

Magyar
Transzplantációs Társaság
X. JUBILEUMI
KONGRESSZUSA



Gyula, 2008. november 27–29.

Tudományos program és előadás összefoglalók



astellas

Leading Light for Life

1118 Budapest, Kelenhegyi út 43.

Tel.: (1) 361-4673, Fax: (1) 361-4676

Web: www.astellas.hu

Rövidített alkalmazási előírás

Advagraf 0,5 mg 50x, 1 mg 60x, és 5 mg 50x retard kemény kapszula

TACROLIMUS

ATC: L04A A05

Javallat: Felnőtt vese- vagy máj-allograft recipienseknél a szervkilökődés profilaxisa; egyéb immunszuppresszív kezelésre rezisztens allograft-rejekció kezelése.

Ellenjavallatok: A takrolimusszal vagy más makrolidekkel vagy a készítmény bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység.

Alkalmazás: Naponta 1x, reggel, rendszerint éhgyomorra. A pontos adagolás függ az átültetett szervtől, az immunszuppresszív protokolltól, a kilökődés és a tolerabilitás klinikai értékelésétől. Azoknak, akik fenntartó kezelésként napi 2x kapnak Prograf kapszulát, a napi egyszeri Advagrafra való átállításához a teljes napi dózist 1:1 (mg:mg) arányban kell átszámítani.

Mellékhatás: ischaemiás koszorúér-betegség, tachycardia, anaemia, leukopenia, thrombocytopenia, leukocytosis, kóros vörösvértest-paraméterek, tremor, fejfájás, homályos látás, fotofóbia, szembetegségek, fülzúgás, dyspnoe, tüdő-parenchyma betegségek, pleurális folyadékgyülem, pharyngitis, köhögés, orrfolyás és gyulladás, hasmenés, hányinger, vesekárosodás, pruritus, bőrkiütés, alopecia, akne, fokozott izzadás, ízületi fájdalom, izomgörcs, végtagfájdalom, hátfájás, hirsutismus, hyperglycaemia, diabetes mellitus, hyperkalaemia, fokozott fertőzéskockázat, primer graft diszfunkció, hypertonia, májenzim és májfunkció rendellenességek, gyengeség, láz, ödéma, fájdalom és diszkomfortézés, a vér alkalinus-foszfatazszint növekedése, testsúly-

növekedés, a testhőmérséklet-érzékelés zavara, cholestasis, sárgaság, hepatocelluláris károsodás, hepatitis, cholangitis.

Kölcsönhatás: CYP3A4-induktorok és -inhibitorok. A takrolimusz plazmaszintjét növelik: gombaellenes szerek, eritromicin, HIV-proteázgátlók, nifedipinnel, nikardipin, diltiazem, verapamil, danazol, etinilösztadiol, omeprazol, nefazodon. A takrolimusz plazmaszintjét csökkenti: rifampicin, fenitoin, orbáncfű, fenobarbitál, kortikoszteroidok, karbamazepin, metamizol, izoniazid. A takrolimusz befolyásolja a ciklosporin, a fenitoin és a hormonális fogamzásgátlók kinetikáját. Fokozza a nefro- és neurotoxikus szerek mellékhatásait. Óvatosság: fokozott káliumbevitelnél és a káliumspóroló vizelet-hajtók adásánál.

Figyelmeztetés: Óvatosság: veleszületett QT-szindróma, napfény-, ill. UV-fény expozíció. Laktózt tartalmaz. MÁJ, LACT.

Rendelhetőség: Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer. Csak az immunszuppresszív terápiában és a transzplantált betegek kezelésében jártas orvosok írhatják fel a gyógyszert. Ár és TB támogatás megállapítás allatt. EU/1/07/387/002, EU/1/07/387/005, EU/1/07/387/008

Kérjük olvassa el a gyógyszer teljes alkalmazási előírát (2007. 04. 23.) <http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/register/alfregister.htm>

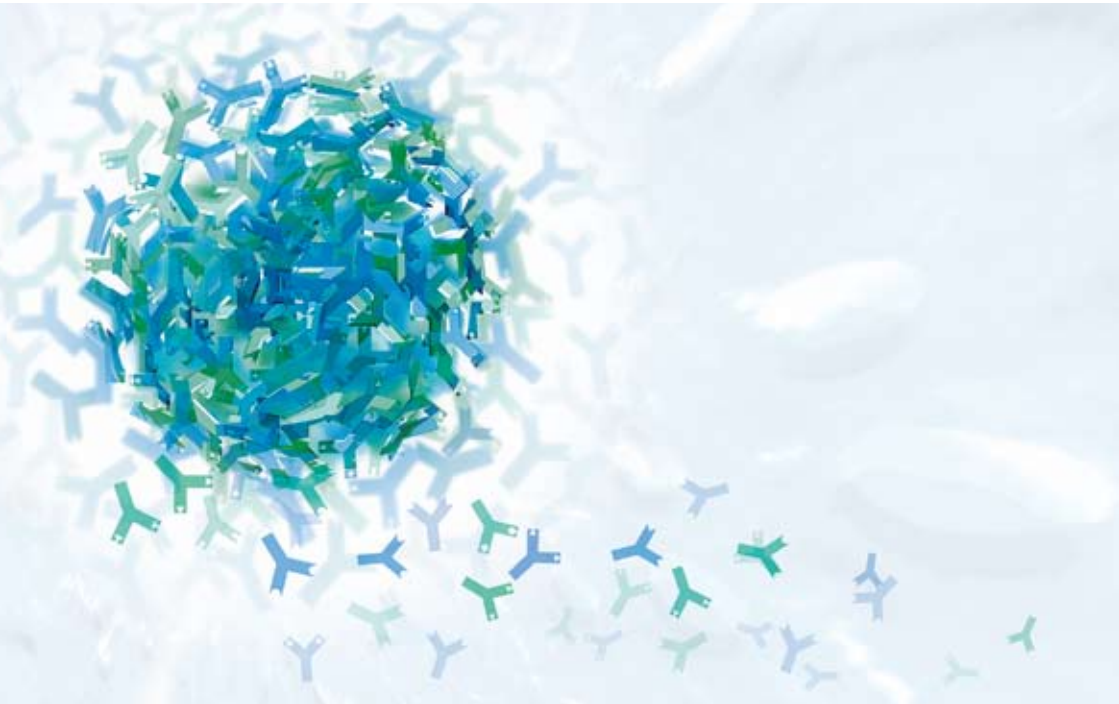
További információ: Astellas Pharma Kft. 1118 Budapest, Kelenhegyi út 43. Tel.: (1) 361-4673



OPTIMISATION IN IMMUNOSUPPRESSION

IMPROVES LONG-TERM OUTCOME

- Management of ischaemia/reperfusion injury
- Immunomodulation
- Tolerogenic approaches
- Drug sparing, delaying or avoiding



Kedves Kollégák, Barátok!
Kedves MTT tagok!

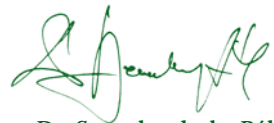
Megtiszteltetés számunkra, hogy Önöket itt, Gyulán üdvözölhetjük a Magyar Transzplantációs Társaság X., jubileumi Kongresszusán. A Szervező Bizottság fáradtságos munkával igyekezett minden feltételt megteremteni, hogy mindannyian sikeres konferencián vehessünk részt.

A Tudományos Bizottság a program összeállításakor igyekezett a transzplantáció minden területét érintő előadásnak helyet biztosítani és a bejelentett prezentációkat témák szerint arányosan elosztani. Az előadás összefoglalók alapján magas színvonalú tudományos programnak nézünk elébe.

A tudományos program mellett lehetőség nyílik a kongresszusnak otthont adó történelmi város hangulatát is megidézni, melyet a nyitó fogadás alkalmával is élvezhetnek a Gyulai Várban.

Kívánok minden kedves résztvevőnek eredményes kongresszust és kellemes időtöltést,

A Szervező Bizottság nevében



Dr. Szenohradzky Pál
MTT elnöke

A KONGRESSZUS FŐVÉDNÖKE:

Prof. Dr. Lázár György
SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, igazgató

A KONGRESSZUS ELNÖKE:

Dr. Szenohradszky Pál
MTT elnök

A KONGRESSZUS TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁGA:

ELNÖK: Prof. Járay Jenő
Dr. Fehérvári Imre
Dr. Kalmár Nagy Károly
Dr. Ablonczy László
Dr. Czebe Krisztina

A KONGRESSZUS SZERVEZŐ BIZOTTSÁGA:

ELNÖK: Dr. Szenohradszky Pál
Dr. Szederkényi Edit
Dr. Marofka Ferenc
Illencsik Mária
Zámbó Mónika

A KONGRESSZUS LEBONYOLÍTÓJA:

C & T Hungary Kft. Kongresszusi Iroda
6701 Szeged, Pf. 898.
TEL./FAX: +36 62 548 485
E-MAIL: congress@congresstravel.hu
HONLAP: www.congresstravel.hu

A KONGRESSZUS IDŐTARTAMA:

MEGNYITÓ: 2008. november 27. csütörtök, 10⁰⁰
ZÁRÁS ÉS DÍJTADÁS: 2008. november 29. szombat, 12⁴⁵ – 13³⁰

REGISZTRÁCIÓ:

2008. november 27. 8⁰⁰ – 17⁰⁰
2008. november 28. 8⁰⁰ – 17⁰⁰
2008. november 29. 8⁰⁰ – 10⁰⁰

FŐ TÉMAKÖRÖK:

- ✦ A transzplantáció időzítése, „bridging” technikák szervátültetés előtt
- ✦ Műtéti technikák

ULLMANN IMRE DÍJ

A díjat minden MTT tag megkaphatja, aki első szerzőként előad a Magyar Transzplantációs Társaság Kongresszusán. A prezentáció lehet előadás vagy poszter. A három díjből kettőt 40 év alatti előadó kapja. A díj évente egyszer adható. Két egymást követő évben azonos személy nem lehet díjazott. A díjakat a konferencia zárása alkalmával a konferencia elnöke adja át.

ELŐADÁSOK, POSZTEREK

- ✦ A kongresszus hivatalos nyelve: magyar
- ✦ Az előadások időtartama 7 perc + 3 perc vita
- ✦ Az előadáshoz projektort, laptopot biztosítunk.
- ✦ Számítógépes vetítéshez adathordozóját (CD, pendrive) kérjük, hozza magával.

- ✦ A poszterek bemutatásának időtartama: 5 perc
- ✦ Poszter bemutatás a poszter mellett a kijelölt szekció ideje alatt.
- ✦ Kérjük, hogy a posztereket a kongresszus első napján (november 27.) kirakni, majd azokat a kongresszus zárása után (november 29.) eltávolítani szíveskedjenek.
- ✦ Technikai segítséget a helyszínen biztosítunk.

TÁRSASÁGI PROGRAMOK

2008. november 27. csütörtök 19⁰⁰ – 23⁰⁰

Svédasztalos állófogadás a Gyulai várban (a szállodától 5 perc séta)

A programot a regisztrációs díj tartalmazza!

2008. november 28. péntek 19⁰⁰

Zenés-táncos gálavacsora a Hotel Erkel éttermében

A programot a regisztrációs díj tartalmazza!



Roche Magyarország Kft.



Astellas Pharma Kft.



Fresenius Biotech GmbH



Novartis Hungária Kft.



Genzyme Europe B.V. Képviselő



Wyeth Kft.



Mölnlycke Health Care



Bio-Test Hungária Kft.



Teva Magyarország Zrt.

2008. november 27. csütörtök

10⁰⁰ – 10¹⁵ Megnyitó

10¹⁵ – 11¹⁵ **I. SEKCIÓ:
SZERVDONÁCIÓ**

ÜLÉSELNÖK: *Prof. Járay Jenő és Dr. Szederkényi Edit*

1. **2008. ÉVBEN OSZTÁLYUNKON CSÖKKENT
A SZERVDONÁCIÓK SZÁMA. MIÉRT IS?**
Ökrös I., Kánya Z., Bodnár J., Szedlák B., Vass Zs.
2. **AGYHALÁLLAL KOMPATIBILIS NEUROLÓGIAI TÜNETEK**
Bodnár J., Ökrös I.
3. **AZ ISCHAEMIÁT KÖVETŐ ACUT VESEELÉGTELENSÉG
MEGELŐZÉSÉRE ADOTT KORTIKOSZTEROID DONOR
ELŐKEZELÉS EREDMÉNYEI EGY MULTICENTRIKUS
RANDOMIZÁLT VIZSGÁLATBAN**
Langer R., Maléth A., Kainz A., Oberbauer R.
4. **LAPAROSZKÓPOS DONOR NEFREKTÓMIA
A TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKÁN**
*Kovács J. B., Piros L., Péter A., Dallos G., Hídvégi M., Deák Á.,
Branstetter G., Járay J.*
5. **A LAPAROSZKÓPOS DONORNEFREKTÓMIA SEBÉSZI
TECHNIKÁJA KLINIKÁNKON**
Piros L., Kovács J. B., Péter A., Dallos G., Hídvégi M., Deák P. Á., Járay J.
6. **A LAPAROSZKÓPOS VESEKIVÉTEL RADIOLÓGIAI TERVEZÉSE
AZ ÉLŐDONOROS VESETRANSZPLANTÁCIÓ KAPCSÁN**
*Deák P. Á., Doros A., Németh A., Hartmann E., Lénárd Zs.,
Juharosi Gy., Kozma V., Hídvégi M., Kovács J., Piros L., Járay J.*
7. **ÉLŐDONORBÓL SZÁRMAZÓ VESÉK ÁTÜLTETÉSEINEK
EREDMÉNYEI ÉS SZÖVŐDMÉNYEI**
*Dallos G., Hídvégi M., Kósa G., Kóbori L., Kovács J. B., Piros L.,
Deák Á., Perner F., Járay J.*

11¹⁵ – 11³⁰ Szünet

11³⁰ – 12³⁰ **SZPONZORÁLT ELŐADÁSOK:
ANTITEST TERÁPIA A SZERVÁTÜLTETÉSBEN (Genzyme Europe B. V.)**
MODERÁTOR: *Dr. Szenohradszky Pál*

1. **INDUKCIÓS TERÁPIA SZEREPE A
SZERVTRANSZPLANTÁCIÓBAN**
Langer Róbert

2. THYMOGLOBULIN INDUKCIÓ SZEREPE AZ OPTIMÁLIS IMMUNSZUPPRESSZIÓS TERÁPIÁBAN

Rempert Ádám

3. HUMORÁLIS REJEKCIÓ – TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK

Szederkényi Edit

12³⁰ – 14⁰⁰ Ebéd

14⁰⁰ – 15⁰⁰

II. SZEKCIÓ:

BIOMARKEREK A TRANSZPLANTÁCIÓBAN

ÜLÉSELNÖK: *Dr. Rempert Ádám és Dr. Rajczy Katalin*

1. DONOREREDETŰ ANTITESTEK VÉRCSOPORTSZEROLÓGIAI ÉS KLINIKAI JELENTŐSÉGE MÁJTRANSZPLANTÁLT BETEGEKNÉL

Jakab J., Borka P., Fehérvári I., Zsigmond S. I., Kristófi Zs., Görög D., Farkas T., Járay J.

2. A SZÉRUM ADIPONEKTIN (ADIPO) SZINT ÉS A HAEMOGLOBINSZINT (HB) KAPCSOLATA VESETRANSZPLANTÁLT (TX) BETEGEK KÖRÉBEN

Czira M., Rudas A., Ujszászi Á., Sárváry E., Rempert Á., Török Sz., Novák M., Mucsi I., Molnár M. Zs.

3. FOKOZOTT FOXP3 GÉNPRODUKCIÓ A PERFORIN-MEDIÁLT CYTOLÍZIS GÁTLÁSÁRA VESETRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐ BORDERLINE REJECTIÓBAN

Németh D., Caner S., Gerhard O., Langer R.

4. ERYTROPOIETIN (EPO) PROTEKTÍV SZEREPE A VESE ISZKÉMIÁS-REPERFÚZIÓS (I/R) KÁROSODÁSÁBAN: NEMI KÜLÖNBSÉGEK

Prókai Á., Fekete A., Rusai K., Müller V., Wagner L., Degrell P., Vér Á., Bánki N., Szebeni B., Vannay Á., Szabó A. J.

5. FETUIN-A SZEREPE AZ ÉRFALRUGALMASSÁG MEGHATÁROZÁSÁBAN URAEMIÁS ÉS VESETRANSZPLANTÁLT GYERMEKEKNÉL

Cseprekál O., Kis É., Szabó A., Szabó A., Tulassay T., Reusz Gy.

6. BIOMARKEREK AZ ARTF ELŐREJELZÉSÉBEN

Korbély R., Oberbauer R., Langer R.

15⁰⁰ – 15¹⁵ Szünet

15¹⁵ – 16¹⁵

**III. SEKCIÓ:
SZERVTRANSZPLANTÁCIÓ ÉS EGYÉB TUDOMÁNYOK**

ÜLÉSELNÖK: *Dr. Szőnyi László és Dr. Szederkényi Edit*

1. **DIALÍZISEN TÖLTÖTT IDŐ ÉS A HALÁLOZÁS KAPCSOLATA VESETRANSZPLANTÁLT (TX) BETEGEK KÖRÉBEN**
Molnár M. Zs., Vámos E., Rempert Á., Járay J., Novák M., Mucsi I.
2. **VESETRANSZPLANTÁCIÓS DONÁCIÓS PROGRAMOK KÖLT-SÉG-HASZON MODELLJÉNEK MÓDSZERTANI BEMUTATÁSA**
Kaló Z., Márton J., Mihály S., Kiss Zs., Gerendy P., Mucsi I.
3. **A SZERVDONÁCIÓS PROGRAMOK TÁRSADALMI HASZNÁ-NAK BECSLÉSE EU PÁLYÁZATI TÁMOGATÁSSAL**
Márton J., Mihály S., Kaló Z.
4. **TRANSZPLANTÁCIÓ A VASFÜGGÖNY MÖGÖTT**
Langer R.
5. **KLINIKAI VISZGÁLATOK A TRANSZPLANTÁCIÓ SZOLGÁLA-TÁBAN**
Borka P., Palatka J., Barótfi Sz.
6. **HAZAI TRANSZPLANTÁCIÓS IRÁNYELVEK MÓDSZERTANI ÉRTÉKELÉSE**
Kis E., Dobos É., Kemény L.

16¹⁵ – 16³⁰

Szünet

16³⁰ – 17³⁰

**SZPONZORÁLT ELŐADÁSOK:
POSTTRANSZPLANTÁCIÓS KÓRKÉPEK – DIAGNOSZTIKA ÉS
TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK (Roche Magyarország Kft.)**

MODERÁTOR: *Prof. Járay Jenő*

1. **TRANSZPLANTÁLT BETEGEK HASMENÉSE**
Kalmár Nagy Károly
2. **POSZTTRANSZPLANTÁCIÓS LYMPHOPROLIFERATÍV
BETEGSÉG (PTLD) – CELLCEPT MINT A KOCKÁZAT-
CSÖKKENTÉS LEHETŐSÉGE**
Végső Gyula

19⁰⁰

Fogadás a Gyulai várban

2008. november 28. *péntek*

9⁰⁰ – 10⁰⁰

IV. SEKCIÓ: MÁJÁTÜLTETÉS

ÜLÉSELNÖK: *Dr. Fehérvári Imre és Dr. Fazakas János*

1. **A CAROLI BETEGSÉG KEZELÉSE MÁJÁTÜLTETÉSSSEL**
Görög D., Gerlei Zs., Fehérvári I., Nemes B., Kóbori L.
2. **MÁJÁTÜLTETÉS INDIKÁCIÓI GYERMEKKORBAN. HAZAI TAPASZTALATOK**
Dezsőfi A., Kóbori L., Görög D., Fehérvári I., Máthé Z., Martin B., Szőnyi L.
3. **DIABETES ÉS MÁJÁTÜLTETÉS**
Nemes B., Zádori G., Gerlei Zs., Sárváry E., Pápai S., Görög D., Benkő T., Fehérvári I., Járay J., Kóbori L.
4. **MARGINÁLIS DONOROK ÉS MÁJÁTÜLTETÉS**
Nemes B., Zádori G., Maléth A., Nagy A., Borsodi E., Gelley F., Görög D., Piros L., Fehérvári I., Járay J., Kóbori L.
5. **A MÁJÁTÜLTETÉS VASZKULÁRIS SZÖVŐDMÉNYEI**
Németh L. G., Doros A., Fazakas J., Piros L., Módos K., Benkő T., Nemes B., Fehérvári I., Kiss M., Bihari L., Dallos G., Péter A., Végső Gy., Kovács J., Görög D., Járay J., Kóbori L.
6. **A NEUROLÓGIAI STATUS MONITORIZÁLÁSA MÁJÁTÜLTETÉS UTÁN. A GYÓGYSZER-TOXICITÁS MEGELŐZÉSE**
Kóbori L., Sárváry E., Kóhalmi K., Fehérvári I., Benkő T., Piros L., Korponay Zs., Fazakas J., Doros A., Németh A., Gerlei Zs., Németh L.G., Vereczkey L., Varga Marina., Görög D., Járay J., Monostory K.

10⁰⁰ – 10¹⁵

Szünet

10¹⁵ – 11¹⁵

V. SEKCIÓ: A SZERVÁTÜLTETÉS IDŐZÍTÉSE – „BRIDGING” TECHNIKÁK

ÜLÉSELNÖK: *Dr. Karlóczyai Kristóf és Dr. Kóbori László*

1. **BRIDGING AZ ÖSSEJT-TRANSZPLANTÁCIÓBAN**
Kállay K., Kriván G., Benyó G., Tóth Á., Goda V.
2. **GYÓGYSZERES ÉS ESZKÖZÖS „BRIDGE” TERÁPIA SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓ ELŐTT GYERMEKKORBAN**
Ablonczy L., Török K., Kassai I., Hartyánszky I., Szatmári A.
3. **MAGASABB MŰTÉTI KOCKÁZATOT JELENT-E AZ INTRAAORTICUS BALLONPUMPÁN LÉVŐ BETEGEK SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓJA**
Daróczy L., Moravcsik E., Hüttl T., Hartyánszky I., Szabolcs Z.

**4. SEBÉSZI LEHETŐSÉGEK SZÍVELÉGTELENSÉGBEN:
TRANSZPLANTÁCIÓ VAGY MŰSZÍV?**

Hartvánszky I., Veres G., Hüttl T., Moravcsik E., Daróczi L., Kayser S., Gálfy I., Gál J., Szabolcs Z.

**5. GÉPI LÉLEGEZTETÉS MINT BRIDGE ELJÁRÁS
TÜDŐÁTÜLTETÉSBEN**

Czebe K., Lang Gy., Rényi-Vámos F., Kovács L., Csiszér E., Aigner C., Klepetko W.

**6. EXTRACORPORALIS MEMBRÁNOXIGENIZÁCIÓ MINT
BRIDGE ELJÁRÁS TÜDŐÁTÜLTETÉSBEN**

Lang Gy., Rényi-Vámos F., Czebe K., Csiszér E., Aigner C., Klepetko W.

11¹⁵ – 11³⁰ Szünet

11³⁰ – 12⁴⁰ **SZPONSZORÁLT ELŐADÁSOK:
AKTUALITÁSOK A SZERVÁTÜLTETÉSBEN. AZ IMMUN-
SZUPPRESSZIÓTÓL A REHABILITÁCIÓIG (Astellas Pharma Kft.)**
MODERÁTOR: *Prof. Járny Jenő*

**1. AZ IMMUNSZUPPRESSZIÓ ÚJABB EREDMÉNYEI
VESETRANSZPLANTÁCIÓBAN**

Rempert Ádám

2. A NŐI ÉLET A MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ UTÁN

Gerlei Zsuzsanna

**3. AMIT TUDNI SZÜKSÉGES A MAGYARORSZÁGI
SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓS TEVÉKENYSÉGRŐL.
REÁLIS HELYZETELEMZÉS 2008-BÓL.**

Szabolcs Zoltán

**4. A SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓ PROBLÉMÁI
MAGYARORSZÁGON 2008-BAN**

Andréka Péter

**5. EGYSZER VOLT ... (MESE A SZERVÁTÜLTETETT GYEREKEK
FARSANGJÁRÓL)**

A Transzplantációs Alapítvány filmje

12⁴⁰ – 14⁰⁰ Ebéd

14⁰⁰ – 15⁰⁰ **VI. SZEKCIÓ:
EGYÉB ALAPKUTATÁSOK**
ÜLÉSELNÖK: *Dr. Reusz György és Dr. Langer Róbert*

1. STEROID HATÁSA A SEJT HSP RENDSZERÉRE

Gál K., Prókai Á., Szebeni B., Cseh Á., Lukácsovits J., Vannay Á., Szabó J A., Müller V.

2. **PULZUSHULLÁM TERJEDÉSI SEBESSÉG EGÉSZSÉGES ÉS VESETRANSZPLANTÁLT GYERMEKEKNÉL**
Kis É., Cseprekál O., Szabó A., Tulassay T., Reusz Gy.
3. **HIDEG ISCHAEMIÁS IDŐ HATÁSA PANCREAS TRANSZPLANTÁCIÓ KIMENETELÉRE**
Forgács B., T. Augustine., N. Parrott, A. Tavakoli
4. **AZ ERYTHROPOIETIN (EPO) KEZELÉS SZÉRUM ÉS GLUKOKORTIKOID REGULÁLTA KINÁZ-1 (SGK1)-EN KERESZTÜL PROTEKTÍV A VESE ISZKÉMIA/REPERFÚZIÓS (I/R) KÁROSODÁSÁVAL SZEMBEN**
Rusai K., Prókai Á, Szebeni B., Fekete A., Treszl A., Vannay Á., Müller V., Reusz Gy., U. Heemann, J. Lutz, Tulassay T., Szabó J. A.
5. **A HYPHYPHYSIS ADENILÁT CIKLÁZ AKTIVÁLÓ POLYPEPTID (PACAP) ELŐFORDULÁSA VESEBEN ÉS MOLEKULÁRIS HATÁSMECHANIZMUSÁNAK VIZSGÁLATA PATKÁNY ISCHAEMIÁS VESEKÁROSODÁSBAN**
Rácz B., Kiss P., Reglödi D., Németh J., Magyarlaci T., Tamás A., Lubics A., Opsahl M., Braaten N., Ferencz A., Wéber G., Szakály P.
6. **A MALNUTRÍCIÓS-INFLAMMÁCIÓS KOMPLEX SZINDRÓMA (MICS) SKÁLA VALIDÁLÁSA VESETRANSZPLANTÁLT (TX) BETEGEK KÖRÉBEN**
Molnár M. Zs., Czira M. E., Keszei A., Bekő G., Sárváry E., Rempert Á., Novák M., Mucsi I.

14⁰⁰ – 15⁰⁰

I. POSZTER SZEKCIÓ

MODERÁTOR: *Dr. Asztalos László és Dr. Varga Marina*

1. **HAZAI TAPASZTALATOK A VIZELETÜLEDÉK VIZSGÁLAT AUTOMATIZÁLÁSÁBAN**
Magyarlaci T., Rékási Zs., Vas T., Kovács T., Nagy Cs., Tarrné Szijjártó P., Wittmann I., Kovács L. G.
2. **AZ URISED ÉS AZ IQ200 VIZELETÜLEDÉK AUTOMATÁK ÖSSZEHASONLÍTÁSA**
Rékási Zs., Vas Tibor, Kovács T., Magyarlaci T., Wittmann I., Kovács L. G.
3. **HAEMOKULTÚRA VIZSGÁLATOK JELENTŐSÉGE AZ INFEKCIÓZUS KÓRKÉPEK MIKROBIOLÓGIAI DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**
Gálffy Zs., Derzsy N., Gerlei Zs., Fazakas J., Varga M., Járay J.
4. **VÁLTOZIK-E A MELD SCORE AZ INR MÉRÉS HELYÉTŐL ÉS MÓDJÁTÓL?**
Sárváry E., Gerlei Zs., Seregély Zs., Gaál I., Varga J., Kovács F., Járay J., Varga M., Kóbori L., Nemes B., Görög D., Monostory K., Fazakas J.
5. **ÖSSZEFÜGGÉSEK A SZÉRUM LEPTIN, ADIPONECTIN ÉS A PARAOXONASE AKTIVITÁS KÖZÖTT VESETRASZPLANTÁLT BETEGEKBEN**
Lócsy L., Seres I., Sztanek F., Szabó L., Asztalos L., Dán A., Paragh Gy.

6. **AZ OBSTRUKTÍV ALVÁSI APNOE SZINDRÓMA VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEKBEN**
Molnár M. Zs., Rempert Á., Novák M., Muksi I.
7. **KARDIO-RESPIRATIKUS TELJESÍTŐKÉPESSÉG HELYE A VÉGSTÁDIUMÚ VESEBETEGEK, TRANSZPLANTÁCIÓRA TÖRTÉNŐ FELKÉSZÍTÉSÉBEN**
Tóth Sz., Kovács Á., Füle B., Mándli T., Doros A., Nemes B., Radnai M., Fazakas J.
8. **SZABADIDŐS TEVÉKENYSÉGEK VIZSGÁLATA A TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA DOLGOZÓI KÖRÉBEN**
Bakosné B. M., Markovics B., Barta K.
9. **EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT VIZSGÁLATA KLINIKÁNK MUNKATÁRSAI KÖRÉBEN**
Markovics B., Bakosné B. M.

15⁰⁰ – 15¹⁵ Szünet

15¹⁵ – 16²⁰ **VII. SZEKCIÓ:**
SZERVTRANSZPLANTÁCIÓ KOORDINÁTORI SZEMMEL
ÜLÉSELNÖK: *Dr. Szenohradzky Pál és Dr. Görög Dénes*

1. **MAGYARORSZÁGI DONÁCIÓS ÉS TRANSZPLANTÁCIÓS AKTIVITÁS ÖSSZEHASONLÍTÁSA 2006–2007–2008. AZONOS IDŐSZAKAIBAN**
Bakos P., Mihály S., Deme O., Szakács É., Szűcs A., Márton J.
2. **MIÉRT KEVÉS A DONOR?**
Szakács É., Mihály S., Bakos P., Deme O., Szűcs A., Márton J.
3. **SZERVUTILIZÁCIÓ EURÓPÁBAN ÉS MAGYARORSZÁGON**
Szűcs A., Mihály S., Bakos P., Deme O., Szakács É., Márton J.
4. **KITERJESZTETT VESEDONOR KRITÉRIUMOK MAGYARORSZÁGON**
Mihály S., Bakos P., Deme O., Szakács É., Szűcs A., Márton J.
5. **MARGINÁLIS DONOROKBÓL SZÁRMAZÓ VESEGRAFTOK UTÁNKÖVETÉSE**
Illencsik M., Zámbo M., Borda B., Mihály S., Márton J., Szederkényi E., Marofka F., Szenohradzky P.
6. **SZUB-OPTIMÁLIS DONORVESÉK TRANSZPLANTÁCIÓJÁNAK VIZSGÁLATA**
Kabai K., Asztalos L., Mihály S., Márton J.
7. **EURÓPAI TRANSZPLANTÁCIÓS KOORDINÁTORI KÉRDŐÍV**
Mihály S., Bakos P., Deme O., Szakács É., Szűcs A., Márton J.

15¹⁵ – 16²⁰

II. POSZTER SZEKCIÓ

MODERÁTOR: *Dr. Rajczy Katalin és Dr. Fehérvári Imre*

1. **CADAVER SZERV-EXPLANTÁCIÓK OSZTÁLYUNK 18 ÉVES KÓRANYAGÁBAN**
Kánya Z., Ökrös I.
2. **SZUB-OPTIMÁLIS DONORVESÉK TRANSZPLANTÁCIÓJÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK**
Viola M., Csopor M., Kalmár Nagy K., Szakály P., Mihály S., Márton J.
3. **PATKÓVESÉVEL TÖRTÉNŐ VESEÁTÜLTETÉS HOSSZÚTÁVÚ EREDMÉNYEI**
Marofka F., Szederkényi E., Mihalovits G., Lázár Gy., Morvay Z., Szenohradzsky P.
4. **KETTŐS VESE TRANSZ PLANTÁCIÓVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK HAMBURGBAN**
Toronyi É., Jörg P., Friedrich T., Björn N.
5. **A PARCIÁLIS MÁJÁTÜLTETÉS KLINIKAI ANATÓMIÁJA**
Kiss M., Kovács S, Gorove K, Nemeskéri Á, Törő K, Görög D, Fehérvári I, Nemes B, Benkő T, Piros L, Bihari L, Doros A., Járay J, Kóbori L.
6. **HALMOZOTTAN ELŐFORDULÓ RETROPERITONEÁLIS VÉRZÉS ILL. SAJÁT VESE RUPTURA VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEKBEN**
Németh A., Doros A., Hartmann E., Deák P. Á., Juharosi Gy., Lénárd Zs., Kozma V, Chmel R., Földes K., Török Sz., Hídvégi M., Máthé Zs.
7. **A PROTOKOLL BIOPSZIA SZEREPE A VESE ALLOGRAFT FUNKCIÓ MEGŐRZÉSÉBEN**
Szederkényi E., Szenohradzsky P., Morvay Z., Marofka F., Kemény É., Lázár Gy., Iványi B.

16²⁰ – 16³⁰

Szünet

16³⁰ – 17⁰⁰

SZPONZORÁLT ELŐADÁSOK: KORAI ÉS KÉSŐI KIHÍVÁSOK AZ IMMUNOSZUPPRESSZIÓ SORÁN (Wyeth Kft.)

MODERÁTOR: *Dr. Szederkényi Edit*

1. **A SIROLIMUS SZEREPE A KORAI IMMUNOSZUPPRESSZIÓBAN**
Remport Ádám
2. **SIROLIMUS ALAPÚ IMMUNOSZUPPRESSZIÓ CENTRUMUNKBAN**
Kalmár Nagy Károly
3. **DAGANATOS BETEGSÉGBEN SZENVEDŐ TRANSZPLANTÁLTAK IMMUNOSZUPPRESSZIÓJA**
Toronyi Éva

17⁰⁰ – 17¹⁵

Szünet

17¹⁵ – 18⁰⁰

Közgyűlés

19⁰⁰

Gálavacsora

2008. november 29. szombat

9⁰⁰ – 10⁰⁰

VIII. SZEKCIÓ:

MELLKASI SZERVEK TRANSZPLANTÁCIÓJA

ÜLÉSELNÖK: *Dr. Lang György és Dr. Ablonczy László*

- 1. VESETRANSZPLANTÁCIÓ ÉS SZÍVSEBÉSZET- KAPCSOLAT EGY ESETEN KERESZTÜL**
Hartyánszky I., Földes K., Toronyi É., Rempört Á., Veres G., Török Sz., Chmel R., Varga M., Dallos G., Járny J., Jansen J., Szabolcs Z., Merkely B.
- 2. AZ AKUT REJEKCIÓ RIZIKÓFAKTORAI A SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐ ELSŐ ÉVBEN**
Zupán K., Ablonczy L., Hubay M., Piróth Zs., Szőke S., Tóth G., Vértessaljai M., Andréka P.
- 3. A SZÍVÁTÜLTETÉSEK KORAI SZÖVŐDMÉNYEI. AZ ELMÚLT 3 ÉV MÉRLEGE**
Gálfy I., Gál J., Hüttl T., Hartyánszky I., Szudi L., Szabolcs Z.
- 4. EXTRACORPORALIS MEMBRÁNOXIGENIZÁCIÓVAL (ECMO) SZERZETT TAPASZTALATAINK TÚDÓÁTÜLTETÉSBEN**
Lang Gy., Rényi-Vámos F., Czebe K., Csiszér E., Aigner C., Klepetko W.
- 5. SPLIT TÚDÓÁTÜLTETÉS**
Rényi-Vámos F., Lang Gy., Czebe K., Csiszér E., A. Clemens, K. Walter
- 6. A RENIN-ANGIOTENZIN ÉS AZ ENDOTHELIN RENDSZER SZEREPE PATKÁNY TRACHEA ALLOGRAFTOK KILÖKÖDÉSÉBEN**
Antus B., Sebe A., Fillinger J., Jeney Cs., Horváth I.

10⁰⁰ – 10¹⁵

Szünet

10¹⁵ – 11⁰⁰

IX. SZEKCIÓ:

VESEÁTÜLTETÉS ÉS CARDIOVASCULARIS RIZIKÓ

ÜLÉSELNÖK: *Dr. Szenohradzky Pál és Dr. Kalmár Nagy Károly*

- 1. CARDIOVASCULÁRIS RIZIKÓ CSÖKKENTÉSE TRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐEN – Szponzorált előadás (Teva Magyarország Zrt.)**
Reusz Gy.
- 2. A POSZT-TRANSZPLANTÁCIÓS ANÉMIA (PTA) PREVALENCIÁJA ÉS KEZELÉSE 10 EURÓPAI KÖZPONT ADATAI ALAPJÁN**
Mucsi I., Molnár M. Zs., I. Macdougall, J. Marsh, M. Yaqoob, J. Main, R. Ranavan, A. Courtney, D. Fogarty, A. Mikhail, G. Choukroun, C. Short, A. Covic, D. Goldsmith
- 3. SZÁMÍTOTT GFR (EGFR) ALKALMAZÁSA A TRANSZPLANTÁCIÓS GYAKORLATBAN**
Mátyus J.
- 4. A VESEGRAFT FUNKCIÓ KAPCSOLATA A BETEG- ÉS A VESEGRAFT-TÚLÉLÉSEL**
Rempört Á., Molnár M., Ambrus Cs., Novák M., Mucsi I.

5. **POSZTTRANSZPLANTÁCIÓS DIABETES MELLITUS INCIDENCIÁJA, RIZIKÓFAKTORAI ÉS KEZELÉSE – Szponzorált előadás (Novartis Hungária Kft.)**
Prókai Á., Reusz Gy., Szabó J. A.
6. **FOLYAMATOS SZÖVETI GLÜKÓZMONITORIZÁLÁS SZIMULTÁN PANCREAS-VESETRANSZPLANTÁLT ÉS VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEKBEN – Szponzorált előadás (Novartis Hungária Kft.)**
Prókai Á., Pásti K., Pekó N., Egyed P., Langer R., Szabó J. A.
7. **CERTICAN/EVEROLIMUS KONVERZIÓVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK – Szponzorált előadás (Novartis Hungária Kft.)**
Toronyi É.

11⁰⁰ – 11¹⁵ Szünet

11¹⁵ – 12¹⁵ **X. SEKCIÓ:
TRANSZPLANTÁCIÓ UTÁNI GONDOZÁS ÉS REHABILITÁCIÓ**
ÜLÉSELNÖK: *Prof. Járny Jenő és Dr. Végső Gyula*

1. **VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEK NEPHROLÓGIAI GONDOZÁSA**
Zsom M.
2. **OSTEOPOROSIS ÉS TRANSZPLANTÁCIÓ**
Földes K., Toronyi É., Rempert Á., Török Sz., Chmel R., Sárváry E., Járny J., Jansen J., Gerő L.
3. **A POSZTTRANSZPLANTÁCIÓS DAGANATOK SZŰRÉSÉNEK, KORAI FELISMERÉSÉNEK PROGRAMJA BUDAPESTEN**
Végső Gy., Piros L., Rempert Á., Gerlei Zs., Doros A., Görög D., Kóbori L., Hídvégi M., Toronyi É., Langer R., Járny J.
4. **RECURRÁLÓ ÉS DE NOVO GLOMERULONEPHRITIS AZ SZTE PATHOLÓGIAI INTÉZETÉNEK VESE-ALLOGRAFT BIOPSIÁS ANYAGÁBAN**
Dobi D., Kemény É., Marofka F., Szenohradszky P., Szederkényi E., Iványi B.
5. **VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEK CYTOMEGALOVÍRUS ÉS BK POLIOMAVÍRUS FERTŐZÉSÉNEK VIZSGÁLATA SZÖVETTANILAG IGAZOLT REJEKCIÓ ESETÉBEN**
Patonai A., Füle T., Egedi K., Varga M., Kiss A., Nemes B., Kóbori L., Gerlei Zs., Kovalszky I., Schaff Zs.
6. **VESETRANSZPLANTÁLT (TX) GYERMEKEK KOGNITÍV FUNKCIÓINAK FELMÉRÉSE**
Vargáné Molnár M., Tóth A., Reusz Gy., Szabó A., Sallay P., Pászthy B., Molnár M. Zs., Kelemen A., Mucsi I., Novák M.

12¹⁵ – 12⁴⁵ Szünet

12⁴⁵ – 13³⁰ Ulmann Imre díjak átadása, a kongresszus zárása

13³⁰ Fakultatív ebéd



ELŐADÁS ÖSSZEFOGLALÓK

I. SEKCIÓ – 1. ELŐADÁS

2008. ÉVBEN OSZTÁLYUNKON CSÖKKENT A SZERVDONÁCIÓK SZÁMA. MIÉRT IS?

Ökrös I.¹, Kánya Z.¹, Bodnár J.¹, Szedlák B.¹, Vass Zs.²

¹BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYEI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ
KÖZPONTI ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY, MISKOLC

²ERZSÉBET KÓRHÁZ, KÖZPONTI ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY,
SÁTORALJAÚJHELY

Osztályunkról évente 11–19 szervdonáció történik. Az egészségügyi átszervezés következtében Intézményünk súlyponti kórház lett, mely azt jelentette, hogy a betegbeáramlás jelentősen növekedett. 2008. évben ugyanakkor csökkent a szervdonációk száma – az előadás ennek okait részletezi.

A csökkenés elsődleges oka az osztály túltelítettsége, emiatt 2 esetben nem tudtuk felvenni az idegsebészet által már beékelődöttként jelentett beteget. 1 esetben a beteg előzetes letartóztatásban lévén követett el öngyilkosságot és került hypoxiás állapotba – a hatályos törvények alapján nem végezhetjük el a szervkivételt. Egy AB vércsoportú donor esetében a transzplantációs centrum olyan laboratóriumi vizsgálatot kért, melyet Intézetünkben, ügyeleti időszakban nem tudunk végezni.

Két osztály életét bolygatta fel és okozott megdöbbenést a következő eset: más intézetben észlelt és megfelelően gondozott donor családja hozzájárult ahhoz, hogy szervkivétel céljából a beteget osztályunkra továbbítsák. Osztályunk telítettsége miatt 24 óra elteltével (jelentős átszervezést igényelve) tudtuk a donort átvenni, majd vese kivétel történt. A beteg AB vércsoportú volt. A Szervkoordinációs Iroda visszajelzéséből tudtuk meg, hogy recipiens hiányában beültetés nem történt...

Osztályunk a szervdonáció iránt elkötelezett. A fenti történések azonban rontják az intenzív osztály közhangulatát, nem beszélve arról a következményről, melyet a szervbeültetés meghiúsulása egy donációs programba éppen belépő intézmény dolgozóinak hozzáállásában okozhat.

I. SEKCIÓ – 2. ELŐADÁS

AGYHALÁLLAL KOMPATIBILIS NEUROLÓGIAI TÜNETEK

Bodnár I., Ökrös I.

BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYEI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ,
KÖZPONTI ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY, MISKOLC

Az agyhalál klinikai diagnózis, felállításához a mély eszméletlenség fennállásának, az agytörzsi reflexek és a spontán légzés hiányának bizonyítása szükséges.

A vizsgálat során észlelhető mozgás jelenségek, spinalis reflexek és automatizmusok, kétséget ébreszthetnek a laikusokban és az egészségügyi személyzetben is, tévesen vitális jelként értékelve azokat. Az utóbbi években az agyhalottak vizsgálata során nyert tapasztalatok bővítették ismereteinket a spinalis reflexek megjelenési formáit, illetve azok anatómiai eredetét illetően is. Megjelenésük a filogenetikailag fiatalabb, magasabb rendű központok gátlása alól felszabaduló ősbíbb központok fokozott aktivitásának következménye. Ezért a spinalis sokk lezajlása után fellépő spinalis reflexek, automatizmusok inkább megerősítik, semmint kétségessé teszik az agyhalál diagnózisát.

Az agytörzsi reflexek vizsgálatát és az apnoe teszt elvégzését olykor lehetetlenné teszik, vagy nehezítik fennálló anatómiai variációk, vagy a betegség, sérülés okozta állapotok. Ezek megfelelő értékelése fontos az agyhalál megállapítás során.

Az agyhalállal kompatibilis neurológiai tünetek és klinikai jelek ismerete fontos a diagnózis biztonságos felállításához, a késlekedés, az indokolatlanul elnyújtott megfigyelési idő elkerüléséhez.

I. SEKCIÓ – 3. ELŐADÁS

AZ ISCHAEMIÁT KÖVETŐ ACUT VESEELÉGTELENSÉG MEGELŐZÉSÉRE ADOTT KORTIKOSZTEROID DONOR ELŐKEZELÉS EREDMÉNYEI EGY MULTICENTRIKUS RANDOMIZÁLT VIZSGÁLATBAN

Langer R¹, Maléth A¹, Kainz A², Oberbauer R²

¹ SE TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

² KH DER ELISABETHINEN, LINZ

Ez a randomizált, placebo kontrollált tanulmány azt célozta vizsgálni, hogy a cadaver donáció előtt adott kortikoszteroid csökkenti-e az ATN gyakoriságát vesetranszplantációt követően.

ATN-ként definiáltuk az egynél több műtét utáni dialízis kezelést.

240 recipiens adatait elemeztük. A donor vese biopsziákból transzkripciók faktor analízist végeztünk, továbbá génexpressziós profilokat, regulációs hálózatokat és protein-protein interakciókat vettük górcső alá.

Az első heti GFR változását kevert lineáris regressziós modellekkel, az ATN incidenciáját pedig Yates korrekciós Chi négyzet próbával vizsgáltuk.

Eredményeink azt mutatják, hogy egy bizonyos molekuláris minta a gyulladás csökkenését jelzi a kortikoszteroiddal kezelt csoportban. 189 szignifikáns szekvencia tűnt ki ebben az összehasonlításban, melyek alapján hat fő biológiai folyamat befolyásolódott a PANTHER módszerrel vizsgálva: a monoszacharidok metabolizmusa (43-ből 4), proteolízis (960-ből 14), fehérje targeting lokalizáció (253-ből 6), koenzim és proszterikus csoport metabolizmus (174-ből 5), szteroid hormon mediálta jelrendszer (52-ből 3) valamint a lipid, zsírsav és szteroid metabolizmus (770-ből 11).

Ezek a genomikai adatok azt sugallják, hogy a szteroid előkezelés a gyulladást csökkenti. A kezelés klinikai végpontját jelző ATN adatai feldolgozás alatt állnak, a kongresszuson kerülnek prezentációra.

I. SEKCIÓ – 4. ELŐADÁS

LAPAROSZKÓPOS DONOR NEFREKTÓMIA A TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKÁN

Kovács János Balázs, Piros László, Péter Antal, Dallos Gábor, Hídvégi Márta, Deák Ákos, Branstetter Gabriella, Járay Jenő

SE TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

Bevezetés: A donorhiány okozta nehézségek egyik lehetséges megoldása az élődonoros átültetések számának növelése. Klinikánkon a laparoszkópos donor nefrektómia műtétek bevezetésével is igyekszünk növelni a donációs aktivitást.

Anyag és módszer: A Klinikán 2008. márciusában kezdtük a donor nefrektómiák minimal invazív technikával végzett műtéteit. Az absztrakt beadási határidőig 12 esetben végeztünk kézzel asszisztált laparoszkópos donor nefrektómiát vegyesen extraperitonealis és transzperitonealis technikával. Előadásunkban ezen műtétek kapcsán nyert tapasztalatainkat, eredményeinket szeretnénk bemutatni, illetve elemezni a műtéti technika, a műtéti idő, a szövődmények, a posztoperatív szak, a rehabilitáció szempontjából.

Eredmények: Adataink alapján egyértelműnek látszik, hogy a relative hosszabb műtéti idő és a beteg felépülésének időtartama között nincs összefüggés, a betegek átlagosan 2–3 nap elteltével a kórházat elhagyhatják. A hosszabb műtéti idő az extraperitonealis technikához köthető. Egy esetben észleltük szubkután szeroma kialakulását a hand port hegében, más sebészeti szövődményt nem láttunk. Betegeink átlagosan 2–3 héttel a műtét után megszokott korábbi életüket élik, munkájukat végzik.

Következtetés: Eddigi tapasztalataink szerint a laparoszkópos donor nefrektómia biztonságos módszer. Kedvező kozmetikai eredménnyel, gyors felépüléssel járó beavatkozásként egyik eszköze lehet az élődonoros veseátültetési aktivitás terén az EU élenjáró országaihoz képest jelenleg még jelentős lemaradásunk megszüntetésének.

I. SEKCIÓ – 5. ELŐADÁS

A LAPAROSZKÓPOS DONORNERFREKTÓMIA SEBÉSZI TECHNIKÁJA KLINIKÁNKON

*Piros László, Kovács János Balázs, Péter Antal, Dallos Gábor, Hídvégi Márta,
Deák Pál Ákos, Járay Jenő*

SE TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

Bevezetés: A minimálinvazív donornefrektómiák közül általunk preferált kézzel asszisztált laparoszkópos nefrektómia extraperitonealis és transzperitonealis technikáját mutatjuk be, melyet 2008 márciusától alkalmazunk Klinikánkon. Az absztrakt beadási határidejéig tizenkét ilyen beavatkozást végeztünk.

Anyag és módszer: A műtét menete nagyvonalakban: Pfannenstiel bőrmetszés – alsó median laparotomia; extraperitonealis vagy transzperitonealis módszer; handport behelyezése; insufflatio – portok – exploratio; ureter és gonadális véna felkeresése; vesevéna, artéria kipreparálása – vese mobilizálása; ureter átvágása – artéria máj véna átvágása – vese eltávolítása – meleg ischaemia – perfusio – hideg ischaemia; vérzéscsillapítás – revisio – desufflatio – zárás – varratok.

Eredmények: A két eljárás között az eredmények tekintetében lényegi eltérés nincs. A transzperitonealis technika előnye a rövidebb műtégi idő, a képletek átláthatósága, könnyebb preparálása. Az extraperitonealis eljárás nagyobb tapasztalatot igényel, azonban az intraabdominalis szövődmények (sérülés, passagezavar, stb.) kockázata kisebb.

Következtetés: A „learning curve” során a transzperitonealis módszer a javasolt technika, azonban az intraabdominalis szövődmények elkerülése céljából az extraperitonealis út el-sajátítása megfontolandó.

I. SEKCIÓ – 6. ELŐADÁS

A LAPAROSZKÓPOS VESEKIVÉTEL RADIOLÓGIAI TERVEZÉSE AZ ÉLŐDONOROS VESETRANSZPLANTÁCIÓ KAPCSÁN

Deák Pál Ákos, Doros Attila, Németh Andrea, Hartmann Erika, Lénárd Zsuzsa, Juharosi Gyöngyi, Kozma Veronika, Hídvégi Márta, Kovács János, Piros László, Járay Jenő

SEMMELWEIS EGYETEM, TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA,
RADIOLÓGIA RÉSZLEG, BUDAPEST

Bevezetés: Az élődonoros vesetranszplantáció, ezen belül a laparoszkópos vesekivétel tervezésének, fontos része a képalkotó diagnosztika. A vesekivétel előtt készített 3D rekonstrukciók megkönnyítik a sebész számára az absztrakt radiológiai síkok értelmezését.

Anyag és módszer: Az élődonoros vesetranszplantáció donorjelöltjeinek kivizsgálásának radiológiai része klinikánkon zajlott. A kivizsgált betegek közül a mai napig 12 került műtételre. A donorkor életkora 27 és 65 év közé esett, közöttük 7 nő és 5 férfi volt. Az ultrahangos hasi vizsgálatot minden esetben 16 szeletes multidetektoros CT (MDCT) vizsgálat követte, mely a protokoll szerint natív, artériás, vénás sorozatokat foglal magában, ez utóbbi két sorozat 1 milliméteres szeletvastagságban készült. A vizsgálatokat minden esetben háromdimenziós rekonstrukciókkal egészítettük ki, ami a műtétet megelőző sebész-radiológus konzíliumot segítette, és amiket a sebész a számítógépes hálózaton keresztül a vesekivétel során műtét közben is áttekinthetett.

Eredmények: 12 betegen 12 multidetektoros CT angiográfias (MD-CTA) vizsgálat történt. Ismételt vizsgálatra nem volt szükség. Az MD-CTA során észlelt anatómiai variációk megegyeztek a műtét során talált viszonyokkal. A vizsgálatokkal kapcsolatban szövődeményt, vesefunkció-romlást nem észleltünk. Mivel az MD-CTA vizsgálat a teljes hasi kismencedei régióról információt ad, a donációval kapcsolatos egyéb releváns adatok is rögzítésre kerültek.

Következtetés: A laparoszkópos műtétek során az esetleges szövődemények elhárítása nehezebb, mint a nyitott műtéteknél, ezért az anatómiai viszonyok, variációk pontos ismerete alapvető fontosságú a sebész számára a biztonságos preparáláshoz. Az MDCT-vel végzett vénaszzeletes kontrasztanyag vizsgálatok hatékonyak az egyéni érvariációk és a műtéttechnikai szempontból nehézséget jelentő érkepletek ábrázolásában. A fenti eredményeket figyelembe véve az MD-CTA hatékonynak bizonyult a laparoszkópos vesekivétel tervezésében.

I. SEKCIÓ – 7. ELŐADÁS

ÉLŐDONORBÓL SZÁRMAZÓ VESÉK ÁTÜLTETÉSEINEK EREDMÉNYEI ÉS SZÖVŐDMÉNYEI

Dallos G., Hídvégi M., Kósa G., Kóbori L., Kovács J.B., Piros L., Deák Á., Perner F., Járay J.

SE. TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

Az élődonorból származó veseátültetések eredményei lényegesen jobbak a cadaver donorból származókénál. A veseelégtelenségben szenvedő betegek számának növekedésével igen jelentős diszcrepancia alakult ki a veseátültetésre várók és a rendelkezésre álló szervek száma között. A Transzplantációs és Sebészeti Klinikán 1973 november és 2007 decembere között 3000 veseátültetés történt. A 3000 veseátültetésből 154 esetben élődonorból származott a szerv (5,13%). A szerzők a különböző bázisimmunszuppresszió eredményeit hasonlítják össze. Részletezik a különböző posztoperatív szövődményeket. A 154 beteg közül 54 esetben 30 napon belül rejectió alakult ki. Hét esetben irreverzibilis rejectió volt. Harminc napon túl 32 esetben volt rejectió amiből 3 esetben a rejectió irreverzibilis volt. Az eltelt idő alatt a 154 betegből 47 exitált. Magyarországon az élődonorból származó szervek átültetése jelentősen elmarad más fejlett országokhoz képest. A cadaver donor pool száma évek óta stagnál. Az élődonorból származó szervek átültetése lehetőséget kínál a sikeres transzplantációk számának növelésére.

II. SEKCIÓ – 1. ELŐADÁS

DONOREREDETŰ ANTITESTEK VÉRCSOPORTSZEROLÓGIAI ÉS KLINIKAI JELENTŐSÉGE MÁJTRANSZPLANTÁLT BETEGEKNÉL

Jakab Judit¹, Borka Péter², Fehérvári Imre³, Zsigmond S. Ildikó¹, Kristófi Zsófia¹, Görög Dénes³, Farkas Tamás, Járay Jenő³

¹ OVSZ BUDAI REGIONÁLIS VÉRELLÁTÓ KÖZPONT

² QUINTILES MAGYARORSZÁG KFT.

³ TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

Magyarországon az első passenger lymphocytá szindrómát (PLS) 1995-ben, ABO minor inkompatibilis (ABO-MI) élődonoros veseátültetés szövődményeként írták le. ABO és más vércsoport-rendszerbeli donoreredetű antitestek termelődése következtében kialakuló recipiens vörösvérsejt pusztulás klinikai hatásai klinikusok és transzfuziológusok közös figyelmének középpontjában áll.

Anyag és módszer: Az 1995 óta végzett 372 májátültetést követő donoreredetű ABO és Rh vércsoport-rendszerbeli antitestek termelődésének gyakoriságát és a kialakult szövődmények lefolyását vizsgálatuk.

Eredmények: A májtranszplantáltak között az ABO-MI átültetések gyakorisága 14% (51), ebből a PLS aránya 24% (12). RhD különbség (RhD+ recipiens/RhD- donor) 13% (47), ebből anti-D okozta PLS 4% (2).

Következtetés: A hazai donációs gyakoriság és transzplantációs aktivitás mellett a jövőben is kb. 14%-os ABO minor inkompatibilitással számolhatunk, ezek között minden negyedik betegnél kell a PLS megjelenésére számítani. A hemolízis okát igazolni csak immunhematológiai vizsgálatokkal lehet, ezért ennél a betegcsoportnál a gyors felismerés érdekében céltzott és rendszeres laboratóriumi és immunhematológiai szűrés szükséges.

II. SZEKCIÓ – 2. ELŐADÁS

A SZÉRUM ADIPONEKTIN (ADIPO) SZINT ÉS A HAEMOGLOBINSZINT (HB) KAPCSOLATA VESETRANSZPLANTÁLT (TX) BETEGEK KÖRÉBEN

Czira Mária¹, Rudas Anna¹, Ujszászi Ákos¹, Sárváry Enikő², Rempert Ádám², Török Szilárd², Novák Márta¹, Mucsi István^{1,3}, Molnár Miklós Zsolt^{1,2}

¹ SEMMELWEIS EGYETEM MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET

² TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA

³ I. SZ. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA

Bevezetés: A malnutríció-gyulladás komplex szindróma (MICS) a poszttranszplantációs anaemia (PTA) prediktora. Az adiponektin szérumszintje összefüggésben áll a gyulladással.

Célkitűzés: Vizsgálatunkban a szérum adipo és a Hb szint közötti kapcsolatot elemeztük Tx betegekben.

Módszerek: 993 vesetranszplantált beteg szocio-demográfiai és klinikai adatait a kártyákba gyűjtöttük.

Eredmények: Közepesen erős negatív korrelációt találtunk az adipo és a Hb között ($\rho = -0,301$). Az adipo szignifikánsan magasabb volt nőkben, mint férfiakban (medián {interquartilis range} 12,5 {12,5} vs 8,5 {8,5} $\mu\text{g/ml}$), pozitívan korrelált a HDL koleszterinszinttel ($\rho = 0,350$), a MICS pontszámmal ($\rho = 0,225$) és az IL-6 szinttel (0,093), míg negatívan korrelált a testtömegindexszel ($\rho = -0,211$), a becsült GFR-rel ($\rho = -0,252$), az albuminszinttel ($\rho = -0,179$) és a CRP-vel ($\rho = -0,137$) ($p < 0,01$ mindegyik esetben). Többváltozós lineáris regressziós modellben az adipo a Hb szignifikáns prediktora maradt.

Következtetés: Összefüggést találtunk az adipo- és Hgb-szint között vesetranszplantált betegekben.

II. SZEKCIÓ – 3. ELŐADÁS

FOKOZOTT FOXP3 GÉNPRODUKCIÓ A PERFORIN-MEDIÁLT CYTOLÍZIS GÁTLÁSÁRA VESETRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐ BORDERLINE REJECTIÓBAN*Németh Dorottya^{1,2}, Caner Süsal², Gerhard Opelz², Langer Róbert¹*¹ SEMMELWEIS EGYETEM, TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST² RUPRECHT-KARLS EGYETEM, TRANSZPLANTÁCIÓS IMMUNOLÓGIAI INTÉZET, HEIDELBERG

Bevezetés: Különböző korábbi vizsgálatok rámutattak arra, hogy a cytotoxikus T-lymphocytá effektor perforin génexpressziójának non-invazív kimutatása alkalmas lehet az acut rejectió előrejelzésére; azonban a klinikai és immunológiai összefüggés az acut és borderline rejectió között még ma sem teljesen tisztázott.

Anyag és módszer 181 veserecapiensből heti kétszer vettünk vérmintát transzplantációt követően, majd perforin és Foxp3 génexpresszió meghatározást végeztünk RT-PCR segítségével. A betegek 4 csoportra oszlottak szövettani, szcintigráfiai, valamint klinikai diagnózis alapján: AR (acut rejectio) és Bord-R borderline rejectio), ATN (acut tubularis necrosis) illetve Non-R (szövődménymentes) csoportra.

Eredmények: A legalacsonyabb Foxp3 értékeket minden mérési időpontban az AR csoport mutatta; a 11–13. posztoperatív napon az AR Foxp3 expressziója szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyult mindhárom (Non-R, Bord-R, ATN) csoporthoz viszonyítva ($p=0,000$, $p=0,001$ és $p=0,005$ Mann-Whitney-U). A legmagasabb Foxp3 értékeket a Bord-R-nál a 14-17. napokon figyeltük meg, mely szintén szignifikáns eltérést adott mindhárom másik csoporttal összehasonlítva. Megvizsgálva a perforin/Foxp3 arányt, a legalacsonyabb értékeket a Bord-R mutatta a 14-17 poszttranszplantációs napokon ($p=0,024$ és $0,026$ vs AR és ATN). ROC analízist követően 1,0-ás értéknél AR csoport 75%-os szenzitivitást és 69%-os illetve 82%-os specifitást mutatott a Non-R valamint a Bord-R csoporthoz viszonyítva a transzplantáció utáni 11–13. napon.

Következtetés: Vizsgálatunk alapján kijelenthető, hogy a cytotoxikus és regulatórikus biomarkerek egyidejű non-invazív vizsgálata segítséget nyújthat az acut és borderline rejectió alatt zajló immunológiai folyamatok megértésében.

II. SZEKCIÓ – 4. ELŐADÁS

ERYTROIPIETIN (EPO) PROTEKTÍV SZEREPE A VESE ISZKÉMIÁS-REPERFÚZIÓS (I/R) KÁROSODÁSÁBAN: NEMI KÜLÖNBBSÉGEK

Prókai Á¹, Fekete A¹, Rusai K¹, Müller V², Wagner L³, Degrell P³, Vér Á⁴, Bánki N¹, Szebeni Beáta¹, Vannay Ádám^{1,5}, Szabó AJ¹

¹SEMMELWEIS EGYETEM I. SZ. GYERMEKKLINIKA, ²SE PULMONOLÓGIAI KLINIKA,

³PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM II. SZ. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA, ⁴ORVOSI VEGETANI, MOLEKULÁRIS BIOLÓGIAI ÉS PATHOBIOKÉMIAI INTÉZET, ⁵SE SZENTÁGOTHA TUDÁSKÖZPONT

I/R károsodásban a magasabb hő-sokk fehérje (HSP)72 a Na⁺/K⁺-ATPáz- α 1 kihelyeződésének megvédése által fejt ki protektív hatását. Kimutatták továbbá az EPO eritropoézist stimuláló hatásán túl, hogy I/R károsodás esetén is védő szerepet tölt be. Kísérletünkben arra kerestük a választ, hogy a vese I/R-s károsodásában milyen mechanizmussal fejt ki protektív hatását, és ez egyformán érvényesül-e a két nembben.

Hím és nőstény Wistar patkányok, 24 órával az 50 perces vese iszkémiát megelőzően, EPO (1000 U/kg, i.p.) kezelést kaptak. A reperfúzió 2. és 24. órájában (T2, T24) a vesekárosodás mértékét labor ill. hisztológiai paraméterekkel valamint molekulárbiológiai (RT-PCR, Western blot) mérésekkel vizsgáltuk.

Az EPO-val kezelt hímekben szignifikánsan alacsonyabb szérumban kreatinin értékeket találtunk, míg nőstényekben az EPO kezelés jelentős javulást nem eredményezett. Az EPO a T24-ben mindkét nem esetén mérsékelte a hisztológiai paraméterek romlását, továbbá T2-ben kivédte a Na⁺/K⁺-ATPáz- α 1 internalizációját. Mindkét molekula mRNS és fehérje szinten eleve meglévő nemi különbségét az EPO kiegyenlítette.

Az iszkémiát megelőző, egyszeri dózisú EPO kezelés hím állatokban a posztisztkémiás vesefunkció romlást jelentősen csökkentette, és mindkét nembben protektívnek bizonyult a hisztológiai paraméterek tekintetében. A hímekben észlelt védő hatás feltehetőleg a HSP72-n keresztül érvényesülő, megtartott Na⁺/K⁺-ATPáz- α 1 lokalizáció és aktivitás mellett valósult meg. Nőstényekben a korábban észlelt eleve magasabb HSP72 és Na⁺/K⁺-ATPáz- α 1 expressziót az EPO jelentősen már nem képes tovább növelni.

OTKA (F 048842), Semmelweis Egyetem Kutatási Pályázat, MTA Bolyai és Magyar ösztöndíjak támogatásával.

II. SZEKCIÓ – 5. ELŐADÁS

FETUIN-A SZEREPE AZ ÉRFALRUGALMASSÁG MEGHATÁROZÁSÁBAN URAEMIÁS ÉS VESETRANSZPLANTÁLT GYERMEKEKNÉL

Cseprekál Orsolya, Kis Éva, Szabó Attila, Szabó András, Tulassay Tivadar, Reusz György

I. SZ GYERMEKGYÓGYÁSZATI KLINIKA, SEMMELWEIS EGYETEM

Elméleti háttér: Haemodializált (D) és transzplantált (Tx) gyermekeknél az érfalmerevség (Ast) fokozódik, ami a pulzushullám terjedési sebességgel (PWV) jellemezhető.

Célkitűzés: Vizsgáltuk a csontmarkerek (BM) és a Fetuin-A érfali calcificatio (VC) folyamatában betöltött szerepét.

Betegek, módszer: 11 D és 17 Tx gyermek (CRF=D+Tx) PWV értékét határoztuk meg. A szérum Ca, P, a fetuin-A és a BM (csont-specifikus alkalikus foszfatáz-BALP, osteocalcin-OC és a β -crossalps- β) szérum szintjét mértük. Számítottuk a CaHPO₄ értékét. Megalkottuk a CaHPO₄/Fetuin-A (C) hányadost. Kerestük az összefüggéseket PWV-vel. Az eredményeket korban és nemben illesztett kontrollokhoz (K) viszonyítottuk. Meghatároztuk az alkalmazott calcitriol kumulatív dózisát (CTL).

Eredmények: OC, β , fetuin-A és a C emelkedett volt CRF csoportban a K-hoz képest. CRF-ben pozitív összefüggés mutatkozott PWV és C között ($r=0,38$, $p<0,05$), és mindkét paraméter összefüggött OC-val ($r=0,45$ és $0,38$, $p<0,05$). D csoportban BAP ($r=0,75$) és C ($r=0,69$, $p<0,05$) szignifikáns összefüggést egymással ($r=0,65$, $p<0,05$) és PWV-vel. TX gyermekeknél PWV és CTL között összefüggés mutatkozott ($r=0,51$, $p<0,05$).

Következtetés: Dializált gyermekeknél a csontanyagcsere zavara VC fokozódásához vezet. A CaHPO₄/fetuin hányados alkalmas lehet a csont- és Ca-P anyagcserezavar Ast-re gyakorolt hatásának jellemzésére. Annak megítélésére, hogy transzplantációt követően a csontanyagcsere rendeződése miként hat a cardiovascularis rendszer állapotára, további követéses vizsgálatok szükségesek.

(OTKA-071730 és az ETT 435/2006 támogatásával.)

II. SZEKCIÓ – 6. ELŐADÁS

BIOMARKEREK AZ ARTF ELŐREJELZÉSÉBEN

Korbély R.^{1,2,3}, Oberbauer R.², Langer R.³

¹ SE I.Sz. GYERMEKGYÓGYÁSZATI KLINIKA, BUDAPEST

² KH DER ELISABETHINEN, LINZ

³ SE TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

Bevezetés: A cadaver vesetranszplantációk 25%-ában acute renal transplant failure (ARTF) alakul ki, mely jelentős kockázati tényező az akut rejectio kialakulásában és az allograft túlélés tekintetében. ARTF-t előrelélő biomarkerek segítségével a posttranszplantációs terápia tökéletesíthető lenne.

Módszerek: Hús-hús különböző cadaver veséből származó tübiopszia feldolgozásával real time PCR módszerrel vizsgáltuk tizenkét lehetséges biomarker génexpresszióját. A glomerulusokat és a tubulointerstitiális (TI) részt manuális mikrodisszekcióval választottuk szét, mely sikerességét egy glomeruláris és egy TI gén kifejeződésével igazoltuk. A minták két vizsgálati csoportba kerültek (Primary Function: <4 mg/dl kreatinin szint poszttranszplantációs dialysis nélkül, Delayed Graft Function: >4 mg/dl kreatinin és dialysis megléte a transzplantációt követő egy hétben). Tumornephrectomiákból származó minták szolgáltak kontrollként. A génexpressziót delta-delta Ct-módszerrel, a statisztikai analízis student t-tesztel számoltuk

Eredmények: Négy gén expressziója statisztikailag szignifikáns különbséget mutatott a vizsgált csoportok TI régiójában (KIM-1 p=0,05; LCN2 p=0,04, CCL19 p=0,05; GZMA p=0,04).

Következtetés: Tanulmányunkban négy lehetséges biomarkert azonosítottunk, melyek már a beültetés előtt előre jelezhetik az ARTF kialakulását és ezáltal módosíthatják és tökéletesíthetik a posztoperatív terápiát.

III. SZEKCIÓ – 1. ELŐADÁS

DIALÍZISEN TÖLTÖTT IDŐ ÉS A HALÁLOZÁS KAPCSOLATA VESETRANSZPLANTÁLT (TX) BETEGEK KÖRÉBEN

Molnár Miklós Zsolt^{1,2}, *Vámos Eszter*², *Rempert Ádám*¹, *Járay Jenő*¹, *Novák Márta*², *Mucsi István*^{2,3}

¹ SEMMELWEIS EGYETEM TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA;

² MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET; ³ I. SZ. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA

Elméleti háttér: A transzplantáció előtti dialízis kezelés növelheti a transzplantáció utáni kardiovaszkuláris rizikót.

Célkitűzés: A dialízisen töltött idő és a transzplantáció utáni halálozási rizikó kapcsolatának elemzése.

Módszerek: A SE Transzplantációs Klinikája ambulanciáján gondozott 926 Tx betegnél 5 éven keresztül rögzítettük halálozásuk tényét és idejét. Ugyancsak rögzítettük a betegek kezdeti laborparamétereit, szocio-demográfiai adatait, komorbiditását és transzplantációval összefüggő adatait.

Eredmények: a betegek átlagéletkora a vizsgálat kezdetekor 49+13 év volt, 59%-uk volt férfi. Szignifikáns összefüggést találtunk a dialízisen töltött idő valamint a transzplantáció után fellépő halálozás között, mind univariáns (HR1 HÓNAP NÖVEKEDÉS ESETÉN= 1,007; 95% CI: 1,003–1,011), mind többváltozós (HR1 HÓNAP NÖVEKEDÉS ESETÉN= 1,01; 95% CI: 1,005–1,014) modellben. Hasonló összefüggést találtunk a dialízisen töltött idő valamint a graft elégtelenség között többváltozós modellben (HR1 HÓNAP NÖVEKEDÉS ESETÉN = 1,008; 95% CI: 1,003–1,013).

Következtetés: A transzplantáció utáni halálozás, illetve dialízisre való visszakerülés kockázata kapcsolatot mutat a dialízisen eltöltött idő hosszával.

III. SZEKCIÓ – 2. ELŐADÁS

**VESETRANSZPLANTÁCIÓS DONÁCIÓS PROGRAMOK
KÖLTSÉG-HASZON MODELLJÉNEK MÓDSZERTANI BEMUTATÁSA***Kaló Zoltán¹, Márton János², Mihály Sándor², Kiss Zsolt³, Gerendy Péter³, Muksi István⁴*¹ BUDAPEST, ELTE, EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI KUTATÓKÖZPONT² BUDAPEST, ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT SZERVKOORDINÁCIÓS IRODA³ ORSZÁGOS EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI PÉNZTÁR⁴ SEMMELWEIS EGYETEM, I. SZ. BELKLINIKA

A szerzők egy olyan Markov folyamat modellt fejlesztettek ki, amely képes a vesetranszplantációs donációs programok társadalmi hasznának a becslésére. A korábbi szervdonációs gazdasági modellekkel ellentétben a jelen modell több donációs iniciatíva összetett hatásának a mérésére is alkalmas, adaptálható bármilyen kiterjedtségű programra (pl. országos, regionális vagy egy kórház szintje), és összekapcsolja a különböző típusú és minőségű szervekből (cadaver, élődonor, ECD, preemptív transzplantáció) származó előnyöket. A költség-haszon elemzés időtávja 20 év, a Markov ciklusok hossza 1 hónap. A modell az egészségügyi költségek és a végstádiumú vesebetegek minőségi életév nyereségének becslésére félciklus korrekciót alkalmaz. A társadalmi fizetési hajlandóságot egy QALY nyereségért a dialízis költség-hatékonysági rátájának (Ft/QALY) megfelelően számítja.

A modell magyar adaptációjához jelenleg kiterjedt adatgyűjtést végeznek szerzők számos szakmai team bevonásával. Az adaptáció eredményeinek ismeretében megbecsülhető, hogy a különböző szervdonációs programoknak mekkora a várható diszkontált pénzügyi eredménye és teljeskörű társadalmi nettó jelenértéke. A társadalmi érték a vesetranszplantáció által nyerhető minőségi életévek forintosításával számítható a társadalmi fizetési hajlandóságnak megfelelően.

A szervdonációs programok pénzügyi és társadalmi hasznát a modell egy évre és több éves működtetésre is kiszámítja.

III. SZEKCIÓ – 3. ELŐADÁS

A SZERVDONÁCIÓS PROGRAMOK TÁRSADALMI HASZNÁNAK BECSLÉSE EU PÁLYÁZATI TÁMOGATÁSSAL*Márton János¹, Mihály Sándor¹, Kaló Zoltán²*¹ BUDAPEST, ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT SZERVKOORDINÁCIÓS IRODA² BUDAPEST, ELTE, EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI KUTATÓKÖZPONT

A veseátültetés nemcsak életmentő és életminőség javító, hanem költségcsökkentő beavatkozás is a dialízishez képest. Különböző donációs programok eredményeként a vese-pótló kezelések társadalmi és betegterhe csökkenthető.

A programok egy része az átültethető cadaver szervek számát növeli (pl. koordinátori hálózat fejlesztése, Donor Action, nemzeti népegészségügyi program, intenzív osztályos képzések, marginális donorszerv átültetése, szenior marginális szervtranszplantációs program) vagy élődonoros (nemzeti kampány, dialízis centrumokban felvilágosítás, donorok anyagi támogatása, jogszabály változtatás, nephrológiai centrumokban preemptív program) szervadományozási hajlandóságot fokozza. Más donációs programok a transzplantáció eredményességét fokozhatják (pl. rövidebb CIT, jobb szervkonzerválási módszerek, hatékonyabb allokációs algoritmus, jobb immunegyeztetés, donor és recipiens életkor egyezés, több preemptive cadaver transzplantáció).

Mivel a donációs programok befektetést igényelnek, ezért versengenek a közpénzek alternatív felhasználási lehetőségeivel. Egy európai uniós program (DOPKI) kapcsán a szerzők a donációs programok társadalmi hasznának összehasonlításra alkalmas eljárás kifejlesztésére kaptak felkérést. Ennek során olyan gazdasági modellt alkalmaztak, mely kiszámítja a páciensek és ápoló családtagjaik (gyerek recipiensek esetén) QALY nyereségét, az egészségügyi kiadások csökkenését, és a munkavégző képességben jelentkező társadalmi hasznot. A modell kellőképpen rugalmas és fejleszthető.

III. SZEKCIÓ – 4. ELŐADÁS

TRANZPLANTÁCIÓ A VASFÜGGÖNY MÖGÖTT

Langer R

SE TRANZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

Lassan két évtizede, hogy a Vasfüggöny lehullott és mára a Közép-Európai régió hasi szerveket illető transzplantációs aktivitása gyakorlatilag teljesen felzárkózott a Nyugat-Európai szintre, mind a transzplantációk számával, mind a minőségi mutatókkal. A hőskorban azonban számos kiemelkedő orvostörténeti esemény zajlott a világtól sok tekintetben elzárt Kelet-Európai régióban is.

A vesetranszplantáció első kísérletei a haemodialysis programok bővülő lehetőségeivel párhuzamosan zajlottak. Szegeden 1954-ben Gaál György és Németh András kezdtek dialízis kezelést, Angliában csak 1956-tól, Kelet-Németországban 1959-től kezdődtek kezeléseik.

Az 1962-ben Németh András által úttörő műtétként végzett első magyar veseátültetést néhány évvel később követték a hasonló politikai sorsú Csehszlovákia (1966, Prága), Lengyelország (1966, Varsó) és Kelet-Németország (1970, Berlin) első sikeres műtétei. Magyarországon több mint egy évtizedet kellett várni a folyamatos program elindulásáig (Perner Ferenc 1973 Budapest), míg az előbb említett három országban többé-kevésbé folyamatosan növekedtek az átültetések számai.

Májtranszplantációt Wolff végzett először Drezdában, majd Berlinben 1976-tól (Nyugat-Németországban már 1969-től voltak sporadikus kísérletek). Religa Katowicében szintén 1976-ban próbálkozott, Szécsény Andor 1985-ben kísérlete meg ugyanezt Budapesten. Wolff rendelkezett hosszú távon túlélővel, de valós programok mind a négy országban Csehszlovákiát is beleértve csak a Vasfüggöny megszűntével indulhattak. Ugyanez igaz a hasnyálmirigy átültetésekre is.

Ettől a négy országtól keletre érdemi transzplantációs aktivitás csak a Szovjetunióban zajlott, az ottani adatok azonban messzemenőkig megbízhatatlanok.

III. SZEKCIÓ – 5. ELŐADÁS

KLINIKAI VISZGÁLATOK A TRANSZPLANTÁCIÓ SZOLGÁLATÁBAN

Borka Péter, Palatka József, Barótfi Szabolcs

QUINTILES MAGYARORSZÁG KFT., BUDAPEST

Bevezetés: 2004 és 2006 között a transzplantációs témájú kontrollált randomizált vizsgálatoknak (RCT) csak egyharmada volt módszertanilag megfelelő.

Anyag és módszer: A European Society of Organ Transplantation (ESOT) és a Centre for Evidence in Transplantation (CET) együttműködést kezdett a szervtranszplantáció területén elérhető evidenciák minőségének vizsgálatára, RCT-k tervezésére és eredményeinek közzlésére.

A legmagasabb szintű evidenciákat a jól tervezett és megfelelően vezetett RCT-k szolgáltatják. A gyógyszerfejlesztések során a klinikai vizsgálatok szervezését és lebonyolítását mind nagyobb hányadban külső, erre a feladatra szakosodott cégekre, contract research organization-re (CRO) bízják.

Eredmények: A CRO-k, mint a piacvezető Quintiles is, hatékonyságukkal, a legújabb technológiák és módszerek alkalmazásával, a betegek biztonságát szem előtt tartva, az előírásoknak és etikai normáknak megfelelően, megrövidítik egy új gyógyszermolekula piacra jutásának útját és idejét.

Következtetés: Az RCT-k adaptív tervezése, a vizsgálati fázisok kombinálása egyszerre szolgálja a gyógyszerkutatások felgyorsítását és az új evidenciák feltárását, ezáltal széles teret engedve a transzplantációs szakemberek és a CRO-k szoros együttműködésének.

III. SZEKCIÓ – 6. ELŐADÁS

**HAZAI TRANSZPLANTÁCIÓS IRÁNYELVEK
MÓDSZERTANI ÉRTÉKELÉSE***Kis Erika, Dobos Éva*, Kemény Lajos*SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS ALLERGIOLÓGIAI KLINIKA, SZEGED
*TUDOR – HUNGARIAN EVIDENCE BASED NETWORK

Bevezetés: A bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek iránt egyre nagyobb a szakmai és szakmapolitikai igény. Tanulmányunk célja a hazai transzplantációs irányelvek nemzetközi módszertani értékelése volt.

Módszer: a WHO és EU által is elfogadott AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Education) kérdőív magyar adaptációját használtuk, mely 6 kérdéskörben 20 kérdést tartalmaz. Az értékelő 1-4-ig pontoz, majd ebből számíthatók ki a kérdéskörökre vonatkozó százalékban kifejezett eredmények.

Eredmények: Az első két kérdéskörben a 8 transzplantációs irányelv együttesen jól szerepelt; az ajánlás témakörét és céljait értékelve az átlag pontszám 56% volt, a világos megfogalmazás, áttekinthetőség kérdéskörében is az átlag pontszám 73% volt. A többi 4 témakörben azonban súlyos hiányosságok észlelhetők; az ajánlás fejlesztési folyamatának multidiszciplináris jellegének vizsgálata 26%-os, az irányelvfejlesztés bizonyítékokon alapuló módszertanát vizsgálva 14%, a gyakorlati alkalmazhatóság átlag pontszáma 11% volt. Az utolsó, a kiadói függetlenséget vizsgáló kérdőívnel született a legrosszabb eredmény, itt a 8 irányelv együttesen 4%-ot ért el.

A transzplantációs irányelvek más szakmák magyarországi ajánlásaival összevetve módszertani szempontból a középmezőnyben helyezkednek el, azonban a nemzetközi adatoktól az áttekinthetőséget vizsgáló kérdéskör kivételével negatív irányban térnek el.

Következtetések: A jövőbeni irányelvfejlesztéseknél vagy a meglévő ajánlások frissítésekor javasolt az Egészségügyi Közlönyben is publikált irányelv készítési módszertan és eljárásrend alkalmazása. Az AGREE-kérdőív hazai változatát az irányelv fejlesztő csoportok ellenőrzőlistaként is felhasználhatják az ajánlások minőségének javítására.

IV. SZEKCIÓ – 1. ELŐADÁS

A CAROLI BETEGSÉG KEZELÉSE MÁJÁTÜLTETÉSEL*Görög Dénes, Gerlei Zsuzsa, Fehérvári Imre, Nemes Balázs, Kóbori László*

SEMMEIWEIS EGYETEM TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA BUDAPEST

Bevezetés: A Caroli betegség az epeutak ritkán előforduló, veleszületett rendellenessége, amelyet intrahepatikus epeút tágulat és epeút kövesség, valamint következményes cholangitis jellemez. Szövődményként jelentkezik még pancreatitis, májtályog és cholangiocellularis carcinoma (7–14%-ban). Az esetek többségében lokalizált és elsősorban csak a bal lebeny érintett. A diffúz formában a máj mindkét lebenye beteg. A konzervatív kezelés átmeneti életminőség javulást eredményezhet, de hosszabb távon nem védi ki a súlyos szövődményeket. Radikális megoldást a sebészi kezelés jelent: egy lebenyre lokalizált esetben lebeny reszekció, diffúz formában májátültetés a választandó megoldás. Májátültetés indikált ismétlődő cholangitis és/vagy portalis hypertensio esetén. Szeptikus állapot vagy cholangiocarcinoma megjelenése szignifikánsan rontja a túlélési esélyeket.

Eredmények: 1998 óta hat beteget vizsgáltunk Caroli betegség miatt: 3 férfi, 3 nő, életkor 24–60 év, a betegség fennállása 1–22 év volt. Az első beteg panaszmentes volt, ezért nem javasoltuk a várólistára helyezést, Hat év múlva, amikor újra jelentkezett, irrezekábilis cholangiocellularis carcinomát diagnosztizáltunk hasi exploratio során. Egy beteg a várólistára helyezés előtti kivizsgálás közben elveszett. A harmadik beteget várólistára helyeztük, majd hat hónappal később vércsoportban és méretben megfelelő donor májjal a háttérben exploratív laparotomiát végeztünk. Ennek során a három hónapja ismert hilus közeli 3 cm-es tumor a májtól az aortáig terjedő nyirokcsomó metasztázist adott, így a transzplantáció nem volt elvégezhető. Jelenleg két Caroli betegségben szenvedő recipiens van a várólistán, kimutatható daganatuk nincs. A hatodik beteg kivizsgálása befejeződött, várólistára helyezését tervezzük.

Következtetés: Az irodalomból összegyűjtött adatok alapján a Caroli betegség miatt végzett máj transzplantáció eredményei ugyanolyan jók, mint más kolesztetikus betegség után. A transzplantáció időzítése kulcskérdés, az életveszélyes szövődmények lehetősége miatt egyre inkább előtérbe kerül a korábbi transzplantáció. Úgy gondoljuk, hogy az első három esetünkől levont tanulságok jó esélyt adnak a következő három beteg sikeres kezelésére. A panaszmentes beteg várólistára helyezése továbbra is nyitott kérdés az irodalomban.

IV. SZEKCIÓ – 2. ELŐADÁS

**MÁJÁTÜLTETÉS INDIKÁCIÓI GYERMEKKORBAN.
HAZAI TAPASZTALATOK.**

*Dezsőfi Antal¹, Kóbori László², Görög Dénes², Fehérvári Imre², Máthé Zoltán²,
Martin Burdelski³, Szőnyi László¹*

¹ SEMMELWEIS EGYETEM, I.SZ. GYERMEKKLINIKA, BUDAPEST

² SEMMELWEIS EGYETEM SEBÉSZETI ÉS TRANSZPLANTÁCIÓS KLINIKA, BUDAPEST

³ UNIVERSITATSKLINIKUM SCHLESWIG-HOLSTEIN, KINDERKLINIK KIEL

A májátültetés gyermekkorban is elfogadott eljárás a terminális májbetegségek kezelésére. Történelmi szempontból kezdetben a cadaver donor átültetés terjedt el, de a szervhiány, illetve a növekvő igények miatt az elődonor májátültetés egyre inkább teret nyer.

A gyermekkori májátültetések indikációja jelentősen eltér a felnőttektől. Vizsgálati célunk volt áttekinteni a magyarországi gyermekek körében történt májátültetések indikációit.

1992–2007 között 68 magyar gyermeknél 73 májátültetés (OLTx) történt, ebből 34 volt fiú és 34 lány, átlag életkoruk transzplantációkor 5.3 év volt. Negyven esetben külföldi centrumban (Hamburg, Kiel) történt a transzplantáció (58%), míg a többi 28 gyermeknél a Semmelweis Egyetem Sebészeti és Transzplantációs Klinikáján.

Tizenhárom esetben (19%) az ok acut májelégtelenség volt (gombamérgezés, gyógyszer-intoxicatio, illetve Wilson kór). Az indikációk tekintetében a betegek 81%-ban krónikus májbetegség talaján kialakult májbetegség tette szükségessé a májátültetést. A 2 év alatti betegek túlnyomó többségében extrahepatikus biliaris atresiát követően kialakult májcirrhosis, 1–1 esetben Alagille szindróma, PFIC2, alfa-1 antitripszin hiány, illetve neonatalis hemochromatosis volt az indikáció. A 2–6 éves kor között transzplantált gyerekek között biliaris atresia, Alagille szindróma, primer sclerotisalo cholangitis (PSC), cryptogén májcirrhosis, valamint acut májelégtelenség szerepelt indikációként. Hat éves kor felett policystás vesebetegséghez társuló májfibrosis, PSC, Wilson kór voltak a főbb indikációk, illetve az acut átültetések ¾-e is ekkor történt. Két gyermeknél kombinált, máj-, és veseátültetés történt végállapotú policystás máj és vesefibrosis miatt.

A magyarországi gyermekek májátültetési indikációi megfelelnek a más nemzetközi centrumokban tapasztalhatókhöz. Hat éves kor alatt a vezető indikáció a cholestasissal járó májbetegség, míg e kor felett a szerzett májbetegségek.

IV. SZEKCIÓ – 3. ELŐADÁS

DIABETES ÉS MÁJÁTÜLTETÉS

Nemes B., Zádori G., Gerlei Zs., Sárváry E., Pápai S., Görög D., Benkő T., Fehérvári I., Járay J., Kóbori L.

SEMMEIWEIS EGYETEM TRANSZPLANTÁCIÓS KLINIKA, BUDAPEST

Bevezetés: A májátültetés után jelentkező post-transplantatios diabetes mellitus (PTDM) ismert jelenség. Rizikófaktorait tekintve az irodalom ellentmondásos. Betegek és módszer: 272 májátültetésen átesett beteg adatait elemeztük retrospektív módon.

Eredmények: 43 beteg (15,8%) már a transzplantáció előtt cukorbeteg volt, 50 beteg (18,3%) esetén PTDM alakult ki. PTDM esetén az 1, 3, 5 és 10 éves túlélés 88%, 82%, 82% és 57% volt, vs a többi betegnél 91%, 84%, 74%, és 74%. PTDM vs non-PTDM esetén az alábbi különbségek voltak: életkor ($47\pm 6,4$ vs. 41 ± 13 , $p<0,001$), BMI-érték ($27,1\pm 4$ vs $24,2\pm 4,6$, $p<0,001$), HCV okozta májcirrrosis (66,0% vs 33,3%, $p<0,001$), valamint akut rejeckió és szteroid bóluskezelés nagyobb gyakorisága. Nem volt különbség a hideg, illetve a meleg ischaemiás idő (CIT, WIT), az intraoperatív folyadék és transzfúzió mennyisége, a bázisimmunszuppresszió tekintetében. A preoperatív diabéteszben szenvedő betegek adatai a nem diabéteszes betegekhez képest: életkor (50 ± 7 vs 40 ± 13 , $p<0,001$), BMI-érték ($27,2\pm 4,5$ vs $24,3\pm 4,5$, $p<0,001$), májátültetés utáni szérum kreatinin (136 ± 59 vs 115 ± 62 , $p=0,024$). Nem találtunk jelentős eltérést a Child-Pugh-score, az intenzív osztályon töltött idő, az intraoperatív folyadék, albumin és transzfúzió mennyisége, valamint a posztoperatív májenzimértékeket illetően.

Következtetés: A PTDM a hosszú távú túlélést befolyásolja, HCV pozitív betegek között jelentősen gyakoribb, korai vírusrekurrencia esetén még inkább a kezeléssel összefüggésben.

IV. SZEKCIÓ – 4. ELŐADÁS

MARGINÁLIS DONOROK ÉS MÁJÁTÜLTETÉS

Nemes B, Zádori G, Maléth A, Nagy A, Borsodi E, Gelley F, Görög D, Piros L, Fehérvári I, Járay J, Kóbori L

SEMMEIWEIS EGYETEM TRANSZPLANTÁCIÓS KLINIKA, BUDAPEST

Bevezetés: A májátültetések számát korlátozza a beültetésre alkalmas donorszervek elérhetősége. A donorpool bővítés egyik útja a marginális donorok elfogadása.

Betegek és módszer: donoradatok retrospektív feldolgozása 2003 és 2008 között. Marginális donor kritériumát irodalmi adatok adaptációja alapján állítottuk fel.

Eredmények: A marginális graftok előfordulása 14%, növekedő tendenciával. Marginális májgraft beültetése esetén az 1, 3, 5 éves betegtúlélés 86%, 86%, 86% megegyezik a nem marginális graftok túlélésével. Különbségek marginális vs. nem marginális donorok esetén: BMI (25,5±4,5 vs. 23,1±3,4; p=0,001), intenzív osztályon töltött idő (nap): (3,4±2,7 vs. 1,8±1,6; p=0,009), történt-e reanimatio (34,6% vs. 15,8%; p=0,02), a donor serum nátrium szintje (mmol/l) (154±8,4 vs. 144±20,6; p=0,019), GPT (U/l) (77,2±59,2 vs. 42,6±35,3; p=0,007) GOT (U/l) (46±39,3 vs. 29±21,8; p=0,034), a recipiens beültetés alatt mért diuresise (ml) (496±235 vs. 830±566; p=0,001). Nem volt különbség a postoperatív PNF, initial poor function sepsis, sokszervi elégtelenség, ischémiás típusú epeúti károsodás előfordulási gyakoriságában. A korai HCV rekurrencia gyakorisága magasabb volt marginális donormáj esetén.

Következtetések: marginális májgraftok használata esetén a betegek morbiditása és mortalitása nem különbözik számottevően az átlagos donorokból származó májgraftok beültetése után tapasztalt eredményektől. HCV esetén nem javasolt marginális májgraft beültetése. Donorok életkori limitje bővíthető.

IV. SZEKCIÓ – 5. ELŐADÁS

A MÁJÁTÜLTETÉS VASZKULÁRIS SZÖVŐDMÉNYEI

Németh Lehel Gábor¹, Doros Attila², Fazakas János², Piros László², Módos Károly³, Benkő Tamás², Nemes Balázs², Fehérvári Imre², Kiss Mátyás², Bihari László², Dallos Gábor², Péter Antal², Végső Gyula², Kovács János², Görög Dénes², Járay Jenő², Kőbori László²

² SE, TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA,

³ SE, BIOFIZIKAI ÉS SUGÁRBIOLÓGIAI INTÉZET, BUDAPEST

*Bevezetés:*A májátültetés vaszkuláris szövődményeinek incidenciája 0,5–10%.

Módszerek: Retrospektív módon, demográfiai és műtéti adatok alapján dolgoztunk.

Eredmények: 319 májátültetésen átesett betegből 23 esetben (7,21%) fordult elő vaszkuláris szövődmény. Az átlagos életkor 43 év (7–62 év) a férfi:nő arány 14:9 volt. Az a.hepatica thrombosisa és stenosisa (HAT és HAS) 3,13% és 2,51%, a HAT és HAS együtt 0,94%-ban fordult elő. Vena portae stenosis 0,63%-ban, cava thrombosis nem volt. Szignifikáns különbség a HAT ill. HAS incidenciája és a műtét után eltelt idő között volt (<30>nap).

Következtetés: A magyarországi májátültetés vaszkuláris szövődményeinek aránya <3,1%. A Doppler kontroll, a korai beavatkozás előnyös.

IV. SZEKCIÓ – 6. ELŐADÁS

A NEUROLÓGIAI STATUS MONITORIZÁLÁSA MÁJÁTÜLTETÉS UTÁN. A GYÓGYSZER-TOXICITÁS MEGELŐZÉSE

Kóbori L., Sárváry E., Köhalmi K., Fehérvári I., Benkő T., Piros L., Korponay Zs., Fazakas J., Doros A., Németh A., Gerlei Zs., Németh L. G., Vereczkey L., Varga M., Görög D., Járay J., Monostory K.

SEMMELWEIS EGYETEM

MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA, BUDAPEST

Bevezetés: A limitált donorszám miatt a májátültetés időzítése nagy probléma. A mortalitást befolyásolja a multi organ failure és a súlyos neurológiai status (NS). Az NS az encephalopathia és a herniatio magas veszélye miatt observációra szorul (ammónia, CT, trans-orbitalis UH/Doppler). Az egyénre szabott gyógyszeres kezelés előnyös lehet. A dózis és az interakciók károsan befolyásolják az NS.

Módszerek: Prospektív vizsgálattal 100 májátültetésen átesett betegnél a donor CYP enzim expressziót vizsgáltuk.

Eredmények: 7%-ban az átültetés akut esetben történt. Az 1 éves Kaplan Meier túlélés 87% felett volt. Az AHF miatt történt transzplantációk mind a 7 esetben sikeresek voltak. A 100 átültetett betegből 27 esetben (<30%) léptek fel idegrendszeri tünetek. Az akut csoportban mindenkinek encephalopathiája volt! A CYP enzim vizsgálat során 40%-ban „poor” metabolizáló donor májak átültetésére került sor, de a személyre szabott gyógyszeres kezelés eredményes volt.

Következtetés: A célzott gyógyszeres kezelés az NS megelőzését és a mortalitás csökkentését jelenti.

V. SEKCIÓ – 1. ELŐADÁS

BRIDGING AZ ŐSSEJT-TRANSZPLANTÁCIÓBAN

Kállay Krisztián, Kriván Gergely, Benyó Gábor, Tóth Ágnes, Goda Vera

SZENT LÁSZLÓ KÓRHÁZ, GYERMEKHEMATOLÓGIAI ÉS ŐSSEJT-TRANSZPLANTÁCIÓS
OSZTÁLY, BUDAPEST

A vérképzőszervi malignus betegségek, a csontvelő-elégtelenségek és az immundefektusok bizonyos fajtáinál az allogén őssejt-transzplantáció jelenti az egyetlen hatékony gyógyító eljárást. A transzplantációs indikáció felállítása és az átültetés között azonban minimum egy, átlagosan két-három hónap is eltelik. Ennek oka a jó HLA-egyezésű (akár külföldi) donor megkeresése, kivizsgálása, előkészítése, a donáció lebonyolítása és az őssejtek szállítása. Megfelelő bridge-terápiák nélkül a betegek nem érnék meg az átültetést. Szerző ismerteti ennek az időszaknak az őssejt-transzplantációra jellemző technikáit. Malignus betegségek esetén ilyenkor salvage-kemoterápiát kell adnunk, hiszen a konvencionális kezelések már hatástalanok. Nagyon fontos a megfelelő infekció-kontroll (izolálás, hatékony antimikróbás terápia), hiszen súlyos invazív infekció esetén az alkalmazott immunoablatív kondicionálás végzetes lehet. A bridging idején nagyon megfontolt vérkészítmény-szubsztitúcióra van szükség, mert a sok különböző donortól származó vérkészítmény szenzitizálhatja a beteget, ami később graft-rejekciót okozhat.

V. SEKCIÓ – 2. ELŐADÁS

**GYÓGYSZERES ÉS ESZKÖZÖS „BRIDGE” TERÁPIA
SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓ ELŐTT GYERMEKKORBAN***Ablonczy László, Török Katalin, Kassai Imre, Hartyánszky István, Szatmári András*GOTTSEGEN GYÖRGY ORSZÁGOS KARDIOLÓGIAI INTÉZET, GYERMEKSZÍV KÖZPONT,
BUDAPEST

Bevezetés: 2007. áprilisától indult gyermekszívtranszplantációs program legfőbb nehézsége a donorhiány miatti hosszú várakozási idő. Bár hazánkban a kis esetszám miatt a várólista mortalitás még nem magas, a gyógyszeres és a különösen az eszközös „bridge” terápiának különös jelentősége van. Hosszú előkészítési idő után ez év végétől teljes perctérfogatot biztosító, hosszú távon alkalmazható mechanikus keringéstámogatást biztosító Berlin Heart Excor beültetésére nyílik lehetőség intézetünkben. A szerzők az eddig alkalmazott gyógyszeres bridge terápia eredményeit, illetve a bevezetés előtt álló eszközös támogatás indikációs javallatait taglalják.

Anyag és módszer: 2007. április 1-től 2008. szeptember 10-ig 5 gyermek (4 lány/1 fiú, testsúly: 7–40 kg, életkor: 11 hó–8 év) került szívtranszplantációs várólistára. 4 gyermek esetében több alkalommal levosimendan 24–48 órás intermittáló adagolása került sor a várakozási idő alatt, egy esetben folyamatos dobutamin-milrinol intravénás adagolással együtt. A perctérfogat javulását non-invazív mérésekkel, illetve BNP/proBNP (brain natriuretic peptid) meghatározással ellenőriztük.

Eredmények: A kezdeti időszakban elért látványos klinikai javulást mérsékelt verőtérfogat emelkedés és BNP csökkenés kísérte, de a hosszú várakozás miatt az ismételt levosimendan kúra effektivitása csökkent, 1 beteget 140 napos várakozási idő után elvesztettünk. Transzplantáció két esetben történt. 2 betegünk 2 hetes levosimendan kezelése mellett 85, illetve 35 napja várakozik a várólistán.

Következtetések: Bár az intermittáló levosimendan kezelésekkal, illetve folyamatos intravénás inotróp kezeléssel a várakozási idő jelentősen megnyújtható, végleges megoldást a hosszú távú mechanikus keringés támogató eszközök, gyermekek esetében a Berlin Heart Excor jelenthet.

V. SZEKCIÓ – 3. ELŐADÁS

MAGASABB MŰTÉTI KOCKÁZATOT JELENT-E AZ INTRAAORTICUS BALLONPUMPÁN LÉVŐ BETEGEK SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓJA*Daróczi László, Moravcsik Endre, Hüttl Tivadar, Hartvánszky István, Szabolcs Zoltán*SEMMEIWEIS EGYETEM ÁOK ÉR- ÉS SZÍVSEBÉSZETI KLINIKA SZÍVSEBÉSZETI OSZTÁLY,
BUDAPEST

Bevezetés: A végstádiumú szívelégtelenség kezelésének legeredményesebb módja a szívátültetés. Klinikánkon 1992-ben beindult szívtranszplantációs program keretében 2008.10.01-ig 140 beültetést végeztünk. Ezen 16 éves periódus alatt gyakran szembesültünk a transzplantációra váró betegek magas száma és a rendelkezésre álló kevés donor közötti ellentmondással. A tudomány fejlődésével számos olyan módszert fejlesztettek ki melyek segítségével áthidalhatóvá vált a műtéti indikáció felállítása és a műtét elvégzése, az alkalmas donor szív megtalálása közötti idő. Ilyen mechanikus keringéstámogató eszköz az intraaorticus ballonpumpa (IABP).

Anyag és módszer: Klinikánkon 15 IABP támogatással érkező betegen végeztünk szívátültetést. A pumpát néhány órával illetve több héttel az operáció előtt helyezték be. A betegek 33,3%-a (5 beteg) volt nő, 66,7%-a (10 beteg) férfi. Mindegyikük NYHA IV-es stádiumú szívelégtelenségben szenvedett. Vizsgáltuk az ejectios frakció, a systemás artériás nyomás és az un. végszervi funkciók (máj, vese) változását. Nyomonkövettük a ballonpumpa eltávolíthatóságának idejét, valamint az esetleges IABP támogatással összefüggő szövődeményeket.

Eredmények: IABP támogatás nélkül egyik betegünk sem élte volna meg a szívátültetést. A 15 IABP támogatással érkező szívátültetésen átesett beteg közül négyet veszítettünk el (26,7%), egyik haláleset sem volt összefüggésben az IABP kezeléssel. A ballonpumpa kezelés időtartama alatt szignifikáns emelkedést tapasztaltunk mind a systemás artériás nyomás (74,5 Hgmm+9,6 Hgmm-ről 82,3 Hgmm+4,7 Hgmm-re; P=0,02) mind az ejectios frakció (14,7%+6,4%-ról 21,0+8,6%-ra; P=0,014) tekintetében. A máj- és vesefunkció is jelentős mértékben javult, amely azonban statisztikailag nem érte el a szignifikáns mértéket.

Következtetés: Az intraaorticus ballonpumpa kezelés sikeresen és biztonságosan alkalmazható a végstádiumú szívelégtelenségben szenvedő betegek állapotának stabilizálására, lehetővé téve az alkalmas donorszív megtalálását, a beteg számára egyetlen esélyt jelentő szívátültetés elvégzését. Az ejectios frakció, a systemás artériás nyomás szignifikáns növelésével a végszervekben olyan perfúziós viszonyokat biztosít, melyek következtében a szígerék nem károsodnak. A szervrendszerek megfelelő működése a szívátültetés kimenetelét illetően létfontosságú. Az IABP kezeléssel összefüggő szövődemények a transzplantáció sikerességét sem rövid sem hosszú távon nem befolyásolták.

V. SZEKCIÓ – 4. ELŐADÁS

SEBÉSZI LEHETŐSÉGEK SZÍVELÉGTELENSÉGBEN: TRANSZPLANTÁCIÓ VAGY MŰSZÍV?

*Hartvánszky István, Veres Gábor, Hüttl Tivadar, Moravcsik Endre, Daróczi László,
Kayser Sándor, Gálfy Ildikó*, Gál János*, Szabolcs Zoltán*

SEMMELWEIS EGYETEM, ÉR- ÉS SZÍVSEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

*SEMMELWEIS EGYETEM, ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍVTERÁPIAI KLINIKA, BUDAPEST

Az elmúlt 10 évben jelentősen megváltozott a szívműtetre kerülő betegpopuláció összetétele. Egyrészt az átlag életkor kitolódásával, másrészt az invazív kardiológia egyre nagyobb térhódításának köszönhetően a szívsebészet újabb irányokba vette útját. Megjelent az aritmia sebészet, a minimál invazív szívsebészet, tért hódítottak egyes billentyű plasztikai megoldások, illetve a bal kamra rekonstrukciós műtétek.

Célunk bemutatni a replacement terápiás lehetőségeket, áttekinteni, és bemutatni az egyes műszív típusokat, és megvizsgálni a műszívek és a szívtranszplantáció kapcsolatát.

2008.03.18-án klinikánkon elvégeztük az első sikeres BiVAD beültetést, ezzel teljessé téve a végstádiumú szívbetegek elérhető terápiás lehetőségeit.

A korszerű szívtranszplantációs program ma már nélkülözhetetlen része a bridge-to-transplant típusú műszívek használata.

V. SZEKCIÓ – 5. ELŐADÁS

GÉPI LÉLEGEZTETÉS MINT BRIDGE ELJÁRÁS TÜDŐÁTÜLTETÉSBEN

Czebe Krisztina³, Lang György¹, Rényi-Vámos Ferenc², Kovács Lajos⁴, Csiszér Eszter³, Aigner Clemens¹, Klepetko Walter¹

¹ BÉCSI ORVOSTUDOMÁNYI EGYESZET SEBÉSZETI KLINIKA, SZÍV- ÉS MELLKASSEBÉSZETI RÉSZLEG, BÉCS

² ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET, SEBÉSZETI OSZTÁLY, BUDAPEST

³ OKTPI, III.SZ. BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY, BUDAPEST

⁴ SEMMELWEIS EGYESZET, GYERMEKGYÓGYÁSZATI KLINIKA

Bevezetés: A lélegeztetett állapot a legtöbb centrum számára ellenjavallatot képez a tüdőátültetés vonatkozásában.

Anyag és módszer: 1996–2008/9 között 74 magyar beteg tüdőátültetését végeztük. Ezen időszak alatt 10 várólistára helyezett beteg került gépi lélegeztetésre.

Eredmények: 4 beteg nem jutott el a transzplantációig. 6 beteget sikeresen transzplantáltunk (diagnózisok szerinti megoszlás: fibrózis=2, CF=2, histiocytosis X=1, Bourneville-Pringle szindróma=1). 5 esetben primer transzplantáció, 1 esetben akut retranszplantáció történt korai graft elégtelenség miatt, ez utóbbi beteg a lélegeztetés mellett extracorporális membrán oxigenizációra is szorult. 2 beteget elvesztettünk a posztoperatív szakban szepszis és több szerv elégtelenség miatt, 4 betegünk azóta is jó életminőséggel otthonában él.

Következtetés: A lélegeztetés szelektált esetekben sikeres bridge eljárás lehet a tüdőtranszplantációig.

V. SZEKCIÓ – 6. ELŐADÁS

EXTRACORPORALIS MEMBRÁNOXIGENIZÁCIÓ MINT BRIDGE ELJÁRÁS TÜDŐÁTÜLTETÉSBEN

Lang György¹, Rényi-Vámos Ferenc², Czebe Krisztina³, Csiszér Eszter³, Aigner Clemens¹, Klepetko Walter¹

¹ BÉCSI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM SEBÉSZETI KLINIKA, SZÍV- ÉS MELLKASSEBÉSZETI RÉSZLEG, BÉCS

² ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET, SEBÉSZETI OSZTÁLY, BUDAPEST

³ OKTPI, III.SZ. BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY, BUDAPEST

Bevezetés: Az extracorporális membrán oxigenizáció (ECMO) mint tüdőtranszplantációhoz történő bridge nemzetközi viszonylatban is ritkán alkalmazott eljárás.

Anyag és módszer: 1998–2008 között 16 esetben végeztünk transzplantáció vagy retranszplantáció előtti bridge kezelést ECMO támogatással.

Eredmények: 4 beteg nem jutott el a transzplantációig (TX). 12 beteget transzplantáltunk (8 primer TX, 4 reTX). Az ECMO bridge 3 esetben veno-venosus, 9 esetben veno-arteriális kanülálással történt. A műtét 11 esetben bilaterális, 1 esetben unilaterális TX volt. 5 esetben lebenyátültetést, 2 esetben split tüdőátültetést végeztünk. 4 beteget veszítettünk el az intézeti kezelés ideje alatt. Az intenzív oosztályon töltött napok medián értéke az összes beteg vonatkozásában 39+50 (3-180 nap), az elhalt 4 beteg esetében 60+74 (3–180 nap), a 8 túlélő beteg esetében 31+19 (7-55 nap) volt. A 694 napos átlagos utánkövetési idő mellett a 3 hónapos túlélés 74,1%, az 1 éves túlélés 55,6% volt.

Következtetés: Az ECMO alkalmas bridge kezelésre, ha a TX egy héten belül elvégezhető, és a centrum jártas a lobáris- és split TX műtéti technikákban.

VI. SZEKCIÓ – 1. ELŐADÁS

STEROID HATÁSA A SEJT HSP RENDSZERÉRE

Gál Krisztina, Prókai Ágnes, Szebeni Beáta, Cseh Áron, Lukácsovits József,
Vannay Ádám, Szabó J Attila, Müller Veronika**

SEMMELWEIS EGYETEM I. SZ. GYERMEKKLINIKA ÉS *PULMONOLÓGIAI KLINIKA,
BUDAPEST

Szervtranszplantációt (Tx) követően a kilökődési folyamat megelőzése megfelelő immun-suppresszív kezeléssel biztosítható, melynek egyik komponense sok esetben steroid terápia. A hő sokk fehérjék (HSP) központi szerepet játszanak a sejtintegritás fenntartásában, az apoptózis gátlásban és a celluláris immunválasz szabályozásában. Tx után HSP expresszió változás a graft gyorsabb elvesztéséhez vezet. Nem ismert, hogy a steroidok hogyan befolyásolják a celluláris HSP választ, és sejtnoxa (pl. dohányfüst) mennyiben változtatja azt.

Alveolaris epithelsejteken (A549) HSP fehérje expresszióját vizsgáltuk több dexamethason (Dex) dózis (0,1/1/10 μ M) mellet, illetve dohányfüstextraktummal (CSE) kiegészítve, FACS analízissel.

Dex kezelés dózisfüggően csökkentette az apoptotikus sejtek számát, és a celluláris HSP expressziót. CSE hatására jelentősen nőtt az apoptotikus sejtek száma, CSE és Dex kombinált kezelésnél emelkedő steroiddózissal nőtt a HSP expressziója.

Tx-t követően is alkalmazott steroidkezelés hatására csökkenhet az apoptosis és a celluláris HSP expresszió, mely cytotoxicus T sejtek stabilizálásában központi szerepű lehet. Sejtnoxa, mint pl. a CSE a sejt túlélő mechanizmusait aktiválva megváltoztatja a steroidhatást.

VI. SZEKCIÓ – 2. ELŐADÁS

PULZUSHULLÁM TERJEDÉSI SEBESSÉG EGÉSZSÉGES ÉS VESETRANSZPLANTÁLT GYERMEKEKNÉL*Kis Éva, Cseprekál Orsolya, Szabó Attila, Tulassay Tivadar, Reusz György*

Elméleti háttér: Az érfalrugalmasság az életkor előrehaladtával csökken. A folyamat ve-seelégtelenségben felgyorsul, transzplantációt követően regredial. Az érfalmerevség je-lemezhető a pulzushullám terjedési sebesség (PWV) mérésével. Célul tűztük ki PWV normál értékének meghatározását, és a befolyásoló tényezők vizsgálatát egészséges gyer-mekeknél. Vesetranszplantált gyermekek PWV értékét (Tx) három szempont szerint il-lesztett kontrollcsoport eredményeivel hasonlítottuk össze.

Betegek és módszer: PWV-t az applanációs tonometria elvén működő PulsePen készülék-vel mértük. Egészséges gyermekeknél (H, n=270) vizsgáltuk a kor (É), magasság (M), súly (S), szisztolés és diasztolés vérnyomás (BPs, BPd), a szívfrekvencia (HR) és PWV össze-függéseit. A Tx (n=25) csoportot korban (A), testméretben (M/S), valamint kor és magas-ság (A/H) szerint illesztett csoportokkal vetettük össze. A testméretben heterogén beteg-csoportok érfalrugalmasságának jellemzésére PWV magasságra normalizált hányadosát (PWV/h) alkalmaztuk. A hányados matematikai igazolására számítottuk a PWV Z score (PWV-Z) értéket.

Eredmények: H csoportban szignifikáns, pozitív korreláció mutatkozott E ($r=0,63$), M ($r=0,53$), S ($r=0,46$), BPs ($r=0,43$), BPd ($r=0,29$), és negatív korreláció HR ($r=-0,22$) és PWV ($p<0,001$) között. Többszörös regressziós analízissel PWV legfőbb prediktora az élet-kor (H, $\beta=0,7$, $SE=0,68$, $p<0,001$). Tx csak M/S és A/H csoporttól különbözött ($p<0,001$). PWV/h és PWV-Z kortól függetlenek, közöttük erőteljes pozitív korreláció van ($r=0,91$, $p<0,001$).

Következtetés: Gyermekekben PWV legfőbb meghatározó tényezője az életkor. PWV-Z és az egyszerűbben számítható PWV/h korfüggetlen paraméter alkalmas lehet a növekedés-ben elmaradott betegcsoportok érfalrugalmasságának jellemzésére.

(OTKA-071730 és az ETT 435/2006 támogatásával.)

VI. SZEKCIÓ – 3. ELŐADÁS

HIDEG ISCHAEMIÁS IDŐ HATÁSA PANCREAS TRANSZPLANTÁCIÓ KIMENETELÉRE

Forgács Bence, Titus Augustine, Neil Parrott, Afshin Tavakoli

ROYAL MANCHESTER INFIRMARY, TRANSZPLANTÁCIÓS OSZTÁLY,
MANCHESTER, NAGY-BRITANNIA

Bevezetés: A megnyúlt hideg ischaemiás idő (cold ischemia time; CIT) a szövődmények gyakoriságának emelkedéséhez vezet pancreas transzplantációban. Optimális esetben a CIT 12 óra alatt tartható, azonban logisztikai és egyéb okok miatt ez nem mindig teljesíthető.

Célkitűzés: Tanulmányunk célja a pancreas transzplantáció kimenetelének és a szövődmények gyakoriságának elemzése volt az optimális és az annál hosszabb CIT esetében.

Anyag és módszer: 2001 júliusa és 2007 decembere között 133 pancreas transzplantációt végeztünk intézetünkben. A recipienseket a CIT hosszának megfelelően 3 csoportba osztottuk. 1. csoport CIT<12h, 2. csoport CIT 12-15h, 3. csoport CIT>15h. A beteg és graft túlélési adatokat, valamint a korai és késői szövődmények előfordulásának gyakoriságát elemeztük.

Eredmények: Az egy éves beteg túlélés az 1. csoportban 100%, a 2. csoportban 90%, a 3. csoportban 93% volt. Az egy éves graft túlélés 86%, 75% és 71% volt.

Sebészeti szövődmények	1. csoport	2. csoport	3. csoport
Transzplantációk száma	22	69	42
Graft thrombosis(%)	5	17	17
Vérzés (%)	9	13	10
Sebfertőzés (%)	18	16	21
Folyadékgyülem (%)	9	13	14
Varrateltelenség (%)	5	9	17
Tályog (%)	9	26	26

A nem sebészeti szövődmények (szepszis, pulmonáris komplikáció, cardiális komplikáció, CMV fertőzés, ileus, pulmonáris embolia és akut rejeckió) gyakorisága hasonló volt a csoportokban. A húgyuti fertőzések gyakorisága a 2. és 3. csoportban gyakoribb volt.

Összefoglalás: Az egy éves beteg és graft túlélési eredmények magasabbak voltak az optimális (<12h) CIT csoportban. A sebészeti szövődmények gyakorisága pedig alacsonyabb volt.

Következtetés: Jobb beteg és graft túlélési eredmények, valamint kevesebb sebészeti szövődmény érhető el ha a CIT az optimális 12 órán belül marad.

VI. SZEKCIÓ – 4. ELŐADÁS

AZ ERYTHROPOIETIN (EPO) KEZELÉS SZÉRUM ÉS GLUKOKORTIKOID REGULÁLTA KINÁZ-1 (SGK1)-EN KERESZTÜL PROTEKTÍV A VESE ISZKÉMIA/REPERFÚZIÓS (I/R) KÁROSODÁSÁVAL SZEMBEN

Krisztina Rusai¹, Ágnes Prókai¹, Beáta Szebeni¹, Andrea Fekete¹, András Treszl¹, Ádám Vannay¹, Veronika Müller², György Reusz¹, Uwe Heemann³, Jens Lutz³, Tivadar Tulassay¹, Attila J. Szabó¹

¹ I. SZ. GYERMEKKLINIKA,

² PULMONOLÓGIAI KLINIKA, SEMMELWEIS EGYETEM,

³ DEPARTMENT OF NEPHROLOGY, KLINIKUM RECHTS DER ISAR, MUNICH, GERMANY

Az SGK1 egy antiapoptotikus tulajdonsággal rendelkező szerin-treonin kináz, amely expresszióját részben a p38 MAPK váltja ki. Irodalomból ismert, hogy foszforilált formája védő szerepet tölt be a sejt különböző stressz állapotaiban. Felmértük az EPO antiapoptotikus hatását, amely számos in vitro és in vivo kísérletben már bizonyítást nyert, valamint ennek kapcsolatát az SGK1-gyel.

In vitro, az EPO Annexin V FACS méréssel igazolt protektív hatást fejtett ki human embriónális vese sejtekre (HEK), amellyel párhuzamosan az SGK1 mind RT-PCR-rel, mind Western blottal történt mérése szignifikánsan magasabb expressziót mutatott. HEK sejtek kezelése SB203580-val, egy p38 MAPK inhibitorral EPO kezelést követően az SGK-1 csökkenet aktivitását eredményezte. Az SGK1 szintézisének gátlása, RNS interferencia által, megszüntette az EPO antiapoptotikus hatását. Vese I/R-s károsodásban, a patkányok EPO-val való előkezelését követően szignifikáns protektív hatás volt tapasztalható mind a szövet károsodás, mind a vesefunkció tekintetében. Továbbá, az SGK1 expressziója és foszforilációja magasabb volt az EPO kezelt állatokban a vehikulummal kezeltékhez képest mind a real-time PCR, mind a Western blot, mind az immunfluoreszcens festés eredményei alapján.

Összegezőképp elmondhatjuk, a vese I/R károsodása során az SGK1 közvetítheti az EPO antiapoptotikus hatását.

VI. SZEKCIÓ – 5. ELŐADÁS

A HYPHYPHYSIS ADENILÁT CIKLÁZ AKTIVÁLÓ POLYPEPTID (PACAP) ELŐFORDULÁSA VESÉBEN ÉS MOLEKULÁRIS HATÁSMECHANIZMUSÁNAK VIZSGÁLATA PATKÁNY ISCHAEMIÁS VESEKÁROSODÁSBAN

Rácz B¹, Kiss P², Reglódi D², Németh J³, Magyarlaki T⁴, Tamás A², Lubics A², Opsahl M², Braaten N², Ferencz A⁵, Wéber G⁵, Szakály P⁶

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM ÁOK ¹BIOKÉMIAI ÉS ORVOSI KÉMIAI INTÉZET,

²ANATÓMIAI INTÉZET, ⁴LABORATÓRIUMI MEDICINA INTÉZET,

⁵SEBÉSZETI OKTATÓ ÉS KUTATÓINTÉZET, ⁶SEBÉSZETI KLINIKA, PÉCS

³DEBRECENI TUDOMÁNYEGYETEM ÁOK FARMAKOLÓGIAI ÉS FARMAKOTERÁPIAI INTÉZET, DEBRECEN

Bevezetés: A PACAP egy neuroprotektív hatásokkal rendelkező neuropeptid. Munkacsoportunk korábban kimutatta, hogy a PACAP más sejteket (szívizomsejt, endothelsejt) is képes megvédeni különböző károsító tényezőkkel szemben. Előző kísérletünkben kimutattuk, hogy a PACAP növeli a vese ischaemiás tűrőképességét, és csökkenti a mortalitást valamint az ischaemia következtében kialakuló tubularis károsodást patkányban. Jelen kutatásunk célja egyrészt PACAP és receptorai vesében történő előfordulásának és ischaemia következtében fellépő változásának vizsgálata patkányban. Továbbá vizsgáltuk a PACAP protektív hatásmechanizmusát a mitochondriális antiapoptotikus bcl-2 expresszió és az oxidatív stressz mértékét tükröző malondialdehid és redukált glutathion koncentráció kimutatásával.

Módszerek: A PACAP receptorokat immunhisztokémiával vizsgáltuk, a PACAP koncentrációt RIA-val normál hím és nőstény, valamint 45 és 60 perc ischaemián átesett patkányokon. A bcl-2 expressziót Western blot segítségével, a malondialdehid koncentrációt pedig biokémiai assay segítségével határoztuk meg 45 és 60 perces ischaemia-reperfúzió után, PACAP kezelt és kontroll állapotokban.

Eredmények: Immunhisztokémiai mérések igazolták, hogy a PACAP receptorai eszpresszáldnak a vese tubulusokban. A RIA mérések azt mutatták, hogy a PACAP38 igen magas koncentrációban fordul elő patkány vesében. Nőstény patkányokban magasabb a koncentrációja mint hímekben, a korrallal pedig csökken. PACAP27 alacsonyabb koncentrációban volt jelen. Ischemia után pedig szignifikáns korai csökkenést tapasztaltunk. A malondialdehid koncentrációt csak az ischaemiát követő első órában csökkentette a PACAP kezelés, a glutathion szint nem változott. A vese ischaemia következtében kialakuló jelentős bcl-2 fehérje expresszió csökkenést a PACAP kezelés mind 45 mind 60 perces ischaemiát követően kivédte.

Következtetés: A PACAP magas koncentrációban fordul elő patkány vesében, és változik ischaemia-reperfúziót követően. A korábban talált jelentős védő hatáshoz hozzájárulhat a mitochondriális antiapoptotikus útvonalon keresztül kifejtett gátló hatása és a röviddel az ischaemiát követő antioxidáns hatása.

(OTKA K72592, F67830, ETT439/2006 támogatásával)

VI. SZEKCIÓ – 6. ELŐADÁS

A MALNUTRÍCIÓS-INFLAMMÁCIÓS KOMPLEX SZINDRÓMA (MICS) SKÁLA VALIDÁLÁSA VESETRANSZPLANTÁLT (TX) BETEGEK KÖRÉBEN

*Molnár Miklós Zsolt^{1,2}, Czira Mária Eszter², Keszei András², Bekő Gabriella³,
Sárváry Enikő¹, Rempert Ádám¹, Novák Márta² és Mucsi István^{2,4}*

¹SEMELWEIS EGYETEM TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA;

²MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET; ³KÖZPONTI LABORATÓRIUM;

⁴I. SZ. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA

Háttér: A malnutrició és a krónikus gyulladás kombinációját malnutrició-inflammációs komplex szindrómának (MICS) nevezzük. Jelenleg nem áll rendelkezésre valid, könnyen használható, megbízható eszköz a szindróma felmérésére vesetranszplantált betegek körében.

Célkitűzés: A MICS skála validálása Tx betegekben.

Módszerek: 993 Tx betegnél antropometriás paraméterek és inflammációs markerek rögzítése mellett, a dializált betegekben validált MICS pontszám is felvételre került.

Eredmények: A MICS pontszám szignifikáns kapcsolatot mutatott az életkorral ($\rho=0,213$), a haskőrfogattal ($\rho=-0,144$), a bGFR-rel ($\rho=0,281$), az albumin ($\rho=-0,480$), az IL-6 ($\rho=0,231$), a TNF-alpha ($\rho=0,102$), a transferrin ($\rho=-0,293$) és az adiponektin ($\rho=0,225$) szinttel. Structural Equation Model-t alkalmazva igazoltuk, hogy a MICS pontszám jól reprezentálja a malnutriciót és a gyulladást.

Következtetés: Vesetranszplantált betegekben a MICS pontszám megbízható, valid, a malnutrició-inflammációs komplex szindróma felmérésére alkalmas eszköz.

VII. SEKCIÓ – 1. ELŐADÁS

MAGYARORSZÁGI DONÁCIÓS ÉS TRANSZPLANTÁCIÓS AKTIVITÁS ÖSSZEHASONLÍTÁSA 2006-2007-2008. AZONOS IDŐSZAKAIBAN

Bakos Petra, Mihály Sándor, Deme Orsolya, Szakács Éva, Szűcs Anikó, Márton János

ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT, SZERVKOORDINÁCIÓS IRODA; BUDAPEST

Az Országos Vérellátó Szolgálat Szervkoordinációs Irodája – mint a magyarországi szervkivételi riadók országos hatáskörű szervezését végző szervezet – a feladatának tekinti a jelentésre kerülő potenciális donorok számának növelését és az optimális szervfelhasználás elősegítését is. A szervdonációt ösztönző programok bevezetésének döntéstámogatásának érdekében a Szervkoordinációs Iroda naprakész statisztikai adatbázist kezel és tart fent. Mivel ez évben is csökkenő tendenciát mutat a megvalósult donációk száma, az összehasonlítások során vizsgáltuk a jelentett esetek, a donációk – ezen belül a multiorgan donációk számát/arányát – és a transzplantációk számát összesen és szervenként, valamint figyelembe vettük a jelentő intézmények jellegét (kormányzat által kiemelt illetve nem kiemelt egészségügyi intézmények).

Az elemzés során 2006–2007–2008. évek azonos időszakainak – január 1-től augusztus 31-ig terjedő intervallum – adatai kerültek feldolgozásra.

Tavaly csökkenés volt tapasztalható a 2006. évi jelentett esetek, megvalósult donációk, valamint a kivett- és beültetett szervek számához viszonyítva. A 2006. évi donorjelentések száma 191 volt, 2007-ben 163, 2008-ban pedig 182 jelzés érkezett szolgálatunk non-stop donorjelentő zöld számára.

Az idei, 2008. évi első nyolc havi jelentések és megvalósult donációk számában bekövetkezett, a transzplantációs koordinátor szervezet által érzékelt változások eltérést mutatnak az előző években tapasztalt tendenciától. A jelentett esetek számában 2007. azonos időszakaival összehasonlítva 11,66%-os növekedés tapasztalható, míg érdekes módon a megvalósult donációk tekintetében 1,08%-os csökkenés figyelhető meg.

VII. SEKCIÓ – 2. ELŐADÁS

MIÉRT KEVÉS A DONOR?

Szakács Éva, Mihály Sándor, Bakos Petra, Deme Orsolya, Szűcs Anikó, Márton János

2007. évben a donorjelentések, és a megvalósult donációk száma egyaránt csökkent az előző, 2006. évben történt donorjelentések és megvalósult donációk számához képest. 2008-ban az előző év azonos időszakához képest a donorjelentések száma emelkedést mutat, a megvalósult donációk számának növekedése nélkül. A Szervkoordinációs Iroda azért állított össze egy kérdőívet, hogy bizonyosságot szerezzen, melyek azok a tényezők, amelyek az intenzív osztályok effektív aktivitásának csökkenését okozzák.

Módszer: 2008. július 1 – augusztus 31-ig, 31 kórház, 32 intenzív osztályának főorvosát kerestük fel személyesen, és egy 0,5–1 órás interjú kapcsán töltöttük ki közösen a 16 kérdésből álló kérdőívet. Kérdéseinket úgy állítottuk össze, hogy az eddigi tapasztalatokkal egybeeső kérdések mellett, lehetőséget adtunk a szubjektív vélemények és egyedi problémák kifejtésére is.

Eredmények: A megkeresett 32 intenzív osztály közül, 13 (41%) tapasztalta a donációk számának csökkenését a saját osztályán. A csökkenés okai között 12 (38%) alkalommal más, a kórház szervezeti egységébe tarozó osztályok a donációt nem feltétel nélkül támogató hozzáállásáról, másik 4 (16%) esetben a tárgyi eszközök (elsősorban finanszírozott ágyszám) hiányáról, illetve jelentős 13 (41%) számban a személyi feltételek (orvos, nővér) hiányáról tesznek említést.

Következtetés: A donációs aktivitás, több tényező által befolyásolt mutatója a hazai donorjelentő kórházakban az elmúlt időszakban bekövetkezett változásoknak. Következésképpen, nem mondható ki, hogy a donációs aktivitás csökkenése egy fellelhető okra vezethető vissza, hanem több, egy irányba ható tényező következménye.

VII. SEKCIÓ – 3. ELŐADÁS

SZERVUTILIZÁCIÓ EURÓPÁBAN ÉS MAGYARORSZÁGON

Szűcs Anikó, Mihály Sándor, Bakos Petra, Deme Orsolya, Szakács Éva, Márton János

ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT, SZERVKOORDINÁCIÓS IRODA, BUDAPEST

Bevezetés: A szervátültetések számának nemzetközi összehasonlításához Európában és a világ minden országában a pmp-t alkalmazzák. A különböző lakosságszámú európai országok adatainak összehasonlítására ad lehetőséget, ha az eredményeket 1 millió lakosra számítjuk. A Szervkoordinációs Iroda egy új megközelítésből vizsgálta az Európai Unió szervátültetési adatait.

Anyag és módszer: Az EU 27 tagállamának adatait az IRODaT (International Registry of Organ Donation and Transplantation) adatbázisából nyertük. A vizsgált időszak 2002–2007 közötti, így 6 év donációs és transzplantációs adatainak vizsgálatát jelenti. Vizsgáltuk, hogy adott években a donorok számához viszonyítva a szervek milyen arányban kerültek beültetésre, illetve hogy Magyarország milyen pozíciót foglal el, ha az eredményeket csökkenő sorrendbe rendezzük.

Eredmények: ha a 6 év átlagos adatait számítjuk, akkor veseátültetés tekintetében Magyarország a 13. helyet foglalja el, 12 hellyel megelőzve a legnagyobb donációs aktivitással bíró Spanyolországot. Májtranszplantációban a 20., szívátültetésben a 23., míg pancreas beültetésben a 13. helyet foglaljuk el az Európai Unió 27 tagállama között.

Következtetés: Magyarországon 2007-ben sajnos csökkent a cadaver donációk száma és ennek következtében a donációs aktivitás is, azonban ez az összehasonlítás esetenként más pozícióba sorolja az Európai Unió térképén.

VII. SEKCIÓ – 4. ELŐADÁS

KITERJESZTETT VESEDONOR KRITÉRIUMOK MAGYARORSZÁGON

Mihály Sándor, Bakos Petra, Deme Orsolya, Szakács Éva, Szűcs Anikó, Márton János

ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT, SZERVKOORDINÁCIÓS IRODA, BUDAPEST

Bevezetés: Az országos vesetranszplantációs várólistán jelenleg 631 beteg vár szervre, míg tavaly 265 (42%) veseátültetés történt. Mivel a vesetranszplantáció hosszabb és jobb minőségű életet biztosító költség-eredményes eljárás, növelni kell a transzplantációs célokra felhasználható szervek számát. Ennek egyik lehetséges módja a szervelfogadási kritériumok kibővítése.

Anyag és módszer: A vese elfogadási kritériumok összehasonlító vizsgálata céljából a 2002-es és 2007-es év összes megvalósult donációinak adatai közül használtuk összehasonlításra az életkor, a vesefunkciós laborértékek, a vazóaktív szerek dózisa, a magas vérnyomás és cukorbetegség az anamnézisben, a kórházi kezelés során történt újraélesztés, valamint az intenzív osztályon töltött idő értékeit.

Eredmények: Nőtt az átlagos intenzív osztályon töltött idő, az agyi érkatasztrófák gyakorisága, míg csökkent a koponya traumák aránya. Az újraélesztések száma, az anamnesztikus magas vérnyomás gyakorisága nőtt. A keringéstámogatást nem igénylő esetek száma csökkent.

Következtetés: Magyarországon bővültek a szervelfogadási kritériumok az elmúlt években. A kiterjesztett donorkritériumok alkalmazásához meg kell határozni azokat a határértékeket, amely több, de szuboptimális szerv felhasználásával maximális egészségnyereséghez vezetnek.

VII. SZEKCIÓ – 5. ELŐADÁS

**MARGINÁLIS DONOROKBÓL SZÁRMAZÓ VESEGRAFTOK
UTÁNKÖVETÉSE**

Illencsik Mária¹, Zámbó Mónika¹, Borda Bernadett¹, Mihály Sándor², Márton János², Szederkényi Edit¹, Marofka Ferenc¹, Szenohradszky Pál¹

¹ SZTE ÁOK SEBÉSZETI KLINIKA, TRANSZPLANTÁCIÓS OSZTÁLY, SZEGED

² ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT, SZERVKOORDINÁCIÓS IRODA, BUDAPEST

Bevezetés: A transzplantációs várólistán szereplő betegek száma folyamatosan nő, de ezzel nem tart lépést a szóba jövő beültethető vese graftok száma. Ezért igen nagy igény mutatkozik a donor pool kibővítésére, hogy minél több, arra alkalmas, végstádiumú veseelégtelenségben szenvedő beteg részesülhessen veseátültetésben.

Ennek egyik lehetséges módja a standard kritériumú szervek átültetésén túl az ún. marginális donorokból származó szervek transzplantációja, vagy ahogyan újabban nevezik kiterjesztett kritériumú donoroktól származó szervek felhasználása. A kiterjesztett kritériumú donorok az allograftok rövidebb idejű túlélésének kockázatát eredményezhetik.

A beültetett szerv hosszú távú túlélését többek között a donor életkora és az ún. hideg ischaemiás idő (a perfúzió kezdetétől a declampage-ig eltelt idő) jelentősen befolyásolja.

Célkitűzés: A dél-magyarországi régióban a marginális donorokból származó vesék átültetésének utánkövetésével megvizsgáljuk azok túlélési és funkcionális adatait.

Anyag és módszer: 2004. január 1. és 2008. augusztus 31. között a dél-magyarországi régióból származó és Szegeden beültetett vese graftokat vizsgáltuk.

A donor életkora, a halál oka, terminális serum kreatinin értéke és hypertóniás anamnézise alapján standard és marginális kategóriákba soroltuk őket. Vizsgáltuk a hideg ischaemiás időt, az azonnali és késői graft funkciót és a rejekciós rátát.

Eredmények: A vizsgált időszakban 141 donáció történt régióinkban, ebből összesen 281 vesét távolítottunk el.

Az UNOS kritériumai alapján 17 marginális donort találtunk (34 marginális vese), ebből Szegeden beültetett vesék száma 19.

24 óránál hosszabb hideg ischaemiás idő nem volt, az átlag: 22:58. (15:55-23:11).

17 esetben indult azonnal a graft, és csak 2 esetben kezdődött később a graft működése.

Egy éven belül 7 vesét veszítettünk el (37%), ennek okai: 3 esetben akut rejekció miatt graftectomia, 4 esetben került vissza a beteg krónikus dialízis programba.

Következtetés: A marginális vese grafttal végzett veseátültetés esetén az azonnal induló vesék aránya nem rosszabb az átlagosnál, de a graft túlélés csökkent (63%).

Amennyiben a hideg ischaemiás időt csökkenteni tudjuk úgy a vese graft hosszú távú túlélését növelhetjük.

VII. SEKCIÓ – 6. ELŐADÁS

SZUB-OPTIMÁLIS DONORVESÉK TRANSZPLANTÁCIÓJÁNAK VIZSGÁLATA

Kabai Krisztina, Asztalos László, Mihály Sándor, Márton János

ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT SZERVKOORDINÁCIÓS IRODA,
DEOEC SEBÉSZETI INTÉZET TRANSZPLANTÁCIÓS OSZTÁLY DEBRECEN

A szervek minnél szélesebb körű felhasználása érdekében a vesetranszplantációs központok elfogadják a rosszabb laborparaméterekkel rendelkező, 60 éven felüli, hipertóniás anamnézissel rendelkező donorokat is.

A Debreceni Transzplantációs Osztály 5 éves beteganyagában vizsgáltuk meg az ezen donorokból beültetésre került veséket a következő szempontok szerint: vizelet kiválasztás megindulása, szérum kreatinin értékek alakulása a korai és a késői posztoperatív időszakban, rejeációs epizódok előfordulása, graft veszteségek.

Megállapíthatjuk, hogy transzplantáció utáni első héten az ATN előfordulása 48% volt, majd a vesefunkció a betegek 95%-nál a 30. posztoperatív napra 250mmol/l alatti szérum kreatinin szintre stabilizálódott. Az első év végén a betegek 31%-a normál vesefunkciót (130mmol/l alatti Se creatinin) mutatott, ami jobb, mint a donációkor mért érték-tehát a vesék regenerációs tartalékkal rendelkeztek. Az első év végén a graftok 80%-a működött. A záró vizsgálati évben a teljes betegcsoport 20%-a még mindig 250mmol/l szérum kreatinin értékkel bírt. Működő vesével exitált a vizsgálat 5 éve alatt a recipiensek 17%-a.

Vizsgálatunk eredményei alapján elmondhatjuk, hogy a szub-optimális donorvesékben is vannak mozgósítható funkcionális tartalékok. Individualizált immunszuppresszióval, szoros ambuláns követéssel és jó recipiens compliance-val ezek sokáig megőrizhetők- biztosítva a dialízishez viszonyítottan lényegesen jobb életminőséget.

VII. SEKCIÓ – 7. ELŐADÁS

EURÓPAI TRANSZPLANTÁCIÓS KOORDINÁTORI KÉRDŐÍV

Mihály Sándor, Bakos Petra, Deme Orsolya, Szakács Éva, Szűcs Anikó, Márton János

ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT, SZERVKOORDINÁCIÓS IRODA, BUDAPEST

Bevezetés: A transzplantációs koordinátori szakma megjelenése után ma már több tanulmány is kimutatta a donációs aktivitás, valamint a koordinátori létszám és struktúra közötti összefüggéseket. Felmérésünk célja volt a transzplantációs koordináció helyzetének felmérése Európában, amely alkalmas lehet a hazai döntéstámogatásra is.

Anyag és módszer: 20 kérdést tartalmazó kérdőívet állítottunk össze a 2002-2003-2004-ben publikált Egyesült Államokbeli, spanyol és svájci felmérésekhez használt módszereket alapul véve. A kérdőív kiküldésre került a 27 EU tagállam társszervezeteihez, az ETCO, az EOEO és a DOPKI EU pályázati konzorcium bevonásával.

Eredmények: 12 ország helyzetét ismertük meg eddig a beérkezett válaszok alapján a koordinátori létszám, a nemi megoszlás, az átlag életkor, CETC végzettség, az alapképzettség, a koordinátori munkakör típus, az alkalmazás módja, a munkatapasztalat és az elérhető továbbképzések, valamint a finanszírozási rendszer tekintetében.

A jelenlegi koordinátori hálózat harmadik szintjének kialakításához elengedhetetlenül fontos az európai rendszerek és azok eredményességének ismerete.

VIII. SEKCIÓ – 1. ELŐADÁS

**VESETRANSZPLANTÁCIÓ ÉS SZÍVSEBÉSZET-KAPCSOLAT
EGY ESETEN KERESZTÜL**

*Hartvánszky István¹, Földes Katalin², Toronyi Éva², Rempert Ádám², Veres Gábor¹,
Török Szilárd², Chmel Rita², Varga Marina², Dallos Gábor², Járay Jenő², Jansen Judit²,
Szabolcs Zoltán¹, Merkely Béla³*

¹ SEMMELWEIS EGYETEM, SZÍV-ÉS ÉRSEBÉSZETI KLINIKA, ² TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS
SEBÉSZETI KLINIKA, ³ KARDIOVASZKULÁRIS KÖZPONT, BUDAPEST

Bevezetés: A sikeres vesetranszplantáció követően a kardiovaszkularis halálozás a vezető halálok.

Anyag és módszer: 77 éves férfi anamnézisében hypertonia, ischaemiás szívbetegség szerepel. 2002-ben sikeres vesetranszplantáción esett át. 2007-ben effort angina miatt került felvételre. Troponin T emelkedést észleltek, coronarographia, az IVP határérték szűkületét mutatta, akut intervenciót igénylő laesio nem ábrázolódott. Echo-cardiographia szignifikáns aorta billentyű stenosiszt mutatott. EKG-n észlelt pitvarfibrilláció miatt anticiaguláns kezelést kezdték. Szívsebészeti consilium műbillentyű implantáció indikációját állította fel. 2008-ban fulladás, oliguria, oedema, kardialis dekompenzáció miatt került felvételre. Diuretikus kezelésre kardialisan kompenzálódott. 2008-ban a Szív-és Érssebészeti Klinikán elektív műtétet végeztek, az aorta ascendenst teljes falvastagságában és keresztmetszetében sklerotikusnak, porcelán aortának találták, mellékletként pedig konstriktív pericarditist diagnosztizáltak. Pericardiectomiát végeztek, de az aorta műbillentyű beültetése az aorta állapota miatt nem volt kivitelezhető.

Eredmények: A postoperatív szak zavartalanul zajlott. A beteg azóta kardialisan kompenzált, vesefunkciós paraméterei javultak, fizikai terhelhetősége jó.

Következtetések: Vesetranszplantált betegnél fellépő kardiális dekompenzáció esetén a differenciál diagnosztika igen fontos, időben végzett adekvát műtéttel a beteg élete megmenthető.

VIII. SEKCIÓ – 2. ELŐADÁS

AZ AKUT REJEKCIÓ RIZIKÓFAKTORAI A SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐ ELSŐ ÉVBEN

Zupán Kristóf¹, Ablonczy László¹, Hubay Márta², Piróth Zsolt¹, Szőke Sándor¹, Tóth Gábor¹, Vértesaljai Márton¹, Andréka Péter¹

¹ GOTTSEGEN GYÖRGY ORSZÁGOS KARDIOLÓGIAI INTÉZET, BUDAPEST,

² SEMMELWEIS EGYETEM, IGAZSÁGÜGYI ORVOSTANI INTÉZET, BUDAPEST

Bevezetés: A szívátültetés (HTX) utáni első évben az akut rejekeció (AR) kimutatására rendszeres endomyocardialis biopsziára (EMB) van szükség. Ez megterhelő és invazív beavatkozás, ezért fontos, hogy lehetőség szerint minél ritkábban végezzük. A vizsgálat célja azon klinikai és biopsziás ismérvek azonosítása, melyek segítségével az AR kialakulása előre jelezhető.

Módszer: Az intézeti adatbázis retrospektív elemzése.

Eredmények: 2006.03.01-től 2008.03.01-ig összesen 214 EMB-t végeztünk első éves szívtranszplantáltakon; AR 26 esetben fordult elő. Kilöködéstől mentes időszakban az AR kialakulását a HTX utáni korai szak, a korábbi ismétlődő AR, az enyhe kilöködés szövettani jelei, és az idősebb életkor jelzik előre. A 3. hónap után, rizikófaktorok hiányában az AR veszélye minimális, míg ezek jelenlétében, 30 napos távlatban AR akár 15%-ban is felléphet. Kialakult AR után az ismétlődés veszélyét növeli, ha már eleve rekurrens AR-ról van szó, ha a biopszia szövettani értékelése legalább „grade 2”, valamint ha ischaemiás szívbetegség miatt történt a HTX.

Következtetés: A kórelőzmény és a szövettani értékelés fenti adatainak figyelembe vétele segíthet az EMB optimális gyakoriságának megválasztásában.

VIII. SEKCIÓ – 3. ELŐADÁS

**A SZÍVÁTÜLTETÉSEK KORAI SZÖVŐDMÉNYEI.
AZ ELMÚLT 3 ÉV MÉRLEGE**

Gálfy Ildikó, Gál János, Hüttl Tivadar, Hartyánszky István*, Szudi László, Szabolcs Zoltán**

SE ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS KLINIKA, BUDAPEST

*SE ÉR- ÉS SZÍVSEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

Bevezetés: A hazai szívátültetésben 2006-ban finanszírozási, szervezési és terápiás koncepcióváltás történt. Vizsgálatunk célja, hogy az elmúlt 3 év kiértékelése alapján levonjuk a tanulságait az új elvek alapján vezérelt szívtranszplantációs tevékenységünknek.

Beteganyag és módszer: Elemeztük a 2006. 01 – 2008. 09-ig operált 58 beteg adatait, a 30 napon belüli elhalálozáshoz vezető okokat, az akut graftelégtelenséggel összefüggésbe hozható tényezőket.

Eredmények: A meghalt 9 betegből 4 esetben vérzés volt a halál oka. Valamennyi beteg a hemosztázis zavara, 3 beteg károsodott májfunkció mellett került műtétre. Akut graftelégtelenséget 21 betegnél észleltünk, 4 beteg halt meg. Két esetben recipiens indikációs hiba, 2 esetben marginális donor volt a halál oka. A graftelégtelenséggel összefüggésbe hozható, statisztikailag szignifikáns tényezők a következők: a műtét, a reperfúzió és a cardio-pulmonalis bypass időtartama; pulmonalis vascularis resistencia; vérzés miatti reoperáció; 60 Hgmm-nél alacsonyabb artériás középnyomás több mint 60 percig. Egy beteget stroke miatt veszítettünk el.

Következtetés: Gondos recipiens kiválasztás, az alvadás dinamikájának monitorozása, célzott terápia szükséges a vérzéses szövődmények elkerüléséhez. Az akut graftelégtelenség megelőzése szempontjából a donor szív állapota és a recipiens pulmonalis vascularis és parenchyma állapota döntő jelentőségű.

VIII. SEKCIÓ – 4. ELŐADÁS

**EXTRACORPORALIS MEMBRÁNOXIGENIZÁCIÓ
MINT BRIDGE ELJÁRÁS TÜDŐÁTÜLTETÉSBEN**

Lang György¹, Rényi-Vámos Ferenc², Czebe Krisztina³, Csiszér Eszter³, Aigner Clemens¹, Klepetko Walter¹

¹ BÉCSI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM SEBÉSZETI KLINIKA, SZÍV- ÉS MELLKASSEBÉSZETI RÉSZLEG, BÉCS

² ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET, SEBÉSZETI OSZTÁLY, BUDAPEST

³ OKTPI, III.SZ. BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY, BUDAPEST

Bevezetés: Az extracorporális membrán oxigenizáció (ECMO) mint tüdőtranszplantációhoz történő bridge nemzetközi viszonylatban is ritkán alkalmazott eljárás.

Anyag és módszer: 1998–2008 között 16 esetben végeztünk transzplantáció vagy retranszplantáció előtti bridge kezelést ECMO támogatással.

Eredmények: 4 beteg nem jutott el a transzplantációig (TX). 12 beteget transzplantáltunk (8 primer TX, 4 reTX). Az ECMO bridge 3 esetben veno-venosus, 9 esetben veno-arteriális kanülálással történt. A műtét 11 esetben bilaterális, 1 esetben unilaterális TX volt. 5 esetben lebenyátültetést, 2 esetben split tüdőátültetést végeztünk. 4 beteget veszítettünk el az intézeti kezelés ideje alatt. Az intenzív osztályon töltött napok medián értéke az összes beteg vonatkozásában 39+50 (3–180 nap), az elhalt 4 beteg esetében 60+74 (3–180 nap), a 8 túlélő beteg esetében 31+19 (7–55 nap) volt. A 694 napos átlagos utánkövetési idő mellett a 3 hónapos túlélés 74,1%, az 1 éves túlélés 55,6% volt.

Következtetés: Az ECMO alkalmas bridge kezelésre, ha a TX egy héten belül elvégezhető, és a centrum jártas a lobáris- és split TX műtéti technikákban.

VIII. SEKCIÓ – 5. ELŐADÁS

SPLIT TÜDŐÁTÜLTETÉS

Rényi-Vámos Ferenc², Lang György¹, Czebe Krisztina³, Csiszér Eszter³, Aigner Clemens¹, Klepetko Walter¹

¹ BÉCSI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM SEBÉSZETI KLINIKA,
Szív- és MELLKASSEBÉSZETI RÉSZLEG, BÉCS

² ORSZÁGOS ONKOLÓGIAI INTÉZET, SEBÉSZETI OSZTÁLY, BUDAPEST

³ OKTPI, III.SZ. BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY, BUDAPEST

Videoprezentáció:

A split lung átültetés a lobáris tüdőtranszplantáció speciális formája. Intézetünkben 2000–2008 között 16 ilyen beavatkozást végeztünk. A műtét során a nagyobb testméretű donor bal tüdejének két lebenyét szeparáljuk, és kisebb testméretű – tipikusan gyermekrecipiens számára – bilaterálisan transzplantáljuk oly módon, hogy a bal alsó lebenyt életani helyzetben a bal mellkas félbe, a bal felső lebenyt 180 fokkal vízszintes tengelye körül elforgatva a jobb mellkas félbe ültetjük be. Filmünk egy ilyen műtét 5 perces kommentált összefoglalója.

VIII. SZEKCIÓ – 6. ELŐADÁS

A RENIN-ANGIOTENZIN ÉS AZ ENDOTHELIN RENDSZER SZEREPE PATKÁNY TRACHEA ALLOGRAFTOK KILÖKÖDÉSÉBEN

Antus Balázs¹, Sebe Attila², Fillinger János², Jeney Csaba³, Horváth Ildikó¹

¹KÓRÉLETTANI ÉS ³PATHOLÓGIAI OSZTÁLY, ORSZÁGOS KORÁNYI TBC ÉS PULMONOLÓGIAI INTÉZET, BUDAPEST; ²GENOÍD, BUDAPEST

Célkitűzések: Munkánkban az angiotenzin-konvertáz enzim (ACE) inhibitor ramipril (R) és az endothelin (ET) receptor blokkoló bosentan (B) hatását vizsgáltuk a tüdőtranszplantáció után kialakuló bronchiolitis obliterans (BO) egy patkánymodelljében.

Módszerek: Kísérleteinkben Brown-Norway patkányok tracheáját heterotop módon Lewis patkányokba transzplantáltuk. A recipiensek R, B, R+B és vehiculum kezelést kaptak. A graftokat a 7. és 21. napon szövettani és molekuláris analízis (real-time PCR) céljából eltávolítottuk.

Eredmények: A 21. napon eltávolított trachea allograftokban mind a R, mind a B kezelés a luminalis obliterációt szignifikánsan csökkentette (R: $83,9 \pm 4,3$ és B: $81,0 \pm 6,1$ vs. V: $96,6 \pm 2,4\%$; $p < 0,05$), amelyet a TGF- β 1 és PDGF-A citokinek alacsonyabb intragraft mRNS expressziója kísért. A kombinált kezelés mellett az obliteráció mértéke tovább csökkent (R+B: $65,3 \pm 4,1\%$; $p < 0,05$). Az epithelialis nekrozis mértéke csak a kombinált kezelést kapott állatokban volt alacsonyabb.

Következtetések: Eredményeink szerint (1) az ACE gátlás és az ET receptor blokád azonos mértékben csökkenti a BO kialakulását, és (2) a farmakonok kombinált használata additív terápiás hatású.

Kísérleteinket az OTKA (F046526) pályázat támogatta.

IX. SZEKCIÓ – 1. ELŐADÁS

**CARDIOVASCULÁRIS RIZIKÓ CSÖKKENTÉSE
TRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐEN***Reusz György, Kis Éva, Cseprekál Orsolya, Szabó Attila, Szabó András*SEMMEIWEIS EGYETEM I. SZ. GYERMEKKLINIKA, BUDAPEST
SZENTÁGOTHAJ JÁNOS TUDÁSKÖZPONT, BUDAPEST

A végállapotú veseelégtelenség számos kóreltani elváltozással jár, melyek a cardiovascularis (CV) rendszer jellegzetes kórállapotaihoz vezetnek. A veseátültetést követően nagyságrenddel csökkent a CV eredetű morbiditás és mortalitás. A legnagyobb rizikó csökkenés a legfiatalabb –gyermek, ill. fiatal felnőtt - csoportban következik be. A klaszszikus CV rizikó faktorok mellett, mint a hypertonia, diabetes, lipid anyagcsere zavarai, veseelégtelenségben a calcium és foszfátanyagcsere változásának van meghatározó szerepe az erek állapotának alakulásában. Emellett olyan új, előzőektől statisztikailag független tényezők szerepét is felismerték, mint például az érfaI elaszticitás változása.

Összefoglalónkban áttekintjük a csontanyagcsere és az arteriosclerosis összefüggését veseelégtelenségben, különös tekintettel az új terápiás lehetőségekre, ill. a vese transzplantációt követő változásokra.

Végezetül ismertetünk egy új, az erek állapotának jellemzésére szolgáló vizsgálóeljárást, a pulzushullám terjedési sebesség (PWV) meghatározását, ill. elemezzük annak gyakorlati alkalmazhatóságát.

A PWV a falI merevség progressziójával párhuzamosan nő, korai előrejelzője az arteriosclerosis kialakulásának. Urémiában ez a folyamat drámaian felgyorsul. Transzplantációt követően a folyamat reverzibilis.

Urémiás gyermekek csökkent érfaI rugalmassága csak standardizált módszereket (testmasszágra vetített PWV ill. PWV standard deviációs /SDS/ hányadost) alkalmazva vizsgálható. A mért változás szorosan összefügg a calcium és foszfát anyagcserével, az urémiában alkalmazott calcitriol kumulatív dózisával, illetve a dialízisben eltöltött idővel. A transzplantáltak közül az egy évnél rövidebb ideig dializáltak jobb értékeket mutatnak a hosszabb ideig művese kezelésben részesülteknél.

Mindezek alapján a cardiovascularis rizikó csökkentésére a minél alacsonyabb „urémiás terhelés”, azaz a korai vese transzplantáció jelentheti az optimális megoldást. A transzplantációt megelőzően a calcium anyagcsere optimalizálására jelenthet védelmet az extrarenalis kalcifikáció kivédésére.

A munka az OTKA71730 valamint az ETT 435/2006 támogatásával készült.

IX. SZEKCIÓ – 2. ELŐADÁS

A POSZT-TRANSZPLANTÁCIÓS ANÉMIA (PTA) PREVALENCIÁJA ÉS KEZELÉSE 10 EURÓPAI KÖZPONT ADATAI ALAPJÁN

Mucsi István¹, Molnár Miklós Zsolt¹, Iain Macdougall², James Marsh³, Magdi Yaqoob⁴, John Main⁵, Rommel Ranavan⁶, Aisling Courtney⁷, Damien Fogarty⁷, Ashraf Mikhail⁸, Gabriel Choukroun⁹, Colin Short¹⁰, Adrian Covic¹¹ és David Goldsmith¹²

¹ SEMMELWEIS UNIVERSITY, ² KING'S COLLEGE HOSPITAL, ³ ST HELIER HOSPITAL, ⁴ ROYAL LONDON HOSPITAL, ⁵ MIDDLESBOROUGH HOSPITAL, ⁶ CARDIFF HOSPITAL, ⁷ BELFAST HOSPITAL, ⁸ SWANSEA HOSPITAL, ⁹ AMIENS HOSPITAL, ¹⁰ MANCHESTER ROYAL INFIRMARY, ¹¹ PARHON HOSPITAL, ¹² GUY'S HOSPITAL

Háttér: A PTA vesetranszplantált betegekben fokozott kardiovaszkuláris kockázattal és mortalitással jár.

Célkitűzés: A PTA gyakoriságának és kezelésének felmérése.

Módszerek: Tanulmányunkban 10 európai transzplantációs központ 5834 betegétől nyert adatok alapján elemeztük a szocio-demográfiai és klinikai változók, valamint a PTA kapcsolatát. A PTA definíciója az American Society of Transplantation irányelve alapján történt.

Eredmények: A betegek 42%-a volt anémiás. A Hb szint korrelált a bGFR ($r=0,40$, $p<0,001$) és a szérum ferritin ($R=-0,102$; $p<0,001$) értékekkel. Az erythropoietin stimulating agent (ESA) kezelés aránya 24% volt azon betegek körében, akiknek Hb értékük 110 g/L alatt volt. Mind az anémia gyakorisága, mind az ESA kezelés penetrációja nagy különbségeket mutatott az egyes centrumok között.

Következtetés: A PTA napjainkban is gyakori és alulkezelt kórkép.

IX. SZEKCIÓ – 3. ELŐADÁS

SZÁMÍTOTT GFR (EGFR) ALKALMAZÁSA A TRANSZPLANTÁCIÓS GYAKORLATBAN

Mátyus János

BELGYÓGY. INTÉZET NEPHROL.TANSZÉK DE OEC, DEBRECEN

Az idült vesebetegség népegészségügyi jelentősége az elmúlt években bizonyítást nyert. A felnőtt lakosság 11–13%-át érintő, végstádiumú veseelégtelenséghez, cardiovascularis megbetegedésekhez, korai halálhoz vezető kórkép szükségessé teszi hazánkban is a szűrővizsgálatok alkalmazását. Ezek közül a legfontosabb a számított GFR (eGFR) bevezetése, melyet egyre több hazai laboratórium is automatikusan közöl. Az MDRD-eGFR a <60ml/p tartományban igen megbízható, szükségtelenné teszi a kreatinin clearance meghatározást. Efelett azonban jelentős mértékben torzíthat, ezért pl. vesedonáció előtt a GFR izotópos vizsgálata nem nélkülözhető. Pontatlan hyper- és hypovolemiában, acut veseelégtelenségben, izomvesztéssel járó állapotokban is, ezért kórházi felvételek, acut megbetegedések esetén a fentiek figyelembe vétele szükséges a kapott eGFR értékelésekor. A vesebetegek követésén túl az eGFR ismerete segítséget jelent a cardiovascularis rizikó felmérésében, a gyógyszerek adagjának megválasztásában, a beteg tájékoztatásában, felvilágosításában. Egyre inkább a finanszírozó és a szakmai protokollok is az eGFR ismeretéhez kötik bizonyos beavatkozások elvégzését, elvégezhetőségét. Jelen előadás a eGFR transzplantációs gyakorlatban történő alkalmazhatóságában, értékelésében kíván segítséget nyújtani.

IX. SZEKCIÓ – 4. ELŐADÁS

A VESEGRAFT FUNKCIÓ KAPCSOLATA A BETEG- ÉS A VESEGRAFT-TÚLÉLÉSEL*Rempert Ádám¹, Molnár Miklos Zsolt^{1,2}, Ambrus Csaba³, Novák Márta², Mucsi István^{2,3}*¹ SEMMELWEIS EGYETEM TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA,² MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET; ³I. SZ. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA

Bevezetés: Vesetranszplantált betegekben (TX) alig történt prospektív vizsgálati elemzés a veseműködés és a mortalitás kapcsolatát illetően.

Célkitűzés: A graft-funkció és Tx betegek és graftjaik túlélése közötti kapcsolatot elemeztük.

Módszerek: 985 Tx beteg esetén rögzítettük a szocio-demográfiai paramétereket, laboreredményeket és komorbiditási adatokat. Az 5 éves beteg- és graft túlélési adatokat prospektíven gyűjtöttük.

Eredmények: Többváltozós Cox regressziós analízisben az eGFR a túlélés

(HR_{minden 10 ml/min csökkenésre} =1,251, 95% CI: 1,116-1,402) és a vesegraft-túlélés

(HR_{minden 10 ml/min csökkenésre} =1,447, 95% CI: 1,250-1,676) szignifikáns, független meghatározó tényezője volt számos társváltozóra történt korrekció után is. Az elemzés alapján a

CKD 4 stádium (HR=7,511, 95% CI: 1,531-36,844) és a CKD 5 stádium (HR=9,481, 95% CI: 1,516-59,278) szignifikánsan növelte a halálozás esélyét a CKD 1-2 stádiummal összehasonlítva. Hasonlóképpen a graft elvesztésének esélye is a magasabb volt a CKD 4 stádium

(HR=4,177, 95% CI: 0,947-18,426) és a CKD 5 stádium (HR=11,792, 95% CI: 2,332-59,625)

a CKD 1-2 stádiumhoz viszonyítva.

Következtetés: A vesegraft funkciója a beteg-túlélés és a vesegraft-túlélés független és meghatározó kockázati tényezője.

IX. SZEKCIÓ – 5. ELŐADÁS

**EVEROLIMUS KONVERZIÓVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK
VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEINKBEN***Toronyi Éva*

SEMMEIWEIS EGYETEM, TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

Bevezetés: A különböző immunszuppressziós kombinációk bevezetése ellenére a transzplantált vesék hosszú távú túlélése az elmúlt évtizedekben nem javult. A vese élettartamát a vese funkciója határozza meg. A vese pusztulásnak fő oka a chronicus allograft nephropathia, melynek kialakulásában a calcineurin inhibitorok okozta nephrotoxicitás igen jelentős szerepet játszik. Irodalmi adatok alapján a calcineurin inhibitorok eliminálása és a proliferációs szignál gátló szerek korai alkalmazása mellett a vesefunkció javulása volt megfigyelhető.

Anyag és módszer: Klinikánkon a proliferációs szignál gátló csoportba tartozó Everolimus alkalmazásával szerzett tapasztalatainkat kívánjuk összegezni és a veseműködésre kifejtett hatást elemezni. 15 betegünkön klinikai vizsgálat keretében közvetlenül a transzplantáció után adtuk Everolimust, többi betegünket későbbi időpontban, egyrészt a vese transzplantációt követően kialakult tumor, másrészt romló vesefunkció, proteinuria miatt konvertáltuk.

Eredmények: A calcineurin inhibitor visszavonását és az Everolimus alkalmazását követően a vesefunkció a betegek kétharmadában stagnált vagy javult, egy harmadában viszont nem sikerült megállítani a graft funkció romlását.

Következtetés: Everolimus alkalmazásával azon betegekben észleltük a GFR javulását, akiknek nem volt előrehaladott vesefunkció károsodása, tehát a vesefunkció megőrzése korai konverzió esetén várható.

IX. SZEKCIÓ – 6. ELŐADÁS

POSZTTRANSZPLANTÁCIÓS DIABÉTESZ MELLITUS (PTDM): INCIDENCIÁJA, RIZIKÓFAKTORAI ÉS KEZELÉSE

Prókai Ágnes, Reusz György, Szabó J Attila

SEMMEIWEIS EGYETEM I. SZ. GYERMEKKLINIKA

A vesetranszplantáltak halálokának 63%-a cardiovascularis betegség, amelyhez a magas vérnyomás, a hyperlipidémia és a PTDM nagymértékben hozzájárul. A legtöbb transzplantált cyclosporin (CyA) ill. tacrolimus (Tac) alapú kezelésben részesül. Utóbbi esetében a PTDM és szénhidrátanyagcsere-zavar gyakoribb előfordulásával kell számolnunk. A PTDM incidenciája 2% és 53% közötti irodalmi, 13% saját adataink szerint. Az összes szénhidrátanyagcsere-zavar előfordulása transzplantáltjainkban 33%. Rizikófaktorai: az idős kor, az obezitás, a metabolikus szindróma, és az immunszuppresszív kezelés. A szteroid inzulinrezisztenciát okozó hatása mellett a Tac részben inzulin szekréció csökkentése, részben inzulin rezisztencia révén fejt ki diabetogén hatását, amely mind dózis, mind időfüggő. Tac kezelés esetén a harmadik poszttranszplantációs hétre lecsökkenhet az inzulin szekréció, de a harmadik év végére az inzulin szintek tekintetében már nincs szignifikáns különbség a két kezelési mód között. Irodalomból ismert továbbá a szteroid korai elhagyásának protektív szerepe.

Összefoglalva, mind nemzetközi, mind saját adataink alapján, a kortikoszteroid minimalizálása, optimális alapú Tac ill. bizonyos esetekben ennek CyA-ra való konverziója tűnik a legjobb megoldásnak a PTDM megelőzése ill. visszafordítása céljából. Fontosnak tartjuk továbbá a szénhidrátanyagcsere-zavarainak rendszeres szűrését szervtranszplantáltakban.

IX. SZEKCIÓ – 7. ELŐADÁS

FOLYAMATOS SZÖVETI GLUKÓZ-MONITORIZÁLÁS (CGMS) SZIMULTÁN PANKREÁSZ-VESE-TRANSZPLANTÁLT (SPK) ÉS VESE-TRANSZPLANTÁLT (NTX) BETEGEKBEN

Prókai Ágnes, Pásti Krisztina, Pekó Nóra, Egyed Péter, Langer Róbert, Szabó J Attila

SE I. Sz. GYERMEKKLINIKA ÉS SEBÉSZETI- ÉS TRANSZPLANTÁCIÓS KLINIKA

A felnőttkori végstádiumú veseelégtelenség egyik leggyakoribb oka a diabetes mellitus. A SPK hosszútávú túlélést és jobb életminőséget biztosíthat. Transzplantációt követően de novo is kialakulhat szénhidrát anyagcserezavar. Saját vizsgálataink alapján a poszttranszplantációs szénhidrát anyagcserezavar előfordulási gyakorisága 30% körüli. Kérdésünk, alkalmas-e a CGMS a transzplantáció utáni szénhidrát anyagcsere felmérésére és ad-e új információt az eddigi mérésekhez képest.

Vizsgálatainkat a SE Transzplantációs Klinikáján gondozott SPK felnőttek (n=6, 29–52 év, 4 férfi-2 nő), és a SE I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinikáján gondozott NTx fiatalok (n=8, 14-21 év, 4 fiú-4 lány) körében végeztük, Medtronic minimed CGMS készülékkel 2–7 napig, standard – felnőtteknél 240 g/nap, gyermekeknél 180 g/nap – szénhidrát tartalmú diéta mellett, 3–48 hónal a transzplantáció után.

A szöveti vércukorértékek a vizsgálat ideje alatt mindvégig jól korreláltak a capilláris illetve vénás vércukor értékekkel. A készülék által mért értékek egyetlen alkalommal sem haladták meg a gép által megadott felső határértéket (10,0 mmol/l). A normál tartománytól csak hypoglycaemia irányába regisztráltunk eltéréseket a diéta mellett, melyek száma átlagosan 1/nap volt mind a SPK, mind a NTx csoportban. A hypoglycaemiás epizódok hossza a vizsgált periódus 0–31% közötti időintervallumba esett.

A CGMS alkalmas a transzplantált betegek szénhidrát anyagcserejének részletes felmérésére. A CGMS segítségével enyhe eltérések, mint a hypoglycaemiás epizód is feltérképezhetők.

X. SEKCIÓ – 1. ELŐADÁS

VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEK NEPHROLÓGIAI GONDOZÁSA

Zsom Marianna

DIAYERUM DIALÍZIS KÖZPONT BAJA, BAJAI KÓRHÁZ NEPHROLÓGIAI AMBULANCIA, BAJA

A vesetranszplantáción átesett betegek nagy része kikerül a nephrológiai gondozás alól. Ez lehet öröm is, hiszen jelenthetné azt is, hogy a betegeknek nincs szüksége tovább ilyen segítségre, diurál, lement a szérum kreatininszintje és ezzel minden rendben.

Ugyanakkor azt látjuk, hogy a dialízisbe bekerülő betegek általános állapota és komorbidityási faktori szerint az előzetesen transzplantált, krónikus rejekció miatt visszakerülő betegek vannak a legrosszabb helyzetben akár az „utcáról”, vagy a kórházból akut állapot miatt programba kerülő betegekhez hasonlítva.

Valamit javított a helyzeten, hogy az erthyropoietin ellátást általában a nephrológiai ambulanciák, dialízis állomások biztosítják, de sokszor csak a súlyosan anémiás betegek kerülnek látóterünkbe. Ugyanakkor nincs betekintésünk a csont-anyagcserezavar, hypertensio kezelése és egyéb belgyógyászati jellegű problémakörbe, amin az időszakos nephrológiai kontroll javíthatna és megelőzné több szövödmény kifejlődését. Gondoljunk csak pl. a D vitamin kedvezményes térítéssel történő javaslatára renális osteodystrophia esetén, amire nephrológus jogosult. „A vesetranszplantációt követően nagymértékben felgyorsult csontvesztést tapasztalunk. Ennek mértéke az első év során elérheti az évi 15–20%-ot is, s a transzplantáció utáni első évben vesetranszplantáltak körben az atraumatikus csonttörések gyakorisága 20% is lehet.” – írja az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja A renalis osteodystrophia diagnosztikájára és kezelésére.

Előadásommal szeretnék egy olyan megegyezést elősegíteni, hogy azok a vesetranszplantált betegek, akiknél a GFR <60 ml/min/1,73 nm – ez az a stádium, melytől a veseelégtelenséggel járó szövödmények egyre gyakoribbakká válnak – kerüljenek nephrológiai kontroll alá.

X. SEKCIÓ – 2. ELŐADÁS

OSTEOPOROSIS ÉS TRANSZPLANTÁCIÓ

*Földes Katalin¹, Toronyi Éva¹, Rempert Ádám¹, Török Szilárd¹, Chmel Rita¹,
Sárváry Enikő¹, Járay Jenő¹, Jansen Judit¹, Gerő László²*

¹ SEMMELWEIS EGYETEM, TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA,

² 1. SZ BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA, BUDAPEST

Bevezetés: A csontvesztés mértéke és a törések gyakorisága közvetlenül a transzplantáció után a legnagyobb. A kockázati tényezők korai felismerése és a prevenció igen fontos. A hatásos kezelési módok magukban foglalják már a transzplantáció előtt a csontbetegségek kezelését, transzplantáció után pedig megfelelő immunszuppresszív terápiát, calcium és D vitamin pótlást, antiresorptív készítmények adását.

Anyag és módszer: Klinikánkon vesetranszplantált betegeinken vizsgáltuk az osteoporosis elleni kezelés hatását.

Eredmények: Megfigyeléseink alapján napi 0,25–0,5 µg calcitriol adása nem javította az osteoporosist. Egy évvel a transzplantáció után elkezdett alendronat kezelés csökkentette a csontállomány vesztes mértékét és egy év után növelte a BMD-t. (Bone mass density) Calciummal és D vitaminnal együtt adott oralis vagy iv. biszfoszfonát közvetlenül a transzplantáció után adva hatásos a csontvesztés megelőzésére. Az iv. kezelés optimális dózisának és a kezelés elkezdése idejének, időtartamának a meghatározása további vizsgálatra szorul.

Következtetések: Jelenlegi vizsgálataink eredménye alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy transzplantáció után célszerű legalább 6 hónapig (amikor a csontállomány vesztesége a legnagyobb mértékű) alendronát kezelést végezni.

X. SEKCIÓ – 3. ELŐADÁS

A POSZTTTRANSZPLANTÁCIÓS DAGANATOK SZŰRÉSÉNEK, KORAI FELISMERÉSÉNEK PROGRAMJA BUDAPESTEN

Végső Gyula, Piros László, Rempert Ádám, Gerlei Zsuzsa, Doros Attila, Görög Dénes, Kóbori László, Hídvégi Márta, Toronyi Éva, Langer Róbert, Járay Jenő

TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

Bevezetés: A poszttranszplantációs daganatok gyakoriságuk és rossz prognózisuk miatt a betegek sorsának fontos befolyásoló.

Célkitűzés: A kezelési eredmények javítása érdekében a tumorok korai felismerésére kell törekednünk.

Módszer: A poszttranszplantációs daganatok gyakorisági sorrendje, a kialakulásukban szerepet játszó rizikófaktorok alapján olyan szűrőprogram tervét hoztuk létre, melynek segítségével a tünetmentes vese-, máj-, és hasnyálmirigy-transzplantált betegek daganatainak korai felfedezését szeretnénk elérni. A lakosság körében is ajánlott emlő-, méhnyak-, vastagbélrák és szájüregi tumorok szűrése mellett indokoltnak látjuk a transzplantált betegek rendszeres bőrgyógyászati, hasi ultrahang, mellkas rgt, prosztatata vizsgálatát, az Epstein-Barr vírus negatív recipiensek szerológiai státuszának követését. A transzplantált szervnek és a kockázati tényezőknek megfelelően egyénre szabott szűrési terv kialakítása szükséges.

Következtetés: A klinikánkon gondozott mintegy 1300 transzplantált beteg évenkénti onkológiai vizsgálata komoly teherteret. Megvalósításakor a lehetőségeket és a szűréstől várható előnyt egyaránt szem előtt kell tartanunk. A teher vállalásától a betegeknek nyújtott nyereséget, a túlélés javulását reméljük.

X. SZEKCIÓ – 4. ELŐADÁS

**RECURRÁLÓ ÉS DE NOVO GLOMERULONEPHRITIS
AZ SZTE PATHOLÓGIAI INTÉZETÉNEK VESE-ALLOGRAFT
BIOPSIÁS ANYAGÁBAN**

*Dobi Deján, Kemény Éva, Marofka Ferenc, Szenohradszky Pál, Szederkényi Edit,
Iványi Béla*

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM, ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR,
PATHOLÓGIAI INTÉZET, SZEGED

Bevezetés: A veseallograftban létrejövő glomerulonephritis (GN) a pathomechanizmust tekintve az eredeti betegség kiújulása révén, vagy újonnan keletkezhet. Retrospektív tanulmányunkban a veseallograftban keletkezett GN gyakoriságát és klinikumát elemeztük.

Anyag és módszer: 1990. jan. 1 – 2007. dec. 31. között 639 dysfunkciós biopsiát vizsgáltunk fénymikroszkópos speciális festésekkel, immunfluorescens módszerrel (IgG, IgA, IgM, C3, 2000-től C4d), valamint műgyantás beágyazás után szükség szerint elektronmikroszkóppal.

Eredmények: 1. 32 esetben (5%) észleltünk de novo vagy kiújult glomeruláris betegséget. 2. Vizsgáltuk a 3 leggyakrabban előforduló glomeruláris betegség klinikai manifesztációit. 3. Elemeztük az egyes glomeruláris betegségek kórszövettami diagnózis-dőpontjait.

	recurr. ¹	de novo	n.d. ²	h↓p ³	h	p	h∩p ⁴	n.d	dg. ⁵	medián
MNP	0	11	0	2	0	7	0	2	48,9±48,4	26
FSGS	5	1	0	1	0	0	2	2	37,5±28,7	41
IgAN	3	0	2	0	0	5	1	0	78,0±21,6	84
egyéb IC nephritis	0	0	5	-	-	-	-	-	55,6±27,2	72
szisztémás	5	0	0	-	-	-	-	-	23,8±21,2	24

4. A glomeruláris betegség és az idült rejeckió kiváltotta transplantatios glomerulopathia 15 esetben együtt fordult elő. A glomeruláris betegség grafttúlélésre gyakorolt hatását jelenleg vizsgáljuk.

Rövidítések: ¹recurráló; ²nincs adat; ³sem haematuria, sem proteinuria; ⁴haematuria és proteinuria; ⁵diagnózis felállításának átlagos időpontja (hónapban).

Következtetések: A beültetés után keletkezett GN nem gyakori. A leggyakoribb GN-nek az irodalmi adatokkal összhangban a de novo MNP bizonyult. Az FSGS egy esetét kivéve a recidív esetek nem a beültetés utáni időszakban jelentkeztek.

X. SZEKCIÓ – 5. ELŐADÁS

VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEK CYTOMEGALOVÍRUS ÉS BK POLIOMAVÍRUS FERTŐZÉSÉNEK VIZSGÁLATA SZÖVETTANILAG IGAZOLT REJEKCIÓ ESETÉBEN

*Patonai Attila**, *Füle Tibor***, *Egedi Krisztina***, *Varga Marina****, *Kiss András**, *Nemes Balázs****, *Kóbori László****, *Gerlei Zsuzsa****, *Kovalszky Ilona***, *Schaff Zsuzsa**

SE II.sz.PATOLÓGIAI INTÉZET*, SE I.sz.PATOLÓGIAI ÉS KÍSÉRLETI RÁKKUTATÓ INTÉZET**, SE TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA*** BUDAPEST

Bevezetés: A késői krónikus allograft rejeckió ismert rizikófaktorai között szerepelnek az immun-suppresszív állapotban fellépő infekciók. Különösen a herpesvírusok közé tartozó cytomegalovírus (CMV) okozta fertőzés károsíthatja a vascularis endothelt (glomerulopathia, tubulo-interstitialis nephritis). Emiatt a CMV a krónikus transzplantációs nephropathia kialakulása szempontjából veszélyeztető tényezőnek tekinthető, továbbá akut rejeckió erősítő faktora is lehet. Irodalmi adatok szerint a veserecapiensek 5%-ban alakul ki poszttranszplantációs BK poliomavírus nephritis, ezeknek mintegy felében lehet a következmény graftvesztés. A transzplantációs arteriopathia egyik meghatározó jellegzetessége az előrehaladott krónikus graftrejeckiónak, melynek kialakulása rontja a graft funkcióját, fokozza a graft ischémiáját, és annak fibrosisához, károsodásához vezethet. Munkánk során célul tűztük ki krónikus és akut rejeckiók szöveti elváltozásokat és előrehaladott transzplantációs arteriopathiát mutató graftvese mintákban a CMV és a BK polioma vírusok (BKV) jelenlétének vizsgálatát, ezzel együtt a betegek klinikai eredményeinek értékelését.

Anyag és módszer: 1998 és 2007 közötti időszakban 42 veseátültetett betegről származó 46 transzplantációs arteriopathiát is tartalmazó vesegraft formalinban fixált, paraffinba ágyazott mintáit vizsgáltuk, melyek közül 38 krónikus allograft nephropathia vagy krónikus rejeckió és 4 akut rejeckió volt. A 46 értékelt graftminta között 9 biopsziás és 37 graftectomiás anyag szerepelt. A vesegraft minták hisztopatológiai értékelése a Banff-klasszifikáció szerint történt. Amennyiben a CMV fertőzésre utaló klinikai tünetek esetén antigenaemia teszt (pp65, viral nuclear antigen[™]) történt ezt is értékeltük. A formalinban fixált, paraffinba ágyazott graftmintákból deparaffinálást és DNS izolálást követően egyrészt CMV specifikus primerekkel standard PCR reakciót, másrészt BK poliomavírus specifikus primerekkel Q-PCR vizsgálatot végeztünk.

Eredmények: A 42 veseátültetett beteg közül 9 beteg (21,4 %) kórtörténetében szerepelt különböző mértékben pozitív CMV antigenaemia, ezek közül 6 beteg esetében (14,2%) a pozitív antigenaemia mellett jellegzetes klinikai tünetek (láz, szervi eltérések) is kialakultak. A vizsgált betegek között 5 esetben (11,9%) az antigenaemia negatívnak bizonyult, a többi betegnél CMV antigenaemia vizsgálatra nem került sor. A vesegraftokból végzett CMV PCR vizsgálatokkal a 46 minta közül 14 esetben (30,4%) találtunk pozitívítást. Ezek közül 5 mintánál intenzívebb pozitív PCR eredményt kaptunk. Szövettanilag ezek közül egy akut rejeckiónak (Banff Gr.III), a többi krónikus transzplantációs nephropathiának (CAN) felelt meg. Két beteg esetében a kórtörténetben klinikai tünetek (láz, romló vesefunkció), jelentős mértékű antigenaemia és pozitív IgG serológiai eredmény szerepelt és a szövettanilag igazolt kifejezetten súlyos arteriopathiával járó krónikus rejeckió (egy esetben glomerulopathiával társult) mellett pozitív CMV PCR eredmény is igazolódott. Vírusfertőzés szövettani jeleit egyik vizsgált graftmintában sem észleltük. A BK poliomavírus nephritis gyanúja a vizsgált betegek kórelőzményében nem merült fel, így a vizeletből és vérplazmából BKV kimutatás nem történt. A 42 graft veséből származó DNS mintában Q-PCR vizsgálattal BK poliomavírus szekvencia nem volt igazolható.

Következtetés: Az eredmények alapján – az eddig ismertek mellett – felmerülhet a cytomegalovírus szerepe a súlyos, több esetben obliteratív jellegű transzplantációs arteriopathiával járó krónikus és akut rejeckió eseteiben is. A BK poliomavírus szöveti jelenlétét a vascularis elváltozásokkal járó rejeckiót mutató vesegraftokban vizsgálatainkkal igazolni nem tudtuk.

A fentiekben vizsgált vírusok szerepének tisztázása vesetranszplantált betegekben vascularis rejeckió esetében is további vizsgálatokat igényel.

X. SZEKCIÓ – 6. ELŐADÁS

VESETRANSZPLANTÁLT (TX) GYERMEKEK KOGNITÍV FUNKCIÓINAK FELMÉRÉSE

Vargáné Molnár Márta^{1,2}, *Tóth Adrienn*¹, *Reusz György*³, *Szabó Attila*³, *Sallay Péter*³, *Pászthy Bea*³, *Molnár Miklós Zsolt*^{2,4}, *Kelemen Andrea*², *Mucsi István*^{2,5}, *Novák Márta*²

¹ ELTE-GYÓGYPEDAGÓGIAI FŐISKOLAI KAR, ² SE MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET, ³ I. SZ. GYERMEKGYÓGYÁSZATI KLINIKA, ⁴ TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, ⁵ I. SZ. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA

Háttér: Krónikus veseelégtelen gyermekek gondolkodási és tanulási képességei gyakran elmaradnak az egészséges gyermekekétől. Célkitűzés: Tx gyermekek kognitív képességeinek vizsgálata.

Módszerek: A SE gondozott 24 tanköteles korú Tx gyermek szociodemográfiai és klinikai adatainak rögzítése mellett a gyermekek kognitív képességeit a Woodcock-Johnson kognitív képességmérő teszttel (WJIE) mértük fel. E tesztben az intellektuális képességek teljes skálája (IKTS) a verbális képességek, a gondolkodási képességek és a kognitív hatékonyság résztesztekből épül fel.

Eredmények: A gyermekek (13±2 év, fiú: 54%) standard pontértéke (SP) az IKTS esetében (86±20) közel 1 SD elmaradást mutat a normál populációhoz képest. A legjobb eredményeket a verbális képességek terén mutatták a gyermekek (99±20). Az IKTS erős korrelációt mutatott a betegek életében összesen kórházban töltött időtartammal (R:-0,545, p<0,009).

Következtetés: Vesebeteg gyermekek intellektuális képességei jelentősen elmaradnak az egészséges gyermekekétől.

SZPONZORÁLT ELŐADÁS

AMIT TUDNI SZÜKSÉGES A MAGYARORSZÁGI SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓS TEVÉKENYSÉGRŐL. REÁLIS HELYZETELEMZÉS 2008-BÓL

Dr. Szabolcs Zoltán

SE, ÉR-ÉS SZÍVSEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

Az 1992. január 3-án elvégzett első hazai szívatültetéssel kezdetét vett felnőtt szívtanszplantációs program keretében, az eltelt 16 év alatt összesen 139 szívatültetés történt. Az elmúlt három év során megemelkedett transzplantációs aktivitásával, az Intézet – az amerikai és európai szívtanszplantációs centrumok erős középmezőnyébe küzdötte fel magát. A műtéti eredményesség is jelentősen javult. A 2006 január 1. óta elvégzett 56 HTX-ból a 8 beteget veszítettünk el a közvetlen postoperatív időszakban (14,3%), további 3 beteget pedig a műtétet követő első évben. A műtéti szám emelkedésének és az eredményesség javulásának mindmáig megoldhatatlan akadálya a HTX várólistán tartózkodók alacsony száma. Az elégtelen várólista egyrészt nem teszi lehetővé a donációs lehetőségek maximalizálását, másrészt alkalmatlan a megfelelő recipiens szelekcióra, holott ez utóbbi az eredmények javulása lenne várható. A donor menedzselés folyamatosan javul, ugyanakkor a donációs helyszíneken sok esetben hiányzik a donor szív funkcionális és morfológiai megítélésben nélkülözhetetlen szerepet betöltő echokardiographiás lehetőség, A várólista gondozásról ez a javulás nem mondható el. A várólistán hosszabb időt eltöltő betegek állapotfelmérése folyamatossgot igényelne, szükség szerint ismételve a jobb szívfél katéterezéseket a PVR változások követése céljából. A várólistáról elvesztett beteg egy részét, valamint a korai graft elégtelenség következtében elveszetteknek ugyancsak egy részét a VAD program befogadásával meg lehetne menteni.

I. POSZTER SZEKCIÓ – 1. POSZTER

HAZAI TAPASZTALATOK A VIZELETÜLEDÉK VIZSGÁLAT AUTOMATIZÁLÁSÁBAN

Magyarlaki Tamás¹, Rékási Zsuzsanna¹, Vas Tibor², Kovács Tibor², Nagy Csilla¹, Tarrné Szíjjártó Piroska¹, Wittmann István², Kovács L. Gábor¹

¹PTE OEKK KK LABORATÓRIUMI MEDICINA INTÉZET,

²II.SZ. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA, REGIONÁLIS TUDÁSKÖZPONT, PÉCS

Bevezetés: Az Urised (77 Elektronika) és az IQ200 (Iris) vizeletüledék automaták diagnosztikai teljesítményét hasonlítottuk össze nephrológiai betegeken.

Anyag, módszer: 480 friss vizelet mintát vizsgáltunk az automatákkal és a referencia mikroszkópos módszerrel. Az Urised automatikus centrifugálás után mikroszkópos látótereket analizál. Az IQ200 áramlásos citometriai elven mér, csoportokba osztja a vizelet üledék alakos elemeket. Eredményeinket az MC NEMAR statisztikai programmal értékeltük.

Eredmények: Fehérvérsejt (specifititás: 83–80%, szenzitivitás: 95–97%) Vörösvértest (specifititás: 79–93%, szenzitivitás: 73–61%) Epithelsejt (specifititás: 98–98%, szenzitivitás: 73–73%).

Következtetések: A vizeletüledék vizsgáló automaták az alap paramétereket (FVS, VVT, EPI) megbízhatóan mérik. Az elektronikusan tárolt képek vizsgáló általi „felülbírálat” speciális diagnosztikát és az alakfelismerő software további fejlesztésének lehetőségét is magában hordozza.

I. POSZTER SZEKCIÓ – 2. POSZTER

AZ URISED ÉS AZ IQ200 VIZELETÜLEDÉK AUTOMATÁK ÖSSZEHASONLÍTÁSA (POSTER)

Rékási Zsuzsanna¹, Vas Tibor², Kovács Tibor², Magyarlaki Tamás¹, Wittmann István², Kovács L. Gábor¹

¹PTE OEKK KK LABORATÓRIUMI MEDICINA INTÉZET,

²II.SZ. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA, REGIONÁLIS TUDÁSKÖZPONT, PÉCS

Bevezetés: Az Urised (77 Elektronika) és az IQ200 (Iris) vizelet üledék automaták diagnosztikai teljesítményét hasonlítottuk össze 229 nephrológiai mintán.

Anyag, módszer: Friss vizelet mintákat párhuzamosan vizsgáltunk üledék automatákkal és mikroszkópos üledék vizsgálati módszerrel. Az Urised automata centrifugálás után mikroszkópos látóterek alapján azonosítja az üledék alkotókat. Az IQ200 áramlásos citometriai elven ismeri fel és csoportokba osztja az elemeket. Eredményeinket az SPSS statisztikai programmal értékeltük.

Eredmények:

Fehérvérsejt szenzitivitás: IQ: 76,16%, Urised: 77,32%, specificitás: IQ: 89,47%, Urised: 85,96%.
Vörösvértest szenzitivitás: IQ: 66,66%, Urised: 65,65%, specificitás: IQ: 87,69%, Urised: 87,69%.

Következtetések: A vizeletüledék automaták jól teljesítenek az alapvető diagnosztikai paraméterekben. Speciális nephrológiai klinikai mintákon további összehasonlító vizsgálatokat végzünk.

I. POSZTER SZEKCIÓ – 3. POSZTER

HAEMOKULTÚRA VIZSGÁLATOK JELENTŐSÉGE AZ INFEKCIÓZUS KÓRKÉPEK MIKROBIOLÓGIAI DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Gálffy Zsuzsanna, Derzsy Noámi, Gerlei Zsuzsanna, Fazakas János, Varga Marina, Járay Jenő

SE ÁOK TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA BUDAPEST

Az orvostudomány folyamatos fejlődése ellenére a véráram fertőzések előfordulási gyakorisága és jelentősége emelkedik. Mortalitása igen magas, szepszisban elérheti az 50%-ot is.

A szerzők ismertetik a szepszis fogalmát, pathogenezisét, etiológiáját.

Beszélnék a haemokultúra vétel szabályairól, ill. buktatóiról. Kiemelik az eredmények közlésének fontosságát.

Ismertetik a Transzplantációs és Sebészeti Klinikán használt BACTEC 9120 haemokultúra automata működését, használatuk előnyét és a mikrobiológiai diagnosztikában betöltött fontos szerepét.

I. POSZTER SZEKCIÓ – 4. POSZTER

VÁLTOZIK-E A MELD SCORE AZ INR MÉRÉS HELYÉTŐL ÉS MÓDJÁTÓL?

Sárváry E.¹, Gerlei Zs.¹, Seregély Zs.², Gaál I.¹, Varga J.², Kovács F.³, Járay J.¹, Varga M.¹, Kóbori L.¹, Nemes B.¹, Görög D.¹, Monostory K.⁴, Fazakas J.¹

¹SE TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA BUDAPEST;

²DADE BEHRING & SIEMENS MKKK. BUDAPEST,

³KANIZSAI DOROTTYA KÓRHÁZ, NAGYKANIZSA,

⁴MTA, KÉMIAI KUTATÓKÖZPONT, BUDAPEST

A MELD score, a várólistán eltöltött idő és a tumor jelenléte, vagy hiánya alapján dől el, hogy a májtranszplantációra váró beteg milyen helyet foglal el a várólistán.

Cél: Azt vizsgáltuk, hogy megváltoztatja-e a beteg várólistán elfoglalt helyét az a tény, hogy az ország melyik laborjában mérik a prothrombin időt (PT)?

Módszer: 42 májtranszplantációs listán lévő beteg PT-jét mértük kétféle módszerrel, két különböző készüléken, és INR-t (International Normalized Ratio) számoltunk. A MELD score kiszámításnál az átlagos kreatinin és Bi értékkel kalkuláltunk.

Eredmények: Ha az országban véletlenszerűen kétféle módszerrel, de azonos műszeren mérik az INR-t, a betegek 88%-ának különböző lesz a MELD score-ja. Ha már a műszer is kétféle, minden betegnek eltérő lesz a MELD értéke.

Következtetés: A májtranszplantációra váró betegek listán elfoglalt helyét, ezáltal a transzplantációra való esélyét befolyásolhatja az, hogy hol mérték a beteg prothrombin idejét.

I. POSZTER SZEKCIÓ – 5. POSZTER

ÖSSZEFÜGGÉSEK A SZÉRUM LEPTIN, ADIPONECTIN ÉS A PARAOXONASE AKTIVITÁS KÖZÖTT VESETRASZPLANTÁLT BETEGEKBEN

Lócsy Lajos¹, Seres Ildikó², Sztanek Ferenc², Szabó László³, Asztalos László³, Dán Anikó⁴, Paragh György²

B. BRAUN AVITUM 10. DIALIZIS KÖZPONT¹,

DEBRECENI EGYETEM, DEOEC. I. BELKLINIKA²

I. SEBÉSZETI KLINIKA³ ÉS A KENÉZY KÓRHÁZ KÖZPONTI LABORATÓRIUMA⁴

A fokozott oxidatív stressz és gyulladáások gyakran társulnak a vesetranszplantált betegek atherosclerotikus coronaria megbetegedéseivel. A HDL koleszterinnel társult paraoxonase (PON1) véd az LDL koleszterin oxidációjával szemben valamint csökkenti az érlemeződést és a coronáriák betegségét. Korábbi vizsgálatainkban elemeztük a szérumban leptin és adiponectin emelkedett koncentrációit veselégtelen betegekben.

Jelen előadásunkban a vesetranszplantált betegek adiponectin koncentrációit valamint a szérumban paraoxonase aktivitás között kerestünk kapcsolatot.

79 vesetranszplantált (38 férfi, 41 nő, életkor: 49,01 ± 14,00 év) beteget vontunk be vizsgálatainkba. Az éhomi szérumban kreatinin, cystatin C, homocystein, CRP, glukoze és lipid értékek mellett a PON1 aktivitást spectrophotometriás, az adiponectin és leptin szinteket ELISA módszerrel határoztuk meg.

A hypercholesteremia, nagy LDL és ApoB koncentrációk mellett a vesefunkció javulásával párhuzamosan csökkent a cystatin C és homocystein érték ($p < 0,001$). BMI alapján két csoportot különítettünk el. Az obese betegekben ($BMI > 30,01 \text{ kg/m}^2$, $n=14$) az LDL ($p < 0,05$) és a leptin koncentráció (58,06 vs. 15,16 ng/ml, $p < 0,01$) szignifikánsan nagyobb volt, mint az alultápláltakban ($BMI < 20 \text{ kg/m}^2$, $n=9$). A szérumban adiponectin koncentrációban (15,12 vs. 17,34 µg/ml) és a PON1 aktivitásban (101,20 vs. 91,45 U/l) nem találtunk szignifikáns eltérést. Hasonlóan a szérumban leptin szint és a PON1 aktivitás sem mutatott szignifikáns összefüggést. A vesetranszplantációt követően szignifikáns negatív korrelációt igazolhattunk a javuló vesefunkció és a PON1 aktivitás között.

Eredményeink alapján a dyslipidaemiás, obese vesetranszplantált betegekben nagy a szérumban LDL és leptin koncentráció, a paraoxonase aktivitás szignifikáns összefüggést nem mutatott a szérumban leptin értékekkel, de szignifikáns korreláció volt az adiponec – tin koncentrációkkal. A javuló vesefunkció és a szérumban PON1 aktivitás között szignifikáns negatív korrelációt igazoltunk.

I. POSZTER SZEKCIÓ – 6. POSZTER

**AZ OBSTRUKTÍV ALVÁSI APNOE SZINDRÓMA
VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEKBEN**

Molnár Miklós Zsolt¹, Rempert Ádám¹, Novák Márta², Muksi István²

¹SE TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA;

²SE MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZET

Háttér: Vizsgálatunkban elsőként mértük fel az obstruktív alvási apnoe szindróma (OSAS) előfordulási gyakoriságát és korrelátumait vesetranszplantált betegekben. Módszer: A SE Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján gondozott összes betegből véletlenszerű mintavétel történt, s 100 vesetranszplantált, valamint 50 dializált beteg esetén végeztünk polyszomnográfias vizsgálatot. 15 feletti apnoe-hypopnoe index (AHI) esetén tekintettük a beteget OSAS-ban szenvedőnek. Eredmények: Az OSAS prevalenciája 25% volt a vesetranszplantált betegek körében és nem volt különbség a két betegcsoportban. Az AHI szignifikáns összefüggést mutatott az életkorral ($\rho=0,338$), a testtömeg index-szel ($\rho=0,453$), a nyak- ($\rho=0,4$) és háskörfogattal ($\rho=0,512$) valamint a szérum hemoglobinnal ($\rho=0,240$). Az átlagos szisztolés vérnyomás trendszerűen magasabb volt az OSAS betegek, mint a nem OSAS betegek körében (147/21 Hgmm vs 139/18 Hgmm; $p=0,059$). Szignifikánsan magasabb volt (56% vs 31%; $p<0,05$) a terápia rezisztens hipertóniások száma az OSAS csoportban. A 10 éves ischaemiás szívbetegségi rizikó szignifikánsan magasabb volt az OSAS csoportban (median; IQR: 14,5; 13,2) mint a nem OSAS csoportban (median; IQR: 7; 9) ($p<0,01$).

Az OSAS gyakori vesetranszplantáltakban.

I. POSZTER SZEKCIÓ – 7. POSZTER

KARDIO-RESPIRATIKUS TELJESÍTŐKÉPESSÉG HELYE A VÉGSTÁDIUMÚ VESEBETEGEK, TRANSZPLANTÁCIÓRA TÖRTÉNŐ FELKÉSZÍTÉSÉBEN

Tóth Szabolcs¹, Kováts Ákos², Füle Balázs¹, Mándli Tamás¹, Doros Attila¹, Nemes Balázs¹, Radnai Márton¹, Fazakas János¹

¹ SE TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

² SZT. RÓKUS KÓRHÁZ, GYERMEK KARDIOLÓGIA, BUDAPEST

Bevezetés: A donor szervek hiánya előtérbe helyezi azon recipiens kiválasztásának igényét, akik legtöbbet nyerhetik a szerv transzplantációval. A terhelés alatti csúcs VO_2 prediktív értékű lehet a rövidtávú kimenetel, a graft túlélés szempontjából.

Cél: Tanulmányunk célja a kardio-respiratorikusan alkalmatlan betegek szűrése, alkalmassá tétele.

Anyag és módszer: A maximális kardio-respiratórikus kapacitás meghatározását 26 vesebetegnél végeztük. Az elvégzett spiroergometriás vizsgálatot követően a betegeket edzés-tervvel láttuk el. A műtét vállalhatóságához szükséges célértékeket a kardiovasculáris rizikótényezők, a terhelhetőség figyelembevételével határoztuk meg.

Eredmények: Az elvégzett vizsgálatok során számos minor és major paraméter meghatározása történt. VO_{2max} : 8–25 ml/kg VO_{2AT} : 7–15ml /ttkg

Konklúzió: A beültetett graft megfelelő oxigenizációja (VO_{2max} : 11ml/kg), a kellő perctér-fogat biztosítása feltételei a transzplantáció sikerességének.

I. POSZTER SZEKCIÓ – 8. POSZTER

SZABADIDŐS TEVÉKENYSÉGEK VIZSGÁLATA A TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA DOLGOZÓI KÖRÉBEN

Bakosné Braun Márta, Markovics Beatrix, Barta Krisztina

SEMMELWEIS EGYETEM ÁOK, TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

A betegellátó tevékenység során az egészségügyi dolgozók különböző stresszhelyzeteknek vannak kitéve. Vizsgálatunk célja, hogy felmérjük és feldolgozzuk a klinika munkatársainak stresszlevezetési stratégiáit, a szabadidő eltöltésének mennyiségi és minőségi mutatóit.

A reprezentatív adatgyűjtés körében 150 anonim, zárt és nyitott kérdéseket tartalmazó kérdőív került kiosztásra.

A 132 értékelhető kérdőív (97 nő; 35 ffi) feldolgozása alapján 42 ember 174 órát, 60 ember több, 30 ember kevesebb, mint 174 órát tölt havonta a munkahelyén. A választ adók 55,9%-a közepes stresszhelyzetnek van kitéve. 75-en kevesebb, mint 10 óra, 36-an 10–30 óra közötti, 13-an 30–70 óra közötti szabadidővel rendelkeznek hetente. Szabad idejüket 80-an valamilyen kulturális tevékenységgel, 65-en TV nézéssel, 79-en pihenéssel, 63-an mozgással töltik el.

A vizsgálatból kitűnik, hogy a választ adók jelentős része kevés szabad idővel rendelkezik, melyet munkatársaink fele tv nézéssel tölt. Fontosnak tartom, hogy az egészségügyi dolgozókat is meg kell tanítani a megfelelő, hatékony relaxációs technikákra.

I. POSZTER SZEKCIÓ – 9. POSZTER

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT VIZSGÁLATA KLINIKÁNK MUNKATÁRSAI KÖRÉBEN

Markovics Beatrix, Bakosné Braun Márta

SEMMEWEIS EGYETEM, TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA, BUDAPEST

A Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikájának munkatársai körében 132 kérdőív segítségével felmérést végeztünk, hogy vizsgáljuk az egészségi állapot és az egészségtudatos életmód összefügg-e az iskolai végzettséggel.

A kitöltött 132 kérdőív mindegyike értékelhető volt. A legmagasabb iskolai végzettség alapján három csoportot képeztünk (A: általános iskolai n=7; B: középiskolai n=67; C: felsőfokú n=56). Nem találtunk jelentős különbséget a csoportok közötti kor, nem, szociális helyzet (?), depresszió gyakoriságában. Jelentős különbség volt a csoportok közötti BMI 25 kg/m² felett (A vs B vs C: 14% vs 39% vs 18%), egészség megőrzéséért tett aktivitás (A vs B vs C: 43% vs 84% vs 86%), káros szenvedély között (A vs B vs C: 71% vs 51% vs 38%). Az egészségért sporttal legtöbbit az A (57%) csoport tesz, relaxációval a B (70%), táplálkozásra való odafigyeléssel a C (61%).

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy a magasabb iskolai végzettség egészségtudatosabb életmódot, egészségesebb táplálkozás iránti igényt és jobb egészségi állapotot tükröz.

II. POSZTER SZEKCIÓ – 1. POSZTER

CADAVER SZERV-EXPLANTÁCIÓK OSZTÁLYUNK 18 ÉVES KÓRANYAGÁBAN

Kánya Z., Ökrös I.

B–A–Z MEGYEI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ
KÖZPONTI ANESZTEZIOLOGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY, MISKOLC

1990. január 01. és 2007. december 31. között 179 olyan beteget kezeltünk osztályunkon, akiknek később bekövetkező agyhalálát transzplantációs célú szervkivétel követte.

150 esetet dolgoztunk fel. A cadaverek 64%-a volt férfi, és 34%-a nő. A legfiatalabb 14, a két legidősebb 67 éves, az átlagéletkor 42,5 év. Felvételi diagnózis szerinti megoszlás: hipertóniás eredetű állományvérzés (12,66%), agyi aneurysma ruptura (26,66%), agyi katasztrófák (3,33%), közlekedési baleset autóval (6%), motorral (4%), kerékpárral (6,66%), gyalogosként (4%). A fennmaradó 2 %-ot egy secunder agyi hipoxia, és két silent aneurysma elektív katéteres ellátása során fellépő ruptura jelenti. A betegeket döntően Kórházunk Idegsebészet Osztályáról (77,33%), ritkábban a Traumatológiáról (12,66%), ill. az Ideggyógyászatról (5,33%) vettük át. Intézetben kívülről mindössze a betegek 4,66%-a érkezett közvetlenül osztályunkra. A primer CT kép és a klinikai tünetek alapján 42,66%-ban idegsebészeti beavatkozás nem jött szóba. Kamradraint 15,33%-ban helyeztek be, 26%-ban történt más jellegű műtét: döntően hematoma evacuatio, ritkábban aneurysma klippelés, impresszió kiemelés, lobectomy, katéteres embolizáció. A betegek 16%-án együlésben kamradraint behelyezést és egyéb idegsebészeti beavatkozást is végeztek. A primer CT leleten az alábbi diagnózisok szerepeltek: SAH (44,66%), állományvérzés (38,66%), koponyatörés (36,6%), subduralis vérzés (29,33%), contusios állományvérzés (29,33%), agykamravérzés (27,33%), emollitio (6,66%), epiduralis vérzés (6%). Az esetek 26%-ban az agytörzsi beékelődési tüneteket más osztályon észlelve, potenciális szervdonorként kérték a betegek átvételét. E csoportban a kezelési idő átlagosan 12 óra 50 perc volt. 74%-ban a vegetatív vihar osztályunkon lépett fel. Ekkor a beékelődési tünetek észlelése és a donáció megkezdése között 21 óra 50 perc telt el. A vércsoport megoszlás az alábbi volt: A+: 35,33%, O+: 30,66%, B+: 10,66%, AB+: 6,66%, O-: 6,66%, A-: 5,33%, AB-: 2,66%, B-: 2%.

Vizsgáltuk továbbá a kontroll CT-k, az ismételt műtétek számát, a transzfúziós igényt, a reanimációk számát, a beékelődés előtti és utáni keringéstámogatás szükségességét, a diabetes insipidus előfordulási gyakoriságát, a seNa szint változását. Eredményeinket részletesen ismertetjük.

2001-ig 84 alkalommal csak vese, 1 alkalommal 2 szervi explantáció történt. 2002-től 22 alkalommal csak vese, 43 alkalommal pedig multiorgan donáció történt (2 szerv: 15, 3 szerv: 13, 4 szerv: 6, 5 szerv: 7, 6 szerv: 2 alkalommal – a veséket, tüdőket, corneákat egynek számítva).

Összességében a 18 éves donorgondozási tevékenységünk 300 vese, 30 máj, 40 tüdő, 23 szív, ill. szívbillentyű, 12 pancreas, 28 cornea, azaz összesen 403 szerv átültetését tette lehetővé.

II. POSZTER SZEKCIÓ – 2. POSZTER

SZUB-OPTIMÁLIS DONORVESÉK TRANSZPLANTÁCIÓJÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Viola Mária¹, Csopor Mihályné¹, Kalmár Nagy Károly², Szakály Péter², Mihály Sándor¹, Márton János¹

¹ ORSZÁGOS VÉRELLÁTÓ SZOLGÁLAT

² PTE OEKK SEBÉSZETI KLINIKA

Közismert probléma, hogy a cadaver donorok száma elmarad az igénytől. Egyre gyakrabban kerülünk szembe a kérdéssel, hogy érdemes-e, szabad-e nem optimális donorokból származó szervekkel transzplantácót végezni. Előadásunkban erre a kérdésre keressük a választ.

Retrospektív vizsgálattal felmértük centrumukban a 2004 és 2007 között marginális donorból vesetranszplantált betegek vesefunkcióját. Szub-optimálisnak tekintettük a donorvesét, ha:

- a donor életkora 60 éves vagy annál idősebb volt
- a donor kreatinin értéke 130 $\mu\text{mol/l}$ vagy a fölötti volt
- a donor anamnézisében legalább két szerrel kezelt hypertonia, vagy régóta fennálló kezeletlen hypertonia szerepelt.

Ebben az időszakban összesen 21 beteget transzplantáltunk szub-optimális donorból származó vesével. A transzplantációt követő 7. napon a recipiensek 53%-ánál találtunk 250 $\mu\text{mol/l}$ feletti kreatinin értéket. Egy év elteltével azonban már egyetlen recipiensek sem volt 250 $\mu\text{mol/l}$ feletti kreatinin eredménye; 47%-uk 130 $\mu\text{mol/l}$ alatti, 53%-uk pedig 130–250 $\mu\text{mol/l}$ közötti értéket mutatott.

A postoperatív időszakban összesen 3 vesét veszítettünk el, ebből egy esetben graftectomiára kényszerültünk, két esetben pedig működő vesével halt meg a beteg. Egy év után a marginális donorokból származó vesék 85%-a működik.

Eredményeinkből arra a következtetésre jutottunk, hogy érdemes a kevésbé optimális donorokból származó szervekkel is elvégezni a transzplantációt, mert a hosszú távú eredmények megfelelőek.

II. POSZTER SZEKCIÓ – 3. POSZTER

**PATKÓVESÉVEL TÖRTÉNŐ VESEÁTÜLTETÉS
HOSSZÚTÁVÚ EREDMÉNYEI**

*Marofka Ferenc, Szederkényi Edit, Mihalovits Gábor, Lázár György, Morvay Zita¹,
Szenohradzsky Pál*

SZTE, SEBÉSZETI KLINIKA, ¹RADIOLÓGIAI KLINIKA, SZEGED

Bevezetés: A vesék alaki és helyzeti rendellenességei közé tartozik a patkóvese (ren arcuatus). Előfordulási arányuk: 700 szekcióra jut 1 eset. O. B. Stroosma (Maastricht, Hollandia) friss felmérései szerint eddig 17 országban, 75 esetben került átültetésre patkóvese.

Módszer: Először 2000-ben subarachnoidealis vérzés (SAV) miatt agyhalott 40 éves férfiből patkóvesét távolítottunk el, majd 2003-ban ugyancsak SAV miatt agyhalott 40 éves fiből távolítottunk el patkóvesét, amelyekből rezekcióval 1 „ép” vesét sikerült kialakítanunk. Ezeket átültetésre alkalmasnak tartottuk. Az elsőt egy 46 éves, a másodikat egy 42 éves nőbetegbe ültettük. A műtét során vett mindkét szövettani minta ép veseszövetnek bizonyult.

Eredmények: Hagyományos immunoszuppresszió (CyA ill. Tac, steroid, MMF) alkalmazása mellett a beültetett patkóvesék a műtétet követően kitűnően funkcionáltak. Az elvégzett MR urographia és color doppler UH vizsgálat mind az üregrendszer, mind az érrendszer részéről lényegében ép viszonyokat mutatott. A betegeket két hét után normális vesefunkcióval bocsátottuk el. A beültetett két patkóvese 2008. február elején is jól működött, a betegek panaszmentesek.

Következtetés: Irodalmi adatok és saját tapasztalataink alapján azt gondoljuk, hogy a patkóvese olyan fejlődési rendellenesség, amely nem kizáró oka a veseátültetésnek.

II. POSZTER SZEKCIÓ – 4. POSZTER

KETTŐS VESETRANSZPLANTÁCIÓVAL SZERZETT TAPASZTALTAINK HAMBURG BAN

Toronyi Éva¹, Jörg Pollok², Friedrich Taiss², Björn Nashan²

¹ SEMMELWEIS EGYETEM, TRANSZPLANTÁCIÓS KLINIKA, BUDAPEST,

² TRANSZPLANTÁCIÓS CENTRUM, HAMBURG EPPENDORF

Bevezetés: A transzplantációs aktivitás növekedésének legfőbb akadály a beültethető szervek hiánya. A kettős transzplantáció elve: marginális donorok mindkét veséjének egy recipiensbe történő felhasználása a szervhiány megoldására kínálkozó lehetőség. Így szignifikánsan csökken az idősebb donorokból származó fel nem használt vesék aránya.

Anyag és módszer: Hamburg Eppendorf Transzplantációs Centrumban 2007-ben kezdték a kettős vese-transzplantációt. Az első donor 41 éves hypoxiás agykárosodást szenvedett férfi, serum kreatinin felvételekor 230 $\mu\text{mol/l}$. A recipiens 66 éves, 4 éve haemodialysált beteg. A második donor 58 éves hypertóniás, 2-es típusú diabetes mellitusban szenvedő nőbeteg, felvételtkor serum kreatinin 168 $\mu\text{mol/l}$. A recipiens 60 éves, 6 éve dialyzált férfi. Mindkét beteg ATG indukciót, alacsony dóziszú calcineurin inhibitor, magas dóziszú MMF-t és szteroidot kapott.

Eredmények: Mindkét esetben lassú serum kreatinin csökkenést észleltünk. 2 héttel a transzplantációt követően mindkét beteg serum kreatininje 200 $\mu\text{mol/l}$ alatti értékre csökkent.

Következtetés: 250 $\mu\text{mol/l}$ alatti donor serum kreatinin szint alatt, amennyiben a nullbiopsia kevesebb, mint 40 % glomerulosclerosist mutat a kettős vesetranszplantáció jó eredményt ad és a szervhiány csökkentésére alkalmazható módszer.

II. POSZTER SZEKCIÓ – 5. POSZTER

A PARCIÁLIS MÁJÁTÜLTETÉS KLINIKAI ANATÓMIÁJA

Kiss Mátyás, Kovács S, Gorove K, Nemeskéri Á, Törő K, Görög D, Fehérvári I, Nemes B, Benkő T, Piros L, Bihari L, Doros A., Járay J, Kóbori László

SEMMELWEIS EGYETEM, TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA,
HUMÁN MORFOLÓGIAI ÉS FEJLŐDÉSBIOLOGIAI INTÉZET, IGAZSÁGÜGYI ÉS
BIZTOSÍTÁS-ORVOSTANI INTÉZET, BUDAPEST

Célkitűzés: A máj szegmentális anatómiájának, ér- és epeútszerkezeti variációinak tanulmányozása, az új morfológiai és statisztikai adatok felhasználási lehetőségének vizsgálata a parciális májátültetés tervezésében és technikai megoldásaiban.

Módszerek: Egy általunk kifejlesztett korróziós technikával, különböző színű műgyanta keveréket injektáltunk az ér- és epeútszerkezetbe, a parenchymát sósavval távolítottuk el, és az öntvények morfológiáját elemeztük. Egy másik sorozatban a műgyantával feltöltött májban, -30 °C-on, sebészi szempontból fontos síkokban szeleteket készítettünk.

Eredmények: A 120 humán ér- és epeútszerkezeti preparátumban a „D1”, „C1” és „A” epeútszerkezeti variációknál jelentős eltérést találtunk az irodalmi adatokhoz képest. A máj járulékos artériás vérellátását korróziós készítményen elemeztük.

Következtetések: Preparátumaink alkalmasak a máj háromdimenziós ér- és epeútszerkezeti variációinak és a parciális májátültetésnél használatos, variációként változó rezekciós felszínének anatómiai tanulmányozására. Ezáltal hozzájárulhatunk a parciális májátültetés sebészi technikájának fejlődéséhez.

II. POSZTER SZEKCIÓ – 6. POSZTER

HALMOZOTTAN ELŐFORDULÓ RETROPERITONEÁLIS VÉRZÉS ILL. SAJÁT VESE RUPTURA VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEKBEN

Németh Andrea, Doros Attila, Hartmann Erika, Deák Pál Ákos, Juharosi Gyöngyi, Lénárd Zsuzsanna, Kozma Veronika, Chmel Rita, Földes Katalin, Török Szilárd, Hidvégi Márta, Máthé Zsolt

SE TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKA RADIOLÓGIAI / NEPHROLÓGIAI / SEBÉSZETI OSZTÁLY, BUDAPEST

Szerzők öt, 2006 augusztus és 2007 júliusa között a budapesti Transzplantációs Klinikán kezelt vesetranszplantált beteg retroperitonealis kórfolyamatát mutatják be: egy saját zsugorvese bevérzés, egy policisztás vese bevérzés, egy psoas izomból eredő nagy retroperitonealis vérzés, egy ureterolithiasis következtében és egy ismeretlen eredetű saját vese ruptura miatt kezelt beteg adatait tekintettük át.

A diagnózist hasi UH vizsgálatot követő natív vagy kontrasztanyag CT vizsgálattal állítottuk fel.

A fent megjelölt időszak óta – több, mint egy éve – ill. az azt megelőző 12 év során intézetünkben nem fordult elő halmozottan ennyi retroperitonealis vérzés ill. veseruptura, ezért, lehetséges ok után kutatva áttekintettük a betegek alapbetegségét, kórtörténetét, laborparamétereit, az alkalmazott immunszuppressziót ill. egyéb gyógyszerelést, vizsgáltuk a reiectios epizódokat.

Az acut ellátás egy esetben volt műtét, három esetben radiológiai intervenció és egy betegnél történt exploratív laparotomiát követően katéteres embolisatio.

Állapotának rendezéséhez 3 beteg igényelt vörösvérsejt transfúziót. Két beteg kórtörténetében szerepelt pulmonalis TBC, egyénél myelodysplasia.

Az immunszuppresszió takrolimus+MMF +prednizolon, ciklosporin+MMF +metilprednizolon, ciklosporin+MMF +prednizolon kombinációból állt, ill. egy beteg ciklosporin+prednizolon terapiát követően everolimuszt kapott.

Egy beteget vesztettünk el, négyen jó veseműködéssel élnek.

Eseteinket abban a reményben mutatjuk be, hogy a többi centrum esetleges hasonló tapasztalatával fényt deríthetünk e szokatlan halmozódás okára.

II. POSZTER SZEKCIÓ – 7. POSZTER

A PROTOKOLL BIOPSZIA SZEREPE A VESE ALLOGRAFT FUNKCIÓ MEGŐRZÉSÉBEN

Szederkényi Edit¹, Szenohradszky Pál¹, Morvay Zita², Marofka Ferenc¹, Kemény Éva³, Lázár György¹, Iványi Béla³

SZTE, ¹SEBÉSZETI KLINIKA, ²RADIOLÓGIAI KLINIKA, ³PATHOLÓGIAI INTÉZET, SZEGED

Bevezetés: Szerzők a protokoll biopsziák elemzése alapján értékelik a módszer diagnosztikus értékét és keresik a klinikai hasznát a vesefunkció tükrében.

Módszer: 2002–2006-ig 229 UH vezérelt transzplantált vese biopsziát végeztek stabil vesefunkciójú betegen, 3 hónappal (78 beteg), illetve 1 évvel (85 beteg) a transzplantáció után. A szövettan alapján a betegek kezelésben részesültek. A vesefunkciót 72, nem biopsziázott, stabil betegéhez hasonlítottuk.

Eredmények: Patológiás elváltozást 72%-ban diagnosztizáltunk. Ezen betegek 65%-a a biopszia eredménye alapján kezelésben részesült. A 3 éves utánkövetés során a vesefunkció szignifikánsan jobbnak bizonyult a biopsziás csoportban, mint a kontroll csoportban ($\Delta\text{GFR} = 1,3$ vs. $[-9,2]$ ml/min/1,73 m²; $p=0,002$).

Következtetések: A protokoll biopszia megbízható és biztonságos módszer a transzplantált vesében kialakuló rendellenességek korai diagnózisára és az immunosuppresszív kezelés hatékonyságának ellenőrzésére. A korai diagnózis és ennek alapján a megfelelő kezelés segíti a vesefunkció megőrzését, ezáltal a hosszabb graft túlélést.

JEGYZETEK

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.

C&T Hungary Kongresszusi Iroda

6722 Szeged, Dáni u. 7.

1137 Budapest, Radnóti Miklós u. 2.

Tel./fax: +36 62 548 485 ● +36 1 451 3730

E-mail: congress@congresstravel.hu

www.congresstravel.hu

C&T
CONVENTION & TRAVEL
Hungary



Kongresszusok ●
Kiállítások ●
Rendezvények ●
Szakmai utak ●
szervezése



62/548 485

1/451 3730

Üdülések ●
Kirándulások ●
Aktív utazások ●
szervezése
 **62/481 562**
1/451 3730



Repülőjegyek ●
Busz- és vonatjegyek ●
Hajó- és kompjegyek ●
Utastbiztosítások ●
értékesítése
 **62/481 562**
1/451 3730



repuulojegy@congresstravel.hu



C&T Hungary Utazási Iroda

6722 Szeged, Dáni u. 7. ● 1137 Budapest, Radnóti Miklós u. 2.

Tel./fax: +36 62 481 562 ● +36 1 451 3730

E-mail: travel@congresstravel.hu ● www.congresstravel.hu

CÉLPONTBAN A Hb STABILITÁS

HAVI EGYSZERI FENNTARTÓ KEZELÉS



Mircera, rövidített alkalmazási előírás

Hatóanyag: 30, 40, 50, 60, 75, 100, 120, 150, 200, 250 µg /0,3 ml béta-epoetin metoxi-polietilén-glikol oldatos injekció előretöltött fecskendőben, 360, 400, 600, 800 µg /0,6 ml béta-epoetin metoxi-polietilén-glikol oldatos injekció előretöltött fecskendőben, 50, 100, 200, 300, 400, 600, 1000 µg /ml béta-epoetin metoxi-polietilén-glikol oldatos injekció előretöltött fecskendőben. **Terápiás javallat:** Krónikus vesebetegséghez társuló anémia kezelésére. **Adagolás és alkalmazás:** Az oldat beadható subcután vagy intravénásan. **Eritropoézist serkentő gyógyszerrel (ESA, erythropoiesis stimulating agent) aktuálisan nem kezelt betegek:** Az ajánlott kezdő adag 0,6 mikrogramm/tnkg kéthetente egyszer, egyetlen intravénás vagy subcután injekcióban adva, hogy a hemoglobin értéke meghaladja 10 g/dl-t (5,21 mmol/l). **Aktuálisan ESA-val kezelt betegek:** Az első injekciót az előzőleg adott darbepoetin alfa vagy epoetin következő tervezett adagja helyett kell beadni. Dózis módosítás legfeljebb havonta egyszer végezhető. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Nem beállított hipertónia. Nemkívánatos hatások, mellékhatások: Gyakori (≥ 1/100 - <1/10) hipertónia; nem gyakori (≥ 1/1000 - <1/100) fejfájás, shunt-trombózis; ritka (≥ 1/10000 - <1/1000) hipertenzív encephalopathia, macula-papulus kiütés, hölgyillamok, túlérzékenység. Bővebb információért olvassa el a gyógyszer részletes alkalmazási előírását. **Bruttó fogy. ár:** 32.909,- Ft (50 µg /0,3 ml); 48.917,- Ft (75 µg /0,3 ml); 64.926,- Ft (100 µg /0,3 ml); 96.942,- Ft (150 µg /0,3 ml); 128.959,- Ft (200 µg /0,3 ml) oldatos injekció előretöltött fecskendőben **TB támogatás: Érték nélküli támogatás. Az első forgalomba hozatali engedély dátuma:** 2007. július 20. **Alkalmazási előírás utolsó módosításának dátuma:** 2008. szeptember 5.



Kulcs a hatékonysághoz!

A ProcedurePak intézetre szabott műtéti egységcsomag, ami minden olyan egyszer használatos terméket tartalmazhat, melyre egy beavatkozás során szükség lehet:

- operációs lepedők és kabátok,
- egyéb egyszer használatos termékek.

Az Ön számára ezzel

- akár 50%-kal csökkenthető a műtétek során keletkezett hulladék tárolására használt zsákok száma.¹
- akár 36,6%-kal csökkenthető a műtétek előkészületi ideje.²
- csökken az adminisztratív munka a beszerzés során.
- egyszerűbbé, áttekinthetőbbé válik a tárolás és termékezelés.

1: Intézetre szabott egységcsomagok használatának előnyei. Emma Duffy & Anne Smith, 2005. október

2: A műtő kapacitásának fejlesztése az intézetre szabott műtéti egységcsomagok használatára.
Tanulmány, Mölnlycke Health Care Németország, 2002

 **ProcedurePak®**
CREATING TIME, DELIVERING EFFICIENCY



100% FOCUSED ON PROTECTION

Advagraf® – tacrolimus naponta egyszer



Irodalom: 1. Silva HT, Yang HC, Abouljoud M, et al, for the Tacrolimus Extended-Release De Novo Kidney Study Group. One-year results with extended-release tacrolimus/MMF, tacrolimus/MMF and cyclosporine/MMF in de novo kidney transplant patients. Am J Transplant. 2007;7(3):595-608.

BEMUTATKOZIK AZ ADVAGRAF® AZ ÚJ PROGRAF®

Egy fázisú nyílt, randomizált klinikai vizsgálat szerint 638 felnőtt de novo vesetranszplantált beteg részvételével az Advagraf eredményessége¹:

- 99 % 1 éves beteg túlélés
- 97 % 1 éves graft túlélés
- 90 % rejekció mentes beteg 1 évnél

Rövidített alkalmazási előírás a programfüzetben a Prograf hirdetés hátlapján olvasható.

ADV/2007/11/07

 **ADVAGRAF®**
tacrolimus prolonged release