amelyek a módszertani levélben leírt infekciókontroll elemek hiányára utalnak és amelyeket az infekciókontroll területén dolgozóknak és a döntéshozóknak egyaránt figyelembe kell venniük a megelőzés során.

Karbapenem rezisztens *Klebsiella pneumoniae* által okozott fertőzések halmozódása a PTE klinikáin 2010. évben

Mestyán Gyula

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Orvosi Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet, Bakteriológiai Diagnosztikai Laboratórium, Pécs

Az előadásban rövid tájékoztatást szeretnénk adni a karbapenem rezisztens *Klebsiella pneumoniae* (KRKP) törzsek megjelenéséről a Pécsi Tudomány Egyetem (PTE) klinikáin, és izolálási gyakoriságuk 2010. év folyamán tapasztalt emelkedéséről.

A 2009. decemberi első diagnosztizálásuk után, 2010-ben a KRKP izolálási gyakorisága jelentősen megnőtt. A halmozódás 153 beteget és 10 klinika több osztályát érintette. Járványtani szempontból fontos jelenséggént tapasztaltuk azt is, hogy a KRKP törzsek halmozódásának hátterében az izolált *klebsiella* törzsek száma, tekintet nélkül rezisztenciájukra, példátlan módon emelkedett a vizsgált időszakban.

Az elvégzett PCR vizsgálatokkal igazolódott, hogy a 2010-ben izolált KRKP izolátumok túlnyomó többsége metallo- β -laktamáz (VIM) termelő törzs. Laboratóriumunk számára fontos tanulságként szolgált, hogy vizsgált izolátumok között volt olyan VIM pozitív *K. pneumoniae* törzs is, amelyet rutin fenotípusos vizsgálatainkkal karbapenem érzékeny ESBL termelő izolátumnak diagnosztizáltunk még 2009 januárjában.

A VIM termelő KRKP törzseink közül, a halmozódásukat reprezentáló válogatásként, 17-et küldtünk tipizálásra az OEK-be 2011. év augusztusában, - e törzsek eltérő időszakokból (2009, 2010, 2011 különböző hónapjaiból), különböző klinikákról és vizsgálati mintákból származtak. A PFGE vizsgálatok valószínűsítették, hogy az év folyamán izolált KRKP törzsek egyetlen genetikai klónba tartoznak.

A PTE klinikáin izolált karbapenem rezisztens *Klebsiella pneumoniae* törzsek karakterizálása: detektálási nehézségek és terápiás alternatívák

Meleg Szilvia^{1,2}, Kovács Krisztina¹, Gám Tamás¹, Nyul Adrienn¹, Patkó Brigitta¹, Damjanova Ivelina³, Mestyán Gyula¹

¹Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Orvosi Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet, Bakteriológiai Diagnosztikai Laboratórium, Pécs, ²Tolna Megyei Balassa János Kórház, Labordiagnosztikai Osztály, Szekszárd, ³Országos Epidemiológiai Központ, Budapest

Az első pécsi karbapenem rezisztens *K. pneumoniae* törzs 2009-es észlelése óta számos pécsi klinikán azonosítottunk hasonló érzékenységgel rendelkező izolátumokat. Vizsgálatunk célja volt, hogy meghatározzuk, milyen a törzsek közötti genetikai rokonság, milyen mechanizmus felelős a karbapenem rezisztenciáért, és milyen antibiotikumok jelenthetnek terápiás alternatívát. Vizsgálatunkban 80, klinikai mintákból (11 hemokultúra, 69 vizelet) származó, csökkent karbapenem érzékenységű, módosított Hodge-teszt pozitív *K. pneumoniae* törzset vontunk be. A klonalitás megállapítás PFGE-vel (pulse-field gel electrophoresis) történt. A béta-laktamázok kimutatását fenotípusos gátlási próbával (dipikolinsav, boronsav, cloxacillin) és PCR-rel végeztük. A minimális gátlási koncentrációkat E-teszttel határoztuk meg. A PFGE a 2003-ban megjelent, ciprofloxacín rezisztens, ESBL termelő magyar epidémiás klón dominanciáját igazolta. Ennek a klónnak a Pécssett 2009-ben felbukkant karbapenem rezisztens változata a korábban is azonosított CTX-M ESBL termelés mellett már VIM metallo-béta-laktamáz gént is hordozott. A különböző molekuláris osztályokba tartozó béta-laktamázok egyidejű jelenléte megnehezítette a fenotípusos detektálást. A törzsek 61,5%-a mutatott metallo-béta-laktamáz jelenlétét igazoló gátlási reakciót. Az izolátumok jelentős részével szemben jó hatékonyságot mutatott a colistin (MIC medián=1ug/ml), az amikacin (MIC medián=8ug/ml), a meropenem (MIC medián=1ug/ml) és a tigecyclin (MIC medián=0,5ug/ml). Kedvezőtlenebb a helyzet az ertapenem (MIC medián=8ug/ml), az imipenem (MIC medián=2ug/ml) és a chloramphenicol esetében (MIC medián=12ug/ml).

***M. tuberculosis* komplex direkt kimutatása – GeneXpert MTB/RIF módszerrel szerzett tapasztalataink**

Senoner Zsuzsanna¹, Szabó Nóra¹, Marton Erzsébet¹

¹Corden Nemzeti Mycobacteriológiai Referencia Laboratórium, Budapest

Ma már alapvető követelmény, hogy bármely beküldő számára elérhető legyen a gyors MTB komplex kimutatás lehetősége és az MDR törzsek korai felismerése.

Módszer: hemi-nested real-time PCR módszer, fluoreszcens optikai detektálással. Rövid mintaelőkészítést követően teljesen automatizált technika és értékelés. 2,5 óra alatt a MTB komplex és a rifampicin rezisztencia egyidejűleg kimutatható.

Célkitűzés: 1. A mintabeküldési szokások elemzése. 2. 242 légúti és 37 extrapulmonális minta mikroszkópos, tenyésztési és Xpert eredményének összehasonlítása. 3. A módszer alkalmazásával szerzett tapasztalatok összegzése.

Eredmények: A direkt molekuláris kimutatás lehetőségével beküldőinknek csak negyede élt. A vizsgálati anyagok összetétele: 151 bronchus, 91 köpet, 37 extrapulmonális minta, azt jelzi, hogy „válogatott” beteganyag érkezik. Zömmel sürgős differenciáldiagnosztikai célból kéri a PCR vizsgálatot. A módszer szenzitivitása 95%-osnak, a specificitása 100%-osnak bizonyult, a tenyésztést mint „gold standard”-ot alapul véve. A 21 Xpert pozitív mintából 12 direkt kenetben negatív volt. Nyolc mintából Xpert+/tenyésztés- és kettőből Xpert-/tenyésztés+ eredményt kaptunk. Ezen 10 eltérés oka lehetett a folyamatban lévő kezelés, elpusztult baktériumok kimutatása, a kis csíraszám vagy az előkezelés pusztító hatása. Hagyományos módszerekkel igazoltuk, hogy a rifampicin rezisztenciát minden pozitív mintából helyesen határozta meg a gép.

Összefoglalás: A minták minőségének és a körütekintő feldolgozásnak kiemelt jelentősége van abban, hogy a klinikus releváns eredményt kapjon. A GeneXpert MTB/RIF jelenleg az egyik legkorszerűbb, elfogadott módszer, mely légúti (direkt kenetben + vagy -) és extrapulmonális anyagokhoz egyaránt alkalmazható. Gyors és megbízható. A technikából adódó fals pozitív eredmény a zárt rendszer miatt szinte kizárt.

Alsó légúti minták *Aspergillus* irányú mikrobiológiai vizsgálatának tapasztalatai

Pongrácz Júlia, Kristóf Katalin
Semmelweis Egyetem LMI Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai
Laboratórium, Budapest

A pulmonális aspergillosisnak öt formája különíthető el: aspergilloma, allergiás bronchopulmonális aspergillosis, krónikus nekrotizáló aspergillosis, légúti-invazív aspergillosis és angioinvazív aspergillosis. A kórképek kialakulásához szinte minden esetben szükség van hajlamosító tényezőre, például súlyos neutropénia, krónikus tüdőbetegség (COPD, asthma, CF, sarcoidosis), malignus betegség, szteroid terápia. A mikrobiológiai diagnosztikai lehetőségek közé tartozik a tenyésztés, a galaktomannán antigén kimutatás légúti mintából és szérumból, továbbá az *Aspergillus*-ellenes IgG antitest meghatározás.

98 betegről származó 146 légúti mintából végeztünk galaktomannán kimutatást. A minták 44%-a bizonyult pozitívnak, és a pozitív minták 15%-ából tenyésztett ki *Aspergillus* faj. A leggyakoribb kitenyésztett kórokozó az *A. fumigatus* volt (80%), *A. flavus* és *A. niger* 10-10%-ban tenyésztett. 16 betegről (10%) kértek a légúti mintával párhuzamosan galaktomannán meghatározást szérumból. A galaktomannánra pozitív légúti mintákhoz tartozó szérumok közül kettő (12%) volt pozitív.

81 krónikus tüdőgyógyászati betegnél végeztünk *Aspergillus*-ellenes IgG antitest vizsgálatot, hét beteg (1%) bizonyult pozitívnak, egyiküknél tenyésztett ki légúti mintából *A. flavus*. Az IgG antitestre pozitív betegek aspergillomás és krónikus nekrotizáló tüdőaspergillosisban szenvedők voltak. Az *Aspergillus*-ellenes IgG antitest kimutatása segít az *Aspergillus* okozta szubakut és krónikus kórfolyamatok diagnózisának alátámasztásában.

Az elmúlt évtizedben nőtt az *Aspergillus* okozta megbetegedések jelentősége, mivel nőtt a fertőzés veszélyének kitett betegpopuláció. Az új diagnosztikai lehetőségek nagy segítséget nyújtanak a diagnózis felállításában.

Szérum galaktomannán antigén vizsgálat allogén őssejt-transzplantált betegek invazív aspergillozisának diagnosztikájában: boncolással igazolt esetek elemzése

Sinkó János¹, Nikolova Radka², Csomor Judit³,
Konkoly-Thege Marianne², Kriván Gergely⁴, Reményi Péter¹,
Masszi Tamás¹

¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház Hematológiai és Őssejt-transzplantációs Osztály, ²Mikrobiológiai Laboratórium, ³Pathológiai Osztály, ⁴Gyermekhematológiai és Őssejt-transzplantációs Osztály, Budapest

Allogén őssejt-transzplantációval kezelt betegekben az invazív fonalgomba infekciók – ezen belül az invazív aspergillozis (IA) - okozta morbiditás és mortalitás jelentős. A biztos kórisme felállítása csak szövettani vizsgálattal lehetséges, a folyamat korai felismeréséhez nagyban hozzájárul a galaktomannán antigén (GM) rendszeres vizsgálata.

Retrospektív tanulmányunkban 2008-2010 között allogén őssejt-tanszplantáción átesett betegek kórlefolyását elemeztük. A betegcsoporton belül azon elhunyt személyek adatai kerültek feldolgozásra, akikben a kórboncolás fonalgomba fertőzés jelenlétét bizonyította. Esetükben vizsgáltuk az élőben végzett szérum GM meghatározás teljesítőképességét.

A vizsgált 3 év során 16 betegben igazolódott fatális kimenetelű fonalgomba infekció (IA: 9, mucormycosis: 5, fusariosis: 1, IA+mucormycosis: 1). A transzplantáció kezdetétől összesen 201 esetben történt szérum GM meghatározás. Az optikai denzitási (OD) értékek tekintetében jól elkülönültek az IA és az egyéb fonalgomba infekció következtében meghalt betegek (átlag 1,55 ill. 0,28, $p=0,0009$). $OD=0,5$ határértéket alkalmazva a módszer szenzitivitása 0,6 (0,27-0,86), specificitása 0,83 (0,36-0,99) volt.

Az IA diagnosztikájában jól alkalmazható a szérum GM teszt. Érzékenységét kedvezőtlenül befolyásolhatja a széles spektrumú antifungális szerek profilaktikus használata. A vizsgálatban szereplő valamennyi IA-ban szenvedő beteg részesült Aspergillus-szal szemben hatékony antifungális terápiában. A halálos kimenetel elsősorban a beteg részéről fennálló kockázati tényezőkkel volt magyarázható.

Sok hűhó, de miért? - avagy a leletértelmezés „nehézségei”

Almási István

Tolna megyei Balassa János Kórház, Szekszárd

Egy 17 éves lány esetét mutatja be, akit 2009 nyarán lázas állapot, hasi fájdalmak és azotémia miatt egy megyei kórház gyermek és sebészeti osztályain észleltek. Perzisztáló panaszok miatt szülei két egyetem klinikáira és egy magánkórházba is elvitték. A rendkívül részletes kivizsgálás ellenére definitív diagnosis nem született. Panaszai 2009. őszére megszűntek. Egy kétes Borrelia ELISA IgM lelet miatt egy magán laboratórium ambulanciájára került. Itt 3 év alatt 5 alkalommal végeztek Borrelia Western Blot vizsgálatot kétes és ellentmondásos eredményekkel. Ugyancsak itt 6 alkalommal szedettek a beteggel kúránként 30-40 napig nagy dózisú doxycyclint, amit tinidazollal és néha clarithromycinnel kombináltak.

A szerző szerint Lyme borreliózis már a tünetek alapján is egyértelműen kizárható. Nyitott kérdés, hogy vajon mi okozta a beteg kétségtelenül súlyos panaszait. Vitát szeretne “provokálni” arról, hogy a mikrobiológiai vizsgálatok végzése és a leletek értelmezése kinek a kompetenciájába tartozik, és a szakmai szervezetek mit tehetnek a kérdés rendezése ügyében.

Vasanyagcsere változások infekcióban (Dyssiderosis)

Bernát Sándor Iván, Rókusz László
MH Honvédkórház, I. Belgyógyászat, Budapest

Az infekció kialakulásával egy időben jellegzetes vasanyagcsere változások következnek be, melyet a szakirodalom dyssiderosisnak nevez. A véráramból kiáramlik a vas a reticulo-histiocytarendszer (RHR) sejtjeibe. Az RHR sejtekben vas blokk alakul ki, tehát nem tud a vas visszakerülni a keringésbe és a haemopoiesisbe. Ennek következménye a kezdetben normocyter, később microcyter anaemia kialakulása. A vasanyagcsere központi rendező molekulája a hepcidin, amely csökkenti a vas felszívódását a duodenumból, valamint a fent vázolt vas átrendeződést irányítja.

Ennek a vasanyagcsere változásnak oka az, hogy a kórokozók elől az emberi szervezet „elrejtse” a vasat, ugyanis a kórokozóknak szükségük van a vasra. A vas hiányában a szaporodásuk lassul. E jellegzetes vasanyagcsere zavar a fajfejlődés során alakult ki és a fejlettebb szervezetek kórokozók elleni harcának egyik „fegyvere”. Az előadásban ismertetjük a dyssiderosis diagnosztikáját, differenciál diagnosztikáját, és a kezelési lehetőségeket. Saját vizsgálati eredményeink közlése során mutatjuk be a klinikai gyakorlat során észlelhető labor vizsgálati eredmények változását. E labor paraméterek nyomon követése segítséget jelent a fertőző betegség prognózisának megítélése szempontjából is.

Tapasztalatok spondylodiscitis kezelésében

Gács Judit, Nemesi Krisztina, Konkoly-Thege Marianne, Prinz Gyula
Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Budapest

Absztrakt: A Spondilodiscitis diagnózisa a megfelelő képalkotó eljárások és a bakteriologiai diagnosztika alapján kezelhető eredményesen. Az elmúlt évek során az Egyesített Szent István és Szent László Kórház IV. Infektológiai osztályán a *Staphylococcus aureus* és MRSA okozta Spondilodiscitis-es betegek adatai retrospektíve kerültek feldolgozásra. Valamennyi beteg tartós antibakterialis kezeléssel gyógyult. Az MRSA fertőzésekben co-trimoxazol, rifampicin kombináció bizonyult hatásosnak.

Szisztémás nocardiosis még ritkább esete

Székely Éva, Várnai Zsuzsanna, Ludwig Endre
Egyesített Szent István-Szent László Kórház – Rendelőintézet, Budapest

A nocardíák lassan növvő, obligat aerob, Gram pozitív opportunistá baktériumok, amelyek a környezetben, elsősorban a talajban és a vizes közegekben mindenhol megtalálható. Ritkán okoznak emberi megbetegedést. A nocardíák okozta fertőzésekre elsősorban a különböző eredetű immunszuppresszióban szenvedő betegek esetében kell számítani, és a diagnózis sokszor post mortem kerül felállításra. Középkorú nőbetegnél agyi térfoglalás műtete során került diagnosztizálásra szisztémás nocardiosis. Az esetnek több különlegessége emelhető ki, aminek alapján bemutatásra tartottuk érdemesnek:

- 1) a betegnél egyértelmű, immunszuppressziót okozó betegséget feltárni részletes kivizsgálása során sem tudtunk,
- 2) a kezelést ritka gyógyszer mellékhatás nehezítette,
- 3) a beteg mintáiból, a fenotípus alapján több *Nocardia* spp. volt kitenyészhető.

A beteg általános állapota mindezek ellenére végig kielégítő volt, jelenleg alternatív kezelés mellett jól van, gyógyul.

Adenovírus infekciók csökkent immunitású gyermekekben – diagnosztikus és terápiás lehetőségeink

Kassa Csaba¹, Kolozsi Tímea², Benyó Gábor¹, Kállay Krisztián¹, Stréhn Anita¹, Sinkó János³, Pankovics Péter⁴, Mihály Ilona², Reuter Gábor⁴, Kriván Gergely¹

¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Gyermekhematológiai- és Óssejt-transzplantációs Osztály, ²Központi Mikrobiológiai Laboratórium, Viroológiai Osztály, ³Hematológiai- és Óssejt-transzplantációs Osztály, Budapest, ⁴ÁNTSZ Dél-Dunántúli Regionális Intézete, Mikrobiológiai Laboratóriumi Osztály, Pécs

Csökkent immunitású betegekben az adenovírus infekció súlyos, magas letalitású kórképeket okozhat, elsősorban pneumonitis, urocystitis, enteritis és encephalitis formájában. Az utóbbi két évben (2010.01.01-2011.12.31.) gyermek óssejt-transzplantációs osztályunkon négy gyermeket veszítettünk el progresszív adenovírus fertőzés miatt, amely így az egyik leggyakoribb infekciós halálóka lett. Kórházunkban tavaly került bevezetésre az adenovírus mennyiségi polimeráz láncreakció (PCR) vizsgálat, melynek segítségével a magas rizikójú allogén óssejt-transzplantált betegek szűrését végeztük.

Összesen 21, magas rizikójú (idegen donoros óssejt-transzplantáción és/vagy anti-thymocyt-globulin kezelésen átesett) beteg rutin mennyiségi PCR szűrővizsgálatát végeztük (20 gyermek, 1 felnőtt; medián életkor: 11 év; összesen 136 minta). A lelet hét beteg esetében volt pozitív (összesen 17 minta), négy betegben haladta meg a kópiaszám az 1000/mikrolitert. Ezekben az esetekben a vírus szekvenálása is megtörtént (1, 6, 41 és 14-es típus igazolódott). Klinikailag a négy, magasabb kópiaszámot mutató beteg mindegyikében észleltünk infekciós tünetet (enteritis két esetben, haemorrhagiás cystitis, encephalitis egy-egy esetben). Súlyos infekció hármukban zajlott, ők cidofovir terápiában részesültek. Az egyik beteg vírus-kópiaszáma csökkent, tünetei megszűntek. A másik két gyermek a korán megkezdett antivirális terápia ellenére meghalt.

Immunkompromittált betegekben az adenovírus infekció igen rossz prognózisú kórkép. A mennyiségi PCR vizsgálat nemzetközileg is ajánlott, érzékeny módszer magas rizikójú óssejt-transzplantált és immunhiányos betegekben az adenovírus fertőzés kimutatására. Az érzékeny diagnosztika lehetőséget teremt az időben megkezdett antivirális terápiára és az immunszuppresszió csökkentésére, melyek a sikeres kezelés alapelemei. Új lehetőség a vírus-specifikus adaptív T-sejt terápia, mely hazánkban jelenleg még nem elérhető.

Alíz Csodaországban – Végletek egy vírusbetegségben

Tupcsia Zita

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

A Herpesviridae családba tartozó Epstein-Barr vírus által okozott primer megbetegedés kisdedekben gyakran tünetmentes, illetve nem specifikus tünetekkel jár. A klasszikus fertőző mononucleosis a serdülők, fiatal felnőttek betegsége, melynek tünetei- a láz, torokgyulladás, nyirokcsomó-megnagyobbodás ,hepatosplenomegalia-jól ismertek, azonban egyéb ritka megjelenési formákat, tüneteket is leír az irodalom. Ezekben az atípusos esetekben a diagnózis megállapítása nem könnyű, példaképpen bemutatjuk az osztályunkon előfordult különleges és ritka eseteket.

A vakcináció gyakorlati kérdései a reumatológiában

Rákóczi Éva¹, Szekanecz Zoltán², Várkonyi István¹

¹Klinikai Farmakológiai, Infektológiai és Allergológiai Intézet, Kenézy Kórház Nonprofit Kft Belgyógyászati Intézet Reumatológiai Tanszék, ²Debreceni Egyetem Orvos-és Egészségtudományi Centrum, Debrecen

Az autoimmun reumatológiai betegségben szenvedő betegcsoport sokkal fogékonyabb az infekciókra, és napjaink modern kezelési lehetőségei tovább fokozzák az infekcióhajlamot az egyébként is megbillent immunfolyamatok gátlásával. Irodalmi adatok erősítik meg azt a tényt, hogy a leggyakoribb halálok egyike ebben a betegcsoportban a fertőzés.

Az oltások sokaságában, hatékonyságukban (posztvakcinációs immunválaszban) és beadásuk optimális időpontjában, valamint boosterelésükben számos vita és megválaszolatlan kérdés van világszerte. Az oltásokat támogatók mellett egyre erősödik az ellenzők tábor, akik az oltóanyagok káros összetevőit, mellékhatásait, illetve az oltások utáni szövődményeket elemzik.

Az Európai Reumatológiai Társaság 2010-es kongresszusán ismertetett oltási ajánlás kiváló gyakorlati útmutatót dolgozott ki 11 ország 16 szakértőjének bevonásával, többek között 13 tanulmányon alapuló evidencia feldolgozásával. A Magyarországon is megjelent intracután szezonális influenza elleni védőoltás, a modern, magasabb hatóanyag tartalmú zoster elleni védőoltás, illetve az újonnan bevezetett konjugált pneumococcus oltásokról elegendő klinikai evidencia nem minden esetben áll rendelkezésre még az egészséges populációra vonatkozóan sem.

Az előadó a magyar lehetőségeket és újdonságokat foglalja össze az autoimmun betegek kiemelt csoportjának elkészített naprakész oltási naptárának átnyújtásával.

Mit várhatunk az 1-es genotípusú HCV fertőzöttek új, hármas kombinációs antivirális kezelésétől?

Tusnádi Anna

Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Kórház – Infektológia, Szolnok

A hepatitis C vírus (HCV) által okozott krónikus fertőzés standard terápiáját a közelmúltig a pegilált interferon (PEG IFN) plusz ribavirin (RBV) kombinált kezelés jelentette világszerte.

2011-ben az European Medicines Agency az 1-es genotípusú HCV-vel fertőzöttek kezelésére jóváhagyta a proteáz gátlókat, melyek hármas kombinációban adhatók együtt a PEG IFN + RBV-nel.

Az eddigi klinikai vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a hármas kombináció adásával magasabb arányú tartós vírusválasz (SVR) érhető el mind a terápia – naiv, mind az előzőleg kettős kombinációval sikertelenül kezelték körében, mint a korábban alkalmazott kettős kezeléssel.

Hazánkban a közeljövőben várhatóan azok a betegek lesznek kezelhetőek a hármas kombinációjú antivirális terápiával, akik a PEG IFN + RBV kezelésre relapserek vagy

nem-reagálók voltak. A jelen vizsgálat célja az, hogy elemezzük azt a hármas kombinációs antivirális kezelésre centrumunkban váró beteganyagot, akik 2004-től napjainkig kaptak

1-es genotípusú HCV által okozott krónikus májbetegségük miatt PEG IFN + RBV kezelést és a kezeléssel SVR-t nem lehetett elérni.

Felmérjük a betegeink jellemzőit, májbetegségük súlyosságát és a megelőző antivirális kezelésre vonatkozó adatokat. Az adatokat elemezve keressük a választ arra, hogy kiknél nem volt eredményes a PEG IFN + RBV kettős kezelés és a hármas kombinációs kezeléssel, az eddigi irodalmi adatokat figyelembe véve, várhatóan milyen eredményt érhetünk majd el.

***Nocardia farcinica* okozta agytályog sikeres kezelése – esetismertetés**

Csapody Marcell¹, Kovács Gábor², Lekka Norbert¹, Szeifert György¹,
Monostory Katalin³, Szabó Pál³

¹Péterfy Sándor utcai Kórház – Baleseti Központ, ²Egyesített Szent István és Szent
László Kórház – Rendelőintézet, ³MTA Kémia Kutatóközpont, Budapest

Bevezetés. A *Nocardia* speciesek okozta agytályog ritka, magas mortalitású betegség, de korai felismerésénél a gyógyulás gyakran lehetséges. A társszakkák közötti szoros együttműködés, a kórokozó korai azonosítása, szükség esetén a sebészi drenázs, illetve a célzott antibiotikum kezelés a sikeres gyógyítás alapfeltételei.

Ismertetés. A fiatal, pulmonális sarcoidosis miatt krónikus szteroidkezelésben részesülő nő fokozódó fejfájás, aluszékonyság és minor agyidegi tünetek miatt jelentkezett kórházunkban. Kivizsgálása során térszűkítő jellegű agytályog igazolódott, mely miatt sztereotaxiás punkcióból aspiráció történt. A későbbiekben ismertté váló kórokozó – *Nocardia farcinica* – érzékenységének megfelelően a kezdeti empirikus antibiotikum kezelést célzottan sulfamethoxazol/trimethoprim-imipenemre váltottuk. Később per os SMX/TMP-minocyclin kombinációra tértünk át. A javasolt adagban alkalmazott antibiotikumok mellett a beteg által nem tolerálható gyakorisággal hányinger és hányás jelentkezett. A fenotípus meghatározás a gyógyszer metabolizmusáért felelős citokróm izoenzim alacsony expresszióját igazolta, a szérum SMX/TMP igen magas szintje mellett. A dózisredukciót követően a panaszok megszűntek. A kezelés mellett a beteg rövid úton tünetmentessé vált, a CT-kontrollok a neuroinfekció várakozáson felüli gyors regresszióját igazolták.

Megbeszélés. Immunszupprimált, szteroid kezelés alatt álló betegeknél *Nocardia* fertőzés lehetőségére is gondolnunk kell. A kórokozó által okozott központi idegrendszeri infekciónál szükséges 12-18 hónapos, nagy dózsisú antibiotikum kezelés szervtoxikus tünetekkel és súlyos mellékhatásokkal járhat. Betegünknel e sok esetben fatális kimenetelű kórképben a szoros betegkövetés és a mellékhatások okának feltárása nagy szerepet játszott a gyógyulásban.

***Streptococcus suis* okozta meningitis – esetismertetés**

Nyul Adrienn¹, Mód Andor², Csécsei Péter³, Kis-Csitári Judit⁴,
Harmat Sándor⁴, Fodor László⁵, Mestyán Gyula¹

¹Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Orvosi Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet, Bakteriológiai Diagnosztikai Laboratórium, Pécs, ²Mohács Város Kórháza, Neurológiai Osztály, Mohács, ³Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Neurológiai Klinika, Pécs, ⁴Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Központ Nonprofit Kft., ⁵Szent István Egyetem, Állatorvos-tudományi Kar, Járványtani és Mikrobiológiai Tanszék, Budapest

A poszterünkön a meningitis ritkán előforduló, *Streptococcus suis* által okozott esetét mutatjuk be.

A kórokozó természetes élőhelye a sertések felső légúti, genitális és alimentáris traktusa, de más házi- és vadállatból is izolálták a kórokozót. Az emberi fertőzés zoonózis, - a kórokozó közvetlen kontaktus révén kerülhet át állatról emberre. Egyéb fertőzések mellett a meningitis, mint a jellemző humán fertőzés, az emberek jól meghatározható kockázati csoportjában (közvetlen kontaktus sertésekkel, sertéshússal) fordul elő leggyakrabban.

Az ismertetésre kerülő esetben, egy 37 éves, szemétszállító férfit beteg a Mohácsi Kórház SBO-ról érkezett a PTE KK Neurológiai Klinikájára meningitis gyanúja miatt. A beteg liquorából és hemokultúrájából α -hemolizáló streptococcus tenyésztett ki, amit egy kereskedelmi forgalomban kapható kit *Aerococcus viridans*-ként identifikált. Miután a betegnek nem volt olyan alapbetegsége, ami az *A. viridans*-t, mint lehetséges kórokozót valószínűvé tette volna, a törzseket tovább küldtük egy közreműködő laboratóriumba (Bay Zoltán AKKN Kft.), ahol MALDI-TOF vizsgálattal *Streptococcus suis*-nak identifikálták azokat. A SZIE Állatorvostudományi Kar Járványtani és Mikrobiológiai Tanszékén a Biolog rendszer sem volt képes meghatározni a kórokozót, de a 16S riboszomális RNS gén szekvenálása a MALDI-TOF vizsgálatával azonos eredményre vezetett. Az elvégzett kvantitatív vizsgálatokkal a kórokozó béta-laktám antibiotikumokra érzékenynek bizonyult. Az empirikusan elkezdett, majd célzottan folytatott ceftriaxon kezelés hatására a beteg állapota gyorsan javult. A kezelés végén enyhe fokú halláscsökkenés volt észlelhető.

Az eset bemutatásával szeretnénk egyrészt ráirányítani a klinikusok és mikrobiológusok figyelmét a *S. suis*-ra, mint olyan kórokozóra, amire akkor kell gondolni leginkább, ha sertéssel, sertéshússal foglalkozó, meningitisben szenvedő ember liquorából α -hemolizáló streptococcus tenyészik ki, másrészt ismertetni e fertőzés laboratóriumi diagnosztikájának nehézségeit.

Területen szerzett tüdőgyulladás miatt intenzív osztályon kezelt betegek jellemzői 2011

Dezsényi Balázs, Völgyes Barbara, Tóth Ágota, Ludwig Endre
Egyesített Szent István és Szent László Kórház VII. Infektológia, Budapest

Vizsgálatunkat területen szerzett pneumonia miatt intenzív osztályon kezelt betegek körében végeztük. Egy budapesti kórház intenzív osztályára 2011. évben összesen 29 beteget vettek fel területen szerzett pneumonia miatt. A betegek 51,7 %-a volt 65 év feletti és 48,2 %-uk rendelkezett valamilyen tüdőgyulladásra hajlamosító alapbetegséggel. Jellemzőnek mutatkozott a férfiak túlsúlya (75,8%). 51,7 % került közvetlenül vagy SBO közvetítésével az intenzív osztályra. A más osztályról felvett betegek 57,14 %a a felvétel időpontjában septicus sokkban volt. A legnagyobb halálozást (42,8%) a septikus shockban bekerült betegek körében találtuk, kisebb halálozási arány (12,5%) volt a súlyos sepsisben bekerültek között; a sepsissel felvett páciensek közül pedig egy sem halt meg. Mikrobiológiai vizsgálaton alapuló aetiológiai diagnózist az esetek 58,6 %-ban sikerült felállítani. Bár a kis esetszám alapján következtetéseket nem lehet levonni, megállapítható, hogy az adatok megfelelnek a nagyobb esetszámú vizsgálatok eredményének. Vizsgálatunkat mind retrospektív mind prospektív irányban kiterjesztjük.

	Gyógyult (%) n=22	Meghalt (%) n=7
Életkor (65 év felett)	10/22 (45)	5/7 (71)
Nem (férfi)	16/22 (72)	6/7 (86)
Alapbetegség	9/22 (41)	5/7 (71)
Felvétel területről	11/22 (50)	4/7 (57)
Felvétel más osztályról	11/22 (50)	3/7 (43)
Sepsis	5/22 (23)	0/7 (0)
Súlyos sepsis	7/22 (32)	1/7 (14)
Septikus shock	8/22 (36)	6/7 (86)
S. pneumoniae	6/22 (27)	2/7 (29)
L. pneumophila	2/22 (9)	2/7 (29)
Egyéb/nincs kórokozó	14/22 (64)	3/7 (43)
Adekvát AB terápia	17/22 (77)	4/7 (57)
Inadekvát AB terápia	5/22 (23)	3/7 (43)

A fluorokinolonok szerepe a húgyúti fertőzések kezelésének gyakorlatában

Juhász Zoltán¹, Benkő Ria², Matuz Mária², Biczók Zsuzsanna²,
Hajdú Edit¹

¹ Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály, ²GYTK, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet, Szeged

Bevezetés

A globálisan növekvő antibiotikum rezisztencia miatt fontos a racionális gyógyszerrendelés a mindennapi gyakorlatban. A szakmai ajánlásnak megfelelő antibiotikum használat lényeges a beteg kezelése során. Az uropatogének fluorokinolon rezisztenciája hazánkban is emelkedő tendenciát mutat (E. coli ciprofloxacin rezisztencia 2005 vs. 2010: 12,6 vs. 22,2%).

Célkitűzés, módszer

A dobozszámokban kifejezett antibiotikum felhasználási adatok az OEP adatbázisából származtak. A vizsgálati időszak 2007 első fele volt. Vizsgálatunk tárgyát ezen fél éves időszak alatt az ország valamennyi gyógyszertárában kiváltott összes antibakteriális vény képezte, melyet indikáció szerint (BNO: N3000 és N3090) akut cystitisre rendeltek. Az antibiotikum felhasználást a WHO által definiált napi átlagdózisra (DDD: defined daily dose) számítottuk és DDD/1000lakos/1nap-ban fejeztük ki.

Eredmények

A vizsgálati idő alatt 1.06 DDD/1000lakos/1nap antibiotikum felhasználás történt akut cystitisre. Figyelemre méltó, hogy a leggyakrabban használt két hatóanyag a norfloxacin, ciprofloxacin, melyek együttesen az akut cystitis kezelésében 45% -ot tesznek ki (DDD-ben). A fluorokinolonok részesedése az akut cystitis kezelése során alkalmazott antibiotikum felhasználásból 54,3%.

A nitrofurantoin és fosfomicin alkalmazása háttérbe szorult, felhasználásuk kevesebb mint 0,1 DDD/1000lakos/1nap.

Következtetés

Egységes, a rezisztenciaviszonyokat is figyelembe vevő irányelv bevezetése szükséges, amely a fluorokinolonokat nem első vonalbeli szerként javasolja, előtérbe helyezi a nemzetközileg is preferált szerek alkalmazását az akut cystitis kezelésében.

Multirezisztens kórokozó esete a Kenézy Kórházban

Kozma Mariann, Nyíri Gyöngyi, Makai Ildikó, Ócsai Gabriella,
Várkonyi István, Rákóczi Éva

Klinikai Farmakológiai és Allergológiai, Infektológiai Intézet Kenézy Kórház Nonprofit
Kft, Debrecen

A multirezisztens kórokozók okozta nosocomiális fertőzések száma drámai növekedést mutat világszerte. Napjainkban az *Acinetobacter baumannii* okozta infekciók jelentik az egyik legnagyobb problémát. Az Országos Epidemiológiai Központ adatai alapján ebben a fertőzésben szenvedő ápoltak száma 2006-2010 között több, mint hétszeresére növekedett.

A debreceni Kenézy Kórházban ebben az időszakban a multirezisztens *Acinetobacter baumannii* okozta fertőzések száma több, mint háromszorosára nőtt.

Kiemelt esetünkben idegsebészeti beavatkozáson átesett betegnél kamradrain került behelyezésre. Intenzív ellátása során multirezisztens kórokozók, többek között *Acinetobacter baumannii* volt kimutatható a haemokultúrából és a liquorból is. Váltott, elhúzódó antibiotikum kezelés után nehézséget okozott a kolonizáció-infekció elkülönítése, az antibiotikum kezelés alatt kialakuló vesefunkció romlás, és az invazív candidiasis.

Az esetfeldolgozás rávilágított a kórházunkban megjelenő multirezisztens kórokozó domináns szerepére. Emiatt átfogó antibiotikum felhasználás elemzés indult kezdetben az intenzív osztály, majd az egyes betegellátó társszakmák osztályain.

A szerzők az elemzés első fázisának eredményeit ismertetik irodalmi adatokkal összevetve.

Antibiotikum használat a magyar intenzív osztályokon

Különbségek és befolyásoló tényezők

Benkő Ria¹, Matuz Mária¹, Pető Zoltán², Hajdú Edit³, Doró Péter¹,
Viola Réka¹, Soós Gyöngyvér¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet, ²Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet, ³1.sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály, Szeged

Bevezetés, célkitűzés

Az antibiotikumok az egyik leggyakrabban alkalmazott gyógyszercsoport a fekvőbetegek körében, kiemelkedően magas fogyasztó az intenzív terápiás osztály. A tanulmány célja a magyarországi felnőtt intenzív osztályok (ITO) szisztémás antibiotikum felhasználásának jellemzése és lehetséges determinánsainak vizsgálata.

Módszerek

A dobozszámban kifejezett, éves (2006) gyógyszerfogyasztásra vonatkozó adatok a kórházi gyógyszerárak számítógépes nyilvántartásából származtak, amelyeket DDD/100 ápolási nap egységre konvertáltuk. Az intenzív osztályra és az antibiotikum politikára vonatkozó adatokat a tanulmány alapját képező kérdőív szolgáltatta. Kapcsolatukat az antibiotikum felhasználás mértékével a Pearson korreláció- illetve ANOVA-val vizsgáltuk.

Eredmények

Megbízható adatokat 44 intenzív osztályról sikerült nyerni. Az antibiotikum felhasználás mértékében mintegy hatszoros különbséget észleltünk (27,9 és 167,8 DDD/100 ápolási nap). Osztályonként 11-34 különböző antibiotikumot használtak, ezek közül 5-15 hatóanyag lefedte a felhasználás 90%-át. A parenterális készítmények alkalmazási aránya 46,2 és 98,3 % között mozgott. A vizsgált faktorok közül az ITO-k ellátási szintje mutatott összefüggést az antibiotikum felhasználás mértékével, míg az antibiotikum politika egyetlen elemének sem volt az antibiotikum felhasználás mértékére kimutathatóan szignifikáns hatása az összevont elemzésben.

Konklúzió

Az antibiotikum felhasználás mértékében tapasztalt nagyfokú eltérés, valamint az orális gyógyszerformák kiterjedt használata gyógyszerválasztási / alkalmazási problémákra enged következtetni.

Antibiotikum kezelési „szokások” *Clostridium difficile* colitisekben

Sándor Éva, Misák Olena, Komáromi Erzsébet, Örlős Zoltán, Várkonyi István, Rákóczi Éva

Klinikai Farmakológiai, Allergológiai és Infektológiai Intézet Kenézy Kórház Nonprofit Kft., Debrecen

Magyarországon 2009. óta többszörösére emelkedett a *Clostridium difficile* asszociált enteritisek száma. A 2011. évi terápiás ajánlás kiváló iránymutató, egyes esetekben azonban le kell térni a kijelölt útvonalról.

2012. januártól a debreceni Kenézy Kórház *Clostridium* figyelőszolgálatára 60 beteget követett.

Az összes halálozási ráta 26 % volt. Az antibiotikum kezelést minden esetben szigorú súlyossági score besorolásunk alapján indítottuk. A 60 betegből 49 (81.7%, nem súlyos csoport) betegnél az ajánlásnak megfelelően per os metronidazol kezelés indult. Ebből 25 betegnél (51%) kényszerültünk vanyomycinre váltani állapot rosszabbodás miatt, a csoport halálozási rátája 32% volt. A csak metronidazollal kezelt 24 beteg közül 21 (87%) gyógyult, 3 (13%) exitált.

Kizárólag vancomycin kezeléssel indultunk 11 betegnél, ebből 6 gyógyult (55%), 5 (45%) meghalt.

A szakmai ajánlás támpontot nyújt a kezeléshez, de a betegség kezdeti pontos besorolása perdöntő a beteg sorsának alakulásában. Az előadás elemzi a három csoportban alkalmazott terápiás gondolkodást, és rámutat a kezelési stratégiánk hiányosságaira fél éves tapasztalatunk alapján.

Relapszusok kezelési nehézségei *Clostridium difficile* colitisben

Misák Olena, Sándor Éva, Komáromi Erzsébet, Várkonyi István,
Rákóczi Éva

Klinikai Farmakológiai és Allergológiai, Infektológiai Intézet Kenézy Kórház Nonprofit
Kft. Debrecen

A *Clostridium difficile* colitisek közel negyedében lép fel relapszus. A kórkép pathológiájából következően a kezdő terápiás javaslat meghatározó lehet a kórlefo-lyásban.

2012. első félévében a debreceni Kenézy Kórházban követett 60 fertőzött betegünk közül 15 főnél (25%) alakult ki 17 relapszus. Közülük 5 beteg hunyt el, ez a 33%-os halálozási ráta lényegesen magasabb volt a relapszusba nem kerülő betegek 20%-os halálozási rátájához képest.

A 15 főből metronidazollal kezeltünk 1 beteget (6%), aki gyógyult. A csak vancomycinnel kezelték száma 12 fő (80%) volt, a halálozás itt 42%-os volt. Ebben a csoportban a betegek 42%-a kapta ugyanazt a kezelést az első relapszusban, ami az első eseményben sikeres kezelés volt. Ebben a csoportban a halálozás 60%-os volt, szemben a másik csoporttal, ahol eltértünk a kezdeti sikeres terápiától, és azonnal vancomycinnel indítottuk a relapszus kezelését.

A relapszusok indító terápiája során ébernek kell lenni. Egy módosított score beosztás szükséges a relapszusok esetében, ami megfelelően tükrözi a beteg állapotát, segíti a kezdeti terápiás döntést. Az infektológus kiemelt szerepet kap a betegkövetésben, és szorosan kell segítenie a társszakmák kezelőorvosait.

Az ambuláns antibiotikum felhasználás korbeli és nembeli megoszlása – Dél Alföldi felmérés eredményei

Biczók Zsuzsanna¹, Benkő Ria¹, Juhász Zoltán², Matuz Mária¹, Doró Péter¹, Bor Andrea¹, Hajdú Edit², Soós Gyöngyvér¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Gyógyszerészet Intézet,

²I.sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály, Szeged

Bevezetés, célkitűzés

Magyarországi összesített gyógyszerfelhasználás adatok már az 1990-es évek elejétől publikálásra kerültek. A kumulált felhasználási adatok mellett a részletesebb adatok megismeréséhez szükséges és értékes információkat nyújt a gyógyszerári vényvizsgálat. Célunk, a kor és nem specifikus antibiotikum használat bemutatása patikai vényelemzés alapján.

Módszerek

Adatainkat 20, a Dél-Alföldi régióban található közforgalmú gyógyszertár vényeinek manuális elemzése során nyertük a gyógyszertárakat személyesen felkeresve. A vizsgálati időszak 2007 első feléve volt, random módon havi egy munkanapot kiválasztva az egyes gyógyszertárakban. A vizsgálati napok szisztémás antibiotikumot elrendelő vényeiről a következő adatokat rögzítettük: készítmény neve, kiadott mennyisége, beteg neme és születési éve. A 14 év alattiakat gyermekeknek, a 65 év felettiakat időseknek tekintettük.

Eredmények

A vizsgálati napokon 2831 betegnek expedáltak szisztémás antibiotikumot. Ezek közül 1008 recept gyermeknek, 1512 felnőttnek és 311 idősnek íródott. Felnőtteknél női (63%), gyermekeknél enyhe fiú (53%) dominanciát észleltünk. Mindkét nemnél és minden korcsoportban az amoxicillin-klavulánsav kombináció volt a leggyakrabban felírt antibiotikum. Ezt követte gyermekeknél az amoxicillin és a cefuroxime, felnőtteknél a klarithromycin és a klindamycin, időseknél pedig a ciprofloxacín és a norfloxacín.

Konklúzió

Tanulmányunk igazolja, hogy az elrendelt antibiotikum terápiák egyharmada gyermekeknek szól. Bár egyöntetűen az amoxicillin-klavulánsav volt a legkedveltebb antibiotikum, az alkalmazott hatóanyag paletta korcsoportonként különbözött.

Ambuláns antibiotikum használat: fókuszban az elrendelt gyógyszerterápiák jellemzői

Matuz Mária¹, Biczók Zsuzsanna¹, Benkő Ria¹, Doró Péter¹, Viola Réka¹, Juhász Zoltán², Hajdú Edit², Soós Gyöngyvér¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet, ²I.sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály, Szeged

Bevezetés, célkitűzés

A gyógyszerterápi vényelemzés lehetővé teszi az elektronikus adatbázisban nem rögzített jellemzők összegzését. Célunk, az ambuláns antibiotikum terápia jellemzőinek vizsgálata gyógyszerterápi vényelemzéssel.

Módszerek

Adatainkat 20, a Dél-Alföldi régióba található közforgalmú gyógyszerterápi vényei elemzése során nyertük, a kiváltott vényeket manuálisan elemeztük. Vizsgálati periódus 2007 első hat hónapja: havi egy-egy munkanapot választottunk ki minden gyógyszerterápiában. A vizsgálati napok szisztémás antibiotikum receptjeiről a következő adatokat rögzítettük: készítmény neve és gyógyszerformája, kiadott mennyisége, rendelt dózisa illetve a beteg születési éve. A 14 év alattiakat definiáltuk gyermekeknek.

Eredmények

A vizsgálati napokon 2849 vény vonatkozott antibiotikumokra. A betegeknek 99%-ban antibiotikum monoterápiát rendeltek el, parenterális készítményeket mindössze 20 esetben expedáltak. A folyékony orális készítményeket öt eset kivételével gyermekeknek rendeltek. Az esetek több mint 90%-ban egy vényen egy doboz antibiotikumot rendeltek. Az elrendelt dózisok a legtöbb esetben jól közelítették a WHO által meghatározott átlagos napi dózisokat, az amoxicillin (1.89 ± 0.57 vs. 1 g), az orális amoxicillin-klavulánav (1.44 ± 0.39 vs 1gram) és a cefuroxim (0.83 ± 0.25 vs 0.5 g) esetében azonban meghaladták a WHO dózisokat.

Konklúzió

A magyar ambuláns ellátásban standard kezelésnek az egy doboz antibiotikummal végzett orális monoterápia tekinthető. Az elrendelt dózisok csak három hatóanyag esetében haladták meg szignifikánsan a WHO által definiált napi átlagdózist.

Az ambuláns antibiotikum terápiák indikációi – országos adatok 2007.

Benkő Ria¹, Matuz Mária¹, Biczók Zsuzsanna¹, Viola Réka¹,
Juhász Zoltán², Hajdú Edit², Soós Gyöngyvér¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Klinikai Gyógyszerészeti Intézet,

² I.sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Osztály, Szeged

Bevezetés, célkitűzés

2006 ősze óta az orvosi vényen fel kell tüntetni a kezelendő betegség kódját, e tény bővítette a gyógyszerfelhasználás elemzés lehetőségeit. Jelen tanulmány célja, az ambuláns antibiotikum terápiák indikációinak vizsgálata.

Módszerek

A dobozszámban kifejezett antibiotikum felhasználási adatok az OEP adatbázisából származtak. A vizsgálati időszak 2007 első fele volt. Vizsgálatunk tárgyát ezen fél éves időszak alatt az ország valamennyi gyógyszertárában kiváltott összes antibakteriális vény képezte. Az antibiotikum felhasználást a WHO által definiált napi átlagdózisra (DDD: defined daily dose) számítottuk és DDD/1000lakos/1nap-ban fejeztük ki. Az antibiotikum terápiák indikációinak elemzése a vényen feltüntetett BNO kódok alapján történt.

Eredmények

Mind a szűk, mind a széles illetve a béta-laktamázzal kombinált penicillineket döntően (76 % és 81 % között) légúti fertőzésekre alkalmaztak (BNO: J főcsoport). A makrolidokat 81 %-ban a második és harmadik generációs cefalosporinokat 78 % és 76%-ban indikálták légúti megbetegedésekre. Az első generációs cefalosporinokat megközelítőleg azonos arányban (43,2% vs. 38%) alkalmazták légúti és húgyúti indikációkban (BNO: N főcsoport). A fluorokinolonokat nagyrészt (60%-ban) urogenitális megbetegedések kezelésére (BNO: N főcsoport) rendelték, a linkozamidokat (klindamycin) döntően (45%-ban) fogászati (emésztőrendszer) indikációban alkalmazták.

Konklúzió

A tanulmány azonosította az egyes antibiotikum csoportok indikációit és a további részletes adatok segíthetik a racionálisabb antibiotikum terápiára irányuló egészségügyi törekvéseket.

Látens tbc fellobbanása biológiai terápiában – esettanulmány

Medgyaszai Melinda

Corden International (Magyarország) Kft., Tbc Laboratórium

Háttér: A korszerű biológiai terápiák megjelenésével ismét az érdeklődés homlokterébe került a látens tbc, valamint a kimutatására alkalmazott módszerek arzenálja.

Célkitűzés: A látens tbc fellobbanásának veszélye, s a prevenció lehetőségei egy konkrét meningitis basilaris eset áttekintésével.

Módszer: Egy biológiai terápiában részesült 52 éves nőbeteg kórtörténetének elemzése – beleértve a terápia megkezdését megelőző vizsgálatokat is. A tapasztalatok összevetése a nemzetközi kutatások legújabb eredményeivel.

Eredmény: Megállapítható, hogy a tbc incidencia kedvező alakulásával a magyar egészségügyben csökkent a betegség jelentőségének tudata, továbbá a tünetek, kórformák közvetlen, gyakorlati ismerete. Ezen szerencsés körülmény adott esetben megnehezítheti a betegség időben történő felismerését, megfelelő kezelését.

Megbeszélés: A biológiai terápia az immunmoduláció útján a látens tbc fellobbanásának fokozott veszélyével jár. Ennek megelőzése érdekében feltétlenül szükséges a megfelelő szűrővizsgálat alkalmazása azzal, hogy a tudomány jelen állása szerint teljes biztonsággal a kórkép nem állapítható meg. Az alkalmazott bőrtesztek és laboratóriumi módszerek negatív prediktív értéke magas, azonban pozitív értékek esetében számos bizonytalanság tapasztalható. A beteg érdekében a helyes megoldás minden nem negatív esetben a preventív antituberculoticus kezelés alkalmazása.

Áttöréses gombainfekciók neutropeniás gyermekekben

Stréhn Anita¹, Benyó Gábor¹, Kállay Krisztián¹, Kassa Csaba¹, Sinkó János², Kriván Gergely¹

¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Gyermekhematológiai- és Óssejt-transzplantációs Osztály,

²Hematológiai- és Óssejt-transzplantációs Osztály, Budapest

Az immunszupprimált és neutropeniás betegekben súlyos gombainfekciók alakulhatnak ki, ezért az antimikrobás profilaxis fontos részét képezi gomba ellenes szer adása is. Osztályunkon a magas rizikójú betegek (idegen donoros őssejt-transzplantáltak, antithymocytoglobulin (ATG) kezelésben részesültek) posaconazol vagy micafungin profilaxist kapnak. Bár e széles spektrumú antifungális vegyületek hatékonyak az invazív mycosisok leggyakoribb kórokozóival szemben, áttöréses gombainfekciók előfordulnak.

Esetismertetések:

1. Tíz éves fiúgyermek súlyos aplasticus anaemia miatt ATG kezelésben részesült. Profilaxisként micafungin adását kezdtük el. Már a terápiát megelőzően neutropeniás láza jelentkezett, mely az empirikus antibiotikum kezelés mellett sem szűnt meg. Az ATG kezelést követő 19. napon elvégzett hasi CT vizsgálaton multiplex hepatolienalis abscessusok ábrázolódtak, az egyidejűleg vett hemokulturából sarjadzó gomba - *Blastoschizomyces capitatus* - tenyésztett. A célzottan megkezdett amphotericin-B terápia ellenére a fertőzés progrediált, máj-, majd többszervi elégtelenség alakult ki, ami a beteg halálához vezetett.

2. Hét éves fiúgyermek hypocelluláris myelodysplasiás szindróma miatt idegen donoros őssejt-átültetésen esett át. Gomba ellenes profilaxisként micafungint adagoltunk. A 6. poszttranszplantációs napon neutropeniás láza kezdődött, a 16. napon hemokulturájából *Candida parapsilosis* tenyésztett ki. Amphotericin-B kezelést kezdtünk, azonban halálos kimenetelű többszervi elégtelenség alakult ki.

A korszerű antifungális szerek profilaktikus adása nyomán csökken a súlyos invazív mycosisok előfordulási gyakorisága. Az alkalmazott gombaellenes vegyülettel szemben kevésbé érzékeny specíesek azonban áttöréses infekciókat okozhatnak, melyek ritkák ugyan, de szintén súlyos következményekkel járhatnak.

Új elvárások az MMR mikrobiológiai diagnosztikájához szükséges mintabeküldésekkel kapcsolatban

Rigó Zita, N. Szomor Katalin, Farkas Ágnes, Géresi Adrienn,
Nagy Orsolya, Takács Mária

Országos Epidemiológiai Központ Kiütéses vírusbetegségek Nemzeti Referencia
Laboratóriuma, Budapest

A WHO európai régiójának surveillance adatai ismeretében nehéz elgondolni, hogy a morbilli és a rubeola elimináció megvalósulása a célként megjelölt 2015. évvel bezárólag befejeződhet. A hazánkban előforduló rubeola és morbilli esetek külön-külön 0-10 laboratóriumilag is igazolt esetszámot jelentenek évente, többnyire nyomon követhető külföldről behurcolt fertőzések. Minden európai tagállam jelentési kötelezettséggel bír a WHO régiós központja felé. A vírusok genotípusai, mivel országonként és járványonként jellemzőek, ezért felderítésükkel a megbetegedések származási forrása és útvonala sikeresen nyomon követhető.

Az MMR oltás egységére való tekintettel a három kórokozó együtt kerül tárgyalásra, hasonló mintavételi elvek vonatkoznak rájuk, a járványügyi diagnosztika országos szinten az OEK ugyanazon laboratóriumi egységén belül történik. A Kiütéses vírusbetegségek Nemzeti Referencia Laboratóriuma felkészült különböző vizsgálati eljárásokkal a diagnosztika többoldalú kivitelezésére (ellenanyagkimutatások többféle módszerrel, álpozitív esetek kizárása, aviditásvizsgálat, vírusnukleinsav kimutatás, genotipizálás, vírusizolálás), azonban rendszeresen nehézséget okoznak a mintabeküldéssel kapcsolatos hiányosságok. Leginkább elmarad a korai vérminta, a garatminta és a vizeletminta levétele (lehetőleg 1-3 napon belül a kiütés megjelenése után), vagy a savópár vizsgálatához szükséges második vérminta (2-3 hét eltelte után). Idegrendszeri szövödmény esetén a vérsavó és a liquor együttes beküldése szükséges, agybiopsziából származó szövetminta is küldhető, amennyiben rendelkezésre áll.

Morbilli és rubeola – nemzetközi kitekintés és hazai helyzet

N. Szomor Katalin, Rigó Zita, Farkas Ágnes, Géresi Adrienn, Szabó Éva, Nagy Orsolya, Takács Mária

Országos Epidemiológiai Központ, Virologiai főosztály, Kiütéses Vírusbetegségek Nemzeti Referencia Laboratóriuma, Budapest

A morbilli és rubeola vírusfertőzésekkel szemben évtizedek óta hatékony védőoltás áll rendelkezésünkre, ennek ellenére a megbetegedések száma Európában az elmúlt néhány évben jelentősen megugrott. Vélhetően ennek köszönhető, hogy az utóbbi években mind kanyaró, mind pedig rubeola megbetegedéseket is tudtunk igazolni laboratóriumunkban (kanyarót 2011-ben 5 fő esetében; 2012 júniusának végéig 2 fő esetében; rubeolát 2011-ben 3 fő esetében; 2012 júniusának végéig 8 fő esetében).

A referencia laboratóriumi tevékenység egyik fontos alappillére a molekuláris módszerekkel kimutatott vírusok genotípusának meghatározása és –ha lehetséges– a molekuláris epidemiológiai vizsgálat. Ennek keretében, a laboratóriumunkban igazolt kanyaró megbetegedések hátterében D4 és D8, a rubeola esetében 2b genotípust igazoltunk.

A 2011-2012-ben laboratóriumiilag igazolt kanyaró- és rubeolafertőzések majdnem mindegyike köthető volt külföldi járványhoz, Magyarországon védőoltásban részesültek megbetegedését nem tudtuk igazolni, amelyben nagy szerepe van a hazánkban –európai viszonylatban is– még kiemelkedően jól működő védőoltási rendszernek.

Herpes zoster vagy bullosus erysipelas?

Harsányi Emese¹, Kecskés Borbála¹, Mohamed Hassan Al-Sheraji²

Szent Pantaleon Kórház és Rendelőintézet

¹Infektológia, ²Sebészeti osztály, Dunaújváros

Az esetismertetés során a szerzők egy differenciál diagnosztikai tévedés következményeit mutatják be.

Egy 65 éves, több mint 5 éve jobb oldali emlődaganat miatt műtött, onkológiai gondozott nőbeteg esetét mutatja be. Háziorvosa herpes zostert diagnosztizált a jobb alkaron. A magas láz, hidegrázás, bőrpír és icterus megjelenését követően sem váltott therapiát. Osztályunkra sepsis miatt vettük fel, a jobb felső végtagon kialakult súlyos bőr-és légyszínfertőzéssel. Fotókkal illusztráljuk a gyógyulási folyamatot, bemutatjuk a hosszas antibiotikum kezelés szövődményeit. 2 hónapos kórházi kezelést követően félvastag bőr transplantatio történt. A teljes gyógyulásig összesen öt hónap telt el.

A szerzők a bullosus kórképek differenciáldiagnosztikai nehézségeire, valamint azok, akár életet is veszélyeztető következményeire hívják fel a figyelmet.

***Entamoeba histolytica* fertőzés által okozott hasmenés. Esetismertetés**

Orosz Erika¹, Szabó Gergely², Danka József¹, Takács István²,
Kucsera István¹, Szalay Ferenc²

¹Országos Epidemiológiai Központ Parazitológiai Osztály,

²Semmelweis Egyetem I.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Az *Entamoeba histolytica* (*E. histolytica*) által okozott amoebiasis elsősorban trópusi és mediterrán területeken jellemző. Hazánkba elsősorban endémiás területekről érkező turisták és bevándorlók hurcolják be.

A 36 éves nőbeteg Crohn betegség gyanúja miatt került felvételre a Semmelweis Egyetem I.sz. Belgyógyászati klinikájára 2012. áprilisában, néhány hete tartó, nem véres, nem nyálkás hasmenés, bal oldali hasi fájdalom és 11 kg-os fogyás miatt. Anamnézisében gyakori külföldi utazás szerepel munkavállalás céljából. Szívesen fogyaszt keleti ételeket. Öt héttel korábban kutyaharapás miatt tetanusz védőoltást kapott és Augmentin kezelést kezdett, amit hasmenés miatt néhány nap után abbahagyott. Ezt követően formált széklete volt. Ismét külföldre utazott és keleti étteremben étkezett. A hasmenés ekkor ismét jelentkezett.

A klinikai kép alapján fertőzés eredetű hasmenés gyanúja merült fel. A széklet bakteriológiai vizsgálat negatív volt, a parazitológiai vizsgálat *E. histolytica* fertőzést igazolt. A Real-Time PCR során az *E. histolytica* 16S rRNS génnek egy 134 bp hosszúságú szakasza került amplifikálásra. Metronidazol kezelés közben panaszai fokozatosan megszűntek. Az eset további érdekessége, hogy *Entamoeba coli* és *Blastocystis hominis* coinfekciót is bizonyítani lehetett. Az immunrendszer zavarára utaló betegséget nem igazoltak a részletes vizsgálatok.

Az esetismertetés célja, hogy felhívjuk a figyelmet, hogy a hasmenés, fogyás, hasi fájdalom differenciál diagnosztikájában Magyarországon is gondolni kell az *E. histolytica* fertőzés lehetőségére.

A Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság gyakornoki szervezetének eredményei és tervei

Bartha Noémi¹, Lakatos Botond², Dezsényi Balázs²

¹SZTE ÁOK, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Klinikai Mikrobiológiai Intézet,
Szeged

²Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Budapest

2009-ben alakult a Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság gyakornoki hálózata, mely levelező listáján jelenleg több mint 70 mikrobiológus és infektológus gyakornoki tagot számlál. A magyar gyakornoki hálózat megalakulását az ESCMID gyakornoki szervezete, a szintén 2009-ben alapított Trainee Association of ESCMID (TAE) inspirálta. A találkozón részletesen bemutatásra kerülnek a hazai és a nemzetközi gyakornoki hálózat eredményei, aktuális tevékenységei és tervei. A tavalyi sikeres Clostridium difficile felmérés után a MIFKMT gyakornoki hálózata új témában szervez munkacsoportot, ismertetésre kerülnek a „Sebészi antibiotikum profilaxis felmérés” tervei. A találkozó az érdeklődő gyakornokok és szakemberek aktuális témákat érintő eszmecserejével zárul.

Neuroinfekció vagy nem? Megszúrjuk vagy mégsem?

Budai József

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

A neuroinfektológiai kórképek a ritka betegségek közé tartoznak. A kórházi felvételeknek kevesebb 1 %-a történik a központi idegrendszer infekciói miatt. A közismert tünetek (láz, fejfájás, tudatzavar) jelenléte kétségtelenül sokat segít az első észlelő orvosnak a beteggel kapcsolatos további teendők eldöntésében, de feltétlenül hangsúlyozni kell, hogy egy-egy "klasszikus" tünet hiánya nem jelenthet egyet neuroinfektológiai kórkép diagnózisának végleges elvetésével. Meningitises betegeknél, a láz csupán az esetek 85 % - ban, a fejfájás 70 % - ban, a tudatzavar 67 % -ban észlelhető. A „meningealis tünetek” (tarkókööttség, Kernig jel, Brudzinski jel) ugyancsak utalhatnak neuroinfektológiai betegségekre, de hiányuk nem zárja ki annak lehetőségét. Bár a neurológiai diagnosztika az elmúlt három évtizedben többet fejlődött, mint előtte száz év alatt, neuroinfektológiai kórkép bizonyításában a korszerű képalkotó vizsgálatoknak inkább csak "kiegészítő" szerepük van. Pótolhatatlan segítségét jelentenek azonban differenciáldiagnosztikai kérdésekben, egyéb organikus neurológiai megbetegedés (stroke, neoplasma) kizárásával, ill. igazolásával. A diagnózis megállapítása minden esetben „csapatmunka”, mely szoros együttműködést feltételez klinikus - neuroradiológus - mikrobiológus között. Ahhoz, hogy tudjuk, mit kezelünk, hogy mielőbb definitív diagnózishoz jussunk, nélkülözhetetlenek a mikrobiológiai vizsgálatok (iquor bakteriológia, haemocultura, szerológia).

Az akut meningitiseken túl...

Jekkel Csilla¹, Budai József²

¹Semmelweis Egyetem, I. Sz. Belgyógyászati Klinika

²Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Neuroinfektológiai Osztály, Budapest

A szubakut és krónikus meningitisekre jellemző a meningitis klinikai jeleinek és tüneteinek, akár hetekig, hónapokig is tartó elhúzódása, melyhez kóros liquor eltérés is társul. Azonban a láz és a meningeális izgalmi jelek megléte nem kötelező. A tünetek meningitis, meningoencephalitis és fokális neurológiai tünetek képében is jelentkezhetnek. Infekciózus és nem-infekciózus betegségek is okozhatják a kórképet, de nemzetközi adatok szerint az esetek harmadában ismeretlen etiológiájú marad a betegség. A szubakut és krónikus meningitisek az akut formával ellentétben nem sürgősségi kórképek. A prognózis az etiológiától függően változó, azonban a pontos diagnózis megállapításának késlekedésével a betegség akár halálos is lehet.

Az 57 éves nőbetegünk osztályunkra több mint egy hete tartó panaszokkal és tünetekkel - kétoldali facialis paresis, jobb oldali n.abducens paresis és alsó végtagi petyhüdt paresis – került felvételre. Liquor leletére jellemző volt a jelentősen emelkedett sejtszám, fehérje és normális liquor/vér cukor arány. A széles differenciáldiagnosztikai paletta és a szubakut meningitisek ritka előfordulása, esetünkben is megnehezítette az etiológia tisztázását.

A virológiai diagnosztika csapdahelyzetei központi idegrendszeri betegségekben. – Félreértelmezhető esetek bemutatása

Mihály Ilona¹, Kolozsi Tímea¹, Lukács Adrienne¹, Molnár Péter¹,
Prinz Gyula², Liptai Zoltán³

Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, ¹Mikrobiológiai Laboratóriumi Osztály - Virológiai Laboratórium, ²IV. Fertőző Belgyógyászati Osztály, ³Gyermekgyógyászati Osztály, Budapest

Összefoglaló

A több évtizedes virológiai beteganyagból kiemelt olyan esetek bemutatása, amelyekben a virológiai diagnosztikai eredmények komplex értelmezés nélküli kiadása félrevezető diagnózishoz juttatná a klinikust, vagy hiteltelenné tenné a virológiai munkát.

Ilyenek pl. Virális DNS igazolása a liquorban mellékleletként; az intrathecális antitestválasznak megfelelő értékek nem a kórokozóra utalnak, a többszörös aktuális fertőzésre jellemző antitestválasz között ott van-e kórokozó vagy sem?

A heveny központi idegrendszeri betegségek diagnosztikájában szerzett tapasztalatok 2009 júniusa és 2012 augusztusa közötti időszakban GeneProof HSV/VZV PCR teszttel és különböző vírus antitestvizsgálatokkal.

Mihály Ilona¹, Kolozsi Tímea¹, Lukács Adrienne¹, Molnár Péter¹, Liptai Zoltán², Budai József³, Prinz Géza³, Ábrahám Anita³

Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, ¹Mikrobiológiai Laboratóriumi Osztály - Virologiai Laboratórium, ²Gyermekinfektológiai Osztály, ³Neuroinfektológiai Osztály, Budapest

Összefoglaló

A vizsgálati időszakban heveny központi idegrendszeri betegség vagy újszülöttkori herpesvírus fertőzés gyanúja miatt 279 betegnél történt GeneProof HSV/VZV PCR és/vagy vírusszerológiai vizsgálat. Összesen 300 vérminta, 315 liquor és 15 egyéb minta (orr-, garattampon, hólyagbennék, szemváladék) érkezett. A betegek életkora 1 napostól 87 évesig terjedt, átlagéletkor 22 év, férfiak/nők aránya 6/4 volt. 372 GeneProof HSV/VZV PCR vizsgálat történt: liquorból 315, vérből 40 (plazma, fvs, szérum), egyéb mintából 15 esetben. A herpes simplex vírus kóroki szerepe 22 betegen igazolódott (7.9%); 15 esetben csak PCR-rel (5.4%), 5 esetben csak antitestválasszal (1.8%), 2 esetben PCR-rel és antitestválasszal egyaránt (0.7%). A varicella zoster vírus kóroki szerepe 10 betegen volt igazolható (3.6%); csak PCR-rel 4 esetben (1.4%), csak antitestválasz alapján 4 esetben (1.4%), PCR-rel és antitestválasszal egyaránt 2 esetben (0.7%). A HSV-n és VZV-n kívül igazolható vagy feltételezhető volt a kóroki szerepe még az adenovírusnak 17 (6%), az enterovírusnak 16 (5.7%), a parainfluenzavírusnak 6 (2%), a HHV-6-nak 6 (2%), a Mycoplasma pneumoniae-nak 2, a Legionella pneumophila-nak, mumps vírusnak és a CMV-nek 1-1 esetben (0.7%).

Vizsgálataik alapján a szerzők ismertetik a HSV/VZV PCR, a virológiai diagnosztikai szemléletmód és gyakorlat változásait a klinikus és a virológus szemszögéből.

HIV és az agy; HIV fertőzött betegek neurokognitív eltérései hazánkban

Gazdag Gábor¹, Lakatos Botond², Szabó Zsuzsa⁴, Bozzai Barbara³, Bánhegyi Dénes⁴

¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház Pszichiátriai Ambulancia,

²Neuroinfektológiai Osztály, ³Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, VI. évfolyam, Budapest, ⁴V. Fertőző Belgyógyászati Osztály

Bevezetés: A Humán Immundeficiencia Vírus (HIV) fertőzés világszerte jelenleg több mint 33 millió embert érint. A betegek egyharmada központi idegrendszeri érintettségben is szenved. A HIV-hez társuló neurokognitív károsodásokat kognitív, motoros és magatartásbeli eltérések jellemzik. Hazánkban elsőként vizsgáltuk a HIV fertőzés és neuropszichológiai funkciók összefüggéseit.

Betegek és módszerek: 2011.09.01-2012.05.31 között az Egyesített Szent István és Szent László Kórház Immunológiai Ambulanciáján gondozott, a kutatásba beleegyezésüket adó HIV pozitív betegek neuropszichológiai vizsgálatát és orvosi dokumentációinak elemzését végeztük el keresztmetszeti jelleggel. A neuropszichológiai vizsgálatok számítógépes tesztgyűjtemény (Vienna Test System) felhasználásával történtek. Hat domén segítségével a vizuális memóriát, vizuomotoros-koordinációs funkciókat, a nem-verbális tanulási készséget, az exekutív funkciókat és a reakció időt mértük fel. A hétköznapi életvitel funkcionális minőségét az SF36 teszttel, a szorongás detektálását Beck-féle Depressziós kérdőívvel végeztük.

Eredmények: 60 személy adatainak felvétele és analízise történt meg. A betegek 15%-a nő, az összes beteg átlagéletkora 42,8 év. A fertőzés felismerésétől eltelt idő átlagosan 8,87 év (SD: 6,3). Ötvenöt beteg antiretrovirális kezelésben részesül átlagosan 7,1 éve (SD: 5,9). A vizsgálat alanyok 69,4%-nál – a nemzetközileg használatban lévő kritériumrendszer alapján – neurokognitív eltérést nem detektáltunk. Négy betegnél közepes, vagy súlyos fokú depresszió miatt a vizsgálat értékelhetetlen volt. Az esetek 23,3%-ban minor (aszimptomatikus, vagy enyhe), 8,3%-ban súlyosabb neuropszichológiai károsodás volt megfigyelhető.

Megbeszélés: A kombinált antiretrovirális terápia bevezetésével az AIDS-dementia komplex incidenciája hazánkban is csökkent. Vizsgálatunk megfigyelései a nemzetközi irodalom eredményeivel összecsengenek. Napjainkban az életminőséget is gyakran befolyásoló korai, enyhébb neurokognitív eltérések felismerésére, adott esetben visszafordítására, illetve megfelelő gondozására kell a hangsúlyt fektetni.

Kulcsszavak: HIV fertőzés, neurokognitív károsodás, számítógépes neuropszichológiai teszt

Meningoencephalitisek diagnosztikus buktatói

Gergely Zsuzsanna, Bodrogi Judit, Várkonyi István, Rákóczi Éva
Klinikai Farmakológiai, Infektológiai és Allergológiai Intézet, Kenézy Kórház,
Debrecen

Az akut meningitisek hátterében számos fertőző ágens és emellett nem fertőző eredetű kóroki tényező állhat. A gyakran hiányosan nyerhető auto- és heteroanamnézis, az ellentmondó laboreredmények miatt a meningitisek differenciál diagnosztikája problémát jelent a gyakorlott infektológus számára is. A leggyakoribb kórokozók mellett gyógyszer-mellékhatásokra, vagy autoimmun betegségekre is gondolni kell, mert a gyors és pontos diagnosztika elengedhetetlen. A tünetek hullámszerűsége miatt sokszor többféle patogén kerül képbe, és gyakran szükség van az etiológiai tényezők újragondolására ahhoz, hogy a legjobb kezelést kaphassa a beteg.

Esetünkben egy 39 éves férfi kórtörténetét dolgoztuk fel, aki lázzal, magatartás-változással, derékfájással került osztályunkra. A klinikai kép és az EEG vizsgálat felvetette a herpesz vírus kóroki szerepét, melyet a liquor PCR igazolt. Az antivirális kezelés mellett azonban a beteg állapota folyamatosan romlott. A diagnosztika által felszínre került újabb kórokozók miatt több-ször kényszerültünk terápia módosításra.

Előadásunkban az eset kapcsán összefoglaljuk a differenciál diagnosztikai nehézségeket és kiemeljük a társszakkákkal való szoros együttműködés fontosságát.

Tényleg?! – egy herpesz meningitis eset

Barcsay Erzsébet¹, Lakatos Piroska², Takács Mária¹, Csire Márta¹
¹Országos Epidemiológiai Központ, Vírológiai Főosztály, Humán Herpesvírusok
Nemzeti Referencia Laboratóriuma, Budapest, ²Pándy Kálmán Megyei Kórház,
Infektológiai Osztály, Gyula

A virális központi idegrendszeri fertőzések egyik legfontosabb kórokozója a Herpes simplex vírus (HSV). Fontosságát egyrészt az adja, hogy elsősorban nagyon súlyos, sokszor végzetes kimenetelű encephalitist okoz, másrészt azon még kevés vírusok közé tartozik, amely ellen rendelkezésre áll specifikus antivirális gyógyszer. A jóval enyhébb lefolyású serosus meningitisek 0,5-3%-át is a HSV okozza. Mind az encephalitisnél, mind a meningitisnél a kezdeti tünetek nem jellegzetesek, a tünetekből a kórokozóra nem következtethetünk.

A végső diagnózis felállításához a liquor és a szérum mikrobiológiai vizsgálata adhat segítséget. Fontos, hogy a központi idegrendszer megbetegedései kapcsán a betegség korai szakaszában, még az acyclovir terápiát megelőzően levett liquor minta a hozzá tartozó savóval kerüljön a mikrobiológiai laboratóriumba, lehetőleg minél hamarabb. Az első minta vételétől számítva 1-2 hét múlva kontroll minta küldése javasolt.

A 25 éves nőbeteg 1 napos anamnézissel (láz, fejfájás, szédülés, hányás) került be a kórházba, a feltételezett diagnózis meningitis lymphocytica volt. A tüneti terápia mellett a beteg állapota javult. A kórházi felvétel napján vett liquor és savó mintából HSV fertőzést igazoltunk, amelyet a betegség 15. napján vett vér és liquor mintából megerősítettünk.

Pneumococcus meningitis terhesség során: esetismertetés

Scharek Petra¹, Budai József², Szilasi Zsuzsanna³, Helferich Frigyes³,
Árva Ilona⁴, Váradi András⁴, Jekkel Csilla⁵, Rókusz László¹

¹MH Honvédkórház, I. Belgyógyászati Osztály, ²Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Neuroinfektológiai Osztály, ³Fül-Orr-Gégészeti Osztály, ⁴AITO, ⁵Semmelweis Egyetem I. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

A bakteriális meningitis életet veszélyeztető, sürgősségi kórkép. Becsült incidenciája 2,6-6/100.000 lakos/év a fejlett országokban, leggyakoribb kórokozók a Streptococcus pneumoniae és a Neisseria meningitidis.

A 33 éves 24 hetes multigravida fülfájdalom, fejfájás, láz, később társuló tudatzavar miatt került kórházi felvételre. Lumbalpunkcióval nyert liquor kémiai vizsgálata bakteriális meningitisre utalt, a liquor latex agglutinációs vizsgálatával és tenyésztésével S. pneumoniae kóroki szerepe igazolódott. Intubálás és intenzív terápiás kezelés mellett ceftriaxon és adjuváns dexamethason kezelésben részesült. Koponya CT vizsgálat bal oldali krónikus mastoiditis akut exacerbációját verifikálta, ezért góctalanításként mastoidectomiát végeztek. A beteget extubálást követően mobilizálták, majd összesen 14 napig tartó antibiotikum kezelést követően emittáltak, maradványtünetként minimális vezetéssel halláscsökkenést észleltek.

A kezelése során a magzat állapotát rendszeresen ellenőrizték, eltérést nem találtak. A beteg terhességének 39. hetében per vias naturales egészséges gyermeknek adott életet.

A nemzetközi irodalomban 2012. áprilisig 42 terhesség során jelentkező meningitist közöltek, leggyakoribb kórokozók a S. pneumoniae és a Listeria monocytogenes voltak. A mater és a magzat szempontjából is életveszélyes kórkép valódi incidenciáját és prognózisát azonban nehéz megbecsülni a kevés közölt adat alapján. Tudomásunk szerint mostanáig Magyarországon nem írtak még le terhésekben jelentkező meningitist.

Esetünk a szakmák közötti együttműködés és az agytályog megelőzése, illetve az infekció fenntartásának megelőzése céljából végzett góctalanítás fontosságára is felhívja a figyelmet.

Kihívások a Nyugat-nílusi láz vírusfertőzés laboratóriumi diagnosztikájában (esetbemutatás)

Nagy Orsolya¹, Matolcsi Judit², N. Szomor Katalin¹, Takács Mária¹,
Ferenczi Emőke¹

¹Országos Epidemiológiai Központ Virologiai Főosztály, Virális zoonózisok Nemzeti Referencia Laboratóriuma ,

²Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Neurológiai Osztály, Budapest

70 éves nőbetegnél vese transzplantáció után 1 hónappal neurológiai tünetek jelentkeztek.

Kivizsgálása során Nyugat-nílusi láz vírusfertőzés irányába végzett indirekt immunfluorescens vizsgálat emelkedett IgG szintet igazolt. Tekintettel arra, hogy a beteg immunszuppresszív kezelés alatt állt és a neurológiai tünetek megjelenése után, kórházi kezelése során transzfúzióban is részesült, a kapott szerológiai eredmény felveti a lehetőségét egy frissen szerzett Nyugat-nílusi láz vírusfertőzésnek, akár transzfúzió által, akár a transzplantáció során a donortól. A pozitív szerológiai eredményt okozhatják a transzfúzióval kapott ellenanyagok is. Ismert, hogy egyes betegeknek a Nyugat-nílusi láz vírus a fertőzés után évekig perzisztál a páciensek veséiben, és a vírus RNS kimutatható a vizeletükből akár 6 évvel a fertőződés után is. Ezen betegek egy részében veseelégtelenség is kialakulhat.

Jelen betegünknek a mikrobiológiai diagnózis felállítását tovább nehezíti, hogy a Flavivírusok szerológiai vizsgálata során nagyfokú keresztreakció tapasztalható és a betegről transzplantáció előtti minták nem állnak rendelkezésünkre.

Szaktmák kzti egyttmkkods a fertzések fken tartásában: érvelés forrásokért a kórházvezetés felé

Farkas Anikó, Orosz Márta, Gajdos Anikó, Vámos Mária, Margitai Barnabás, Vancsó Ágnes

Jósa András Oktatókórház és a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Egészségügyi Szervezési és Szolgáltató Holding Nonprofit Zrt, Nyíregyháza

Az inféciókontroll gyakorlati, intervenciós tevékenység, amely az egészségügyi ellátás során kialakult fertzések megelőzésére irányul.

Az inféciókra vonatkozó ismeretek és gyakorlatok a szervezeti tudásnak nagyon fontos részét képezik, mely folyamatos működtetést és adaptációt igényel (a belső és külső környezet biológiája és járványtana és ezek trendjei). A kevésbé publikált illetve együttesen alkalmazott indikátorok kialakításának és működtetésének tapasztalatait dolgoztuk fel kórházunkban. Alkalmat erre a nosocomialis inféciók európai pontprevalenciavizsgálata és a belső auditok eredményeinek feldolgozása adott.

A multirezisztens kórokozók és a postantibiotikus enteritisek előfordulásának 1000 ápolási napra vonatkozott osztályos előfordulását, az 1000 ápolási napra vonatkozott antibiotikum felhasználást (DDD-ben), az infektológusi vizitek számát és eredményét vizsgáltuk. Emellett a mikrobiológiai mintavételek, kiemelten a haemoculturák számának alakulását is követtük.

MRSA tekintetében egyértelmű az inféciókontroll eredmény (18 %-ról fokozatosan 3,9 %-ra csökkent a haemoculturán belüli arány, 2012-ben pedig nem fordult elő). A többi multirezisztens kórokozó kontroll alá vonásába új módszerek bevezetése szükséges. Erre a helyi protokollok szisztematikus megújítását tartjuk a legcélravezetőbb eszköznek, amely egyúttal továbbképzéseket is jelent.

* A szerzők által beküldött összefoglalók

A KONGRESSZUS TÁMOGATÓI

Astellas Pharma Kft.

Bio-Rad Magyarország Kft.

Biomedica Hungária Kft.

CEUMED Kft.

CSERTEX Kft.

MSD Pharma Hungary Kft.

Roche (Magyarország) Kft.