

Felnőttkori Schönlein-Henoch purpura gastrointestinális tüneteinek diagnosztikájában és nyomon követése során szerzett tapasztalatok

Novák János



**TÉMAVEZETŐ: PROF.DR. SIPKA SÁNDOR
PROGRAMVEZETŐ: PROF.DR.SZEGEDI GYULA**

**DEBRECENI EGYETEM ORVOS –ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUM, III.sz
BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA
ÉS
BÉKÉS MEGYEI KÉPVISELŐTESTÜLET PÁNDY KÁLMÁN KÓRHÁZA III.sz.
BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY-GASTROENTEROLÓGIA**

BEVEZETÉS, IRODALMI ÁTTEKINTÉS

Az orvosi irodalomban *Heberden* (1802) és *Willan* (1808) jelentették meg először a bőrkiütéssel járó ödémás ízületi fájdalmat okozó elváltozást. A betegséget, mint önálló entitást *Lucas Schönlein* (1832) írta le, dolgozta fel s nevezte el "Peliosis rheumatica"-nak. Negyven évvel később tanítványa *Eduard Henoch* (1887) hívta fel a figyelmet, hogy e szindrómában a bőrtünetek mellett fellépő gasztrointesztinális és renális tünetek között kapcsolat áll fenn. *Osler* (1914) vetette fel az anaphylaxia lehetséges szerepét a tünetegyüttes etiológiájában, *Frank* (1915) és *Glanzmann* (1916) nevezték el a szindrómát "anaphylactoid purpura"-nak.

Az azóta eltelt több mint 80 évben számos közlemény, tanulmány foglalkozott a szindróma pontos etiopatológiájának tisztázásával, itt meg kell említenünk *Ruiter, Gougerot, Blum, Winklemann, Ditto, Wilkinson, Ramsay* és *Fry* neveit. A magyar irodalomban, a felnőttkori SHP kapcsolatos közleményt, 6 esetet feldolgozva, *Boga* közölt 1974-ben. Nagyobb esetszámot (n:73) feldolgozó, és elsődlegesen a betegség abdominális formájában (ún. Henoch-purpura) létrejövő tünetek, extracután digestív szervi eltérések valamint a gastrointesztinális vérzésekkel kapcsolatos közleményeket, magam és munkatársaim, közöltem orvosi szaklapokban.

A pontos epidemiológiai adatok nem állnak rendelkezésünkre, így földrajzi és demográfiai sajátosságokról sem tudunk.

A Schönlein-Henoch purpura jól ismert definiált kórkép, ismeretlen, valószínűleg posztinfekciós eredetű vasculitis, nem thrombocytopeniás haemorrhagiás szindróma, amelyben IgA és C3 tartalmú keringő immunkomplexumok rakódnak le a bőr, gyomor-bél csatorna és, az ízületek nyálkahártyáiban az, arteriolák, a kapillárisok és a venulák falára, valamint a veseglomerulusok basal-membránjaira. A subendotheliálisan elhelyezkedő depozitumokból polimerikus immunglobulin A1 (pIgA1), aktivált komplementet (C3,C5), fibrin/fibrinogént mutattak ki, amik, az IgG és IgM hiánnyal jellemzőek a Schönlein-Henoch purpurára és immunfluoreszcensz vizsgálattal a bőr a vese és a bél eredetű vasculitisből is kimutathatóak. Exogén antigén kötődést még nem sikerült még kimutatni a keringő immunkomplexekben. Több szerző szerint az IgA-nak kulcsszerepe van a SHP patogenezisében. Az IgA két osztályra osztható IgA1 és IgA2-re. A SHP-ban létrejött vasculitisben főleg pIgA1 mutatható ki, ennek a pontos oka nem ismert. A tünetek a bőrön jelentkeznek először szimmetrikusan az alsó majd a felső végtagokon, illetve a has bőrén alakulnak ki a nem thrombocytopeniás, nem traumás palpálható purpurák, amikhez fájdalmas ízületi elváltozások, renális és gastrointesztinális, ritkán pulmonális, kardiológiai és neurológiai tünetek társulhatnak.

A szisztémás vasculitisek klasszifikációja nem egyszerű feladat, jelenleg is több lehetőség közül lehet választani. 1990-ben *Chapel Hill*-i konszenzus konferencián ajánlott, diagnosztikus kritériumok elfogadása, világszerte, lényegesen könnyebbé és használhatóbbá tette a betegség diagnózisát a korábbiakhoz képest, 1992-ben *Michel* javaslatára felnőttekre vonatkozólag a diagnosztikus kritériumokat módosították, jelenleg ezt a kritérium rendszert alkalmazzák a legtöbbször, munkánk során mi is ezt használtuk.

Etiológiájában számos oki tényező játszhat szerepet, elsődlegesen mikroorganizmusok antigénjei emelhetők ki, de ezek mellett sem tisztázottak még pontosan a kiváltó okok. A betegség polietiológiás alapon jöhet létre, és valójában számos kiváltó ágens játszhat szerepet a kialakulásában.

Gasbarini vetette fel a *Helicobacter pylori* fertőzés lehetséges kauzális szerepét a Schönlein-Henoch purpura kialakulásában.

A fentiek alapján célul tűztem ki a felnőttkori SHP betegek gastroenterológiai vizsgálatát és gondozását, ezen belül, elsődlegesen az endoszkópos vizsgálatok jelentőségét, továbbá tanulmányoztam a *Helicobacter pylori* fontosságát a betegség kialakulásában, valamint lefolyásában. Célkitűzéseim összefoglalva röviden a következők:

1. 1985-2002 év között Békés Megye ellátási területén kezelt és nyomon követett felnőtt korú SHP-s betegek megoszlásának, nemüknek, koruknak és szervi manifesztációinak vizsgálata, és ezekből incidencia számítások végzése.
2. A gyermekkori és a felnőttkori SHP-s betegek szervi manifesztációinak előfordulási arányának, prognózisának összehasonlítása és a különbségek értékelése.
3. 1985-1999 év között 62 felnőttkori SHP-ban szenvedő beteg gasztrointesztinális tüneteinek tanulmányozása, továbbá 11 beteg gasztrointesztinális és immunológiai adatainak értékelése 1999-2001 év között.
4. Vizsgálataim alapján a Hp. fertőzések jelentőségének értékelése a SHP kialakulásában.

BETEGEK ÉS MÓDSZEREK

A gyulai Pándy Kálmán Kórház Bőrgyógyászati osztály a III.sz. Belgyógyászati osztályon valamint a bőr és gastroenterológia szakrendeléseken megjelent, két periódusban 1985-1999 év között 62, 1999-2001 év között 11 beteget, összesen 73 felnőttkori Schönlein-Henoch purpurában szenvedő beteget vettük fel és vizsgáltuk ki. A Schönlein-Henoch purpura diagnózisát az *Amerikai Reumatológiai Társaság (ARC)* 1990-ben elfogadott és a *Michel* által módosított kritériumai alapján állítottuk fel.

A vizsgálati protokollba, 18 évnél idősebb betegeket vettünk be, akik a diagnosztikus kritériumoknak megfeleltek, és a vizsgálatok elvégzéséhez beleegyezésüket adták, a társ-betegségektől függetlenül.

Nem vettem be az ARC diagnosztikus kritériumoknak nem megfelelő tünetekkel bíró betegeket vagy a hiányos dokumentációjú eseteket, valamint a vizsgálatokba bele nem egyező betegeket. A heveny fázis lezajlása után 3 havonta, majd évente kontrolláltuk fizikális és labor vizsgálattal, a vizsgált betegeket. A GI vérzések diagnosztikájára és kezelésére az általam készített algoritmust alkalmaztuk.

Adatok feldolgozása

A feldolgozás és adatgyűjtés alapjául a rendelkezésemre álló osztályos és ambuláns kezelések során készült kórrajzokat és ambuláns gondozási lapok használtam, a feldolgozás részben prospektíve, részben retrospektíve adatok alapján történt. A minden betegnél részletes anamnézis, fizikális vizsgálat, EKG, laboratóriumi és radiológiai vizsgálat, valamint góckutatás, szükség szerint eszközös vizsgálatok is történtek. A betegek 21,9%-ban (16 beteg) bőrbopsziára került sor. A hasi panaszos betegeknél felső és alsó endoszkópos vizsgálatot végeztünk (Olympus eszközpark), továbbá szövettanra mintavétel, 2-2 biopszia a duodenum és a gyomor antrum és corpus nyálkahártyából valamint, 1 anyag az antrum, 1 anyag a corpus nyálkahártyából CLO vagy JATROX-HP® tesztre. Vizsgáltuk a nyombél és a gyomornyálkahártya gyulladás típusát, illetve a Hp. fertőzés fennállását. A szövettani minta festése leggyakrabban Hematoxilin-Eozinnal és módosított Giemsaival történt, pár esetben Warthin-Starry festésre is sor került. A bakteriális fertőzés fokát enyhe, közepes és súlyosként ítélte meg a hisztológus. Az anamnesztikus adatok alapján megelőzően egyik betegnél sem történt Hp fertőzés miatti eradikációs terápia. Az alsó béltraktus endoszkópos vizsgálata előtt laxatív hatású hashajtókat (X-prep oldat vagy pulv. Macrogolum 1540) alkalmaztunk. Törekedtünk minden esetben a totál kolonoszkópia elvégzésére, néhány esetben kettős kontrasztanyagost vastagbél (irrigoszkópia), vagy kettős kontrasztanyagost vékonybél vizsgálatot is készítettünk, valamint hasi Ultrahang, ritkábban hasi CT vagy MRI vizsgálat is történt. Széklet vér meghatározás, (feketeszt) minden betegnél készült. Az anamnézis során a SHP kiváltó okai közül, nem igazolódott egyértelmű gyógyszerindukció vagy malignus betegség. Vakcináció egyik betegnél sem történt a megelőző 10 évben.

Laboratóriumi módszerek

A laboratóriumi vizsgálatok elvégzésére a gyulai Pándy Kálmán Kórház Központi Laboratóriumában, az Országos Közegészségügyi Intézet vírus szerológiai, továbbá a Békés Megyei ÁNTSZ Mikrobiológiai, valamint a DEOEC III. sz. Belgyógyászati Klinika, Regionális Immunológiai Laboratóriumában került sor. A rutin labor vizsgálatok során teljes vérkép, vérsüllyedés (Westergreen szerint)(We), máj-vese funkció, vírus szerológiai (hepatitis A-B-C, EBV, CMV, VZV, enterovírus, stb.) meghatározás történt, továbbá teljes vizelet analízis, valamint garat-köpet-vizelet-széklet baktérium aerob és anaerob tenyésztést végeztettünk. 11 beteg esetében szélesebb immunológiai vizsgálat elvégzésére került sor.

A szerológiai vizsgálatok során a *Helicobacter pylori* ellenes IgG, IgA antitest szint mérése **ELISA** módszerrel (*Biochem Immunosystem Italia S.P.A.*) került kivitelezésre. A következő ellenanyag meghatározások történtek még : **α: indirekt immunfluoreszcens** technikával: endomysium elleni antitest (EMA), máj-vese mikroszóma (LKM), mitokondrium (AMA), simaizom (SMA), gyomor parietális sejt ellenes antitest (PCA) (*BioSystems SA.Spain*), **β: ELISA** módszerrel: antinucleáris faktor (Hep-2 sejteken), anti-neutrophil cytoplasmikus antibody (ANCA), gliadin IgG és IgA ellenes antitest (*Diagnosticum Rt.*), β2-glikoprotein I (β2GPI) (Calbiochem, UNILAB Rt.) és TNF-α (*Becton-Dickinson.USA*) határoztuk meg. További szérumfehérje vizsgálatok az anti-Streptococcus DNase B,

IgA, IgG, IgM, komplement 3 (C3), komplement 4 (C4), C-reaktív protein (CPR), keringő immunkomplexek (IC) szintet **nephelometriával** határoztuk meg. Az össz-komplement (CH50) meghatározást **hemolyticus esszével** végeztük.

Statisztikai értékelés

A statisztikai analízis során átlagot és standard deviációt (átlag $\pm$ SD) számoltunk. A különbségek statisztikai értékelésére Student féle "t" próbát használtuk a kisszámú betegcsoport miatt. A $p < 0,05$ értéket fogadtuk el szignifikáns eltérésnek. Az adatok számítását és az ábrák elkészítéséhez a Microsoft Excel 7.0 valamint SYNSTAT 10 „descriptive statistic” programját alkalmaztuk..

EREDMÉNYEK:

1. A FELNŐTTKORI SHP BETEGANYAG JELLEMZÉSE

(kor, nem, incidencia és szervi manifesztáció szerinti megoszlás,)

Az anamnesztikus adatok alapján a 73 betegből, csak 4 (5,4%) betegnek volt már korábban SHP-ja, és krónikus SHP miatt, senkit sem kezeltünk vagy gondoztunk tartósan. 20 (27,3%) beteg krónikus belszervi betegségben szenvedett: hipertenzióban, 17(23,3%), krónikus szívbetegségben, 11(15%), krónikus tüdőbetegségben, 3 (4,1%), cukorbetegségben, 3 (4,1%). Természetesen átfedések is voltak a betegségekben, de lényegében minden beteg belszervi betegsége kezeléssel egyensúlyban volt. Az alkalmazott gyógyszeres kezeléseket a betegek már évek óta használták.

73 felnőttkori SHP beteg statisztikai adatait dolgoztuk fel, kor, nem és szervi elváltozások felosztásában. A vizsgált betegek 41%-a (n:30) nő, míg a férfi betegek száma közel 59%(n:43) volt. Az átlag életkor 60,5 $\pm$ 15 év (szélsőérték:30-86 év). A nő és férfi korcsoport között lényeges különbség nem volt kimutatható. Minden betegnél kialakultak a betegség jellegzetes bőrtünetei. 16(21,9%) betegnél történt bőrbíopszia. Ebből 13 esetben igazolódott a leukocytoclastikus vasculitis. Renális érintettség 17(23,3%) betegnél alakult ki. A nőknél kissé magasabb számban, mint a férfiaknál. 15 betegnél mikroszkópos haematuriát, 5 esetben nem szignifikáns proteinuriát észleltünk. Az összes beteg 27,3 %-nál volt ízületi érintettségre utaló tünet. Közel arányosan mindkét nemnél, 20 betegnél voltak arthralgiás panaszok. 14 betegnél monarthritiszes elváltozás igazolódott, míg 6 esetben polyarthritist észleltünk.

21 (28,7%) betegnél találtunk különböző elváltozást a gasztrointesztinális traktusban. Érdekesnek tartható, hogy a férfiaknál háromszor gyakrabban alakult ki hasi tünet, mint a nőknél. (1. táblázat)

1. táblázat: A Schönlein-Henoch purpurás betegek statisztikai adatai (1984-2001)

	Össz betegszám n (%)	Nők n(%)	Férfiak n (%)
Betegszám	73	30 (41,1%)	43 (58,9%)
Kor (év; átlag±SD)	60,5±15	63,3±10	58,7±15
Szervi érintettség			
Bőr	73 (100%)	30	43
Vese	17 (23,3%)	10	7
Izület	20 (27,3%)	11	9
Gastrointesztinális traktus	21 (28,7%)	5	16

2. A GYERMEKKOR ÉS FELNŐTTKORBAN ELŐFORDULÓ SHP SZERVI MANIFESZTÁCIÓIK ÖSSZEHAISONLÍTÁSA

56 gyermekkori SHP-ban szenvedő gyermekkori beteg dokumentációja lett feldolgozva. Átlag életkoruk $6,62 \pm 3,4$ év (szélsőérték: 2-15 év), 34 leány (60,7%), 22 fiú (39,3%). A felnőttekhez hasonlóan, itt is minden betegnél kialakultak a típusos bőrtünetek. Renális manifesztáció 9 betegnél alakult ki, ez kevesebb, mint a felnőtteknél (n.12) (16% v. 19,3%). 8 betegnél mikroszkópos haematuria volt kimutatható, 1 esetben észleltünk makroszkópos haematuriót. A beteg gondozásba lett véve, jelenleg tartósan remisszióban van. Kifejezett proteinuriát egyetlen betegnél sem észleltünk. Az ízületi eltérések előfordulása, több mint a kétszeres volt, a felnőttekben létrejött ízületi manifesztációkhoz képest (55% versus 22,6%). 20 (64,5%) gyermek esetében polyarthritises elváltozást volt a domináló, míg a felnőtteknél inkább a monarthritises tünetek voltak a jellemzők 10 (71,2%). Gyakrabban alakultak ki GI tünetek, mint a felnőtteknél (35,7% versus 24,2%), de ezek jobb indulatúnak bizonyultak, mint az idősebb korcsoportban. Masszív alsó traktusvérzést 1 esetben észleltünk az endoszkópos vizsgálat során a purpurából vett mintából, a hisztológus vasculitist mutatott ki.

12 gyermeknél találtunk okkult GI vérzést, 1 esetben colon purpurákat láttunk amiből vasculitis volt kimutatható. Peritonitist, bélperforációt, pancreatitist és invaginációt egyetlen betegnél sem észleltünk.

3. ÚJABB ÉS HATÉKONYABBNAK BIZONYULÓ DIAGNOSZTIKUS MÓDSZEREK A SHP BETEGEK HASI TÜNETEINEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

3.1. Felnőttkori SHP betegek hasi manifesztációi

1985 elejétől 1999 végéig összesen 62 felnőtt korú SHP beteg közül 15 abdominális purpurás beteget vizsgáltam ki. Az összes felnőtt SHP beteg, 24,2 %-ban alakultak ki hasi tünetek. A hasi purpurás betegekben a hasi fájdalom az esetek 86,6%-ban jött létre, főleg periumbilicálisan kifejezett

kólikás fájdalom képében, általában, 3-4 nappal a bőrtünetek kialakulása után. A digestív manifesztációk kétharmadában alakulhat ki tápcsatornai vérzés, leggyakrabban okkult vérzésként. Saját eseteinkben ez az összes vérzés, 53,3% volt. Hányás, hányinger az esetek 40%-ban fordult elő. A betegek 20-30 %-nak volt hasmenése. Peritonitis és üreges szervperforáció miatt 1 esetben kellett chirurgical beavatkozást végeztetni. 2 esetben észleltünk a betegeknél peritoneális izgalomi tünetet, de az elvégzett vizsgálatok perforációt, laparotomiát indikáló eltérést nem igazoltak. Mindkét beteg a konzervatív terápiára meggyógyult, a panaszok háttérében pseudoperitonitist igazoltunk. (2.táblázat)

2.táblázat: A Schönlein-Henoch purpurás felnőtt betegeink digestív manifesztációinak gyakoriságának és típusának összehasonlítása az irodalmi adatokkal.

Klinikai adatok	Saját adatok(n:15) n(%)	Irodalmi adatok %
Hasi érintettség	15/62 (24,2)	29–69
Hasi fájdalom	13/15 (86,6)	~80
Melaena	3/15 (20)	~50
Haematochezia	2/15 (13,3)	?
Okkult vérzés	8/15 (53,3)	~25
Emesis	6/15 (40)	~40
Diarrhoea	3/15 (20)	~25
Peritonitis	1/15 (6,6)	?
Pseudoperitonitis	2 (13,3)	?
Pankreatitis	0 (0)	?
Bélperforáció	1/15 (6,6)	?
Invagináció	0 (0)	?

3.2 Az endoszkópia jelentősége a hasi purpura diagnosztikájában

1985-2001 év között összesen 26 felnőtt korú SHP betegnél végeztünk endoszkópos vizsgálatokat. Ezekből 21 esetben felső pánendoszkópia míg 18 betegnél alsó endoszkópos vizsgálat is történt. Az összes felnőttkori SHP (n:73) betegben, az abdominális érintettséget az esetek 28,7%-ban észleltük. 13 betegnek volt hasi fájdalom, míg 13-nál észleltünk kolorektális vérzést. Ebből 3 esetben masszív melaenát, 8 betegben pedig okkult vérzést. A szájüregben, nyelöcsőben és a gyomorban egyszer sem észleltünk purpuriform elváltozást az endoszkópos vizsgálat során míg a mély duodenumban 3 esetben sikerült purpurát kimutatni. A vizsgált 26 betegnél, a felső GI traktusban 1 esetben oesophagitist láttunk (Savary-Miller I.std.). A gyomorban a látott endoszkópos kép alapján összesen 18 gastritist, 14 esetben erosiót, erythemát, fokális haemorrhagiát észleltünk. 2 betegnél az antrumban fekélyt láttunk, 5 betegnél Hp fertőzés igazolódott.

A nyombélben, 5 esetben duodenitis, 8-ban erózió, petechia, erythema, 3 betegben purpuriform elváltozás volt látható. Nyombélfekély egyetlen betegnél sem volt kimutatható. Hisztológiai diagnózisok: heveny nem specifikus gastritis fokális bevérzéssel: 12, idült nem specifikus gastritis: 8, enyhe aktivitási jeleket mutató duodenitis: 5 esetben, 1 esetben vasculitis. 2 esetben gyomorfekély, másik 2 esetben ép nyálkahártya igazolódott. Malignus elfajulás egyetlen betegnél sem igazolódott.

3.3 Vastagbél nyálkahártyából vett hagyományos vagy „big particle” biopsziák diagnosztikus jelentősége

A tápcsatornában létrejövő vasculitisek a submucosa kisereiben alakulnak ki, ezért az endoszkópos anyagvétel során a szuperficiális mucosa biopszia rendszerint elégtelen a vasculitisek kimutatására. Ilyen esetekben a hisztológus akut nem specifikus gyulladásra, esetleg fokális bevérzésre utalót ír le. 11 kolonoszkópiált betegnél 6 esetben szuperficiális mucosa biopszia történt, ezekben nem igazolódott a vasculitis. Másik 5 beteg vastagbél, purpuráiból vett anyag minden esetben "big particle" biopsziával történt, ezekből 3 anyagban kimutatható volt a vasculitis. A hisztológus ezen esetekben a kiserek parciális fibrinoid necrosisát írta le, mononukleáris és polimorfonukleáris leukocyták infiltrációjával, valamint az erythrocyták extravasációjával.

4.HELICOBACTER PYLORI ELLENES ANTITEST SZINTEK EMELKEDÉSE FELNŐTTKORI SCHÖNLEIN-HENOC PURPURÁBAN

1999-2001 év között 11 SHP -s beteget kezeltünk, átlagos életkoruk 64 ± 10 év (szélső érték: 36-81 év), ezekből 5 nő és 6 férfi került a vizsgált csoportokba. Figyelemre méltó a betegek magas átlag életkora, mivel a SHP leggyakrabban gyermekkorban fordul elő. A heveny fázisban levő 5 betegnél a karakterisztikus palpálható bőrpurpurát észleltük. 3 betegnek voltak gasztrointesztinális tünetei. Az 5 betegből a felső endoszkópos vizsgálat 4 esetben igazolt makroszkópos elváltozást a gyomorban vagy a nyombélben. A remisszióban levő 6 betegnek már bőreltérés nem volt látható, 3 betegnek voltak hasi panaszai. Az endoszkópia során 4 betegnél észleltünk kóros elváltozást a felső traktusban. Veseelégtelenség egyik betegnél sem alakult ki a követés során.

A rutin laboratóriumi vizsgálatok során a heveny fázisban levő betegeknek szignifikánsan magasabb fehérvérsejt számot észleltünk, mint a remisszióban levőknél ($12,7 \pm 1,05$ versus $7,62 \pm 1,9$ G/l)($p < 0,00171$). Kifejezett anémiát 1 betegnél találtunk (94 g/l) a heveny fázisban, ez esetben gastrointesztinális vérzés is igazolódott. A heveny fázisban levőknél nem volt szignifikánsan magasabb a We. érték ($83,4 \pm 8,8$ versus $23,5 \pm 8,8$ mm/ó)($p = ns$), mint a remisszióban levőkéknél.

Hepatitis infekció nem igazolódott. A baktérium tenyésztések során egy, a 2. csoportba tartozó betegnek volt húgyúti infekciója (Acinobacter calcoaceticus). A legmarkánsabb különbségeket a szerológiai vizsgálatok során találtuk, a heveny SHP (1.csoport) és a remisszióban levő (2.csoport) betegek között a Hp ellenes IgG-IgA, szerum IgA, CRP és a TNF- α szintekben. A heveny fázisban levő

betegeknél a Hp ellenes IgG titer szignifikánsan magasabb volt, mint a remisszióban levőké (86,04±32 U/ml versus 32,5±23,2 U/ml) (p<0,0483)(3.táblázat).

3.táblázat: Helicobacter pylori fertőzés előfordulása a SHP-s betegekben

HSP csoportok	Nem	Kor (év)	Ureáz-teszt (Jatrox-Hp®)	Endoszkópos diagnózis	Hp. +/-	Anti-Hp.		Anti-Srt.-Dnase-B U/ml
						IgG U/ml	IgA ratio	
1. Heveny fázis n:5	Nő	81	-	Gastritis	Negatív	49,9	2,67	92,4
	Ffi	38	+	Ulcus ventr.	Pozitív	58,5	11,2	91,8
	Ffi	70	-	Sine morbo	Negatív	136	2,11	270
	Ffi	53	+	Gastritis	Pozitív	116,7	1,34	74
	Ffi	54	+	Duodenitis	Negatív	69,1	2,59	144,2
2. Remisszió fázis n:6	Nő	69	-	Gastritis	Negatív	3,4	2,17	123
	Ffi	74	-	Gastritis	Negatív	24,5	7,53	159,1
	Ffi	65	+	Gastritis	Pozitív	73,2	3,87	103,4
	Nő	81	-	Gastritis	Negatív	1,6	6,52	160,4
	Nő	53	-	Sine morbo	Negatív	91,5	3,6	345,5
	Nő	65	-	Duodenitis	Negatív	11,9	0,88	74,5
Norm.ért.						0-15	0-0,9	0-200
Student t-teszt						p<0,0483	p<0,050	ns.

Ezzel szemben a remissziós fázisban levő betegek Hp ellenes IgA szintjeit szignifikánsan magasabbnak találtuk a heveny fázisban levőkéknél (3,09±1,78 versus 1,96±0,58 ráta)(p<0,04902). A normál értékhez képest, azonban mindkét csoportban magasabbak voltak az értékek. A akut fázis proteinek közül a CRP szintje szignifikánsan emelkedettebb volt a heveny fázisban levő betegeknél (45,3±22,7 mg/l versus 8,08±4,9 mg/l) (p<0,0258), mint a remisszióban levőkéknél.

A citokinek közül a mért TNF-α szint a heveny fázisban levőknél szignifikánsan magasabb volt (58,88±18,2 pg/ml versus 27,30±5,2 pg/ml) (p<0,00968), mint a 2.csoportban. A szérumban (keringő) IgA-t az 1.csoportban szignifikánsan magasabbnak találtuk, mint a 2. csoportban (5,44±1,04 versus 3,49±1,14) (P<0,0181) (4. táblázat).

4.táblázat: A Helicobacter pylori ellenes ellenanyagok (IgG-IgA), szérumban IgA, tumor necrosis faktor-alfa és a C-reaktív protein szintje a SHP heveny és remissziós fázisában levő betegekben.

	Hp.ellenes IgG	Hp.ellenes-IgA	Szérumban IgA	TNF-α	CRP
1.csoport(n=5)	86,04±32 *	1,96±0,58	5,54±1,08*	58,88±18,2***	45,30±22,7*
2.csoport(n=6)	32,51±23,2	3,09±1,78*	3,49±1,14	27,30±5,2	8,08±4,9
Összes(n=11)	57,80±32,9	2,58±1,27	4,43±1,42	42,10±20,1	25,01±13,7
Normál érték	0-15 U/ml	0-0,9 ráta	0,7-4 g/l	0-42 pg/ml	0-5 mg/l

szignifikáns különbség a heveny fázis és a remisszió adatai között *(p<0,05), **(p<0,01), *** (p<0,001)

A szérumban IgG értékek mindkét csoportban a normális tartományban mozogtak. Az össz komplement szint I esetben emelkedett kis mértékben egy heveny fázisban levő betegnél (102 CH50/ml). A további

antitest vizsgálatok (C3-C4, IC, ANCA, ANF, SMA, AMA, LKM, PCA, gliadin, EMA, β 2GPI) egyike sem mutatott kóros pozitivitást. Az anti-Streptococcus DNase B szint a heveny fázisban 1, a remissziós fázisban szintén 1 személynél volt kórosan magas, akiknél mindkét esetben Hp. pozitívítás is igazolódott.

MEGBESZÉLÉS

A FELNŐTTKORI SHP BETEGANYAG JELLEMZÉSE

Magyarország Békés megyéjében az adataink alapján, magasabb a SHP incidenciája (11,20/millió), mint az irodalmi adatok alapján ismert, jobb szocioökonómikus helyzetben levő országokban. A 73 felnőttkori SHP betegek 41%-a (n:30) nő, míg a férfi betegek száma 59%(n:43). Az átlag életkor $60,5 \pm 15$ év (szélsőérték:30-86 év). Érdekesség, hogy az felnőtt korcsoportban másfélszeres férfi dominancia volt jellemző, míg gyermekek esetén a leányoknál háromszor gyakrabban alakulhat ki a betegség. A felnőttekben az ízületi eltérések lényegesen csökkentek (88% versus 22,5%), a GI. érintettség 94%-ról 19%-ra, a veseérintettség 80%-ról 19,3 %-ra mérséklődött, továbbá a krónikus vesebetegség pedig 30%-ról 2%-ra. Kiemelkedően fontos, hogy legjelentősebben a vese manifesztációk krónikus formába való átmenete jelentősen csökkent. A súlyosabb szervi elváltozások csökkenő tendenciája mögött, feltételezésem szerint a javuló egészségügyi ellátás, a gyorsabb és pontosabb diagnózis biztosítása, és az egyre modernebb és hatékonyabb terápiás lehetőségek állhatnak.

A GYERMEK ÉS FELNŐTTKORBAN ELŐFORDULÓ SHP SZERVI MANIFESZTÁCIÓINAK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Gyermekekben a tünetek hasonlóak, mint a felnőttkori betegségben, bár a betegség prognózisa és lefolyása enyhébb lehet. A felnőtteknél gyakoribbak az ízületi és a gasztrointesztinális manifesztációk, míg az esetek zömében a súlyosabb kimenetelű, renális szövődmények ritkábbak mint a gyermekeknél. Az eredmények tükrében fel kell hívni a gyermekgyógyász társadalomnak a figyelmét az endoszkópos gyermekgyógyász képzés fontosságára, mivel ez a betegség meglehetősen gyakori gyermekkorban és az endoszkópos diagnosztika elvégzése célszerű és elengedhetetlen ezekben az esetekben.

ÚJABB ÉS HATÉKONYABBNAK BIZONYULÓ DIAGNOSZTIKUS MÓDSZEREK A SHP BETEGEK HASI TÜNETEINEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

A felnőttkori SHP betegek hasi manifesztációi

A hasi klinikai tünetek közül saját anyagunkban a hasi fájdalom volt a legjellemzőbb, eseteink 86,6%-ba észleltük. A digestív manifesztációk kétharmadában alakulhat ki tápcsatornai vérzés, leggyakrabban okkult vérzésként. Saját eseteinkben az összes vérzés 53,3% volt, de nem volt ritka a

masszív malaena sem, míg haematemesist egyetlen esetben sem észleltünk. Az általunk javasolt kivizsgálási és kezelési algoritmust igen hasznosan tudtuk használni, a leírtak alapján minden betegünk remisszóba került, és senkit sem kellett megoperáltatnunk.

A tapasztalataim alapján arra következtetésre jutottam, hogy, a kiterjedt bőr elváltozások súlyossága nem utal a parenchimás szervek érintettségének súlyosságára, míg a kifejezett parenchimás szervi érintettség befolyásolja a tünetegyüttes prognózisát.

Az endoszkópia jelentősége a hasi purpura diagnosztikájában.

A vázoltak alapján nagyon fontos a diagnosztika széles körű megválasztása, mivel nincsenek a betegségre jellemző specifikus vizsgálatok. A hasi tünetek diagnosztikájában előtérbe kerülnek az endoszkópos vizsgálati metodikák a kiegészítő radiológiai vizsgálatokkal együtt. Az eredményeim alapján a tápcsatornai endoszkópiát mint egy „gold standard”-nak lehet minősíteni a tápcsatornai vérzéseknel, továbbá az emésztőrendszerben létrejövő, egyéb elváltozások diagnosztikájában a SHP-ban. A vizsgálataim szerint kiemelhető, hogy a felső tápcsatornában a gyulladt nyálkahártya mellett az endoszkópos képen, erythema, ödéma pontszerű petechiák vagy bevérzések, eroziók, súlyosabb esetekben fekélyek, amik soliterek vagy multiplexek lehetnek, de típusos purpuriform elváltozásokat csak a duodenum leszálló ágában észlelhetünk. Fontos tudni, a duodenumba észlelhető elváltozások nagyon szoros kapcsolatban állnak a SHP-val. A vastagbél nyálkahártyán gyakran látványosan észlelhetők a purpurák. Az egész colonban és a terminális ileumban kialakulhatnak, gyakran szegmentálisak, de diffúzak is lehetnek, a kör alakútól kezdve az egész bizarr formáig bezárólag. Abdominális purpurában, főleg vérzés esetén mély, duodenoszkópia és totál kolonoszkópia elvégzése indokolt a vérzésforrás pontos lokalizációjának megtalálása érdekében.

A vastagbél nyálkahártyából vett hagyományos vagy „big particle” biopsziák diagnosztikus jelentősége

Eredményeink arra mutatnak, hogy elsődlegesen a vastagbél purpuráiból történő "big particule" biopszia elvégzésekor, sokkal nagyobb az esélye, annak hogy a mélyebben a submucosában fekvő leukocytoclastikus vasculitis kimutatható legyen.

HELICOBACTER PYLORI ELLENES ANTITEST SZINTEK EMELKEDÉSE FELNŐTTKORI SCHÖNLEIN-HENOCH PURPURÁBAN

A vizsgálati eredményeink alapján a 11 SHP betegünknel szerológiai 10 esetben kórosan emelkedett Helicobacter pylori ellenes IgA/IgG antitest szinteket mértünk. 4 esetben igazolódott aktuálisan fennálló Hp fertőzés, a szerológia, az ureáz teszt és a hisztológiai vizsgálat alapján. A Hp ellenes antitest emelkedést, más metodikák negativitás esetén már korábban lezajlott Hp. fertőzés jelének tartottuk. Eredményeink szoros párhuzamosságra utalnak a SHP és Hp fertőzés között felnőtt betegekben (64 ± 10 év). A két betegség közötti kapcsolatra mutat egyrészt az, hogy a 11

betegből 6-nak voltak hasi tünetei, és a felső pánendoszkóppal 9 esetben kóros gasztrointesztinális eltérést igazoltunk. Másrészt a 11 beteg szérumában 10-nél magas Hp ellenes IgG/IgA antitest emelkedés volt észlelhető, ami magasabb mint a Hp. fertőzött összlakosság százalékos aránya (~65%). Fontos megemlíteni, hogy a heveny fázisban levő 5 beteg esetében 3-nál aktív Hp fertőzés igazolódott, ezeknél a Hp ellenes IgG szint volt a szignifikánsan magasabb, ellenben a remisszió levőknél, ahol 4 esetben lezajlott Hp fertőzés volt feltételezhető, a Hp ellenes IgA szint volt szignifikánsan magasabb.

Ez a társulás felveti a kérdést, hogy a kapcsolat a SHP és Hp fertőzés között kauzális vagy véletlenszerű. Álláspontunk az, hogy a SHP tüneteinek színezésében, súlyosbításában lehet szerepe az aktuálisan fennálló Hp fertőzésnek, de a betegség elindításában, kialakításban egyik lehetséges, de önmagában nem elegendő patogenetikai tényező. A *Helicobacter pylori* rizikó faktorként azonban hozzájárulhat az SHP heveny tüneteinek fenntartásában.

Feltételezéseink szerint a heveny SHP-ra jellemzően létrejövő immunfolyamatok során fokozódik a már meglevő Hp ellenes humorális immunválasz. Aminek a hátterében mind anti-idiotipusú antitestek megjelenése, mind Hp. antigénekhez kapcsolható antigén mimikri alapján fokozzák a Hp ellenes antitestek képződését. Továbbá a SHP-s betegekben kialakuló immunregulációs zavar, az alkalmazott immunszuppresszív terápia, a csökkent antibakteriális védekezése következtében a meglevő Hp fertőzés intenzitása felerősödhet, ami circulus vitiosus formájában hathat a SHP aktivitásának növekedésére.

A saját eredményeink is ezt sugallják, mivel a heveny SHP-s betegekben szignifikánsan magasabb volt a Hp ellenes IgG szint, mint a remisszióban levőknél. Az utóbbi csoportban a Hp fertőzés már krónikus formába mehetett át a Hp ellenes IgA szint emelkedésnek megfelelően, de ennek már a SHP szempontjából nem volt tünete erősítő hatása.

ÖSSZEFOGLALÁS

1. A felnőttkori SHP betegcsoportunk sajátosságait elemezve, megállapítottam, hogy a klinikai jellemzőik nem különböznek lényegesen a nemzetközi irodalomban ismertektől. Az 1970 évekhez képest lényegesen emelkedett a betegek átlag életkora (45 év versus 60,5év). A nemek közötti arányok nem változtak, másfélszeres férfi dominancia igazolható továbbra is. Békés megyében a megközelítő éves incidencia a KSH éves lakossági adatainak figyelembe vételével (407000 fő), 11,20/ millió körüli.

73 felnőttkori SHP betegnél észleltünk bőrelváltozást, a betegek 27,3 %-nak volt izületi érintettségre utaló tünete közel arányosan mindkét nemnél. 21 (28,7%) betegnél igazolódott különböző gasztrointesztinális elváltozás, a férfiaknál több, mint háromszor gyakrabban, mint a nőknél. Renális érintettség tünetei 17(24%) betegnél alakult ki, a nőknél kissé magasabb számban, mint a férfiaknál. Az irodalmi adatokkal összehasonlítva az eredményeimet, a szervi manifesztációk esetében az izületi eltérések lényegesen csökkentek (88% versus 22,5%), a GI. érintettség 94%-ról 19%-ra, a veseérintettség 80%-ról 19,3 %-ra mérséklődött, és a krónikus vesebetegség előfordulása

pedig 30%-ról 2%-ra csökkent. A súlyosabb szervi elváltozások csökkenő tendenciája mögött, feltételezésem szerint, a javuló egészségügyi ellátás, a gyorsabb és pontosabb diagnózis biztosítása, a gyermekkori kötelező védőoltások alkalmazása és az egyre modernebb és hatékonyabb gyógyító terápia állhat.

2. A vizsgálataink alapján kimutattuk, hogy Békés megyében a gyermekkori SHP-s betegekben az ízületi manifesztációk több, mint kétszer gyakrabban alakulnak ki, mint a felnőtteknél (55% versus 22,6%), elsődlegesen polyarthritis formájában. Gyakrabban észlehető gyerekkorban a gyomor-bélrendszer tünetei, (35,7% versus 24,2%), de ezek lényegesen jobb indulatúak. A több GI panasz hátterében a gyerekkorban a nagyobb arányú hányások száma emelhető ki.

3. A vizsgálataim szerint a kiterjedt bőr elváltozások nem utalnak a parenchimás szervek érintettségének súlyosságára, míg a kifejezett parenchimás szervi érintettség befolyásolja a tünet-együttes prognózisát.

GI szimptómákat a submucosus és subserosus vérzések, ödémás bélfal vastagodás és gyulladás magyarázza, amiknek a hátterében a vasculitis áll és a panaszok jellege a digestív rendszerben létrejövő vasculitisek lokalizációjától függ.

Igazoltam azt, hogy alsó és felső endoszkópia topográfiai és deskriptív diagnózist biztosít, és szövettani mintavételre, valamint mikrosebészeti beavatkozásra ad lehetőséget. Ez lényegesen pontosítja a SHP-ban az diagnózist, és ennek komoly differenciál diagnosztikus jelentősége is van.

Jellemeztem és leírtam, Magyarországon elsőként, a felső és alsó tápcsatornában létrejövő elváltozások endoszkópos képét SHP-ban.

Kimutattam, hogy a felső tápcsatornában, elsődlegesen az leszálló duodenumban láthatók a betegségre jellemző típusos purpuriform elváltozások, valamint azt, hogy a nyombélben észlelhető elváltozások nagyon szoros kapcsolatban állnak a SHP-val, mivel a purpurák a vékonybélben alakulnak ki leggyakrabban.

Felhívtam a figyelmet arra, hogy törekedni kell a totál kolonoszkópia elvégzésére és a terminális ileum áttekintésére. Abdominális purpurában, főleg vérzés esetén, mély duodenoszkópia és totál kolonoszkópia elvégzése indokolt.

A vérző SHP betegek kivizsgálására és kezelésére általunk készített algoritmus kifejezetten hasznosnak bizonyult.

Az endoszkópos beavatkozások e tünetegyüttes gasztrointesztinális manifesztációiban differenciál diagnosztikai jelentőséggel bírnak, különösen jelentős szerepük van a bőrtünetek nélkül jelentkező kórkép esetében, továbbá laparotomiák elkerülésében is.

Az elsők között hívtuk fel a figyelmet egy újnak mondható vizsgálati módszer lehetőségére elsődlegesen a bél-rendszer purpuráiból történő "big particule"biopszia elvégzéskor, sokkal nagyobb az esélye annak hogy a mélyebben, a submucosában fekvő leukocytoclastikus vasculitist kimutathassuk. Ezzel a módszerrel, sikerült először, nemcsak bélrezekátumból kimutatni a vasculitist.

4. 11 felnőtt korú SHP betegben vizsgáltam azt, hogy a kapcsolat a SHP és Hp fertőzés között kauzális vagy véletlenszerű . Az eredményeink alapján álláspontunk az, hogy a SHP tüneteinek színezésében, súlyosbításában lehet szerepe az aktuálisan fennálló Hp fertőzésnek, de a betegség elindításában, kialakításban a Hp. az egyik lehetséges, de önmagában nem elegendő patogenetikai tényező. Rizikó faktorként azonban hozzájárulhat az SHP heveny tüneteinek fenntartásában.

Saját közlemények, absztraktok és előadások jegyzéke

1.A témához kapcsolódó közlemények:

- 1.**Novák,J.** és Libor J.: Masszív colorectalis vérzés felnőttkori Schönlein-Henoch purpurában. Orvosi Hetilap.1993;134;27.1479.
- 2.**Novák, J.**, Ottlakán, A., Tóth,K.: Colonic biopsy in Schönlein-Henoch purpura. Gastrointestinal Endoscopy 1995;41(5):510-511. **IF:2,295**
- 3.**Novák, J.**:Felnőttkori Schönlein-Henoch purpura (endoszkópia és gasztrointesztinális manifestációk) (**könyv részlet**) Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórházának 150. évfordulójának Jubileumi Tudományos Emlékkönyve. 1996;40-49.
- 4.**Novák, J.**: Az endoszkópia jelentősége a Henoch-féle purpura diagnosztikájában. Orv.Hetil.1997;138:35,2169.
- 5.Bódi, P., Sipos, P., **Novák, J.**:Schönlein-Henoch Purpura gyermekkori manifesztációi. Gyermekgyógyászat 1999;3: 266-268.
- 6.**Novák J.**, Márki-Zay J., Csiki Z., Sebesi J., Takáts A. und Sipka S.:Die Schönlein-Henoch Purpura bei Erwachsenen Z. Gastroenterol ;2001;39:775-782 **IF:0,803**
- 7.**Novák J.**, Csiki Z., Sebesi J., Takáts A., Demeter P. és Sipka S: Helicobacter pylori ellenes antitestszint emelkedés Schönlein-Henoch purpurában. Orv. Hetil. 2003;144:6,7-11.
- 8.**Novák J.**, Szekanecz Z., Csiki Z., Sebesi J., Takáts A., Bene L., Demeter P. és Sipka S.: Elevated level of Helicobacter pylori antibodies in Schönlein-Henoch purpura. Autoimmunology(közlésre elküldve) **IF:folyamatban**

2.Egyéb közlemények:

- 1.**Novák J.**, Görhöny G., Szabó P. és mtsai: Inzulinnal kezelt cukorbetegség gyógyításával kapcsolatban szerzett tapasztalataink az intenzív osztályon. Anaesth.Int.Ther.1991.21.;5.169-175.
- 2.**Novák J.**, Pásztor P., Ottlakán A. és mtsai: Transcysticus drainage ritka késői szövődménye. Orvosi Hetilap 1994.135;2651.
- 3.**Novák J.** és Pásztor P.:Levelek a szerkesztőhöz (A transcysticus drainage ritka késői szövődménye) Orvosi Hetilap 1995.136;9.521.
- 4.**Novák J.**,Ottlakán A.,Tóth K.,Kovács J.and Libor J.: Carcinoma of the stomach in von Recklinghausen disease. Romanian Journal of Gastroenterology 1997.6; 3,199-203.
- 5.Gurzó Z és **Novák J.**: Epebetegségek kezelése Pharmagrad, 2002 Június 3-5.
- 6.Fazekas I és **Novák J.**: A bél gyulladásos és fertőző betegségei és kezelésük. Pharmagrad 2002 június 5-7.
- 7.**Novák J.**: A Helicobacter pylorival fertőzött betegek terápiája és kezelése. Pharmagrad 2002 Június 17-18.
- 8.**Novák J.**: A GERD korszerű belgyógyászati kezelése Pharmagrad 2002 június 19-20.
- 9.Demeter P.,Újszászi L.,Sike R., Tóth G.T.,Grenda A., G.Kiss Gy.,Gurzó Z., Csiki Z., **Novák J.**: Az X-prep oldat és a Na-Pikoszulfát(guttalax) effectivitásának és tolerálhatóságának összehasonlítása colonoscopos előkészítések során. Multi-centrikus, prospektív, randomizált,vizsgálat. Orv. Hetil. (közlésre elfogadva)

3. A témával kapcsolódó absztraktok, előadások:

- 1.**Novák,J** and Libor J.: Endoscopic documentation in abdominal purpura.(**abstr.**) **Z Gastroenterol .1993.31,May,5.115.** IF:0,572
- 2.**Novák J.**,Ottlakán A., Tóth K.: The evalution of endoscopic findings in Henoch's purpura (A retrospective study)(**abstr.**)Z.Gastroenterol.1996, 34,324. **IF:0,958**

3. **Novák J.**: Schönlein-Henoch purpura in adults (Gastrointestinal manifestation and endoscopy)(abstr.) GUT ,1996 suppl.3,vol 39,A233. **IF:4,590**
4. **Novák J.**, Gurzó Z., Kovács J. and Pécsi Gy.: Gastrointestinal haemorrhage in Henoch-Schoenlein purpura. (abstr.)
Journal of Gastroenterology and Hepatology, 1999;14(3) **IF:0,983**
5. **Novák J.**, Csiki Z., Sebesi J., Takáts A., Demeter P. és Sipka S.: Is it any correlation between Helicobacter pylori infection and Schönlein-Henoch purpura?
Z. Gastroenterol. 2002.40:349.(abstr) **IF:0,803**
6. Sipka S., Kovács I., Gyimesi E., Csiki Z., Bodolay E., Gál I., **Novák J.** és Lakos G.: Laboratóriumi szűrővizsgálatok az autoimmun kórképek diagnosztikájában: a Glutén indukált enteropathia, az antifoszfolipid szindróma és a Helicobacter pylori ellenes ellenanyagok jeletősége. Klin.Kísér.Lab.Med. 2002;29(1):12.(abstr)
7. **Novák J.** és Libor J.: Masszív coloretális vérzés felnőttkori Schönlein-Henoch purpurában. MGT.Endoscopos Sectio Nagygyűlése.Gyöngyös,1992 szept.4-5.
8. **Novák J.**,Libor J, és Tóth K.: Endoscopic documentation in abdominal purpura. M.G.T. XXXV.Nagygyűlése. Balatonaliga, 1993 május 25-29.
9. **Novák J.** és Péter Rózsa:A Schönlein-Henoch purpura gastrointestinális megnyilvánulási.(retrospektív tanulmány) Kórházi Tudományosülés,1995. február 8.
10. Péter R.,**Novák J.**:Henoch-Schönlein purpurás betegek gastrointestinális megnyilvánulási. Fiatal Bőrgyógyászok XIII.Kecskeméti Fóruma Kecskemét 1996 április 26-27.
11. **Novák J.**:Schönlein purpura gastrointestinális megnyilvánulási az endoscopia tükrében Erdélyi Múzeum Egyesület, Orvostudományi Szakosztály 6.
Tudományos ülészek,Sepsiszentgyörgy,(Románia) 1996,június 6-8.
12. **Novák J.**: Schönlein-Henoch purpura in adults (poster)
5th. United European Gastroenterology Week, Paris 1996 november 6.
13. **Novák J.**: Felnőttkori Schönlein-Henoch purpura klinikai tünetei
MGT.Endoscopos sectió ülése Eger 1996 november14-15.
14. **Novák J.**, Gurzó Z., Kovács J. and Pécsi Gy.: Gastrointestinal haemorrhage in Henoch-Schoenlein Purpura.(poster) Alimentary Disease Week, 1998 nov.22-25.Manila, Fülöp- Szigetek
15. **Novák J.**: A Helicobacter pylori etiopathogenetikai szerepe a Schönlein-Henoch purpura kialakulásában. MBT. Dél-Magyarországi Decentrum XXX. Vándorgyűlése. Gyula 1999.ápr.23.
16. **Novák J.**, Gurzó Z., Hajdú M.,Dobó M.,and Kiss J.: The aethyopathogenetic role of Helicobacter pylori in the development of Schönlein-henoch purpura. MGT. XLII.Nagygyűlése Balatonaliga. 2000 június 08.
17. **Novák J.**,Csiki Z., Sebesi J., Takáts A., Demeter P. és Sipka S.: Is it any correlation between Helicobacter pylori infection and Henoch-Schönlein purpura? (poster)
World Congress of Gastroenterology Bangkok, Thaiföld. 2002 február 24-március 1.
18. **Novák J.**, Csiki Z., Sebesi J., Takáts A., Demeter P. és Sipka S.: Is it any correlation between Helicobacter pylori infection and Schönlein-Henoch purpura? MGT. 43. Nagygyűlés, Balatonaliga 2002 Június 05-09

9.2.4.Egyéb absztrakok és előadások:

1. **J.Novák**, J.Libor,J.Kovács and al.: Gastric cancer associated with Recklinghausen's disease (abstr.).Endoscopy.1994.26;414. **IF:1,29**
2. A.Ottlakán.,**J.Novák**.,E.Lörinczy and al.: Hepatic arterial and portal blood flow changes in septic surgical patients.(abstr.) Clinical Intensiv Care.1994.5;1.17.
3. A.Ottlakán.,**J.Novák**., Ö.Sátori and al.:Hepatic blood flow and cardiac function alterations in clinical sepsis.(abstr.) Shock. 1994.suppl. vol. 2, 25. **IF:2,157**
4. Gurzó Z.,**Novák J.**,Fazekas I.,Liechtensetin-Zábrák J.:Az antrum mucosa superficiális hámszövetének regenerációja Helicobacter pylori eradikációt követően. (abstr.)
MBA suppl.1996/2 152.
5. A.T. Takats, Z.Csiki,Sz.Szamosi,G.Gerő,J. Sebesi,**J. Novak**, Z.Gurzó,Zs.Tulassay:
Serum and gastric juice tumor marker (Ca 19-9 and CEA) levels, their relation to Helicobacter

pylori infection and early detection of gastric carcinoma.

Gut; Vol.49 (Suppl III); November 2001 Abstract no.3096 **IF:6,17**

6. **Novák J.**, Kovács J., Gurzó Z. and al: Changes in frequency of upper gastrointestinal bleeding examined in 1991 and 2001: a multicentric retrospective study.

Z. Gastroenterol 2002.40: 342 (abstr) **IF: folyamatban**

7. Csiki Z., Barta Z., Sebesi J., Takáts A., Gurzó Z and **Novák J.**: Food allergy? New aspect of an old problem. Z. Gastroenterol 2002.40:330 (abstr). **IF: folyamatban**

8. Sebesi J., Csiki Z., Takáts A., Gurzó Z. and **Novák J.**: Chronic antihyperlipemic-satin-treatment and eradication therapy for Helicobacter pylori infection. Possible interactions to be considered. Z. Gastroenterol. 2002. 40: 355 (abstr). **IF: folyamatban**

9. Gurzó Z., **Novák J.**, Karády L. and al: Essential differences in relative incidence of endoscopically diagnosed upper gastrointestinal tract disorders during a decade.

Z. Gastroenterol. 2002. 40: 334 (abstr). **IF: folyamatban**

10. **Novák J.**, Pocsay G., Dudás M. és mtsai: Preventív Heparin alkalmazásával szerzett tapasztalatainkról. Juhász Károly Emlékülés. 1987 december 8.

11. Dudás M., Pocsay G., Fazekas I., **Novák J.** és Iványi J.: Sectiók során észlelt 206 tüdőembólia retrospektív elemzése. M.B.T. XXXII. Nagygyűlése. Szeged, 1988 november 17-18.

12. **Novák J.**, Görhöny G., Szabó Pál és mtsai: A Danang tüdőről (ARDS aktualitása) Kórházi Tudományos ülés. 1989. December 12.

13. **Novák J.**, Pocsay G., Görhöny G. és mtsai: Insulinizált cukorbetegekkel szerzett tapasztalataink az ITO-n. MAITT Nemzetközi Kongresszusa. Balatonaliga, 1990 május 24-26.

14. Kovács J., **Novák J.**, Libor J. és mtsai: Antirheumaticumok okozta gastrointestinális elváltozások. M.B.T. Dél-Magyar. Decentrum XXII. és a M.R.T. Dél-Magyar. sectió VI. Vándorgyűlése. Mezőhegyes, 1991 április 25-26.

15. **Novák J.**, Kovács J., Gurzó Z. és mtsai: Hasi műtétek előtti recto-colonoscopy vizsgálatok során talált elváltozásokról. Kórházi Tudományos ülés. 1992 április 2.

16. **Novák J.**, Gurzó Z., Fazekas I. és mtsai: Cholecystectomyt követő ritka extrahepaticus epeúti szövődmények. Az ERCP szerepe. MGT. Endoscopos Sectió Nagygyűlése. Gyula, 1993 szept. 10-11.

17. Gurzó Z., Libor J., Kovács J. és **Novák J.**: Ritkább endoscoppal talált elváltozások a duodenumban. MGT. Endoscopos Sectio Nagygyűlés. Gyula, 1993 szept. 10-11.

18. **Novák J.**, Ottlakán A., Görhöny G. és mtsai: Az arteria hepatica és vena portae keringés változása sepsisben. Fiatal Anaesthesiológusok és Intenzivisták Első Országos Találkozója. Lillafüred, 1993 december 10-11.

19. A. Ottlakán, **J. Novák**, Görhöny G. and al.: Hepatic arterial and portal vein blood flow changes in septic surgical patients. The fifth International Steglitz Symposium.

BERLIN, Németország. 1994 február 9-12. KÜLÖN DIJJAL JUTALMAZOTT POSTER.

20. **Novák J.**, Kovács J., Libor J. és mtsai: Gyomorrák von Recklinghausen betegségben Kórházi Tudományos ülés. 1994 február 12.

21. **Novák J.**, Ottlakán A., Lőrinczy E. és mtsai: A májperfúzió, a perctérfogat és balkamrai EF változása septicus betegekben. M.B.T. Dél-Magyar. Decentrum Tudományos ülés. Orosháza, 1994. április 28-29.

22. Fazekas I., Libor J., **Novák J.**: Colitis ulcerosa kórházunk 10 éves anyagában. B.M.T. Dél-Magyar. Decentrum Tudományos ülés. Orosháza, 1994 április 28-29

23. **Novák J.**, Kovács J., Libor J. and al.: Gastric cancer associated with von Recklinghausen disease. M.G.T. XXXVI. Nagygyűlése. Balatonaliga, 1994 május 24-28.

24. **Novák J.**: Carcinom gastric in tratamentul boala von Recklinghausen. Simpozion Stiintific. Arcus (Árkos), Románia. 1994 június 2-4.

25. Gurzó Z., Libor J., Kovács J. és **Novák J.**: Az endoscopia szerepe az epeúti műtétekkel összefüggésbe hozható iatrogén ártalmak diagnosztikájában.

M.G.T. Endoscopos Sectió Tudományos ülés. Zalaegerszeg, 1994 szeptember 16-17.

26. Ottlakán A., **Novák J.**, Satori Ö. and al.: Hepatic blood flow and cardiac function alterations in clinical sepsis. Sixth. Congress of the European Shock Society. Stockholm, Svédország. 1994 szeptember 16-17.

27. Gurzó Z., Libor J., Kovács J. és **Novák J.**: Endoscopia szerepe az epeműtétekkel

- összefüggésbe hozható nosocomiális ártalmak diagnózisában. MBT. Dél-Magyarország. Decentr.XXVI. Vándorgyűlése, Hódmezővásárhely, 1995. április 27-28.
28. **Novák J.**: Relifex a gastroenterológus szemével. Mozgásszervi betegségek a családorvos számára. SZOTE Oktatási kp. Szeged 1995. április 28.
29. **Novák J.**, Otlikán A., Lőrinczy E. és Satori Ö.: Does hepatic perfusion change in clinical sepsis? M.G.T.XXXVII. Nagygyűlése, Balatonaliga 1995. június 25
30. Gurzó Z., **Novák J.**, Fazekas I. és mtsai: Segíthet-e a sphincterectomia és azt követő mélybiopsia a papilla tumorok korai diagnosztikájában. M.G.T. Endoscopos sectio ülése, Győr. 1995 szeptember 8-9.
31. **Novák J.**: A HbSAg hordozás orvos etikai és jogi vonatkozásai SmithKline Beecham Továbbképző Tudományos ülése, Gyula 1995 szeptember 14.
32. **Novák J.**: Relifex és a gastrointestinalis SmithKline Beecham Továbbképző Tudományos ülése, Gyula 1995 szeptember 14.
33. Otlikán A., **Novák J.**, Gurzó Z. and al.: Cholecistectomy laparoscopica III-lea Congres International de Medicina, Sinaia, Romania 1995 október 13-15.
34. Gyimesi Gy., **Novák J.**, Kovács J. és mtsai: Szöveti vizsgálataink az elmúlt 14 évben Juhász Károly Kórházi Tudományos Ülés, 1995 december 14. Gyula
35. **Novák J.** és Bánfi Barnabás: Soliter rectum fekélyek kezelése Tissucol®-al. Kórházi Tudományos Ülés, 1996 március 14.
37. **Novák J.**: Károsíthatja-e a Relifex a gyomor nyálkahártyát? Mozgásszervi megbetegedések a háziorvosi gyakorlatban Továbbképző előadás, 1996 április 20., Gyula
38. **Novák J.**, Gurzó Z. és Libor J.: Recidiv bulbáris fekélyek long term kezelése Nizatidinnel. M.B.T. Dél-Magyarországi Decentrumának XXVII. Vándorgyűlése Gyula, 1996 április 25-26.
39. Gurzó Z., Fazekas I., **Novák J.**, Libor J., Liechtenstein-Zábrák J.: Helicobacter pylori infectioban Antrum mucosa superficialis hámszövetének ultrastructuralis elváltozásai MGT. Nagygyűlése, Balatonaliga 1996, június 3-6.
40. **Novák J.**: NSAID gastropathia kezelése Quamatellel. Továbbképző előadás háziorvosoknak. Gyula, 1996 október 15.
41. **Novák J.**: Postoperatív colorectális stenózisok kezelése ballon dilatációval. Miskolci Akadémiai Bizottság Sebészeti sectio ülése, Miskolc 1997 április 31.
42. **Novák J.**: Soliter rectum fekélyek Tissucolos kezelése. MGT. Endoscopos sectio Pécs 1997 október 10-11.
43. Gurzó Z., **Novák J.**, Fazekas I. és Libor J.: Van-e értelme felső tápcsatornai endoscopos vizsgálatot végezni electiv hasi műtétek előtt? MGT. Endoscopos sectio, Pécs 1997 október 10-11.
44. **Novák J.**: Postoperatív colorectális stenosisok ballonos tágításáról Kórházi Tudományos Ülés, Gyula, 1998 február 29.
45. **Novák J.**: Postoperatív colorectális szűkületek ballon dilatációs kezelése MGT. Endoscopos sectio, Kecskemét 1998 október 9-10.
46. Szentkereszty B. és **Novák J.**: Költség? Haszon? (az NSAID gastropathiák kórházi kezeléséről. Kórházi Tudományos Ülés. Gyula, 1999 febr. 22.
47. **Novák J.**: Gyulladásos bélbetegségek gondozási problémái a Pándy Kálmán Kórház ellátási területén. „Szemelvények a Gastroenterológiából” Továbbképző előadás, Gyula, 1999 március 05.
48. **Novák J.**: A Lansone szerepe és helye a családorvosi gyakorlatban. Továbbképző előadás Gyula 1999 május 11.
49. Molnár I., Kiss J. és **Novák J.**: Kezdeti tapasztalataink az ITO-n kezelt betegek táplálásában PEG segítségével. Gyula, Tudományos ülés 2000. márc. 10.
50. Gurzó Z., **Novák J.** és Kiss J.: Epeelfolyási nehezítettséggel járó kórképek endoscopos megoldása osztályunkon. MBT. Dél-Magyarországi Decentrum XXXI. Vándorgyűlése, Kiskunfélegyháza, 2000. április 28.
51. Gurzó Z., **Novák J.** and Kiss J.: Extraction of big choledochal stones in our experience. MGT LXII Nagygyűlése, Balatonaliga. 2000 június 7.

52. **Novák J.:** Malignus pancreas és epebetegségek (diagnosztika és terápia)
„A pancreas és epeúti megbetegedések diagnosztikája és therápiás lehetőségei „
Család és szakorvosi továbbképzés , Gyula 2000 október 21.
53. **Novák J.:** Nem Helicobacter pylori indukálta fekélyek. Továbbképző Előadás
Gyula 2001 április 20.
54. **Novák J.:** Dixon műtétet követő postoperatív szűkületek ballon dilatációs kezelése
Határterületi Mikroinvasiv Bavatkozások II. Konferenciája Tihany 2001 április 27.
55. Gyimesi Gy., **Novák J.**, Gurzó Z. és mtsai: Sclerotherápia versus Band ligatio az oesophagus
varix vérzések acut illetve electiv kezelésében. MBT. Dél-Magyarországi decentrumának XXXII.
Vándorgyűlése. Kiskunhalas, 2001 április 26-27.
56. Csiki Z., Sebesi J., Takats A., **Novák J.**, Gurzó Z., András Cs., Gál I. and Szegedi Gy: Role of
Borncho-Vaxom Adjuvant Therapy in the Eradication of Helicobacter Pylori Infected
patients Who Repeatedly Failed Therapy. (poster) DDW. 2001 május 20-23. Atlanta, Georgia
USA.
57. Sebesi J., Csiki Z., Takáts A., **Novák J.**, Gurzó Z. és Tulassay Zs: Gastric Mucosal PCNA in
Chronic NSAID Users: Effects of H. Pylori Eradication. MGT. 43. Nagygyűlés, Balatonaliga
2001 Június 05-09.
58. Gurzó Z., Fazekas I. és **Novák J.:** Elfogadható-e a tápcsatornai endoszkópos beavatkozások
finanszírozása hazánkban? MGT. Endoscopos sectio Gödöllő 2001 szeptember 01.
59. Szalai L., **Novák J.:** Kezdeti tapasztalatok a nyelőcső manó és pH monitorizálással .
Gyula, 2001 október 19. Továbbképző előadás család és szakorvosoknak.
60. **Novák J.:** A VIGOR vizsgálat eredményei és aktuitása . MSD Továbbképzés,
Gyula 2002-február 28.
61. **Novák J.**, Kovács J., Gurzó Z. and al: Changes in frequency of upper gastrointestinal
bleeding examined in 1991 and 2001: a multicentric retropsective study.
MGT. 44. Nagygyűlés, Balatonaliga 2002 Június 04-08.
62. Csiki Z., Barta Z., Sebesi J., Takáts A., Gurzó Z. and **Novák J.:** Food allergy? New aspect of
an old problem. MGT. 44. Nagygyűlés, Balatonaliga 2002 Június 04-08.
63. Sebesi J., Csiki Z., Takáts A., Gurzó Z. and **Novák J.:** Chronic antihyperlipemic-statin-
treatment and eradication therapy for Helocibacter pylori infection. Possible interactions to
be considered. MGT. 44. Nagygyűlés, Balatonaliga 2002 Június 04-08.
64. Gurzó Z., **Novák J.**, Karády L. and al: Essential differences in relative incidence of
endoscopically diagnosed upper gastrointestinal tract disorders during a decade.
MGT. 44. Nagygyűlés, Balatonaliga 2001 Június 04-08.

SZAKMAI ÖNÉLETRAJZ

Dr Novák János

Születési ideje: 1959 szeptember 25. helye: Kétegyháza

Anyja neve: Simonka Zsófia

Családi állapota: nő, 1 leány és 1 fiúgyermek, 20 és 11 éves

Lakhely: 5700 Gyula Ernyő u.9/A

Telefon: 66 361-008 mobil:30 9950 319

Munkahely: Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza

III. sz. Belgyógyászat, Gyula Semmelweis u.1.

Telefon:66 361-833/2265 **Fax:** 66 468-379 **E-mail:** novak@pandy.hu

Diplomák/Tudományos előmenetel:

1984 Általános orvosi diploma a Szegedi Orvostudományi Egyetemen

1985-89 segédorvos a Pándy Kálmán Megyei Kórház I. sz. Belgyógyászati osztályán

1989 Belgyógyász szakorvosi képesítés megszerzése

1989-1990 között a kórház KAIBO-ján szakorvosként dolgoztam

1990-től a Pándy Kálmán Megyei Kórház III. sz. Belgyógyászati osztályán dolgozom

1993 gasztroenterológiai szakvizsga

1995 Angol A típusú középfokú nyelvvizsga

1996 adjunktusi kinevezés a Pándy Kálmán Kórházban

1999 főorvosi kinevezés a Pándy Kálmán Kórházban , PhD hallgató (egyéni felkészülő) a DEOEC-en

2000 megbízott osztályvezető főorvos a Pándy Kálmán Kórház III.sz Belgyógyászati osztályán

2001 kinevezett osztályvezető főorvos

2001 Angol B típusú nemzetközi nyelvvizsga

2002 GCP vizsga (PRA International)

Szakmai munka

A diploma megszerzése után pályakezdő orvoscént 1984-ben kezdtem el dolgozni a Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház I.sz . Belgyógyászati osztályán, ahol Dr. Iványi János Tanár Úr vezetett be az általános belgyógyászat elméleti és gyakorlati tudományába. Az itt töltött évek számomra ma is meghatározóak, hiszen a belgyógyászat alapjait itt sajátítottam el, itt nyertem rálátást az általános belgyógyászat tudományára.

1989-ben Szegeden szereztem meg a belgyógyászati szakorvosi képesítést.

Belgyógyász szakorvosként 9 hónapot dolgoztam kórházunk Intenzív osztályán. 1990-től a III sz. Belgyógyászati osztályon folytattam munkámat Dr. Libor János és Dr. Kovács József Főorvos Úrak irányítása alatt. A gastroenterológia tudománya mindig is közel állt hozzám, gyakorlatias lévén könnyen sajátítottam el az endoscopos diagnosztikus és terápiás beavatkozásokat (ERCP, Stent impl. Biliáris kőextrakció, PEG stb.), és jelenleg is gyakorlom a tevékenységeket.

2002 júliusa óta a III. sz. Belgyógyászat kinevezett osztályvezető főorvosa vagyok.

Tudományos munka

A gastroenterológia a manualitás mellett az elméleti tudás folyamatos bővítését is megköveteli. Ennek érdekében számos külföldi és belföldi tanulmányi úton illetve konferencián és gyakorlati képzésen vettem részt, ahol a tudomány legújabb eredményeit ismerhettem meg. Törekedtem arra, hogy ezeken a fórumokon aktív résztvevő legyek, a megtartott közel 60 szakmai és továbbképző előadás is ezt tükrözi. Az előadások témái, főleg a gyomor-bélrendszer betegségeinek diagnosztikájával és gyógyításával kapcsolatos.

Első szakmai közleményem az Anaesth. Int. Th. lapban jelent meg (1991). Kovách Arisztid professzor Úr instrukciói alapján shock-os betegek májperfúziós viszonyait vizsgáltuk, az eredményeket Stockholmban és 1994-ben a berlini Stieglitz symposiumon ismertettük, a nemzetközi szakmai tekintélyekből álló elnökség munkánkat külön díjjal jutalmazta.

Kiemelt témaköröm egy ritka immunkomplex betegség, a Schönlein-Henoch purpura gastrointestinális manifesztációinak vizsgálata, közleményeim és előadásaim e témakörben csoportosulnak. Ritka betegségről lévén szó a hazai mellett a nemzetközi szakmai lapok is közölték az e témakörben kifejtett tudományos eredményeimet.

1999 óta a DEOEC egyéni Ph.D hallgató vagyok e témakörben, a témavezetőm, Prof. Dr. Sipka Sándor.

Tudományos Társasági tagság:

Az évek során jó szakmai munkakapcsolatom alakult ki a különböző belgyógyászati és gastroenterológiai centrumok munkatársaival és vezetőivel. Számos munkacsoport tagja vagyok. Magyar Gasztroenterológiai Társaság Elnökségi tagja vagyok és valamint több munkacsoportnak is (endoscopos, hepatológiai, colon, dyspesia szekció ill. Helicobacter pylori munkacsoport). Magyar Belgyógyászati Társaság, Dél-Magyar Belgyógyászati Decentrum, Békés Megyei Regionális Akadémiai Bizottság (orvosi szekció)

Felnőttkori Schönlein-Henoch purpura gastrointestinális tüneteinek diagnosztikájában és nyomon követése során szerzett tapasztalatok

Novák János, III.sz Belgyógyászati Klinika

1. 73 felnőttkori SHP beteg sajátosságait elemezve, megállapítottam, hogy a klinikai tünetek jellemzőik nem különböznek lényegesen a nemzetközi irodalomban ismertektől, bár az 1970 évekhez képest lényegesen emelkedett a betegek átlag életkora (45 év versus 60,5év). A nemek közötti arányok nem változtak. Békés megyében a megközelítő éves incidencia a KSH éves lakossági adatainak figyelembe vételével (407000 fő), 11,20/ millió körüli. A súlyos extracután szervi manifesztációk aránya jelentősen csökkent: ízületi elváltozások (88% versus 22,5%), gastrointestinális (GI) tünetek (94%v.19%), renális manifesztációk (80%v.19,3%) és jelentősen csökkent a Chr. Veseelégtelenség előfordulása is (30%v.2%).

2. Munkámmal igazoltam, hogy Békés Megyében a gyermekkori SHP-s betegekben az ízületi manifesztációk több mint kétszer gyakrabban alakulnak, ki mint a felnőtteknél (55% versus 22,6%) és főleg polyarthritiszes a lokalizáció. Gyakrabban észlelhetők a gyomor-bélrendszer tünete, (35,7% versus 24,2%), de lényegesen jobb a klinikai lefolyásuk. A magasabb GI tünetek százalékos arányának hátterében nagyobb arányú hányások száma emelhető ki inkább, mint GI vérzés.

3. A vizsgálataim alapján igazoltam azt, hogy alsó és felső endoszkópia, topográfiai és deskriptív diagnózist biztosít, és szövettani mintavételre valamint mikrosebészeti beavatkozásra ad lehetőséget, ez által lényegesen pontosítja a SHP-ban az diagnózist, és komoly differenciál diagnosztikus jelentősége is van. Jellemeztem és leírtam, Magyarországon, elsőként a felső és alsó tápcsatornában létrejövő elváltozások endoszkópos képét.

Felhívtam a figyelmet arra, hogy a felsőtápcsatornában elsődlegesen az leszálló duodenumban láthatók a betegségre jellemző típusos purpuriform elváltozások, valamint arra, hogy a nyombélben észlelhető elváltozások nagyon szoros kapcsolatban állnak a SHP-val. Törekedni kell a totál kolonoszkópia elvégzésére és a terminális ileum áttekintésére. Abdominális purpurában főleg vérzés esetén mély duodenoszkópia és totál kolonoszkópia elvégzése indokolt.

Saját vizsgálataink alapján az irodalomban az első között hívtuk fel a figyelmet, egy újnak mondható vizsgálati módszer lehetőségére - elsődlegesen a bél-rendszer purpuráiból történő "big particule"biopszia elvégzéskor, ezáltal sokkal nagyobb az esélye annak, hogy a mélyebben a submucosában fekvő leucocytoclastikus vasculitist kimutathassuk (ezzel a módszerrel, sikerült először, nemcsak bélrezekátumból kimutatni az érelváltozást.

4. 11 felnőtt korú SHP betegben vizsgáltam azt, hogy a kapcsolat a SHP és Hp fertőzés között kauzális vagy véletlenszerű. Az eredményeink alapján álláspontunk az, hogy a SHP tüneteinek színezésében, súlyosbításában lehet szerepe az aktuálisan fennálló Hp fertőzésnek, de ez a betegség elindításában, kialakításban egyik lehetséges, de önmagában nem elegendő patogenetikai tényező. Rizikó faktorként azonban hozzájárulhat az SHP heveny tüneteinek fenntartásához.

Diagnosis of Gastrointestinal symptoms and follow-up of Schönlein-Henoch purpura in adults

János Novák MD, IIIrd Dept.of Internal Medicine

1/ Analysing the specific features of 73 adult patients suffering from SHP, it was found that there were no differences in the characteristics of clinical symptoms, as compared with those known from literature. Compared to the data obtained in the seventies, however, a significant increase was observed in the average age of the patients (45 v. 60,5 years). The ratio between the genders did not change. In Békés county, the approximate annual incidence of SHP -taking into consideration the data of the Central Statistical Office – is around 11, 20 cases/ 1 million in the population. The frequency of severe, extracutaneous organ manifestations, however, significantly decreased in the last years, e.g. articular manifestations (80% versus 22,5%), gastrointestinal (GI) symptoms (94% v. 19%), renal manifestations (80% v. 19,5%) and chr. renal insufficiency (30% v. 2%).

2/ We demonstrated that the occurrence of articular manifestations in SHP of children was about two fold higher than in the adults (55 v. 24,2%) in our patients. The polyarticular localization dominated. The symptoms of GI tract (35,7 v. 24,2%) appeared also more often in childhood, however, their severity was significantly less. The incidence rate of vomiting was higher in the patients with the symptoms of upper GI representing a rather frequent group of the cases.

3/ We could prove that in abdominal purpura, the lower and upper endoscopy assured the topographic and descriptive diagnosis, in addition, the histological sampling and microsurgical intervention by this intervention also facilitated to make an accurate final or differential diagnosis. In this work, we characterized and described the endoscopic view of the SHP lesions presenting the upper and lower parts of GI tract for the first time in Hungary. According to our data, the existence of the typical purpuriform lesions primarily in the descending part of the duodenum and their close connection with SHP were of a special importance. Therefore, we do recommend to perform total colonoscopy and to survey the terminal ileum in these patients. In the case of abdominal purpura, especially when bleeding is deep, duodenoscopy and total colonoscopy are offered..

We firstly called the attention in the literature to use a new method called „big particule biopsy” to detect leukocytoclastic vasculitis not only in resected intestinal specimens but also in *in vivo* from the deeper submucosal layers of the intestine.

4/ According to our results, HP infection may not have a pathogenic role in SHP, but it has some influence on the modulation or aggravation of the symptoms of disease. As a risk factor, however, it can contribute to the induction of the acute symptoms of SHP.

