



A Magyar
Hypertonia
Társaság

és a

Magyar
Nephrologiai
Társaság
lapja



HYPERTONIA

— ÉS —

NEPHROLOGIA



A Magyar
Nephrologiai
Társaság
XXXV.
Nagygyűlése

Nephrologiai
Továbbképző Nap

2018. október 25–27.

Eger, Hotel Eger&Park

Kiadja:

LITERATURA  MEDICA
ANNO 1990

Tisztelt Hölgyeim és Uraim, kedves Kollégák!

Örömmel és szeretettel hívunk minden nefrológus és a nefrológia iránt érdeklődő orvoskollégát, továbbá minden, a vesebetegek ellátását végző szakdolgozót és a vesebetegek társadalmi helyzetének javítása iránt elkötelezett jó szándékú segítőt a Magyar Nephrologiai Társaság XXXV. Nagygyűlésére!

Harminchárom év után, 2019-ben Magyarország ismét lehetőséget kapott, hogy az ERA-EDTA kongresszus házigazdája lehessen. Az 1986 óta eltelt évek során a hazai nefrológia nagyívű fejlődésen ment keresztül, minden orvosegyetemen sikeres nefrológiai kutató- és betegellátó program zajlik és a 3. évezred elejére a hazai dialízisellátó hálózat elérte a nyugat-európai színvonalat. Emellett mind a négy egyetemen több mint 25 éve zajlik sikeres vesetranszplantációs program, amelyek színvonala és országos szervezettsége 2013-ra lehetővé tette a minőségbiztosítási szempontból nagy jelentőségű csatlakozást az Eurotransplant szervezetéhez. A sikerek felett érzett öröm adhat önbizalmat a jövőre hazánkban sorra kerülő európai kongresszus előtti számvetéshez – hol tart ma a magyar nefrológia és hol vannak hiányosságaink? –, amelyek megoldása adhatja meg a lendületet a következő évtized fejlődéséhez, kongresszusunk mottójának jegyében: „**Kihívások és megoldások – Quo vadis nephrologia hungarica?**”

A gyógyítás az orvos és beteg személyes, bizalmi kapcsolata mellett egyidejűleg mindig társadalmi esemény is, megjelenítve a társadalmi elvárásokat, egyben ráirányítva a figyelmet arra, hogy a gyógyítás sikeressége nem lehetséges a társadalom megfelelő támogatása nélkül. A jövőbe tekintve ezért a friss szakmai eredmények bemutatása mellett a Nagygyűlésen teret szeretnénk biztosítani a nefrológia és társadalom kapcsolatának mélyebb elemzésére azért, hogy a szakterületen a társadalmi igények, az allokalható források és az elérhető eredmények színvonala harmonikus összhangban maradjon. E törekvésekhez ideális háttérrel nyújt Eger városának dicső történelme, és reményeink szerint az ideális kongresszusi környezet biztosításával a helyszín, a Hotel Eger&Park is.

A hagyományokhoz híven a Nagygyűlés elmaradhatatlan része lesz a klinikopatológiai megbeszélés, számos, évről évre aktuális témakör az immunológiai vonatkozásoktól a népegészségügyi jelentőségű területekig, és a mindennapi betegellátás számos vetületét bemutató szakápolói szekció.

Örömmel buzdítjuk a résztvevőket a megszokott igényes tudományos anyagok beküldésére, szeretettel várva a konferenciára mindenkit, aki elkötelezett a hazai nefrológia magas színvonala és jövője iránt.

Dr. Rempert Ádám,
a Nagygyűlés társelnöke

Dr. Wagner László,
a Nagygyűlés titkára

Prof. dr. Reusz György,
a Nagygyűlés társelnöke,
a MANET elnöke

Dr. Kárpáti István,
a MANET főtitkára

A Nagygyűlés elnökei:

Dr. Reusz György, egyetemi tanár
Simmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

Dr. Rempert Ádám, egyetemi docens
Simmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Titkár

Dr. Wagner László, egyetemi docens
Simmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A Nagygyűlés szervezőbizottsága

Dr. Ábrahám György, egyetemi tanár
Dr. Kárpáti István, egyetemi docens
Dr. Kiss István, egyetemi tanár
Dr. Kovács Tibor, egyetemi tanár

Dr. Ladányi Erzsébet, orvos-igazgató
Dr. Reusz György, egyetemi tanár
Dr. Szegedi János, orvos-igazgató
Dr. Zakar Gábor, orvos-igazgató

A MANET Tudományos Bizottsága:

Elnök: **Dr. Balla József**, egyetemi tanár
Titkár: **Dr. Fekete Andrea**, PhD
Tagok:

Dr. Bereczki Csaba, egyetemi docens
Dr. Hamar Péter, egyetemi docens
Dr. Légrády Péter PhD, egyetemi adjunktus
Dr. Molnár Gergő Attila, PhD
Dr. Nagy Judit, egyetemi tanár
Dr. Rosivall László, egyetemi tanár
Dr. Sonkodi Sándor, egyetemi tanár
Dr. Szabó Attila, egyetemi tanár

Dr. Szabó Tamás, egyetemi adjunktus
Dr. Szabó András, egyetemi tanár
Dr. Tislér András, egyetemi docens
Dr. Túri Sándor, egyetemi tanár
Dr. Vannay Ádám, PhD
Dr. Wagner László, egyetemi docens
Dr. Zakar Gábor, orvos-igazgató

A Magyar Nephrologiai Társaság Vezetősége

Dr. Ábrahám György, egyetemi tanár
Dr. Árkossy Ottó, főorvos
Dr. Balla József, egyetemi tanár
Dr. Barna István, egyetemi docens
Dr. Csiky Botond, egyetemi docens
Dr. Haris Ágnes, főorvos
Dr. Kárpáti István, egyetemi docens
Dr. Kemény Éva, egyetemi tanár
Dr. Kulcsár Imre, főorvos
Dr. Ladányi Erzsébet, főorvos

Dr. Mátyus János, egyetemi docens
Dr. Rempert Ádám, egyetemi docens
Dr. Reusz György, egyetemi tanár
Dr. Rosivall László, egyetemi tanár
Dr. Szabó András, egyetemi tanár
Dr. Szegedi János, főorvos, c. egyetemi docens
Dr. Tislér András, egyetemi docens
Dr. Wagner László, egyetemi docens
Dr. Wittmann István, egyetemi tanár
Dr. Zakar Gábor, főorvos

Elnök: Dr. Reusz György, *Budapest*
Főtitkár: Dr. Kárpáti István, *Debrecen*
Alelnökök: Dr. Balla József, *Debrecen*
Dr. Ladányi Erzsébet, *Miskolc*
Dr. Szegedi János, *Nyíregyháza*
Titkár és pénztáros: Dr. Rempert Ádám, *Budapest*
Tiszteletbeli elnökök: Dr. Nagy Judit, *Pécs*
Dr. Túri Sándor, *Szeged*
Jegyző: Dr. Wagner László, *Budapest*

TECHNIKAI INFORMÁCIÓK

SZÁLLÁS

Az előre megrendelt szállodai szobákat a résztvevő(k) nevére lefoglaltuk, azok a megküldött visszaigazolás szerint vehetők igénybe, az érkezés napján 14.00 órától, az elutazás napján pedig 10.00 óráig.

Korábbi érkezés vagy elutazás esetén a csomagok elhelyezésében a szállodai recepció nyújt segítséget.

NÉVKITŰZŐ HASZNÁLATA

A kongresszuson *a névkitűző használata kötelező*, ennek viselésével juthatnak be mind az előadótermekbe, mind pedig a kiállítási területre. Kérjük, hogy érkezéskor a regisztrációs csomagokat felvenni szíveskedjenek, amelyben megtalálják a névkitűzőt is.

INFORMÁCIÓK AZ ÉTKEZÉSEKKEL KAPCSOLATBAN

EBÉD

A regisztrációs lapon kijánlott ebéd a szálloda éttermében egy szűkített választékú büfé, ital nélkül. Az ebédeket előzetes rendelés és fizetés esetén biztosítjuk, mindhárom nap a programban megadott időpontok szerint. **Kérjük**, a jegyeket vigyék magukkal, mert az étteremben **csak a jegy ellenében vehető igénybe étkezés. Az elvesztett jegyet nem áll módunkban pótolni.**

KÁVÉSZÜNETEK

A kiállítási területen lebonyolítva, kávé, ásványvizet vagy üdítőt tartalmaz.

2018. október 25., csütörtök	15.15–15.45
2018. október 26., péntek	11.10–11.40
	15.00–15.30
2018. október 27., szombat	10.50–11.20

Társasági programok, ebédek

- **Vacsora: 2018. október 25., 19.50**
Helyszín: Hotel Eger&Park
(Az orvosok regisztrációs díja tartalmazza a részvételt.)
- **Gálavacsora: 2018. október 26., 20.00**
Helyszín: Hotel Eger&Park
(Részvétel a jelentkezési lapon megadott feltételek szerint.)
- **Ebéd** – A szálloda éttermében
Fakultatív – büfé



**EXPERT
QUALITY**
Kongresszusi és
Utazási Iroda

A Nagygyűlés szervezője:

Expert-Quality Kongresszusi és Utazási Iroda
1052 Budapest, Kígyó u. 4–6. Levélcím: 1243 Budapest, Pf. 553.
Telefon: 06 1 311-6687, 06 1 332-4556
E-mail: congress@eqcongress.hu
Internet: <http://www.eqcongress.hu>

2018. október 25. (csütörtök)

10.00	Megnyitó
10.10	Ünnepélyes díjátadások
11.40	Korányi-emlékelőadás
12.00	Technikai szünet
12.10	Főtéma. Vesebetegségek epidemiológiája
12.40	<i>Ebédszünet</i> – Poszterséta I.
13.40	Főtéma. Kihívások és megoldások – A cardiorenalis szindróma
15.15	<i>Szünet</i>
15.35	Boehringer Ingelheim Kft. szimpózium
16.05	Főtéma. Vesebetegség és genetika – A komplement rendszeren alapuló diagnosztika és terápia fejlődése
17.10	<i>Szünet</i>
17.20	Astellas szimpózium
18.05	A veseátültetés aktualitásai
18.20	<i>Szünet</i>
19.00	Koncert, „NEMADOMFEL” Együttes
19.50	Nyitóvacsora

2018. október 26. (péntek)

„A” SZEKCIÓ		„B” SZEKCIÓ	
8.30	Főtéma. Klinikopatológiai szekció – A vesebiopszia napjainkban is egy nélkülözhetetlen eljárás!	8.30	Főtéma. A krónikus vesebetegség és a vesepótló kezelések
9.50	<i>Szünet</i>	9.30	<i>Szünet</i>
10.10	Amgen Kft. szimpózium		SZAKDOLGOZÓK TUDOMÁNYOS PROGRAMJA
11.10	<i>Szünet</i>	10.00	Megnyitó
11.30	Főtéma. A veseátültetés aktualitásai		Változatos témák a dializált betegek ellátásában 1.
12.45	<i>Ebédszünet</i> – Poszterséta II.	11.10	<i>Szünet</i>
13.40	Főtéma. Újdonságok a krónikus vesebetegséghez vezető népbetegségek korszerű kezelésében	11.25	Változatos témák a dializált betegek ellátásában 2.
14.30	Főtéma. A krónikus vesebetegség epidemiológiája	12.30	Krónikus vesebetegek edukálása, pszichoszociális problémák
15.00	<i>Szünet</i>	13.20	<i>Ebédszünet</i>
15.15	Főtéma. Kihívások és megoldások – Quo vadis nephrologia hungarica?	14.10	Peritoneális dialízis
		15.20	A pénteki ápolói szekció zárása

2018. október 27. (szombat)

„A” SZEKCIÓ		„B” SZEKCIÓ	
9.00	Főtéma. Laboratóriumtól a betegágyig	SZAKDOLGOZÓK TUDOMÁNYOS PROGRAMJA	
10.50	<i>Szünet</i>	8.30	Hemodialízis – ércsatlakozások
11.05	Főtéma. A krónikus vesebeteg holisztikus ellátása	9.30	Hemodialízis – varia
12.20	<i>Szünet</i>	10.40	A szakápolói szekció zárása

Tudományos program

2018. október 25., csütörtök

„A” SZEKCIÓ – KONGRESSZUSI TEREM

10.00 MEGNYITÓ

Prof. dr. Reusz György, a Magyar Nephrologiai Társaság elnöke, a Nagygyűlés társelnöke
Dr. Kárpáti István, a Magyar Nephrologiai Társaság főtitkára
Prof. dr. Balla József, a Magyar Nephrologiai Társaság alelnöke
Dr. Ladányi Erzsébet, a Magyar Nephrologiai Társaság alelnöke
Dr. Szegedi János, a Magyar Nephrologiai Társaság alelnöke
Prof. dr. Wittmann István, a Nephrologia és Dialízis Tagozat elnöke
Dr. Rempert Ádám, a Nagygyűlés társelnöke
Dr. Wagner László, a Nagygyűlés titkára

10.10 ÜNNEPÉLYES DÍJÁTADÁSOK

Üléselelnökök: **Reusz György, Kárpáti István, Balla József, Ladányi Erzsébet, Szegedi János, Csiky Botond, Nagy Judit, Radó János, Rempert Ádám, Rosivall László, Sonkodi Sándor, Túri Sándor, Wagner László, Wittmann István**

1. KORÁNYI SÁNDOR DÍJ átadása

Díjazott: **Prof. dr. Járay Jenő**

Semmelweis Egyetem ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

2. „A MAGYAR NEPHROLOGIA TÖRTÉNETÉÉRT DÍJ” átadása

Díjazott: **Prof. dr. Sonkodi Sándor**

Szegedi Tudományegyetem ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

3. ERA-EDTA NATIONAL GRANT



Díjazott/Granted: **Dr. Bárczi Adrienn**

Bárczi Adrienn¹, Dégi Arianna¹, Cseprekál Orsolya², Kis Éva³, Szabó Ádám György⁴, Csóka Mónika⁵, Rudas Gábor⁴, Reusz György¹

Távolságmérés validálása MR-rel pulzushullámterjedési sebesség meghatározásához gyermekeknél

MRI validation of surface distance measurement for pulse wave velocity in children

(¹Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest, ²Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest, ³Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest, ⁴Semmelweis Egyetem, MR Kutatóközpont, Budapest, ⁵Semmelweis Egyetem, II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest)

(¹Semmelweis University 1st Department of Pediatrics, Budapest, ²Semmelweis University Department of Transplantation and Surgery, Budapest, ³Gottsegen György Hungarian Institute of Cardiology, Budapest, ⁴Semmelweis University MR Research Center, Budapest, ⁵Semmelweis University 2nd Department of Pediatrics, Budapest)

4. A MANET TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁGÁNAK DÍJÁTADÁSA

„AZ ÉV LEGKIEMELKEDŐBB NEPHROLOGIAI TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYE (ALAPKUTATÁS) DÍJ”

Díjazott: Dr. Pap Domonkos

(*Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest*)

A közlemény:

Domonkos Pap, Erna Sziksz, Zoltán Kiss, Réka Rokonay, Apor Veres-Székely, Rita Lippai, István Márton Takács, Éva Kis, Andrea Fekete, György Reusz, Attila J. Szabó, Ádám Vannay:

Microarray analysis reveals increased expression of matrix metalloproteases and cytokines of interleukin-20 sub-family in the kidneys of neonate rats underwent unilateral ureteral obstruction: A potential role of IL-24 in the regulation of inflammation and tissue remodeling. *Kidney Blood Press Res* 2017;42(1)16-32.

IF: 3,104

„AZ ÉV LEGKIEMELKEDŐBB NEPHROLOGIAI TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYE (KLINIKAI KUTATÁS) DÍJ”

Díjazott: Dr. Nemcsik János

(*Semmelweis Egyetem, Családorvosi Tanszék, Zuglói Egészségügyi Szolgálat [ZESZ], Budapest*)

A közlemény:

János Nemcsik, Orsolya Cseprekal, Josef Egresits, Jan Kielstein, Philipp Kumpers, Alexander Lukasz, Adam Tabak, Adrienn Marton, Zsófia K. Nemeth, Zoltan Jarai, Gabriella Godina, Laszlo Sallai, Katalin Farkas, Istvan Kiss, Andras Tisler:

The role of laser Doppler flowmetry tests, serum angiotensin-2, asymmetric and symmetric dimethylarginine to predict outcome in chronic kidney disease. *Journal of Hypertension* 2017;35(5):1109-18.

IF: 4,085

Tudományos Közleményért Elismerő Oklevélben részesül:

Klinikai kutatás

Díjazott: Dr. Csiky Botond és Dr. Sági Balázs

(*Pécsi Tudományegyetem ÁOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum, Pécs*)

A közlemény:

Csiky Botond, Sági Balázs, Peti Attila, Lakatos Orsolya, Prémusz Viktória, Sulyok Endre:

The impact of osteocalcin, osteoprotegerin and osteopontin on arterial stiffness in chronic renal failure patients on hemodialysis. *Kidney Blood Press Res* 2017;42(6):1312-21.

IF: 3,104

KUTATÁS-FEJLESZTÉSI PÁLYÁZATOK NYERTESEI

Dr. Csiky Botond

egyetemi docens

(*Pécsi Tudományegyetem ÁOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum, Pécs*)

Pályázat címe: **Az endothelialis glycoalyx szerepe akut hemodinamikai változásokban hemodialízis kezelés alatt**

Elnyert támogatás: 500 E Ft

Dr. File Ibolya

szakorvos, PhD-hallgató (témavezető Dr. Mátyus János)

(*Debreceni Egyetem KK és ÁOK, Belgyógyászati Intézet Nephrológiai Tanszék, Debrecen*)

Pályázat címe: **Hereditær amyloidosis diagnózis felállításához szükséges eljárások bővítése**

Elnyert támogatás: 500 E Ft

A MANET által elbírált kutatás-fejlesztési pályázatokat a B. Braun Avitum Hungary Zrt. támogatja.

5. A MANET OKTATÁSI BIZOTTSÁGÁNAK DÍJÁTADÁSA

„AZ ÉV LEGKIEMELKEDŐBB NEPHROLOGIAI TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYE DÍJ”

Díjazottak: Dr. Szegedi János és †Prof. dr. Kiss István

A közlemény: Szegedi János¹, †Kiss István²:

Az időskorú veseelégtelenségben szenvedő betegek epidemiológiája és kezelésük aktuális kérdései

Magyarországon. *Hypertonia és Nephrologia* 2017;21(2):52-8.

¹B. Braun Avitum Hungary Zrt. Dialízishálózat, 2. számú Dialízisközpont; Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jónás András Oktatókórház, I. Sz. Belgyógyászat, Nephrologia, Nyíregyháza)

²B. Braun Avitum Hungary Zrt. Dialízishálózat, 1. számú Dialízisközpont; Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Nephrologia-Hypertonia Profil és Aktív Geriátriai Részleg; Semmelweis Egyetem, Geriátriai Tanszéki Csoport, Budapest)

6. A MANET TÖRTÉNETI BIZOTTSÁGÁNAK DÍJTADÁSA

„AZ ÉV LEGKIEMELKEDŐBB NEPHROLOGIAI TÖRTÉNETI KÖZLEMÉNYE DÍJ”

Díjazott: Prof. dr. Nagy Judit

(Pécsi Tudományegyetem ÁOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum, Pécs)

A közlemény: Nagy Judit, Kékes Ede, Sonkodi Sándor, Kiss István:

Richard Bright, a híres angol nefrológus utazásai Bécstől Pécsig. *Hypertonia és Nephrologia* 2017;21(6):298-300.

7. A MANET IFJÚSÁGI BIZOTTSÁGÁNAK DÍJTADÁSA

„VAS ISTVÁN IFJÚSÁGI DÍJ”

Díjazott: Dr. Várady Tímea

(Szent Margit Kórház, Budapest)

8. A MAGYAR VESE-ALAPÍTVÁNY díjátadása

NEPHROLOGIÁÉRT ÉLETMŰ DÍJ

Díjazott: Prof. dr. Iványi Béla

(Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Pathológiai Intézet, Szeged)

11.40 KORÁNYI SÁNDOR DÍJAZOTT ELŐADÁSA

Prof. dr. Járay Jenő

*Semmelweis Egyetem ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest*12.00 *Technikai szünet*

12.10 FŐTÉMA: VESEBETEGSÉGEK EPIDEMIOLÓGIÁJA

Üléselnökök: Deák György, Kovács Tibor

12.10 **A MAGYARORSZÁGI VASCULITIS REGISZTER ELSŐ ÖT ÉVÉNEK EREDMÉNYEI (12+3')**

Haris Ágnes, Tislér A., Ondrik Z., File I., Mátyus J., Zsargó E., Deák Gy., Ambrus Cs.

*Szent Margit Kórház, Nephrológiai Központ, Budapest*12.25 **A SZEGEDI NEPHROLOGIA-HYPERTONIA CENTRUM VESEBIOPSZIÁS ANYAGÁNAK ÁTTEKINTÉSE 10 ÉV TÁVLATÁBAN (2007. JANUÁR–2016. DECEMBER) (12+3')**

Légrády Péter, Balog A., Bajcsi D., Bitó L., Fejes I., Constantinou K., Letoha A., Sonkodi S., Ondrik Z., Lencse G., Boros T., Kemény É., Iványi B., Ábrahám Gy.

*SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged*12.40 **EBÉDSZÜNET – POSZTERSÉTA****POSZTERSÉTA 1.**

Elnökök: Barna István, Haris Ágnes

P1. **TÁVOLSÁGMÉRÉS VALIDÁLÁSA MR-REL PULZUSHULLÁMTERJEDÉSI SEBESSÉG MEGHATÁROZÁSÁHOZ GYERMEKEKNÉL**

Bárczi Adrienn, Dégi A., Cseprekál O., Kis É., Szabó Á. Gy., Rudas G., Reusz Gy.

*SE ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest*P2. **GYULLADÁSOS MARKEREK TÖRZSFÜGGŐ KORAI EXPRESSZIÓJA UNILATERÁLIS URÉTER-OBSTRUKCIÓT KÖVETŐEN**

Németh Á., Fazekas K., Mózes M., Kökény Gábor

*SE ÁOK, Kórleltani Intézet, Budapest*P3. **A TGF-BÉTA-INDUKÁLT VESEFIBROSIS ÉS miR-199 EXPRESSZIÓ ÖSSZEFÜGGÉSE**

Mózes M., Németh Á., Fazekas K., Kökény Gábor

*SE ÁOK, Kórleltani Intézet, Budapest*P4. **A DAPAGLIFLOZIN AZ O-GlcNAciláció GÁTLÁSÁVAL CSÖKKENTI A CARDIOVASCULARIS RIZIKÓT ÉS RENOPROTEKTÍV HATÁSÚ 1-ES TÍPUSÚ DIABETES ÁLLATMODELLJÉBEN**

Lakat Tamás, Balogh D. B., Hodrea J., Lénárt L., Hosszú Á., Mezei Cs., Wagner L. J., Szabó A. J., Fekete A.

*MTA-SE „Lendület” Diabétesz Kutatócsoport; SE ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest*P5. **GRANULOMATÓZUS INTERSTICIALIS NEPHRITISES BÉTEG ESETTANULMÁNYA**

Kerekes Máté, Kardos M., Bécsi A., Vörös P.

Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Budapest

P6. **FELNŐTTKORI MINIMAL CHANGE NEPHROPATHIA ESETE**

Letoha Annamária, Iványi B., Gyói A., Bitó L., Schulcz D., Ábrahám Gy., Légrády P.
SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

13.40 **FŐTÉMA: KIHÍVÁSOK ÉS MEGOLDÁSOK – A CARDIORENALIS SZINDRÓMA**

Üléselelnökök: **Andréka Péter, Wittmann István, Zakar Gábor**
Szimpózium kardiológusokkal

13.40 **A CARDIORENALIS SZINDRÓMA MECHANIZMUSA ÉS KEZELÉSE A KARDIOLÓGUS SZEMÉVEL (15')**

Szegedi Andrea

DE KK, Kardiológiai Intézet, Debrecen

14.00 **A HEMODIALÍZIS ÉS ULTRAFILTRÁCIÓ HELYE MA A CARDIORENALIS SZINDRÓMA KEZELÉSÉBEN (15')**

Sári Csaba

Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest

14.20 **VÉGSTÁDIUMÚ SZÍVELÉGTELENSÉG ÉS CARDIORENALIS SZINDRÓMA – MIT TEHETÜNK MÉG? (15')**

Andréka Péter

Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest

14.35 **Megbeszélés**

Csatlakozó előadások

14.45 **A CHR. CARDIORENALIS SZINDRÓMÁBAN KIALAKULÓ TERÁPIAREZISZTENS SZÍVELÉGTELENSÉG ULTRAFILTRÁCIÓS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI (8+2')**

Juhász László, Amma Z., Juhász E., Kulcsár K., Wagner Gy., Zsigmond Á., Józán-Jilling M., Benczúr B.

Tolna Megyei Balassa János Kórház, I. Belgyógyászat; B. Braun Avitum Hungary Zrt., 7. sz. Dialízisközpont, Szekszárd

14.55 **A SELDINGER-TECHNIKÁVAL VÉGZETT PD-KATÉTER-IMPLANTÁCIÓ HELYE ÉS SZEREPE A DIURETIKUMREFRAKTER SZÍVELÉGTELEN ÉS CIRRHOSIS HEPATISBAN SZENVEDŐ BETEGEK PD-KEZELÉSÉBEN, A KEZDETEKTŐL NAPJAINKIG (8+2')**

Pistai Miklós, Demeter Z., Szegedi J., Szűcs A.

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont; Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetem, Nyíregyháza

15.05 **A BAL PROXIMALIS CORONARIÁK TRANSTHORACALIS DOPPLER ECHOCARDIOGRAPHIÁS VIZSGÁLATÁNAK PROGNOZTIKUS ÉRTÉKE KRÓNIKUS VESEELÉGTELEN BETEGEKBEN (8+2')**

Császár Ildikó, Pálinkás A.

Diaverum Dialízis Központ, Hódmezővásárhely

15.15 **Szünet**15.35 **ÚJDONSÁGOK A KRÓNIKUS VESEBETEGSÉGHEZ VEZETŐ NÉPBETEGSÉGEK KORSZERŰ KEZELÉSÉBEN**

Boehringer Ingelheim szimpózium

Moderátorok: **Barna István, Ábrahám György**

ANTIDIABETIKUS KEZELÉS „A GFR BŰVÖLETÉBEN”

Kovács Tibor

PTE ÁOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum, Pécs

16.05 **FŐTÉMA: VESEBETEGSÉG ÉS GENETIKA – A KOMPLEMENT RENDSZEREN ALAPULÓ DIAGNOSZTIKA ÉS TERÁPIA FEJLŐDÉSE**

Üléselelnökök: **Reusz György, Rempert Ádám**

16.05 **A PAROXIZMÁLIS NOKTURNÁLIS HEMOGLOBINURIA DIAGNOSZTIKÁJA ÉS TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEI (15')**

Bodó Imre

SE ÁOK, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

16.20 **A THROMBOTIKUS MICROANGIOPATHIA A NEPHROPATOLÓGIÁBAN (15')**

Iványi Béla

SZTE ÁOK SZAKK, Pathologiai Intézet, Szeged

2018.
X. 25.

16.35 **A KOMPLEMENT RENDSZERHEZ KÖTHETŐ VESEBETEGSÉGEK MÚLTJA, JELENE ÉS JÖVŐJE** (15')
Reusz György
SE ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

16.50 **ÚJ PERSPEKTÍVÁK A KOMPLEMENTMEDIÁLT VESEBETEGSÉGEK ELKÜLÖNÍTÉSÉBEN** (10')
Garam Nóra, Prohászka Z., Csuka D., Közép-európai C3-glomerulopathia munkacsoport
SE ÁOK, III. sz. Belgyógyászati Klinika Kutatólaboratórium, Budapest

17.00 Vita

17.10 *Szünet*

17.20 **A VESEÁTÜLTETÉS AKTUALITÁSAI**
Üléselnök: **Rempert Ádám, Wagner László**

Szimposium az Astellas támogatásával

17.20 **A „TERÁPIAHŰTLENSÉG” ÉS KÖVETKEZMÉNYE: AZ ELLENANYAG-KÖZVETÍTETT KILÖKÖDÉS**

Török Szilárd

SE ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

17.40 **VESEGRAFT-ELÉGTELENSÉG ÉS RETRANZPLANTÁCIÓ**

Wagner László

SE ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

18.00 Megbeszélés

Csatlakozó előadás

18.05 **A TACROLIMUS-EVEROLIMUS IMMUNSZUPPRESSZIÓ A TRANSFORM VIZSGÁLAT TÜKRÉBEN** (15')

Rempert Ádám

SE ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

18.20 *Szünet*

LIGET TEREM

19.00 Koncert, NEMADOMFEL Együttes

KONGRESSZUSI TEREM

19.50 Nyitóvacsora

2018. október 26., péntek

„A” SZEKCIÓ – KONGRESSZUSI TEREM

8.30 FŐTÉMA. KLINIKOPATOLÓGIAI SZEKCIÓ – A VESEBIOPSZIA NAPJAINKBAN IS EGY NÉLKÜLÖZHETETLEN ELJÁRÁS!

Üléselnökök: Kemény Éva, Nagy Judit

*Bevezető előadás*Kemény Éva¹ és Nagy Judit²

A VESEBIOPSZIÁS VIZSGÁLATOK INDIKÁCIÓJA ÉS A VESEBIOPSZIA DIAGNOSZTIKAI ÉRTÉKE A NEFROLÓGIÁBAN (16')

¹SZTE-ÁOK-SZAKK, Pathológiai Intézet, Szeged; ²PTE KK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum, Pécs*Esetbemutatók*8.46 Várady Tímea¹, Kardos Magdolna², Arányi József, Haris Ágnes
NEPHROSIS SZINDRÓMA EGY RHEUMATOID ARTHRITISSZEL KEZELT NŐBETEGBEN. MIRE UTALNAK A ZEBRATESTEK? (8+5')¹Szent Margit Kórház, Nephrologiai Osztály, Budapest; ²SE ÁOK II. sz. Pathológiai Intézet, Budapest8.59 Bitó László¹, Konstantinou Kypros¹, Iványi Béla²
JELENTŐS PROTEINURIA ÉS MICROHAEMATURIA MIATT KIVIZSGÁLT 57 ÉVES NŐ (8+5')¹SZTE ÁOK SZAKK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged; ²Pathológiai Intézet, Szeged9.12 Mezei Ilona¹, Bidiga László², Halmi Sándor³, Mátyus János³
IDŐS HYPERTONIÁS, DIABETESES, STROKE-ON ÁTESETT, PSZICHIÁTRIÁN GONDOZOTT NŐBETEG NEPHROSISSAL, MICROHAEMATURIÁVAL, VESEFUNKCIÓROMLÁSSAL, SÚLYOS HYPOKALAEMIÁVAL (8+5')¹Markhot Ferenc Kórház, III. Belgyógyászat, Eger; ²DE KK Pathológiai Intézet, Debrecen; ³Belgyógyászati Intézet, Debrecen9.25 Sinkó Mária¹, Kemény Éva²
FELSŐ LÉGÚTI HURUTOS BETEGSÉGET KÖVETŐEN A 8 ÉVES GYERMEKNÉL PROTEINURIA, HAEMATURIA ÉS ROMLÓ VESEFUNKCIÓ JELENTKEZÉSE (8+5')¹SZTE-ÁOK-SZAKK Klinika, Szeged; ²Pathológiai Intézet, Szeged9.38 Kemény Éva¹, Nagy Judit²
ÖSSZEFOGLALÁS, TANULSÁGOK (12')¹SZTE-ÁOK-SZAKK, Pathológiai Intézet, Szeged; ²PTE KK II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum, Pécs9.50 *Szünet*10.10 A KALCIUM-FOSZFÁT ANYAGCSERE AKTUÁLIS KÉRDÉSEI.
ÚJ INTRAVÉNÁS KALCIMIMETIKUM A DIALIZÁLT BETEGEK SZEKUNDER
HYPERPARATHYREOSISÁNAK KEZELÉSÉRE

Üléselnökök: Reusz György, Kárpáti István

Amgen Kft. szimpózium

10.10 AMIRŐL MA MÁSKÉNT VÉLEKEDÜNK: AZ SHPT MODERN SZEMLELETE
Ladányi Erzsébet

FMC Miskolci Nefrológiai Központ, Miskolc

10.30 AMIT A KLINIKAI EVIDENCIÁK TANÍTOTTAK
Deák György

Uzsoki utcai Kórház, Budapest

10.50 AMI HIÁNYPÓTLÓ AZ SHPT KEZELÉSÉBEN: ÚJ IV. KALCIMIMETIKUM
Csiky Botond

PTE KK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum, Pécs

11.10 *Szünet*

2018.
X. 26.

- 11.30 **FŐTÉMA. A VESEÁTÜLTETÉS AKTUALITÁSAI**
Üléselnökök: Máthé Zoltán, Reusz György
- 11.30 **SZERV DONÁCIÓS ÉS TRANSZPLANTÁCIÓS PROGRAMOK MAGYARORSZÁGON ÉS EURÓPÁBAN (15')**
Mihály Sándor
Országos Vérellátó Szolgálat, Budapest
- 11.45 **HOL TART MA A KORSZERŰ SZERVPREZERVÁCIÓ? (15')**
Máthé Zoltán
SE ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest
- 12.00 **A VESE-GRAFT DISZFUNKCIÓ PATOLÓGIAI HÁTTERÉNEK FRISS ISMERETEI (15')**
Iványi Béla
SZTE ÁOK SZAKK, Patológiai Intézet, Szeged
- 12.15 **ÉLŐ DONOROS VESECSEREPROGRAMOK EURÓPÁBAN – AZ ENCKEP TANULSÁGAI (15')**
Nemes Balázs
DE ÁOK, Sebészeti Intézet, Szerettranszplantációs nem önálló Tanszék, Debrecen
- 12.30 **ÚJDONSÁG A TACROLIMUSALAPÚ IMMUNSZUPPRESSZIÓBAN – A 24 ÓRÁS HATÁSTARTAMÚ MELT Dose[®] tacrolimus (15')**
Rempert Ádám
SE ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest
- 12.45 **EBÉDSZÜNET – POSZTTERSÉTA**
POSZTTERSÉTA 2.
Elnökök: Csiky Botond, Tislér András
- P7. **A HAZAI HEMODIALÍZIS KEZDETE AZ ORVOSEGYETEMI KÖZPONTOKBAN (SZEGED 1953, BUDAPEST 1960, PÉCS 1964, DEBRECEN 1970) ÉS A TOVÁBBFEJLŐDÉS A MÚLT SZÁZAD MÁSODIK FELÉBEN**
Karátson András, †Kakuk Gy., Makó J., Kiss É.
PTE ÁOK, Pécs
- P8. **KRÓNIKUS HEPATITIS C VÍRUS (HCV) FERTŐZÉS RENALIS MANIFESZTÁCIÓINAK BEMUTATÁSA EGY 39 ÉVES BETEG ESETÉN KERESZTÜL**
Répási Krisztina, Czuczor V., Czirják K., Sipos B., Tornai I., Balla J.
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont, Nyíregyháza
- P9. **NEPHROSIS SZINDRÓMA ÉS A HIV-FERTŐZÉS KAPCSOLATA**
Szász Máté Sándor, Oswald Á., Kardos M., Bécsi A., Szilávik J., Vörös P.
Dél-pesti Centrumkórház – Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet, II. sz. Belgyógyászati Osztály, Budapest
- P10. **DAGANATOS BETEGSÉGEK DIALIZÁLT BETEGEINKNÉL**
Juhász Edina, Gáspár R., Haraszi M., Rikker Cs.
FMC Péterfy I. Dialízis Központ, Budapest
- 13.40 **FŐTÉMA. ÚJDONSÁGOK A KRÓNIKUS VESEBETEGSÉGHEZ VEZETŐ NÉPBETEGSÉGEK KORSZERŰ KEZELÉSÉBEN**
Üléselnökök: Reusz György, Szabó András
- 13.40 **A DIALÍZIS ÉS A MORTALITÁS KOCKÁZATA 1-ES ÉS 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉGBEN. SZÉLES KÖRŰ HAZAI FELMÉRÉS (20')**
Wittmann István, Kiss Z., Rokszin Gy., Abonyi-Tóth Zs., Jermendy Gy., Kempler P., Barkai L.
PTE ÁOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum, Pécs
- 14.10 **NEFROLÓGIAI SZEMPONTOK A DOAC-VÁLASZTÁSBAN (20')**
Ábrahám György
SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged
- 14.30 **FŐTÉMA. A KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG EPIDEMIOLÓGIÁJA**
Üléselnökök: Nagy Judit, Reusz György
- 14.30 **CHRONIC INTERSTITIAL NEPHRITIS IN AGRICULTURAL COMMUNITIES: A TOXIN INDUCED LYSOSOMAL TUBULOPATHY**
Marc E. de Broe
Department of Nephrology University of Antwerp Antwerpen, Belgium
- 15.00 *Szünet*

15.15 **FŐTÉMA. KIHÍVÁSOK ÉS MEGOLDÁSOK – QUO VADIS NEPHROLOGIA HUNGARICA?**
Üléselnökök: **Ladányi Erzsébet, Szegedi János**

15.15 **VÁLTOZÓ TRENDEK A RENALIS EPIDEMIOLOGIÁBAN (15')**

Kulcsár Imre

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Nephrologia, Szombathely; B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

15.35 **A NEFROLÓGIAI SZAKÁPOLÓK KÉPZÉSE ÉS SZAKMAI ELISMERÉSE AZ UTÓBBI KÉT ÉVTIZEDBEN (15')**

Zakar Gábor

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár

15.50 **A NEFROLÓGUS SZAKORVOSKÉPZÉS ÉS UTÁNPÓTLÁS AKTUALITÁSAI (15')**

Reusz György

SE ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

16.05 **A VESETRANSZPLANTÁCIÓ ÉS TRANSZPLANTÁCIÓS GONDOZÁS SZAKMAI ÉS GAZDASÁGI VONATKOZÁSAI (15')**

Rempert Ádám

SE ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

16.20 *Szünet*

LIGET TEREM

16.30 **A MAGYAR NEPHROLOGIAI TÁRSASÁG KÖZGYŰLÉSE**

Üléselnökök: **Reusz György, Kárpáti István, Balla József, Ladányi Erzsébet, Nagy Judit, Szegedi János, Túri Sándor, Wittmann István**

1. Megnyitó

Reusz György – a MANET elnöke

2. A Magyar Nephrologiai Társaság elmúlt évi tevékenysége (főtitkári beszámoló)

Kárpáti István – a MANET főtitkára

3. A Társaság pénzügyi beszámolója

Rempert Ádám – a MANET pénztárosa

4. Tagnyilvántartás

Barna István – tagnyilvántartásért felelős vezetőségi tag

5. A Felügyelő Bizottság jelentése a Társaság elmúlt évi tevékenységéről

Deák György – a Felügyelő Bizottság elnöke

6. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Nephrologia és Dialízis Tagozat és Tanács beszámolója

Wittmann István – a Nephrologia és Dialízis Tagozat elnöke

Reusz György – a Nephrologia és Dialízis Tanács elnöke

7. Beszámoló a Nemzeti Vese Program 2018. évi tevékenységéről

Reusz György – a Nemzeti Vese Program elnöke

8. Magyar Vese-Alapítvány beszámolója

Rosivall László – a Magyar Vese-Alapítvány elnöke

9. Egyebek

10. Vezetőségválasztás

20.00 **GÁLAVACSORA**

2018.
X. 26.

2018. október 26., péntek

„B” SZEKCIÓ – LIGET II. TEREM

8.30 FÓTÉMA. A KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG ÉS A VESEPÓTLÓ KEZELÉSEK

Üléselnökök: Kulcsár Imre, Ladányi Erzsébet

8.30 HYPERURICAEMIA EREDMÉNYES KEZELÉSE JAVÍTHATJA A VESEFUNKCIÓT KRÓNIKUS VESEBETEGEKBEN (8+2')

Halmai Richárd, Ambrus Cs., Fekete A., Rónás Gy.-né

Szent Pantaleon Kórház és Rendelőintézet, Dunaiújváros; B. Braun Avitum Hungary Zrt., 13. sz. Dialízisközpont, Dunaiújváros

8.40 KONTRASZTANYAG-NEPHROPATHIA ELŐFORDULÁSA ANGIOGRAPHIÁN ÁTESETT BETEGEKBEN (8+2')

Györfi Anita, Balku I., Szigeti Zs., Molnár L., Répási K., Suták M., Pócsi A.

SZSZBMK-JAOK, I. Belgyógyászat, Nyíregyháza

8.50 OKOZHATNAK-E VESEELÉGTELENSÉGET AZ SGLT2-GÁTLÓK? (8+2')

Vörös Péter, Kerekes M.

Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, II. Belgyógyászati Osztály, Budapest

9.00 AZ ÁGY MELLETTI ULTRAHANGDIAGNOSZTIKA LEHETŐSÉGEI A DIALÍZISELLÁTÁSBAN (8+2')

Kisvarga Zoltán, Kádár E., Lakatos J., Bóke M., Teknős D.

FMC Dialízis Center Kft., Váci Dialízis Központ, Vác

9.10 ANTIKOAGULÁNS TERÁPIA A DIALÍZISBEN – A KLINIKAI GYÓGYSZERÉSZ TAPASZTALATAI (8+2')

Szabó Alexandra, Haris Á., Dolgos Sz., Cseh I.

Szent Margit Kórház Központi Gyógyszertár, Budapest

9.20 URGENSEN KEZDETT PERITONEALIS DIALÍZISKEZELÉS (8+2')

Ladányi Erzsébet, Kóbor K., Széll J.

FMC Miskolci Nefrológiai Központ

9.30 FOKOZOTT NYIROKDRENÁZS PERITONEALISAN DIALIZÁLT ALPORT-SZINDRÓMÁS IKREK BEN (8+2')

Zakar Gábor, Varga A., Földi J.-né, Staudt Sz., Giczyné Simon Sz.

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár

9.40 Szünet

SZAKDOLGOZÓK TUDOMÁNYOS PROGRAMJA

10.00 AZ ÁPOLÓI SZEKCIÓÜLÉS MEGNYITÁSA

Zakar Gábor dr.

MANET Ápolási Albizottság

VÁLTOZATOS TÉMÁK A DIALIZÁLT BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN 1.

Üléselnökök: Bóke Mária dr., Tóth Judit

10.00 KRÓNIKUS VESEBETEGSÉGBEN SZENVEDŐKRE ADAPTÁLT GERINCTORNA

Király Enikő, Szilágyiné Lakatos T., Veres-Balajti I., Kárpáti I.

DE Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Debrecen

10.10 COMPLIANCE ÉS NON-COMPLIANCE A DIÉTA TERÜLETÉN, KÉT ESETTANULMÁNY TÚKRÉBEN

Benefiné Márton Marianna, Balla J.

FMC Dialízis Center, Debrecen

10.20 MÁJELÉGTELENSÉG ALTERNATÍV KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

Kabai Péter, Balla J.

FMC Dialízis Center Kft., DEKK-ESZC-FMC, Debrecen

10.30 VISSZATÉRŐ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-INFEKCIÓ ALTERNATÍV KEZELÉSE

Nagy Éva Zsuzsa, Balla J.

DEKK-ESZC-FMC, Debrecen

10.40 **STEVENS–JOHNSON-SZINDRÓMA/TOXIKUS EPIDERMALIS NECROLYSIS PERITONEALIS DIALIZÁLT BETEGBEN**

Udvardiné Bukits Brigitta, Kovács L., Kulcsár I.
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

10.50 **A KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG PROGRESSZIÓJA GONDOZOTT BETEGEINKNÉL**

Tóth Judit, Szakács T., Kulcsár I.
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

11.00 Megbeszélés

11.10 Szünet

11.25 **VÁLTOZATOS TÉMÁK A DIALIZÁLT BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN 2.**

Üléselnökök: **Orosz Attila dr.**, **Udvardiné Bukits Brigitta**

11.25 **MINŐSÉGIRÁNYÍTÁS A DIALÍZISBEN ÁPOLÓI SZEMMEL**

Farkas Tiborné
FMC Dialízis Központ, Sátoraljaújhely

11.35 **JAVÍTÓ ÉS MEGELŐZŐ INTÉZKEDÉSEK HÁLÓZATUNKBAN**

Szarka-Tormási Erika, Tamás O.
FMC Dialízis Központ, Kecskemét

11.45 **„ÉHES CSONT” SZINDRÓMA**

Udvardiné Bukits Brigitta, Kulcsár I., Kovács L.
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

11.55 **VESEÁTÜLTETÉS UTÁN DIALÍZISPROGRAMBA VISSZAKERÜLT BETEGEINK SORSÁNAK ALAKULÁSA 1976–2017 KÖZÖTT**

Molnár Erzsébet, Dobos A., Kulcsár I.
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

12.05 **POSZTTRANSZPLANTÁCIÓS DIABETES (PTDM) ÁPOLÓI SZEMMEL**

Falvai Bálint, Pintéerné Lassú A.
SE ÁOK Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

POSZTERELŐADÁS

12.15 **EGY ALPORT-SZINDRÓMÁS CSALÁD TÖRTÉNETE DIALÍZISKÖZPONTUNKBAN**

Szabó Erzsébet
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 14. sz. Dialízisközpont, Kistarcsa

12.20 Megbeszélés

12.30 **KRÓNIKUS VESEBETEGEK EDUKÁLÁSA, PSZICHOSZOCIÁLIS PROBLÉMÁK**

Üléselnökök: **Polner Kálmán dr.**, **Hohmann Krisztina**

12.30 **BETEGELÉGEDETTSÉGI FELMÉRÉS MAGYARORSZÁGI HÁLÓZATUNKBAN 2017-BEN**

Hohmann Krisztina
FMC Dialízis Center Kft., Budapest

12.40 **BETEGEDUKÁCIÓ KICSIT MÁSKÉPP**

Farkas Beáta, Péllerné Csizmadia Zs., Varga G.
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 17. sz. Dialízisközpont, Ajka

12.50 **ÉLETMINŐSÉG ÉS A STRESSZ HATÁSA A KRÓNIKUS VESEBETEGEK KEZELÉSÉBEN**

Ország Katalin
Szent Margit Kórház Nephrologia, Budapest

13.00 **DIALÍZIS MODALITÁS VÁLASZTÓ TÁBLÁZAT (DMT) SZAKÁPOLÓI ALKALMAZÁSÁNAK HATÁSA A PD-INCIDENCIÁRA**

Magyar K., **Bóka Ildikó**, Pápai E.
Diaverum Hungary Kft., Bajai Dialízis Központ, Baja

POSZTERELŐADÁS

13.10 **KONFLIKTUSKEZELÉS NEHÉZSÉGEI A NEFROLÓGIAI ÁPOLÓI GYAKORLATBAN**

Tiroly Krisztina
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 14. sz. Dialízisközpont, Kistarcsa

13.15 Megbeszélés

2018.
X. 26.13.20 *Ebédszünet*14.10 **PERITONEALIS DIALÍZIS**Üléseelnökök: **Szabó Tamás dr., Áldott Judit**14.10 **DIALÍZISÁPOLÓK INTEGRÁLT MŰKÖDÉSE KÖZPONTUNKBAN: A PD-HD KEZELÉS EGYSÉGE**
Nemes Eszter, Staudt Sz., Giczyné Simon Sz., Földi Jánosné, Filotás Á., Varga A., Zakar G.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár*14.20 **HASFALI SÉRVI: A PERITONEALIS DIALÍZIS GYAKORI SZÖVŐDMÉNYÉNEK ESETEI**
DIALÍZISKÖZPONTUNKBAN**Bóka Ildikó**, Szabóné Kovács A., Magyar K., Pánczél B.*Diaverum Hungary Kft., Bajai Dialízis Központ, Baja*14.30 **KEZELHETŐ-E A PD-PERITONITIS A BETEG OTTHONÁBAN?****Áldott Judit**, Rónás Györgyné, Hudi K., Gunity M., Fekete A., Halmi R.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 13. sz. Dialízisközpont, Dunaujváros*14.40 **PD-KATÉTER MEGMENTÉSE GYULLADÁSOS SZÖVŐDMÉNY ESETÉN****Hoffmann Laura***FMC Dialízis Center SOTE, Budapest*14.50 **A PD-NÓVÉREK ÉS A SEBÉSZI TEAM EGYÜTTMŰKÖDÉSÉNEK 15 ÉVE SZÉKESFEHÉRVÁRON****Staudt Szilvia**, Giczyné Simon Sz., Földi Jánosné, Varga A., Zakar G.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár***POSZTERELŐADÁSOK**15.00 **A HASI DIALIZÁLÓ TEAM SZEREPVÁLLALÁSA DIALÍZISKONVERZIÓT IGÉNYLŐ RITKA**
ESETÜNK KAPCSÁN**Lévai Szilvia**, Biró B., Ambrus Cs., Herczeg Gy.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 1. sz. Dialízisközpont, Budapest*15.05 **A HASI DIALIZÁLOKATÉTER KILÉPÉSI PONTJÁT ÉRINTŐ KONTAKT DERMATITIS ELLÁTÁSA**
A NÓVÉRI GYAKORLATBAN**Kerkovits Olga**, Biró B., Ambrus Cs.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 1. sz. Dialízisközpont, Budapest*

15.10 Megbeszélés

15.20 **A PÉNTEKI ÁPOLÓI SZEKCIÓ ZÁRÁSA**

2018. október 27., szombat

„A” SEKCIÓ – KONGRESSZUSI TEREM



Továbbképzési Nap

A rendezvény a PTE ÁOK/2018.II/00052 kódszámon 16 pontra akkreditált szabadon választott egyetemi tanfolyam, tesztvizsgálóval.

- 9.00 **FŐTÉMA. LABORATÓRIUMTÓL A BETEGÁGYIG**
Üléseelnökök: **Rosivall László, Szabó Attila**
- 9.00 **ÚJ INTEGRATÍV MÓDSZER POTENCIÁLIS TERÁPIÁS CÉLPONTOK ÉS HATÓANYAGOK AZONOSÍTÁSÁHOZ VESEFIBROSISBAN (8+2')**
Pap Domonkos, Kiss Z., Szebeni B., Veres-Székely A., Takács I. M., Pajtkó Cs., Jármí L., Ligeti B., Szabó J. A., Vannay Á.
MTA-SE Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Budapest
- 9.10 **A BRAIN-DERIVED NEUROTROPHIC FACTOR PROTEKTÍV SZEREPE VESETRANSZPLANTÁCIÓ ÁLLATMODELLJÉBEN (8+2')**
Illésy Lilla, Hosszú Á., Antal Zs., Szkibinszkij E., Lénárt L., Balogh D. B., Vannay Á., Szabó A. J.
MTA-SE „Lendület” Diabétesz Kutatócsoport; SE ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest
- 9.20 **A RENIN-ANGIOTENZIN-ALDOSZTERON RENDSZER GÁTLÓK CSÖKKENTIK A HYPERGLYKAEMIA INDUKÁLTA TUBULOINTERSTICIÁLIS FIBROSIST DIABETESES VESEBETEGSÉGBEN (8+2')**
Molnár Ágnes, Kószegi S., Lénárt L., Hodrea J., Balogh D. B., Szkibinszkij E., Lakat T., Wagner L., Vannay Á., Fekete A.
MTA-SE „Lendület” Diabétesz Kutatócsoport; SE ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest
- 9.30 **NA+ BEVITEL: HOL A HATÁR? (20')**
Szabó Attila
SE ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest
- 9.50 **MEMBRANOPROLIFERATÍV GLOMERULONEPHRITIS – ÚJ ISMERETEK AZ OSZTÁLYOZÁS, PATOMECHANIZMUS ÉS TERÁPIA TERÜLETÉN (20')**
Haris Ágnes
Szent Margit Kórház, Nephrológiai Központ, Budapest
- 10.10 **VÁRANDÓSGONDOZÁS VESEBETEGSÉGBEN A NEFHROLÓGUS SZEMÉVEL (20')**
Mátyus János
DE OEC Belgyógyászati Intézet, Nephrológia Tanszék, Debrecen
- 10.30 **A HÚGYÚTI FERTŐZÉSEK DIAGNÓZISA ÉS KEZELÉSE (20')**
Barna István
SE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest
- 10.50 *Szünet*
- 11.05 **FŐTÉMA. A KRÓNIKUS VESEBETEG HOLISZTIKUS ELLÁTÁSA**
Üléseelnökök: **Ábrahám György, Wittmann István**
- 11.05 **RAAS-GÁTLÁS KRÓNIKUS VESEBETEGEK BEN AZ ESC/ESH 2018-AS AJÁNLÁS FIGYELEMBEVÉTELÉVEL (15')**
Kovács Tibor
PTE ÁOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum, Pécs

2018.
X. 27.

- 11.20 **KONZERVATÍV KEZELÉS VÉGÁLLAPOTÚ VESEELÉGTELENSÉGBEN (15')**
Kulcsár Imre
Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Nephrologia, Szombathely; B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely
- 11.35 **A BETEG-EGYÜTTMŰKÖDÉS JELENTŐSÉGE A HYPERTONIÁS DIALIZÁLT BETEGEK CÉLÉRTÉKÉNEK ELÉRÉSÉBEN ÉS FENNTARTÁSÁBAN (15')**
Szegedi János
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont, Nyíregyháza
- 11.50 **KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉGBEN SZENVEDŐK EGÉSZSÉGMŰVELTSÉGE, ÖSSZEFÜGGÉSE A VESEBETEGSÉG KOMPLIKÁCIÓINAK KIALAKULÁSÁVAL (8+2')**
Haris Ágnes, Papp-Zipernovszky O., Csabai M., Polner K.
Szent Margit Kórház, Nephrológiai Központ, Budapest
- 12.00 **A VESETRANSZPLANTÁCIÓ UTÁNI ÚJONNAN FELLÉPŐ DIABETES MELLITUS – A NODAT (15')**
Wagner László
SE ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest
- 12.20 *Szünet*
- 12.35 **FŐTÉMA. VESEBETEGSÉG ÉS IMMUNSZUPPRESSZÍV KEZELÉS – HOL TARTUNK MA?**
Üléselnökök: **Mátyus János, Sonkodi Sándor**
- 12.35 **A NEPHROSIS SZINDRÓMA KEZELÉSÉRŐL KÉT ESETÜNK KAPCSÁN (8+2')**
Zakar Gábor, Matolcsy A., Batai Á., Fábián J., Degrell P.
FM Szent György EOK, II. Belgyógyászat, Nephrologiai Szakrendelés, Székesfehérvár
- 12.45 **MICROSCOPIC POLYANGIITIS VÁRATLAN RELAPSZUSA ÉS KÖVETKEZMÉNYEI (ELKERÜLHETŐ LETT VOLNA?) (8+2')**
Kóbor Krisztina, Ladányi E., Széll J., Boros A., Bidiga L.
FMC Miskolci Nefrológiai Központ, Miskolc
- 12.55 **SJÖGREN-SZINDRÓMA, RHEUMATOID ARTHRITIS ÉS AL-AMYLOIDOSIS EGY BETEGBEN (8+2')**
Letoha Annamária, Kemény É., Gyói A., Bitó L., Schulcz D., Ábrahám Gy., Légrády P.
SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged
- 13.05 **ANCA-ASSZOCIÁLT VASCULITIS ÉS MALIGNITÁS KÖZÖTTI KAPCSOLAT ESETBEMUTATÁSOKON ÁT (8+2')**
File Ibolya, Trinn Cs., Markóth Cs., Ujhelyi L., Balla J., Mátyus J.
DE OEC Belgyógyászati Intézet, Nephrologia Tanszék, Debrecen
- 13.15 **Tesztírás, a Naggyűlés zárása**

SZAKDOLGOZÓK TUDOMÁNYOS PROGRAMJA

„B” SEKCIÓ – LIGET II. TEREM

- 8.30 **HEMODIALÍZIS – ÉRCSATLAKOZÁSOK**
Üléselelnökök: **Kazup Szilvia dr., Nagy Éva**
- 8.30 **KÖTÉLHÁGCSÓ-SZÚRÁSTECHNIKA ALKALMAZÁSA HÁLÓZATUNKBAN**
Mogyorósi Róza
FMC Dialízis Center Kft., Budapest
- 8.40 **A NEFROLÓGUS SZAKÁPOLÓ SZEREPE AZ ARTERIOVENOSUS FISZTULÁK KIALAKÍTÁSÁBAN ÉS GONDOZÁSÁBAN**
Rónás Györgyné, Igel M., Fekete A., Halmai R.
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 13. sz. Dialízisközpont, Dunaújváros
- 8.50 **NAGYVÉNAKANŰL-IMPLANTÁCIÓK NŐVÉRI ASSZISZTÁLÁSA: HOBBI VAGY ÁPOLÁSI KOMPETENCIA?**
Filotás Ágnes, Zakar G.
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár
- 9.00 **A BETEG-COMPLIANCE JELENTŐSÉGE A TARTÓS CENTRÁLIS VÉNA KATÉTER ÁPOLÁSÁBAN**
Gerhák Ferencné, Keresztesi S.
FMC Dialízis Központ, Kecskemét
- 9.10 **RETROPERITONEALIS FIBROSIS (ORMOND-KÓR) OKOZTA KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG**
Nagy Éva
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely
- 9.20 Megbeszélés
- 9.30 **HEMODIALÍZIS – VARIA**
Üléselelnökök: **Zakar Gábor dr., Kurfis Teréz**
- 9.30 **TESTÖSSZETÉTEL-MONITOR (BCM) ALKALMAZÁSA MŰVESEÁLLOMÁSUNKON**
Hajnal Katalin, Vakli H.
Uzsoki Utcai Kórház Műveseosztály, Budapest
- 9.40 **A BCM-MÉRÉS SEGÍTŐ SZEREPE AZ ANAEMIAKORREKCIÓBAN**
Vitányiné Mitró Mónika, Jónás I., Nagy A.
FMC Dialízis Központ, Sátoraljaújhely
- 9.50 **TÖREKVÉSEK HEMODIALIZÁLT CUKORBETEGEINK ÉLETMINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSÁRA**
Tihanyi Teréz, Vakli H.
Uzsoki Utcai Kórház Műveseosztály, Budapest
- 10.00 **HEMODIALÍZIS, HEMOPERFÚZIÓ SZEREPE A TOXIKOLÓGIAI BETEGELLÁTÁSBAN**
Fekete Mónika, Szegedi J.
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont, Nyíregyháza
- 10.10 **MANET NÁT HONLAP: FÉLÉVES TAPASZTALATOK ÉS TERVEK A JÖVŐRE**
Kurfis Teréz
MANET, Ápolási Albizottság
- POSZTERELŐADÁS**
- 10.20 **ÚJ AUTOMATA VÉRNYOMÁSMÉRÉSI MÓDSZER JAVÍTTJA A DIALIZÁLT BETEGEK KEZELÉS ALATTI KOMFORTJÁT**
Pór Mariann, Akucs J., Szabó T.
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 14. sz. Dialízisközpont, Kistarcsa
- 10.25 Megbeszélés
- 10.40 **A SZAKÁPOLÓI SEKCIÓ ZÁRÁSA**
Zakar Gábor dr.

Absztraktok

Távolságmérés validálása MR-rel pulzushullámterjedési sebesség meghatározásához gyermekeknél

Bárczi Adrienn¹, Dégi Arianna¹, Cseprekál Orsolya², Kis Éva³, Szabó Ádám György⁴, Rudas Gábor⁴, Reusz György¹
¹*Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest*

³*Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest*

⁴*Semmelweis Egyetem, MR Kutató Központ, Budapest*

Célkitűzés: Az aorta pulzushullám terjedési sebessége (PWV) az artériás érfalrugalmasság-csökkenés gold standard mérési módszere. A carotis-femoralis PWV meghatározásához a tranzitidő meghatározásán kívül a pulzushullám által megtett út pontos ismerete szükséges. A felszíni távolság becslésére számos módszer ismert. A direkt carotis-femoralis távolság 80%-a (L80) jó közelítést ad az intraarterialis távolságra felnőttekben. A PWV normálértékek azonban a testfelszínen történő három referenciapont bevonásával történő mérésen (LSM) alapulnak. Gyermekekben még nem történt olyan vizsgálat, mely a testfelszíni mérés pontosságát képpalkotó vizsgálattal validálta volna. Célunk a mérőszalaggal mért távolságok összehasonlítása MR-felvételen történő artériás távolság mérésével.

Módszerek: 21 (3,2–17,8 év, 16 fiú) MRI-vizsgálatra előjegyzett gyermeket vontunk be a vizsgálatba. Az MRI-vizsgálat előtt PulsePen applanációs tonométer segítségével PWV-t mértünk, a carotis és femoralis mérőpontok távolságát a testfelszínen mérőszalag segítségével határoztuk meg. A mérési helyeket és a segítő pontokat (jugulum, processus xyphoideus, umbilicum) az MR-en jól detektálható A-vitamin-kapszulával jelöltük. Az MR-felvételeket Philips Extended MR Workspace 2.6.3.5-ös programmal értékeltük. A mérési és a segítő pontok között mértük a pulzushullám által megtett intraarterialis távolságot és összevetettük a felszíni távolságmérés eredményeivel.

Eredmények: A mérőszalaggal történt felületi távolságmérés, valamint MR-távolságmérés között igen magas korreláció mutatkozott ($r > 0,86$, $p < 0,001$). Az L0,8 távolság,

valamint az MR-távolságmérés között az átlagos eltérés 8,7% volt, Bland Altmann (BA) statisztikai próbával a két módszer között szignifikáns különbség mutatkozott. LSM-módszer és az MR-en történő távolságmérés esetén az átlageltérés 0,5% volt. BA-próbával a két módszer hasonlónak bizonyult. 13 év feletti gyermekekben valamivel nagyobb eltérést észleltünk.

Következtetés: Az LSM-távolság jól korrelál az MR-en mért intraarterialis távolsággal. A serdülők körében észlelt nagyobb eltérés a testarányok változásából eredő hiba lehet, melynek igazolására az esetszám növelése szükséges.

A bal proximalis coronariák transthoracalis Doppler echocardiographiás vizsgálatának prognosztikus értéke krónikus veseelégtelen betegekben

Császár Ildikó¹, Pálinkás Attila²

¹*Diaverum Dialízis Központ, Hódmezővásárhely*

²*CSMEK, Hódmezővásárhely-Makó*

Alapismertek: A bal közös törzs és proximális ramus descendens anterior (RDA) szignifikáns szűkületei rosszabb prognózissal bírnak, mint az egyéb coronariaszakaszok szignifikáns szűkületei. A nyugalmi és konvencionális terheléses vizsgálatok nem kellően pontosak a bal közös törzs és proximális RDA-szűkületek és a prognózis meghatározására vonatkozóan.

Cél: A bal proximális ramus descendens anteriorban (RDA) kimutatott magas (140 cm/sec) diasztolés coronaria áramlási csúcsebességek (DKÁCSS) prognosztikus értékének vizsgálata krónikus veseelégtelen (KVE) stabil effort mellkasi panaszos betegekben.

Módszerek: A vizsgálatba 146 (57 nő [39%], átlagéletkor 68 ± 12 év) effort anginás KVE-beteget vontunk be. A transthoracalis Doppler echocardiographiás vizsgálat (TTDE) során a proximalis RDA területén pulzatilis és color dopplerrel vettük fel a maximális áramlási sebességet.

Eredmények: A magas coronaria áramlási sebességgel bíró effort anginás KVE-betegek 26%-a visszautasította a fel-

ajánlott coronarographiát. A diasztolés coronaria csúcsáramlási sebességek tekintetében nem volt szignifikáns különbség a két vizsgált csoportban (DKÁCSS: 194 vs. 201 cm/sec). Az angiographiát elfogadók körében hat esetben (5%) nem találtak szignifikáns pRDA/főtörzs (LM) szűkületet. Utánkövetés medián 86 hónap volt, az összhalálozás 76 (52%), cardialis halál 56 (74%), 20 (26%) nem cardialis halál. A Kaplan–Meier-módszerrel becsült túlélési valószínűség a coronarographiát elfogadó csoportban mutatott szignifikáns előnyt mind a cardialis halálozás, mind a bármely okból bekövetkező halálozás tekintetében.

Konklúzió: A LAD/LM területén TTE-vel meghatározott magas coronaria áramlási sebességek a halálozásra vonatkozóan a krónikus vesebetegek magas rizikójú csoportját különítik el és a coronarographiás kivizsgálási stratégia elutasítása más klinikai és echocardiographiás tényezőktől függetlenül jelzi előre a halálozást. Ennek alapján a TTE során e módszerrel „kiszűrt” betegeket minden lehetséges módon meg kell gyógyítani a coronarographia szűkességéről.

ANCA-asszociált vasculitis és malignitás közötti kapcsolat esetbemutatókon át

File Ibolya, Trinn Csilla, Markóth Csilla, Ujhelyi László, Balla József, Mátyus János
Debreceni Egyetem OEC, Belgyógyászati Intézet, Nephrológia Tanszék, Debrecen

ANCA-asszociált vasculitis (AAV) és malignitás között kétféleképpen lehet kapcsolat. Egyrészt az AAV fokozhatja a de novo carcinomák kialakulásának esélyét. Az már ismert, hogy számos krónikus autoimmun folyamat (reumatooid arthritis, szisztémás lupus erythematosus, Sjögren-szindróma) szignifikánsan fokozza a malignus megbetegedések előfordulását, több immunfolyamat által (egyrészt a betegség kezelésére szolgáló immunosuppresszív szerek, másrészt az autoimmun folyamat magának, valamint az immunrendszer diszfunkciója miatti onkogén hatáson keresztül). Másik kapcsolat, amikor közel egy időben van jelen malignus megbetegedés és AAV.

A Debreceni Egyetem Klinika Központ Nephrológia által kezelt AAV-es betegek közül négy esetben találtunk kapcsolatot az AAV és carcinoma között. Egy fiatal nőbetegnek tíz évvel az emlődaganat diagnosztizálása és kezelése után jelentkezett akut veseelégtelenség (AVE), haematuria, valamint több pulmonalis kerek árnyék. Másik nőbetegnek egy időben volt jelen az emlődaganat és AAV. Egy relabáló AAV-es betegnél 10 évvel a vasculitis megjelenése után, atípusos relapszus kezelése kapcsán tüdőtümorra derült fény. Más esetben vesetumorhoz társulva talákoztunk vasculitissel.

Bár nagy esetszámokkal sem a tanulmányokban, sem hazánkban nem találkozunk, ám amikor olyan beteget kezelünk, akinek kórelőzményében van carcinoma, vagy jelenleg mindkét betegség diagnosztizálható nála, számtalan kérdés merül fel: mit kezeljünk előbb? A vasculitist

(AVE, haematuria, súlyos nephrosis) vagy a malignus megbetegedést? Milyen immunosuppressziót és milyen mértékben használjunk?

Betegeink kapcsán (a nemzetközi irodalmat is átnézve) a fentiekre keressük a válaszokat.

New perspectives in the classification of complement-mediated renal diseases

Nóra Garam, Zoltán Prohászka, Dorottya Csuka
3rd Department of Internal Medicine, Research Laboratory, Semmelweis University, Budapest

Aim: Membranoproliferative glomerulonephritis (MPGN) includes – beside of immunocomplex glomerulonephritis (ICGN) – and C3 glomerulopathy (C3GP). The immunofluorescence microscopy shows two magnitudes stronger C3 staining than any other immunoreactant. In the background of the disease acquired and genetic factors could be identified but in most of the cases, none of them could be found. Our aim was to identify new pathogenic factor and with the analysis of the patients clinical and histological data get new insights in this pathology.

Methods: 119 patients with MPGN were included in the study. We collected the patients' clinical and histological data and we performed the complement testes such as activation, regulators level, antibodies and genetic results. We performed new methods for the detection of C4 nephritic factor and CFHR5. We performed a cluster analysis to confirm the results of an Italian study.

Results: From the 119 patients' with MPGN 51 have ICGN, 17 have dense deposit disease and 41 have C3 glomerulonephritis. The presence of C4NeF alone corresponds to lower terminal pathway activation, higher C3 level, alternative and classical pathway activity compared to the patients who have C3NeF. We determined 4 clusters. Beside one chronic cluster, we identified 3 distinct clusters based on the pathogen variations, Ig and C1q on biopsy and the activation of the terminal pathway.

Conclusions: This new, hypothesis-free analysis does not correlate with the original diagnosis. We have confirmed the previous results of the Italian study where distinct pathogenic groups were identified. Survival and therapy were also examined. It is important to examine whether this new approach predicts the answer for the therapy.

Kontrasztanyag-nephropathia előfordulása angiographián átesett betegekben

Györfi Anita, Balku István, Szigeti Zsuzsanna, Molnár László, Répási Krisztina, Suták Mihály, Pócsi Anita
Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak, Jónás András Oktató Kórház, I. Belgyógyászat, Nyíregyháza

Előzmények: A jódtartalmú kontrasztanyagok intravasculáris alkalmazása során vesekárosodás léphet fel, mely a vesefunkció akut, rendszerint reverzibilis romlásához

vezet. A veseelégtelenség következtében megnyúlik a kórházban eltöltött idő, növekedhet az egyéb szövődmények száma és a halálozás. Az új típusú izo/hypozmoláris nem ionos kontrasztanyagok bevezetésével a vesefunkcióromlás kockázata csökkent, ugyanakkor az utóbbi évtizedekben a kontrasztanyag vizsgálatok, intravasculáris beavatkozások száma jelentősen nőtt. A társadalom öregeedésével, a diabetes, az érlemeszesedés, a hypertonia gyakoriságának növekedésével a kontrasztanyag indukálta nephropathia (CIN) kockázata is emelkedő tendenciát mutat.

Anyagok és módszerek: Vizsgálatunk során osztályunk angiológiai részlegén 2014-ben angiographián átesett betegek adatait gyűjtöttük össze, kerestük a CIN előfordulását, valamint a meglévő rizikófaktorok nephropathia kialakulására gyakorolt hatását.

Eredmények: 2014-ben 108 angiographiás vizsgálatra került sor (60 férfi és 48 nőbeteg, átlagéletkor: 67,39 év, 18 esetben PTA, 37 esetben PTA + stent implantáció, a többi esetben intervenció nem történt). 35 beteg volt diabeteses, 21 betegnél találtunk 60 ml/min/1,73 m² alatti eGFR-értéket, 38 beteg esetében észleltünk kettő vagy több rizikófaktorot. A vizsgált betegpopulációban 25%-ot meghaladó kreatininemelkedés három beteg esetében volt megfigyelhető, míg átmeneti művesekezelés bevezetésére egy esetben volt szükség.

Megbeszélés: Eredményeink alapján elmondható, hogy a kontrasztanyaggal végzett vizsgálatok vesekárosító hatása jelentősen csökkenthető a magas rizikóval élők szűrésével, az ajánlott protokoll szerinti prevenciós lépésekkel, izozmoláris non-ionos kontrasztanyaggal. A kialakuló veseelégtelenség többnyire nem súlyos, átmeneti, ritkán dialízisigényű.

Successful treatment of hyperuricemia can ameliorate renal function in chronic kidney disease

Richárd Halmi¹, Csaba Ambrus², Adrienn Fekete³, Györgyné Rónás³

¹Szent Pantaleon Hospital and Outpatient Department Dunaújváros; B. Braun A. 13th Dialysis Center, Dunaújváros

²Szent Imre University Teaching Hospital, Budapest; Semmelweis University Departmental Group of Geria, Budapest

³B. Braun A. 13th Dialysis Center, Dunaújváros

Aim: Hyperuricemia can be both a trigger and a consequence of chronic kidney disease (CKD), so it's adequate treatment could ameliorate CKD by breaking the vicious circle. Despite theoretical evidences clear clinical guidelines are lacking. We analysed the effect of dietary and allopurinol treatment on estimated glomerular filtration rate (eGFR) in chronic kidney disease patients.

Methods: In a single centre (Dunaújváros) retrospective study newly managed chronic kidney patients between June of 2015 and June of 2018 were investigated. Beyond the statistical testing (t test, linear regression model) of change in uric acid level and eGFR

(mean + SD), follow-up time and relevant pharmacotherapy were also analysed.

Results: In 50 patients dietary and allopurinol treatment successfully diminished uric acid level. Mean follow-up time until the first control visit was 15 (2-79) weeks. Mean age was 75 (58-93) years, women made up 64% of the studied population. 78% of the patients took renin-angiotensin-aldosterone system-blockers, 62% statins, 62% loop diuretics, 66% thiazide-type diuretics and 44% acetylsalicylic acid. The uric acid level decreased from 555±105 µmol/l to 396±79 µmol/l (p<0.001). At the same time eGFR improved from 34.2±9.7 ml/min to 36.9±11.9 ml/min (p=0.012). There was a significant correlation between the percental decrease of uric acid level and the improvement of eGFR (r = -0.29; p=0.04).

Conclusion: Although our data need confirmation by stronger evidence in the future, we would like to call attention to our experience, that the successful treatment of hyperuricemia can potentially improve eGFR in CKD patients.

A Magyarországi Vasculitis Regiszter első öt évének eredményei

Haris Ágnes¹, Tislér András², Ondrik Zoltán³, File Ibolya⁴, Mátyus János⁴, Zsargó Eszter⁵, Deák György⁵, Ambrus Csaba⁶

¹Szent Margit Kórház, Nephrológiai Központ, Budapest

²Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

³Szegedi Tudományegyetem, Nephrológia és Hypertonia Centrum, Szeged

⁴Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Nephrológia Tanszék, Debrecen

⁵Uzsoki Utcái Kórház, III. Belgyógyászati-Nephrológiai Osztály, Budapest

⁶Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Hypertonia-Nephrológia Profil; Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászat, Budapest

A Magyarországi Vasculitis Regiszter online adatgyűjtésének célja az ANCA-asszociált vasculitis alaposabb megismerése, a betegség hazai előfordulásának, kezelésének és kimenetelének meghatározása. A regiszteres adatgyűjtés az indulástól eltelt öt év óta dinamikus fejlődik, jelenleg 278 beteg eredménye áll rendelkezésre.

Eredmények: Betegeink 62%-a nő, átlagéletkoruk 58,2±14,5 év, 51%-uk c-ANCA, 49%-uk p-ANCA pozitív vasculitis miatt került ellátásra. A diagnóziskor becsült GFR 24,6±21,6 ml/min/1,73 m², ekkor 29%-uk, a követési idő alatt összesen 39%-uk szorult dialíziskezeltésre, a művesekezelés 23%-uknál elhagyható volt. Fokális szövettani elváltozás, valamint felső légúti és bőrtünetek jelenléte esetén statisztikailag is jelentősen ritkábban volt szükség vesepótló kezelésre, mely a kórképek korai felismerésének fontosságát jelzi. Az indukciós kezelés során a betegek 94%-a kapott szteroidot és 85%-a cyclophosphamidot, 59%-a részesült plazmaferézis, 11%-uk rituximabterápiában. A fenntartó kezelés a betegek 80%-

ában szteroidot, 23%-ában per os és 22%-ában parenterális cyclophosphamidot tartalmazott, illetve ennek részeként a betegek 40%-a kapott azathioprint, nyolc beteg mycofenolátot, hat beteg metothrexatot. A medián követési idő 30 hónap (IQR 6-78) volt, ezalatt a betegek 20%-a halt meg, 3%-uk részesült vesetranszplantációban, 5%-uk maradt el a gondozásból. A medián túlélési idő 14,8 év, az ötéves túlélés 85%, a tízéves 70%. C-ANCA vasculitis esetén a hosszú távú túlélés valamivel jobbnak tűnt, mint a p-ANCA-pozitív esetekben, de az életkorra való korrekció után ez a különbség nem volt igazolható. A halálozás fő prediktora az életkor és a dialízist igénylő vesekárosodás volt. Relapszus a betegek 27%-ában jelentkezett, ezek 28%-a egy éven belül, 21%-uk öt év után következett be.

Következtetés: A Vasculitis Regiszter adatbázisa nefrológiai közösségünk eredményes szakmai tevékenységét igazolja. Bár eredményeink nemzetközi összehasonlításban is sikeresnek mondhatók, betegeink ellátása kapcsán még számos olyan terület található, melyek javítása előnyösen befolyásolhatja életminőségüket és túlélésüket.

Krónikus veseelégtelenségben szenvedők egészségműveltsége, összefüggése a vesebetegség komplikációinak kialakulásával

Haris Ágnes¹, Papp-Zipernovszky Orsolya², Csabai Márta², Polner Kálmán¹

¹Szent Margit Kórház, Nephrologia Központ, Budapest

²Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged

Az egészségműveltség (health literacy) az egyén azon képessége, hogy megértse és megfelelően alkalmazza az egészségével kapcsolatos információkat, és ezek alapján képes legyen megfelelő döntéshozatalra. Az egészségműveltség szintje befolyásolja a krónikus betegségben szenvedők állapotának alakulását, a betegség kimenetelét.

Módszer: Prospektív obszervációs vizsgálatunkban a Szent Margit Kórház Nephrológiai Ambulanciáján gondozott 101 predialízis stádiumú beteget vizsgáltunk. A résztvevők a Chew-kérdőív és a Kidney Disease Knowledge Survey (KIKs) magyarra fordított változatát töltötték ki. Vizsgáltuk a betegek szociális helyzetét, iskolázottságát, a saját maguk által észlelt fizikai állapotukat és ismereteiket a betegségről. Ezeket, továbbá a veseműködés eredményeit összevetettük az egészségműveltség vizsgálatára szolgáló kérdőívek eredményeivel.

Eredmények: A válaszadók életkora 62 ± 17 év, 41,6%-uk férfi, a gondozási idő mediánja 52 hónap (interkvartilis, IQR 96), a szérumkreatinin 168 (IQR 154) $\mu\text{mol/l}$ volt. Betegeink egészségműveltsége alacsonyabbnak bizonyult, mint egy egészséges reprezentatív hazai kohorsz eredménye (Chew score $5,7 \pm 2,2$, illetve $4,25 \pm 2,5$, $p < 0,001$ resp). A Chew-érték összefüggést mutatott a korrallal ($r = 0,195$, $p = 0,05$), az iskolázottsággal ($r = -0,275$, $p = 0,005$), családban vagy egyedül élő stá-

tusszal ($5,4 \pm 2,1$, illetve $6,3 \pm 2,2$ resp, $p = 0,03$). A KIKs-pontszám esetében határérték-szignifikanciát találtunk a szérumkreatininnel, a CKD-stádiummal ($r = 0,190$, $p = 0,055$; $r = 0,192$, $p = 0,053$, resp); magasabb volt azoknál, akik korábban multidiszciplináris edukációban részesültek ($20,2 \pm 2,4$; nem részesültek: $16,4 \pm 4,4$, $p = 0,004$). A magasabb Chew score összefüggést mutatott a gyengébb fizikai állapottal ($r = -0,254$, $p = 0,011$). A magasabb KIKs score-ral bírók jobb vérnyomásértéket értek el ($r = -0,312$, $p = 0,005$).

Következtetés: Krónikus vesebetegeink az egészséges populációhoz képest alacsonyabb egészségműveltséggel rendelkeznek. Az egészségműveltség mértéke számos szociodemográfiai tényezővel összefügg. Értékének figyelembevétele a beteggondozás során elősegítheti az oktatás egyénre szabását, az orvos-beteg együttműködést, és hosszú távon a kimenetel javulását eredményezheti.

The protective role of brain-derived neurotrophic factor in a rat model of kidney transplantation

Lilla Illésy^{1,2}, Ádám Hosszú^{1,2}, Zsuzsanna Antal^{1,2}, Edgár Szkibinszkij^{1,2}, Lilla Lénárt^{1,2}, Dóra Bianka Balogh^{1,2}, Ádám Vannay^{1,4}, Attila József Szabó², László Wagner³, Andrea Fekete^{1,2}

¹MTA-SE „Lendület” Diabetes Research Group, Budapest

²1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest

³Dept. of Transplantation and Surgery, Semmelweis University, Budapest

⁴MTA-SE Pediatrics and Nephrology Research Group, Budapest

Introduction: Kidney transplantation (KTx) is associated with better quality of life and reduced costs compared to dialysis, but the shortage in donor organs is a limiting factor. Graft survival is highly dependent on the extent of ischemia/reperfusion injury (IRI) during KTx. The major role of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) to reduce brain ischemic damage is discovered. It has also been shown that Sigma-1 receptor (S1R) agonists stimulate BDNF production in neurons. However, the potential protective role of BDNF in kidney IRI has not been investigated yet.

The aim of our study was to prove the protective effects of S1R agonists and BDNF in the rat model of KTx and to develop a preservation solution used in KTx which minimizes graft damage and thus the number of organs suitable for KTx can be increased.

Methods: In the autotransplantation model kidneys of male Wistar rats were perfused and placed in ice cold (i) Custodiol preservation solution; Custodiol containing S1R agonists (ii) fluvoxamine (FLU) or (iii) SA-4503 (SA) then implanted back. Rats were sacrificed 24 hours after reperfusion. Sham-operated rats served as controls ($n = 8/\text{group}$). Serum creatinine (sCr), aspartate aminotransferase (AST) levels and tubular dilatation (PAS-stained sections) were evaluated. Levels of pro- and

mature BDNF (mBDNF) and expressions of *Bax*, *Bcl2*, *Mcp1*, *Il1a*, *Il6*, *Tnf* were also measured.

Results: S1R agonists mitigated renal functional impairment and tubular lumen dilatation following KT_x. After KT_x proBDNF levels remained unchanged, in contrast S1R agonists inhibited the decrement of mBDNF, and increased it to control levels. S1R agonists reduced the expression of proapoptotic *Bax*, increased antiapoptotic *Bcl2*, while reduced the expression of inflammatory cytokines.

Conclusion: The addition of S1R agonists to the preservation solution during KT_x had antiapoptotic and anti-inflammatory effects by increasing the level of mBDNF. Medicinal modulation of BDNF and its signalling pathways may alleviate hypoxic damage of the kidney thereby improving long-term graft function.

Grants: LP008/2017; VKE-2017-00006; OTKA FK-124491; K-116928; K-112629; NN-114607; EEMOFÁKT-2017; FIKP

Daganatos betegségek dializált betegeinknél

Juhász Edina, Gáspár Renáta, Haraszi Mária, Rikker Csaba

FMC Péterfy I. Dialízis Központ, Budapest

Bevezetés: A krónikus vesebetegeknél a daganatos betegség kockázata magasabb az átlagpopulációhoz képest.

Céltűzés: Dialízisközpontunkban krónikusan hemodializált (HD) betegeknél a daganatos megbetegedések előfordulási gyakoriságának, a daganatok megoszlásának, a betegek túlélésének vizsgálata.

Módszer: 2008. 01. 01. és 2018. 08. 31. között HD-programban részesülő betegek adatainak retrospektív feldolgozása.

Eredmények: 77 esetben szerepelt rosszindulatú daganatos megbetegedés a kórtörténetben és/vagy a HD-kezelés időtartama alatt. Közülük a dialízis kezdetekor 14 beteg volt gyógyultnak tekinthető az eltelt idő és a recidíva hiánya alapján. 36 beteg ismert daganatos betegséggel került dialízisre. A HD-kezelés megkezdése után 27 esetben derült fény malignus megbetegedésre. 12 betegnek két különböző tumora is volt.

Az aktív tumorkok megoszlása (összes/a dialízis során diagnosztizált új eset) a következő volt: 13/3 colorectalis, 12/7 tüdő-bronchus, 14/4 vese-hólyag, 7/2 prosztata-, 7/4 emlő-, 4/4 ovarium-, 3/1 melanoma-, 3/1 uterus-, 4/0 vérképzőszervi, 1/1 cardia-, 1/1 agytumor.

Az 50 exitált tumoros beteg dialízisben töltött ideje 44 ± 37 hónap, a vizsgált periódus végén is dializált betegeknél 60 ± 52 hónap. Az exitált betegeknél a tumor diagnózis utáni túlélés: < 1 év 12 beteg (24%), ≥ 1 év 38 beteg (76%), ≥ 2 év 35 beteg (70%), ≥ 5 év 19 beteg (38%). Nem a malignus betegségben halt meg 12 beteg (24%). A vizsgálati időszak végén krónikus HD-programban lévő 132 beteg közül 12-nek (9%) volt gyógyultnak nem tekinthető malignus betegsége. Közülük egy esetben < 1 év, 12 esetben ≥ 1 év, 10 esetben ≥ 2 év, 5 esetben ≥ 5 év telt el a tumor diagnózis óta. Korábban két beteg részesült immunszuppresszív kezelésben.

Következtetés: A krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek növekedett rákkockázata miatt fokozott figyelmet kell fordítani a szűrővizsgálatokra az új daganatos megbetegedések időben történő felismerése céljából. Ismert tumoros betegek esetében szoros onkológiai ellenőrzés szükséges. Végállapotú veseelégtelenség és daganatos megbetegedés együttes megléte ellenére a betegek jelentős hányadában, években számolható túlélés érhető el. A tumoros dializált betegek multimorbiditása miatt számottevő részük nem a malignus betegség következtében exitál.

Krónikus cardiorenalis szindrómákban kialakuló terápiarezisztens szívelégtelenség ultrafiltrációs kezelési lehetőségei

Juhász László¹, Amma Zoltán¹, Juhász Emília¹, Kulcsár Katalin¹, Wagner Gyula¹, Zsigmond Árpád², Józán-Jilling Mihály², Benczúr Béla²

¹Tolna Megyei Balassa János Kórház, I. Belgyógyászat; B. Braun Avitum Hungary Zrt., 7. sz. Dialízisközpont, Szekszárd

²Tolna Megyei Balassa János Kórház, I. Belgyógyászat, Szekszárd

Céltűzés: A cardiovascularis betegségek, a krónikus veseelégtelenség egyre modernebb és effektívebb gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelési lehetőségeinek köszönhetően egyre gyakrabban alakulnak ki a különböző cardiorenalis szindrómák. Ezen szindrómák mind kardiológiai, mind nefrológiai szempontból labilisak, kezelésük igazi kihívást jelent. A „szívelégtelenség-spirál” előbb-utóbb eléri a betegeket, visszatérő kórházi bennfekvéseket, romló életminőséget és végül halált okozva. Ezeknél a betegeknél a terápiarezisztens szívelégtelenség gyakorlatilag a fatális kimenetellel lenne egyenlő. Utolsó terápiás lehetőségként az ultrafiltrációs kezelések bevezetése jelenthet szó szerint túlélést a betegeknél.

Módszer: A kardiológiai és nefrológiai profillal egyaránt rendelkező szekszárdi I. Belgyógyászat hosszú évek óta foglalkozik a problémával és vezette be a különböző ultrafiltrációs eljárásokat ebben a betegcsoportban. A szerzők bemutatják az ultrafiltrációs eljárások rövid és hosszú távú eredményeit, a modalitások közötti döntési szempontokat, illetve a szövődményeket.

Eredmények: Az elmúlt öt év anyagát tekintve a következő eredményeket tudják felmutatni: Ebben a betegcsoportban 2013–2017 között évenként átlagosan 8–26 közötti beteget dializáltak, több beteg került hemodialízis kezelésre. A HD-kezelt betegek átlagos HD-ben eltöltött ideje 21,6 hónap, a PD-kezelteké 34,5 hónap lett.

Következtetés: A betegek a túlélési idő növekedésén kívül az életminőség javulásával profitálhatnak az ultrafiltrációs kezelésekből, ennek egyik egyértelmű bizonyítéka a vese-pótló kezelések elindítását követően a szívelégtelenség miatti hospitalizációs napok drasztikus csökkenése (58–100% csökkenés). Ha a szívelégtelenség miatti kórházi napokhoz az access okozta infekciók miatti kórházi napokat is hozzáadjuk, akkor is jelentős a hospitalizációs igény csökkenése (51–84%), amely nem utolsósorban a költségek csökkenését is jelentheti.

A hazai hemodialízis kezdete az orvosegyetemi központokban (Szeged 1953, Budapest 1960, Pécs 1964, Debrecen 1970) és a továbbfejlődés a múlt század második felében

Karátson András¹, †Kakuk György², Makó János³, Kiss Éva⁴

¹Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pécs

²Debreceni Egyetem, Belgyógyászati Intézet, Debrecen

³Nephrocentrum, Budapest

⁴Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Az első hazai műveseállomások a négy orvosegyetemen és Miskolcon (1968) alakultak meg. A vérnyerést kezdetben üveg-, fém-, műanyag kanül behelyezése tette lehetővé, később Scribner-söntöt (1960), majd a krónikus betegeknek Cimino-fisztulát (1966) alkalmaztunk. A tekercs és lapdializátorok előkészítési ideje hosszú volt és a rendszert 400–1000 ml konzervvérrel kellett feltölteni. A kezelést technikai hibák (celofánszakadás, bealvadás), valamint a nagy extracorporalis volumen miatt tenzióingadozás kísérte.

1971-ben került sor a korszerű Küil-Lucas-készülékekkel a központilag támogatott krónikus dialízisprogram beindítására.

Jelentősen javította a vesebetegek ellátását, hogy 1980-ig további öt, majd 1980–1990 között 19 nefrológiai – dializáló osztály kezdte el működését. A kezelés technikája az új készülékek monitorizálásával, a kapillárisdializátorok, a bikarbonátdialízis és a hemofiltráció alkalmazásával korszerűsödött. 1974-ben került sor a központilag támogatott transzplantációs program beindítására. A századfordulóra nemcsak a CAPD-vel kezelték száma nőtt meg, hanem a korszerű elvek és technikai lehetőségek révén a kezelték túlélése és életminősége is javult.

Az évek során a munkájuk iránt elkötelezett, jól képzett nővér, technikus és orvosgárda alakult ki az osztályokon, melynek létrejöttében a helyi továbbképzések, a MANET nagygyűlései és a dializálóállomások tudományos konferenciája játszottak szerepet.

Case study in granulomatous interstitial nephritis

Máté Kerekes¹, Magdolna Kardos², András Bécsi¹, Péter Vörös¹

¹Central Hospital of Southern Pest National Institute of Hematology and Infectious Diseases, Budapest

²2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest

Granulomatous interstitial nephritis is a rare histological diagnosis. The patients present mostly with advanced renal failure, and low level proteinuria. There are multiple granulomatous disease identified as etiological factors, but 30% of the cases are categorized idiopathic. In our case report we present a middle aged female patient, who visited our department with constant fatigue, loin pain, urogenital discomfort. Benign intracerebral demyelination, hypothyreosis, Lyme disease, cervicobrachial syndrome, and ischaemic heart disease should be emphasized in her medical history. On admission we observed 4. stage kidney disease with sub-

nephrotic range proteinuria. Kidney biopsy demonstrated granulomatous interstitial nephritis.

After examination and exclusion of secondary causes the patient was classified idiopathic. High dose intravenous, followed by 32 mg/day corticosteroid therapy was administered. The serum creatinine and proteinuria dramatically improved in one week, and 1 year after initial therapy kidney functions remained stable. Initially observed anaemia also recovered, erythropoietin therapy could be terminated.

In conclusion our report in accordance with the literature confirm the benefit of corticosteroid therapy in non-infectious cases of granulomatous interstitial nephritis.

The feasibility of bedside ultrasound diagnostics in dialysis patients

Zoltán Kisvarga¹, Enikő Kádár¹, Judit Lakatos¹, Mária Bőke¹, Dániel Teknős²

¹FMC Dialysis Center, Vác

²Jávorszky Ödön Hospital, Department of General Surgery, Vác

Objective: Over the last decades, the bedside imaging processes have got an increasing role in various areas of pre-hospital and hospital care. In our summary, we would like to present different examples of nephrologist performed ultrasound (US) diagnostic methods for helping dialysis and related activities.

Methods: In our presentation, we provide a systematic overview of US tests performed in our dialysis unit. We describe the diagnostic procedures for creating and controlling dialysis access and for assessing the complications of renal failure. In describing the procedures and following a short theoretical summary of the techniques, we use US images for illustrating the applicability of simplified, not radiologist performed examinations for supporting medical and nursing activities related to renal replacement therapy.

Results: The presentation gives an accurate description of the area and limitations of bedside ultrasound diagnostics in the dialysis clinic. It presents the aspects of evaluation, constraints and possible directions of development.

Conclusions: The bedside US diagnostics is a quick way to respond to a specific part of the dialysis-related problems. The comprehensive use of the method can not be avoided in a healthcare system where patients' quality of life and patient safety have an increasing role beyond cost-effectiveness issues.

Microscopic polyangiitis váratlan relapszusa és következményei (Elkerülhető lett volna?)

Kóbor Krisztina¹, Ladányi Erzsébet¹, Széll Julianna¹, Boros Anikó¹, Bidiga László²

¹FMC Miskolci Nefrológiai Központ, Miskolc

²Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Patológiai Intézet, Debrecen

A GPA (granulomatosis with polyangiitis), illetve az MPA (microscopic polyangiitis) esetek 70–90%-a a kezdő ISU

(immunszuppresszív) terápia hatására klinikai remisszióba kerül. A fenntartó ISU ideje th. alatt (átlagosan 12–18 hónap) gondoskodunk a beteg kezeléséről. Mi történjen ezután, hiszen évek múlva is előfordulhat relapszus (5–7 éven belül 30–35%), amely súlyos egészségromlással, akár a beteg elvesztésével is járhat.

Előadásunkban egy, 2008-ban még Wegener-granulomatosisként – jelenleg PR3 pozitív microscopic polyangiitis – diagnosztizált betegünk hosszú távú követésével szerzett tapasztalatainkat mutatjuk be. A beteg vasculitise több mint 10 év tünetmentes periódus után tért vissza. A relapszus során az addig kis dózisu CAPD-vel kiválóan kezelhető, jó állapotú, aktív beteg maradék vesefunkciója rapidan megszűnt, a korábban EPO-kezelést nem igénylő beteg többszörös transzfúzióra szorult. A relapszus általánosan elfogadott rizikófaktora nem álltak fenn, illetve infekcióra, új gyógyszerhasználatra, toxinexpozícióra utaló anamnézise sem volt. Betegsége haematuria formájában egy enyhe lefolyású, kizáródott köldöksérv-műtétet követően relabált. Emellett az aorta-műbillentyű miatt tartósan antikoagulált betegnél LMWH-ra váltás utáni bőrtüneteket (lap- és pontszerű bevérzések) bőrbiopsiával sem sikerült differenciálni (vasculitis v. LMWH-mellékhatás?). Sztteroid és azathioprin kombináció, illetve marfarin visszaadása mellett vasculitises tünetei megszűntek, de jelenleg nagy dózisu CAPD mellett is aluldializált. A nagyvénakatétert elkerülendő utolsó lehetőségként a. basilica fisztula került kialakításra, HD-re való áttérést tervezünk. Infekcióhajlama a fenntartó ISU mellett is megnőtt, többször St. epidermidis PD peritonitisszel kezeltük. Az addig aktív beteg munkaképtelenné vált.

Továbbra is kérdéses, hogy mi váltotta ki a relapszust, mely a korábbi 10 évben nem jelentkezett a tartós gyógyszeresedés, infekciók, szív-műtét stb. kapcsán? Ha a beteg vállalta volna korábban a vesetranszplantációt, a tartós ISU megvédte volna-e a relapszustól vagy az infekcióhajlam növelte volna-e a kockázatát? Van-e protokoll vagy evidencia ezen esetek tartós vezetésére?

Gyulladásos markerek törzsfüggő korai expressziója unilaterális uréterobstrukciót követően

Németh Ágnes, Fazekas Krisztina, Mózes Miklós, **Kökény Gábor**

Semmelweis Egyetem, Kórélettani Intézet, Budapest

Bevezető: Kutatócsoportunk elsőként vizsgálta a genetikai háttértől függő vesefibrosis progresszióját unilaterális uréterobstrukciót (UUO) követően C57Bl6/J (B6) és CBA egerekben (Mózes *et al.* Nephrol Dial Transplant 2017;32[S3]:iii559.). Bár számos kísérletes és humán vesebetegségben leírták a renalis komplement expresszió fokozódását, nem ismert, milyen korai (kevesebb, mint egy napon belüli) változások zajlanak a vesében UUO-t követően. Kísérletünkben arra kerestük a választ, vajon a genetikai háttér függvényében változik-e a korai gyulladásos markerek renalis expressziója UUO-modellben.

Módszerek: Altatásban hím B6 és CBA egerek (n=5/csoport) bal uréterét lekötöttük a proximális részen (UUO), az intakt jobb vesét használtuk kontrollnak. A veséket hat órával a ligatúrát követően feldolgoztuk, vizsgáltuk a vesék génextpressziós mintázatát. Eredményeinket átlag±szórás formájában mutatjuk be, statisztikai analízisre Kruskal–Wallis-tesztet használtunk.

Eredmények: A vesék szövettani vizsgálata hat órával a műtét után nem mutatott eltérést a két vizsgált egértörzs között, az UUO vesékben csupán enyhe tubularis dilatáció volt megfigyelhető. Ezzel szemben, a B6 egerekhez képest CBA UUO vesékben jelentősen megemelkedett az IL-6 (B6 CTL: 1,0±0,3, CBA CTL: 1,5±0,4, B6 UUO: 9,0±7,1, CBA UUO: 37,9±7,6, p<0,05), STAT3 (B6 CTL: 0,9±0,5, CBA CTL: 1,6±0,3, B6 UUO: 1,3±0,3, CBA UUO: 2,4±0,7, p<0,05), és a renalis C3 mRNS expresszió (B6 CTL: 0,9±0,6, CBA CTL: 1,1±0,2, B6 UUO: 1,2±0,6, CBA UUO: 1,9±0,5, p<0,05). Ezt a profibroticus CTGF (B6 CTL: 0,9±0,7, CBA CTL: 1,1±0,1, B6 UUO: 1,0±0,3, CBA UUO: 1,9±0,8, p<0,05) és kollagén-IV (B6 CTL: 1,0±0,6, CBA CTL: 1,4±0,2, B6 UUO: 1,1±0,2, CBA UUO: 2,3±0,9, p<0,05) korai expressziója kísérte.

Összefoglalás: Vesefibrosis-modellünkben a genetikai háttér meghatározza a gyulladásos molekulák nagyon korai renalis expresszióját. E korai expressziós mintázatbeli eltérés alapvetően befolyásolhatja a vesebetegség progresszióját.

Támogatás: OTKA PD 112960

A TGF-β-indukált vesefibrosis és miR-199-expresszió összefüggése

Mózes Miklós, Németh Ágnes, Fazekas Krisztina, **Kökény Gábor**

Semmelweis Egyetem, Kórélettani Intézet, Budapest

Bevezető: Számos mikroRNS (miR) szerepét feltételezik vesefibrosisban. UUO vesékben és májfibrosisban fokozott a miR-199 expressziója, valamint tüdőfibroblasztokban a TGF-β önmagában indukálja a miR-199-et in vitro. Előzőleg leírtuk, hogy alb/TGF-β1 transzgenikus egerekben (TGFβ) C57Bl6/J (B6) genetikai háttéren enyhe, CBAXB6 háttéren súlyos vesefibrosis alakul ki (Kökény *et al.* Clin Kidney J 2011;4[S2]:421-9.). Hipotézisünk szerint a genetikailag meghatározott profibroticus miR-mintázat befolyásolhatja a TGF-β-indukált vesefibrosis progresszióját.

Módszerek: Kísérletünkben hím B6-TGFβ és CBAXB6-TGFβ transzgenikus egereket, valamint vad típusú kontrolljaikat vizsgáltuk 14 napos életkorban (n=5/csoport). A vesék szövettani, génextpressziós és miR-expressziós vizsgálatát végeztük. Adatainkat átlag±szórás formájában mutatjuk, statisztikai analízisre Kruskal–Wallis-tesztet használtunk.

Eredmények: A B6-TGFβ egerekhez képest CBAXB6-TGFβ vesékben szignifikáns glomerulosclerosist láttunk (szövettani pontszám B6: 0,1±0,1; CBAXB6: 0,1±0,1; B6-TGFβ: 0,1±0,1; CBAXB6-TGFβ: 2,3±0,4, p<0,01),

melyhez jelentős TIMP-1 mRNS-expresszió társult (B6: $1,0 \pm 0,5$; CBAxB6: $1,5 \pm 0,3$; B6-TGFb: $3,6 \pm 0,6$ vs. CBAxB6-TGFb: $87,6 \pm 38,8$, $p < 0,01$). A renalis miR-199-expresszió szintén szignifikánsan magasabb volt fibroticus CBAxB6-TGFb vesékben (B6: $1,0 \pm 0,2$; CBAxB6: $1,1 \pm 0,2$; B6-TGFb: $2,0 \pm 0,3$ vs. CBAxB6-TGFb: $3,3 \pm 0,4$, $p < 0,05$), ami szoros korrelációt mutatott a TIMP-1 expresszióval (R-négyzet: $0,65$, $p = 0,002$).

Összefoglalás: Transzgenikus modellünkben a TGF- β -indukált vesefibrosis progressziója szoros összefüggést mutatott a miR-199 expresszióval, melyet alapvetően befolyásol az egerek genetikai háttere.

Támogatás: OTKA PD 112960

Konzervatív kezelés végállapotú veseelégtelenségben

Kulcsár Imre

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Nephrologia, Szombathely; B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

A konzervatív terápia krónikus vesebetegség 5. stádiumában (eGFR $15 \text{ ml/perc}/1,73 \text{ m}^2$) egy tervezett, holisztikus, betegcentrikus, aktív szupportív (nondialitikus) kezelés (KDIGO definíció), nem azonos a palliatív és az end-of-life kezeléssel.

Célja: Optimalizálni az életminőséget (QOL). Kezeleni az urémiás tüneteket. Megőrizni a maradék vesefunkciót (RRF).

A konzervatív kezelés lehetséges előnyei: kevesebb hospitalizáció, jobb QOL és tovább megmaradó reziduális veseműködés. Milyen betegeknél jöhet szóba – dialízissel szemben – a konzervatív kezelés?

– Idős (75 év?), multimorbid, gyenge általános egészségű, rossz funkcionális állapotú betegek. A geriátriai betegségek tüneteit (amelyek jórészt hasonlóak az uraemia tüneteihez) a dialízis nem javítja – sőt ronthatja.

– Akik az életminőséget preferálják az élet hosszával szemben.

A konzervatív kezelés komponensei: 1. Kezelési terv. 2. „Medical management” (a CKD progressziójának minimalizálása, vérnyomás, anaemia, acidózis, hyperkalaemia, ásványi- és csontanyagcsere-zavarok kezelése). 3. Uraemiás panaszok (fáradékonyság, anorexia, hányinger, viszketés, pszichés panaszok, fájdalmak) tüneti kezelése. A kezelést egy interdiszciplináris team (nefrológus, háziorvos, nővér, dietetikus) végzi.

Változó trendek a renalis epidemiológiában

Kulcsár Imre

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Nephrologia, Szombathely; B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

A születéskor várható élettartam kitolódása, a diabeteses, a hypertoniás és az elhízott betegek számának növekedé-

se a fejlett világban megnövelte a krónikus vesebetegség gyakoriságát: feltevések szerint a világban kb. 850 millió vesebeteg él. Az EDTA Registry (2016) szerint a vesepótló kezelésre kerülő CKD-5 betegek incidenciája egy millió lakosra számítva 2001-ben még 123,4, 2008-ban már 131 fő volt (évenkénti növekedés 1,1%). 2011-re azonban az új betegek száma csökkent (124,8 pmp), az évenkénti csökkenés 2,2% volt. Ezen átlagértékek nagy országonkénti különbözőségeket takarnak.

Magyarországon a vesepótló kezelésre kerülő CKD-5 betegek aránya 2016-ban 127 pmp volt. Az incidens adatok csökkenő tendenciát mutatnak az Egyesült Államokban is.

Az incidenciacsökkenés okai: 1. Kevesebb beteg éri el a CKD-5 stádiumot a jobb predialíziskontroll miatt. Csökkent pl. a dializált diabeteses betegek aránya is Európában (Magyarországon is!). Ezzel egybevégt, hogy csökkent a diabeteses retinopathiás betegek aránya is. 2. Változott a dialízis indikációja (alacsonyabb GFR!). 3. Paradox módon csökken az idős betegek aránya is dialízisben (nő az elutasítók és a konzervatív kezelést választók száma). A vesepótló kezelésben részesülő prevalens betegszám még világszerte enyhén emelkedik, több országban stagnál. Magyarországon a növekedési ütem lassul. 2012-ben 2,2%, 2013-ban 1,9%, 2014-ben 1,2% volt. Az összes dializált betegek száma 2013-tól évről évre csökken Magyarországon.

Urgensen kezdett peritonealis dialíziskezelés

Ladányi Erzsébet, Kóbor Krisztina, Széll Julianna
FMC Miskolci Nefrológiai Központ, Miskolc

A végstádiumú veseelégtelenségben szenvedő betegek nem tervezett, úgynevezett urgens dialíziskezdetése világszerte komoly problémát jelent az egészségügyi és finanszírozási rendszer számára egyaránt. Leggyakrabban az urgens dialízis kezelést igénylő betegnél elsőként a centrális vénás katéteren (CVC) át végzett hemodialízis kezelést választják. Ez a megoldás nem minden esetben tekinthető optimálisnak a CVC-asszociált magasabb mortalitás és bacteraemia veszélye miatt.

Nemzetközi és hazai adatok szerint a dialízist igénylő vesebetegek 30–70%-a előzetes gondozás és AV-fisztula nélkül, sürgősséggel kerül HD-programba. Ezekben az esetekben sokkal ritkábban fordul elő az urgens PD indikációja. Ugyanakkor egyre több klinikai vizsgálat támasztja alá, hogy a peritonealis dialízis legyen az elsőként választandó vesepótló kezelési modalitás az urgensen kezdett dialízis esetében is olyan betegeknél, akik PD-kezelésre egyébként is alkalmasak lennének.

Előadásunkban az eddigi nemzetközi tapasztalatokat összefoglalva ismertetjük az urgens PD-kezelés definícióját, kitérünk a kezelés személyi és technikai feltételeire. Bemutatjuk e lehetőség előnyeit és – a beteg érdekeit is szem előtt tartva – az esetleges hátrányokat, valamint megoldásokat javasolunk az előforduló nehézségek leküzdésére. Ismertetjük azokat a tényezőket, melyek hozzájárulnak a program hosszú távú

sikeréhez és elemezzük a buktatókat, mint például a beteg- és technikai túlélést, az infektív és egyéb szövődeményeket, hospitalizációs igényt is. Rámutatunk arra, hogy az összehangolt, jól szervezett urgens PD-kezelés indítása egy egyszerű, hatékony és biztonságos alternatívája lehet a HD-kezelésnek, továbbá jó eszköz arra is, hogy növelje a PD-kezelés elfogadottságát az incidens betegek körében.

A dapagliflozin az O-GlcNAc-illáció gátlásával csökkenti a cardiovascularis rizikót és renoprotektív hatású 1-es típusú diabetes állatmodelljében

Lakatos Tamás¹, Balogh Dóra Bianka¹, Hodrea Judit¹, Lénárt Lilla¹, Hosszú Ádám², Mezei Csenge¹, Wagner László József³, Szabó Attila József⁴, Fekete Andrea⁵

¹MTA-SE „Lendület” Diabétesz Kutatócsoport, Budapest; Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

²MTA-SE „Lendület” Diabétesz Kutatócsoport, Budapest; Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest; MTA-SE Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Budapest

⁵MTA-SE „Lendület” Diabétesz Kutatócsoport, Budapest; MTA-SE Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Budapest

Bevezetés: A nátrium-glükóz kotranszporter-2-gátlók cardioprotektív és renoprotektív hatását számos klinikai vizsgálat igazolta 2-es típusú diabetesben (T2DM); alkalmazásuk T1DM-ben azonban még nem engedélyezett, illetve a pleiotróp hatás pontos mechanizmusa sem tisztázott. Korábban kimutattuk, hogy a diabetes kapcsán fokozódó O-GlcNAc-illáció vesefibrosishoz vezet.

Célkitűzés: T1DM állatmodellben a dapagliflozin (DAPA) antifibroticus és kardioprotektív szerepének igazolása, illetve az O-GlcNAc-illáció által mediált jelátviteli útvonalak feltérképezése.

Módszerek: Felnőtt, hím Wistar patkányokban streptozotocinnal diabetest indukáltunk, majd hat hétig DAPA-val (1 mg/ttkg/nap, po.) kezeltük az állatokat. Mértük a vérnyomást, a pulzust, a szisztémás metabolikus és renalis paramétereiket. Meghatároztuk az O-GlcNAc-szintet, a profibroticus növekedési faktorok expresszióját a vesében és a szívben, valamint értékeltük a fibrosisra jellemző szövettani károsodást.

Eredmények: A DAPA csökkentette a vércukorszintet, javította a vesefunkciót és mérsékelte a bradycardiát. A kezelés minimalizálta a fehérjék hyperglykaemia indukálta O-GlcNAc-illációját a vesében és a myocardiumban egyaránt. Ezzel párhuzamosan csökkent a profibroticus növekedési faktorok mennyisége, a renalis fibroticus szövet felhalmozódása, valamint az intima-media vastagság.

Konklúzió: Kísérletünkben azonosítottunk egy új útvonalat, melynek során a DAPA mérsékli az O-GlcNAc-illációt,

ezáltal csökkenti a fibrosist, így késleltetve a vesekárosodást és a cardiovascularis szövődmények kialakulását.

Támogatások: LP008/2017, OTKA-K112629-FK124491-NN-114607, VKE-2017-00006, FIKP

A szegedi Nephrologia-Hypertonia Centrum vesebiopsziás anyagának áttekintése 10 év távlatában (2007. január–2016. december)

Légrády Péter¹, Balog Attila¹, Bajcsi Dóra¹, Bitó László¹, Fejes Imola¹, Constantinou Kypros¹, Letoha Annamária¹, Sonkodi Sándor¹, Ondrik Zoltán¹, Lencse Gerda¹, Boros Tímea¹, Kemény Éva², Iványi Béla², Ábrahám György¹

¹SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

²SZTE ÁOK, Patológiai Intézet, Szeged

Munkánk célja a szegedi Nephrológia-Hypertonia Centrumban egy 10 éves periódusban végzett vesebiopsziák leíró jellegű áttekintése volt. Retrospektív elemeztük a 2007. 01. 01–2016. 12. 31. közötti időszakban a centrumban végzett vesebiopszia adatait. Az adatgyűjtés során a betegeknek rögzítettük a demográfiai adatokat, a vesefunkciót, a diabetes és hypertensio esetleges fennállását, a patológiai diagnózist, a klinikai felvetéseket, továbbá a biopsziák során történt szűrások számát, és az esetleges szövődmények jelentkezését.

A vesebiopsziák száma 451 volt. A betegek átlagéletkora $48,7 \pm 15$ év volt (férfi 43,5%, nő 56,5%). A leggyakoribb indikációként szereplő klinikai diagnózis a nephrosis (38,8%), valamint nephritis szindróma volt (24,2%). A leggyakoribb klinikai felvetés (303 betegnél) a focalis segmentalis glomerulosclerosis volt (107/303), de csak 53 esetben igazolódott szövettanilag, ez az összes eset 11,8%-a és a felvetések 17,5%-a. A leggyakoribb patológiai diagnózisok a membranósus nephropathia (18%) és az IgA nephropathia (12,4%) voltak. A diabeteses nephropathia csak 7,5%-ban fordult elő. A leggyakoribb klinikai felvetés a focalis segmentalis glomerularis sclerosis (35,3%), a membranósus nephropathia (32,7%), valamint az IgA nephropathia (20,8%) voltak. A diabeteses nephropathia a felvetések 12,2%-át tette ki. Minor, beavatkozást nem igénylő szövődmény 98 esetben (21,7%) fordult elő, major komplikáció 13 betegnél (2,9%) jelentkezett. A szövődmények gyakorisága és az életkor, a mintavételezés során szükséges szűrások száma és az életkor vagy testtömegindex, illetve szövődmények gyakorisága között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot.

Eredményünk alapján a focalis segmentalis glomerulosclerosis klinikailag túlbecsüljük, bár tény, hogy a három leggyakoribb szövettani eltérés között van. Valószínűleg hasonlóan túlzó a diabeteses nephropathia is, mint klinikai diagnózis, hiszen a szövettanilag igazolt esetek ennek csak kicsit több mint a felét teszik ki. A klinikai felvetések és a valós szövettani diagnózisok rendszeres összevetése és a mögöttük álló klinikai kép együttes elemzése segíthet, hogy a későbbiekben még nagyobb legyen az egyezés.

Felnőttkori minimal change nephropathia esete

Letoha Annamária¹, Iványi Béla², Gyói Alexandra¹, Bitó László¹, Schulcz Domonkos¹, Ábrahám György¹, Légrády Péter¹

¹SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

²SZTE, Patológiai Intézet, Szeged

Bevezetés: A minimal change nephropathia a leggyakoribb 2–6 éves korban, szelektív proteinuria jellemzi.

Esetismertetés: Az 55 éves férfi beteget nephrosis szindróma okának tisztázása, vesebiopszia elvégzése céljából vettük fel osztályunkra 2018. 04. 11-én. A betegnek 2018 februárjában lábdagadás háttérben 3+ proteinuria igazolódott. Ezt a területileg illetékes kórházban elkezdték kivizsgálni, ahol 6,4 g/nap vizeletfehérje-ürítés igazolódott. A kivizsgálás során lehetséges fogászati göcön kívül egyéb göc nem igazolódott, autoimmun vizsgálatok, virológia negatív lett. Az UH-vezérelt vesebiopszia a centrumunkban történt meg. Szövetani eredmény: Minimális elváltozású nephropathia, ún. IgM nephropathia variánsa. A minimális elváltozású betegség másodlagos formáinak a mérlegelését javasolta a patológus (fertőzés, lymphoma, allergia, szisztémás lupus erythematosus). A szekunder irányban végzett vizsgálatok negatívak lettek, ezért háromnapos nagy dózisu parenterális methylprednisolon lökésterápiát indítottunk a szakma szabálya szerint. Hazabocsátása napján 0,8 mg/ttkg dózisu per os szteroiddal folytattuk a kezelést. Ezt a szteroiddózist három hónapig folytattuk, majd ezt követően fokozatosan csökkentettük. Észlelésünk alatt a beteg antihipertenzív terápiáját több alkalommal módosítottuk, melyet követően vérnyomása közel céltartományban stabilizálódott. A proteinuria folyamatosan csökkent, májusban még 3,7 g/nap volt, júniusban 1,46 g/nap, júliusban 1,8 g/nap és augusztusban pedig 1,7 g/nap. Vesefunkciója megtartott maradt. A vérnyomáscsökkentők többszöri módosítása után vérnyomása átlagosan 110-125/60-70 Hgmm volt, maximum 125/80 Hgmm. Lábai már nem dagadnak, a közérzete jó, a szteroid dózisát tovább csökkentettük.

Konklúzió: A minimal change esetek 70–90%-ban gyermekkorban, 10–15%-ban felnőttkorban fordulnak elő. Gyermekkorban általában primer jellegű – többnyire idiopathiás, felnőttkorban inkább a szekunder forma jellemző. Szteroidra jól reagál, gyermekkorban 95%-ban négyhetes kezelés után azonban gyakori a relapszus, felnőtteknél 80%-ban 20–24 hetes kezelést követően komplett a remisszió. Esetünkben is jó reagált a beteg a kezelésre.

Sjögren-szindróma, rheumatoid arthritis és AL-amyloidosis egy betegben

Letoha Annamária¹, Kemény Éva², Gyói Alexandra¹, Bitó László¹, Schulcz Domonkos¹, Ábrahám György¹, Légrády Péter¹

¹SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

²SZTE, Patológiai Intézet, Szeged

Bevezetés: Az amyloidosis heterogén betegségecsoport, kóros szerkezetű fehérjék extracelluláris lerakódása és követ-

kezményes szervkárosodás jellemzi. Az AL-amyloidosis (korábban primer szisztémás amyloidosis) esetében szabad könnyűlánc szerepel amyloidogen molekulaként. A klinikai tünetek alapján felmerülő diagnózist szövettani vizsgálat támasztja alá.

Esetismertetés: Az évtizedek óta rheumatoid arthritis és Sjögren-szindróma miatt gondozott beteg nephrosis szindróma kivizsgálása és vesebiopszia elvégzése céljából került felvételre.

Laborvizsgálatok: Elektroforézis immunfixálással bétafrakció magasságában szabad lambda látható. Kappa szabad könnyűlánc ,94 mg/l, lambda szabad könnyűlánc 1240,0 mg/l, Kappa-lambda arány 0,01. Vizeletfehérje-ürítés: 820,9 mg/dl. Radiológiai vizsgálatok: Koponyafelvétel, kétirányú, medence, AP felvétel: Bal oldalon az os parietale dorsalis, caudalis részének megfelelően 7 mm átmérőjű területen látszik körülírtan megnövekedett transzpareniciájú terület, mely lyticus laesio lehetőségét vetette fel. Vesebiopszia (2017. 11. 15.): A biopsziás minta kiértékelése során AL-amyloidosis igazolódott lambda-pozitivitással, így hematológiai konzílium és Jamshidi-biopszia történt, mely myeloma lehetőségét is felvetette. Ezt követően hematológiai átvétel, azóta ott kezelik a beteget. Kezdetben heti egy alkalommal bortezomib, dexametason 20 mg, 50 mg thalidomid folyamatosan, majd 2018. március 20-tól öt alkalommal VTD-kezelésben részesült, majd thalidomid helyett Cytoxant indítottak.

Kezelések utáni laboreredmények: 2018. május: NA: 137 mmol/l; K: 4,4 mmol/l, Cl: 102 mmol/l; KARB: 5,1 mmol/l; KREA: 99 μmol/l; eGFR: 66 ml/min/1,73 m²; HU: 373 μmol/l, vizeletfehérje-ürítés: 292,2 mg/dl; napi fehérjeürítés: 10,81 g/nap.

Konklúzió: Ritka az AL amyloidosis együttes előfordulása Sjögren-szindrómával és Rheumatoid arthritisszel. AL-amyloidosisban a thalidomid és analógjai, valamint a bortezomib alkalmazásával is jók a tapasztalatok, mint esetünkben. A beteg életkilátásait leginkább a cardialis érintettség határozza meg. Fontos a korai diagnózis és a korán megkezdett kezelés.

The renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors ameliorate hyperglycaemia induced tubulointerstitial fibrosis in diabetic kidney disease

Agnes Molnar¹, Sandor Koszegi², Lilla Lenart², Judit Hodrea², Dora B. Balogh¹, Edgar Szkibinszkij³, Tamás Lakat¹, Laszlo Wagner⁴, Adam Vannay⁵, Andrea Fekete¹

¹MTA-SE „Lendület” Diabetes Research Group, Budapest; SE 1st Department of Pediatrics, Budapest

²MTA-SE „Lendület” Diabetes Research Group, Budapest

³MTA-SE „Lendület” Diabetes Research Group, Budapest; SE Department of Transplantation and Surgery, Budapest

⁴SE Department of Transplantation and Surgery, Budapest

⁵MTA-SE Pediatrics and Nephrology Research Group, Budapest

Aim: Diabetic kidney disease (DKD) is the leading cause of end stage renal disease in adults. In DKD the increased activation of renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) contributes to renal fibrosis. Although RAAS

inhibitors are the gold standard therapy in DKD, their antifibrotic effect has not been tested yet.

Methods: Human proximal tubular (HK2) cells were cultured in normal (5.5 mM) and high glucose (35 mM) medium and treated with RAAS inhibitors. Renal fibroblasts were treated with PDGF or CTGF (10–10 ng/mL) and RAAS inhibitors. Expression of TGF β , PDGF, CTGF and SMA levels were measured. After five weeks of streptozocin (65 mg/bwkg, i.p.) induced diabetes adult, male Wistar rats were treated for two weeks p.o. with ramipril, losartan, spironolactone or eplerenone (10–20–50–50 mg/bwkg/day, resp.). Vehicle-treated diabetic and healthy animals were controls (n=6/group). Blood pressure, renal and metabolic parameters were measured. Tubulo-interstitial fibrosis, fibronectin and collagen levels were evaluated and fibrotic marker levels were measured.

Results: High glucose increases PDGF and CTGF production of HK2 cells, that in turn induce SMA production in fibroblasts. In diabetic rats the declined renal function was ameliorated by RAAS blockers. The interstitial fibrosis, the amount of fibronectin and collagen were decreased by all RAAS inhibitors. Elevated renal PDGF, SMA, CTGF, MMP2 and TIMP1 levels were decreased by RAAS blockers. Aldosterone antagonists showed the most robust effect in improving GFR, decreasing fibronectin accumulation, and minimizing PDGF and CTGF production.

Conclusions: In proximal tubular cells hyperglycaemia-induced growth factor production increases the proliferation and transformation of renal fibroblast. RAAS blockers, directly acting on fibroblasts, decrease the production of profibrotic factors, by this ameliorate the process of renal fibrosis. All these findings suggest a new therapeutic potential of RAAS blockers, preferentially aldosterone antagonists in the treatment of renal fibrosis.

Grants: LP008/2017, OTKA-K112629, NNOTKA-11460, VKE-2017-00006, FK124491, EEMOFAKT-2017

Novel integrative framework to identify therapeutic targets and compounds for treating kidney fibrosis

Domonkos Pap¹, Zoltán Kiss¹, Beáta Szebeni¹, Apor Veres-Székely², István Márton Takács², Csenge Pajtók², Lili Jármí², Balázs Ligeti³, Attila J. Szabó⁴, Ádám Vannay⁴

¹MTA-SE, Pediatrics and Nephrology Research Group, Budapest

²1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest

³Faculty of Information Technology and Bionics, Pázmány Péter Catholic University, Budapest

⁴MTA-SE, Pediatrics and Nephrology Research Group, Budapest; 1st Department of Pediatrics, Budapest

Aims: Renal fibrosis is the hallmark of chronic kidney diseases and leads to declined renal function. Despite the evident medical need, there is still no effective therapy to inhibit or reverse renal fibrosis. Unilateral ureter obstruction (UUO) is the most frequently used rodent model to investigate the pathomechanism of kidney fibrosis. The use of gene knockout (KO) rodents has greatly

expanded the utility of the model in studying the role of various genes in excessive tissue remodelling. Our aim was to develop a novel integrative framework to improve the assignment of fibrotic target molecules and compounds which may have antifibrotic effects.

Methods: We performed a selective literature search to gather the publications examining the role of a selected gene with KO animals in the pathomechanism of kidney fibrosis after UUO. Among the identified pro and antifibrotic genes, those which also correlated with the severity of renal fibrosis in human studies were determined. The identified genes were linked to existing drugs or drug candidate molecules that are antagonists of profibrotic genes and, in the case of antifibrotic genes, agonists of the gene products. The identified drugs were ranked based on their physicochemical parameters and their mechanism of action.

Results: We found 164 publications in which KO animals were used to demonstrate that the absence of the examined genes directly influenced the amount of fibrotic collagen depositions in positive or negative directions after UUO. Among the identified 91 profibrotic and 73 antifibrotic genes 46 were described in the literature as a significantly altered during kidney fibrosis in humans patients. Related to these genes, more than 134 compounds were identified which can be useful in inhibiting renal fibrosis by their mechanism of action.

Conclusion: We established an innovative framework which can effectively identify compounds in various clinical phases that can be useful in inhibiting renal fibrosis.

Grants: OTKA K116928 and VKE-2017-00006. This project was supported by the János Bolyai Research Scholarship of the Hungarian Academy of Sciences.

A Seldinger-technikával végzett PD-katéter-implantáció helye és szerepe a diuretikumrefrakter szívelégtelen és cirrhosis hepatitisban szenvedő betegek PD-kezelésében, a kezdetektől napjainkig

Pistai Miklós, Demeter Zita, Szegedi János, Szűcs Attila B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont, Nyíregyháza; Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetem, Nyíregyháza

A diuretikumrefrakter szívelégtelenség nagymértékben meghatározza a szívelégtelen betegek rövid és hosszú távú életkilátásait, életminőségét, halálozását. A szívelégtelenség a fejlett társadalom leggyakoribb betegsége, a felnőtt lakosság 1–2,5%-át érinti. Magyarországon az incidencia 30–35 ezer fő/év, a prevalencia 250–300 ezer fő. Országunkban a májcirrózis a 3. leggyakoribb halálok, évente 20 ezer ember hal meg ebben a betegségben.

A betegek ellátásában kiemelt jelentősége van a peritonealis dialízisnek, miután a peritonealis dialízissel alkalmazott ultrafiltráció:

- Folyamatos, naponta végzett, kíméletes ultrafiltráció.
- Műszeres beruházást nem igényel.
- Stabilizálja a volumenstátuszt.

- Csökkenti a neurohormonális státusz aktivációját.
- Megőrzi a rezerv diuresist.
- Anyagcserehatása kedvező.
- Nem kell kétnaponta dialízisre járnia a betegeknek, csökken a hospitalizáció.

A diuretikumrefrakter szívelégtelenségben és terápia-refrakter cirrhosis hepatitisban szenvedő betegek peritonealis dialízisének alapvető feltétele a Tenckhoff-katéter implantációja. A Seldinger-technikával végzett katéterimplantáció nem igényel általános anesztéziát, kisebb a betegek megterhelése, kisebb a komplikációs ráta, a dialízis a katéterimplantáció után 36 órával már alkalmazható, költség-hatékony. A 2017-ben indult programban megfelelő és előzetes kritériumok alapján történt a betegek felvétele. 20 betegnél végeztünk központi műtőben local infiltrációt követően Seldinger-technikával PD-katéter-beültetést, a betegek közül 13 személy terápia-refrakter szívelégtelenségben, négy beteg dekompenzált vascularis cirrhosis hepatitisban szenvedett. Három beteg krónikus uraemiás, akiknek a sebészi PD-katéter-implantáció magas műtéti rizikóval járt volna, ezért végeztük a Seldinger-technikával történő beültetést. A PD-katéterek implantációja minden alkalommal sikeres volt, egy alkalommal észleltünk vérzéses szövődményt, amely konzervatív terápia mellett rendezhető és uralható volt. A beültetést követően végzett kezelések hatékonyak voltak, a betegek állapota és életminősége javult.

Krónikus hepatitis C vírus (HCV) -fertőzés renalis manifesztációinak bemutatása egy 39 éves beteg esetén keresztül

Répai Krisztina¹, Czuczor Viktória², Czirják Krisztián², Sipos Béla², Tornai István³, Balla József⁴

¹B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont, Nyíregyháza

²Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház, 1. sz. Belgyógyászat, Nyíregyháza

³Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen

⁴DEKK, Nephrológiai Tanszék-FMC Extracorporalis Szeropótló Centrum, Debrecen

Bevezetés: A krónikus HCV-fertőzés a májban krónikus gyulladást okoz, mely évek alatt májsugorhoz, az esetek egy részében hepatocellularis carcinomához vezet, mely végül májelégtelenséget, halált okoz. A krónikus HCV-fertőzött betegek több mint kétharmadánál más szervek, szervrendszerek is érintettek.

Célkitűzés: Betegünk esetén keresztül bemutatni a HCV-fertőzés renalis manifesztációit.

Betegek és módszerek: 39 éves anti-HCV-positív férfi beteg Beregszászon nephrosis szindróma miatt szteroid- és Endoxan-terápiában részesült, majd lábdagadás, gyengeség, hasi fájdalom miatt került kórházunkba felvétellel. A laborvizsgálatok nephrosis szindrómát igazoltak. Vesebiopszia történt, mely mesangiocapillaris glomerulonephritist igazolt.

Általános vesevédő terápia mellett ödémái csökkentek, otthonába engedték. Interferonmentes kezelésre az igényt benyújtottuk. Három hónap múlva ismételt felvétel nyert anaemia, romló vesefunkciós értékek miatt. Oliguriássá vált, pericardialis folyadék alakult ki. Dialízis bevezetése volt szükséges, de ödémái nem csökkentek. Pericardialis folyadék mennyisége fenestratiót tett szükségessé. Vasculitises bőrtünetek is kialakultak. Végül Debrecenbe, a Belgyógyászati Klinikára került.

Eredmények: A laborvizsgálatok II-es típusú cryoglobulinaemiát igazoltak. Bőrbíopszia során leukocytoclastic vasculitist véleményeztek. A beteg célzott interferonmentes antivirális terápiát kapott, mely mellett klinikai tünetei javulni kezdtek. Betegünkönél krónikus C vírus hepatitis talaján kialakult súlyos cryoglobulinaemias vasculitis, következményes mesangiocapillaris glomerulonephritis, súlyos nephrosis szindróma alakult ki, mely hypoproteinaemiahoz, veseelégtelenséghez, malignus hipertoniához vezetett.

Következtetések: A krónikus HCV-fertőzésnek számos extrahepaticus manifesztációja van, melyre gondolni kell, hisz időben való felismerés és célzott terápia mellett mind a hepaticus, mind az extrahepaticus szövődmények gyógyíthatóak!

Antikoaguláns terápia a dialízisben – a klinikai gyógyszerész tapasztalatai

Szabó Alexandra¹, Haris Ágnes², Dolgos Szilveszter², Cseh Ibolya¹

¹Szent Margit Kórház, Központi Gyógyszertár, Budapest

²Szent Margit Kórház, Nephrológiai Osztály, Budapest

HD-betegekben a pitvarfibrilláció, thromboemboliák és a kanülök megfelelő funkciójának biztosítása felveti tartós antikoaguláns (AC) terápia indikációját, azonban az urémiás állapot vérzéses szövődményekhez is vezethet.

Előadásom célja a dialízisközpontunkban 2017-ben krónikus HD-programban lévő betegek AC-terápiájának és a potenciális gyógyszerinterakciók értékelése a klinikai gyógyszerész nézőpontjából.

Módszer: Retrospektív vizsgálatunkban 101 krónikusan dializált beteg (55 férfi, 46 nő, 69±12 évesek, HD-idő 31/[IQR 45] hó) AC terápiáját elemeztük nemkívánatos események előfordulása szempontjából. Áttekintettük a vér-alvadási rendszert befolyásoló, társbetegségek kapcsán szedett egyéb gyógyszereiket, gyógyszerészi szempontból mérlegelve az interakciók rizikóját.

Eredmények: Betegeink közül hármát ideiglenes, 33-at tartós kanülon, 65 főt Cimino fisztulán keresztül dializáltunk. Állapotuk súlyosságára a morbiditási index (5,4±2,3), és az esendőségi index (3,7±1,7) utalt. A HD-kezeléshez 69%-uk nem fracionált heparint, 31%-uk LMWH-t kapott, emellett 13 fő clopidogrélt, 28 fő ASA-t, 29 beteg NSAID-ot is szedett. Az egyéb okból AC-t igénylő 31 beteg közül 20-an HD-mentes napokon is LMWH-t kaptak, 11-en szedtek orális antikoaguláns (OAC). Enyhébb vagy súlyosabb vérzés 34%-uknál,

thrombotikus szövődmény (7 ischaemiás stroke és 23 kanül/fisztula thrombosis) 30%-uknál következett be. A HD-mentes napokon is antikoagulált betegcsoportban gyakoribb volt a vérzések kialakulása (47% vs. 28%) és nagyobb volt a transfúziós igény (63% vs. 49%). OAC-t szedőknél az INR beállítás eredménytelennek bizonyult, csak egy betegnél sikerült az év >50%-ában terápiás INR-t elérni, ennek ellenére öt betegnek (45%) vérzéssel szövődménye jelentkezett. Kiemelendő, hogy a (legtöbbször orvosi utasítás nélkül) NSAID-ot szedőknél a reziduális vizelet mennyisége 492 ± 596 ml/nap, a nem szedőké 755 ± 772 ml/nap volt.

Következtetés: Rendkívül esendő betegeink AC terápiáját egyéni elbírálás alapján kell indítani. Amennyiben a dialízismentes napon véralvadást gátló kezelés szükséges, az LMWH biztonságosabb, mint az OAC. A betegek adherenciája gyógyszerész közreműködésével, gondozási tevékenységével javítható.

A nephrosisszindróma és a HIV-fertőzés kapcsolata

Szász Máté Sándor¹, Oswald Ákos², Kardos Magdolna³, Bécsi András⁴, Szlávik János², Vörös Péter¹

¹Dél-pesti Centrumkórház – Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet, II. sz. Belgyógyászati Osztály, Budapest

²Dél-pesti Centrumkórház – Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet, Infektológiai Osztály, Budapest

³Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest

⁴Dél-pesti Centrumkórház – Országos Infektológiai és Hematológiai Intézet, Urológiai Ambulancia, Budapest

Bevezetés: HIV-fertőzettekben a HIV-asszociált nephropathia (HIVAN) a végstádiumú vesebetegség leggyakoribb oka. Gyakran nephrosis szindrómaként jelentkezik, pontos diagnózisát a vesebiopszia eredményezheti.

Célkitűzés: Nephrosis szindrómával, veseelégtelenséggel járó, antiretrovirális terápiát kapó esetünkben a HIV-asszociált glomerulonephritis differenciáldiagnózisát ismertetjük.

Anyag és módszer: S. S. 51 éves férfi beteg HIV-fertőzése 1994 óta ismert, 1996-tól hármas kombinációban antiretrovirális kezelést kap. Diuretikumra jól reagáló perifériás ödémája 2017-ben jelentkezett, nefrológiai kivizsgálására 2018 januárjában észlelt microhaematuria, romló vese-funkciók miatt került sor.

Eredmények: A szükséges vizsgálatokat követően vesebiopsziát végeztünk, melynek szövettani feldolgozása membranosus glomerulonephritist igazolt.

Megbeszélés: HIV-fertőzés esetében a vesében specifikus és nem specifikus hisztológiai elváltozások jelenhetnek meg. HIVAN-ra jellemző típusos szövettani elváltozások az összeesett glomerulusok, a tubularis tágulat és kiterjedt tubularis sejtkárosodás. A membranosus nephropathia HIV-fertőzésben nem specifikus, de gyakori. A citopátia hátterében podocitadiszfunkció és cistosus tubularis károsodás áll. Podocitakárosodást okozhatnak egyéb vírusfertőzések, interferonterápia, hiperfiltráció, ischaemia,

toxikus ártalom és akut kilökődési reakció is. A HIVAN és más vesebetegségek növekvő prevalenciájának hátterében az érintettek növekvő életkora áll.

Következtetés: A HIV-fertőzettek korszerű kezelésüknek köszönhetően egyre gyakrabban élnek meg vesebetegségek kialakulását, melyek pontos diagnosztizálása elengedhetetlen a megfelelő gyógyszeres kezelés megválasztásához.

A beteg-együttműködés jelentősége a hypertoniás dializált betegek célértékének elérésében és fenntartásában

Szegedi János

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont, Nyíregyháza

A hypertonia népbetegség, meghatározza a lakosság egészségi állapotát, morbiditását, kardiovaszkuláris mortalitását, rehabilitációját, életminőségét. A vese és a hypertonia között ok-okozati kapcsolat áll fenn. A Magyar Hypertonia Társaság Regiszterének adatai szerint a hypertoniás betegek 26,1%-ban a GFR <60 ml/perc volt. A dialízist indokló alaphbetegségek között a hypertonia gyakorisága 2009-ben 15%, 2016-ban 22,8% volt. A dialízisprogramban kezelt betegek 80–90%-a hypertoniás. A hemodialízisprogramban kezelt betegek között a hypertonia gyakoribb.

A hypertoniás dializált betegek szövődményeit, mortalitását, életminőségét alapvetően meghatározza a hypertonia hatékony kezelése, a célérték elérése és fenntartása. A Magyar Hypertonia Társaság Regiszterének adatai szerint a hypertoniás populációban a célvérnyomást 2005-ig 27%-ban, 2016-ban 44,9%-ban érték el.

A dializált betegek antihipertenzív terápiájában fontos szerepe van az életmód és gyógyszeres terápiában a beteg-együttműködésnek. A folyadék- és sóbevitel optimalizálása, a hatékony dialíziskezelés nagymértékben befolyásolja a célvérnyomás elérését. A szakmai irányelvek a gazdag gyógyszerkincs ellenére a megfelelő célvérnyomás elérése és fenntartása a hypertoniás dializált betegek gondozásának egyik fontos célja. A célvérnyomást az ajánlások dialízis előtt <140/90 Hgmm-ben dialízis után <130/80 Hgmm-ben határozták meg.

A hemodialízisprogramban kezelt betegek az életmód-terápia mellett individualizált gyógyszeres terápiát igényelnek, megkülönböztetve a dialíziskezelés napját, illetve a két kezelés közti időszakot. A dialízis napján fontos a gyógyszerbevitel időpontjának optimalizálása, figyelmet kell fordítani a dialízishypotonia megelőzésére. Ennek érdekében HD-programban a kezelés beállításkor fontos a 48 órás ABPM-vizsgálat elvégzése, ennek birtokában a gyógyszeres terápia beállítása. HD-programban a beteg kétnaponta találkozik az ellátó teammel, ez lehetőséget teremt a hatékony kommunikációra, az együttműködésre. Fontos kérdés a gyógyszeres adherencia-perzisztencia javítása, melyben a hatékony kommunikációnak, a szóbeli, írásbeli informálásnak komoly szerepe van.

PD-programban a betegek havonta találkoznak az ellátó teammel, ennek megfelelően ezen populációban még na-

gyobb figyelmet kell fordítani a kommunikációra, a beteg-együttműködésre, az ABPM-vizsgálatok elvégzésére, az önvérnyomás mérésre, a vérnyomásnapló vezetésére.

A szerző részletesen értékeli a 235 beteg antihipertenzív terápiáját (184 HD, 51 PD-programban kezelt beteg) a célvérnyomás elérését és fenntartását. A HD-programban a hipertónia gyakorisága 78%, PD-programban 64,7% volt. A vizsgált populációban HD-programban a célvérnyomást 78%-ban, PD-programban 64,8%-ban érték el.

A célvérnyomás elérését alapvetően befolyásolja a beteg-együttműködés. A szerző tapasztalatai szerint a beteg-együttműködést meghatározza:

- az ellátó team (orvos, ápoló) személyisége, kommunikációs készsége,
- a humán erőforrás minősége,
- a beteg személyisége, kora, neme, szociális helyzete, egészségkultúrája,
- az ellátórendszer hatékonysága,
- az ellátórendszer kommunikációs színvonala, a betegoktatás minősége,
- a komplex gondozási program alkalmazása,
- a gyógyszeres kezelés, a gyógyszerkészítmények minősége,
- az együttműködési programok alkalmazása (ABPM, vérnyomásnapló stb.), a rendelkezésre álló informatikai rendszerek, a telemedicina lehetőségeinek kihasználása.

Nephrotic syndrome in a female patient with rheumatoid arthritis. What do the zebra bodies mean?

Magdolna Kardos¹, Tímea Várady², József Arányi², Ágnes Haris²

¹2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest

²Szent Margit Hospital, Nephrology, Budapest

We present the case of a 67 years old female patient with rheumatoid arthritis. In the last six years she had been treated with methotrexate, steroid, leflunomid and hydroxychloroquin. In January of 2018 she was diagnosed with nephrotic syndrome (7.1 g/day proteinuria), therefore we performed kidney biopsy at our department.

Histology results showed IgG₄ negative (presumably secondary) membranous nephropathy stage II-III. Besides this, electronmicroscopy detected laminated structures, so-called zebra bodies in the cytoplasm of podocytes.

We did not prove malignancy in the background of membranous nephropathy. As the cause of the zebra bodies, the possibility of both the Fabry disease and the drug-induced phospholipidosis had to be investigated. Besides a short summary of Fabry disease we present the differential diagnosis based on the clinical signs, alpha-galactosidase enzyme activity and genetic test.

Currently, the level of the patient's proteinuria is 1.6 g/day. Her nephrotic syndrome diminished. Despite of the improving clinical status, taking into consideration the two different histological findings, the patient needs to be followed up on the long-term.

Can SGLT-2 inhibitors induce renal failure

Péter Vörös, Máté Kerekes

Central Hospital of Southern Pest National Institute of Hematology and Infectious Diseases, Budapest

In connection with 101 reported cases U.S. Food and Drug Administration warning was published concerning acute kidney injury evoked by cana- and dapagliflozin therapy.

We discuss the possible effects of SGLT-2 inhibitors contributing to acute kidney injury based on literature data. Several publications are discussing this phenomenon to elucidate the possible actions, because SGLT-2 inhibitors evaluate significant glucosuria and osmotic diuresis by reducing abnormal hyperfiltration and enhanced glucose reabsorption. Moderate weight loss, reduced fat tissue amount, uric acid level, blood pressure, improved lipid levels are observed. Intraglomerular pressure, hyperfiltration and albuminuria is reduced by lowering increased SGLT and RAAS activation. Pronounced beneficial cardiovascular and nephroprotective effects are noticed besides of definitive improvement in glucose metabolism.

Although the possibility emerges, that these positive processes together in hemodynamically unstable, hypovolemic patients, besides excessive diuretic therapy, or in case of administering together with also profound intraglomerular pressure lowering RAAS blockers they can provoke acute kidney injury.

Through decreasing serum uric acid level, the increase of urinary uric acid concentration provoke the possibility of acute kidney injury as well. SGLT-2 inhibitors increase oxygen consumption in the medulla by enhancing transport activity, thus they contribute to acute kidney injury, especially in case of coadministration with NSAID or X-ray contrast media.

In favorable general condition acute kidney injury evoked by SGLT-2 inhibitors themselves is unlikely, but it is feasible, that together with other predisposing factors to acute kidney injury they contribute to the development of the disease. In these circumstances their application require more thorough attention.

Risk of dialysis and mortality in type 1 and type 2 diabetic patients. A nationwide study in Hungary

István Wittmann¹, Zoltán Kiss¹, György Rokszin², Zsolt Abonyi-Tóth^{2,3}, György Jermendy⁴, Péter Kempler⁵, László Barkai⁶

¹2nd Department of Medicine and Nephrological Center, Faculty of Medicine, University of Pécs, Pécs

²RxTarget Ltd., Szolnok

³University of Veterinary Medicine, Budapest

⁴Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest

⁵1st Department of Medicine, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest

⁶Institute of Theoretical Health Sciences, Faculty of Health Care, University of Miskolc, Miskolc

Aims: Type 2 diabetes is the leading cause of the renal replacement therapy, on the other hand, there are very few papers comparing dialysis data of type 1 and 2 diabetics. The aims of the present study were double, first, to assess the role of age and gender on the risk of dialysis in type 2 diabetic patients, and second, to compare risks of type 1 and type 2 diabetic patients in a nationwide study, based on the data of National Health Insurance Fund.

Methods: Type 2 diabetics (n=152,678) and randomly selected, matched controls (n=305,356) were identified. On the other hand, we identified all patients with type 1 diabetes between 2001 and 2014. Incidence of all-cause mortality, and dialysis were followed.

Results: Type 2 diabetics had a higher risk for dialysis (HR (95% CI), 2.06(1.87-2.28), $p < 0.0001$) compared to the controls. There was a significant interaction between the age and risk for dialysis ($p = 0.0163$) verifying a higher risk in the younger population and regarding gender ($p = 0.0310$) detecting a larger increase of risk in female type 2 diabetics. On the other hand, the risks for death from any causes were significantly higher in patients with type 1 compared to patients with type 2 ($p < 0.0021$), and the risk for dialysis was also higher among patients with type 1 compared to those with type 2 diabetes ($p = 0.0031$).

Conclusions: In this first, nationwide study, younger and female type 2 diabetic patients have an excess risk for dialysis. On the other hand, a higher risk for dialysis was found in type 1 compared to type 2 diabetic patients.

Fokozott nyirokdrenázs peritonealisan dializált Alport-szindrómás ikrekben

Zakar Gábor, Varga Andrea, Földi Jánosné, Staudt Szilvia, Giczyné Simon Szilvia
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár

Bevezetés: Az Alport-szindróma a IV. típusú kollagén szintézisének genetikai zavara. Klinikai tünetei a hibás kollagént tartalmazó bazális membránok okozta kóros működésekkel kapcsolatosak. A szerzők az előadásban peritonealisan dializált Alport-szindrómás fiatal egypetűjű ikerpár nőbetegeiket mutatják be, akiknek kórlefolyása és kezelése egyaránt tanulságokat hordoz.

Betegeink: Ö-né, J. M. (1978. 12. 02.) 2009 augusztusban sectio caesareával befejezett első terhessége után a nőgyógyászatról került először nefrológiai konzultációra proteinúria (napi 5 g), haematuria, vizenyők, GFR-csökkenés (30 ml/min) miatt. Fehérjevizelése egypetűjű ikertestvéreivel együtt már 14 éves korban kiderült, vérnyomása nem volt magas, terhessége alatt vizeletvizsgálat nem történt. A testvérek halláscsökkenése a beszédértés zavara kapcsán 20 éves koruk körül vált ismertté. 2009 októberben vesetűbiopsziás vizsgálat történt (Dr. Krizsán Mária, Szent János Kórház, Budapest). Focalis, segmentalis glomerulosclerosis mellett az EM-vizsgálat egyértelműen Alport-szindrómának felelt meg (dg.: Dr. Kaszás Ilona).

Betegünk ikertestvéreinek (J. A.) vizsgálata 2,69 g/l-es proteinúriát igazolt, mérsékelt se-alb-csökkenéssel és 2009-ben még norm. se-kreat-szinttel. A további kontrolloktól elzárkózott, legközelebb 2017. júliusban észleltük, ekkor már előrehaladott azotémiával.

Ö-né, J. M. vesefunkciója diéta, tüneti kezelés, ACE-gátló mellett az évek során lassan tovább csökkent, az eGFR 2016 decemberében már 12 ml/min volt. Preemptív Tx-listára vétel, dialízisedukálás történt. 2017 februárjában Tenckhoff-katéter-implantáció, PD-indítás 2017 novemberében történt. D/P átlagos (0,53), a 24 órás drenázs negatív volt (-600 ml körül), maradék diurézis 2000 ml körül, hiperhidráció nem alakult ki. A jelenséget – a drenázs- és UF-elégtelenség egyéb okainak kizárása után – fokozott nyirokdrenázs következményének minősítettük.

J. A. az ikertestvér 2017 júliusában fogászati góc okozta lázas állapot miatt került belgyógyászati ellátásra majd jelentős azotémiája miatt nefrológiai ellátásra (se-kreat 541 $\mu\text{mol/l}$, eGFR 8 ml/min). Testvéreinek bevonásával őt is PD-kezelésre edukáltuk, Tenckhoff-implantációjára 2017 szeptemberében, kezelésének indítására 2017 novemberében került sor. Napi 2 l körüli maradék diurézis mellett az ő oldatcseréit is napi 2x2 l 1,36%-os oldattal indítottuk, melyek esetében is „mínuszosak” voltak (kezdetben 800–1200 ml, majd napi 600 ml körül). Jelenleg mindkettő jól vannak, testsúlyukat tartják, vizenyők nincsenek.

Megbeszélés: Ö-né, J. M. „kezelt”, testvére J. A. „nem kezeltnek” tekinthető a GFR-vesztés, a vesebetegség-progresszió szempontjából. Az ennek ellenére szinte hónapra pontosan egy időben kialakuló dialízisigény a betegség genetikailag erősen meghatározott, inherens, általunk érdemben nem befolyásolható progresszió-mechanizmusára utal. Érdekes jelenség ugyanakkor az egyaránt megtartott maradék veseműködés (víz-diurézis) és a peritonealis transzportmechanizmus azonos eltérése, a fokozott nyirokdrenázs. Az esetek ismertetése kapcsán ennek lehetséges okaira, a peritonealis nyirokdrenázs még ma sem kellően tisztázott összefüggéseire is kitér az előadás.

Kashtan C. F1000 Research, 2017.; Abou Hijleh MF J. Anat, 1995.

A nephrosisszindróma kezeléséről két esetünk kapcsán

Zakar Gábor¹, Matolcsy András², Batai Árpád³, Fábrián János³, Degrell Péter⁴

¹FM Szent György EOK, II. Belgyógyászat, Nephrologiai Szakrendelés, Székesfehérvár

²Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutatás Intézet, Budapest

³Dél-pesti Centrum Kórház OHII, Budapest

⁴Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Patológiai Osztály, Kaposvár

Nephrosis szindrómaként felismert, 35 éves könnyűlanc-

nephropathiás férfi betegünkről (N. T.) a MANET 2016. évi nagygyűlésén már beszámoltunk. Esetében a probléma kezdetben az volt, hogy a nephrosis szindróma típusos klinikai tünetegyüttese ellenére nem volt egyértelmű a kemoterápia hematológiai indikációja. A kérdés azóta megoldódott, kemoterápia után csontvelő-átültetés történt. Betegünk jelenleg jól van, bár GFR értéke jelentősen csökkent. Esetismertetésünk célja a kappa-könnyűlánc MGUS-ként induló állapot további, már több mint kétéves kórlefolyásának, kezelésének és a hematológiai-nefrológiai együttműködés tanulságainak elemzése.

2015 áprilisában alacsony se-albumin-szinttel, vize-nyókkal, azotémiával és napi 3,5 g feletti proteinuriával észlelt hypertoniás, obes, erős dohányos, szívelégtelen 47

éves férfi betegünk (M. J.) esetében a tünetek alapján „ex juvantibus” szteroidkezelés gondolata merült fel – még a vesetűbiopszia elvégzése előtt. A nem ideális anatómiájú (105 kg-os) beteg veseszöveti vizsgálatához ragaszkodtunk. A lelet a tartózkodó terápiás attitűd helyességét igazolta, a vese szövettani képe súlyos, kiterjedt ischaemiás károsodást igazolt, mellékeletként koleszterinembolizációval. Betegünk azóta is jól van, vize-nyói minimálisak, GFR értéke három év alatt 25-ről 17 ml/min-re csökkent, proteinuriája napi 2 g körüli, se-albumin-szintje normális. Az eset kapcsán a szerző elemzi a nephrosis szindróma klinikai képét és laboratóriumi jellemzőit egymástól függetlenül létrehozó kóroki folyamatokat, a szindróma statikus definíciójának hibalehetőségeit.

SZAKDOLGOZÓK

Kezelhető-e a PD-peritonitis a beteg otthonában?

Áldott Judit, Rónás Györgyné, Hudi Krisztina, Gunity Mónika, Fekete Adrienn, Halmai Richárd
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 13. sz. Dialízisközpont, Dunaújváros

Bevezetés: A hazai és nemzetközi (ISPD) guideline-ok alapján a peritonitis kezelésében a gyógyszeres terápia irányelvei egyértelműek, azonban a gyakorlati részletek nem teljes körűen tisztázottak. Ezek közé tartozik az időben felismert hashártyagyulladásos esetek járóbeteg formában történő kezelésének lehetősége.

Cél: A Dunaújvárosi Kórházban hospitalizációt elutasító peritonitises esetek ambuláns kezeléséből szerzett tapasztalatok leszűrése.

Módszerek: Állomásunkon 2015 januárjától 2018 májusáig kezelt peritonitises esetek kórlefordulásának, a kezelés eredményességének, szövődményeinek vizsgálata. Az ambuláns, illetve a kórházi osztályon hashártyagyulladással kezelt betegcsoportok összehasonlítása.

Eredmény: A 18 peritonitises esetből 10 esetben történt otthoni kezelés, melyek közül mindegyik gyógyult. Az otthon kezelt tíz esetből egynél az egyhetes hospitalizáció után további hét napig a betegünk otthonában folytatta az előírt terápiát. A kizárólag kórházban kezelt nyolc esetből egy esetben gombás peritonitis igazolódott, ezért a Tenckhoff-katéter eltávolítására és modalitásváltásra volt szükség, egy beteg endocarditis következtében sajnos exiált, hat esetben értünk el teljes gyógyulást.

Következtetés: Jól edukált betegek időben észlelt nem súlyos peritonitiseinek ambuláns kezelése sikeresnek bizonyult. Ehhez a beteg megfelelő felvilágosítása és felelősségvállalása, az alarmírozó tünetek pontos ismerete, a támogató háttér és az egészségügyi személyzet modern kommunikációs eszközöket is kihasználó irányítása vezetett. Tapasztalataink alapján válogatott PD-s betegek peritonitise az otthonukban sikeresen és biztonságosan kezelhető.

Compliance és non-compliance a diéta területén, két esettanulmány tükrében

Benefiné Márton Marianna, Balla József
FMC Dialízis Center Kft., Debrecen

Célkitűzés: A non-compliance a végstádiumú veseelégtelenségben szenvedő betegek magas mortalitási mutatója mögött az egyik leggyakoribb okként szerepel. A betegek

nem ismerik megfelelően a szövődményeket és a diéta fontosságát. Nem tulajdonítanak jelentőséget a diéta betartásának, a gyógyszeres kezelés fontosságának, a műtétet igénylő mellékpajzsmirigy-túlműködés zavarának. Mint diétás tanácsadással is megbízott ápolóközpontunkban, célunk a betegek szemléletbeli megváltoztatása az ápolói tudás és tapasztalat felhasználásával.

Módszer: A szövődmények ismeretében a csont- és ásványi anyagcsere zavarán keresztül két esetismertetés együttműködő (1) és nem együttműködő (2) beteg esetében.

1. 30 éves beteg, pyelonephritis miatt 2001-ben került HD-programba. 2002-ben vesetranszplantációja volt, akut rejekeciót követően 2005-ben graftectomia, majd 2008-ban hyperparathireosis miatt teljes parathyroidectomia történt. 2013 óta újra HD-kezelésben részesül heti három alkalommal. Foszfátszintje 1,5 mmol/l.

2. 32 éves, Goodpasture-szindrómában szenvedő beteg, akinél 2005-ben oliguriás veseelégtelensége miatt HD-kezelés indult. Az előadásban táblázat szemlélteti a 13 év távlatában, milyen szignifikánsan emelkedett a parathormonszint. A beteg nem tartotta az előírt diétát, gyógyszereit nem szedte és a mellékpajzsmirigy-műtétet negálta. Jelenlegi laborértékei: foszfát 1,55 mmol/l, PTH-I 317,80 µmol/l.

Eredmények: Az együttműködő beteg csak diétával, gyógyszer szedése nélkül érte el a jelzett laborértéket. Teljes életet él, intenzíven sportol, tanárként dolgozik és neveli gyermekét. A műtét előtt ízületei fájtak, jelenleg erre utaló panaszja nincs. A non-compliance-ű beteg mára kerekesszékre kényszerült, óriási fájdalmak közepette él. Önmagáról való gondoskodást édesanyja és 13 éves fia segíti.

Következtetések: Ezen szövődmények szoros összefüggésben vannak egymással, jelentősen növelik a betegek mortalitását. A diéta betartása, betartatásának, a műtét fontosságának a hangsúlyozása rendkívül fontos feladat. A kórfolyamat lappangva, lassan alakul ki, amelynek a beteg nem tulajdonít jelentőséget. Ezen a szemléletmódon kell változtatni az orvos és az ápoló együttes összefogásával.

Dialízis Modalitás választó Táblázat (DMT) szakápolói alkalmazásának hatása a peritoneális dialízis incidenciájára

Bóka Ildikó, Magyar Katalin, Pápai Efraim
Diaverum Hungary Kft., Bajai Dialízis Központ, Baja

Célkitűzés: 2014 ősztől alkalmazzuk a Diaverum hálózatában a Dialízis Modalitás választó Táblázatot (DMT) a betegek döntését megkönnyítendő. A módszerrel szer-

zett szakápolói tapasztalatokról, lehetőségekről számolok be Magyarországon az eddig eltelt időszakban. *Módszerünk:* A PD-re alkalmas betegek körében a döntés a két modalitás között nehéz, ebben segítünk a DMT-vel. A módszer segítségével az arra alkalmas betegeket igyekszünk a PD irányába orientálni. A táblázat kitöltésében a szakápoló óriási segítség az orvosok számára. A betegek szorosabban kötődnek a szakápolókhoz, sok esetben nekik tesz fel kérdéseiket is. Igaz ez a predialízis gondozásból bekerülő és a már HD-n lévő páciensek esetében is. *Eredményeink:* Magyarországon 338 pácienszt vontunk be eddig a táblázat kitöltésébe, az összpoptuláció 17,4%-át. A Diaverum országai között hazánkban a legalacsonyabb a PD kontraindikációk aránya, nálunk a PD az elsődleges választás. Az ellenjavallatok aránya is csökkent 2015–2018. között. A predialízis időszakában felvilágosított betegek aránya 61%, ami tervezett dialíziskezdetet tesz lehetővé. Az otthoni kezeléssel szembeni előítéleteket jelentősen csökkentettük, elsősorban szakápolói segítséggel. Jelenleg országunkban a betegek 21%-a indul tervezetten PD-kezeléssel. 14% az akutan HD kezdetet követően váltók aránya. Míg 2012-ben csupán 19% volt a PD incidencia Magyarországon, 2017 végére ez 32%-ra emelkedett.

Következtetés: Magyarországon alacsonyabb a későn referáltak aránya, munkatársaink (orvosok és szakápolók) jól érzékelik azt, hogy a legtöbb beteg alkalmas PD-re és segítik a betegek modalitásválasztását. Sok páciens vált modalitást az akutan HD-vel kezdők körében is. A predialízises páciensek és a HD-n lévők esetében is nagy segítséget nyújtanak a szakápolók a betegek PD felé történő orientációjában.

Hasfali sérv: a peritonealis dialízis gyakori szövődményének esetei dialízisközpontunkban

Bóka Ildikó¹, Szabóné Kovács Anita¹, Magyar Katalin¹, Pánczél Balázs²

¹Diaverum Hungary Kft., Bajai Dialízis Központ, Baja

²Bajai Szent Rókus Kórház, Sebészeti Osztály, Baja

Célkitűzés: A Bajai Dialízis Központban 2005 óta választható modalitás a PD. Jelenleg betegeink 30%-a PD-s, 22 páciens. Az utóbbi időszakban megnövekedett közöttük a sebészeti ellátást igénylő hasfali sérv esetek aránya, erről számolnánk be részletesen.

Módszerünk: 2018 elején egy hónap leforgása alatt három PD-kezelt nőbetegünkönél alakult ki hasfali sérv, mely sebészeti ellátást igényelt. A műtétet követően mindannyian 6–8 hét időtartamra HD-kezelésre kerültek át. Két betegünkönél a műtét tervezett volt, ők már az operáció előtt HD-re kerültek. Mindkettejükönél preventív korábban már történt fisztulaműtét, így az átmenet „fájdalommentesen” zajlott. A harmadik eset azonban akutan alakult ki, betegünk hirtelen erős hasi fájdalmak miatt került hospitalizációra, ahol kiderült, hasfali, kizáródott sérve van, mely azonnali műtétet igényelt. Ő dializálókanül behelyezését követően került

HD-kezelésre. Érdekeség, hogy nála egy évvel ezelőtt szintén sérvkizáródás és műtét történt. Akkor ugyanúgy, mint most, semmilyen tünet, látható sérvkiboltosulás, szubjektív panasz a beteg részéről nem előzte meg a történést. Az ő esetében effektivitáscsökkenés figyelhető meg azóta a kezelésben. A sérv kialakulásában a megnövekedett intraabdominális nyomás, kötőszöveti gyengeség és két betegünkönél jelentős obesitas is szerepet játszott.

Összefoglalás: A hasfali sérv ismert szövődmény PD-nél. Nálunk halmozottan jelentkeztek az esetek rövid időn belül. Szerencsére minden betegünk szépen gyógyult, azóta visszakerültek PD-re.

Következtetés: Fontos a megelőzés és a már kialakult sérvnél mihamarabbi sebészeti szakvizsgálat a teendők megítélésére. Kiemelnénk a preventív fisztulaképzés előnyös voltát is a szövődmények elkerülésében.

Poszttranszplantációs diabétesz (PTDM) ápolói szemmel

Falvai Bálint, Pintérmé Lassú Adrienn

Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Definíciószerűen PTDM-ről beszélünk, ha 1. a transzplantációt követő posztoperatív szakban (de legalább három hónapig) inzulin- vagy OAD-igény merül fel vagy 2. a gondozási időszakban mért első HgBA_{1c} >6,5%, azokban az esetekben, amikor nem történt WHO szerinti OGGT. A PTDM előfordulási gyakorisága a jelenlegi immun-suppressziós protokollok mellett is magas, hatással van a veseátültetettek életminőségére, valamint a hosszú távú vesegraft és beteg túlélésére. Kérdésként merül fel, hogy felkészült-e a jelenlegi ellátórendszer a megnövekedett rizikójú betegszámból adódó ápolási kihívások leküzdésére?

Célkitűzés: Időben felismerni a veszélyt jelző tüneteket, komplexen kezelni a beteg számára új helyzetet, ehhez megfelelően képzett, összehangoltan működő ápolási személyzet individuális ellátási stratégiáját kialakítani. Mindemellert megnyerni a beteg bizalmát, hosszú távú együttműködését a sikeres utógondozásban.

Módszer: Részletes anamnézis, kockázatfelmérő score-ok alkalmazása (BMI, Norton-skála stb.), laborvizsgálatok (OGTT, HgBA_{1c}, bedside diagnosztika, T. vizelet), kiterjesztett, precíz, követhető obszerváció.

Eredmények: Esetbemutatáson keresztül: 47 éves polimorbid férfi beteg, megelőző DM nem volt jelen, transzplantációs riadó kapcsán mért HgBA_{1c}: 4,9%. Post tx. 8. napon észlelt ebéd utáni VC-emelkedés (10,0), spontán rendeződött. A 19. ápolási napon otthonába bocsátottuk. Ambuláns gondozás kapcsán fény derült a PTDM-re. A megfelelő intenzitású kezelés beállítása és komplex oktatás érdekében hospitalizáltuk. Az eredményes ellátást tükrözi, hogy a PTDM kialakulását követő hetedik hónapban a kezdő napi 22 NE inzulinigény 6 NE-re csökkent optimális szénhidrátanyagcsere-paraméterek mellett. Az

eset sikeres kimenetele azon múlt, hogy orvosi vezetés mellett jól szervezett elméleti, gyakorlati edukációt és pszichés vezetést a jól összeszokott ellátó csapat időben meg tudta kezdeni. Ehhez elengedhetetlen volt a páciens együttműködése, és a megváltozott állapothoz való pozitív hozzáállása.

Következtetés: Megfelelő beteg-együttműködés és jól működő ellátó team mellett a PTDM jól kézben tartható, és hosszú távon legyőzhető a kísérő szövődmények kialakulása nélkül.

Betegedukáció kicsit másképp

Farkas Beáta, Péllerné Csizmadia Zsuzsanna, Varga Gábor
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 17. sz. Dialízisközpont, Ajka

Célkitűzés: A dialízisgyakorlatban általános probléma a túlzott interdialitikus súlygyarapodás, és az ebből adódó soron kívüli dialízisigény, valamint az ezzel járó szív- és érrendszeri szövődmények. Betegeink jelentős része a rendszeres edukálás ellenére sem tudja a súlynövekedést értelmezni, nem érti, hogy a bevitt folyadék mennyisége miből tevődik össze. Ez megkérdőjelezi a konvencionálisan alkalmazott edukációs módszereink hatékonyságát bizonyos betegcsoportok esetében.

Módszer: Az oktatás során saját gyakorlatomból vett tapasztalati élményekkel, gyakorlati bemutatóval próbáltam a betegek érdeklődését felkelteni. Ehhez egy segéd-eszközt készítettem, mely jól demonstrálja a bevitt folyadék útját egészségesen működő vese esetében, és vizuálisan megjeleníti a dializált, nem megfelelő kontrollal rendelkező beteg folyadék viszonyait. Ezt kiegészítve néhány étel és gyümölcs folyadéktartalmát gyakorlati bemutató keretében ismertettem.

Eredmények: A betegek meglepődve tapasztalták, hogy a vese által ki nem választott, a szervezet számára felesleges folyadék hova jut, valamint, hogy azok az ételek, amelyeket eddig nem számítottak be a napi folyadékbevitelükbe mennyi vizet tartalmaznak. 2017 tavaszán 57, krónikus programban lévő betegünkől 53-an részesültek gyakorlati edukációban, jelenleg még 33 főt dializálunk. Közülük 19-en emlékeznek az edukáción látottakra, de a gyakorlati összefüggéseket nem tudják, 14 fő viszont a mindennapokban is alkalmazza. Nagyon meghatározó az edukáció hosszú távú eredményében a beteg együttműködése, melyet befolyásol személyisége, életkora, neme, mentális állapota, társbetegségei, kulturális környezete, iskolázottsága.

Következtetés: Az edukációt meghatározó tényezők ellenére a gyakorlatias, lehetőség szerint látványosabb oktatás jobban felkelti a betegek figyelmét, érdeklődőbbé teszi őket. A látottakat hosszabb ideig fel tudják idézni. Ahhoz, hogy az interdialitikus súlygyarapodás eredményeiben jelentősebb javulást érvényesítsünk, már a betegek dialízisprogramba kerülését követően rövid időn belül érdemes elkezdeni a részletes gyakorlati oktatást, amelyet aztán rendszeresen ismételnünk kell a krónikus dialízisprogramban is.

Minőségirányítás a dialízisben ápolói szemmel

Farkas Tiborné

FMC Dialízis Központ, Sátoraljaújhely

Célkitűzés: Betegeink elégedettségének növelése, illetve a követelményeknek való megfelelés. A nem megfelelőségek megelőzése mindennapi munkavégzésünk során, érintve minden területet. Minőségi munka végzése a lehetséges kockázatok ismeretében. Balanced score card (BSC) eredményeink javítása a gyökérokok feltárásával, csapatszellem megerősítésével, fókuszban a betegellátással.

Módszer: 2013-as auditunk után átgondoltuk és egyénre szabva átszerveztük helyi egyedi feladatainkat. Vezetőinkkel együtt felmértük és értékeltük eddigi eredményeinket. Minden egyes területet alaposan megvizsgáltunk, majd közösen igyekeztünk az ISO szabványainak és a szakmai irányelveknek megfelelően ezeket módosítani, javítani. Helyi dokumentumainkat felülvizsgáltuk, aktualizáltuk, rendszereztük. Lehetőségeinkhez mérten próbáltunk felkészülni az auditokra.

Eredmények: 2013: Audit során 19 enyhe eltérést (ebből öt ápolásszakmai), egy nagy nem megfelelést (orvosszakmai) és hat javaslatot kaptunk. BSC-beteg perspektívában 79,8%-ot teljesítettünk. 2014: Egy nagy nem megfelelés, és két ápolásszakmai enyhe eltérés került feltárára, illetve egy javaslat. BSC-beteg perspektívában 93,77%-ot teljesítettünk. 2015-ben eltérés nem, hét javaslat, továbbá két területen pedig hálózati szintű legjobb gyakorlat (oktatás, testösszetétel mérése területén) került megállapításra. Betegperspektívában 100%-ot értünk el. 2018-ban szintén eltérés nélkül, két javaslattal és legjobb gyakorlattal betegoktatás területén zártunk. A feltárt problémák megoldása, javítása megtörtént, melyeket evidenciák támasztanak alá.

Következtetés: Az eredmények eléréséhez összehangolt munkavégzés szükséges a team részéről. Az elkötelezett vezetők nélkülözhetetlenek, akik meglátják, felismerik és fejlesztik a dolgozóknak lévő lehetőségeket, melyek a feladatok elosztásában elengedhetetlenek. Akkor tudunk egy feladatban jól teljesíteni, ha az hozzánk közel álló és magunkénak érezzük. Az ISO rendszerek alkalmazása nem minden esetben egyszerű és érthető, de ha kellő segítség mellett azt jól alkalmazzuk, minőségi ellátást eredményez. Ennek érdekében azonosulni kell feladatainkkal, törekedve a felmerülő problémák megoldására.

Hemodialízis, hemoperfúzió szerepe a toxikológiai betegellátásban

Fekete Mónika, Szegedi János

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont, Nyíregyháza

Cél: Retrospektív adatgyűjtés módszerével Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei mérgezőesemények felmérése az

elmúlt 15 év adatait tekintve, kiemelve 2015, 2016 és 2017 adatait.

A statisztika alapján a toxikológiai esetek száma nő. Ebben az öngyilkossági szándékból eredő mérgezések mellett a nem szuicid esetek számának növekedése is szerepet játszik. Magyarországon évente 20–25 ezer beteg kerül kórházba mérgezések miatt, 30%-uk súlyos mérgezés okán.

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében évek óta hatékonyan működik a progresszív toxikológiai ellátás, a nyíregyházi SBC Toxikológiai Centrum feladatait látja el. A centrum és a 2. sz. Dialízisközpont naprakész együttműködése biztosított, minden extrakorporális méregtelenítést igénylő betegnél lehetőség van a hemodialízis, a hemoperfúzió és a plazmaferézis elvégzésére.

A vizsgált időszakban nőtt a sürgősségi ellátásban a betegek száma (32 775–38 850), ezen belül jelentős mértékben emelkedett a toxikológiai betegek száma és aránya (1202–2261). Az indítékot értékelve nőtt a szuicid szándékú mérgezések száma (803–1735).

Az intoxikált betegek között az extrakorporális kezelést igénylő esetekben 64%-ban etilén-glikol, 28%-ban gyógyszermérgezés volt igazolható. A megyében kiugróan magas az etilén-glikol mérgezetek száma, melyben szerepet játszik a megye szociális helyzete, a rossz egészségkultúra, illetve az alkoholisták magas száma. A betegek döntő többsége férfi volt (14 nőt és 58 férfi beteget kezeltek).

Mortalitási adatok értékelése: A hemoperfúzióval kezelt betegek között halálozás nem volt, a hemodializált betegeknél a mortalitás 11,34% volt.

A többéves tapasztalat alapján a toxikológiai betegek ellátásában kiemelt jelentősége van a progresszív ellátásnak, melyben az általános ellátás mellett fontos az extrakorporális méregtelenítések biztosítása is. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében országosan is példaértékű a Toxikológiai Centrum és a dialízisközpont hatékony együttműködése, mely meghatározza a terápiás eredményeket is.

Nagyvénakanül-implantációk nővéri asszisztálása: hobbi vagy ápolási kompetencia?

Filotás Ágnes, Zakar Gábor

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár

Bevezetés: A dialíziskezeléshez szükséges ideiglenes és tartós nagyvénakanül-asszisztálása a nefrológiai szakápolók szakmai és vizsgáztatási követelményrendszerében (SZVK, 2016-os módosítás) az előírt tevékenységek között szerepel. Nincs konkrétan megjelölve az „asszisztálás” szakmai tartalma és az előírt eszközök listája. Az urémiás betegek több mint fele világszerte nem tervezetten, kanüllel kezdi a dialízist, az implantáció indoka mindennapos, fontos tehát az asszisztálás körülményeinek, lépéseinek pontos meghatározása.

Betegek, módszer: A szerző közel tízéves kanülasszisztálási tapasztalatai és a 9. sz. Dialízisközpont napi gyakorlata alapján elemzi a dialíziskanül-implantáció asszisztálásának

lépéseit, eszköz- és anyagigényét, a szükséges együttműködési feltételeket (sterilizálás, radiológia, érsebészet), a kapcsolódó szervezési és anyagellátási nehézségeket. Tapasztalatai alapján javaslatot tesz a kanülimplantációhoz szükséges alap eszköz- és anyaglistára, valamint a dialízisápolók (nem csupán nefrológiai szakápolók) által elsajátítandó kanülasszisztálási gyakorlatra

Megbeszélés: A dialíziskanülok beültetésének hazai gyakorlata nem egységes, a nefrológus szakorvosok számára a kanülimplantáció elsajátítása csak ajánlás, míg a nővéreknek az asszisztálás követelmény, a tényleges közreműködés azonban ma még esetleges, „hobby szintű”. Fontos lenne a dialízisápolók asszisztálási kompetenciájának meghatározása, ilyen irányú jártasságuk széles körű megszerzése, ehhez azonban a nefrológusok támogatása, gyakorlati képzésük kiterjesztése is szükséges.

A betegcompliance jelentősége a tartós centrális véna katéter ápolásában

Gerhák Ferencné, Keresztesi Sándor

FMC Dialízis Központ, Kecskemét

Céltűzés: Dialízis Központunkban betegeink életkora és érstátusza miatt 25%-ban a kezeléseket adekvát kivitelezéséhez tartós centrális véna katétert (CVC) alkalmazunk. A katéterek behelyezését teljes egészében központunkban végezzük, kiemelkedő fontosságot tulajdonítva a behelyezés műtéti körülmények közötti biztosításának, valamint a katéter exit site hálózati szabályozás által előírt ápolási protokoll betartásának. Az ápolószemélyzet maximális gondossággal végzett katéterápolása ellenére is számtalan esetben találkozunk exit site fertőzéssel és annak súlyos szövődményeivel, valamint extrém esetekben a CVC rongálódásával, sérülésével. Vizsgálatunk célja volt a szövődmények hátterében kialakuló okok felderítése, pontosítása és ezek kiküszöbölése.

Módszer: A papíralapú és elektronikus betegdokumentáció elemzése 2016. évtől 2018. első fél évig, mely a műtétet megelőző MRSA-szűrésen keresztül a behelyezés leírására, a kezeléseken való megjelenés gyakoriságára, valamint a kezelésként dokumentált exit site ápolási dokumentációra vonatkozott. A vizsgálat kiterjedt az orvos által előírt gyógyszeres kezelés megfigyelésére is, amely helyileg vagy szisztematikusan alkalmazott terápia volt.

Eredmény: A pontosan vezetett dokumentációnak köszönhetően hat esetben az exit site fertőzések hátterében a nem megfelelő betegcompliance állt. A vizsgált időszakban minimum havonta négy kezelés kihagyása következettben a nem megfelelő, vagy elmulasztott exit site ápolás jelentős kockázattal bír a CVC állapotának romlásában, a fertőzések kialakulásában, valamint a katéterátjárhatóság minőségében, amely a kezelés kivitelezésének nehezítettsége mellett a beteg életminőségét, életkilátásait jelentősen rontja.

Következtetés: A betegoktatás jelentősége CVC-kezelt betegeink körében is kiemelkedően fontos. Az ápolók szerepe nemcsak a beteg, de a beteget ellátó környezet megfelelő tájékoztatására is ki kell, hogy terjedjen. A beteg együttműködésének nagy jelentősége van a fertőzések

prevenciójában, valamint a CVC élettartamának és minőségének hosszú távú megőrzésében.

Testösszetétel-monitor (BCM) alkalmazása műveseállomásunkon

Hajnal Katalin, Vakli Hajnalka

Uzsoki Utcai Kórház, Műveseosztály, Budapest

Célkitűzés: A dializált betegek hiperhidrációja éppúgy, mint volumenhiányos állapotuk, alultápláltságuk számos komplikációval, a halálozás rizikójával jár. 2018 márciusa óta van lehetőségünk a dializált vesebetegek vizsgálatára tervezett BCM Fresenius Medical Care készülékkel betegeink szervezetének zsír- és víztartalmát, valamint izomhányadát megállapítani. A vizsgálat a kezelőágy mellett könnyen elvégezhető, nem invazív, bármikor megismételhető, pontos adatokkal segíti a szárazsúly meghatározását és a tápláltsági állapot felmérését. Műveseállomásunkon célul tűztük ki hemodializált betegeink BCM-vizsgálatát, az eredmények alapján szükséges változtatások elvégzését.

Módszer: Eddig 41 krónikus hemodializált betegünknel végeztünk dialízis előtt méréseket, 21 betegnél a mérést négy hónap múlva megisméltük, és értékeltük a klinikai változásokat (nehezen kezelhető magas vérnyomás változása, hypotóniás epizódok előfordulásának gyakorisága, a szubjektív terhelhetőség megítélése). 13 beteget nem mértünk a következő okokból: pacemaker, amputáció utáni állapot, csípőprotézis, trauma utáni fémrögzítés.

Euvolaemiát véleményeztünk, ha a BCM-mérés és a száraz súly közötti különbség nem haladta meg a 0,5 litert.

Eredmények: Változtatást nem igénylő euvolaemiát mértünk 11 betegünknel. Szárazsúly-csökkentésre volt szükség 23 betegünknel (átlag 2,7 kg-mal). Egy terápiaerezisztens hipertóniás betegünk csak az objektív mérési adatok láttán volt meggyőzhető az addigi szárazsúly nem megfelelő értékről. Hypovolaemiát hét betegnél igazoltunk. Egy betegünknel immunbetegségének heveny kiújulása miatt rövid időn belül bekövetkezett nagyfokú izomtömegváltozás mellett a BCM segítségével tudtuk a víztartalmat pontosan követni, másik két betegünknel stabil jó állapotukban relatív gyors súlygyarapodásukkal biztonságosan lépést tartani.

Következtetés: A BCM nagy segítséget nyújt a dializált betegek ideális folyadékkegyensúlyának eléréséhez, aktuális klinikai állapotukhoz való igazodáshoz. A betegek tájékoztatása javítja a kezelő személyzet által javasoltak elfogadását.

PD-katéter megmentése gyulladással szövődmény esetén

Hoffmann Laura

Semmelweis Egyetem FMC Dialízis Center, Budapest

Célkitűzés: Az alábbi eseten keresztül szeretném bemutatni egy betegünk problémás exit site (ES) gyulladás kezelését, mely során a beteg PD-katétere – az egészségügyi személyzet szoros együttműködése és a kitartó kezelés mellett is – megmenthető.

Módszer: H. A. 44 éves férfi, PD-kezelte beteg. Anamnézisében hipertónia talaján kialakult krónikus veseelégtelenség szerepel. 2017 májusában PD-katéter-beültetés történt a Péterfy kórház sebészeti osztályán. Az oktatás során a beteg együttműködő, az ismereteket kiválóan elsajátította. Az ellenőrzések során a sebkezelést, az oldateserét pontosan és előírás szerint végzi. Az első sebkötözésen az ES érzékeny, rózsaszín Twardowski szerint traumatizált. Kezelés fiziológiás sóoldattal történt. Következő kötözéskor ES*gyulladás tünetei figyelhetők meg, terápia protokoll szerint. Bakteriológiai lelet alapján *Staphylococcus aureus* tenyésztett ki, ekkor a javasolt kezelés Gentamycin kenőcs és fiziológiás sóoldat. Későbbiekben sarjszövet jelentkezett, mely mellett a váladékozás továbbra is fennállt. Terápiát kibővítettük 10%-os fiziológiás sóoldattal, majd lápiszrúddal, ezüst-nitráttal, sebészeti kontroll történt. ES állapota tovább romlott, granulomaszövet alakult ki, a katétercuff áttört a bőrfelületen, a sebészeti konzílium katétercserét javasolt.

Eredmény: A katétercsere helyett végül a sebész az egyik cuffot távolított el, majd az ES állapotának folyamatos javulását észleltük. Kitartó kezeléssel és a beteg-PD-team-sebész szoros együttműködésével a katéter megmenthető volt.

Konklúzió: A beteg aktív életet él, részt vett a Velencei tó és a Balatoni RenBike túrán. 2018. július 2-án a betegnek sikeres transzplantációja volt. Folyamatos ES gyulladása esetén is megmenthető a PD-katéter.

Betegelégedettségi felmérés magyarországi hálózatunkban 2017-ben

Hohmann Krisztina

FMC Dialízis Center Kft., Budapest

Célkitűzés: A Fresenius Medical Care egészségügyi szolgáltatójaként a lehető legjobb minőségű dialíziskezelést nyújtunk betegeinknek, melynek eléréséhez kiemelkedően fontos betegeink véleménye. Ennek érdekében szeretnénk megismerni a HD-kezelte betegek – cégünkről és az általunk nyújtott szolgáltatásokról – alkotott véleményét. A legmagasabb szintű ellátás biztosítása betegeink részére.

Módszer: Nemzetközi központunk által készített kérdőív, mely papíralapú vagy online módon is kitölthető. Anonim, minden HD-kezelésben részesülő beteg a magyarországi hálózatban. Az online tartalom és értékelési rendszer teljes mértékben megegyezik a papíralapú verzióval. A felmérés három fő témakör köré épült: 1. a betegek tájékoztatására vonatkozó hét kérdés, 2. a dialízisközpontokra és a klinika személyzetére nyolc kérdés, 3. összesített értékelés az elégedettségre vonatkozóan öt kérdés.

Eredmény: A részvételi arány a magyarországi hálózatban 78%-os volt. Az előző felméréshez viszonyítva az elégedettségi szint 91%-ról 93%-ra emelkedett. A betegeink 53%-a több mint öt éve dialízisprogramban van, és 75%-a AV-fisztulával rendelkezik. A nemek megoszlása szerint a férfiak 54%-os többségben vannak, és betegeink mindössze 7%-a aktív dolgozó.

Következtetés: Az országos jelentés bemutatja az alapvető adatokat és a központok rangsorolását, míg a központok

jelentései részletesek és a betegek észrevételeit is tartalmazták. A kérdőív kitöltésével betegeink hozzájárulnak a betegellátás színvonalának fejlesztéséhez, és a szolgáltatásaink bővítésére, javítására első kézből kaphatjuk meg a javaslatukat.

A májelégtelenség alternatív kezelési lehetőségei

Kabai Péter, Balla József

FMC Dialízis Center Kft., DEKK-ESZC-FMC, Debrecen

Célkitűzés: Májpótló kezelés (Prometheus, Mars) Magyarországon csak transzplantációs listán szereplő betegeknek lehetséges. Dialízisközpontunk, mint extrakorporális szervpótló centrum működik, nemcsak a vesebetegek kezelését látja el, hanem több szerv működéskiesésének pótlását is, így az akut májelégtelenség kezelését is. Célunk, az akut májelégtelenség kezelése transzplantáció előtt, illetve transzplantáció nélkül, vagy azoknál a betegeknek, akik nem kerülhetnek transzplantációs listára, ezáltal elkerülni a beteg romló állapotát.

Módszer: N. R. 23 éves nőbeteg. Anamnézisében nagyobb betegség nem szerepel. 2017. 05. 28-án zavart, láz, hasi fájdalom, hányás jelentkezett.

Vélemény: Diabetikus ketoacidosis (diabetes nem ismert anamnézisben). Másnapra hasa meteorisztikussá vált. Javuló klinikai kép ellenére a laborparaméterek romlanak, GOT: 18 351 U/L, LDH: 15 321 U/L, GPT: 6775 U/L. DIC-re utaló hemosztázis, rapidan csökkenő májfunkció, pancreas kontúrja elmosódott, szerkezete inhomogén. Átvétel intenzív osztályra, transzplantációs klinikával kapcsolatfelvétel megtörtént. Ci-Ca CVVHD + Cytosorb kezelés indult, 72 óra elteltével májfunkció javult, azonban a beteg szoporózus, agyödémára utaló jelek mutatkoztak, ezért Cytosorbbal történő kezelése befejeződött, 8 E FFP-vel plazmaferézist végeztünk. Gyulladásos értékei, illetve májfunkciója javult. GOT: 127 U/L, LDH: 238 U/L, GPT: 465 U/L. Tudatállapota jelentősen tisztult.

Eredmény: A beteg májfunkciói rendeződtek, gyulladásos paraméterei csökkentek, tudatállapota helyreállt. 23 nappal később otthonába távozott. Nagy inzulinigényű I. típusú diabetes mellitus, mely tartósan fennáll, diabetológussal konzultáció történt. 2017 augusztusában normál mennyiségű inzulinigénye van, a beteg tünet- és panaszmentes.

Következtetés: A Cytosorb kezelés plazmaferézissel kombinálva alkalmas a máj működésének pótlására akut esetben.

A hasi dializálókátéter kilépési pontját érintő kontakt dermatitis ellátása a nővéri gyakorlatban

Kerkovits Olga, Biró Beáta, Ambrus Csaba

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 1. sz. Dialízisközpont, Budapest

Célkitűzés: Mindennapi gyakorlatunkban non-infekciózus bőrbetegségekkel is találkozunk, melyek érinthetik a kilépési pontot és az alagút területét. Poszter előadásunk célja

figyelemfelkeltés, illetve kontakt dermatitis okozta exit site megbetegedések kezelésében szerzett tapasztalataink megosztása.

Eredmények: Állomásunkon a hasi dializált betegek közel 30–40%-ánál észlelünk valamilyen allergiás, kontakt dermatitis kialakulására utaló jelet a kezelés megkezdését követő 1-2 hónapon belül. Az általunk ismert irodalomban gentamicin, povidon jód, octenidine hydrochloride/phenoxyethanol, a katéter szilikonja által előidézett allergiás kontakt dermatitist bemutató esetek kerültek leírásra hasi dialízis kapcsán. Bőrgyógyászati gyakorlatban azonban a legkülönbözőbb anyagok: fémek, kozmetikai alapanyagok, festékek, ragasztók, akár gyógyszerek (benzocain) szerepelnek kiváltó tényezőként. Gyakorlatunkban két súlyos, a kilépési pontot és ápolási, kötözési területét érintő dermatitis fordult elő. Betegeinknél szövődményként fertőzés alakult ki, mely a kiváltó tényezők elhagyása, többszörös kötőscsere, antibiotikum alkalmazása mellett gyógyult.

Következtetés: Az exit site kontakt dermatitise fertőzésre jellemző tüneteket produkálhat. Infekciótól való elkülönítése nehéz, de az éles, körülhatárolt, a kötszer által fedett területen jelentkező elváltozások irányt mutatnak. A korábban használt, kiváltó tényezőként szerepelhető anyagok elhagyása szükséges. Továbbiakban a terület higiénikus kezelése, tisztán tartása, rendszeres ápolói és orvosi ellenőrzése mellett lokális szteroid alkalmazása, esetleg p.o. antihisztamin, a felülfertőzés megakadályozása, annak megjelenésekor korai antibiotikus kezelése és gyógyítása a feladat. Nemzetközi gyakorlatból ismerjük, hogy az exit site kötözés teljes elhagyása is lehetséges a megfelelő higiénés rend betartása mellett. Gyógyulást követően a kiváltó ágensek kerülése alapvető, valamint alapos betegedukáció, hisz egy újabb, az allergénnel való találkozás hevesebb bőrtüneteket eredményezhet. Differenciáldiagnosztikai nehézség esetén allergiatesztek, bőrbioopszia is szükségesé válhat bőrgyógyász bevonásával.

Krónikus vesebetegségben szenvedőkre adaptált gerinctorna alkalmazása a nem specifikus derékfájdalom csökkentésére

Király Enikő¹, Szilágyiné Lakatos Tünde¹, Veres-Balajti Ilona², Kárpáti István³

¹DE Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Debrecen

²DE Népegészségügyi Kar Fizioterápiás Tanszék, Debrecen

³DE AOK Belyógyászati Intézet, Nephrológia Tanszék, Debrecen

Célkitűzés: A népbetegségnek számító nem specifikus derékfájdalom nagyon gyakori a krónikus vesebetegek körében is. A vesebetegekre jellemző csökkent fizikai aktivitás, a tartós egy helyben ülés és fekvés, az aszimmetrikus terhelés az izomerő csökkenéséhez, a gerinc mozgásainak beszűküléséhez, fájdalom kialakulásához vezetnek. A gerinctorna fontos eszköz a derékfájdalom kialakulásának megelőzésében, valamint a tünetek enyhítésében.

Módszer: Vizsgálatunkat 13 krónikus vesebetegségben szenvedő beteg (három HD-programban kezelt, kettő PD-programban kezelt, két korai stádiumú, hat vesetranszplantált) körében végeztük. A résztvevők 15 héten át

heti egy alkalommal, egyórás időtartamban vettek részt gerinctornán, melynek célja a gerinc tartásáért felelős izmok nyújtása, erősítése, valamint a gerincfájdalom csökkentése volt. A KDQOL – SF (Kidney Disease Quality of Life) kérdőív magyar adaptációját használtuk a fizikai képességek vizsgálatára. A fájdalom mértékéről a VAS-skála (Visual Analog Scale) segítségével tájékozódunk.

Eredmények: A kérdőív adatainak elemzése alapján a 15 hetes tornaprogram végén a résztvevők jobbnak ítélték meg általános egészségi állapotukat. A közepesen megterhelő fizikai tevékenységek (pl. porszívózás, kirándulás) végzése a betegek csupán 27%-át nem korlátozta az első felméréskor, míg a tréninget követő második felméréskor már 72%-át. A tornaprogram előtt a betegek 72%-ának jelentett korlátozó tényezőt az egy kilométernél hosszabb táv gyalogos megtétele, a tréninget követően csupán 27%-uknak. A tornaprogram végére a bevásárlószatyor felemelése és cipelése a betegek 45%-át egyáltalán nem korlátozta. Az előrehajlás, letérdelés a tornaprogram elején a betegek 54%-át kissé korlátozta, a 15 hetes tréninget követően a betegek 100%-a válaszolta, hogy egyáltalán nem korlátozza a mindennapjaiban. A VAS-skála kezdeti és záró felmérés eredményeinek összehasonlításakor a vizsgálatban résztvevők fájdalomérzete szignifikáns csökkenést mutatott.

Következtetés: Eredményeink alapján elmondható, hogy a célzott gerinctorna hatékony eszköz lehet a krónikus vesebetegek nem specifikus derékfájásának kezelésében és a mindennapi terhelés könnyebb viselésében.

A hasi dializáló team szerepvállalása dialíziskonverziót igénylő ritka esetünk kapcsán

Lévai Szilvia¹, Biró Beáta¹, Ambrus Csaba¹, Herczeg György²

¹B. Braun Avitum Hungary Zrt., 1. sz. Dialízisközpont, Budapest

²Szt. Imre Egyetemi Oktató Kórház, Általános Sebészeti Osztály, Budapest

Célkitűzés: A megfelelő kommunikációs csatornák és a nővéri szerepvállalás bemutatása dialízismodalitás konverziója esetében.

Esetbemutató: 62 éves nőbetegünk hemodialízise 2016 májusában indult diabeteses nephropathia talaján kialakult végstádiumú veseelégtelenség miatt. Gondozása során a beteg már edukációban részesült vesepótló modalitásokról, hasi dialízist választott. 2014-ben arteriovenosus fistula került kialakításra, mert mégis hemodialízis mellett döntött. Az anuriás beteg hemodialízis kezelése azonban vérnyeresi akadályok sora után nehezítetté vált, jobb oldali szívüreget kitöltő thrombus miatt modalitásváltást igényelt. A beteg edukációját több mint 10 év tapasztalattal rendelkező, korábban a beteg hemodialízisellátásában is részt vevő, HD- és PD-kezelésben egyaránt jártas hasi dializáló nővér végezte az orvosi felvilágosítás mellett. A beteg beleegyezésével hasi dialízisre kontvertálását megkezdjük. Jelentős obesitas és haskörfogat miatt laparoszkópos beültetés mellett döntöttünk. Műtét során a hasüregben jobb oldalon emberfejnyi, bal oldalon kisebb terime igazolódott. Intraoperatív nőgyógyászati véleményezés mellett sebészünk, ismerve a

beteg részletes anamnézisének a Tenckhoff-katéter beültetését elvégezte, miután a hashártyát és az egyéb belszerveket épnek találta a hasüreg áttekintése során. A nőgyógyászati elváltozás benignus folyamatnak imponált. Később elvégzett hasi CT-vizsgálat bal oldalon 65×48 mm, jobb oldalon 225×120 mm nagyságú, többrekeszes petefészekcisztát igazolt, melyek eltávolítása csak nagy hasi feltárás, véralvadást gátló kezelés elhagyásával lehetséges. A beteg peritonealis dialízis edukációja, átállítása zökkenőmentesen megtörtént, CAPD-kezelése jelenleg panaszmentesen folyik. Az intracardialis thrombus felszívódása után nőgyógyászati műtétre lehetőség van.

Következtetés: Az orvos–nővér–beteg-tengely stabil maradt az egységes állásfoglalás tekintetében, annak köszönhetően, hogy az egyes kompetenciák párhuzamos szerepet töltenek és vállalnak be PD-programunkban. A beteg kezelésével elégedett, általános állapota javult, pszichés és szociális státusza mindvégig rendezett.

Kötélhágcsó-szűrőtechnika alkalmazása hálózatunkban

Mogyorósi Róza

FMC Dialízis Center Kft., Budapest

Célkitűzés: A hemodialízis (HD) kezelésben részesülő végstádiumú veseelégtelen betegek számára az arteriovenosus fistula (AVF) a szó szoros értelmében az „életvonalat” jelenti. A hosszú távú HD-kezelés sikere valójában elsősorban a problémamentes érbehatolástól függ, és az AVF tekinthető a dialízis érbehatolás arany standardjának. A megfelelő szűrőtechnika az AVF fennmaradásának és működésének alapvető tényezője. Fontos cél az AVF élettartamának és átjárhatóságának meghosszabbítása, ezért hálózatunkban az AV-fisztulás betegek kötélhágcsó szűrési technikájának, mint elsődlegesen preferált technika alkalmazásának 60%-ra emelkedését tűztük ki 2018 végére.

Módszer: Akciótervet dolgoztunk ki ez év tavaszán, mely alapján először betegenként felmértük az előírt szűrőtechnikát. Minden központunkban felelős személy lett kijelölve, aki a számítógépes adatbázis ellenőrzését, és a szükséges adatok meglétét kontrollálta. Minden AV-fisztulával rendelkező beteg esetében felülvizsgáltuk az alkalmazott szűrőtechnikát. Az ápolók újraoktatása a szűrőtechnika ismeretei kapcsán megtörtént. Hetente kerültek/kerülnek kijelölésre azok a betegek, akiknél lehetőség van megváltoztatni a technikát. Minden központunkban a főápoló és az oktató ápolók ellenőrzik a megfelelő kivitelezést az előírt technika alkalmazása során.

Eredmény: A kezdeti felméréskor betegeink 35%-át szűrtek kötélhágcsó-, 15%-át gomblyuk-, 50%-át területmeghatározásos technikával. 2018. augusztus végén az akcióterv lépéseit követve kötélhágcsó- 48,7%, gomblyuk- 14,3%, területmeghatározásos technika esetében pedig 37% az arány.

Konklúzió: A megfelelő szűrési technika az AVF fennmaradásának és működésének alapvető tényezője. Általában a dializáló ápoló felelős a szűrésért, következésképp tanulnia és fejlesztenie kell ezt a képességet, annak

érdekében, hogy megóvja a beteget a felesleges fájdalomtól és kellemetlenségtől, valamint biztosítsa az érbehatalás hozzáférhetőségét, fertőzéstől és egyéb más szövődménytől való mentességét.

Veseátültetés után dialízisprogramba visszakerült betegeink sorsának alakulása 1976–2017 között

Molnár Erzsébet, Dobos András, Kulcsár Imre
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

Bevezetés: Nefrológiai ellátási területünkről (Vas megye, 250 ezer lakos) 1976-ban került az első beteg veseátültetésre (Tx). Azóta összesen 219 betegnél 248 Tx történt: 26 főnél kettő, három betegnél három műtét.

Tárgy: Előzetes Tx után dialízisprogramba visszakerült betegek sorsának elemzése.

Betegek: Az elmúlt 42 évben 54 beteg (a transzplantáltak 25%-a) került vissza dialízisbe: 31 férfi és 23 nő. 52 beteg hemodialízist (HD), 2 peritoneális dialízist (PD) választott.

Eredmények: Az 54 beteg 75 esetben került vissza dialízisbe. 26 főt a 2. vagy 3. dialízisprogramban elvesztettünk. 22 élt 2017. végén, sikeres 2. Tx után, működő grafftal. Hat beteget jelenleg is dializálunk (5 HD + 1 PD). 26 fő meghalt a második dialízisprogramban. Az 54 fő átlagos túlélése vesepótló kezelésben a halálukig, illetve 2017 végéig $16,4 \pm 5,9$ év volt. Ebből a betegek transzplantált grafftal éltek $8,1 \pm 6,3$ évet, dialízisben összesen $8,3 \pm 4,5$ évet. Az első dialízisperiódusban töltött idő rövidebb volt ($3,2 \pm 2,8$ év), mint a második ($5,0 \pm 3,9$ év). Meglepő volt, hogy a transzplantációs gondozás alatt álló betegeknek csupán fele (27 fő) kezdte tervezetten a 2. dialízisprogramot (27 fő pedig ideiglenes kanüllel).

Összefoglalás: Az elmúlt 42 évben Tx-re került betegeink negyede visszakerült dialízisprogramba. A vesepótló kezeléseken ezen betegek életét eddig átlag 16 évvel megnövelték, ráadásul közülük 28 még él, és a hat dializáltból öt fő ismét várólistán van.

Retroperitoneális fibrosis (Ormond-kór) okozta krónikus veseelégtelenség

Nagy Éva
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

Bevezetés: A retroperitoneális fibrosis a hashártya mögötti kötőszövetet (zsírt) érintő idült gyulladáshoz vezető folyamat. Ha a kiváltó ok ismeretlen, idiopathiás fibrosistól beszélünk. A kötőszöveti burjánzás az arteria renalis összenyomásával hipertóniát, az uréterek komprimálásával postrenális veseelégtelenséget okozhat.

Tárgy: 11 éve tartóan dializált Ormond-kóros beteg esetismertetése.

Beteg: 44 éves férfi. 1999-ben hipertóniája hátterében jobb oldali arteria renalis szűkület, következményes zsu-

gorvese igazolódott. A vesét eltávolították, a szövettani vizsgálat igazolta a vese körüli szövetek fibrosist. Később a bal oldali uréter kompressziója és a romló veseműködés miatt transrenális draint helyeztek be, majd ureterostoma készült (2000). Nefrológiai gondozásba került és 2001 márciusában bal oldali cubitalis AV-fisztulán megkezdtek HD-kezelését. Egy év elteltével a folyamatosan javuló vesefunkció miatt a dialízist abbahagytuk, nefrológiai gondozást ajánlottunk, de a páciens nem vette igénybe. 2007-ben sürgősséggel ismét HD-kezelés indult (bal oldali vena femoralis, majd tunnelizált tartós kanül a jobb oldali vena jugularisban). Az új jobb oldali cubitalis AVF trombotizált. Az előzetes angiográfia ekkor a bal oldali nyaki nagyerek és a vena cava superior részleges elzáródását mutatta. A 11 évben öt alkalommal végeztünk kanülcserét, hatszor szisztémás thrombolisist. Sajnos a jobb oldali nyaki erek is elzáródtak. 2016-ban bal oldali femoralis AVF készült – elzáródott. Jelenleg egy jobb oldali tunnelizált femoralis kanülon kezeljük, amelyet sikerült a vena cava superiorba felvezetni (55 cm hosszú kanül).

Konklúzió: Az esetismertetéssel szeretnénk felhívni a figyelmet a többszörös vénakanülálás szövődményeire. Sajnos a fiatal betegnél nem jöhet szóba a transzplantáció, és az ureterostomia miatt PD-re is alkalmatlannak tartottuk. A kórlefolys ismeretében utólag ez lett volna a kisebb kockázat...

Visszatérő Clostridium difficile-infekció alternatív kezelése

Nagy Éva Zsuzsa, Balla József
DEKK-ESZC-FMC, Debrecen

Célkitűzés: Krónikusan dializált betegünk visszatérő Clostridium difficile-fertőzés (CDI) miatt gyakran izolált osztályos felvételre került. A betegség miatt az aktív életvitelű férfi életminősége nagymértékben romlott, pszichésen instabillá vált. A betegség incidenciája és mortalitása az utóbbi évtizedekben megnőtt, gyakoriak a visszatérő rekurrens fertőzések, a kezeléseket pedig hatalmas költségvonzattal járnak. Jelentkezett tehát az igény egy alternatív kíméletes és költséghatékony eljárás kidolgozására és bevezetésére. Célunk, megszüntetni a visszatérő CDI-t, a hazánkban még nem túl gyakori széklettranszplantációval.

Módszer: Ez egy új kezelési stratégia, melyben felértékelődik a fiziológiás bélflóra szerepe. Az élettani baktériumok kiszorítják a Clostridiumot. Nincs szükség új antibiotikumokra, nem alakul ki antibiotikum-rezisztencia. Betegünk esetében a kanülinfekció okozta szepitkémia miatt szorult intézeti felvételre és hosszas antibiotikus kezelésre. Emiatt alakult ki a CDI, mely súlyos szövődményeket okoz, különösen egy dializált betegnél. A magyarországi szabályozás szerint izoláció szükséges térben és időben a többi dializált betegtől. Ez a betegre nézve súlyos pszichés terhet jelent, amely akár depresszióvá is válhat. Protokoll szerinti antibiotikumos terápia megtörténte után is gyakran alakult ki reinfekció, emiatt végleges megoldásnak a széklettranszplantáció bizonyult. A beavat-

kozás könnyen, ambulánsan elvégezhető, fájdalommentes és nem igényel különösebb előkészületeket.

Eredmény: Szövődménymentes beavatkozás történt. Antibiotikumot nem kaphat a beteg, mivel az új transzplantált szövetet védeni kell. Kontroll után a beavatkozás ismételtető. Jelenleg nem áll fenn újrafertőződés, betegünk pszichés állapota javult, vissza tudott térni aktív életéhez, pozitív a jövőképe.

Következtetés: Egy széklettranszplantációs protokoll kidolgozásával klinikánk hozzájárul ahhoz a jogos orvosszakmai és társadalmi elváráshoz, hogy a módszer kerüljön be a speciálisan alkalmazható kezelési eljárások közé.

Dialízisápolók integrált működése központunkban: a PD–HD-kezelés egysége

Nemes Eszter, Staudt Szilvia, Giczyné Simon Szilvia, Földi Jánosné, Filotás Ágnes, Varga Andrea, Zakar Gábor
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár

Bevezetés, célkitűzés: A peritonealis dialízis (PD) alkalmazása az elmúlt 2-3 évben országosan enyhén csökkenő tendenciát mutatott, miközben központunkban a PD-kezeltek aránya növekedett, illetve jóval az országos átlag felett stagnált (20% feletti). Célunk az volt, hogy ennek összevív, háttérét vizsgáljuk.

Betegek, módszer: Áttekintettük központunk elmúlt 10 évének PD-kezelteit, és megvizsgáltuk, hogyan kerültek programba, milyen arányban lehetett náluk a PD-kezelést sikerrel alkalmazni (rendszer és beteg túlélés), milyen változást eredményezett ellátásukban a központunkban 2010-ben bevezetett integrált dialízisápolási elv. Ennek keretében minden HD-ápolónk legalább három hónapig havi 3-4 alkalommal PD-ambulancián dolgozott, illetve tréningezett. Megismerkedtek a PD-program betegeivel, az ellátási mód előnyeivel és nehézségeivel, oktatásával, illetve elsajátították az oldatcsere lépéseit. A PD-ápolói team ugyanakkor szükség esetén „beszállt” a HD-kezelésbe, ha erre létszám gondok miatt szükség volt.

Eredmények: 2008. január–augusztus között az egy időben PD-kezelteket száma 24-ről 43-ra emelkedett, miközben PD-betegeink közül arányaiban a HD-kezelteknél több került veseátültetésre. 2018 januárjától összesen 10 beteg került PD-programba, további három beteg tréningje folyamatban. A HD-nővérek szükség szerint megoldják a kórházban kezelt PD-betegek oldatcsereit, PD-re edukálják a HD-program betegeit, és esetenként részt vesznek a központunkban intermittáló APD-vel a HD-kezelésben dializált betegek ellátásában. Ezzel a munkával öt év alatt nyolc, másként nem kezelhető beteg peritoneális dialízisét tették lehetővé.

Megbeszélés: A PD-kezelésre vállalkozó és így kezelt betegek aránya tapasztalataink szerint eredményesen növelhető az általunk alkalmazott integrált dialízisápolási modell alkalmazásával. A kezdeményezés révén a HD-nővérek közelebb kerültek a PD-betegekhez és nővérekhez is, ennek előnyei a betegek jobb ellátásában, elégedettségében mutatkoznak meg.

Életminőség és a stressz hatása a krónikus vesebetegek kezelésében

Orszagh Katalin

Szent Margit Kórház, Nephrologia, Budapest

Célkitűzés: Az életminőség az életkorral, az életmód változásával, a társbetegségek számának emelkedésével romlik. A krónikus betegek rosszabb életminősége és életkilátása társadalmi, szociális és egészségügyi terhekkel jár. A segítségnyújtás érdekében fontos annak ismerete, hogy a betegek önbevallása alapján milyen egészségi és mentális állapot rontja az életminőségüket.

Módszer: 2018 februárjában 90, krónikus dialízisben részesülő beteg életminőségét vizsgáltuk a KDQOL-SF kérdőív, a stressz és azzal való megküzdés mérésére az R. H. Rahe-féle kérdőív alkalmazásával.

Eredmények: A 41 nő- (életkor 64,6 év) és 49 férfi beteg (életkor 65,3 év) közül 77 fő HD-, 13 fő PD-kezelésben részesült, átlag 43 hónapja. Házasságban 39-en élnek, érettségizett és felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma 48 fő. Öregségi nyugdíjban 58-an részesülnek. Az SF-36 dimenzióban az általános mentális egészségre adott átlagpontok magas aránya (70,5), valamint a szociális aktivitás (68,3) pontértékeit emelhetjük ki. Alacsony pontértékeket az általános egészségérzet (35,6) és a fizikai szerep (39,7) dimenziókban kaptunk. A vesebetegség specifikus dimenziókban a kognitív funkció (81,7) és a társas kapcsolatok (79,0) dimenziókban magasabb értékeket tapasztaltunk. Alacsony pontértéket az alvás (57,3) és a vesebetegség okozta teher (47,3) dimenziókban mértünk. Az általános dimenzióban 53,1 átlagpontértéket, a vesebetegség specifikus dimenzióban 65,1 pontértéket értek el betegeink. Az életminőség-felmérés alapján betegeink átlagpontértéke 59,1 volt. A stresszfelmérés alapján a stressz és megküzdés mérlege 47,7%-ban aggodalomra ad okot, 13,3% azon betegek aránya, akik képesek jó szinten a stresszhatásokkal megküzdni.

Következtetés: Vesebetegeink életminősége alacsony, a stressz és megküzdés területén jelentős terhekkel élnek, megküzdési képességük alulteljesítő. Fontos a problémás területek felszínre hozatala, mely lehetőséget teremt a segítségnyújtásra. Célzott pszichoszociális segítséggel, a meglévő képességek fokozásával a betegségterhek enyhíthetőek, az életminőség magasabb szintre emelhető, mely kiegyensúlyozottabb élethez vezethet.

Új automata vérnyomásmérési módszer javítja a dializált betegek kezelés alatti komfortját

Pőr Mariann, Akucs Judit, Szabó Tamás

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 14. sz. Dialízisközpont, Kistarcsa

Háttér: A hemodialízis (HD) kezelés során a vérnyomás monitorozása elengedhetetlen, mivel a kezelés invazív módon beavatkozik a betegek keringésébe és a folyadéklevétel során megváltozó keringő vérmennyiség jelentős

vérnyomás-ingadozást válthat ki. A kezelés alatti többszöri vérnyomásmérés azonban a betegek számára terhes, kényelmetlen procedúra. *Hipotézis:* A kézi vérnyomásmérést a legtöbb HD-készüléken már automata vérnyomásmérő modul helyettesíti. A mérések továbbra is a hagyományos deflációs módszerrel (a mandzsetta leeresztése alatti mérés) történnek. A B. Braun gépekhez gyártott automata vérnyomásmérőkhöz kifejlesztett új szoftver lehetővé teszi az inflációs mérési módszert, amikor a mandzsetta felfújása során történik a vérnyomás mérése. Célunk a két módszer klinikumban történő összehasonlítása volt a betegek értékelése alapján.

Módszer: A vizsgálatot három, egyenként kéthetes ciklusban végeztük. Az első és harmadik ciklusban a hagyományos deflációs vérnyomásmérési módszerre állítottuk a modulokat, míg a második ciklusban az új inflációs mérési módszerre programoztuk át. A betegek minden egyes dialíziskezelés után 1-től 5-ig skálán értékelték az aznapi vérnyomásmérések komfortosságát a következő szempontok szerint: a mérés időtartama, a mandzsetta szorítása, a mérés stabilitása (újraindulás, rápumpálás stb.) és kényelme.

Eredmények: A három mérési ciklusban átlagosan 101 értékelés érkezett be a betegektől. A négy kérdésre adott válaszok átlagos pontértéke az első időszakban 4,3, a másodikban 4,5, míg a harmadik időszakban 3,8 volt. Ez alapján azt látjuk, hogy a régi megszokott deflációs vérnyomásmérési módszerrel a betegek relatív elégedettek voltak. Az inflációs módszerre való átállás után javult a betegek értékelése, de a két módszer közötti különbséget akkor érezték meg igazán, amikor visszaváltottunk a deflációs módszerre, amit így már lényegesen kényelmetlenebbnek tartottak, mint korábban.

Összefoglalás: Az új szoftver által lehetővé váló, inflációs fázisban történő vérnyomásmérés jelentősen csökkenti a vérnyomásmérés okozta kellemetlenségeket. Évi 150 kezelés során, kezelésként 5–10 méréssel számolhatunk.

A nefrológus szakápoló szerepe az arteriovenosus fisztulák kialakításában és gondozásában

Rónás Györgyné, Igel Mariann, Fekete Adrienn, Halmi Richárd

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 13. sz. Dialízisközpont, Dunaiújváros

Előzmény: Az előreláthatólag hemodialízisre szoruló vesebetegeknél az ideális pozíciójú Cimino-fisztula kialakításához az optimális körülmények biztosítása az ápolóknak fontos feladata, mivel ez biztosíthatja a legtovább az életfenntartó kezelést. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a krónikus vesebetegeknél a vénákat tudatosan kímélni kell, valamint a már meglévő arteriovenosus fisztulák (AVF) megóvására és állapotuk rendszeres ellenőrzésére is nagy figyelmet kell fordítani.

Módszerek: Amennyiben az osztályon fekvő betegnél felmerül a vesepótló kezelés szükségessége, úgy az elsődleges ápolási feladatok közé tartozik a karok vizsgálata

alapján a fisztulaműtétet alkalmasabbnak tűnő kar kijelölése az érsebész számára. Ezután az adott kar megjelölését követően a beteget és a közös gondozásban részt vevő ápolószemélyzetet tájékoztatjuk annak kíméletéről. Ezen végtagon tilos a tartós leszorítás, a vérnyomásmérés, vérvétel vagy branül behelyezése is. A 2018 júliusában állomásunkon aktuálisan AVF-en keresztül kezelt betegek adatait elemeztük.

Eredmények: A fisztula előkészítésében és kialakításában részt vevő kollégákkal eredményes munkakapcsolatot alakítottunk ki. Állomásunkon a hemodializált betegek 62,7%-át kezeltük AVF-en keresztül. A 43 főből 17 nő és 26 férfi, átlagéletkoruk 68,6 év, a legfiatalabb 24 éves, a legidősebb 90 éves. A 43 arteriovenosus fisztula műtéti helye szerint 39 alkari, egy könyöktáji és három felkari volt. 22 betegnél (51,16%) már a nefrológiai gondozás alatt megtörtént az AVF-műtét, a dialízis megkezdése előtt átlagosan 10,7 hónappal. Az AVF-ek élettartama átlagosan 49 hónap (4,1 év) bizonyult.

Következtetés: Megfelelő vérhozamú vérnyeresi hely nélkül hatékony hemodialíziskezelés nem kivitelezhető, ezért a vérnyeresi helyek kijelölése, ápolása, gondozása létfontosságú. Az ebben részt vevő csoport valamennyi tagja legyen elhivatott a beteg érdekében, egymást segítve, összehangolt módon tevékenykedjen, így a hemodialízisre szoruló beteget kímélve.

A PD-nővérek és a sebészi team együttműködésének 15 éve Székesfehérváron

Staudt Szilvia, Giczyné Simon Szilvia, Földi Jánosné, Varga Andrea, Zakar Gábor

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár

Bevezetés, célkitűzés: A peritoneális dialízis tartós sikerének kulcsa a Tenckhoff-katéter sikeres beültetése és a sebészi eredetű drenázsszövődmények idejében történő megoldása. Ehhez a beteget előkészítő, gondozó csapat és a sebészi team együttműködése szükséges. Az elmúlt 15 évben ennek érdekében a fehérvári PD-nővérek komoly erőfeszítéseket tettek.

Betegek, módszer: A kétgyűrűs, egyenes Tenckhoff-katéterek implantációját Székesfehérváron 2003-ban megnyílt sebészi módszerrel, a szövődményes esetek (sérvek egyidejű megoldása) kivételével helyi érzéstelenítésben végezték, 2009-ig túlnyomóan az urológus sebészek, majd az általános sebészi team közreműködésével. 2010-től a Tenckhoff-implantációk kivételétől eltekintve laparoskopos módszerrel történnek. Az implantációs műtétek előkészítésében és a műtéteken PD-nővérek kezdettől részt vettek, szerepük és feladataik az évek során az implantációs módszerek függvényében módosultak.

Eredmények: A szerzők bemutatják, hogyan változtatták feladataik az egyes műtéti típusokkal kapcsolatos előkészítésben és perioperatív ápolásban, milyen nehézségeket kellett leküzdeniük, hogyan alakították ki az elmúlt évtizedben a sebészi csapattal azt az együttműködést, melynek eredményeként Székesfehérváron a PD-nővérek ma

már a sebészek által is elfogadottan, átruházott orvosi kompetenciákkal szervezik és menedzselik a PD-betegek Tenckhoff-implantációját, esetleges szövődményeik sebészi megoldásának kórházi ápolását.

Megbeszélés: Tapasztalataink szerint a PD-nővérek és a sebészi team együttműködése kellő szakmai elkötelezettséggel és orvosi támogatással, sebész–nefrológus-párbeszéddel kialakítható, és ez a PD-kezelés időben történő indításának, a betegek megtartásának, életminőségük javításának is alapja.

Egy Alport-szindrómás család története dialízisközpontunkban

Szabó Erzsébet

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 14. sz. Dialízisközpont, Kistarcsa

Állomásunkon ugyanabból a családból három fő áll dialízis-kezelés alatt Alport-szindróma okozta végstádiumú veseelégtelenség miatt. Koruk 57, 26 és 24 év.

Esetbemutatásuk kapcsán szeretném az Alport-szindrómát ismertetni: az öröklődés módja, tünetek, az előfordulás gyakorisága, a betegség kimenetele. A vizsgált család mélyszegénységben, szegregált lakókörnyezetben él, kerestem az összefüggést a körülményeik és a betegséghez való viszonyuk között. Munkámmal tudok-e igényt felkelteni egy egészségesebb, tudatosabb életre? Fiatal vesebetegeknél hosszú távú cél a transzplantáció. Milyen esélye van ennek és ebben mennyi szerepet játszanak a szociális körülményeik?

A vizsgált betegek adatainak áttekintése, családfa készítése. A családfa-összeállításnál további családtagok is a látóterembe kerültek. A potenciálisan érintett családtagokat hivatalosan kerestem meg és ajánlottam fel a kivizsgálásukat. Betegeink a szemük láttára kerültek dialízisre, vajon mit hajlandók megtenni a saját egészségük megőrzéséért? Átnéztem több szociológiai tanulmányt, mely kifejezetten a mélyszegénységben élő, roma népet vizsgálta egészség–betegség tekintetében.

E tanulmányok előrevetítenek egy eredményt: „A halmozottan hátrányos helyzetben, szegregáltan élők között az egészség nem olyan jellegű érték, melynek fenntartásáért, visszaállításáért aktívan küzdenének. Ennek hátterében egyfajta fatalista betegségkép állhat, melynek következtében az emberek eleve tehetetlenek, eszköztelennek érzik magukat” (Bass László, Budapest, 2013.). Esetenként igen nagy kihívás megtalálni az egyensúlyt a beteg számára szakmailag szükséges kezelés biztosítása, és a beteg szociális, kulturális feltételeinek befolyásoló hatása között. Ez mindig extra erőfeszítést és kitartást igényel az ápoló és az orvos részéről, ugyanakkor csak ez kecsgetet sikerrel a jobb beteg-együttműködés és hatékonyabb kezelés eléréséhez.

Sajnos a vizsgált család példáján erőfeszítéseink ellenére igazolódott a fenti tanulmány konklúziója. Esetünkben mi nővérek sem tudtunk egészségtudatosságot ébreszteni. Az állapot megőrzése nem csak a kezelésem múlik, a pácienseinknek is sokat kell tenni érte.

Javító és megelőző intézkedések hálózatunkban

Szarka-Tormási Erika¹, Tamás Orsolya²

¹*FMC Dialízis Központ, Kecskemét*

²*FMC Dialízis Center Kft., Budapest*

Célkitűzés: Hálózatunkban kockázatalapú auditálási rendszer működik. Ennek első hároméves ciklusa került lezárásra 2017-ben. Az ezeken kívül felmerülő nem megfelelések kezelésére minőségirányítási vezetőink által elektronikus CAPA (Corrective And Preventive Action) rendszer került kialakításra. Célunk a magas szakmai színvonal, kiemelkedő minőségi betegellátás biztosítása. A nem megfelelések azonosításával, kiértékelésével, a javító és megelőző intézkedések felállításával kapcsolatos követelmények hatékony kidolgozása. A minőségirányítási rendszerek támogatása annak érdekében, hogy megoldásokat találjunk arra vonatkozóan, hogyan kezeljük a dializált betegeket a lehető legjobb módon, hozzáadott értéket teremtve betegeink számára.

Módszer: CAPA folyamat: 1. Nem megfelelés azonosítása: valamilyen követelmény nem teljesül. 2. Azonnali intézkedés és gyökérok-meghatározás: a nem megfelelés elemzése, súlyossági szintjének meghatározása. 3. Helyesbítő és/vagy megelőző intézkedések: olyan megoldások, amelyek alkalmasak az azonosított gyökérok megszüntetésére, tehát megakadályozzák a nem megfelelés újabb előfordulását. Felelősök kijelölése, határidők rögzítése szükséges. 4. CAPA hatékonyságának értékelése.

Eredmény: Minden CAPA indítása és kidolgozása az új rendszerben elektronikusan történik, a lezárási határidő három hónapra csökkent. 1. lépés: minőségirányítási megbízott felé igény benyújtása új CAPA indítására. 2. lépés: nem megfelelés és azonnali intézkedések leírása, dokumentáció csatolása. 4. lépés: nem megfelelés kivizsgálása, gyökérok meghatározása. 7. lépés: CAPA-terv kidolgozása. 10. lépés: CAPA bevezetése, evidenciák. Minden CAPA-tulajdonos által tett bejegyzés után minőségirányítási vezető (3., 5., 9., 12., 14. lépések) és szakmai felettes jóváhagyása történik (6., 8., 11., 13. lépések) Az utolsó lépésben az ügyvezető igazgató dönt a CAPA hatékonyságával kapcsolatban. Minden lépés és megjegyzés eseménynaplóban rögzítésre kerül, bármikor visszanezhető.

Következtetés: CAPA elektronikus rendszerben 15 lépésben, háromszintű hatékonyságvizsgálatot követően az elmúlt három évben összesen 23 hatékony CAPA-folyamat került lezárásra.

Törekvések hemodializált cukorbetegünk életminőségének javítására

Tihanyi Teréz, Vakli Hajnalka

Uzsoki Utcai Kórház, Művesosztály, Budapest

Célkitűzés: Dialízisben dolgozó szakápolóként a Fresenius Kabi Hungary Kft. által szervezett KVE-betegek adherenciaprogramjában tanultakat is felhasználva célul tűztük ki a dializált cukorbeteg diétás ismereteinek, életmódbeli

nehézségeinek, egyéb rizikófaktorainak és a compliance-nek a felmérését.

Módszer: 66 hemodializált betegünk közül a 25 cukorbetegnél kérdőíves módszerrel, a szénhidrátháztartást reprezentáló laboratóriumi leletek értékelésével vizsgáltuk a diéta betartását, a vércukormérés gyakorlatát, valamint az egyes dialízisműszakokban a terápiás és diétás napirend tarthatóságát, kilenc hónap alatti aktuális vércukorértékek és a HgbA_{1C} összefüggését. Az alsó végtagi szövődmények időben észlelése, kezelése, követése céljából „lábvizitet” tartottunk.

Eredmények: 25 diabeteses hemodializált betegünk közül (11 nő és 14 férfi, 2 fő 1-es, 23 fő 2-es típusú beteg, 16 inzulinnal kezelt, átlagéletkor 67,2 év) 21-en túlsúlyosak, négy betegünk jelenleg is dohányzik. Egyedül él öt beteg, csökkentlátó 11 beteg, közülük négy beteg csaknem vak. Ideális diétát nyolc betegünk tart. Inzulinos betegeink közül 12-en mérnek rendszeresen vércukrot, három beteg 10 évnél régebbi vércukormérőjét ingyen kicseréltettük. Az étkezési időpontok betartása az I. műszakba járó hat inzulinos betegnek a legnehezebb, a reggeli felkelés ideje HD-napon átlag három órával változik. Kezelés alatti hypotóniára való hajlam 10 betegünkönél nehezíti az étkezési idő betartását. Néhány betegünkönél a vércukorértékek nagyobb fokú ingadozását észleltük, mint azt a HgbA_{1C} értékekből várhattuk volna. A lábvizitek során két betegnél észleltünk számunkra korábban nem ismert, a beteg által nem jelzett elváltozást.

Következtetés: A beteg jobb életminősége szempontjából a megfelelő edukációval és a folyamatos reedukációval az esetleges étrendi hibák feltárhatók. A diéta betartásával a betegek közérzete javítható, életminőségük közelebb hozható az optimálishoz. (Az egyéb körülmények nehezen befolyásolhatók.) Fő célunk volt a betegség, az önellenőrzés fontosságának elfogadása, a compliance javítása.

Konfliktuskezelés nehézségei a nefrológiai ápoló gyakorlatban

Tiroly Krisztina

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 14. sz. Dialízisközpont, Kistarcsa

Bevezetés: A krónikus hemodializált, illetve peritonealisan dializált betegeket nagy pszichoszociális terhelés éri: ez a betegség fizikális tüneteivel együtt komoly stresszként hat, mely gyakran türelmetlenné, agresszívvé teszi őket. Ez konfliktusokat eredményez a kezelőszeméllyel, melyek megoldási stratégiáit elemezzük.

Megbeszélés: A betegekkel való konfliktusok kezelése a dialízisszakápolók mindennapjainak legalább olyan fontos része, mint a dialíziskezelés, azok helyes kivitelezése. Általában személyi konfliktusok alakulnak ki beteg-ápoló viszonylatban, hiszen az érintettek hosszabb ideje kapcsolatban állnak, és ez a kapcsolat korábbi rossz tapasztalatokkal, előítéletekkel terhelt. A konfliktusok okai: a betegek ápolótól való függősége, igazságtalan bánásmód vélelme, kritika megfogalmazása, bizalmatlanság, ellentétes személyiség (pl. dinamikus ápoló, lassú körülményes páci-

ens). Szerepet játszhat: ápolók túlhajszoltsága, stresszes munkakörnyezet. Több konfliktuskezelési stratégia létezik: győztes–vesztes-, vesztes–vesztes-, nyertes–nyertes-stratégia. Konfliktuskezelési technikák: versengő, elkerülő, alkalmazkodó, kompromisszumkötő, együttműködő. Kompromisszumra, illetve együttműködő magatartásra kell törekednünk, a betegekkel kialakult konfliktushelyzetekben. Erőszakmentes kommunikáció alapja az empátia, segítségével a legnehezebb helyzetekben is megtartjuk humánus magatartásunkat.

Következtetés: A fentiek alapján elmondható, az empátián alapuló erőszakmentes kommunikáció a követendő stratégia beteg–nővér-konfliktus megoldásban. Ez a leghatékonyabb, de időigényes módszer. A konstruktív konfliktusmegoldás növeli az egészségügyi szakdolgozó tekintélyét, emberi megbecsülését. Ez a betegellátás minősége szempontjából is fontos lehet.

A krónikus vesebetegség progressiója gondozott betegeinknél

Tóth Judit¹, Szakács Tímea^{1,2}, Kulcsár Imre^{1,2}

¹B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

²Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Nephrologia, Szombathely

Bevezetés: Kórházunk nefrológiai ambulanciáján 1976 óta gondozunk vesebetegeket. 2000 óta külön figyelmet fordítunk a dialízisközeléi páciensekre (akiknek az eGFR-szintje 20 ml/perc/1,73 m² alá csökkent).

Betegek, módszer: 2015. december 31-én 144 olyan beteget gondoztunk, akiknél már előfordult 20 alatti eGFR. 2016-ban 33, 2017-ben 30, 2018. július 31-ig újabb 22 fővel bővült a „húszon aluliak” társasága. Az adatokat retrospektív elemeztük.

Eredmények: A két és fél éves periódusban 229 beteg soráról számolunk be. A vizsgált periódusban 59 beteg került dialízisbe (49 HD-be, 10 PD-be), preemtív transzplantáció egy főnél történt. 50 beteg meghalt, 36 „eltűnt” a gondozásból. A meghalt betegek átlagos eGFR-szintje az utolsó ellenőrzéskor 20 ml/perc volt, míg az „eltűnt” betegeké átlag 19,3 ml/perc. Az előzőek több kísérő betegségben szenvedtek, a halál oka nem a veseelégtelenség volt. Az „eltűnt” betegek többségének felajánlottuk a dialíziskezelést, amelyet azonban elutasítottak. A betegek átlagos életkora 71,0 év volt. 48%-uk szenvedett kettes típusú diabetesben. Jelenleg is gondozunk 83 beteget, akiknek a 2,5 éves periódusban az átlagos eGFR-szintje 24,1-ről 18,1-re (évente átlagosan 1,6 ml/perc/1,73 m²) csökkent. Köztük a legtöbb betegnél stabil az eGFR, de látható javuló és progrediáló tendencia is a veseműködésben. A jelenleg is ellenőrzött 83 fő átlag 4,0 éve áll gondozás alatt.

Konklúziók: Szakszerű gondozással – ha a beteg együttműködését is elnyerjük –, konzervatív kezeléssel is stabil állapot volt elérhető a vizsgált, idős vesebeteg populáció 36,2%-ában, és csak 26,2%-uk került vesepótló kezelésbe. A betegek egy jelentős hányadát (37,6%) azonban elvesztettük.

„Éhes csont” szindróma

Udvardiné Bukits Brigitta¹, Kulcsár Imre^{1, 2}, Kovács László^{1, 2}

¹B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

²Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

Bevezetés: A szekunder hyperparathyreosis (SHPT) gyakori szövődménye a végstádiumú veseelégtelenségnek. Ha az adekvát dialízis és a gyógyszeres kezelés elégtelen, sor kerülhet parathyreoidectomiára (PTX).

Esetismertetés: Beteg 45 éves Alport-szindrómás nő. Végállapotú veseelégtelenség miatt 2010-ben hemodialízis (HD) program indult, majd egy hónap múlva peritoneális dialízisre (CAPD) tértünk át. A dialízis kezdetén a szérum PTH-érték PTH: 117 pg/ml volt, a kalcium- és foszforszint normális volt. A PTH-szint emelkedése miatt aktív D-vitaminkezelést kezdtünk, majd cinacalcet terápia is indult 2013-ban. Ezek dózisait emelve sem tudtuk a PTH-t szupprimálni (PTH: 1170 pg/ml, foszfor: 3,08 mmol/l, Ca: 2,23 mmol/l), ezért mellékpajzsmirigyműtétet indikáltunk. 2016-ban totális PTX történt – egy mellékpajzsmirigy autotraszplantációjával. Az intraoperatív PTH-eredmények: a műtét előtt 1848 pg/ml, a műtét utáni 5. percben 522 pg/ml. Elbocsátás után két nappal nagyfokú gyengeséggel jelentkezett PD-ambulanciánkon, ekkor a szérumkalcium 0,88 mmol/l, a PTH-szint 16,5 pg/ml volt. A műtét után megajánlott Ca- és D-vitaminpótlás folytatását ajánlottuk – a beteg azonban otthonában a gyógyszereket nem szedte. Négy nap múlva görcsöket követő eszméletvesztéssel került kórházba (szérum Ca: 0,82 mmol/l). Adekvát terápia és asszisztált PD mellett állapota fokozatosan javult és otthonába bocsátottuk. A műtét után három hónap múlva az eredményei: Ca: 2,2 mmol/l, P: 1,5 mmol/l, Mg: 0,8 mmol/l, PTH: 45,2 pg/ml. Terápia: 3×1 µg Vitamin alfaD3, 4×500 mg Ca-pepszgőtabletta.

Konklúzió: A PTX-et követően a PTH-szint gyors esése „éhes csont” szindróma kialakulásához vezethet, amely során fokozott Ca-, P- és Mg-reszorpció történhet a csontokban. A posztoperatív szakban ajánlott ezen ionok gyakori kontrollja és a megfelelő szubsztitúció kivitelezése.

Stevens–Johnson-szindróma/toxikus epidermalis necrolysis peritoneális dializált betegen

Udvardiné Bukits Brigitta¹, Kovács László^{1, 2}, Kulcsár Imre^{1, 2}

¹B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

²Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

Bevezetés: Dialízisközpontunkban 1978 óta 379 beteget kezeltünk peritoneális dialízis (PD) programban. Ezen idő alatt nem talákoztunk még ilyen kórképpel.

Esetismertetés: Beteg 73 éves nőbeteg. 2012 óta ismert krónikus veseelégtelensége (hypertonia, rheumatoid arthritis, köszvény), 2016-ban kezdődött CAPD kezelése.

Kórtörténet: 2017. 07. 4-én betegünknel peritonitis alakult ki (leoltás: Staphylococcus epidermidis), ezért 1,5 g vancomycint (ip) és 2×500 mg ciprofloxacint (p.os) kapott. A tenyésztés eredménye után a ciprofloxacint leállt, a vancomycin terápia folytatott (ötnaponta 1,5 g i.p – az utolsót 07. 27-én). Másnap láz, zavartság, aluszékonyság miatt kórházi felvételre került. A bőrén – törzsön és végtagokon – hyperaemiás, helyenként papulosus, más-hol összefolyó vesiculosus exanthemák keletkeztek, de a nyálkahártyák (conjunctiva, ajkak, garat, vulva) is gyulladással mutatott. A tünetek alapján felmerült toxikus epidermalis necrolysis (TEN), illetve Stevens–Johnson-szindróma (SJS) gyanúja. Kiváltó okként az antibiotikus kezelésre gondoltunk. Nagy dózisú szteroid terápia indult, és – mivel a nyálkahártyákról Candida albicans tenyésztett ki – gombaellenes kezelésben is részesült. A bőrelváltozások azonban progressziót mutattak és 08. 10-én a páciens eszméletét veszítette, majd exitált.

Összefoglalás: Letális kimenetelű TEN/SJS esetét mutattuk be – PD-beteg peritonitisének kezelését követően. Véleményünk szerint a tünetekért a megelőző antibiotikus kezelés a felelős – bár a hasonló esetek jelentős részében (15–45%) a kóroki tényező ismeretlen.

BCM-mérés segítő szerepe az anaemiakorrekciónban

Vitányiné Mitró Mónika, Jónás Ibolya, Nagy Attila
FMC Dialízis Központ, Sátoraljaújhely

Célkitűzés: A dialízisben folyamatosan fennálló probléma, hogy a betegek alapsúlyát megállapítani fizikális és képalkotó vizsgálatokkal egyértelműen nem lehet. Számos „egyensúlyi” állapotban lévőnek minősített beteg – korábban alkalmazott eritropoietin adagja mellett – anemizálódott, ennek hátterében vérveszteséget, esetleges infekciót vagy tumort kimutatni nem lehetett. Ezt követően felvetődött latens hiperhidráció lehetősége, ennek bizonyítása céljából BCM (Body Composition Monitor: bioimpedancián alapuló testfolyadék összetétel meghatározás) vizsgálatokat végeztünk, melyben a betegek extracelluláris vízteréhez viszonyítottuk a hiperhidrációs mértékét.

Módszer: Az előírásoknak megfelelő körülmények között, 20 betegnél végzett BCM-mérés alapján a vizsgálat kezdetén az átlagos túlhidráltság 16,3%-os volt – ekkor az átlag hemoglobin 10,3 g/dl és az egy főre jutó eritropoietin adag havi szinten 25 400 NE. Orvosi konzultációt követően alapsúlycsökkentést hajtottunk végre, és a diétás tanácsadással párhuzamosan háromhavi, majd négyheti ellenőrzésekkel kontrolláltunk.

Eredmény: A mérések eredményeire alapozott alapsúlymódosítások után 10,8%-ra csökkent az átlag hiperhidrátság, és 11 g/dl-re emelkedett a hemoglobin, a vérképzésre ható szerek adagjának növelése nélkül, sőt az eritropoietin átlagos havi adagja 13 050 NE-re csökkent. **Következtetés:** A hiperhidráció által okozott hemodilúció a vérkép romlását eredményezi. A BCM-mérés jelentős segítséget nyújt a beteg normohidráltságának megállapításában, ezzel egy reális vérképeredmény elérésében, az anémia korrekciós gyógyszerek emelése nélkül.

HYPERTONIA ÉS NEPHROLOGIA

A Magyar Hypertonia Társaság és a Magyar Nephrologiai Társaság hivatalos lapja

ISSN 1418-477X

©  LITERATURA MEDICA
ANNO 1880

a LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója

Felelős kiadó: Cserni Tímea ügyvezető igazgató

Minden jog fenntartva.

A folyóiratban megjelent valamennyi írásos és képi anyag közlési joga a kiadót illeti, a megjelent anyagnak, illetve egy részének bármilyen formában történő másolásához, ismételt megjelentetéséhez a kiadó hozzájárulása szükséges.

A kiadó címe: 1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 75/a • Postacím: 1539 Budapest, Pf. 603

Telefon: +36-1-316-4556 • Fax: +36-1-316-9600 • E-mail: hypertonia@lam.hu • Weboldal: www.elitmed.hu

Kiadói szerkesztő: Borda Tímea

Tervező és tördelő: Sándor Zsolt

A kiadványban szereplő információk a szerzők nézeteit tükrözik. A Literatura Medica Kiadó nem vállal felelősséget bármilyen hibáért, pontatlanságért vagy ezek következményeiért.

Bármelyik említett termék alkalmazásakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.

A Literatura Medica Kiadó nem vállal felelősséget a folyóiratban megjelent hirdetések tartalmáért.

Nyomdai munkák: Vareg Nyomda, Budapest



A kiadvány
a Magyar Tudományos Akadémia
támogatásával készült.