

Folia



Hepatologica



DANUBIUS
THERMAL & SPORT HOTEL
BŰK

Program

Hepatológia

2008

Bükfürdő, 2008. február 19–23.

A KRÓNIKUS VÍRUSHEPATITISZEK HATÉKONY TERÁPIÁJA



PEGASYS[®]
peginterferon alfa-2a (40KD)



Roche (Magyarország) Kft
2040 Budaörs, Edison u. 1.
Tel.: +36-23-446-800
Fax: +36-23-446-860
www.roche.hu

PEGASYS 135 ill. 180 mikrogramm oldatos injekció előretöltött fecskendőben. Egy előretöltött fecskendő 135, ill. 180 mikrogramm alfa-2a-peginterferon hatóanyagot tartalmaz 0,5 ml oldatban. ATC: L03A B11 **Terápiás javallatok:** Krónikus hepatitis B: olyan HBeAg-pozitív vagy HBeAg negatív krónikus hepatitis B-ben szenvedő felnőtt betegek kezelésére, akiknek kompenzált májbetegségük és bizonyított vírus replikációjuk, emelkedett ALT szintjük és hisztopatológiailag igazolt májgyulladásuk és/vagy fibrózisuk van. **Krónikus hepatitis C:** olyan krónikus C típusú hepatitisben szenvedő felnőtt betegek kezelésére, akik szérum HCV-RNS pozitívak, beleértve azon betegeket is, akiknek kompenzált májcirrózissuk és/vagy klinikailag stabil HIV fertőzésük is van. **Adagolás és beadás módja:** A kezelést csak hepatitis B és C kezelésében jártas orvos végezheti. Ha a Pegasys-t ribavirinnel kombinálva adják, figyelembe kell venni a ribavirin alkalmazási előírását is. Szokásos dózisa 180 mikrogramm hetente egyszer a has, vagy a comb bőre alá adva, önmagában, vagy orális ribavirin készítménnyel kombinálva. Kezelés hossza: 48 hét HBV-vel és 1-es genotípusú HCV-vel fertőzött betegek, ill. 24 hét 2/3-as genotípusú HCV-vel fertőzött betegek esetén, vírus-terheléstől függetlenül. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával, vagy a készítmény bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Autoimmun hepatitis. Súlyos májműködési zavar, vagy dekompenzált májcirrózis. Újszülöttek és három éves kor alatti gyermekek. Súlyos szívbetegség az anamnézisben, beleértve az instabil vagy kezeletlen szívbetegséget az elmúlt hat hónapban. Terhesség és szoptatás. Cirrózisos és >-6 Child-Pugh pontszámú HIV-HCV fertőzött betegek. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** **Nagyon gyakori nemkívánatos hatások:** fejfájás, gyengeség, fáradtság, láz, izom- és ízületi fájdalom, anorexia, depresszió, szorongás, álmatlanság, szédülés, koncentrációzavar, dyspnoe, köhögés, hasmenés, émelygés, hasi fájdalom, alopecia, dermatitis, pruritus, bőrszárazság, reakció az injekció beadásának helyén, súlycsökkenés. **Nem gyakori nemkívánatos hatások:** pneumonia, bőrfertőzés, öngyilkossági gondolatok, májdaganat, gastrointestinalis vérzés, májelégtelenség. **Megjegyzés:** † (egy kereszt) Kiadhatóság: Vényre „SZ” jelzéssel kiadható gyógyszer (II/3b csoport) Forgalombahozatali engedély EMEA-eng.szám: EU/1/02/221/005, EU/1/02/221/007 Ára: 51.332 Ft (135 µg) ill. 59.325 Ft (180 µg) TB Támogatás: 51.332 Ft (135 µg) ill. 59.325 Ft (180 µg) (100 % EÜ 23/a1 és 23/b1 pontok alapján, forrás: www.oep.hu 2007.11.01.) Térítési díj: 0 Ft. **Felírás előtt kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási előírást** (dátuma: 2007.11.19!)

További információ: Roche (Magyarország) Kft.

A GYÓGYÍTÁS SIKERE

T A R T A L O M

2008. február Vol. 12. Suppl 1.

**Hepatológia 2008
kongresszus**

Bükfürdő, 2008. február 19–23.

Program	2
Összefoglalók	10

Szervezőbizottság:

Fehér János, Lengyel Gabriella,
Kóbori László, Szalay Ferenc

Tudományos információ:

Prof. Dr. Fehér János
Semmelweis Egyetem, ÁOK II. Belklinika
1088 Budapest, Szentkirályi u. 46.
Telefon/fax: 06 1 317 4548
e-mail: feher@bel2.sote.hu

Tudományos titkárság:

Bárkovits Sarolta
Mobil: 06 20 429 2245
e-mail: saci@bel2.sote.hu

A Kongresszusi iroda:

Schäfer Mária irodavezető
Intermedicons Kft
1450 Budapest 9. Pf. 172
Telefon/Fax: 06 1 215 8039
Mobil: 06 30 984 6954
e-mail: intermedicons.kft@chello.hu

Főtámogatók:

Roche (Magyarország) Kft.
Schering Plough Central East Ag

Támogatók:

Medicons Kft.
Bayer Ag
Fresenius-Kabi

F O L I A H E P A T O L O G I C A
T U D O M Á N Y O S F O L Y Ó I R A T

ISSN 1419 - 1156

Alapító főszerkesztő:
Fehér János dr.

Szerkesztőbizottság:

Abonyi Margit dr., Blázovics Anna dr.,
Csomós Géza dr., Dalmi Lajos dr.,
Engloner László dr., Fehér Erzsébet dr.,
Kóbori László dr., Lengyel Gabriella dr.,
Nemes Balázs dr., Pár Alajos dr.,
Schaff Zsuzsa dr., Szalay Ferenc dr.,
Telegdy László dr., Zalatnai Attila dr.

Szerkesztőségi munkatárs:
Bárkovits Sarolta,

Szerkesztőség:

1088 Budapest, Szentkirályi u. 46.
Tel./Fax: 06-1-317-4548
Email: feher@bel2.sote.hu

Kiadó:

Intermedicons Kft.
1450 Budapest 9, Pf. 172
Tel./Fax: 06-1-215-8039

Kiadásért felel:

Az Intermedicons Kft.
ügyvezető igazgatója

Hepatológia 2008

Bükkfürdő, 2008.február 19–23.

A Magyar Májkutató Társaság, az Experimentális és Klinikai Kutatások Nemzetközi Orvosi Egyesülete, a Májkutató Alapítvány és a Danubius Thermal & Sport Hotel Bük által szervezett konferencia.

Program

Február 19. (kedd)

A Magyar Májkutató Társaság és a Májkutató Alapítvány továbbképző konferenciája a SCHERING-PLOUGH támogatásával

8.00– Regisztráció

Február 19. (kedd)

Folytassa nővér: A krónikus hepatitis C diagnosztikája és terápiaja

14.00– Megnyitó: *Fehér János*

14.10–16.00 **A hepatitis C vírus fertőzés aktuális kérdései: szűrés, epidemiológia, diagnózis.**
Moderátor: *Fehér János*

Az interferon 50 éve
Lengyel Gabriella

A hepatitis fertőzés a beteg szemszögéből
Bányai Tivadar

A HCV fertőzés interferon kezelésének életkori sajátosságai
Lombay Béla

Visszaesők kezelése (retreatment)
Abonyi Margit

16.00–16.30 K á v é s z ü n e t

16.30–19.00 **A hepatitis C vírus fertőzés aktuális kérdései: terápia, mellékhatások, gondozás**

HCV rizikócsoportok – Büntetés végrehajtás keretein belül végzett felméréseink eredményei
Horváth Gábor

A krónikus hepatitis C gondozása, ha az antivirális kezelés sikertelen, vagy nem lehetséges (kontraindikált)
Nagy István

A magyar és nemzetközi HCV-HVB kezelési protokoll összevetése
Gasztonyi Beáta

A vírusválaszra vonatkozó szakszavak értelmezése, jelentősége (nonresponder, relapser, EVR, SVR, relapse rate)
Tornai István

20.00 F o g a d á s

Február 20. (szerda)

8.30–9.00	N ő v é r f ó r u m
9.00–13.00	S z e k c i ó ü l é s e k
13.00	T e s t t í r á s
12.30–14.00	E b é d

Február 20. (szerda)**Hepatológiai továbbképző konferencia**

14.00–15.30	A hepatitis C vírusfertőzés aktuális kérdései Elnök: <i>Fehér János</i>	
	Rejtett májbetegség: Hepatitis C vírus fertőzés <i>Fehér János</i>	20 perc
	Az 50 éves interferon története <i>Lengyel Gabriella, Fehér J.</i>	20 perc
	A kombinált interferon és ribavirin kezelés mellékhatásai <i>Schneider Ferenc</i>	20 perc
15.30–16.00	K á v é s z ü n e t	
16.00–17.30	A portális hypertonia aktuális kérdései Elnök: <i>Pák Gábor</i>	
	Portális hypertensio kezelése, különös tekintettel az acitesre <i>Pák Péter, Kovács M.</i>	20 perc
	Kapszulás endoszkópia és portális hypertensio <i>Kovács Márta, Pák P.</i>	20 perc
	Terápiarezisztens ascites miatt műtött májbetegegek dietoterápiája <i>Lelovics Zsuzsanna, Vincze K., Halmos F., Bonyárné Müller K., Figler M.</i>	20 perc
20.00	W e l c o m e p a r t y	

Február 21. (csütörtök)

A Magyar Májkutató Társaság tudományos kongresszusa**Pro Hepatologia Emlékérem kitüntetésben részesültek:**

<i>Pár Alajos</i>	2006
<i>Schaff Zsuzsa</i>	2007
<i>Szalay Ferenc</i>	2008

8.00	Regisztráció	
9.00	Megnyitó	
9.05–10.30	Epeúti betegségek non-invazív diagnosztikája Moderátor: <i>Székely György</i>	
	2D ultrahang vizsgálat <i>Szebeni Ágnes</i>	15 perc
	Háromdimenziós ultrahang – a vizsgálat értéke és korlátai <i>Szilvás Ágnes</i>	15 perc
	Keringési paraméterek (pulsus és color-Doppler, 3D angio) jelentősége <i>Székely György</i>	15 perc
	Multidetektoros CT, MRCP és PET-CT indikációs területe <i>Bor Katalin</i>	15 perc
	Elnök: <i>Járay Jenő, Kóbori László</i>	
10.30–11.00	State of art lecture Liver transplantation in Europe <i>Mülbacher, Ferdinand</i> (Wien ESOT president)	30 perc
11.00–11.30	K á v é s z ü n e t	
11.30–12.45	Roche Symposium Real-life betegellátás a klinikai vizsgálatok eredményeinek tükrében Üléselnök: <i>Szalay Ferenc</i> Résztevők: <i>Gervain Judit, Hunyady Béla, Nagy István, Nemesánszky Elemér, Tornai István</i>	
12.45–14.00	E b é d	
14.00–15.30	Oxidatív stressz és májbetegség Elnök: <i>Schaff Zsuzsa, Pár Alajos</i>	
	Oxidatív stressz és antioxidáns védelem gyulladásoz májbetegségekben <i>Pár Alajos</i>	15 perc
	A zsírmáj radiológája: lehetőségek és buktatók <i>Harkányi Zoltán</i>	15 perc
	A szénhidrátszegény transzferrin szintje vegyszer expositio kapcsán <i>Szabó György, Keller É., Környei L., Lengyel G., Fehér J.</i>	10 perc

	Matematikai statisztikai módszerek a vérmarkerek - különös tekintettel a CDT, GGT, MCV - értékeinek elemzésére <i>Környei László, Szabó Gy., Lengyel G., Fehér J.</i>	10 perc
	A dietoterápia paramétereinek alakulása az alkoholos zsírmájban (ASH) szenvedő betegek kezelésében <i>Fekete K., Lelovics Zsuzsanna, Tátrai L., Bozóné Kegyes R., Bonyárné Müller K.</i>	10 perc
	Új lehetőség az akut májelégtelenség kezelésében: MARS® terápia <i>Szabó Erzsébet</i>	15 perc
15.30–16.00	K á v é s z ü n e t	
16.00–17.00	Bayer Symposium Áttörés a hepatocellularis carcinoma szisztémás kezelésében Elnök: <i>Fehér János</i>	
	A hepatocelluláris carcinoma etiológiája és pathogenesise <i>Fehér János</i>	15 perc
	A krónikus vírushepatitis, májcirrhosis és hepatocelluláris carcinoma <i>Pár Alajos</i>	15 perc
	HCC: klinikai vizsgálati eredmények Nexavarral <i>Dank Magdolna</i>	15 perc
17.10–18.30	Májtranszplantáció I. Elnök: <i>Görög Dénes, Monostori Katalin, Telegdy László</i>	
	Myeloperoxidáz enzimaktivitás az artériás vérellátás mutatója májtranszplantációt követően <i>Benkő Tamás, Doros A., Fehérvári I., Görög D., Nemes B., Máthé Z., Piros L., Sárváry E., Gerlei Zs., Monostory K., Járny J., Kóbori L.</i>	10 perc
	Intraoperatív glükóz és inzulin terápia hatásainak vizsgálata májátültetés során, előzetes eredmények <i>Füle Balázs, Németh E., Tóth Sz., Ther G., Árkosy M., Mándli T., Pap Sz., Smudla A., Szabó T., Fazakas J.</i>	10 perc
	Véna portae thrombosis és máj transzplantáció <i>Görög Dénes, Fehérvári I., Gerlei Zs., Kóbori L., Németh A., Doros A., Máthé Z., Nemes B., Járny J.</i>	10 perc
	Immunocyp, gyógyszerek és májtranszplantáció <i>Kóbori László, Sárváry E., Kőhalmi K., Szőnyi L., Fehérvári I., Görög D., Nemes B., Máthé Z., Benkő T., Piros L., Bihari L., Kiss M., Doros A., Ther G., Füle B., Mándli T., Tóth Sz., Fazakas J., Gerlei Zs., Járny J., Monostory K.</i>	10 perc
	Immunszuppresszív terápia egyénre szabott módosítása a cyclosporin metabolizmusa alapján <i>Monostory Katalin, Andor K., Szabó P., Sárváry E., Gerlei Zs., Fazakas J., Máthé Z., Dallos G., Péter A., Benkő T., Járny J.</i>	10 perc
	Hogyan segítik nővéreink a májbetegeket gondozását: Egy pályázat eredményei <i>Telegdy László</i>	20 perc
20.00	G á l a v a c s o r a	

Február 22. (péntek)

8.00 **Regisztráció**8.30–10.30 **Májtranszplantáció II.**Elnök: *Fazakas János, Fehérvári Imre, Nemes Balázs*Májtranszplantáció és immunszuppresszió 10 perc*Fehérvári Imre, Görög D., Máthé Z., Gerlei Zs., Nemes B.*Szervdonációk elemzése a májátültetési programmal kapcsolatban 10 perc*Nemes Balázs, Schmidt K., Jakab K., Maléth A., Görög D., Fehérvári I., Máthé Z., Fazakas J., Doros A., Járny J., Gálffy Zs., Gerlei Zs., Kóbori L.*Antivirális kezelés hatása a májtranszplantált betegek redox 10 perc

homeosztázis egyensúlyára

*Sárváry Enikő, Gerlei Z., Nemes B., Gaál I., Czabai G., Görög D., Máthé Z., Fazakas J., Járny J., Monostory K., Fehérvári I., Varga M., Tenkes L., Pallai Zs., Lengyel G.*Graft artériás keringését befolyásoló perioperatív tényezők vizsgálata 10 perc

májtranszplantált betegeknél

*Tóth Szabolcs, Veres D., Fazakas J., Nemes B., Doros A.*Modern anaesthesia 15 perc*Fazakas János*Budd Chiari syndroma és a májtranszplantáció. Hazai tapasztalatok 10 perc*Gerlei Zsuzsa, Görög D., Máthé Z., Nemes B., Fehérvári I., Fazakas J., Doros A., Németh A Sárváry E., Járny J.*Cystain C monitorozás májátültetés során 10 perc*Nemes Balázs, Dávid A., Lakatos M., Fazakas J., Zádori G., Fehérvári I., Görög D., Máthé Z., Gaál I., Farkasné H. M., Járny J., Sárváry E.*10.30–11.00 **K á v é s z ü n e t**11.00–12.30 **Dr. Falk Symposium**Elnök: *Fehér János*Az ursodeoxycholsav hatásmechanizmusa, terápiás alkalmazása 15 perc*Fehér János*Az ursodeoxycholsav az immuneredetű májbetegségek terápiájában 15 perc*Szalay Ferenc*A terhességi cholestasis kezelése 15 perc*Nemesánszky Elemér*Az ursodeoxycholsav helye a májtranszplantált betegek kezelésében 15 perc*Lengyel Gabriella*A Budenofalk helye az autoimmun hepatitis terápiájában 15 perc*Lakatos Péter*12.30–14.00 **E b é d**

- 13.30–15.00 **Májtranszplantáció III.**
Elnök: *Doros Attila, Kóbori László, Máthé Zoltán*
- Beszámoló az első sikeres felnőttkori élődonoros (jobb májleány) transzplantációról Magyarországon *15 perc*
Máthé Zoltán, Kóbori L., Görög D., Fehérvári I., Nemes B., Fazakas J., Doros A., Gerlei Zs., Járny J.
- Képzővizsgálatok a máj élődonor-jelöltek kivizsgálásában *15 perc*
Hartmann Erika, Németh A., Balázs Gy., Gerlei Zs., Görög D., Kóbori L., Máthé Z., Járny J., Doros A.
- Élődonoros májátültetés recipienseinek pre- és posztoperatív képzővizsgálatai *15 perc*
Németh Andrea, Hartmann E., Doros A., Gerlei Zs., Fazakas J., Kóbori L., Máthé Z., Járny J.
- A máj sebészeti anatómiája, epeútszerkezeti variációk és parciális (élődonoros) májátültetés *15 perc*
Kiss Mátyás, Kovács S., Gorove K., Bihari L., Görög D., Fehérvári I., Nemes B., Máthé Z., Benkő T., Piros L., Doros A., Fazakas J., Járny J., Nemeskéri Á., Kóbori L.
- A májtranszplantált gyermekek bangkoki szereplése (DVD) *15 perc*
Szalamanov Zsuzsa
- 15.00–16.30 **Schering Plough Symposium**
Elnök: *Fehér János*
- New clinical trials in the treatment of hepatitis C
Trepo, Cristhian
- New therapy modalities in the treatment of hepatitis C
Schaff Zsuzsa
- 16.30–17.00 **K á v é s z ü n e t**
- 17.00–18.30 **Krónikus hepatitis I.**
Elnök: *Hunyady Béla, Szalay Ferenc*
- Tiszteletbeli tagsági oklevél átadása:**
- A krónikus vírus hepatitis kezelésének újabb lehetőségei *20 perc*
Ferenczi Péter
- Az inzulinrezisztencia, mint predictív tényező chronicus C vírus hepatitis antivirális kezelésében *10 perc*
Lombay Béla
- Tüdőfibrozis interferon kezelés szövődményeként *10 perc*
Péter Zoltán, Farkas É., Juhász Á.
- Peginterferon- Ribavirin teraphia hatásossága hypertonia és vesefunkció beszűkülése esetén. Eset bemutatás *10 perc*
Bátyi Éva, Szegedi J.
- Egyedi terápiás stratégiák nehezen kezelhető dializált krónikus vírushepatitises betegeknél *10 perc*
Hunyady Béla

Krónikus C hepatitis fertőzött betegek autonóm és szenzoros idegrendszeri funkciójának változása az antivirális kezelés első 12 hetében 10 perc
*Osztoivits János, Horváth T., Csák T., Lakatos P. L., Lengyel G.,
 Ibrányi E., Tóth T., Abonyi M., Fehér J., Kempler P., Kollai M., Szalay F.*

Pro Hepatologia Emlékérem átadása:

A Wilson kór modern diagnosztikája 20 perc
Szalay Ferenc

20.00 V a c s o r a

21.00 T á n c e s t

Február 23. (szombat)

8.30 **Regisztráció**

9.00–10.30 **Krónikus hepatitis II.**

Elnök: *Harkányi Zoltán, Pár Alajos, Szőnyi László*

A gyermekkori portális hipertónia klinikai vonatkozásai 15 perc
Szőnyi László

Gyermekkori portális hipertónia color Doppler-vizsgálata 15 perc
Harkányi Zoltán

Cholestaticus típusú C vírus kiújulás májátültetés után 15 perc
 A differenciáldiagnózis nehézségei

*Nemes Balázs, Nagy P., Lengyel G., Sárváry E., Gerlei Zs., Varga M.,
 Gálffy Zs., Zádori G., Pap S., Fehérvári I., Görög D., Tóth Sz., Máthé Z.,
 Járay J., Kiss A., Schaff Zs.*

A primer sclerotizáló cholangitis és a májtranszplantáció 15 perc
*Bihari László, Kiss M., Nemes B., Máthé Z., Fehérvári I., Görög D.,
 Doros A., Péter A., Gerlei Zs., Fazakas J., Járay J., Kóbori L.*

Lépartéria-aneurysmák májtranszplantált betegekben Magyarországon 15 perc
*Piros László, Németh A., Juharosi Gy., Lénárd Zs., Görög D., Máthé Z.,
 Szabó J., Benkő T., Bihari L., Kiss M., Tóth Sz., Füle B., Ther G.,
 Mándli T., Járay J.*

Fémstentek használhatósága benignus epeúti stenosisokban 15 perc
*Doros Attila, Nemes B., Fehérvári I., Máthé Z., Németh A., Hartmann E.,
 Deák P. Á., Lénárd Zs., Juharosi Gy., Görög D., Gerlei Zs., Kóbori L.*

10.30–11.00 K á v é s z ü n e t

11.00–12.30 **Krónikus hepatitis III.**

Elnök: *Lengyel Gabriella, Nemesánszky Elemér, Schuller János*

PEG-IFN + RBV kezelés eltérően befolyásolja a peripheriás vér mononuclearis sejtjeinek Th1/Th2 citokin termelését a rapid, illetve a korai válaszadó, valamint a kezelésre nem reagáló krónikus C hepatitiszes betegekben 10 perc

*Pár Gabriella, Berki T., Pálincás L., Szereday L., Szekeres-Bartho J.,
 Miseta A., Hegedüs G., Mózsik Gy., Hunyady B., Pár A.*

Az insulin rezisztencia és az IRS-1 és a GNB-3 gének polymorphysmusa nem alkoholos zsírmájban <i>Fraenkel Emil, Lazúrová I., Jarčuška P., Habalová V., Fehér J.</i>	10 perc
A hepatitis C vírus családon belüli fertőzőképessége <i>Netyő Anita, Lengyel G., Fehér J.</i>	10 perc
Gyógyszer okozta toxikus hepatitisek osztályunkon az elmúlt 3 és fél évben <i>Schuller János, Szunyogh I., Benkő Zs., Győző V., Szabó Zs.</i>	10 perc
Leukocytoclastikus vasculitishez társuló súlyos acut hepatitis. Esetismertetés <i>Haragh Attila, Hunyady B.</i>	10 perc
Májelégtelenség kelet-európai módra <i>Müller Zsófia, Sárkány Á., Altorjay Á., Máj Cs., Ozsvár Zs.</i>	10 perc
HCV és HIV szándékos tömeges nosocomiális infekciójára alapozott XXI.sz-i nemzetközi koncepció orvosper margójára..., avagy egy Hepatitis C vírus társfertőzés egészségügyi-jogi vetületei <i>Bálint Tamás, Lengyel G., Halász S., Fehér J.</i>	10 perc

13.00

Díjátadások

A Májkutató Alapítvány „**Szekelyhidi Miklós emlékére alapított díj**” átadása

A Májkutató Alapítvány által felajánlott egy éves **Orvosi Hetilap előfizetés** díjazottainak jutalmazása.

A konferencia zárása

Hepatológia 2008

Bükfürdő, 2008.február 19–23.

Előadáskivonatok

„HCV és HIV szándékos tömeges nosocomialis infekciójára alapozott XXI. sz-i nemzetközi koncepció orvosper margójára... , avagy egy Hepatitis C vírus társfertőzés egészségügyi-jogi vetületei“

Bálint Tamás¹, Lengyel Gabriella^{1,2}, Halász Sándor³, Fehér János^{1,2}

¹Májkutató Alapítvány, Budapest, ²Semmelweis Egyetem ÁOK, II. Bel. Klinika, ³Selye János Kórház-Rendelőintézet, Komárom

„Orvos és gyógyítás” már régóta összetartozó szópár. „Doktor és per” csak a közeli múlt szókapcsolata. Napjaink szomorú újdonsága viszont az alábbi „HCV alapú koncepció per”, amiben ártatlan orvost ténylegesen végrehajtható halálbüntetésre ítélték többszörösen is...

Egy észak-afrikai országban 19 külföldi egészségügyi dolgozót fogtak le a helyi hatóságok 1999-ben. A 1600 oldalas koncepció vádirat szerint több mint 400 líbiai gyereket szándékosan fertőztek meg HCV és HIV vírussal a jelzett egészségügyiek. Közülük a hat ténylegesen megvádolt végig tagadta a terhükre rótt bűncselekményt, de korábban első- és másodfokon is és a perújrafelvétel folyamán is a bíróság konzekvensen halálra ítélte a külföldi vádlottakat, mivel addigra már mintegy 50 gyermek meg is halt a fertőzésekben (bár a vonatkozó számadatok az eljárás folyamán erősen változtak).

Az ügyészség szerint a vádlottak oltották be a gyerekeket HIV-(HCV) vírussal (is) fertőzött vérkészítménnyel, tüvel. Megfigyelők ugyanakkor többször rámutattak, hogy a tömeges fertőzés a gyerekkórházban uralkodó gyászos higiéniai viszonyokra volt egyedül visszavezethető. Több szakértői vélemény is (*Dr. Tullio de Oliveira* és *Dr. Oliver Pybus*, Oxford University), ami közül volt olyan is, amit a Nature-ben publikáltak, azt látszott alátámasztani, hogy a vádlottak még csak nem is dolgoztak a jelzett kórházban akkor, amikor a tömeges HIV-(és HCV) fertőzések megtörténtek. A HIV vírus egyik felfedezőjeként számon tartott francia *Dr. Luc Montagnier* független szakértő szerint az bizonyítható tény volt, hogy a HIV-fertőzött gyerekek többsége HCV-től is szenvedett, ami minden kétséget kizáróan alátámasztotta a vádlottak korábbi védekezését. *Dr. Montagnier* öt kutatótársával együtt hamisnak és nevéstégesnek nevezte az ügyészek úgynevezett bizonyítékait. *Dr. Janine Jagger* epidemiológus szerint egyszerűen semmi sem bizonyítja, hogy a gyerekeket szándékosan fertőzték meg. Ráadásul, mint írta, a bíróság egyszerűen figyelmen kívül hagyta azokat a bizonyítékokat, melyek szerint több gyerek már azelőtt fertőzött volt, hogy a vádlottak az országba érkeztek volna, mégis halálra ítélték a külföldieket mind első-, mind pedig másodfokon.

A vádlottak folyamatosan tagadásban voltak és fellebbeztek, de a legfelsőbb bíróság azt elutasította. Az elítéltek fellebbezése alapján a bíróság új eljárást rendelt el. Az ügy már nyolc éve húzódott, a vádlottakat azóta végig fogva tartották, kínozták. Az eljárások folyamán a védelem folyamatosan a vád része volt. Az elítéltek ártatlanságukat hangoztatták, és az igazságra valamint a nemzetközi szakértő tanúkra hivatkoztak. Később az ügyész a halálos ítélet megerősítését kérte a legfelsőbb bíróságtól is a több száz gyerek szándékos megfertőzésével vádolt öt ápolónő és egy orvos büntetőperének fellebbezési tárgyalásán. A halálos ítéleten felül minden károsult gyermek után 10–10 millió euró kártérítést is megállapított (az igazságtól) független bíróság. Az ügy bizonyos szakaszában már az Európai Unió is fellépett, hiszen a bővítés után immár állampolgárai is érintve voltak. A per folyamata jelentős feszültséget okozott az észak-afrikai ország és a Nyugat között. Egyesült Államok együttérzését fejezte ki azokkal a gyermekekkel és rokonságukkal, akiknek szándékos megfertőzésével hamisan vádolták meg a hat bolgár egészségügyit. Összegzésként elmondható, hogy a vádolt per valódi koncepció alapokon álló speciális contra-per volt, ami világi és vallási elemeket is bőven tartalmazott. Több ország jogát érintve szándékosan sohasem vette figyelembe a HCV és HIV vonatkozású biotechnológiai alapokon álló numerikus taxonómiai bizonyítékokat, ami okkal menthette volna a vádlottakat.

Perfolyam szinapszisa

- Orvosi szakterület: gyermekgyógyászat (para-transzfúziológiai nosocomialis infektológiai esetek)
- Vádlottak: hat külföldi egészségügyi dolgozó (orvos és öt nővér)
- Károsultak: gyermekek (kb. 400)
- Tárgya: tömeges kártalanítási igény (külföld által kifizetendő)
- Állásfoglalás: (előre)megállapító
- Típusa: pseudo-határozat (felülről irányított prekonceptió alapon)
- Megítéltetni tervezett kártalanítás: Gyermekeként egyösszegű általános 10–10 millió euró kártérítés
- Alkalmazott joganyag, jogszabályi háttér: helyi (világi, vallási), soknemzeti (francia, bolgár, Európai Unió)
- Felelős: helyi igazságügy-miniszter
- Határidő: ...

- Nyitott megválaszolható kérdés: Vajon tényleg elfedhető-e egy monstre perfolyammal az elemi higiéniai anomáliák talaján kialakult tömeges nosocomialis infekció, ha a biotechnológiai alapokon álló numerikus taxonomiai bizonyítékok a gyenge és nevétséges vádirat ellen a tényeken alapuló igazság mellett szólnak?

Peginterferon- Ribavirin teraphia hatásossága hypertonia és vesefunkció beszűkülése esetén

Bátyi Éva, Szegei János

Jósa András Oktató Kórház, Belgyógyászati Osztály, Nyiregyháza

A Jósa András Oktató Kórházban szervezett formában történik a hepatológiai, nephrológiai, hypertonológiai betegek gondozása. Jelen esetünkben egy olyan kórtörténetet ismertetünk melyben betegünk mindhárom betegségszempontban érintett volt.

Betegünk kezelését 2006 augusztusában kezdtük meg peginterferon alfa-2a és ribavirin kombináció adásával, melyet egy éven át folytattunk. Hepatitis C fertőzés több mint 15 éve állt fenn, genotípusa 1b-nek igazolódott. Korábban a beteg több gyógyszerre túlérzékenységi reakcióval válaszolt, de a fenti kombinációt jól tolerálta. Társbetegségei a kezelés kivitelezését nehezítették, de nem tették lehetetlenné. A beteggel együtt véghezvitt küzdelmünket, a beteg sorsának alakulását, a betegségeiben tapasztalt változásokat kívánjuk közléteni esetünk ismertetésével

Myeloperoxidáz enzimaktivitás az artériás vérellátás mutatója májtranszplantációt követően

Benkő Tamás, Doros Attila, Fehérvári Imre, Görög Dénes, Nemes Balázs, Máthé Zoltán, Piros László, Sárváry Enikő, Gerlei Zsuzsanna, Monostory Katalin, Járjay Jenő, Kóbori László

A májtranszplantáció utáni graft elégtelenség leggyakoribb okai a reperfüziós károsodás és az artériás trombozisz. A reperfüzió után a szervezet oxidatív stressz állapota nő és ezt tovább fokozhatja egy artéria hepatica trombozisz okozta hypoxia. Munkánk célja a perioperatív oxidatív stressz szintjének felmérése volt.

Prospektív vizsgálat során 52 májtranszplantált beteg klinikai adatait dolgoztuk fel. Az oxidatív stressz fokának megítélésére myeloperoxidáz enzim (MPO) monitorizálás történt.

Az 52 beteg (átlagéletkor: 43,7±7 év) 54 májátültetést végeztünk (2 akut retranszplantáció). A leggyakoribb alapbetegség (43%) HCV cirrhosis volt. Jó volt a graft működés 44 betegnél. 8 beteg exitált: 2 esetben akut májelégtelenség volt a transzplantáció indikációja, 2 esetben primer graft elégtelenség, 4 esetben késői szövődmények alakultak ki. Négy betegnél arteria hepatica thrombozisz, 12 betegnél akut rejekció lépett fel. Transzplantáció előtt a betegeknek magasabb MPO aktivitás volt mérhető. (kontroll vs. preoperatív: 28±4 ng/ml vs. 65±5 ng/ml; p<0.0001). A műtétet követő 48 órában az MPO szignifikánsan emelkedett és egy hét múlva csökkent vissza (48 óra után: 123±24 ng/ml; p<0.0001; 7 nap után: 77±9 ng/ml p<0.0001). Akut májelégtelenség és artériás trombozisz esetén az MPO értéke minden esetben emelkedett volt (151–365 ng/ml; 142–361 ng/ml). Az elvesztett betegek MPO aktivitása végig magas volt, rejekciós epizódokban azonban nem emelkedett.

Az MPO enzim monitorizálásával sikerült kimutatni, hogy a cirrhotikus betegeknek az oxidatív stressz kifejezettebb volt és ez műtét után tovább fokozódik, különösen akut májelégtelenség és artériás trombozisz esetén. Az enzim magas szintje rossz prognózist jelzett. Következtetésként megállapíthatjuk, hogy törekedni kell a reperfüziós ártalmak csökkentésére és minden máj-graftnak „ideális” artériás vérellátást kell biztosítani.

Ref. : 1. Orv Hetil. 2003 Nov 9;144(45):2219–23; 2. J Hepatol. 1997 Nov;27(5):890–3.

A primer sclerotizáló cholangitis és a májtranszplantáció

Bihari László, Kiss Mátyás, Nemes Balázs, Máthé Zoltán, Fehérvári Imre, Görög Dénes, Doros Attila, Péter Antal, Gerlei Zsuzsanna, Fazakas János, Járjay Jenő, Kóbori László

SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika

A primer sclerotizáló cholangitis ismeretlen etiológiájú, krónikus progresszív májbetegség, az intra- és extrahepatikus epeutak gyulladásával, obliteratív fibrosisával jár, mely cholestasishoz, májelégtelenséghez illetve cirrhosishoz vezet. Főleg fiatal, és középkorú férfiakat érinti, a férfi:nő arány 2:1. Incidenciája 0,9/100 000, prevalenciája 1–6/100 000 körül mozog. A betegség kialakulásában immunológiai eredet is feltételezhető. Erre utal, hogy a PSC-ben szenvedő betegek jelentős része (mintegy 75%) colitis ulcerosában is szenved, ugyanakkor a colitis ulcerosás betegek esetében kb. 5%-ban fordul elő PSC. A primer sclerotizáló cholangitis fokozott kockázatot jelent a cholangiocellularis carcinoma kialakulására (a betegek kb 8%-ban), praecancerosus állapotnak tekinthető. Ezt a hazai adatok is alátámasztják. Az ursodeoxycholsav és az immunszuppressziós terápia lassítja a folyamat progresszióját, de jelenleg az idejében elvégzett májtranszplantáció az egyetlen hatékony eljárás a betegség gyógyítására.

Klinikánkon 1995. januártól 2007. októberig 343 májtranszplantációt végeztünk, ebből 29 esetben (27 beteg) PSC miatt. A betegek közel kétharmadánál primer epeúti anasztomózist készítettünk. Ezen betegek közül 15 esetben (55%) colitis ulcerosa, 3 esetben (11%) Crohn betegség is igazolódott. A transzplantált PSC-s betegek túlélése szignifikánsan jobb volt a hazai populációban is.

Fémstentek használhatósága benignus epeúti stenosisokban

Doros Attila, Nemes B., Fehérvári I., Máthé Z., Németh A., Hartmann E., Deák P. Á., Lénárd Zs., Juharosi Gy., Görög D., Gerlei Zs., Kóbori L.

Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika

Bevezetés: Benignus epeúti szűkületekkel járó betegségek esetében hagyományosan nem ajánlott az epeúti fémstentek használata. Ennek oka az, hogy jóval hosszabb túlélésre számítottunk ilyen esetekben a malignus esetekkel összehasonlítva, ezért a stentek eldugulása is valószínűbb. Emellett elterjedt az a nézet, hogy a stentek eltávolítása műtétileg is csaknem lehetetlen. Mindezek ellenére bizonyos helyzetekben nincs más ésszerű terápiás lehetőség. Az ilyen okokból behelyezett fémstentek hosszú távú eredményeit mutatjuk be.

Beteg és módszer: A Transzplantációs és Sebészeti klinikán fémstent behelyezésre benignus epeúti szűkületekben 2 alapvető esetben került sor. Mechanikus epeúti sérülések szövődményei esetében, melyek egyéb kezelésre rezisztensek voltak, illetve májátültetett betegek anasztomózis, vagy intrahepatikus szűkületei esetében. Olyan betegeket vizsgáltunk, akiknek legalább 12 hónapos követési idejük volt. Az első csoportban 7 betegbe összesen 13 db stent került. 1 betegbe került 6 stent, illetve 1 betegbe 1 stent-graftot és később 1 stentet helyeztünk. A májátültetettek közül 16 fémstent behelyezésére került sor 12 betegben. A követési idő 71, illetve 55 hónap.

Eredmények: A 19 beteg közül egyszeri stent beültetés után a követés alatt panaszmentes maradt 4 májátültetett, illetve 6 epeúti szűkületes nem transzplantált beteg. Reintervenciók után jelenleg panaszmentes további 2 májátültetett és 6 nem transzplantált beteg. 1 májátültetett beteg került sebészi revízióra, a stent, illetve stent-graft sikeres eltávolításával.

Összefoglalás: a fémstentek használata továbbra sem elsőként ajánlott nem malignus epeúti szűkületek esetében, azonban, ha a klinikai kép úgy kívánja, a stentek jól alkalmazhatók, jó hosszú távú nyitva maradás érhető el, melyhez azonban esetenként reintervenció is szükséges.

Májtranszplantáció és immunszupresszió

Fehérvári Imre, Görög Dénes, Máthé Zoltán, Gerlei Zsuzsa, Nemes Balázs

Semmelweis Egyetem AOK Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Az elmúlt évtizedek során a rutin-beavatkozássá váló májtranszplantáció elterjedését az immunszupresszió fejlődése tette lehetővé. Míg korábban csak nagyon kevés specifikus immunszupressziós szer állt rendelkezésre, mára a klinikus választási lehetősége jelentősen megnőtt az egyén specifikus kezelés kialakításában.

Jelen áttekintés célja, hogy a SE Transzplantációs Klinika májtranszplantációs eredményeit az immunszupresszió szempontjából feldolgozza. 308 beteg került transzplantációra 1995–2007 közötti időszakban. A bázis immunszupresszió 150 esetben CyA, 157 esetben Prograf alapú volt (missing 1 beteg). A betegek emellett 219 esetben részesültek MMF kezelésben is. A más központokban gyakran alkalmazott indukciós kezelés relatív ritkán (16 esetben) került alkalmazásra. Miközben az immunszupresszív kezelés nem csak alapbetegség, hanem betegspecifikussá vált (24 esetben került calcineurin inhibitor teljes elhagyásra) az eredmények szignifikáns javulása volt megfigyelhető.

Túl azon, hogy az alkalmazott protokollok pozitív hatással voltak a túlélésre, egyúttal megemlíthetjük azt, hogy az alkalmazott gyógyszerek a transzplantációs gyakorlat mellett egyre jelentősebb helyet foglalnak el az általános immunológiában is.

1. Vereczkey L., Jemnitz K., Monostory K., Veres Z., Kóbori L. *Orv. Hetil* 146(19): 947–952, 2005.

A dietoterápia paramétereinek alakulása az alkoholos zsírmájban (ASH) szenvedő betegek kezelésében

Fekete Krisztina¹, Lelovics Zsuzsanna¹, Tátrai Lászlóné¹, Bozóné Kegyes Réka¹, Bonyárné Müller Katalin²

¹Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, Budapest; ²Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Fiziotherápiás és Táplálkozástudományi Intézet, Dietetikai Tanszék, Pécs

A krónikus alkoholfogyasztás hatására három jól körülhatárolt klinikai szindróma alakulhat ki: a zsírmáj, az alkoholos hepatitis, és alkohol okozta cirrhosis hepatis klinikai formája.

Az alkoholos májkárosodás leggyakoribb kezdő tünete a zsírmáj, ekkor a májsejtekben túlzott mennyiségű zsír halmozódik fel, amely a huzamos ideig tartó, állandó megterhelés következményeként alakul ki. A zsírmáj hegesedéshez és cirrhosishoz vezethet (a háttérben levő gyulladás miatt), a zsírlerakódás visszafordítható folyamat, ezért a dietoterápia szerepe döntő fontosságú. Az alkoholos zsírmáj kialakulásának hátterében a máj triglicerid-termelése, és a sejtekből való kiválasztása közötti aránytalanság áll.

A fehérje-energia malnutrició növeli az alkohol toxikus hatását, valamint a májbetegség súlyosságát. Az alkohol hatására hipermetabolikus állapot alakul ki, növeli az energia-, az esszenciális aminosav- és kolinigényt.

Az orvostudomány kevés ága fejlődött olyan rohamosan az elmúlt tíz évben, mint a hepatológia. Az anatómiai, biokémiai és élettani alapismeretek bővülése, az új technikák megjelenése és alkalmazása jelentős fejlődést hozott a gyógyításban. A kutatók és az orvosok fokozott érdeklődését indokolja a májbetegségek világszerte élen álló halálzási mutatói. A táplálkozástudományi szakemberek részvétele és az étrend (dietoterápia) alapvető fontosságú az alkoholos zsírmájban. Az időben elkezdett dietoterápia a gyógyszeres terápia hatékonyságát javítja. 2007-ben napvilágot látott, hogy a táplálást, ha másként nem lehet, akkor szondatáplálással szükséges biztosítani.

Az insulin rezisztencia és az IRS-1 és a GNB-3 gének polymorphysmusa nem alkoholos zsírmájban.

Fraenkel Emil¹, Lazúrová I.¹, Jarčuška P.¹, Habalová V.², Fehér J.³

¹I-st Department of Internal Medicine, Faculty of General Medicine, UPJŠ Košice (Slovak Republic),

²Department of Biology, Faculty of General Medicine, UPJŠ Košice, ³II. sz. Belklinika, SE Budapest

Az insulin rezisztencia kialakulásának egyik fő mechanizmusa a sejtmembránok szintjén az IRS-1 receptor down-regulációja, és a GLUT-4 transzporter membránhoz való kötődésének következményes csökkenése, ami a glukóz intracelullaris felvételének csökkenését, és az insulin-rezisztencia kialakulását eredményezi. A G protein GNB 3 alegységét kódoló gén C825T polymorphysmusa és az insulin rezisztencia egyes paraméterei között összefüggést észleltek.

Célkitűzés: Célunk az insulin rezisztencia paramétereinek, a lipid- és a szénhidrát-anyagcsere értékeinek, valamint a májenzimek értékeinek összehasonlítása volt az IRS1 receptor Gly972Arg mutációját, valamint a G protein GNB3 alegységének C825T mutációját hordozó és nem hordozó NAFLD-ben szenvedő betegek között.

Módszer: A vizsgált csoportot 40 nem-alkoholos zsírmájban szenvedő beteg alkotta, ebből 27 nőbeteg és 13 férfibeteg volt. Az NAFLD diagnózisának megállapítása hasi ultrahanggal történt, kizáró okot jelentett a HBsAg és az anti HCV pozitivitása. A megfigyelésből kizártuk a súlyos társbetegségekben szenvedő betegeket, valamint azon betegeket, akiknél korábban DM-t vélelményeztek. A vizsgált betegcsoport válogatott betegmintának tekinthető, mivel a hasi UH vizsgálatnak alávetett betegek különböző klinikai panaszok miatt jelentek meg a vizsgálaton. Az alkohol abusus kizárása több vizsgálat személy általi anamnesis felvétellel történt. A mutációt hordozó és nem hordozó csoportok között összehasonlítottuk az insulinszintet, és a HOMA index értékét, továbbá a májenzim szinteket és az adiponectin értékét.

Eredmény: A GNB 3 gén CC alléljének jelenlétét 20 betegnél észleltük (50%), a CT/TT allélek szintén 20 betegnél voltak észlelhetők (50%). A CC allélt hordozó betegek csoportjában a HOMA index értéke $2,4 \pm 0,4$ volt, a CT/TT allélt hordozók csoportjában $2,2 \pm 0,3$ volt, ezen értékek között nem volt szignifikáns különbség. A két csoport között szignifikáns különbséget észleltünk az adiponectin szintjének tekintetében ($4,9 \pm 1,5$ vs. $6,8 \pm 1,3$). Az IRS1 receptor Gly972Arg mutációját 6 betegnél észleltük (15%) a Gly972Gly genotípussal szemben (34 beteg, 85%). A betegek kis száma miatt ezen csoportok között nem volt értékelhető különbség a vizsgált paraméterek tekintetében.

Következtetés: Az eredmények nem igazolták a GNB 3 proteint hordozó gén polymorphysmusai közötti különbséget a vizsgált paraméterek tekintetében. Az eredmények alapján valószínűsíthető az adiponectin szerepe az IR patogenezisében.

Intraoperatív glukóz és inzulin terápia hatásainak vizsgálata májátültetés során, előzetes eredmények

Füle Balázs, Németh Endre, Tóth Szabolcs, Ther Gábor, Árkosy Monika, Mándli Tamás, Pap Szilveszter, Smudla Anikó, Szabó Tamás és Fazakas János

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar; Transzplantációs és Sebészeti Klinika; 1082 Budapest, Baross u. 23.

Bevezetés: Az intenzív inzulin terápia csökkenti az intenzív osztályos morbiditást és mortalitást¹. Májátültetés során a magasabb intraoperatív vércukor értékek hatása kedvezőtlen a mortalitásra². Nem tisztázott, hogy a csökkent mortalitás az inzulin metabolikus, vagy nem metabolikus hatásainak a következménye³. A gyulladáshoz való válaszreakció csökkentésének etiológiai szerepe felmerül⁴. Májátültetés során a graft vénás reperfüzióját követően posztreperfüziós szindróma (PRS) alakul ki, amely része a posztoperatív gyulladáshoz való válaszreakciónak. Az PRS klinikailag disztributív sokk és koagulopátia formájában jelentkezhet. Tanulmányunk célja az intraoperatív inzulin terápia hatásainak vizsgálata májgraft vénás reperfüzióját követő hemodinamikai változásokra, a reperfüzió után alkalmazott noradrenalin dózisára.

Anyag és módszer: Retrospektív vizsgálat során elemeztük az előkészítés során és a vénás reperfüziót követően rögzített hemodinamikai paraméterek (CO, CI, SVR, MAP, CVP, ITBI; PiCCO Plus[®]), az intraoperatív vérzés, a grafterperfüziót követő vazopresszor-igény, a hiperglikémia és az inzulin terápia kapcsolatát 126 májátültetés kapcsán. A tanulmányból kizártuk a diabetes mellitusban vagy IGT-ben szenvedő betegeket (n=31), a gyermekeket (n=9), az akut eseteket (n=1), valamint azokat az eseteket, ahol jelentős eltérés történt a transzplantációs protokolltól (n=4). A vénás reperfüzióig alkalmazott glukóz-inzulin terápia alapján a betegeket két csoportra osztottuk: A-csoport (glukóz-inzulin terápia, n=40), B-csoport (glukóz, n=41). A statisztikai vizsgálat-hoz β_2 -próbát, függetlenmintás t-próbát, Student-féle t próbát, parciális korreláció analízist alkalmaztunk.

Eredmények: A demográfiai adatok, a májbetegség etiológiája és súlyossága, az intraoperatív vérvesztés tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget a csoportok között. A reperfúzió utáni időszakban az A-csoport betegei ritkábban szorultak intravénás noradrenalin bolusra, mint a B-csoport betegei ($p=0,068$), az A-csoport betegei kisebb dózisú noradrenalin kaptak reperfúzió után, mint a B-csoport betegei, a különbség azonban nem volt szignifikáns ($p=0,205$). Az előkészítés során és a vénás reperfúziót követően 10 perccel mért hemodinamikai paraméterek tekintetében nem mutatkozott szignifikáns eltérés a két csoport között. A két csoport reperfúzió után 10 perccel mért vércukor értékei között nem volt különbség.

Következtetések: Inszulin kezelés mellett kevesebb beteg szorult noradrenalin bolusra, azonban a két csoport között nem volt szignifikáns. Az intraoperatív inszulin terápia, és a vizsgált hemodinamikai paraméterek között nem találtunk kapcsolatot. A vércukor-kontroll és a becsült műtéti vérvesztés nem volt hatással a reperfúzió után adott noradrenalin-igényre. A kis esetszám, az intraoperatív inszulin és glükóz dózisok csoporton belüli eltérése, az általunk nem vizsgált donor és recipiens tényezők hatása befolyásolhatta a vizsgálat eredményét. Az inszulin esetleges kedvező hatása a májátültetés során jelentkező iszkémiás-reperfúziós szindrómára egy prospektív, randomizált, nagyobb esetszámú vizsgálat tisztaítható.

Irodalom: 1 Van den Berghe G et al. Intensive insulin therapy in the surgical intensive care unit. N Engl J Med 2001; 345:1359–1367.; 2 Ammori JB et al. Effect of Intraoperative Hyperglycemia During Liver Transplantation. J of Surg Res 140, 227–233 (2007); 3 Vanhorebeek I et al. Glycemic and nonglycemic effects of insulin: how do they contribute to a better outcome of critical illness? Cur Op in Crit Care. 11(4):304–311, August 2005.; 4 Garg R et al. Hyperglycemia, Insulin, and Acute Ischemic Stroke. Stroke. 2006;37:267–273; 5 Koelzow H et al. The Effect of Methylene Blue on the Hemodynamic Changes During Ischemia Reperfusion Injury in Orthotopic Liver Transplantation. Anesth Analg 2002;94:824–829.

Budd Chiari syndroma és a májtranszplantáció. Hazai tapasztalatok

Gerlei Zsuzsa, Görög D., Máthé Z., Nemes B., Fehérvári I., Fazakas J., Doros A., Németh A Sárváry E., Járay J. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar; Transzplantációs és Sebészeti Klinika; 1082 Budapest, Baross u. 23.

A Budd Chiari syndroma a máj vénás elfolyási akadályja miatt létrejövő tünetegyüttes, ami jellegzetes szövettannal (centrilobularis congestio, necrosis) rendelkezik és májfibrózishoz, cirrhosishoz vezethet. Predisponáló tényezők között haematológiai betegség, hypercoaguláció, hormonális faktorok és anatómiai eltérések szerepelnek. Gyerekeknél ritkán fordul elő, a 10 év alatt esetek 1–7%. A terápiás lehetőségek korlátozottak, de bizonyítottan jó eredmények érhetők el a májtranszplantációval.

Klinikánkon 1995 és 2007. november között a 434 májtranszplantációból 6 betegnél végeztünk átültetést Budd Chiari syndroma miatt, ami a transzplantációk 1,38%-a volt. Valamennyien nők voltak, az átlag életkoruk 28,3 (22,4–33,7) év volt. Sajnos egy beteget elvesztettünk a transzplantáció után 10 hónappal, a leghosszabb túlélésünk 10 év. Egy transzplantációt végeztünk 1997-ben és 2004-ben, kettő-kettőt 2000-ben és 2006-ban. Egy esetben a műtétet vena cava interpozíttal végeztük Predisponáló tényezőként antifosfolipid syndromát, Leiden mutációt, Protein S és C deficienciát mutattunk ki. A fiatal nőbetegek közül volt aki teherbe esett és egészséges fiút szült, egy spontán abortusz fordult elő.

A májtranszplantáció a Budd Chiari syndroma hatékony kezelési eszköze és ez hazánkban is hozzáférhető. *Referenciák: Journal of Pediatric Surgery 41: 1919–1923 (2006); Transplantation Proceedings, 32:2206–2207 (2000); Transplant International 18(12):1376–1377 (2005).*

Véna portae thrombosis és máj transzplantáció

Görög Dénes, Fehérvári Imre, Gerlei Zsuzsa, Kóbori László, Németh Andrea, Doros Attila, Máthé Zoltán, Nemes Balázs, Járay Jenő

SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika

A cirrhosis talaján kialakult és májátültetés során észlelt véna portae thrombosis előfordulása 2–26%. A kockázati tényezők között szerepel a májbetegség súlyossága, veleszületett vagy szerzett véralvadási zavarok, a nyelőcső visszeres-ségből származó vérzés és az alacsony thrombocytá szám. A korszerű vizsgálómódszerek (ultrahang, CT és MR) ellenére néhány százalékban csak a májátültetés során derül ki a thrombosis ténye. Transzplantációs szempontból az adja jelentőségét, hogy megnehezíti az átültetett máj portalis keringésének biztosítását. A választandó sebészeti megoldás a thrombosis lokalizációjától és kiterjedésétől függ. Legjobb eredmény a leggyakrabban alkalmazott throm-bektomiától illetve a donor véna iliaca felhasználásával készített megkerülő vénás grafftól várható. A korai posztoperatív eredmények és a graft túlélés ugyanolyan, mint a véna portae thrombosis nélküli betegcsoportban. Véna mesenterica superiorra és lienalisra is kiterjedő thrombosis esetén, mint utolsó lehetőség, portocavalis hemitranspositio választható, de ebben az esetben a szövődmények gyakoribbak és a túlélés is rosszabb, mint az előbbi betegcsoportokban. Újabb vizsgálatok szerint a májátültetésre várók véralvadásgátló kezelése csökkentheti a thrombosis kiterjedését és rekanalizációt is eredményezhet.

A Transzplantációs és Sebészeti Klinikán 1995. január és 2006. szeptember között cirrhosis miatt végzett máj transzplantációk során 8,5%-ban találtunk részlegesen vagy teljesen elzáródott véna portae (20/234). A graft portalis keringése minden esetben biztosítható volt, leggyakrabban thrombektómiával. A műtét ideje, vérigénye, a posztoperatív kórlefolyás (a re-thrombosis is beleszámítva), valamint a beteg túlélés hasonló volt, mint az intakt portalis keringésű csoportban. Saját eredményeink is igazolják, hogy a véna portae thrombosis nem jelent transzplantációs kontraindikációt.

Leukocytoclastikus vasculitishoz társuló súlyos acut hepatitis Esetismertetés

Haragh Attila, Hunyady Béla

Kaposi Mór Oktató Kórház Kaposvár, Belgyógyászati Osztály

A szerzők egy 60 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinek fél évvel ezelőtt mindkét kézen az ujjak distalis végén lividvörös foltok, helyenként lencsényi ulceratiók jelentek meg, localis fájdalommal. Más panasza a betegnek nem volt. Az első vizsgálata során elvégzett laboratoriumi eredményeiben mérsékelt leukopenia és thrombocytopenia mellett jelentős transzaminase emelkedést észleltünk GOT túlsúllyal, mérsékelt cholestasissal. A GOT maximalis értéke 1420 U/l, GPT maximalis értéke 780 U/l. Az ALP maximum 1120 U/l. Házi-orvosa által elvégzett A, B, C hepatitis irányú vírus serológia negatív eredményt mutatott. Ambulanter hasi UH során epeúti tágulat nem ábrázolódott, cholecystolithiasis nem volt igazolható, véna portae thrombosis kizártak. Hepar minimálisan megnagyobbodott UH-val steatosisra jellemző kép látszott. Splenomegalia nem volt észlelhető.

A klinikai kép és az eddig elvégzett laborvizsgálati eredmények alapján kiegészítő laborvizsgálatokat kezdeményeztünk és a beteget hospitalizáltuk. Autoimmun kórkép alapos gyanúja merült fel. A kezdeti ezirányú laboreredményekből kiemelendő ANA screen, mely 67U/l valamint ENA-screen, mely 59U/l feletti értékű. aM2 minimalisan emelkedett, ANCA, a-MPO, a-PR3 negatív. Albumincsökkenés mellett jelentős gammaglobulin emelkedést észleltünk. Ferritin kiemelkedően magas, értéke 6300 µg/l, de a vasanyagcsere kiegészítő vizsgálatai nem utaltak kóros vasraktározásra. Májbiopszia valamint bőrbopszia történt. A májbiopsziából chronicus zsírmáj hepatitis szöveti képét véleményezték mérsékelt fibrosissal, autoimmun hepatitisre utaló interface aktivitás nélkül, negatív Berlini kék reakcióval. Bőrbopszia cutan leucocytás vasculitisnek megfelelő szöveti képet igazolt DIF C3 basalmembrán és érfali depositum képződéssel. A közben elvégzett vizsgálatok infectiv göcöt kizártak. Szemész Kayser-Fleischer gyűrűt nem észlelt.

A további laboratoriumi vizsgálatokban cryoglobulin negatív. Coeruloplasmin normális tartományban, alpha1-antitripszin minimalisan csökkent. Porphyrin nem igazolódott a vizeletminták vizsgálata során.

A bőrbopszia és a máj szövettani vizsgálata, a klinikai kép, és a labor eltérések alapján leucocytoclastikus vasculitishoz társult súlyos acut hepatitis syndromát véleményeztek.

64mg per os methylprednisolon adása mellett döntöttek, de a bőrtünetek nem mutattak javulást és a máj-funkciókban progressziót észleltek a cholestasis súlyosbodásával.

250 mg parenterális majd csökkenő dóziszú methylprednisolon valamint ursodeoxycholsav kezelés mellett az eredmények fokozatosan javultak transzaminasek közel normalizálódtak, cholestasis megszűnt, bőrtünetek javultak.

A szerzők előadásukban az acut hepatitis és vasculitis ritka együttes előfordulását mutatják be, mely kis-dóziszú steroid kezelés mellett progredialt, de nagy dóziszú steroid adását követően jelentős javulást mutatott.

Gyermekkori portalis hypertonia color Doppler-vizsgálata

Harkányi Zoltán

A gyermekkori portalis hypertoniák száma szerencsére csökkent az elmúlt években, felismerésük és kezelésük megfelelő radiológiai diagnosztikai háttér nélkül nem képzelhető el. Ezt feladatot a 2D és color Doppler-vizsgálat kiválóan ellátja, mivel anatómiai és keringési információt egyaránt biztosíthat, a betegek megterhelés nélkül. Az alapvető UH módszerek mellett újabb technikák is elérhetőek (3D/4D UH, B-flow technika, compound UH), melyek javíthatják a pontosságot.

Egyes artériás és vénás keringési paraméterek UH-vizsgálattal mérhetőek (portalis vénás sebesség, átmérők, VPI, arteria hepatica RI), azonban ezek alkalmazása általában nem szükséges a mindennapi gyakorlatban.

Terápiás eredmények lemérésére (gyógyszeres, TIPS, szklerotizáció, egyre ritkábban shunt-műtétek), a betegek követésére szintén javasolhatók az ultrahang eljárások. Egyes esetekben MRA vagy MSCT vizsgálatokra szükség lehet.

A gyermekkori portális thrombosis felismerésében és követésében is elsődleges módszer a color Doppler-vizsgálat, leggyakrabban a krónikus thrombosis esetekkel találkozunk.

A zsírmáj radiológiája: lehetőségek és buktatók

Harkányi Zoltán

A steatosis és a kezdődő májfibrosis pontos diagnózisa laboratóriumi módszerekkel, de még szövettani vizsgálattal sem egyszerű és nem kellően specifikus. A képalkotó módszerek újabb lehetőségeket kínálnak, mind a diagnózis felállításában, mind a mennyiségi analízisben.

A májsteatosis változatos formákban jelentkezik és gyakran okoz diagnosztikai, és differenciál diagnosztikai nehézséget. Mind a diffúz, mind a fokális májsteatosis egyaránt felismerhető lehet UH-gal, CT-vel és MR-rel, a vizsgálatok sensitivitása és specificitása azonban igen eltérő. A vizsgálatoknak klinikai jelentősége van a soliter és multiplex noduláris zsír depozíció és focal sparing és más tényleges folyamatok elkülönítésében, diffúz zsírmájon belüli tényleges folyamatok karakterizálásában, élődonoros máj transzplantáció esetén a donormáj állapotának megítélésében.

A diffúz zsírmáj kvantitatív értékelése nem megoldott radiológiai feladat és különösen nehéz kérdés a zsírmáj és a fibrosis együttes jelenlétének megállapítása.

Gyakran a 2D ultrahangvizsgálattal először észleljük a zsírmáj fennállását. A jövőben az UH-kontrasztanyag vizsgálatok és esetleg az UH-elasztográfia adhat további adatokat. A natív CT a kvantitatív meghatározásban továbbra is helyet kaphat. A különböző MR szekvenciák, újabb MR kontrasztanyagos eljárások és az MR-elasztográfia a specificitás növelésében játszhatnak szerepet.

Képalkotó vizsgálatok a máj élődonor-jelöltek kivizsgálásában

Hartmann Erika, Németh Andrea, Balázs György¹, Gerlei Zsuzsanna, Görög Dénes, Kóbori László, Máthé Zoltán, Járny Jenő és Doros Attila

SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, SE Ér- és Szívsebészeti Klinika¹, Budapest

Az élődonoros májátültetés donor-jelöltjei alkalmasságának elbírálásában a képalkotó vizsgálatok szerepe többrétű. Az általános egészségi állapot felmérésére szűrő jellegű mellkas röntgen és hasi ultrahang készül, a jelölt anamnesisétől függően esetleg egyéb kiegészítő vizsgálatok.

Az ezt követő CT-CTA kapcsán a hasi és kismedencei szervek részletesebb általános ábrázolásán és esetleges elváltozásainak felfedésén felül a cél a máj morfológiájának, esetleges zsírtartalmának megítélése. Az arteriális, portális és vénás ágak anatómiáját részletesen ábrázoljuk, 3D rekonstrukciókkal is, mert ezen anatómiai sajátosságok befolyásolják a donáció lehetőségét és módját. A volumetria alapját is a CT felvételek adják, a virtuális térfogatmérés alapján dönthető el, hogy a máj térfogata elegendő-e a recipiens és a donor számára. Az epeúti anatómia vizsgálatára MRCP vizsgálatot végzünk, mely azonban normál tágasságú epeutak mellett nem mindig teljes értékű, ezért a donációs műtét kezdetén intraoperatív cholangiographia adja a végleges döntés alapját.

Ismertetjük kivizsgálási protokollunkat, az egyes vizsgálatok egymásra épülését, technikai lehetőségeit, jellemzőit, információtartalmát és korlátait.

Egyedi terápiás stratégiák nehezen kezelhető dializált krónikus vírushepatitises betegeknél

Hunyady Béla

PTE I. sz. Belgyógyászati Klinika Pécs, Kapos Mór Oktató Kórház, Kaposvár

Bevezetés: A dializált vesebetegek vírushepatitisének kezelése speciális feladatot jelentet a beteg és a hepatológus számára.

Betegek, módszerek: Szerző egy sikeresen kezelt krónikus B hepatitises, és két sikeresen kezelt C hepatitises beteg esetét ismerteti. Mindhárom betegnél kifejezett nehézséget jelentett az igen kifejezett citopenia és/vagy anémia, amely miatt a dializált betegeknél a szokásosan alkalmazott heti 1×135 mcg pegilált interferon alfa 2a monoterápia nem volt elvégezhető. A sikeres kezelés érdekében a tolerálható maximális dózis elérésére törekedve gyakori vérkép ellenőrzés mellett 2 betegnél 9 naponta történt a 135 mcg dózis megadása, a harmadik betegnél pedig hetente váltva 135 illetve 90 mcg dózissal történt a kezelés. A B hepatitises beteg HBV DNS negatívvá vált, majd HBsAg negatívvá, anti-HBs antititit pozitívvá vált. Mindkét C hepatitises betegük tartósan HCV RNS negatívvá vált – mindhárom betegnél normál transzaminázok mellett.

Megbeszélés: Szoros ellenőrzéssel a tolerálható maximális terápia még nehezen kezelhető betegeknél is tartós vírusmentességet eredményezhet. Ez dializált vesebetegeknél javíthatja a vesetranszplantáció esélyét, kimenetelét.

A máj sebészeti anatómiája, epeútszerkezeti variációk és parciális (élődonoros) májátültetés

Kiss Máttyás, Kovács S., Gorove K., Bihari L., Görög D., Fehérvári I., Nemes B., Máthé Z., Benkő T., Piros L., Doros A., Fazakas J., Járny J., Nemeskéri Á., Kóbori L.

Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Humánmorfológiai és Fejlődésbiológiai Intézet, Budapest

Célkitűzés: Az élődonoros és cadaver parciális májátültetés alapja a máj szegmentális anatómiájának, valamint ér- és epeút-szerkezetének pontos ismerete. Ezen sebészeti technika gyakorlatban történő biztonságos alkalmazásához kívántunk pontosabb anatómiai ismereteket szolgáltatni.

Módszerek: Speciális, általunk kifejlesztett új korróziós műgyantát, és módszert alkalmazva végeztük tanulmányainkat. A friss cadaver humán máj ductus choledochusát kiperarálva és kanülálva injektáljuk a speciális gyantát az intrahepatikus epeutakba. A gyanta megszilárdulását követően a májparenchymát tömény sósavval lemaratva és lemosva megkapjuk a máj epeútszerkezetének háromdimenziós öntvényét.

Eredmények: 51 humán máj epeútszerkezeti preparátumát vizsgáltuk. Az általunk vizsgált epeút variációkból a következő főbb statisztikai eredményeket találtuk: „A”(48%), „B”(11%), „C1”(3%), „C2”(3%), „D1”(21%), „F”(3%). Ez az irodalomban közölt adatoktól néhány esetben szignifikánsan eltérő. A nemzetközileg használatban lévő klasszifikációba két variációt nem tudtunk besorolni.

Következtetések: A hazai populációban az új korróziós technikával talált epeút-szerkezeti variációk előfordulási gyakorisága igen szignifikáns eltérést mutat az irodalmi adatokhoz képest, mely nélkülözhetetlen információt nyújthat a hazai élődonoros és cadaver parciális máj-transzplantáció sebészeti kivitelezéséhez.

Ref: R. R. Deshpande et al: Surgical anatomy of segment liver transplantation. (2002) British Journal of Surgery

Immunocyp, gyógyszerek és májtranszplantáció

Kóbori László, Sárvány E., Kóhalmi K., Szőnyi L., Fehérvári I., Görög D., Nemes B., Máthé Z., Benkő T., Piros L., Bihari L., Kiss M., Doros A., Ther G., Füle B., Mándli T., Tóth Sz., Fazakas J., Gerlei Zs., Járny J., Monostory K.

Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, I. Sz Gyermekek Klinika; Magyar Tudományos Akadémia, KKI

A transzplantált májgraft gyógyszermetabolizáló képessége elsődlegesen a P450 enzimrendszer (CYP) aktivitásától függ. Az egyéni metabolizáló képesség a CYP enzimek polymorfizmusával magyarázható. A CYP2C9, CYP2C19 és a CYP3A5 genetikai variációja gyenge (poor metabolizer-PM) fenotípust is jelenthet, amely toxikus gyógyszermetabolitokkal károsíthatja a májgraftot.

A donor májak prospektív vizsgálatainak eredményeként sikerült igazolni, hogy a magyar donor populáció (100 eset) esetén a PM incidenciája 1,3% (CYP2C9), 10,5% (CYP2c19) illetve 7,8% (CYP2D6) volt.

Második lépésben sikerült korrelációt felállítani a donor májak CYP enzim expressziója és a perifériás vér leukocytá mRNS expressziója között (50 eset). Ennek eredményeként további, harmadik lépésben prospektív vizsgálatokkal (48 eset) az átültetett donor májak CYP kapacitását már előre sikerült azonosítani. Ezen csoportban a CYP3A4 enzim expressziót is vizsgáltuk az immunuszuppressziós kezelés hatásfokának monitorizálására. A klinikai gyakorlatban előforduló rejekció mellett a gyógyszer-toxicitás is graft dysfunkciót eredményezhet. Ennek differenciál diganosztikájában segíthet a CYP enzim vizsgálat. Szükség esetén az immunuszuppresszív gyógyszerek metabolitjainak tömegspektrográfias elemzése is megtörténhet.

Májátültetést követően 6 (>12%) esetben, a PM és az extenzív metabolizáló fenotípusok azonosításával, szövettani vizsgálattal sikerült olyan testreszabott gyógyszeres kezelést beállítani, amely jó májgraft funkciót és betegtúlélést eredményezett (Immunocyp). Az egyénileg beállított gyógyszeres kezelés a felnőtt és gyermektranszplantált populációban a hosszú távú túlélést javíthatja, a szövődeményeket és mellékhatásokat csökkentheti.

Matematikai statisztikai módszerek a vérmarkerek – különös tekintettel a CDT, GGT, MCV – értékeinek elemzésére

Környei László, Szabó György, Lengyel Gabriella, Fehér János

Háziorvosi Szolgálat, Enese; Központi Magfizikai Intézet, Budapest; Semmelweis Egyetem, II. Belklinika, Budapest

Néhány olyan nem feltétlen hétköznapi matematikai eszköz ismertetése, melyek alkalmazása segít a vérmarkerek elemzése során felmerülő ok-okozati viszonyok feltárására. A hipotézis vizsgálatok által megkövetelt normalitás-próbák nem csak a hipotézis helyességét támogathatják, hanem a csoportbontások meghatározásához is jó kiindulópontot adhatnak. A módszerek bemutatása egy több mint 600 alanyon végzett vizsgálat CDT értékeire épül, illetve egyéb markerek, betegségek, gyógyszerek hatásait tárja fel.

Terápiarezisztens ascites miatt műtött májbetegek dietoterápiája

Lelovics Zsuzsanna¹, Vincze Károly², Halmos Ferenc², Bonyárné Müller Katalin³, Figler Mária^{3,4}

¹Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, Budapest; ²Kaposi Mór Megyei Kórház, Általános Sebészeti, Ér- és Mellkassebészeti Osztály; ³Pécsi Tudományegyetem ETK, Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék, Pécs; ⁴Pécsi Tudományegyetem ÁOK I. Belklinika, Pécs

A vena saphena magna-nak a peritoneális felszínnel képzett anasztomóza nemcsak kiküszöböli a hagyományos shunt-műtétek ismert szövödményeit, de kellő effektusú korai és megfelelő ütemű késői ascites-beáramlást is biztosít, terápiarezisztens ascitesben (TRA) a hagyományos shunt-modellek kiváltására alkalmasnak tartott módszer. 2000. szeptember 19. és 2007. február 21. között összesen 30 műtétet végeztünk úgy, hogy a hagyományos LeVeen-, illetve Denver-típusú shunt-ök, valamint a saphena-billentyű funkcióját kihasználó drainage-műtétek helyett csak a Ruotte-féle megoldást alkalmaztuk. Betegeink átlagéletkora 50,5 év (25 férfi, 4 nő). Valamennyiüknél alkoholos májcirrhosis talaján alakult ki a TRA, melyet általában a belgyógyászati osztályokon állapítottak meg, s javasolták az esetleges shuntmegoldást. A betegek műtét előtt átlagosan 3 hascsapoláson estek át (szélső értékek 1–15 abdominocentesis). A betegek műtét előtti kivizsgálása, a műtétre történő előkészítés, illetve a posztoperatív teendők semmiben nem tértek el az ilyen esetekben megkívánt diagnosztikus és speciális ápolási algoritmustól.

A májerek nyomása (a májban a működő szövet helyét a túlzott mennyiségben képződő kötőszövet foglalja el, ez az ereket összenyomja) megnő, ennek korrigálására a máj vasodepresszort termel. Az érfalak átteresztőképessége nő, az ennek következtében a hasüregbe került víz és fehérje (ascites) hipoproteinémiát és hipalbuminémiát okoz. Ennek következtében a plazmában a nátrium és a víz mennyisége csökken, és a vese igyekszik a nátriumot, ezzel együtt a vizet visszatartani, amely tovább rontja a beteg állapotát. A diéta ezért csökkentett nátriumtartalmú. A napi konyhasófelvételt 2 grammra kell korlátozni. A refrakter ascites dietoterápiájának fontos része a tápláltsági állapot javítása, mivel a betegek jelentős része alultáplált. Az étrend energia- (35–40 kcal/ttkg) és fehérjebősége (1,0–1,2 g/ttkg) szintén indokolt (a nagy fehérjefelvételt a fenyegető portális encephalopathia hiúsíthatja meg). A zsírszükséglet ttkg-onként 0,8–1,0 g, a zsír emésztésének zavara esetén a zsírban oldódó vitaminok parenterális adása is szükséges lehet. A vitaminok és ásványi anyagok pótlása gyakran csak étrend-kiegészítők formájában vagy tápszerez kiegészítéssel valósítható meg. A betegeknek egyéni tanácsadás keretében individuális, egyénre szabott tanácsadást kell nyújtani, ahol elsajátítja az élelmiszerválasztási szempontok mellett a változtatni szükséges konyhatechnológiai eljárásokat is.

Műtéti technikánk – úgy tűnik –, alkalmas módszer a TRA sebészi kezelésére, s kiválthatja a hagyományos shunt-modelleket. Nagy előnye az autolog, biológiai szelep felhasználása. Alkalmazása kiküszöböli az idegentest okozta különféle szövödményeket, emellett olcsó, egyszerű megoldás. A műtéttípus alkalmazásának eddigi eredményei ígéretesnek mondhatók. A gondos posztoperatív ápolás (dietoterápia, légzésterápia, korai mobilizálás, diuretikumok alkalmazása stb.) ismertetett megoldásunknál sem maradhat el.

Az inzulinrezisztencia, mint predictiv tényező chronicus C virus hepatitis antivirális kezelésében

Lombay Béla ifj.

Szent Ferenc Kórház, Gasztroenterologia-Belgyógyászat (Rehabilitáció) Miskolc

Bevezetés, háttér: a chronicus C virus hepatitis (CHC) pegylált interferon (PEG-IFN) és ribavirin (RBV) sikeres kezelésében kedvezőtlen tényező az inzulinrezisztencia (IR) és/vagy hepaticus steatosis fennállása.

Cél: PEG-IFN+ RBV kezelés mellett a tartós virológiai (SVR) és biokémiai válaszkészség vizsgálata és a potenciális predictiv jelentőséggel bíró markerek meghatározása.

Betegek és módszer: 42 kombinált PEG-IFN és RBV kezelésben részesült beteg eredményeit vizsgáltuk. Valamennyi beteg esetében meghatároztuk a HOMA A (homeostasis assesment modell) indexet, az inzulinrezisztenciára jellemző laboratóriumi eltéréseket összehasonlítottuk a szövettani vizsgálat által meghatározott steatosis mértékével. A betegeket HOMA index, valamint a haskőrfogat szerint meghatározott IR szerint is klasszifikáltuk. A biokémiai válaszkészség meghatározásánál a 12. heti ALT értéket hasonlítottuk össze a kiindulásival.

Eredmények: A nemi megoszlás 20 férfi/ 22 nő volt, átlagéletkor 45,9 év, átlagos testsúly 76 kg, BMI (body mass index) 26,7 volt. Valamennyi beteg heti 180 µg peginterferon-alfa 2a, vagy heti 80-120 µg peginterferon-alfa2b és napi 800–1200 mg ribavirin kezelést kapott, legalább 8 hónapon keresztül. Minden beteg 1-es genotipusú volt. 6 beteg esetében volt dokumentált és per os antidiabeticumokkal kezelt II. típusú diabetes mellitus. Az átlagos HOMA index 4,11 volt. 35 beteg esetében állt rendelkezésre májbiopsia szövettani lelete. SVR-t 17/42 beteg ért el (40%). A haskőrfogat, BMI, HOMA index és hepaticus steatosis meghatározásával az alábbi eredmények mutatkoztak: fentiek közül 0–1 kóros tényező esetében az SVR arány 7/7 (100%), 2 vagy több kóros lelet mellett 6/28 (21%). Legmarkánsabb különbségek: kóros vs. normális HOMA érték esetében az SVR 11/36 (30%) vs. 6/6 (100%); hepaticus steatosis jelenléte esetén 7/28 (25%) vs. 6/7 (86%). A 12. héten nem normalizálódó ALT értékek esetében a tartós vírus válasz aránya mindössze 3/22 (14%) az élettanira csökkenővel szemben 14/20 (70%). Jellemző eltérés kóros HOMA index mellett a kifejezett hepaticus steatosis (25/35–71%). A HOMA index kóros értékei a magasabb éhomi inzulinszint következménye.

Konklúzió: CHC antivirális kezelésének sikerességében fontos szerepet játszik a beteg normál testtömeg és HOMA indexe. Nagyon jelentős paraméter a szövettani vizsgálat által meghatározott hepaticus steatosis mértéke, mivel ennek jelenléte kifejezetten negatív predictív tényezőnek tekinthető a sikeres kezelés kivitelezésében, csakúgy mint a 12. héten kórosan emelkedett ALT. Pontosabb becslések az IR valódi, önálló predictív tényezőként történő értékeléséhez nagy betegszámú, vírus kinetikával bíró prospektív vizsgálatok szükségesegek.

Beszámoló az első sikeres felnőttkori élődonoros (jobb májlebens) transzplantációról Magyarországon

Máthé Zoltán, Kóbori László, Görög Dénes, Fehérvári Imre, Nemes Balázs, Fazakas János, Doros Attila, Gerlei Zsuzsa, Járay Jenő

Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A világszerte fennálló szervdonor hiány jelentősen korlátozza a napjainkra már rutin beavatkozásnak számító májtranszplantációk számát az akut és krónikus májelégtelenség kezelésében. A donorhiány csökkentésének egyik lehetősége a felnőttkori élődonoros májtranszplantáció, amelynek technikáját részletesen kidolgozták az elmúlt években.

A szerzők beszámolnak az első sikeres felnőttkori élődonoros (jobb lebens) májtranszplantációról Magyarországon. Az átültetés testvérek között történt. A 33 éves egészséges férfi donor májának jobb lebenye (V., VI., VII. és VIII.-as segmentum) került eltávolításra és beültetésre egy autoimmun hepatitis talaján kialakult cirrhosisban szenvedő 23 éves nőbetegbe. A szerzők bemutatják a donor kiválasztásának és kivizsgálásának menetét, kitérnek a felmerülő nehézségekre, a műtéti előkészítés és a műtéti technika fontosabb szempontjaira a donor kockázat-csökkentésének előtérbe helyezésével. Ismertetik a recipiens kiválasztásának, immun-suppressziójának speciális kérdéseit az élődonoros transzplantáció szempontjából. Bemutatják a donor és a recipiens műtete során alkalmazott technikai megoldásokat. Kitérnek a postoperatív szakban végzett vizsgálatokra és a betegek utánkövetésére. Összegzésképpen megállapítható, hogy a nemzetközi tapasztalatokon alapuló jól összehangolt csapatmunkával, megfelelő donor és recipiens kiválasztás, előkészítés, sebészi felkészülés és technikai háttér mellett a felnőttkori jobb lebenyes májtranszplantáció Magyarországon is biztonságosan elvégezhető.

Immunszuppresszív terápia egyénre szabott módosítása a cyclosporin metabolizmusa alapján

Monostory Katalin¹, Andor Katalin¹, Szabó Pál¹, Sárvári Enikő², Gerlei Zsuzsa², Fazakas János², Máthé Zoltán², Dallos Gábor², Péter Anta², Benkő Tamás², Járay Jenő²

¹MTA, Kémiai Kutatóközpont, Budapest; ²Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A sikeres szervátültetések magas aránya, valamint a graft- és beteg-túlélés javulása nagyban köszönhető az immunszuppresszív terápia fejlődésének (1–3). Májtranszplantált betegeknél leggyakrabban alkalmazott immunszuppresszáns cyclosporin A (CYA) szelektíven és reverzibilisen gátolja a T-sejt közvetítette immunválasz kialakulását. A CYA szűk terápiás dózistartomány, valamint a kialakuló vérszint nagy egyéni különbségei miatt a CYA vérkoncentrációját folyamatosan ellenőrizni kell különösen a műtétet követő korai időszakban. A vérszint meghatározásra leggyakrabban használt immunoassay módszerek (FPIA, EMIT) teljesen automatizáltak, gyors mérést tesznek lehetővé. Megbízhatóságuk azonban függ a mérés során alkalmazott elenanyag szelektivitásán. Ugyanis egyes CYA-metabolitok keresztreakciót mutatnak, amely pontatlan CYA-szint meghatározáshoz vezet.

Kidolgoztunk egy kétdimenziós HPLC-MS/MS módszert, amely viszonylag egyszerű minta-előkészítést és gyors kromatográfiás elválasztást igényel, a tömegspektrometriás azonosítás ugyanakkor szelektív és pontos információt szolgáltat nemcsak a beteg CYA vérszintjéről, hanem a képződött metabolitok mennyiségéről is. A CYA-metabolitok közül külön figyelmet érdemelnek a primer monohidroxi- és a szekunder dihidroxi-szár-mazékok, amelyek gyaníthatóan hozzájárulnak a CYA okozta májtoxicitás kialakulásához.

Összefüggést kerestünk a májtranszplantált betegek CYA-metabolit mintázata és a májfunkciót jellemző klinikai paraméterek között. A CYA-metabolitok közül az 1,9-dihidroxi-CYA szintjének alakulása szoros korrelációt mutatott a betegek (n=51) γ GT és szérum bilirubin szintjével. Egy-egy beteget tekintve, az 1,9-dihidroxi-CYA vérkoncentráció, valamint a fenti két paraméter időbeli változása szoros összefüggést mutatott a teljes vizsgálati időszak alatt. Azon betegeknél, akiknél az 1, 9-dihidroxi-CYA vérszintje tartósan magas volt, módosítottuk az immunszuppresszáns terápiát – a cyclosporint tacrolimusra váltottuk. A változtatás eredményeként értelemszerűen lecsökkent, majd eltűnt a dihidroxi-metabolit a vérből és ezzel párhuzamosan a γ GT és bilirubin szintek is normalizálódtak.

A bemutatásra kerülő HPLC-MS/MS módszer ugyan sorozat mérésre kevésbé alkalmas, azonban a kérdéses esetekben információt nyújthat a CYA metabolizmus eltéréseiről és segítséget jelenthet az immunszuppresszív terápia egyénre szabott módosításában.

1. *J. Hepatol.* 27: 890-893, 1997; 2. *Új Diéta* 1: 10-11, 2003; 3. *Folia Hepatologica* 8: 14-15, 2004

Májelégtelenség kelet-európai módra

Müller Zsófia¹, Sárkány Ágnes², Altorjay Áron³, Máj Csilla⁴, Ozsvár Zsófia¹

¹Infektológia Osztály, ²Intenzív Osztály, ³Általános Sebészeti Osztály, ⁴Patológia, Szent György Kórház, Székesfehérvár

A valeriana használata már a 20. század elején visszaszorult addiktív hatása, mellékhatásai miatt.

A kelet-európai származású, harminchét éves, 20 hónapos kisdud édesanyja első észlelésünk alkalmával vascularisan parenchymalisan decompenzált cirrhosis talaján kialakult plasmeferesist igénylő májelégtelenség miatt került látókörünkbe. Anamnézisében toxikus ágensként etil-alkohol, valeriana tartalmú gyógynövénykészítmény abuzus szerepelt, melyeket a májbetegség illetve az akut májelégtelenség etiológiai ágenseinek tekintettünk. Az intenzív, majd konzervatív terápia mellett állapota rendeződött, ambuláns követés alkalmával panaszmentes, kémiai laboratóriumi eredményei referencia tartományban vannak.

Fél év múlva külföldi tartózkodásakor intenzív osztályos kezelést igénylő gyomorvérzés lépett fel, melynek háttérében a kórházunkban végzett endoscopos vizsgálat szövettani eredménye gastricus sigillocellularis carcinomát igazolt.

Total gastrectomia, omentectomia, lymphadenectomia során a tumor eltávolításra került, citosztatikum kezelésben részesült.

Felmerül a valeriana és az etilalkohol potenciózó szerepe a tumorgenesisben, toxicitás fokozódásban, irodalmat áttekintve hasonló eset leírását nem találtuk.

Cystatin C monitorozás májátültetés során

Nemes Balázs, Dávid A., Lakatos M., Fazakas J., Zádori G., Fehérvári I., Görög D., Máthé Z., Gaál I., Farkasné H. M., Járjay J., és Sárváry E.,

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzplantációs és Sebészeti Klinika; 1082 Budapest, Baross u. 23.

A májátültetés utáni veseelégtelenség a posztoperatív időszak egyik súlyos szövődménye. Retrospektív/prospektív vizsgálatunk során a vesepótló kezelésre szoruló májtranszplantált betegek adatait elemeztük. Prospektív vizsgálat során a betegek szérumában mértük a GFR-re jellemző cystatin C koncentrációt a műtét előtt, majd a májátültetés utáni fix időpontokban.

A májátültetésre került betegek közül 19% esetén rögzítettünk preoperatív hepatorenalis szindrómát. A májátültetés után a betegek 29%-a szorult vesepótló kezelésre. A vesepótló kezelésben részesültek 63%-a nem MOF részjelenségeként szorult dialízisre. A posztoperatív veseelégtelenséget befolyásoló tényezők között kiemelendő a donornak adott dopamin mennyisége, a recipiens preoperatív se. creatinin értéke, Child-Pugh score-ja, valamint a májcirrrosissal összefüggő szövődmények száma, a műtét idő, a műtét alatt adott kolloid, vértranszfúzió, FFP mennyisége. Kevesebb volt a veseelégtelenség a cholestatikus betegcsoportban, és azok között, ahol nem volt preoperatív HRS. Érdekes módon crossclamp technika mellett kevesebb volt a posztoperatív veseelégtelenség, és VVB alkalmazása mellett több. Veseelégtelenség szempontjából negatív tényező volt a posztoperatív vérzés és vaszkuláris szövődmények kialakulása is. A cystatin C monitorozása során azt találtuk, hogy a májátültetésre váró, hepatorenalis szindrómában szenvedő recipiensek pre-, és posztoperatív cystatin szint értékei nem különböztek a HRS-ben nem szenvedő betegek értékeitől, azonban a májátültetés utáni manifeszt veseelégtelenség esetén a szérum cystatin szint szignifikánsan magasabb volt valamennyi mérési időpontban. Ugyancsak megfigyeltük azt is, hogy amennyiben a szérum cystatin szint a műtét végén, és a műtét utáni első napon magasabb volt, a szérum creatinin érték szignifikánsan növekedett a posztoperatív időszakban. Nem találtunk eltérést a szérum cystatin értékekben piggy back és crossclamp típusú beültetések összehasonlítása esetén. „Null” biopszia során kiválóan minősített májgraftok 5. napos cystatin értékei jobbaktak, mint a minimális-közepes zsírtartalmú májgraftok esetén. Nem volt különbség Neoral és Prograf alapú immunosuppresszió mellett sem. A szérum cystatin mérése alkalmas a májátültetés után veseérintettség monitorozására.

1. Vereczkey L., Jemnitz K., Monostory K., Veres Z., Kóbori L. *Orv. Hetil* 146(19): 947-952, 2005

Cholestaticus típusú C vírus kiújulás májátültetés után. A differenciáldiagnózis nehézségei

Nemes Balázs, Nagy P., Lengyel G., Sárváry E., Gerlei Zs., Varga M., Gálffy Zs., Zádori G., Pap S., Fehérvári I., Görög D., Tóth Sz., Máthé Z., Járjay J., Kiss A., Schaff Zs.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzplantációs és Sebészeti Klinika; 1082 Budapest, Baross u. 23.

A májátültetés után észlelt C vírus kiújulás univerzális. A kezelés a hazai programban is megoldott. Létezik azonban a HCV rekurrenciának egy kifejezetten rossz prognózisú, agresszív formája, amelyet a szövettani vizsgálatok során a cholestasis jelez. Klinikánk anyagában (1995–2007 között) vizsgáltuk a cholestaticus típusú C vírus rekurrenciára jellemzőit. 63 olyan HCV pozitív beteget tudtunk nyomon követni, akiknél a szövettani vizsgálatok relevánsak voltak. 16 betegnél észleltünk a víruskiújulást igazoló biopszia elemzésénél cholestasist. (A csoport) 46 betegnél nem (B csoport). Az A csoport kumulatív beteg, és graft túlélése szignifikánsan rosszabb volt. A cholestaticus esetek 75%-a 2002 előtt jelentkezett, 25%-a 2002 óta. Az „A” csoport-

ban jellemző volt a műtét utáni initial poor function, a veseelégtelenség, infekció, szepszis, akut rejekció, ugyanakkor több volt az epeúti szövődmény is. Az „A” csoportban a betegek 75%-ánál egy éven belül jelentkezett a C vírus rekurrencia, magas C-RNS titer mellett, a „B” csoportban a korai kiújulás 56% volt, amely jellemzően nem társult magas RNS titerrel. Nem volt különbség a donoradatokban és a legtöbb recipienst jellemző demográfiai adatban sem (nem, életkor, BMI, C-P score). Az „A” csoport betegek jelentősen több intra- és posztoperatív transzfúziót kaptak. A biopsziák szövettani vizsgálatánál a Knodell-score alapján rögzített valamennyi elváltozás mértéke súlyosabb volt az „A” csoportban és magasabb volt a kiújulásakor észlelt fibrosis index átlaga is (1,95 vs 1,20). A cholestaticus csoportban a korai (átlagosan 8 hónappal a májátültetés után, de 6 hét is előfordult) C vírus aktiváció miatt az egyik differenciáldiagnosztikai problémát az akut rejekciótól, illetve a gyógyszerotoxicitástól való elkülönítés okozza, előfordult szteroidreszisztens akut rejekció után észlelt cholestaticus kiújulás, illetve hosszabb utánkövetésben az epeúti szövődmények. Azonban a vizsgálatot az epeúti szövődmények kizárása után megismételve hasonló eredmények adódtak. A közvetlen (6 héten belül) posztoperatív esetekben a C vírus kiújulás néhány esetben igen agresszív lefolyású volt, nehezen kezelhető diabetes, veseelégtelenség, szepszis, progresszív Herpes-vírus, és gombainfekcióval társult. Ezekben az esetekben az ok/okozati viszonyt a legtöbbször nem is lehetett megállapítani. A cholestaticus típusú C vírus reaktiváció rossz prognózisú és differenciáldiagnosztikai szempontból is nehezen kezelhető betegség, amely a társzokmák együttműködését igényli.

1. Vereczkey L., Jemnitz K., Monostory K., Veres Z., Kóbori L. *Orv. Hetil* 146(19): 947-952, 2005

Szervdonációk elemzése a májátültetési programmal kapcsolatban

Nemes Balázs, Schmidt K., Jakab K., Maléth A., Görög D., Fehérvári I., Máthé Z., Fazakas J., Doros A., Járay J., Gálffy Zs., Gerlei Zs., és Kóbori L.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzplantációs és Sebészeti Klinika; 1082 Budapest, Baross u. 23.

A májátültetési program fejlődésének egyik lehetséges útja a donációk jobb kihasználása. Retrospektív analízisünkben a 2004–2006 során jelentett szervdonációk adatait elemeztük. Az agyhalál 67% subarachnoidealis vérzés, 29% polytrauma, 4% egyéb okból következett be. A donorok 16%-át semmilyen szerv kivételére nem tartották alkalmasnak. A beültetett szervek aránya: 53% csak vese, 36% máj+egyéb szerv, 12% vese+egyéb szerv. A be nem ültethetőség indokai az alábbiak voltak: zsírmáj (12%), alkoholizmus (11%), emelkedett májenzim értékek (8%), hypernatraemia (4,5%), ultrahanggal észlelt inhomogenitás (2%), szepszis (4%), idős kor (3%), tartós hypotensio (3%), keringés-összeomlás (5,5%), megfelelő recipiens hiánya (2,4%), alacsony prothrombin érték (1,4%), tartós gépi lélegeztetés (1%), felismert/bizonytalan tumor (3%), HCV/HBV pozitívitas (3%), család tiltakozása (2,4%), rendőrségi tiltás (0,3%), érlemeszesedés (0,3%), májcontusio (0,7%), megfelelő recipiens hiánya (2,4%), időlimit túllépése (0,3%), korrigálhatatlan sérülés/ anatómiai variáció a kivétel során (1%). A be nem ültetett májak paraméterei (életkor, BMI, intenzív osztályos kezelés időtartama, alkalmazott dopamin mennyisége, seNatrium, GOT, GPT és gGT) szignifikánsan rosszabbak voltak, mint a beültetett májak esetében. A fenti paramétereket megvizsgáltuk, a beültetett májgraftok esetében. Csoportokat alkottunk: eseménytelen posztoperatív időszak valamint, rejekció, szepszis és egyéb szövődmények szempontjából. Az összehasonlítás eredményei megfelelő donorszelekcióra utalnak, egyúttal felvetik a lehetőséget az ú. n. marginális donormáj lehetséges felhasználására.

Élődonoros májátültetés recipienseinek pre- és posztoperatív képalkotó vizsgálatai

Németh Andrea, Hartmann Erika, Doros Attila, Gerlei Zsuzsa, Fazakas János, Kóbori László, Máthé Zoltán és Járay Jenő

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A hosszú várólisták és a kevés cadaver donormáj miatt világszerte nő az élődonoros májátültetések száma. A donorok és recipiensek műtét előtti képalkotó vizsgálatai nélkülözhetetlenek a műtét tervezéséhez, a műtét utáni radiológiai vizsgálatok pedig nagymértékben járulnak hozzá a műtét sikeréhez.

Rövid összefoglalónkban az élődonoros májátültetés recipienseinek műtét előtti és utáni képalkotó vizsgálatait ismertetjük. Sorra vesszük a pre-, intra- és posztoperatív vizsgálatokat, részletezzük az UH, hagyományos röntgen illetve CT/MR vizsgálat szerepét, valamint felsoroljuk a kapcsolódó intervenciók radiológiai lehetőségeit. Külön ismertetjük az akut és a tervezett élődonoros átültetések preoperatív képalkotó vizsgálatait.

A hepatitis C vírus családon belüli fertőzőképessége

Netyó Anita, Fehér János

Semmelweis Egyetem, ÁOK., II. Belgyógyászati Klinika, Budapest

A vér és szövetnedvek HCV fertőzést terjesztő szerepe bizonyított. Elsősorban ellenőrizetlen vércsökkentő transzfúziójával, kontaminált eszközökkel történő perkután inokulációval, fertőzött anyáról csecsemőre, valamint szexuális úton terjed. A családon belüli mindennapos kontaktus révén akvirált fertőződés igen ritka, de a szakirodalomban találhatunk ilyen adatokat. A vírus hosszú lappangási ideje, az akut C-hepatitis enyhe, kevéssé jellegzetes tünettana és a nagy százalékban kialakuló tünetmentes hordozás miatt a hordozó személy és családja hosszú ideig nincs tudatában a fertőződés lehetőségének, amelynek esélyét a nem megfelelő személyi higiéné növelheti. A Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika hepatológiai ambulanciáján megjelent betegek között is találtunk olyan esetet, melyben egy krónikus C hepatitiszes nő lánya anti-HCV pozitívítása volt kimutatható. Munkánkban ezt az esetet szeretnénk bemutatni.

Krónikus C hepatitis fertőzött betegek autonóm és szenzoros idegrendszeri funkciójának változása az antivirális kezelés első 12 hetében

Osztoivits János¹, Horváth Tamás³, Csák Tímea¹, Lakatos Péter László¹, Lengyel Gabriella², Ibrányi Endre⁴, Tóth Tamás¹, Abonyi Margit¹, Fehér János², Kempler Péter¹, Kollai Márk³, Szalay Ferenc¹

¹I. sz. Belgyógyászati Klinika; ²II. sz. Belgyógyászati Klinika; ³Kísérleti Kutató- és Humán Élettani Intézet, Semmelweis Egyetem; ⁴Szt. László Kórház, Budapest

Előzmények: A krónikus hepatitis C vírus (HCV) változatos idegrendszeri eltéréseket okozhat. Jól ismert a cryoglobulinemiával járó polyneuropathia. Leggyakrabban a perifériás szenzoros funkció károsodik, de munkacsoportunk az autonóm idegrendszer károsodását is kimutatta. Követéses vizsgálatunkban arra keressük a választ, hogy az antivirális kezelés és vírusszám csökkenés hogyan befolyásolja az autonóm és a szenzoros idegrendszeri működést.

Betegek és módszerek: 16 krónikus HCV beteget vizsgáltunk (kor: 45,5±8, 5 év; 7nő/9férfi), a pegylált interferon és ribavirin kombinált kezelés megkezdése előtt és a kezelés 12. hetében. A cardiovascularis autonóm funkciót a szívfrekvencia variabilitás (heart rate variability, HRV) és a baroreflex érzékenység (baroreflex sensitivity, BRS) indexek meghatározásával jellemeztük. Ehhez a szívfrekvencia változást és az artériás vérnyomás változását szimultán mértük EKG és applanációs tonométer segítségével. A szenzoros funkciót az áramérzet küszöbérték meghatározásával vizsgáltuk, három idegrost-típuson, a nervus medianuson és peroneuson (Neurometer).

Eredmények: A HRV alacsony frekvenciás komponens (LF) és a BRS index csökkent a terápia 12. hetében, a kiindulási értékekhez képest (LF=227,6±47,7 vs. 114,6±22,6 ms; BRS=8,30±0,89 vs. 5,96±0,63 ms/Hgmm [átl±szórás]; p<0,05). A szenzoros értékek nem mutattak különbséget 12 hét után. 13 betegnél korai vírusválasz jelentkezett a kezelés hatására. Az összes betegből 4 esetben cryoglobulinémiát találtunk, 2 beteg cryoglobulin negatív lett 12 hét múlva.

Megbeszélés: A krónikus C hepatitiszes betegek antivirális kezelése során megfigyelt autonóm funkció csökkenés hátterében állhat a vírus károsító hatása, és/vagy az antivirális terápia mellékhatása. A vírusszám csökkenése 12 hét alatt nem okoz javulást a szenzoros működésben sem. Az idegrendszeri funkciók hosszú távú változásainak tanulmányozására folytatjuk a követéses vizsgálatot.

Oxidatív stress és antioxidáns védelem gyulladáshoz vezető májbetegségekben

Pár Alajos

PTE I. Belgyógyászati Klinika, Pécs

Az előadás áttekintést ad a szabad gyökös reakciók szerepéről gyulladáshoz vezető májbetegségekben. Az alkoholos és nem alkoholos steatohepatitisben, valamint krónikus vírus hepatitiszekben is számolni kell azzal, hogy a primer etiológiai tényezők mellett az oxidatív stress is meghatározó jelentőségű a pathomechanizmusban, és kedvezőtlenül befolyásolja a prognózist. Épp ezért, az ilyen a kórképekben az oki terápia kiegészítésével hasznos lehet az antioxidáns védelem eszközeinek az alkalmazása. A szerző ismerteti alkoholos és vírus eredetű májgyulladásokban e téren szerzett saját tapasztalatait.

PEG-IFN + RBV kezelés eltérően befolyásolja a peripheriás vér mononuclearis sejtjeinek Th1/Th2 cytokin termelését a rapid, illetve a korai válaszadó, valamint a kezelésre nem reagáló krónikus C hepatitiszes betegekben

Pár Gabriella¹, Berki Timea², Pálinkás László², Szereday László³, Szekeres-Bartho Julia³, Miseta Attila⁴, Hegedüs Géza⁵, Mózsik Gyula¹, Hunyady Béla¹, Pár Alajos¹.

¹Pécsi Tudományegyetem (PTE) I. Belgyógyászati Klinika; ²PTE Immunológiai és Biotechnológiai Intézet; ³PTE Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet; ⁴PTE Laboratóriumi Medicina Intézet; ⁵Baranya Megyei Kórház Patológia,

Előzmények: Krónikus C hepatitisben a gazdaszervezet cytokin termelése mind a vírusreplikáció kontrolljában, mind a májgyulladás és cirrhosis pathogenezisében jelentős.

Korábban kimutattuk, hogy a peripheriás vér monocytáinak fokozott Th1 cytokin termelése képest előre jelezni a rapid virológiai választ (RVR). PEG-IFN + RBV kezelést megelőzően a rapid virológiai válaszadóknál, mind a korai válaszadóknál (EVR) illetve a kezelésre nem reagálóknál (NR) képest a monocyták fokozott TNF α és IL-6, a lymphocyták fokozott IFN γ és csökkent IL-4 és IL-10 termelése volt jellemző. Kezelést megelőzően az EVR és NR csoport Th1/Th2 cytokin termelése között nem volt különbség. Jelen munkánkban a fenti betegcsoportokban az antivirális terápia Th1/Th2 cytokin termelésre kifejtett hatását hasonlítottuk össze.

Módszerek: 50 krónikus C hepatitiszes betegnél (RVR:14, EVR:19, NR:17) a PEG-IFN+ribavirin terápiát megelőzően, illetve 4., 12. és 24. hetében a Toll-like receptor 4 stimulált monocyták és PMA-ionomycin stimulált lymphocyták IFN γ , TNF α , IL-2, IL-6 (Th1) és IL-4, IL-10 (Th2) termelését határoztuk meg FACS CBA assay-el.

Eredményeink: Korai virológiai válaszadóknál a kezelés 12. hetén mind a monocyták fokozott IL-6, TNF α , mind a lymphocyták fokozott IL-2, IFN γ és csökkent IL-4 és IL-10 termelése volt jellemző. Rapid virológiai válaszadók fokozott IFN γ , csökkent Th2-típusú cytokin termelése a kezelés során változatlanul fennállt. Szemben a PEG-IFN+RBV-re reagáló Th1-es dominanciájával, a nem reagálóknál Th2-es típusú cytokin profilt, fokozódó IL-10 termelést észleltünk. Az antivirális kezelés míg a kezelésre reagálóknál (RVR, EVR) a májgyulladás mértékével (a HAI-val) korelááló lymphocytá IL-6 termelés szignifikáns csökkenését eredményezte, addig a non-responderknél az IL-6 termelés csökkenése csak átmenetileg volt kimutatható.

Összefoglalás: A PEG-IFN+RBV terápia a korai válaszadók monocytáinak fokozott Th1-es típusú cytokin termelését indukálta, hasonlóan a rapid virológiai válaszadók kezelését megelőzően kimutatható Th1-típusú cytokin dominanciájához. Feltételezhető hogy mind a rapid, mind a korai virológiai válasz kialakulásának a természetes immunválasz aktivációja (monocyták TNF α , IL-6 termelése) és a HCV elleni hatékony Th1 immunválasz a feltétele.

Eredményeink alapján, PEG-IFN +RBV kezelésre nem reagálóknál terápiás lehetőségként hasznos lehet a monocyták Th1-es cytokin termeléséért felelős jelátviteli utakat aktiváló szerek (TLR3 ligand, TLR9-CPG10101) kombinálása az eddig alkalmazott PEG-IFN+ RBV kezeléssel.

Tüdőfibrózis interferon kezelés szövődményeként

Péter Zoltán¹, Farkas Éva², Juhász Ágnes¹

¹I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa; ²Tüdőgondozó Intézet, Gödöllő

A szerzők ismertetik chronicus B-vírus hepatitiszes betegük esetét, akinek pegilált interferonnal történő kezelése 20. hetében mérsékelt köhögés és effort dyspnoe háttérben tüdőfibrózist diagnosztizáltak. Az antivirális kezeléssel való időbeli egybeesés és a kezelés felfüggesztését követő spontán regresszió alapján a tüdőfibrózis az interferon kezelés szövődményeként értékelhető. Az esetismertetés kapcsán a szerzők áttekintik az idevágó szakirodalmat is. Az eset, az interferon kezelés igen ritka szövődménye mellett, arra is felhívja a figyelmet, hogy kevésbé feltűnő tünetek háttérben súlyos szövődmény is állhat.

Lépartéria-aneurysmák májtranszplantált betegekben Magyarországon

Piros László, Németh A., Juharosi Gy., Lénárd Zs., Görög D., Máthé Z., Szabó J., Benkő T., Bihari L., Kiss M., Tóth Sz., Füle B., Ther G., Mándli T., Járny J.

Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés: Tanulmányunk célja a lépartériák előfordulásának és rizikófaktorainak vizsgálata májtranszplantált betegekben Magyarországon.

Módszer: 260 májtranszplantált beteg adatai és az elvégzett pre- és posztoperatív angiogram áttekintése alapján állapítottuk meg az aneurysmák jelenlétét és karakterisztikáját.

Eredmények: 17 betegnél azonosítottunk aneurysmát (6,5%), nagyrészt felnőtteknél-gyermeknél 1 esetben fordult elő. A férfi-nő arány 9:8 volt. Az aneurysmák leginkább a lépartéria distalis harmadára lokalizálódtak és sokszor multiplex aneurysmák voltak. Azoknál a betegeknél, akiknek nem volt portalis hipertensiojuk, nem volt lépartéria-aneurysma azonosítható. Felnőtt betegekben a lépartéria-aneurysma előfordulása szignifikán-

san magasabb volt parenchymás májbetegségben, mint cholestatikus megbetegedésben. Aneurysma-rupturában nem hunyt el betegünk. A májtranszplantációt követő kontroll-angiográfia nem mutatott változást az aneurysmák méretében és számában, és nem voltak újonnan kialakult aneurysmák kimutathatóak.

Következtetések: A lépartéria-aneurysmák incidenciája Magyarországon májtranszplantált betegekben 6,5%. Sokszor multiplex elváltozások és nagyrészt a lépartéria distalis harmadára lokalizálódnak. Előfordulásuk közel egyenlő nőkben és férfiakban, valamint nagyobb parenchymás májbetegségben portalis hypertensio mellett. Ruptura előfordulása 0% volt.

Ref.: *Transpl Int.* 2005 Dec;18(12):1376-7.; *Acta Vet Hung.* 2003;51(4):529-37.; *J Hepatol.* 1997 Nov;27(5):890-3.; *J Gastroenterol Hepatol.* 2006 Jul;21(7):1213.

Antivirális kezelés hatása a májtranszplantált betegek redox homeosztázis egyensúlyára

Sárváry Enikő¹, Gerlei Zsuzsa¹, Nemes Balázs¹, Gaál Ibolya¹, Czabai Gábor², Görög Dénes¹, Máthé Zoltán¹, Fazakas János¹, Járay Jenő¹, Monostory Katalin³, Fehérvári Imre¹, Varga Marina, Tenkes Lajosné, Pallai Zsolt⁴, Lengyel Gabriella⁴

¹Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest; ²Diachem Kft. Budapest; ³MTA Kémiai Kutatóközpont Budapest Budapest; ⁴II. Belgyógyászati Klinika Budapest

A májtranszplantáció egyik leggyakoribb indikációja a hepatitis C vírus (HCV) infekció okozta végstádiumú májelégtelenség. Sajnos a transzplantációt követően a HCV rekurrenciája közel 100%-os és progresszív fibrosist, graft elégtelenséget okoz^(1,2). A vírusfertőzés eliminációjára ma a világon alkalmazott kezelési mód a pegilált interferon +ribavirin. A HCV rekurrencia leggyakrabban a transzplantációt követő 3. hónapban jelenik meg. A szérum HCV-PCR titer a transzplantációt követően már emelkedést mutat de klinikailag és szövettanilag általában csak a 3. hónap körül igazolható. Vírus ellenes kezelést májspecifikus laboratóriumi eredmények romlása miatt vagy a protokoll szerinti fél és egy éves biopsziával igazolt HCV rekurrencia esetén indítottunk el.

A szerzők 42 HCV cirrhosis miatt transzplantált beteg interferon kezelésének eredményeit analizálják. Vizsgálják a szabadgyök reakciók intenzitását és az antioxidáns státusz változását. Összevetik a redox homeosztázis eredményeit a mért biokémiai paraméterekkel és a beteg klinikai állapotával. Eredmények: Az antivirális kezelés kezdetén magas HCV-PCR titer-t (106–107 kópiaszám/ml) és magas szabadgyök szintet (átlagosan normál érték 10-szerese) mértünk. Amennyiben a kezelés hatásos volt, mind a HCV-PCR titer, mind a szabadgyök mennyisége folyamatosan csökkent. A kezelés hatására 11 (26%) beteg vált HCV-PCR negatívvá. Ha nem állt fenn egyéb más szövődmény (cholestaticus icterus, inzulinigénylő diabetes) a kezelés végére a szabadgyök-mennyiség normalizálódott. Ezzel szemben, hatástalan kezelés vagy egyéb szövődmény esetén a reaktív oxigén intermedierek szintje nem csökkent, sőt tovább emelkedett. Következtetés: Megállapítható, hogy a hepatitis C vírus miatt végstádiumú májbetegségben szenvedők a májtranszplantációval reális lehetőséget kapnak a hatékony antivirális kezelésre, amelynek hatása nemcsak a HCV-PCR titer követéssel, hanem a redox homeosztázis vizsgálatával is monitorizálható.

1. *Orvosi Hetilap.* 2003;45, 2219-2223; 2. *Br J Clin Pharmacol.* 2007 Dec 7.

Gyógyszer okozta toxikus hepatitisek osztályunkon az elmúlt 3 és fél évben

Schuller János; Szunyogh Ildikó¹; Benkő Zsuzsa¹; Győző Viktor¹; Szabó Zsuzsa²; Mihály Ilona³

Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház és Rendelőintézet

¹III. Belgyógyászat; ²Pathológiai Osztály; ³Virologiai Laboratórium

A gyógyszer okozta toxicus hepatitis jóval gyakrabban fordul elő, mint ahogy arra a mindennapi klinikumban gondolunk. Meglepő tény, hogy gyógyszereink körülbelül 30 %-a **potenciálisan** hepatotoxikus. A gyógyszer okozta hepatitisek diagnosztikája döntően az egyéb kóroki tényezők kizárásán, illetve a potenciálisan hepatotoxikus szerrel történt expozíció anamnesztikus igazolásán alapul. A kóroki szerepet direkt módon igazoló megbízható in vitro vizsgálati módszer mind a mai napig nem áll rendelkezésre; a feltételezett szerrel történő ismételt expozíció viszont szigorúan kerülendő, hiszen az súlyos, akár fatális kimenetelű májgyulladás okozhat. Mindezek tudatában a szerzők áttekintik a nagy betegforgalmú hepatológiai osztályon az elmúlt három és fél évben előfordult mintegy 70 gyógyszer okozta hepatitises esetet, elemelve a kiváltó szereket, a terápiát és a betegek körlefolysását.

Új lehetőség az akut májelégtelenség kezelésében: MARS® terápia

Szabó Erzsébet

A MARS® elnevezés az eljárás angol nyelvű kezdőbetűinek összeolvasásából keletkezett. (**M**olecular **A**dsorbents **R**ecirculating **S**ystem) Ez az eljárás extrakorporális vértisztítást használ a máj detoxikáló funkciójának támogatására.

Az eljárás, melyet a Rostocki Egyetemen fejlesztettek ki a vese dialízis alapelveihez hasonló: a toxinokat a beteg véréből szelektív, ioncserélő gyanta oszlop és karbon oszlop segítségével távolítják el. Az albuminnal töltött körnek, a vér és a dialízis kör közötti elhelyezésével lehetséges a vízdékony toxinok mellett a fehérjéhez kötött, a beteg máj funkció kiesése miatt felszaporodott toxinok eltávolítása is. Ezek a toxinok a membrán másik oldalán lévő szabad albuminhoz kötődnek, és az aktív szén és ioncserélő gyanta oszlopok segítségével az albumin körből eltávolításra kerülnek.

A MARS® terápia használható akut májelégtelenségben és a krónikus májbetegség akut rosszabbodásakor is. A kezelés a máj detoxikáló funkciójának támogatásával lehetővé teszi a máj regenerációját vagy segít életben tartani a betegeket addig, amíg máj transzplantációra kerülhetnek.

A terápia kivitelezéséhez kezelő kitre, MARS® monitorra és 500 ml 20% human albuminra van szükség.

A készülék és a kit a forgalomban lévő dialízis és folyamatos vesepótló kezelés eszközeinek többségével kompatibilis. A MARS® májtámogató kezelés a máj kiválasztó működésének szupportálásával stabilizálja a májelégtelenségben szenvedő beteget a felgyógyulásig vagy hidat jelent a transzplantációig.

A MARS® terápianak pozitív befolyása van:

- A túlélési arányra és túlélési időre
- Az életminőségre
- A hemodinamikára: szisztémás (MAP, CI, HR); máj és végszerv hemodinamika
- Az agyi funkciókra: hepaticus encefalopátia; koponyaűri nyomás
- A vese funkcióra: urémiás toxinok; folyadék egyensúly; elektrolit és sav-bázis egyensúly
- Máj működésre: máj toxinok; albumin kötő kapacitás; intrahepatikus kolesztázis; portális nyomás; ascitesz
- Immun folyamatokra: oxidatív stressz; makrofág funkció
- A terápia költséghatékonyságára

A szénhidrátszegény transferrin szintje vegyszer expositio kapcsán

Szabó György, Keller Éva, Környei László, Lengyel Gabriella, Fehér János

Háziorvosi Szolgálat, Enese; Kaposi Mór Kórház, Laboratórium, Kaposvár; Központi Magfizikai Intézet, Budapest; Semmelweis Egyetem, II. Belklinika, Budapest

A szénhidrátszegény transferrin (CDT: carbohydrate deficient transferrin) vizsgálat a napi 60 gr-nál több alkoholt fogyasztók körében volt eddig használatos, mivel annak szintje 2-3 héttel a fogyasztás befejezése után is informatív értékkel bír. Célkitűzés: Vegyszerek használata esetén a CDT szintre vonatkozóan eddig sok információval nem rendelkezik a szakirodalom, ezért tartjuk érdekesnek a bemutatott esetet. Esetismertetés: Az egyik esetben nitrobázisú lakk használata után egy hónappal történt a CDT vizsgálat és a CDT értéke megemelkedett. A másik esetben mezőgazdasági vegyszerező/permetező növényvédelmi munkakörben dolgozót vizsgáltak 6 hónappal a munka befejezése után és szintén nagyon emelkedett értéket találtak. Következtetés: Mivel mindkét dolgozó dokumentáltan absztinens volt, így bizonyítható a CDT körjelző/problémajelző értéke. A CDT vizsgálat folytatása vegyszeres expozíciók kimutatására még nagy lehetőségeket tartogat.

Epeúti betegségek non-invazív diagnosztikája. Kerekasztal megbeszélés

Moderátor: Székely György; Résztvevők: Bor Katalin, Szabó Ágnes, Szilvás Ágnes

Az epeúti betegségek élesen különválnak a jó- és rosszindulatú kórképek tekintetében. Az előbbieket sokszor banálisak (polypok, adenomák), nemritkán véletlenszerűen kerülnek felfedezésre. Epeúti dyskinesisek, epeúti kövek a mindennapi diagnosztika részei.

Azonban a nagyobb méretű, vagy a fokozatosan növekvő polypoid elváltozások mögött nem lehet egyértelműen kizárni a malignitást. A fő hangsúly a megelőzésen lenne, a precancerosus állapotok kiszűrésén és azok gondos követésén.

A diagnosztikus algoritmus egyértelműen kidolgozott: a rutin és kiegészítő speciális laborvizsgálatok, a hagyományos (valamint a Doppler- háromdimenziós) ultrahangvizsgálat során felvetődő diagnózist a spirál-CT, vagy cholangio-MR (MRCP), a choleoscintigráfia, az endosonographia megerősítheti, ezt követi az endoszkópos terápia, vagy a műtét, amely sokszor szintén csak palliatív kezelés.

Az epeúti tumorok diagnosztizálása és kezelése igen nehéz feladat, centrumokban való ellátást igényel. A távoli eredmények egyelőre nem biztatóak. Nagyon fontos a differenciáldiagnosztika is, mivel a distalis epeúti tumorokat el kell különíteni a hasonló tüneteket okozó Vater-papilla, primer duodenum és pancreas fej daganattól.

Az extra- és intrahepatikus epeutak jóindulatú daganatai irodalmi ritkaságnak számítanak. Differenciáldiagnosztikai szempontból a az epesár (sludge) képződés a choledochusban jön elsősorban szóba, amely elfedheti, vagy utánozhatja a daganatot. A jóindulatú choledochus tumor is növekedhet, diagnózis általában icterus esetén történik...

Az epeutak adenomái precancerosist jelentenek, japán szerzők szerint a betegek 21%-ában állhatott fenn carcinomát megelőző adenoma. A multiplex bilaris papillomatosis ritka kórkép, és kis százalékban malignizálódik, melyből multiplex tumor fejlődik ki.

Az epeúti rákok száma az utóbbi időben jelentősen növekedett. A colitis ulcerosához 2,5–7,5%-ban társuló sclerotisáló cholangitis ismeretlen eredetű betegség. Az epeutak progrediáló fibrotikus szűkületei, gennyes gyulladások májtranszplantációt is igénylő májelégtelenségben végződhetnek. 0,5–1,5%-ban alakul ki cholangiocarcinoma. Amerikai közlések szerint az esetek egy része már primer epeúti rák (sclerotisáló típus). Távol-keleten májparazita fertőzéshez is társul (*Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis viverrini*). Az epeutak krónikus gyulladásai, gyermekkorban kialakult choledochus cysták, Caroli syndroma (az epeutak benignus cystosus tágulata), valamint a régen röntgen kontrasztanyagként alkalmazott thorium dioxid (Thorotrast), azbeszt, dioxin, egyes gyógyszerek toxikus hatása (fogamzásgátlók, isonicid, methyldopa), krónikus C-hepatitis szintén hajlamosító tényezők.

A tumorok osztályozása anatómiai és szövettani alapon történik. Önálló entitás a leíró szerzőről elnevezett Klatskin tumor, amely a ductus cysticustól proximálisan lévő felső harmad tumorokat jelenti (ductus hepaticus carcinoma). Az epeúti tumorok 45%-át ezek alkotják, míg a pancreas és a ductus cysticus közöttiek a 25–30%-ot. Önálló csoportot képeznek a choledochus intrapancreaticus szakaszának daganatai, a distális epeúttumorok (19–25%). Ezeket a daganatokat a periampulláris tumorok közé soroljuk, amelyeket el kell különíteni a Vater papilla, a duodenum és a pancreas fej ampulláris carcinomájától. E distális choledochus tumoroknak jobb a prognózisa. A legkisebb csoportot alkotja (5–8%) a multifocális epeúti carcinoma, mint egyben a legrosszabb prognózisú folyamat.

A máj, a vena portae, a pancreas és a duodenum gyakran érintett, a távoli áttétek ritkábbak és későbbiek. A folyamat lassan alakul ki, éveig is eltarthat, míg tünetet ad. Korai carcinomának minősül, ha csak a mucosa és a fibromuscularis réteg infiltrált, ez 5%-ban fordul elő.

A klinikai kép vezető tünete a sárgaság (90%), bőrvizsketés (60%), sötét vizelet (70%), jobb bordaív alatti fájdalom (38%), fogyás, étvágytalanság, émelygés (35–40%). A ductus cysticustól distálisan lévő tumorok fájdalomtalan icterust és tapintható cholecysta megnagyobbodást okoznak (Courvoisier-jel) a pancreasfej tumorokhoz hasonlóan.

A laboratóriumi leletek közül a serum direkt bilirubin szint emelkedése még a manifest sárgaság előtt észlelhető, magas az alkalikus phosphatase és a gamma-glutamyl transferase érték. A betegség egyetlen jele lehet sokáig e laborértékek eltérése, amely indokoltá teszi a kivizsgálást. Az onkogenetikai vizsgálatok során négyfajta oncogént és p53, p16 supressor gén mutációt, valamint a DNS mismatch-repair rendszer hibáit mutatták ki. Tumormarkerek közül a Ca19-9 80%-ban emelkedett (CEA, Ca125 30–40%-ban). Azonban a cholestasis, cholangitis malignitás nélkül is Ca19-9 emelkedést okoz.

Alapvizsgálat a hasi ultrahang, amely a tumorok egy részét képes direkt ábrázolni (30-60%), a többi esetben a ductus hepaticusok és az intrahepatikus epeutak tágulata látható, Klatskin tumornál normális tágasságú choledochus mellett. Az újabb ultrahang metodikák közül kiemelendő az a. hepatica Doppler vizsgálata, amely a tumoros compressiot igazolja a szabályostól eltérő görbével. A háromdimenziós ultrahang vizsgálat a hagyományos módszerhez képest több metszési síkot ábrázol, ezzel növeli a diagnosztikus pontosságot. A Klatskin tumorok egy része azonban isoechogen (nem különül el környezetétől az ultrahang vizsgálat során), sőt a hagyományos CT vizsgálat sem mutatja a tumorok egy részét (20–30%). Az új generációs készülékek, az angioCT, angioMR és az MRCP és a PET vizsgálat jelentős előrelépés a diagnosztikában.

Sajnos, a betegek preoperatív kivizsgálása gyakran nem vezet kellő eredményre, ezért a sebészi beavatkozások között magas az exploratív laparotomiák száma. A rossz állapotú betegek exploratioja miatt magas lehet a postoperatív halálozás.

Ezért van nagy jelentősége a non invazív diagnosztikának, amelyet az intervenciós radiológiai és endoscopy beavatkozások követnek.

A gyermekkori portalis hypertona klinikai vonatkozásai

Szőnyi László, Dezsőfi Antal

Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekklinika, Budapest

Bevezetés: A vena portaeban és ágaiban a nyomás 4–6 Hgmm. A portalis hypertensio esetén a nyomás 10 Hgmm fölé emelkedik. Ez a nyomásemelkedés számos haemodinamikai és metabolikus változást hoz létre, mely életveszélyt jelenthet, mint például a gastrointestinalis vérzés.

Aetiológia: Portalis hypertensiot okozó betegségek lokalizációja tekintetében beszélünk prehepaticus, intrahepaticus és posthepaticus okokról. Más osztályozás szerint a máj szinusoid a viszonyítási pont és ebben az értelemben az intrahepaticus ok lehet presinusoidalis, sinusoidalis és postsinusoidalis. Bár az utóbbi felosztás patológiai szempontból pontosabb, a portalis hypertensiot okozó gyermekkori májbetegségek esetében az előző felosztás látszik célszerűnek a kezelés megválasztása szempontjából. A presinusoidalis ok miatt kialakult portalis hypertensioiban a máj hepatocellularis funkciója hosszabb ideig megtartott lehet, így ezekben az esetekben a porto-szisztémás shunt képzés, mint áthidaló megoldás szóba jöhet. A szinusoidalis és poszt szinusoidalis ok miatt kialakult kórképekben gyakrabban alakul ki ascites.

Kockázati tényezők: Prehepaticus ok esetén a legfontosabb kockázati tényező a köldökátétetkezés. Lényegesen ritkább a vena portae külső összenyomása következtében kialakuló portalis hypertensio. Egyéb fejlődési rendellenességek felvethetik a vena portae fejlődési rendellenességét. Számos kórképre jelentős májfibrosis jellemző. A kórképre jellemző, hogy a portalis hypertensio kialakulása jelentősen megelőzi a hepatocellularis ká-

rosodást. Cirrhosisra jellemző a jelentős hepatocellularis károsodás. Postszinuszoidális intrahepaticus portalis hypertensio jellemző betegsége a veno-occlusiv betegség. A ritka állapot gyógyszer mellékhatás következtében jön létre. A posthepaticus portalis hypertensiora hepatomegalia és ascites kialakulása jellemző. Okától függően gyors progresszió lehetséges. A Budd-Chiari szindróma kialakulásának legfontosabb kockázati tényezője a polycythemia és/vagy thrombocytosis. Rendszerint haematológiai kórképre derül fény. Két féle cardiális ok is lehet a portalis hypertensio oka: jobb szívfél elégtelenség vagy konstriktív perikarditis. A portalis hypertensióban szenvedő betegek esetén a gasztrointestinalis vérzések egy része nem varix vérzés. Ennek aránya felnőttek esetén 30–50%. Gyermekkorban ez az arány biztosan kisebb, de előfordulásával számolni kell. Ezen vérzések forrása gyulladt gyomornyálkahártya, mely egy megelőző stádiuma a portalis hypertensio által okozott gastropathiának. **A portalis hypertensio tünetei:** A *gastrointestinalis vérzés* rendszerint a nyelőcsőből, gyomorból indul haematemesis, melena formájában. Az esetek egy részében az első vérzés olyan mértékű, hogy halálhoz vezet. Jelentős vérzés jelentkezhethet prehepaticus okban, mucoviscidosisban. *Splenomegalia*, mint presentációs tünet prehepaticus portalis hypoertensióban vagy jelentős fibrosissal járó kórképekben figyelhető meg, mint mucoviscidosis vagy congenitalis májfibrosis. Splenomegalia esetén minden esetben ki kell zárni a portalis hypertensio lehetőségét. *Ascites* számos extrahepaticus okból is keletkezhethet. A májbetegség talaján kialakult ascitesre rendszerint súlyos hepatocita károsodás is jellemző. Portalis hypertensiora utal a jellegzetes hasfali véna tágulat, *caput medusea*. Krónikus májbetegségben kialakuló *encephalopathia* hátterében gasztrointestinalis vérzés és/vagy jelentős porto-szisztémás shunt áll. Gyermekkorban ritkábban alakul ki, mint felnőttekben.

Kezelés algoritmusa:

1. Infúzió (vénaabiztosítás, nagy lumenű, melyen vér is adható, kirsztalloid).
 2. Laboratóriumi vizsgálatok (vércsoport, vérkép, PTI, Quick idő, vér keresés megindítása transzfúzióhoz, vese-, májfunkció, ionok)
 3. Monitorozás (vérnyomás, pulzus, légzésszám, hőmérséklet, tudati állapot)
 4. Nasogastrikus szonda levezetése (gyomor átöblítése fiziológiás sóoldattal)
 5. Transzfúzió és FFP adása. (A cél a vérzés elállítása és nem a normál érték elérése)
 6. Egyéb gyógyszerek (ranitidin, antibiotikum, lactulose)
- | | |
|---|---|
| <p>7. Megszűnik a vérzés</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Szoros megfigyelés, Ht kontroll 2. 24 órán belül gastro-duodenoscopya 3. Sclerotherápia, ligáció 4. Vérzés mennyiségétől függően (beöntés, lactulose, neomycin p. o.) 5. Megfigyelés 6. Megelőzés | <p>Folytatódik a vérzés</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sandostatin infúzió beállítása 2. Intenzív oszt. elhelyezés 3. Sürgős endoscopya, sclerotherápia, ligáció <p>Folytatódik a vérzés</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Linton szonda levezetése 5. Beöntés (vér kimosása a belekből) 6. Shunt, TIPS és transzplantáció |
|---|---|

GI vérzés megelőzése: Propranolol adása 1 mg/tskg feletti dózisban, legalább napi három részre elosztva. A dózist addig kell emelni, míg a kezelés következtében a pulzus 25%-kal csökken. Mucoviscidosisban, asthma bronchialisban szenvedő gyermekeknek nem adható illetve fokozott óvatosságot igényel.

Irodalmi adatok szerint a gasztrointestinalis rendszer felső részéből származó akut vérzések mortalitása 30% körüli. A vérzés forrás megtalálása sürgős endoszkópia kapcsán 90%. Az elsődleges vérzéscsillapítás esélye a gyógyszeres és endoszkópos terápia kombinációjával 80-90%. Ismételt vérzés kockázata az elsődleges vérzéscsillapítás után 30–40%. Végleges vérzéscsillapítás esélye a kombinált kezelési algoritmus kivitelezése után 80–90%. TIPS szükségessége elégtelen gyógyszeres és endoszkópos vérzéscsillapítás miatt 5%.

Graft artériás keringését befolyásoló perioperatív tényezők vizsgálata májtranszplantált betegeknel

Tóth Szabolcs, Veres Dorottya, Fazakas János, Nemes Balázs, Doros Attila

Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika

Bevezetés: A graft artériás keringési elégtelensége a szisztolés (Vs) és diasztolés (Vd) áramlási sebességek segítségével követhető (rezisztencia index: RI=0,6–0,7). Jelen tanulmány célja a korai posztoperatív időszakban előforduló magas rezisztenciájú artériás keringés nem sebészeti okainak vizsgálata.

Módszer: 48 OLTx kapcsán tanulmányoztuk a donáció adatait, a májátültetés perioperatív paramétereit. A graft RI értékét naponta követtük, a betegeket 2 csoportba soroltuk: A csoport: RI<0,7; n=29 és B csoport: RI>0,7; n=19. A statisztikai számításokhoz Wilcoxon és χ^2 tesztet használtunk.

Eredmények: A donorok kezelése és a multiorgan donatio során nem találtunk lényeges különbséget a csoportok között. Nem volt különbség a csoportok között a prezervációs oldat, műteti idők, vérkészítmény igény tekintetében sem. A B csoportban több anémiásabb beteg volt műtét előtt ($p<0,0003$), magasabb CN ($p<0,05$), alacsonyabb Se Na⁺ és albumin értékekkel ($p<0,01$). A B csoport keringését alacsonyabb preload (májkivétel: $p<0,01$) rosszabb regionális perfúzió (artériás reperfúzió: MAP, pH; diurézis; $p<0,05$) jellemezte OLTx alatt. A posztoperatív graft funkcióban nem volt különbség a csoportok között. A B csoportban a Se kreatinin magasabb, Se Na és ozmolaritás alacsonyabb volt a korai posztoperatív időszakban ($p<0,04$).

Következtetések: A graft oedema hajlama (RI>0,7) összefüggésbe hozható a recipiens renális díszfunkciójával. *Referencia: Kóbori L et al. Orv Hetil. 2003; 144: 2219-23.*

JEGYZET:

Tartalmasan,
tovább



Az első és egyetlen elfogadott
szisztémás kezelés, mely
szignifikánsan meghosszabbítja
a teljes túlélést
hepatocellularis carcinomában

Az ÉLETRE koncentrál

Rövidített Alkalmazási Előírás:
Nexavar 200 mg filmtabletta (112 db/doboz)

Minőségi és mennyiségi összetétel: 200 mg szorafenib filmtablettánként (szorafenib-tozilát formájában). **Terápiás javallatok:** A Nexavar olyan, előrehaladott stádiumban lévő vesesejtes carcinomában szenvedő betegek kezelésére javasolt, akiknél a korábbi interferon-alfa, illetve interleukin-2 alapú terápia hatástalan volt, illetve akik ilyen kezelésre alkalmatlannak tekinthetők. A Nexavar a hepatocellularis carcinoma kezelésére javasolt. **Adagolás és alkalmazás:** A Nexavar-kezelésnek a daganatellenes terápiák alkalmazásában jártas orvos felügyelete mellett kell történnie. A javasolt adagja felnőtteknek 400 mg naponta kétszer. Étkezések között vagy alacsony zsírtartalmú étellel ajánlatos bevenni. A kezelést addig kell folytatni, amíg klinikailag kedvező hatású, illetve amíg türhetetlen toxicitás lép fel. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Mellékhatások:** A leggyakoribb mellékhatás a kéz-láb bőrreakció és a bőrkiütés, rendszerint a kezelés első hat hetében jelentkezik. A dermatológiai toxicitás helyi tüneti kezelésekkkel, a terápia átmeneti felfüggesztésével és/vagy az adag módosításával, vagy súlyos esetekben a kezelés beszüntetésével tartható kézben. A betegeknél az artériás hypertonia gyakoribb előfordulását figyelték meg. A magas vérnyomás általában enyhe vagy közepes mértékű volt, a kezelés korai szakaszában alakult ki, és hagyományos antihypertensív terápiával kézben tartható volt. Fokozódhat a vérzékenység kockázata. Nagyon gyakori mellékhatások: lymphopenia, hypophosphataemia, haemorrhagia, hypertonia, hasmenés, hányinger, kiütés, alopecia, kéz-láb szindróma, erythaema, viszketés, hányás, kimerültség, fájdalom, fokozott amilázaktivitás, fokozott lipázaktivitás. Gyakori mellékhatások: leukopenia, neutropenia, anaemia, thrombocytopenia, anorexia, depresszió, perifériás szenzoros neuropathia, tinnitus, rekedtség, székrekedés, stomatitis, dyspepsia, dysphagia, száraz bőr, hólyagos dermatitis, akne, a bőr hámlása, ízületi fájdalom, izomfájdalom, merevedési zavar, asthenia, láz, influenza-szerű megbetegedés, testsúlycsökkenés, átmeneti transzaminázaktivitás-fokozódás. **Felhasználhatósági időtartam:** 30 hónap. Legfeljebb 25°C-on tárolandó. **Forgalomba Hozatali Engedély jogosultja:** Bayer HealthCare AG, D-51368 Leverkusen, Németország. **Forgalomba Hozatali Engedély száma:** EU/1/06/342/001 **Forgalomba Hozatali Engedély első kiadásának/megújításának dátuma:** 2006. július. **Kérjük a használat előtt feltétlenül olvassa el a teljes Alkalmazási Előírást!**

A termék TB által nem támogatott. Fogyasztói ár: 1.008.420 Ft



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Bayer Hungária Kft., 1123 Bp., Alkotás u. 50
Tel.: 1-487-41-00, Fax: 1-212-15-74

per os
Nexavar[®]
(sorafenib) tablettá



PegIntron 150 mikrogramm por és oldószer oldatos injekcióhoz előretöltött injekciós tollban

Terápiás javallatok

A PegIntron felnőtt korú, idült C hepatitisben szenvedő betegek kezelésére javallt, akiknél emelkedtek a transzaminázértékek a májműködés dekompenzációja nélkül, továbbá HCV-RNS vagy anti-HCV antitestek mutathatók ki a szérumban.

Adagolás és az alkalmazás módja

Ribavirinrel való kombinált adagolás részeként a PegIntron hetente egyszer, 1,5 mikrogramm/ttk dózisan subcutan injekcióban kell beadni.

Ellenjavallatok

- A készítmény hatóanyagával, vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység;
- A kórelőzményben szereplő súlyos szívbetegség, beleértve instabil vagy kezeletlen kardiológiai körképeket is a megelőző 6 hónapban;
- Súlyos, eslethez járó belgyógyászati kórfolyamatok;
- Autoimmun hepatitis vagy más autoimmun kórfolyamat a kórelőzményben;
- A májműködés súlyos zavara vagy dekompenzált májcirrózis;
- Pajzsmirigybetegség, kivéve, ha szokásos kezeléssel kontrollálható;
- Epilepsia és/vagy a központi idegrendszer (KIR) működésének károsodása.

Ribavirinrel kombinálva:

- Azoknál a betegeknél, akiknek kreatinin clearance-e < 50 ml/perc

Nemkívánatos hatások, mellékhatások

A klinikai vizsgálatok során nagyon gyakran észlelt mellékhatások (a PegIntron + ribavirin csoportban a betegek > 10 %-ánál): vírusfertőzés, testsúlycsökkenés, depresszió, ingerlékenység, álmatlanság, szorongás, összpontosítási zavar, emocionális labilitás, fejfájás, szájszárazság, pharyngitis, köhögés, légszomj, émelygés, étvágytalanság, hasmenés, hasi fájdalom, hányás, alopecia, viszketés, bőrszárazság, bőrkéreg, izomfájdalom, ízületi fájdalom, mozgásszervi fájdalom, gyulladás az injekció helyén, reakció az injekció helyén, kimerültség, borzongás, láz, influenzaszerű panaszok, gyengeség, szédülés.

A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY SZÁMA

EU/1/00/131/047

A SZÖVEG ELLENŐRZÉSÉNEK DÁTUMA

2005. november 15.

A gyógyszer rendelése előtt, kérjük, olvassa el a teljes alkalmazási előírást!