



A Magyar
Hypertonia
Társaság

és a

Magyar
Nephrologiai
Társaság
lapja



HYPERTONIA — ÉS — NEPHROLOGIA



A Magyar
Nephrologiai
Társaság
XXXIV.

Nagygyűlése

2017. október 26–28.

Nephrologiai
Továbbképző Nap

2017. október 28.

Siófok, Hotel Azúr

Kiadja:

LITERATURA  MEDICA
ANNO 1990

A Nagygyűlés elnöke:

Dr. habil Barna István, egyetemi docens
Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest
E-mail: istvan.barna@hypertension.hu

A Nagygyűlés Szervező Bizottsága

titkár: **Dr. Haris Ágnes PhD**, főorvos
tagok: **Dr. Kiss István**, egyetemi tanár
Dr. Kárpáti István, egyetemi docens
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 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*

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

A Nagygyűlés időpontja: **2017. október 26–28.**

A Nagygyűlés helyszíne: **Hotel Azúr** – 8600 Siófok, Erkel Ferenc utca 2/c.

Helyszíni regisztráció

2017. október 25. (szerda)	16.00–19.00	2017. október 26. (csütörtök)	8.00–18.00
2017. október 27. (péntek)	8.00–19.00	2017. október 28. (szombat)	8.00–13.00

Részvételi díj (az árak az áfát tartalmazzák)

Kategóriák	2017. szeptember 16. után és a helyszínen fizetve
MANET tag 35 év fölött:	28 000 Ft
MANET tag 35 év alatt:	22 000 Ft
Nem MANET tag:	31 000 Ft
Napijegy október 28-ra:	14 000 Ft
Szakdolgozó:	10 000 Ft
Kísérő:	12 000 Ft
Egyetemi, főiskolai és PhD-hallgató, nyugdíjas MANET tag:	Térítésmentes részvétel a tudományos programokon

TUDOMÁNYOS INFORMÁCIÓ

A Nagygyűlés tudományos programjának akkreditációja az OFTEX és az ETI rendszerben folyamatban van.
(Az igazolás kiállításához szükséges a nyilvántartási szám.)

MANET Továbbképző Tanfolyama – 2017. október 28.

A rendezvény a PTE ÁOK/2017.II/00011 kódszámon akkreditált szabadon választott egyetemi tanfolyam, tesztvizsgával.

Szakképesítések, amelyekhez szakma szerinti pontszámként elszámolható:

1. belgyógyászat | 2. csecsemő-gyermekgyógyászat | 3. diabetológus | 4. geriátria | 5. gerontológia |
6. háziorvostan | 7. kardiológia | 8. nefrológia | 9. patológia | 10. sebészet

Előadások:

Felhívjuk az előadók figyelmét a rendelkezésükre álló idő, pontos betartására!
Az előzetesen megadott időtartamok túllépésére nem lesz lehetőség.

Technikai tájékoztató az előadásokhoz

Prezentációk feltöltése: A feltöltés a központilag történik. Kérjük legalább **két órával** az adott szekció kezdete előtt memory sticken (pendrive) adják le az előadásuk anyagát, illetve a kora reggeli szekciókban való részvétel esetén azt már előző nap töltsék fel. Az adott terembe internetes rendszeren keresztül közvetítik ki az előadások anyagait.

Az előadóteremben saját laptop használata nem lehetséges!

Technikai lehetőségek: PC, projektor, PowerPoint és Microsoft Office Windows 10 és Office 2013

Előadás-feltöltés

2017. október 26., csütörtök	08.00–18.00
2017. október 27., péntek	07.30–18.00
2017. október 28., szombat	08.00–14.00

Technikai tájékoztató a poszterekhez

A poszterállványok dekorálható felülete fehér laminált farostlemez, melyre cellux ragasztóval, kétoldalú ragasztóval, papírragasztó gyurmával lehet felerősíteni a posztereket. Ehhez segítséget, illetve anyagot a rögzítéshez a regisztrációban biztosítunk. Kérjük, hogy a szerzők a programfüzetben megadott számok alapján, 2017. október 26-án 10.00 órától helyezték el őket a poszterállványokon.

A posztereket október 28-án 12.00-ig van lehetőség a poszterállványokról levenni, a későbbiekben ezek épségéért nem tudunk felelősséget vállalni.

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.

INTERNET

A szálloda halljában, valamint a Hotel Azúr szobáiban szabadon használható Wi-Fi áll rendelkezésre.

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, kávét, ásványvizet vagy üdítőt tartalmaz.

2017. október 26., csütörtök	15.20–16.20
2017. október 27., péntek	10.40–11.20
	16.00–16.40
2017. október 28., szombat	10.50–11.30

Társasági programok, ebédek

- **Vacsora: 2017. október 26., 20.00**
Helyszín: Hotel Azúr
(Az orvosok regisztrációs díja tartalmazza a részvételt.)
- **Gálavacsora: 2017. október 27., 20.00**
Helyszín: Hotel Azúr
(Részvétel a jelentkezési lapon megadott feltételek szerint.)
- **Ebéd** – A szálloda éttermében
Fakultatív – büfé
– ára: 4200 Ft/fő/alk. (tartalmazza az áfát)

A Nagygyűlés szervezője:



Expert-Quality Kongresszusi és Utazási Iroda

1052 Budapest, Kígyó u. 4–6., Levélcím: 1243 Budapest, Pf. 553.

Tel: +36 (1) 311-6687, +36 (1) 332-4556; Fax: +36 (1) 383-7918;

E-mail: congress@eqcongress.hu

Internet: <http://www.eqcongress.hu>

IDŐBEOSZTÁS

2017. OKTÓBER 26. (CSÜTÖRTÖK)

„A” SZEKCIÓ TOSCANA TEREM

09.00	MEGNYITÓ
09.10	ÜNNEPÉLYES DÍJÁTADÁSOK
10.40	KORÁNYI SÁNDOR DÍJAZOTT ELŐADÁSA
11.00	FŐTÉMA – GLOMERULONEPHRITIS–NEPHROSIS
12.00	EBÉDSZÜNET / POSZTER SÉTA I.
13.00	FŐTÉMA – VARIA
14.00	FŐTÉMA – KLINIKOPATHOLÓGIA
15.10	SZÜNET
15.30	SZIMPÓZIUM RICHTER GEDEON
16.30	SZIMPÓZIUM BAYER
16.50	SZÜNET
17.15	A MAGYAR NEPHROLOGIAI TÁRSASÁG KÖZGYŰLÉSE
19.00	SZÜNET
20.00	NYITÓVACSORA

2017. OKTÓBER 27. (PÉNTEK)

„A” SZEKCIÓ – TOSCANA I. TEREM		„B” SZEKCIÓ – TOSCANA II. TEREM		„C” SZEKCIÓ – MARBELLA TEREM	
08.20	SZABADELŐADÁSOK – VESEPÓTLÓ KEZELÉS			SZAKDOLGOZÓK TUDOMÁNYOS PROGRAMJA	
09.40	SZÜNET			10.15	AZ ÁPOLÓI SZEKCIÓÜLÉS MEGNYITÁSA
09.50	FŐTÉMA – A CA ÉS P ANYAGCSERE ZAVARAI, A CSONTANYAGCSERE RENDELLENESSEGEI VESEBETEGEINKBEN				HEMODIALÍZIS 1.
10.50	SZÜNET				
11.00	SZIMPÓZIUM BOEHRINGER INGELHEIM	11.00	SZABADELŐADÁSOK – ELMÉLETI NEPHROLOGIA	11.30	SZÜNET
12.00	FŐTÉMA – TRANSZPLANTÁCIÓ	12.00	SZÜNET	12.00	PSZICHOSZOCIÁLIS ÁPOLÁSI MUNKA
13.00	EBÉDSZÜNET			13.10	EBÉDSZÜNET
	POSZTER SÉTA II.			14.10	PREDIALÍZIS ÁPOLÁS ÉS PERITONEALIS DIALÍZIS
14.15	SZIMPÓZIUM BERLIN CHEMIE			15.40	SZÜNET
15.15	FŐTÉMA – DIALÍZISKEZELÉS: MAGYARORSZÁGI HELYZETKÉP ÉS ÚJ KIHÍVÁSOK A MODALITÁS VÁLASZTÁS KAPCSÁN			16.00	HEMODIALÍZIS 2.
16.15	SZÜNET				
16.30	RITKA GENETIKAI BETEGSÉG DIAGNOSZTIKÁJA, VESETRANSZPLANTÁCIÓS ESETE	16.40	SZIMPÓZIUM AMGEN	17.00	AZ ÁPOLÓI SZEKCIÓ ZÁRÁSA
17.30	TECHNIKAI SZÜNET	17.40	SZÜNET	17.30	BÁLINT CSOPORT
17.45	SZIMPÓZIUM FRESENIUS MEDICAL CARE MAGYARORSZÁG – MEDIAL				
18.45	SZÜNET				
20.00	GÁLAVACSORA				

2017. OKTÓBER 28. (SZOMBAT)

„A” SZEKCIÓ – TOSCANA I. TEREM

TOVÁBBKÉPZÉSI NAP

09.00	FŐTÉMA – VESEBETEGSÉGGEL ÉLŐK ÉLETMINŐSÉGE, ÉLETKILÁTÁSA
20.00	SZÜNET
10.10	FŐTÉMA – A KARDIOLÓGIAI ÉS NEPHROLÓGIAI SZAKELLÁTÁS EGYÜTTMŰKÖDÉSE A DIURETIKUM REFRAKTER SZÍVELÉGTLEN BETEGEK KEZELÉSÉBEN ÉS GONDOZÁSÁBAN
11.15	SZÜNET
11.25	SZIMPÓZIUM AMGEN
11.45	SZABADELŐADÁSOK – KLINIKAI NEPHROLOGIA
13.30	TESZTÍRÁS, NAGYGYŰLÉS ZÁRÁSA

Tudományos program

2017. október 26., csütörtök

„A” SZEKCIÓ – TOSCANA I. TEREM

09.00 MEGNYITÓ

Prof. dr. Reusz György, a Magyar Nephrologiai Társaság elnöke

Dr. Barna István, a Nagygyűlés elnöke

Dr. Kárpáti István, a Magyar Nephrologiai Társaság főtítkára

Dr. Ladányi Erzsébet, Országos minőségügyi szakfőorvos (nephrologia és dialízis szakterület)

Prof. dr. Wittmann István, a Nephrologia és Dialízis Tagozat elnöke

09.10 ÜNNEPÉLYES DÍJÁTADÁSOK

Üléselnökök: Reusz György, Kárpáti István, Balla József, Ladányi Erzsébet, Szegedi János, Barna István, Csiky Botond, Nagy Judit, Radó János, Rosivall László, Sonkodi Sándor, Túri Sándor, Wittmann István

1. A „MAGYAR NEPHROLOGIAI TÁRSASÁG TISZTELETBELI TAGJA” (HONORARY MEMBER) Díj

Díjazott:

Prof. dr. Markus Ketteler

Zentrum für Innere Medizin (ZIM): Nephrologie Chefarzt, Coburg, Germany

2. „KORÁNYI SÁNDOR DÍJ” átadása

Díjazott:

Prof. dr. Iványi Béla

Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Pathológiai Intézet, Szeged

3. „A MAGYAR NEPHROLOGIA TÖRTÉNETÉÉRT DÍJ” átadása

Díjazott: Dr. Kárpáti István

Debreceni Egyetem ÁOK, Nephrologiai Tanszék – Népegészs. Kar Népegészségügyi Medicina Tanszék, Debrecen

4. ERA-EDTA NATIONAL GRANT



Leading
European
Nephrology

Díjazott/Granted: Pap Domonkos

Domonkos Pap^{1,2}, Apor Veres-Székely², Erna Sziksz¹, Beáta Szebeni¹, Rita Lippai², István Márton Takács², Andrea Fekete^{2,3}, Tivadar Tulassay¹, György Reusz², J. Attila Szabó¹, Ádám Vannay¹:

Novel role of IL-20 cytokine subfamily in the pathogenesis of chronic kidney diseases

Az IL-20 citokin alcsalád szerepe a krónikus vesebetegség patomechanizmusában

¹MTA-SE Pediatric and Nephrology Research Group, ²Semmelweis University 1st Dept. of Pediatrics, ³MTA-SE

„Lendület” Diabetes Research Group, Budapest, Hungary;

¹MTA-SE Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, ²Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika,

³Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika / MTA-SE Lendület Diabétesz Kutatócsoport, Budapest

5. A MANET TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁGÁNAK DÍJÁTADÁSA

„AZ ÉV LEGKIEMELKEDŐBB NEPHROLOGIAI TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYE (ALAPKUTATÁS) DÍJ”**Díjazott: Dr. Hosszú Ádám***(Semmelweis Egyetem – Magyar Tudományos Akadémia Lendület Diabétesz Kutatócsoport, Budapest)***A közlemény címe:****Hosszú Ádám, Antal Zsuzsa, Lénárt Lilla, Hodrea Judit, Kószegi Sándor, Balogh Dóra, Banki Fanni, Wagner László, Dénes Ádám, Hamar Péter, Degrell Péter, Vannay Ádám, Szabó Attila, Fekete Andrea:** **σ 1-Receptor Agonism Protects against Renal Ischemia-Reperfusion Injury***J Am Soc Nephrol Epub 2016 Apr 7.*

IF: 8,966

„AZ ÉV LEGKIEMELKEDŐBB NEPHROLOGIAI TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYE (KLINIKAI KUTATÁS) DÍJ”**Díjazott: Dr. Cseprekál Orsolya***(Semmelweis Egyetem ÁOK, Sebészeti és Transzplantációs Klinika, Budapest)***A közlemény címe:****Cseprekál Orsolya, Egresits József, Tabák Ádám, Nemcsik János, Járai Zoltán, Babos László, Fodor Emese, Farkas Krisztina, Godina Gabriella, Kárpáthi Katalin, Kerkovits Lóránt, Marton Adrienn, Nemcsik-Bencze Zsófia, Sallai Zsolt, Németh Zsófia, Kiss István, Tislér András:****The significance of micro- and macrovascular biomarkers on cardiovascular outcome in chronic kidney disease: a prospective cohort study. *J Hum Hypertens* 2016 Jul; 30(7):449-55**

IF: 2,797

Tudományos Közleményért Elismerő Oklevélben részesülnek:*Alap kutatás***Dr. Kaucsár Tamás***(Semmelweis Egyetem ÁOK, Kórleltani Intézet, Budapest)***Kaucsár T, Godó M, Révész C, Kovács M, Mócsai A, Kiss N, Albert M, Krenács T, Szénási G, Hamar P: Urine/Plasma Neutrophil Gelatinase Associated Lipocalin Ratio Is a Sensitive and Specific Marker of Subclinical Acute Kidney Injury in Mice.***PLoS One. 2016 Jan 29;11(1):e0148043*

IF: 2,806

Dr. Molnár Gergő Attila*(Pécsi Tudományegyetem KK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum, Pécs)***Molnár GA, Kun S, Sélley E, Kertész M, Szélig L, Csontos C, Böddi K, Bogár L, Miseta A, Wittmann I.: Role of Tyrosine Isomers in Acute and Chronic Diseases Leading to Oxidative Stress - A Review.***Curr Med Chem. 2016;23(7):667-85. Review*

IF: 3,249

Dr. Sélley Eszter*(Pécsi Tudományegyetem KK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum, Pécs)***Sélley E, Kun S, Szijártó IA, Kertész M, Wittmann I, Molnár GA.:****Vasodilator Effect of Glucagon: Receptorial Crosstalk Among Glucagon, GLP-1, and Receptor for Glucagon and GLP-1. *Horm Metab Res.* 2016 Jul;48(7):476-83.**

IF: 2,216

*Klinikai kutatás***Dr. Kun Szilárd***(Pécsi Tudományegyetem KK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum, Pécs)***Szélig L, Kun S, Woth G, Molnár GA, Zrínyi Z, Kátai E, Lantos J, Wittmann I, Bogár L, Miseta A, Csontos C.: Time courses of changes of para-, meta-, and ortho-tyrosine in septic patients: A pilot study.***Redox Rep. 2016 Jul;21(4):180-9.*

IF: 2,07

KUTATÁS-FEJLESZTÉSI PÁLYÁZATOK NYERTESEI**Dr. Deák György**

egyetemi docens, osztályvezető főorvos

*(Uzsoki utcai Kórház, Budapest)***Pályázat címe: A hiponatrémia előfordulási gyakoriságának, rizikótényezőinek, iatrogén okainak és kimene-
telének vizsgálata a kórházi gyakorlatban**

Elnyert támogatás: 500 eFt

Papp Domonkos

tudományos munkatárs (témavezető: Dr. Vannay Ádám)

*(Magyar Tudományos Akadémia Támogatott Kutatócsoportok Irodája Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport)***Pályázat címe: Az IL-20 citokin alcsalád szerepe a vesefibrosis patomechanizmusában**

Elnyert támogatás: 500 eFt

Szkibinszkij Edgár

PhD hallgató (témavezető Dr. Wagner László)

*(Semmelweis Egyetem ÁOK Sebészeti és Transzplantációs Klinika)***Pályázat címe: A chaperonhatás aktivitásának új lehetősége a vesekárosodás csökkentésére**

Elnyert támogatás: 500 eFt

*A MANET által elbíralt kutatásfejlesztési pályázatokat a B. Braun Avitum Hungary Zrt. támogatja.***6. A MANET OKTATÁSI BIZOTTSÁGÁNAK DÍJÁTADÁSA****„AZ ÉV LEGKIEMLEKEDŐBB NEPHROLOGIAI TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYE DÍJ”****Díjazott: Dr. Nemcsik János***(Semmelweis Egyetem ÁOK, Családorvosi Tanszék, Budapest)*

A szerzők két közleményt nyújtottak (1, 2) be.

1. közlemény:László Andrea¹, Reusz György², **Nemcsik János**^{3,4}:**Az ambuláns artériás érfalmerevség-paraméterek jelentősége krónikus vesebetegségben:
metodikai összefoglaló.***Hypertonia és Nephrologia 2016;20(6)259-66.***2. közlemény:**Andrea László¹, György Reusz² and **János Nemcsik**^{3,4}:**Ambulatory arterial stiffness in chronic kidney disease: a methodological review.***Hypertension Research 2016;39:192-8.**A szerzők munkahelye:*¹*TCM-Klinik Bad Kötzting, Németország*²*Semmelweis Egyetem ÁOK, I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest*³*Semmelweis Egyetem ÁOK, Családorvosi Tanszék, Budapest*⁴*Zuglói Egészségügyi Szolgálat (ZESZ), Budapest***Díjazott: Dr. Haris Ágnes***(Szent Margit Kórház, Budapest)***A közlemény:****Ágnes Haris, Szilveszter Dolgos, Kálmán Polner:****Therapy and prognosis of ANCA-associated vasculitis from the clinical nephrologist's perspective***Int Urol Nephrol DOI 10.1007/s11255-016-1419-4***7. A MANET IFJÚSÁGI BIZOTTSÁGÁNAK DÍJÁTADÁSA****„VAS ISTVÁN IFJÚSÁGI DÍJ”****Díjazott: Dr. Cseprekál Orsolya***(Semmelweis Egyetem ÁOK, Sebészeti és Transzplantációs Klinika, Budapest)***A LEGJOBB ELŐADÁS/POSZTER KÜLÖNDÍJAK***A MANET XXXIII. Nagygyűlésén (Siófok, 2016. október 20–22.) díjazott előadások és poszterek névsorban.***Díjazott: Dr. Kulcsár Dalma****Címe: Kulcsár Dalma, Udvardiné Bukits Brigitta, Szakács Gyuláné, Kovács László, Kulcsár Imre:****Diabeteses predializált betegeink sorsának alakulása 2009–2015 között***(Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Nephrológia, B. Braun Avitum Hungary Zrt. 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely)*

2017.
X. 26.**Díjazott: Dr. Lénárt Lilla****Címe:** Lénárt Lilla, Balogh Dóra, Hodrea Judit, Szkibinszkij Edgár, Kőszegi Sándor, Hosszú Ádám, Vannay Ádám, Wagner László, Szabó Attila, Fekete Andrea:**A RAAS-gátlók csökkentik a diabeteses nephropathiához társuló depresszió kialakulását**
(*Semmelweis Egyetem – Magyar Tudományos Akadémia Lendület Diabétesz Kutatócsoport, Budapest*)**8. A MAGYAR VESE-ALAPÍTVÁNY díjátadása****TARABA ISTVÁN DÍJ****Díjazott: Dr. Borda Bernadett** PhD, egyetemi tanársegéd*(Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Orvostudományi Centrum Sebészeti Klinika, Szeged)***KIVÁLÓSÁGI KÖZPONT (CENTER OF EXCELLENCE)****Szent Margit Kórház Nephrologiai Osztály és Taraba István Műve Állomás, Budapest**Osztályvezető: **Dr. Haris Ágnes** PhD, osztályvezető főorvos**NEPHROLOGIÁÉRT ÉLETMŰ DÍJ****Díjazott: Dr. Mátyus János** egyetemi docens*(Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet Nephrologiai Tanszék, Debrecen)***10.40 KORÁNYI SÁNDOR DÍJAZOTT ELŐADÁSA****Prof. dr. Iványi Béla**, intézetvezető*Szegedi Tudományegyetem Egyetem ÁOK Patológiai Intézet, Szeged***A BEÜLTETETT VESE KILÖKÖDÉSE: BIOPSZIÁS TAPASZTALATOK****11.00 FŐTÉMA – GLOMERULONEPHRITIS–NEPHROSIS**Üléselnökök: **Mátyus János, Reusz György, Tislér András****ÚJABB ISMERETEK A GLOMERULONEPHRITISEK ETIOPATOGENEZISÉRŐL (12'+3')****Mátyus János***DE KK, Belgyógyászati Intézet, Debrecen***2016–2017-BEN PUBLIKÁLT RCT-K A GLOMERULONEPHRITISEK TERÁPIÁJÁBAN (12'+3')****Tislér András***SE ÁOK, I. Belgyógyászati Klinika, Budapest***MODERN DIAGNOSZTIKUS LEHETŐSÉGEK A GLOMERULONEPHRITISEK VIZSGÁLATÁBAN***(8'+2')***Bajcsy Dóra***SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Centrum, Szeged***RITUXIMAB HATEKONYSÁGA, BIOLÓGIAI TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK A****GLOMERULONEPHRITISEK KEZELÉSÉBEN (12'+3')****Haris Ágnes***Szent Margit Kórház Nephrologiai Centrum, Budapest***A MAGYARORSZÁGI VASCULITIS REGISZTER LEGFRISSEBB ADATAI (5')****Haris Ágnes***Szent Margit Kórház Nephrologiai Centrum, Budapest***12.00 Ebédszünet – POSZTER SÉTA****FOYER****POSZTER SÉTA I.**Elnökök: **Haris Ágnes, Szabó András****1. CARDIOVASCULARIS RIZIKÓFAKTOROK VIZSGÁLATA VESETRANSZPLANTÁLT GYEREKEKNÉL – RÖVID ÉS HOSSZÚTÁVÚ UTÁNKÖVETÉS****Bárcki Adrienn**, Cseprekál O., Dégi A., Reusz Gy.*SE ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest***2. SZÍVELÉGTELENSÉGET OKOZÓ CIMINO FISTULA TÖRTÉNETE****Juhász Emilia Claudia**, Amma Z., Juhász L., Kulcsár K., Benczur B., Szabó H., Harang G.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 7. sz. Dialízisközpont, Szekszárd***3. SZEMFENÉKI KERINGÉSVÁLTOZÁSOK HAEMODIALIZÁLT BETEGEKBN****Komár Tímea**, Kakuk J., Nagy P., Csufor N., Vadnay Á.*Péterfy Sándor Utcai Kórház és Rendelőintézet, Szemészet, Budapest*

4. **TARTÓS HIPEROZMOLARITÁS ELŐSEGÍTHETI A VESEFIBROSIS KIALAKULÁSÁT**
Mózes Miklós, Fazekas K., Kökény G.
SE ÁOK, Kórélettani Intézet, Budapest
5. **TUMORT UTÁNZÓ SZOKATLAN VESETÁLYOG GYERMEKKORBAN**
Rudolf Judit, Dobi M., Héjj I., Balázs Gy., Kiss A., Merksz M., Demjén B., Meichelbeck K., Nagy A.
Heim Pál Gyermekkórház Nephrologia, Budapest
6. **AUTOIMMUN BETEGSÉGHEZ TÁRSULÓ KRÓNIKUS NEPHRITIS SZINDRÓMA**
Seres Zsuzsanna, Intzedy K.
Dr. László Elek Kórház, Nephrologiai Gondozó, Orosháza
7. **A TYÚK ÉS A TOJÁS PROBLÉMAKÖRE, AVAGY MELYIK VOLT ELŐBB? HAEMOLYSIS ÁLTAL OKOZOTT ACUT PANCREATITIS VAGY ACUT PANCREATITIS OKOZTA HAEMOLYSIS?**
Varga Tünde
FMC Dialízis Központ, Salgótarján
8. **SZEGÉNY EMBER VÍZZEL FŐZ – A FRAKCIONÁLT HÚGYSAV, UREA ÉS NÁTRIUM EXKRÉCIÓ JELENTŐSÉGE AZ AKUT VESEELÉGTELENSÉG DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJÁBAN**
Seres Zsuzsanna
Dr. László Elek Kórház, Nephrologiai Gondozó, Orosháza

13.00 FŐTÉMA – VARIA

Üléselnökök: **Szabó Attila, Wittmann István**

A VÉRNYOMÁSMÉRÉS TÖRTÉNELMI (MÚLÓ?) KATEGÓRIA (20')

Rosivall László

SE ÁOK, Kórélettani Intézet, Nemzetközi Nephrologiai Kutató és Képző Központ, Budapest

GYERMEKKORI NEFROLÓGIAI BETEGSÉGEK JELENTŐSÉGE A FELNŐTT NEFROLÓGUSOK SZÁMÁRA: CYSTINOSIS (12+3')

Szabó Attila

SE ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

AZ IDŐSKORÚ VESEBETEGEK ELLÁTÁSÁNAK IRÁNYAI (12'+3')

Ladányi Erzsébet, Széll J., Kóbor K.

FMC Miskolci Nefrológiai Központ, Miskolc

14.00 FŐTÉMA – KLINIKOPATHOLÓGIAI SZEKCIÓ METABOLIKUS SZINDRÓMA ÉS KOMPONENSEI

Üléselnökök: **Nagy Judit, Kemény Éva**

Bevezető előadás:

A METABOLIKUS SZINDRÓMA KOMPONENSEI ÉS A VESE (8')

Nagy Judit

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

Esetbemutatók:

FIATAL, TÚLSÚLYOS FÉRFI NEPHROSIS SZINDRÓMÁVAL (8'+5')

Trinn Csilla és Bidiga László

DE KK, Belgyógyászati Klinika, DE KK Pathológiai Intézet, Debrecen

HATVANHÉT ÉVES NŐBETEG; AZ ANAMNÉZISBEN DIABETES, HYPERTONIA, HYPERLIPIDEMIA ÉS TUDÓRÁK (8'+5')

Juhász Edina és Kardos Magdolna

Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ, I. Belgyógyászat, Budapest; SE ÁOK II. sz. Pathológiai Intézet, Budapest

EDDIG NEM KEZELT HYPERTONIÁS, ELHÍZOTT FÉRFIBETEG BESZÚKÜLT VESEFUNKCIÓVAL ÉS IZOLÁLT PROTEINURIÁVAL (8'+5')

Légrády Péter és Kemény Éva

SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Centrum, SZTE ÁOK Patológiai Intézet, Szeged

HYPERTONIÁS, DIABETESES IDŐS FÉRFI BETEG BESZÚKÜLT VESEFUNKCIÓVAL ÉS HEMATÚRIÁVAL (8'+5')

Barabás Noémi és Kardos Magdolna

Szt. Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest; SE ÁOK, II. sz. Pathológiai Intézet, Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS, TANULSÁGOK (10')

Kemény Éva és Nagy Judit

SZTE ÁOK, Patológiai Intézet, Szeged; PTE ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum, Pécs

2017.
X. 26.

- 15.30 **SZIMPÓZIUM RICHTER GEDEON NYRT.
BETEGEINK A FIGYELEM KÖZÉPPONTJÁBAN**
Moderátorok: **Ábrahám György, Barna István**

A STATINOK VÉDELMEBEN – NEPHRO-DIABETOLÓGIAI KIHÍVÁSOK

Havasi Anett

A HYPERTONIA ÉS HYPERLIPIDAEMIA EGYÜTTES KEZELÉSÉNEK KÉRDÉSKÖREI

Barna István

AZ ATTENTION ARB VIZSGÁLAT RÉSZLETES EREDMÉNYEI

Ábrahám György

- 16:30 **SZIMPÓZIUM BAYER HUNGÁRIA KFT.
MIRE ÜGYELJÜNK A DIREKT ORÁLIS ANTIKOAGULÁNSOK VESEBETEGEKNÉL TÖRTÉNŐ
ALKALMAZÁSA SORÁN**
Finta Ervin

16.50 *Szünet*

- 17.15 **A MAGYAR NEPHROLOGIAI TÁRSASÁG KÖZGYŰLÉSE**
Üléselnökök: **Reusz György, Kárpáti István, Balla József, Ladányi Erzsébet, Nagy Judit, Szegedi János,
Túri Sándor, Wittmann István**

NAPIRENDI PONTOK

1. Megnyitó

Dr. Reusz György – a MANET elnöke

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

Dr. Kárpáti István – a MANET főtitkára

3. A Társaság pénzügyi beszámolója

Dr. Rempert Adám – a MANET pénztárosa

4. Tagnyilvántartás

Dr. Barna István – tagnyilvántartásért felelős vezetőségi tag

5. A Felügyelő Bizottság jelentése a Társaság elmúlt évi tevékenységéről

Dr. Deák György – a Felügyelő Bizottság elnöke

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

Dr. Wittmann István – a Nephrologia és Dialízis Tagozat elnöke

Dr. Reusz György – a Nephrologia és Dialízis Tanács elnöke

7. Beszámoló a Nemzeti Vese Program 2017. évi tevékenységéről

Dr. Reusz György – a Nemzeti Vese Program elnöke

8. Magyar Vese-Alapítvány beszámolója

Dr. Rosivall László – a Magyar Vese-Alapítvány elnöke

9. Javaslat a MANET elnöki posztjának kétéves ciklusaira

Dr. Reusz György – a MANET elnöke

Dr. Wittmann István – a Nephrologia és Dialízis Tagozat elnöke

10. Egyebek

19.00 *Szünet*

- 20.00 **NYITÓVACSORA**

2017. OKTÓBER 27., PÉNTEK

„A” SZEKCIÓ – TOSCANA I. TEREM

08.20 SZABADELŐADÁSOK – VESEPÓTLÓ KEZELÉS

Üléselnökök: **Ladányi Erzsébet, Zakar Gábor**

KÖZÉPKORÚ NŐBETEG TERÁPIAREZISZTENS HYPERTONIÁJA, NAGY VESÉKKEL, AZOTÉMIÁVAL ÉS SÚLYOS ANÉMIÁVAL (8'+2')

Zakar Gábor, Jurenka Zs., Fejes R., Szelestei T., Degrell P.

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

SZEMFENÉKI KERINGÉS VIZSGÁLATA HAEMODIALIZÁLT BETEGEK BEN (8'+2')

Vadnay Ákos, Kakuk J., Nagy P., Csufor N., Komár T.

Markhot Ferenc Kórház Eger, Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest

DIALIZÁLT BETEGEK TÚLÉLÉSE ÉS CV SZÖVŐDMÉNYEI A PRIMER DIALÍZISCSATLAKOZÁSOK SZERINTI CSOPORTOKBAN (HÁROM ÉV TAPASZTALATAI) (8'+2')

Varga Andrea, Staudt Sz., Besenczi B., Zöld Zoltánné, Zakar G.

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

MIÉRT VÁLASSZUK A PERITONEALIS DIALÍZIST A TUNNELIZÁLT DIALIZÁLÓ KATÉTEREN KERESZTŰL VÉGZETT HEMODIALIZÍSSSEL SZEMBEN, HA AV FISZTULA KIALAKÍTÁSÁRA MÁR NINCIS LEHETŐSÉG? (8'+2')

Balku István, Szigeti Zs., Répási K., Szegedi J.

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízis Központ, Nyíregyháza

A TRANSTHORACALIS DOPPLER ECHOCARDIOGRAPHIÁVAL MEGHATÁROZOTT KORONÁRIA ÁRAMLÁSI SEBESSÉGEK ÖSSZEFÜGGÉSE A KRÓNIKUS NORMOCYTER ANAEMIÁVAL KRÓNIKUS VESEELÉGTELEN BETEGEK BEN (8'+2')

Császár Ildikó, Pálinkás A.

Diaverum Dialízis Központ, Hódmezővásárhely

KRÓNIKUS DIALÍZIS PROGRAMBAN RÉSZT VEVŐ ANCA-ASSZOCIÁLT VASCULITISES (AAV) BETEGEK IMMUNSZUPRESSZIÓS KEZELÉSE (8'+2')

File Ibolya, Trinn Cs., Ujhelyi L., Balla J., Bidiga L., Mátyus J.

DE KK, Belgyógyászati Intézet, Debrecen

DMT-VEL SZERZETT TAPASZTALATAINK A DIAVERUM HÁLÓZATÁBAN A PD INCIDENCIA TEKINTETÉBEN 2014–2017. KÖZÖTT (8'+2')

Magyar Katalin, Török M., Orosz A., Albert K., Császár I., Varga E., Rédl J., Kósa D., Belén M., J. Hegbrandt

Bajai Diaverum Dialízis Központ, Baja

LISTERIA MONOCYTOGENES OKOZTA PERITONITIS PERITONEALISAN DIALIZÁLT BETEG BEN (8'+2')

Páll Katalin, Sági V., Orosz A.

Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Immunonephrológiai Osztály, Budapest

09.40 Szünet

09.50 FŐTÉMA – A CA ÉS P ANYAGCSERE ZAVARAI, A CSONTANYAGCSERE RENDELLENESSÉGEI VESEBETEGEINK BEN

Üléselnökök: **Szabó András, Reusz György**

AZ FGF23 SZEREPE FOSZFÁTANYAGCSERE SZABÁLYOZÁSÁBAN VESEELÉGTELENSÉGBEN (25'+5')

Szabó András

SE ÁOK, II. sz. Gyermekklinika, Budapest

KALCIUM ÉS NEM KALCIUM TARTALMÚ FOSZFÁTKÖTŐK KAPCSOLATA A HALÁLOZÁSSAL EGY MAGYAR BETEGCSOPORTBAN (25'+5')

Ambrus Csaba, Barabás N., Kerkovits L., Kiss I.

B. Braun Avitum Zrt., I. sz. Dialízisközpont, Szent Imre Oktatókórház, Hypertonia-Nephrologia Profil, SE ÁOK Geriátria Tanszéki Csoport, Budapest

A főtéma támogatója a Sanofi-Aventis Zrt.

10.50 Szünet

2017.
X. 27.

11.00 SZIMPÓZIUM BOEHRINGER INGELHEIM

Szívügyünk a VESE!
Moderátor: Kempler Péter

Előadók: Ábrahám György és Barna István

12.00 FÓTÉMA – TRANSZPLANTÁCIÓ

Üléselnökök: Reusz György, Rempört Ádám, Wagner László

HOW TO INCREASE LIVE KIDNEY DONATION - THE ROLE OF KIDNEY PAIRED DONATION PROGRAMS (25')

Ondřej Viklický

Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague

VESE-ÉLŐDONÁCIÓ ÉS BIZTONSÁG: ÚJDONSÁGOK 2017-BEN (15')

Wagner László

SE ÁOK, Sebészeti és Transzplantációs Klinika, Budapest

HOGYAN OPTIMALIZÁLHATÓ A DONOR-RECIPIENS-PÁROSÍTÁS? (15')

Rempört Ádám

SE ÁOK, Sebészeti és Transzplantációs Klinika, Budapest

13.00 Ebédszünet – POSZTER SÉTA

FOYER

POSZTER SÉTA II.

Elnökök: Kemény Éva, Túri Sándor

9. ESETTANULMÁNY: MINIMAL CHANGE SZINDRÓMA ÉS AKUT VESEELÉGTELENSÉG (8'+2')

Magyar Katalin, Pánczél B., Pápai E.

Bajai Diavérum Dialízis Központ, Baja

10. TREATMENT OF HYPERURICAEMIA IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

Fazekas Klára

Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

11. BAL OLDALI AGYTÖRZSI DEKOMPRESSZIÓS MŰTÉTEN ÁTESETT REZISZTENS HYPERTONIÁS BETEGEK KÉT ÉVEN TÚLI UTÁNKÖVETÉSI ADATAI

Fejes Imola, Vörös E., Barzó P., Bajesi D., Letoha A., Sonkodi S., Ábrahám Gy., Légrády P.

SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Centrum, Szeged

12. METFORMIN ASSZOCIÁLTA LAKTÁT ACIDÓZIS A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYON 2011–2016. KÖZÖTT

Fülöp Norbert, Bilics G., Koch M., Soós V., Varga Cs.

Somogy Megyei Kapos Mór Oktató Kórház, Kaposvár

13. AKUT VESEELÉGTELENSÉG HANTAVÍRUSFERTŐZÉS BEN

Markóth Csilla, Rékasi É., Rédl J., Mátyus J., Nagy O.

Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház, Nephrologiai Osztály, Diavérum Dialízis Központ, Szolnok

14. CHYLURIA – EGY RITKA VIZELETETLÉTERÉS. ESETISMERTETÉS

Molnár Gergő Attila, Ludány A., Pusztai Cs., Molnár Á., Bán Zs., Németh K., Molnár K., Szántó Á., Wittmann I.

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

15. A BŐR GLIKÓZAMINOGLIKÁN MOLEKULÁINAK SZEREPE A NÁTRIUM HOMEOSZTÁZISBAN

Sugár Dániel, Agócs R., Sulyok E., Szabó J. A., Tulassay T.

SE ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

16. TRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐEN VISSZATÉRŐ FSGS ESETEI GYERMEKKORBAN

Szabó Tamás, Bíró E.

DE KK, Gyermekgyógyászati Intézet, Debrecen

17. ÖRÖKLETES MITOKONDRIUMBETEGSÉGHEZ TÁRSULÓ PROTEINURIA EGY RITKA ESETE

Szabó Barna, Szelestei T., Degrell P.

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Nephrologia, Kaposvár

14.15 SZIMPÓZIUM BERLIN CHEMIE

CÉLKERESZTBEN A VESE

Moderátor: Ábrahám György

GFR ÉRTÉKEK KÖRÜLI VÁLTOZÁSOK A METFORMIN ALKALMAZÁSA KAPCSÁN

Kovács Tibor

KÖSZVÉNY TERÁPIÁS MEGOLDÁSOK AZ eGFR TÜKRÉBEN

Pintér István

VESEVÉDŐ LERCANIDIPIN

Kiss István

15.15 FŐTÉMA – DIALÍZISKEZELÉS: MAGYARORSZÁGI HELYZETKÉP ÉS ÚJ KIHÍVÁSOK
A MODALITÁS VÁLASZTÁS KAPCSÁN

Üléselelnökök: Polner Kálmán, Zakar Gábor, Kulcsár Imre

A MAGYARORSZÁGI DIALÍZIS STATISZTIKA 2016-BAN. A MAGYAR DIALÍZIS REGISZTER
ISMERTETÉSE (10'+2')

Kulcsár Imre, Illés M., Véner Z., Hangay I.

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

A PERITONEALIS- ÉS HEMODIALÍZIS VÁLASZTÁSÁNAK ÚJABB SZEMPONTJAI (10'+2')

Zakar Gábor

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

DIALÍZIS VERSUS KONZERVATÍV TERÁPIA AZ IDŐS VESEBETEGEK KEZELÉSÉBEN

– AZ ÚJ EURÓPAI SZAKMAI IRÁNYELV ISMERTETÉSE (10'+2')

Dolgos Szilveszter

Szent Margit Kórház, Nefrológia Osztály, Budapest

TARTÓS VÉRNYERÉS KIALAKÍTÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI IDŐS DIALIZÁLT BETEGEKNÉL
(10'+2')

Gáspár Renáta, Rikker Cs., Juhász E., Haraszti M.

FMC Péterfy I. Dialízis Központ, Budapest

IDŐS BETEGEK PERITONEALIS DIALÍZISKEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK:
SIKEREK ÉS NEHÉZSÉGEK (10'+2')

Polner Kálmán, Haris Á.

Szent Margit Kórház Nephrologiai Centrum, Budapest

16.15 Szünet

16.30 RITKA GENETIKAI BETEGSÉG DIAGNOSZTIKÁJA, VESETRANSZPLANTÁCIÓS ESETE
Moderátorok: Prohászka Zoltán, Rempert Ádám, Reusz György

EGY MUTÁCIÓ NEM MUTÁCIÓ?

Reusz György

A GENETIKAI LELETEK ÉRTÉKELÉSE ATÍPUSOS HUS-BAN

Prohászka Zoltán

ÁTÜLTETÉS ÉS ATÍPUSOS HUS

Rempert Ádám

17.30 Technikai szünet

17.45 SZIMPÓZIUM FRESENIUS MEDICAL CARE MAGYARORSZÁG – MEDIAL
MULTIFILTRATE PRO ALKALMAZÁSA INTENZIV OSZTÁLYON. VESEPÓTLÁS
ÉS IMMUNMODULÁCIÓ

Moderátor: Balla József

FOLYAMATOS VESEPÓTLÓ KEZELÉSEK CYTOSORB KEZELÉSSEL KOMBINÁLVA
– IMMUNMODULÁCIÓ ÉS MÁJTÁMOGATÁS

Balla József

EXTRAKORPORÁLIS ANTIKOAGULÁLÁS A FOLYAMATOS VESEPÓTLÓ KEZELÉSEK
SORÁN – MULTIFILTRATEPRO ÚJ TECHNIKAI MEGOLDÁSAI

Becs Gergely

multiFiltratePRO JELLEMZŐI A SZAKÁPOLÓ SZEMÉVEL

Körtvélyesiné Bari Krisztina

FOLYAMATOS VESEPÓTLÓ KEZELÉSEK ELMÉLETI KÉRDÉSEINEK GYAKORLATI
MEGOLDÁSAI

Újhelyi László

18.45 Szünet

20.00 GÁLAVACSORA

„B” SZEKCIÓ – TOSCANA II. TEREM

11.00 SZABADELŐADÁSOK – ELMÉLETI NEPHROLOGIA

Üléselnök: Nagy Judit

A TGF- β MEZANGIÁLIS SEJTEKRE GYAKOROLT HATÁSA FÜGG A GENETIKAI HÁTTÉRTŐL
(8'+2')

Kökény Gábor, Fazekas K., Halek F.A., Mózes M.
SE ÁOK, Kórleltani Intézet, Budapest



Leading European Nephrology

AZ IL-20 CITOKIN ALCSALÁD SZEREPE A KRÓNIKUS VESEBETEGSÉG
PATOMECHANIZMUSÁBAN (8'+2')

Pap Domonkos, Veres-Székely A., Sziksz E., Szebeni B., Lippai R., Takács I. M., Fekete A., Tulassay T., Reusz Gy., Szabó J. A., Vannay Á.

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

MONOKLONÁLIS IMMUNGLOBULIN MOLEKULÁK (MIG-K) OKOZTA VESEBETEGSÉGEK AZ
SZTE I. SZ. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKÁJA ANYAGÁBAN (8'+2')

Gajdán Nikolett, Turkevi-Nagy S., Kemény É., Iványi B., Légrády P., Ábrahám Gy.
SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

A NÁTRIUM (FENA), HÚGYSAV (FEHS) ÉS KARBAMID (FEKN) FRAKCIONÁLT EXKRÉCIÓ
ÖSSZEFÜGGÉSÉNEK ÉS A DISZKORDÁNS EREDMÉNYEK JELLEMZŐINEK VIZSGÁLATA (8'+2')

Ledó Nóra, Deák T., Kira D., Studinger P., Pethő Á.G., Tislér A.
SE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

A KÓROS TIROZIN-IZOFORMÁK ÉS A VÉRKÉPZÉS PARAMÉTEREINEK ÖSSZEFÜGGÉSE
HIPERFILTRÁLÓ, FIZIOLÓGIÁS TERHESEKBN (8'+2')

Tormási Imre, Kun Sz., Molnár G.A., Szilágyi A., Wittmann I.
Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Kaposvár

FIBRINOGEN A -LÁNC MUTÁCIÓ OKOZTA AMYLOIDOSIS VESEBIOPSIÁS MINTÁBAN
– ESETBEMUTATÁS (8'+2')

Vas Tibor, Lacza Á., Motyovszki A., Tornóczki T., Kálmán E., Wittmann I.
PTE ÁOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum, Pécs

12.00 Szünet

16.00 VASHIÁNY ÉS VASPÓTLÁS KRÓNIKUS VESEBETEGSÉGBEN (20')

Balla József

DE KK, Belgyógyászati Intézet, Debrecen

16.40 SZIMPÓZIUM AMGEN

NAGY LÉPÉS A DIALIZÁLT BETEGEK HATÉKONYABB EGYÜTTMŰKÖDÉSÉÉRT!

Moderátor: Balla József

ÚJ KDIGO MBD-CKD AJÁNLÁS LEGFONTOSABB ÚJDONSÁGAI

Ladányi ErzsébetÚJ KORSZAK A DIALIZÁLT BETEGEK SZEKUNDER HYPERPARATHYREOSISÁNAK
TERÁPIÁJÁBAN: ETELCALCETID

Tislér András

17.40 Szünet

20.00 GÁLAVACSORA

„C” Szekció – MARBELLA TEREM**SZAKDOLGOZÓK TUDOMÁNYOS PROGRAMJA****10.15 AZ ÁPOLÓI SZEKCIÓÜLÉS MEGNYITÁSA**Zakar Gábor dr. *MANET Ápolási Albizottság***HEMODIALÍZIS 1.**Üléselnökök: **Kazup Szilvia dr., Szakács Gyuláné****KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG MIATT DIALÍZISPROGRAMBA KERÜLT BETEGEINK SORSÁNAK VIZSGÁLATA 2012–2016. (10')****Bukovics Mónika, Illés M., Kulcsár I.***B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely***HEMODIALIZÁLT BETEGEK ADHERENCIÁJA (10')****Vecsei Margit, Kiss I., Ambrus Cs.***B. Braun Avitum Hungary Zrt., 1. sz. Dialízisközpont, Budapest***BETEGBIZTONSÁG FONTOSSÁGA A DIALIZÁLT BETEGEKNÉL (10')****Némethné Völgyi Rita***B. Braun Avitum Hungary Zrt., 3. sz. Dialízisközpont, Veszprém***A KÉZHIGIÉNÉS TECHNIKA JAVÍTÁSA ELEKTRONIKUS MONITORRENDSZER SEGÍTSÉGÉVEL DIALIZISKÖZPONTOKBAN (10')****Tölgyesi K., Gergely László dr., Bánsághi Sz., Róna P., Lehotsky Á., Haidegger T.***B. Braun Avitum Hungary Zrt., Budapest***ÁPOLÓI TEENDŐK DIALIZÁLT DIABETESSES BETEGEK KÖRÉBEN (10')****Kovács Krisztina***B. Braun Avitum Hungary Zrt., 4. sz. Dialízisközpont, Kaposvár***POSZTER ELŐADÁSOK:****A „KOMPETENCIA TEAM” HELYE ÉS SZEREPE A DIALIZÁLT BETEGEK ÁSVÁNYI-CSONT-ANYAGCSERE ZAVARAINAK KEZELÉSÉBEN (5')****Czirják Norbertné, Szakos T., Répási K., Szegedi J.***B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont, Nyíregyháza***A „HATÉKONYSÁGI KOMPETENCIA TEAM” HELYE ÉS SZEREPE A DIALIZÁLT BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN (5')****Szakos Tibor, Szegedi J.***B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont, Nyíregyháza***Megbeszélés (10')**11.30 *Szünet***12.00 PSZICHOSZOCIÁLIS ÁPOLÁSI MUNKA**Üléselnökök: **Polner Kálmán dr., Tölgyesi Katalin****PSZICHOLÓGIA A DIALIZISKÖZPONTBAN (10')****Kreinné Kopácsi Mária, Némethné Völgyi R., Mácsai E., Benke A.***B. Braun Avitum Hungary Zrt., 3. sz. Dialízisközpont, Veszprém***SPECIÁLIS HELYZETBEN: SZOCIÁLIS MUNKA IDŐS VESEBETEGEKKEL (10')****Ország Katalin***Szent Margit Kórház Taraba István műveseállomás, Budapest***GYÁSZFOLYAMATOK MEGJELENÉSE A DIALIZÁLT BETEGEK KÖZÖTT (10')****Horváth Erzsébet, Szabó T.***B. Braun Avitum Hungary Zrt., 14. sz. Dialízisközpont, Kistarcsa***A DIALIZÁLT BETEGEK PANASZAINAK ÉS A DIALÍZIS MINŐSÉGI PARAMÉTEREINEK ÖSSZEFÜGGÉSEI (10')****Tölgyesi Katalin, Király M., Benke A.***B. Braun Avitum Hungary Zrt., Budapest*

2017.
X. 27.**A CSALÁD TÁMOGATÁSÁNAK POZITÍV GYÓGYÍTÓ SZEREPE – EGY FIATAL DIALIZÁLT BETEG KÁLVÁRIÁJÁNAK TANULSÁGAI (10')****Nagy Beáta**, Varga T.*FMC Dialízis Központ, Salgótarján***ÉLET A HALÁL UTÁN, AVAGY ÚGY ÉLNI, MINT MINDENKI MÁS... (10')****Nagy Margit***B. Braun Avitum Hungary Zrt., 8. sz. Dialízisközpont, Tatabánya***Megbeszélés (10')**13.10 *Ebédszünet***14.10 PREDIALÍZIS ÁPOLÁS ÉS PERITONEALIS DIALÍZIS**Üléselnökök: **Lakatos Judit dr.**, **Sallay Erika****EPO-KEZELT PREDIALIZÁLT BETEGEK SORSA 2012–2016. (10')****Balogh Anita**, Szakács Gy., Kulcsár I.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely***IDÓS BETEGEINK KEZELÉSE: MILYEN KIHÍVÁSOKKAL KÜZDÜNK MEG NAP MINT NAP? (10')****Bóka Ildikó**, Magyar K.*Bajai Diaverum Dialízis Központ, Baja***NEPHROLOGIAI OSZTÁLYOS BETEGEK SZAKÁPOLÁSA, ESETISMERTETÉS (10')****Farkas Márta***B. Braun Avitum Hungary Zrt., 16. sz. Dialízisközpont, Siófok***DIABETESES ÉS NEM DIABETESES BETEGEK SORSÁNAK ALAKULÁSA PERITONEALIS DIALÍZISPROGRAMBAN (10')****Szakács Gyuláné**, Udvardiné Bukits B., Kovács L., Kulcsár I.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely***LEHET-E PERITONEALIS DIALÍZIST VÉGEZNI EGY PARKOLÓ AUTÓBAN? (10')****Áldott Judit**, Rónás Gy., Fekete A., Halmai R.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 13. sz. Dialízisközpont, Dunaujváros***SPECIÁLIS PD NŐVERI FELADATOK ÉS NEHÉZSÉGEK A PERITONEALIS DIALÍZISSEL KEZELT IDÓS BETEGEK ELLÁTÁSA KAPCSÁN (10')****Sallay Erika**, Detrich K., Polner K., Haris Á.*Szent Margit Kórház, Taraba István Művese Állomás, CAPD központ, Budapest***SZÍVELÉGTÉLEN BETEGEK PERITONEALIS DIALÍZISE, ÁPOLÁSI TAPASZTALATOK (10')****Giczyné Simon Szilvia**, Staudt Sz., Földi Jánosné, Varga A., Zakar G.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár***ÉLETMINŐSÉGET BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK VIZSGÁLATA PERITONEALIS DIALIZÁLT BETEGEINKNÉL BUDAPESTEN (10')****Lapatinszky Anita**, Biró B., Kerkovits O., Kiss I.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 1. sz. Dialízisközpont, Budapest***Megbeszélés (10')**15.40 *Szünet***16.00 HEMODIALÍZIS 2.**Üléselnökök: **Orosz Attila dr.**, **Gerhák Ferencné****FISZTULA DISZFUNKCIÓ ESETÉN MILYEN ÖSSZEFÜGGÉS VAN A NŐVÉR VIZSGÁLATA ÉS A KÉPALKOTÓ VIZSGÁLATOK KÖZÖTT? (10')****Aszódi Andrea**, Markó Sz., Csekei J., Varga E.*Diaverum Dialízis Központ, Kalocsa***GOMBLYUK SZŰRÁSTECHNIKA ALKALMAZÁSA IMMUNSZUPRIMÁLT BETEG ESETÉBEN (10')****Gerhák Ferencné**, Keresztesi S.*FMC Dialízis Központ, Kecskemét*

PALINDROM KANÜLÖK IMPLANTÁCIÓJÁNAK ÉS HASZNÁLATÁNAK NÉGYÉVES ÁPOLÁSI TAPASZTALATAI (10')**Filotás Ágnes**, Frányó M., Varga A., Zakar G.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár***A MARADÉK VESEFUNKCIÓ VÁLTOZÁSA KRÓNIKUS HEMODIALÍZISBEN (10')****Nagy Éva**, Kulcsár I.*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely***MRSA HORDOZÁS SÚLYOS SZÖVŐDMÉNYEI HAEMODIALÍZISBEN KÉT ESET BEMUTATÁSÁVAL (10')****Nagy Lászlóné**, Varga T.*FMC Dialízis Központ, Salgótarján***Megbeszélés (10')****17.00 AZ ÁPOLÓI SZEKCIÓ ZÁRÁSA****17.30 BÁLINT CSOPORT**Moderátor: **Dr. Major János****2017. október 28., szombat****TOSCANA I. TEREM****Továbbképzési Nap****09.00 FŐTÉMA – VESEBETEGSÉGGEL ÉLŐK ÉLETMINŐSÉGE, ÉLETKILÁTÁSA**Üléselnökök: **Haris Ágnes, Kulcsár Imre****A MARADÉK VESEFUNKCIÓ JELENTŐSÉGE KRÓNIKUS DIALÍZISPROGRAMBAN (12'+3')****Kulcsár Imre***B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont; Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely***MOZGÁSTERÁPIÁS ELVEK ÉS SAJÁT GYAKORLATI TAPASZTALATOK A KRÓNIKUS VESEBETEGEK, DIALIZÁLTAK ÉS VESETRANSZPLANTÁLTAK KEZELÉSÉBEN (8'+2')****Király Enikő**, Szilágyiné Lakatos T., Veres-Balajti I., Kárpáti I.*Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Debrecen***A FIZIKAI AKTIVITÁS JELENTŐSÉGE VESEBETEGEINK TÚLÉLÉSI EREDMÉNYEINEK JAVÍTÁSÁBAN (12'+3')****Schneider Károly***Honvéd Kórház, III. Belgyógyászati Osztály, Budapest***A KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉGGEL ÉLŐK ÖNGONDOSKODÁSA (SELF-MANAGEMENT), A BETEGSÉGGEL KAPCSOLATOS DÖNTÉSHOZATAL KÉPESSÉGE (SHARED DECISION-MAKING) ÉS A SZEMÉLYRE SZABOTT BETEGOKTATÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI (12'+3')****Haris Ágnes**, Polner K.*Szent Margit Kórház Nephrologiai Centrum, Budapest***BETEGEGYÜTTMŰKÖDÉS (12'+3')****Kóbor Krisztina**, Széll J., Klenk N., Szendrey L., Mizsik T., Béres K., Ladányi E.*FMC Miskolci Nefrológiai Központ, Miskolc*

2017.
X. 28.

- 10.10 **FŐTÉMA – A KARDIOLÓGIAI ÉS NEPHROLOGIAI SZAKELLÁTÁS EGYÜTTMŰKÖDÉSE A DIURETIKUM REFRAKTER SZÍVELÉGTÉLEN BETEGEK KEZELÉSÉBEN ÉS GONDOZÁSÁBAN**
Üléselnökök: Kiss István, Szegedi János

A KARDIOLÓGIAI ÉS NEPHROLOGIAI TEAM EGYÜTTMŰKÖDÉSE A DIURETIKUM REFRAKTER SZÍVELÉGTÉLENSÉG KEZELÉSÉBEN ÉS GONDOZÁSÁBAN (10')

Szegedi János

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont; Sz-Sz-B Megyei Kórházak és Egyetem Oktatókórház Jósa András Oktató Kórház, Nyíregyháza

A SZÍVELÉGTÉLENSÉG EPIDEMIOLÓGIÁJA MAGYARORSZÁGON (15')

Tomcsányi János

Budai Irgalmasrendi Kórház Kardiológia, Budapest

A PERITONEALIS DIALÍZIS HELYE A DIURETIKUM REFRAKTER SZÍVELÉGTÉLENSÉG KEZELÉSÉBEN (15')

Zakar Gábor, Szegedi János

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

A SELDINGER-TECHNIKÁVAL VÉGZETT PD KATÉTER IMPLANTÁCIÓ HELYE ÉS SZEREPE A DIURETIKUM REFRAKTER SZÍVELÉGTÉLEN BETEGEK PD KEZELÉSÉBEN (15')

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

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

Diszkusszió

11.15 *Szünet*

- 11.25 **SZPONZORÁLT ELŐADÁS, AMGEN Kft.**

Moderátor: **Barna István**

VESEBETEGSÉG ÉS CSONTVESZTÉS, ILLETVE CSONTVESZTÉS KEZELÉSE VESEBETEGEKNÉL

Csiky Botond

- 11.:45 **SZABADELŐADÁSOK – KLINIKAI NEPHROLOGIA**

Üléselnökök: Kiss István, Szabó László, Wittmann István

A LIRAGLUTID KEZELÉS VESEVONATKOZÁSAI (15')

Wittmann István

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

SPINA BIFIDÁS BETEGEK VESEMŰKÖDÉS ZAVARAI (8'+2')

Szabó László, Bajusz I., Dorkóné Dudás M., Kóbor K.

Heim Pál Gyermekórház, Budapest

ÉLETMINŐSÉG-VIZSGÁLAT A B. BRAUN AVITUM HUNGARY ZRT., 2. SZ.

DIALÍZISKÖZPONTJÁBAN (8'+2')

Répai Krisztina, Szegedi J., Valikovics F., Balku I.

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

MAGYAR GYERMEK VESETRANSZPLANTÁCIÓS ADATBÁZIS A „COOPERATIVE EUROPEAN PAEDIATRIC RENAL TRANSPLANT INITIATIVE” (CERTAIN) REGISZTER KERETEIN BELÜL (8'+2')

Berta László, Szabó A.

SE ÁOK, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

MÉG NINCS VÉGE – A KATÉTERES RÁDIÓFREKVENCIÁS RENALIS DENERVÁCIÓ AKTUALITÁSAI (8'+2')

Légrády Péter, Schulcz D., Fejes I., Ábrahám Gy.

SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Centrum, Szeged

DIALIZÁLT BETEGEK CARDIOVASCULARIS MORBIDITÁSÁNAK ÖSSZEFÜGGÉSE A RIZIKÓFAKTOROKKAL (8'+2')

Mácsai Emília, Szentés En., Havasi A., Benke A.

B. Braun Hungary Zrt., 3. sz. Dialízisközpont; Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém

KRÓNIKUS VESEBETEGSÉGGEL ÖSSZEFÜGGŐ NEUROPATHIA – ÁTTEKINTÉS (8'+2')**Molnár Gergő Attila***PTE ÁOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum, Pécs***ATÍPUSOS ANTI-GBM NEFRITISZ ESETE (8'+2')****Letoha Annamária**, Turkevei-Nagy S., Iványi B., Constantinou K., Gyói A., Légrády P., Ábrahám Gy.*SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged***VESEBIOPSZIA SZOKATLAN SZÖVŐDMÉNYE (8'+2')****Pethő Ákos**, Domján B., Kardos M., Fintha A., Studinger P., Tislér A.*SE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest***IDŐS HEMODIALIZÁLT BETEGEK KEZELÉSÉNEK SZEMPONTJAI (8'+2')****Rikker Csaba**, Juhász E., Gáspár R., Haraszti M., Keresztény I.*FMC Péterfy I. Dialízis Központ, Budapest***13.30 TESZTÍRÁS, NAGYGYŰLÉS ZÁRÁSA**

Absztraktok

Kalcium- és nem kalciumtartalmú foszfátkötők kapcsolata a halálozással egy magyar betegcsoportban

Ambrus Csaba^{1,2,3}, Barabás Noémi^{1,2}, Kerkovits Lóránt^{1,2}, Kiss István^{1,2,3}

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

²Szent Imre Oktatókórház, Hypertonia-Nephrologia Profil, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Geriátria Tanszéki Csoport, Budapest

Több mint két évtizede alkalmazunk foszfátkötő szereket a vesepótló kezelésben részesülő betegeink foszfátszintjének kontrollálására. Az eredeti célunk a hyperphosphataemiával kapcsolatot mutató magas halálozási arány csökkentése. A legtöbbször használt kalciumtartalmú szerekhez képest az új, nem kalciumtartalmú gyógyszerek alkalmazásakor kedvezőbb túlélési eredményeket igazoltak. Az azonban máig nem világos, hogy a nem kezelt betegekhez képest a kalciumtartalmú, illetve az új típusú szerek milyen túlélési előnyt biztosítanak.

Egy retrospektív vizsgálatban 18 dialízisközpont 2211, krónikusan dializált betegének adatait dolgoztuk fel. Az elemzésben a kiindulási gyógyszerdózisokat, valamint az öt éves követési időszak alatti laborparamétereket és halálozási adatokat tudtuk figyelembe venni. Összehasonlítottuk a kalciumtartalmú, nem kalciumtartalmú foszfátkötőt szedők, és a foszfátkötőt nem kapó hyperphosphataemiás betegek túlélését Kaplan–Meier és többváltozós Cox regressziós módszerekkel.

A betegek átlagéletkora 65,4±13,9 év, nők aránya 46,7%, diabetes aránya 37,1%, a peritonealis dialízis prevalenciája 17,9% volt. A betegek 52%-a részesült foszfátkötő kezelésben, közülük 71,3% kalciumalapú szert kapott. Nagyobb esélye volt foszfátkötő kezelésre, akinek volt igazolt kalcifikációja, csonttörése, nő volt, és a foszfátszintje

1,7 mmol/l feletti volt. A foszfátkötővel nem kezelt betegek (42%) közül 31,9%-nak volt hyperphosphataemiája ($P > 1,7$ mmol/l).

Az átlagos követési idő 20 hónap (min–max: 0–71, IQR: 25) volt, mely alatt a betegek 47,4%-a hunyt el. A nem kalciumalapú foszfátkötővel kezelt betegek túlélése jobb volt, mint a kalciumalapú foszfátkötővel kezelték ($p=0,02$). Meglepő, hogy a nem kezelt, hyperphosphataemiás betegek és a nem kalciumalapú foszfátkötővel kezelt betegek túlélése között nem volt különbség ($p=0,63$). Ezzel szemben a nem kezelt, hyperphosphataemiás betegek túlélése jobb volt, mint a kalciumalapú foszfátkötőt szedőké ($p=0,02$). A fenti állítások az alcsoportelemzések alapján csak 150 pg/ml alatti PTH esetén voltak igazolhatók. Céltartományban vagy afölötti PTH esetén a három betegcsoport túlélése között nem volt különbség.

Fenti adatok egyértelműen igazolják, hogy – ellentétben az aktuális támogatási szabályokkal – a nem kalciumtartalmú foszfátkötők alkalmazása különösen alacsony PTH-szint esetén javasolható.

Miért válasszuk a peritonealis dialízist a tunnelizált dializáló katéteren keresztül végzett hemodialízissel szemben, ha AV fisztula kialakítására már nincs lehetőség?

Balku István, Szigeti Zsuzsanna, Répási Krisztina, Szegedi János

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

Háttér: A hemodializált betegek túlélését jelentősen befolyásolja a vérnyerési hely típusa. A centrális vénás katéteren (CVC) keresztül dializált betegek mortalitása magasabb, mint az AV fisztulán dializáltaké. Kézenfekvőnek tűnik az előbbi betegcsoportban a PD kezelés bevezetése.

Ugyanakkor ezek a páciensek gyakran idősek, magatehetetlenek vagy anúriások hosszú hemodialízis kezeléssel a kórelőzményben, nem feltétlenül ideális alanyai a PD kezelésnek.

Módszer: Dialíziscentrumunk beteganyagát retrospektíven vizsgálva 2005. január 1. és 2014. december 31. közötti időszakban 56 olyan beteget találtunk, ahol az érsebész nem látott lehetőséget AV fisztula kialakítására, és a PD kezelésnek nem volt kontraindikációja. 35 betegnél tunnelizált katéter (TCVC) felhelyezés történt, 21 beteg esetén PD indult. A két betegcsoportban vizsgáltuk az 1–2–3 éves túlélést, illetve a kezelési komplikációk, szövődmények miatti hospitalizációs igényt. **Eredmények:** Az átlagéletkor a TCVC-s csoportban 65,5 év, a PD kezeltéké 67,2 év volt. A diabetes előfordulása 31,4, illetve 38%-nak, az anúriásoké 28,5, illetve 33%-nak adódott. Hét beteg asszisztált PD kezelésben részesült. Az 1–2–3 éves túlélés TCVC esetén 83–66–48%, PD-ben 91–67–55% volt. Jelentősebb volt a különbség a PD javára a 70 évesnél fiatalabbakban (hároméves túlélés 56%, illetve 67%). Előnyt jelentett a PD anúriás betegekben (a hároméves túlélés 33,3, illetve 57%), az asszisztált PD-s betegek 57% volt életben a harmadik év végén. A TCVC-s csoportban gyakrabban volt szükség hospitalizációra kezelési komplikáció miatt. (0,48 eset [4,05 nap]/betegév, illetve 0,26 eset [2,52 nap]/betegév).

Következtetések: Azokban a betegekben, akiknél AV fisztula kialakítására nincs lehetőség, megfelelő választás a PD kezelés a tartós dializáló katéteren keresztül végzett hemodialízissel szemben. A PD elsősorban a fiatalabb betegek esetén előnyösebb, de jó kezelési eredmények érhetők el magasabb kockázatú, anúriás vagy idős asszisztáltan kezelt betegek esetén is. A CV katéter mellett gyakoribb a komplikációk, szövődmények miatti kórházi felvétel, több a kórházban töltött idő.

Cardiovascularis rizikófaktorok vizsgálata vesetranszplantált gyerekeknél – rövid és hosszú távú utánkövetés

Bárczi Adrienn¹, Cseppekál Orsolya², Dégi Arianna¹, Reusz György¹

¹*Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest*

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

Bevezetés: A cardiovascularis (CV) rendszer betegségei a vezető halálokok közé tartoznak a végállapotú veseelégteleneknél. Károsodik a szív kontraktilitása, balkamrahypertrophia, szívelégtelenség alakulhat ki. Az artériás érfalrugalmasság csökken, növekszik a centrális pulzushullám terjedési sebesség (cPWV), mely a CV-mortalitás önálló előrejelzője. Transzplantáció (Tx) ellenére a rizikó több mint százszoros marad a normál populációhoz képest.

Célkitűzés: Célunk a gyermekkorban vesetranszplantáción átesett populáció rövid és hosszú távú követése és CV-rizikófelmérése.

Módszer: Vizsgálatainkba 34 gyermekkorban vesetranszplantáción átesett beteg vett részt. A betegeknek a Tx-t követően két időpontban (T1: 2,19 év T2: 8,19 év medián) mértünk cPWV-t applanációs tonméter segítségével. A mérésekkel egyidőben a laboratóriumi és klinikai adatokat rögzítettük. Vizsgáltuk a CV-rizikófaktorok jelenlétét, valamint ezek időbeli változását követtük.

Eredmények: Mindkét mérési időpontban a leggyakoribb rizikófaktorok a hipertonia (58,82% és 64,7%), anaemia (64,7% és 67,6%) és hypertriglyceridaemia volt. A túlsúly 12%-ról 26%-ra nőtt. A PWV SDS értékei a két időpont között szignifikáns csökkenést mutatott ($p < 0,05$). A PWV SDS a lipidekkel ($r = 0,555$), szisztolés és diasztolés vérnyomásértékekkel ($r = 0,376$, $r = 0,452$), proteinúriával ($r = 0,736$) mutatott szignifikáns pozitív korrelációt. A két időpont közötti PWV változás szintén a lipidekkel ($r = 0,710$) és a vérnyomásértékekkel ($r = 0,439$) korrelált pozitívan.

Következtetés: A veseátültetésen áteső betegekink már gyermekkorban is fokozott CV-rizikóval rendelkeznek, melyek évekkal később is jelen van, ugyanakkor a Tx pozitív hatásaként a rizikó csökkenhet. A CV-betegségek gyermekkorban szubklinikusan zajlanak, a prevenciót szem előtt tartva követni kell a gyermeket fiatal felnőtt korukon túl is.

Magyar gyermek vesetranszplantációs adatbázis a „Cooperative European Paediatric Renal TransplAnt INitiative” (CERTAIN) regiszter keretein belül

Berta László, Szabó Attila

Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

Célkitűzés: A program célja az alapvető adatbázis megteremtése a „CERTAIN” nemzetközi vesetranszplantációs regiszter keretein belül, amivel a gyermekek hosszú távú nyomkövetésének alapjait teremtjük meg. Célunk továbbá a jövőben, hogy nemzetközi együttműködés révén a közös kutatási projekteknél is részt vegyünk.

Módszerek: Első lépésként a transzplantáción átesett gyermekek számát mértük fel. Ehhez a Transzplantációs Klinika, valamint az I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika Medsol adatait használtuk fel. A 2015. és 2016. évben transzplantáción átesett gyermekek adatait dolgoztuk fel. A kiválasztás feltétele volt, hogy a transzplantáció időpontjában a 18. életévét még nem töltötte be a páciens.

A gyermekeket a transzplantációt követően több időpontban vizsgáltuk: A transzplantáció előtti, a hazabocsátás előtti, majd 3, 6, 9 és 12 hónappal a transzplantáció utáni, és az ezt követően félévente végzett kontrollvizsgálatok adatait vittük be.

Az adatok exportálását követően, a statisztikai analízis az IBM SPSS Statistics (Ver. 22.0.0) szoftverrel történt.

Eredmények: Az előzetes tervek alapján 24 főt választottunk ki a 2015-ben és 2016-ban transzplantált gyermekek közül. Minden gyermeknél törekedtünk arra, hogy lehetőleg egy teljes év anyagát, azaz hat ellenőrző vizsgálatot sikerüljön feldolgozni. 10 fiú és a 9 lány átlagosan 11 éves

korokra, 124 nap átlagos várakozási idő után 12 cadaver-, illetve hét élő donorból vesetranszplantációban részesültek. Három esetben történt rejekeiós epizód. Részletesen feldolgoztuk az operációval kapcsolatos rendelkezésünkre álló információkat. További vizsgálatokat végeztünk a transzplantáció gyógyszerelésével kapcsolatban. Rögzítettük a gyermekek immunszuppresszióját, profilaktikusan használt antimikrobiális kezelését. Végezetül rögzítettük a gyermekek kórházi ápolásait, a transzplantációval járó szövődeményeket és számos, nyomon követésben szerepet játszó laborparamétereket.

Összefoglalás: A nemzetközi regiszterben történő részvétel lehetőséget nyújt saját adataink részletes elemzésére, azok összehasonlítására a nemzetközi adatokkal és eredményekkel, valamint alapját adja tudományos kérdésfelvetések megválaszolásának.

A transthoracalis Doppler echocardiographiával meghatározott coronaria áramlási sebességek összefüggése a krónikus normocyter anaemiával krónikus veseelégtelen betegekben

Császár Ildikó¹, Pálinkás Artilla²

¹*Diaverum Dialízis Központ, Hódmezővásárhely*

²*Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ, Hódmezővásárhely–Makó*

Alapismertek: A transthoracalis Doppler echocardiographiával (TTDE) meghatározott diasztolés coronaria áramlási sebesség (DKÁS) jó diagnosztikus értékkel alkalmazott a coronariaszűkületek kimutatásában. A DKÁS-t meghatározó tényezők még nem kellően feltártak.

Cél: A haematokrit (HTK) és a TTDE-vel mért DKÁS összefüggéseinek vizsgálata coronariabetegségtől mentes, vörösvértest koncentrációt transzfúziót (VVKT) igénylő krónikus normocyter anaemiás (KNA) krónikus veseelégtelen (KVE) betegekben.

Módszerek: A vizsgálatba 15 (6 nő [40%], átlagéletkor 69 ± 12 év) KNA-s, VVKT-t igénylő KVE beteget és kontrollosportként 12 (5 nő [42%], átlagéletkor 67 ± 10 év), a betegekkel életkorra azonos egyént vontunk be. Coronariabetegségre utaló klinikai adat egyetlen betegnél, illetve a kontrollosportban sem szerepelt. A vizsgálat kezdetén – illetve a KNA-s betegeknel a VVKT után is – laboratóriumi vizsgálatok és TTDE történt. A TTDE során a proximális RDA területén TTDE-vel vettük fel a DKÁS spektrumot, melynél a diasztolés coronaria áramlási csússebességet (DKÁCSS), az átlagsebességet (DKÁÁS), illetve az idősebesség integrált (DKÁISI)mértük le.

Eredmények: A KNA-s KVE betegekben a VVKT előtt valamennyi DKÁS adat szignifikánsan magasabb volt, mint a kontrollosportban (DKÁCSS: $94,4 \pm 33,9$ vs. $44,2 \pm 14,9$ cm/sec, $p < 0,001$; DKÁÁS: $63,8 \pm 27,5$ vs. $31,4 \pm 9,0$ cm/sec, $p < 0,001$; DKÁISI: $26,2 \pm 12,8$ vs. $14,3 \pm 8,2$ cm/sec, $p < 0,01$). A betegek átlagosan 800 ± 280 ml VVKT kaptak. A VVKT-t követően a HTK érték szignifikánsan emelkedett ($0,20 \pm 0,03$ vs. $0,33 \pm 0,06$,

$p < 0,0001$). Valamennyi VVKT előtt mért DKÁS paraméter szignifikáns mértékben csökkent a VVKT-t követően (DKÁCSS: $93,8 \pm 34,9$ vs. $52,5 \pm 13,5$ cm/sec, $p < 0,001$; DKÁÁS: $64,2 \pm 28,4$ vs. $39,995$ cm/sec, $p < 0,01$; DKÁISI: $26,2 \pm 13,2$ vs. $16,7 \pm 4,8$ cm, $p < 0,01$). A HTK érték VVKT-t követő növekedése szignifikánsan korrelált a DKÁS paraméterek változásával (Δ HTK- Δ DKÁCSS: $r = -0,61$, $p < 0,05$; (Δ HTK- Δ DKÁÁS: $r = -0,67$, $p < 0,05$; (Δ HTK- Δ DKÁISI: $r = -0,62$, $p < 0,05$).

Konklúzió: KNA-s KVE betegekben a DKÁS szignifikáns összefüggést mutat a HTK értékkel. A TTDE-vel mért DKÁS profilok ISZB-re vonatkozó értékelésénél az KNA egyidejű fennállását is figyelembe kell venni.

Vesebetegség és csontvesztés, illetve csontvesztés kezelése vesebetegeknél

Csikó Botond

PTE KK, II. Belklinika és Nephrol Centrum, FMC Dial Centrumok, Pécs

Krónikus vesebetegségben a csont- és ásványi-anyagcsere szisztémás zavara (CKD-MBD) a progresszió korai stádiumában kialakul; CKD 3–5-ben már a betegek $>85\%$ -a érintett. Szövettani típusait csak a ritkán végzett csontbiopsziával klasszifikálhatjuk. A CKD-MBD és kezelése összefüggésben van ezen betegek cardiovascularis kalcifikációjával, morbiditásával és mortalitásával.

A csonttörések 2–4-szer gyakoribbak vesebetegekben, mint az átlagpopulációban. A vesebetegség progressziójával a törések incidenciája és prevalenciája nő. Csípőtáji törések után a mortalitás rizikója jelentősen, 16–60%-kal emelkedik. Krónikus vesebetegségben a csontvesztés oka komplex, CKD 1–3-ban az osteoporosis hagyományos okai dominálnak, CKD 4-5-ben a renalis osteodystrophia.

Az új ajánlások szerint a krónikus vesebetegek osteoporosisának diagnosztikájában ajánlott a BMD (bone mineral density) mérése, terápiás konzekvencia esetén a csontbiopszia elvégzése is. A törés rizikójának becslésére egyszerű és hasznos módszer a FRAX, egy WEB-alapú eszköz is. Biokémiai paraméterekre a diagnosztikában és a terápiában is hagykozunk.

Krónikus vesebetegek osteoporosisának kezelése komplex, a vesebetegség stádiumától függ; része a CKD-MBD kezelése is (D-vitamin, cinakalcet). A denosumab veseelégtelenségben dóziscsökkentés nélkül alkalmazható, számolva a hypokalcaemia veszélyével. Az alapvetően renalisan eliminálódó biszfoszfonátok a vesebetegség korai stádiumaiban használhatók elsősorban. Nem tisztázott a szelatív ösztrogén-receptor-modulátorok, illetve a romosozumab szerepe ebben a betegcsoportban. Teriparatiddal és ramoxifénnel kevés vizsgálati eredmény áll rendelkezésünkre krónikus vesebetegek vonatkozásában.

A krónikus vesebetegek osteoporosisának diagnosztikája az új ajánlások fényében a korábbinál egzaktabbá vált. A vesebetegség korai stádiumaiban az osteoporosis inkább hagyományos etiológiájú, és a kezelése is ennek megfelelő; a későbbi stádiumokban a CKD-MBD a fő etiológiai tényező, így a kezelés is komplexebb.

Az osteoporosis kezelése krónikus vesebetegségben

Deák György

Uzsoki Utcai Kórház, III. Belgyógyászati-Nephrologiai Osztály, Budapest

Krónikus vesebetegek csont-ásványi anyagcserezavarában (CKD-MBD) a csont reszorpció mértéke meghaladja a csontképzés ütemét mind gyorsult, mind lassult csontátépülési ráta esetén. Krónikus vesebetegekben ez a mechanizmus is hozzájárul az osteoporosis kialakulásához. A csonttörés rizikója krónikus vesebetegség fennállása esetén nagyobb, mint az életkor szerint igazított átlagpopulációban: kétszeres 60 ml/perc alatti GFR esetén és négyszeres dializált betegekben.

CKD-MBD fennállása esetén a csontsűrűség (BMD) osteodenzitometriával (ODM) mért értékei és a törési rizikó, mortalitás összefüggése nem szoros, ugyanis a csont minőségi paraméterei (merevség-rugalmasság, mikroszerkezet) is kórossá válnak, ezért normál BMD mellett is lehet fokozott törési rizikó. Ugyanakkor az alacsony/csökkentő BMD fokozott törési rizikót tükröz ebben a populációban is, ezért az ODM a KDIGO új, 2017-es ajánlása alapján ismét helyet kapott a diagnosztikában.

CKD-MBD és osteoporosis együttes fennállása esetén először a kóros CKD-MBD paraméterek rendezése szükséges, ezt követheti az antireszorptív kezelés. Biszfoszfonát adás szóba jöhet a CKD 3-as stádiumában, de figyelembe kell venni, hogy erősen és tartósan kötődik a csont ásványi anyagához és adinamiás csontbetegséget okozhat, emellett tubularis toxicitás is előfordulhat. Biszfoszfonát nem adható 30–35 ml/perc alatti eGFR esetén. A denosumab az osteoclast aktivitást gátolja. A CKD teljes spektrumában, dializáltak számára is adható, csökkenti a csonttörési rizikót, növeli a csontsűrűséget. A súlyos hypokalcaemia kivédése érdekében a kezelést kalcium és aktív D-vitamin adásával kell kiegészíteni.

Dialízis versus konzervatív terápia az idős vesebetegek kezelésében – az új európai szakmai irányelv ismertetése

Dolgos Szilveszter

Szent Margit Kórház, Nefrológia Osztály, Budapest

Nefrológiai szakambulanciáinkon, mindennapi klinikai gyakorlatunkban egyre nő az idősebb, elesett állapotú, csökkent eGFR-rel (<45 ml/perc/1,73 m²) rendelkező betegek száma. Ezen idős betegek a legtöbb klinikai vizsgálatból kizárása kerülnek, ezért esetükben a bizonyítékon alapuló klinikai gyakorlat meghatározása nehézségekbe ütközik.

Ugyanakkor egyértelműen szükséges az egészségügyi szakemberek, valamint a betegek és hozzátartozóik bizonyítékokon alapuló útmutatóval való támogatása a betegellátás és az ahhoz kötődő tapasztalatok minőségének javí-

tása, valamint az egészségügyi szolgáltatás és fejlesztés átlátható keretrendszerének megteremtése érdekében.

Ennek jegyében az Európai Vese Társaság – Európai Dialízis és Transzplantációs Társaság (ERA-EDTA) és az Európai Geriátriai Társaság közös kezdeményezésében szakértői csoportok kerültek felállításra az idős vesebetegek kezelésével kapcsolatos bizonyítékok kritikai áttekintésére.

A munka eredményeként 2016 novemberében publikálták a krónikus vesebetegség 3b vagy előrehaladottabb stádiumában (eGFR <45 ml/min/1,73 m²) szenvedő idős betegek kezelésének klinikai gyakorlati irányelvét. Jelen előadásomban az irányelv főbb megállapításait és ajánlásait szeretném röviden összefoglalni.

Treatment of hyperuricaemia in chronic kidney disease

Klára Fazekas

Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest

Background: Lack of enough evidence by interventional research supporting a cause-effect relationship between the risk factor hyperuricaemia and the onset of chronic kidney disease (CKD).

Methods: Metaanalysis of more than ten clinical trials data served as Research material for our study. Application of two different xanthine oxidase inhibitor allopurinol and febuxostat in the different – officially published – patient groups would be presented.

Results: The simple urate lowering effect was highlighted earlier as only goal and evaluable result of the administration of xanthine oxidase inhibitors. Application of febuxostat seems to be more effective - resulted significant reduction of eGFR values, improvement of renal function, and lowering of cardiovascular mortality in certain referred patients groups. Conclusion: Urate lowering therapy need further study and evidences for new guidelines.

Bal oldali agytörzsi dekompressziós műtéten átesett rezisztens hypertoniás betegek két éven túli utánkövetési adatai

Fejes Imola¹, Vörös Erika², Barzó Pál³, Bajcsi Dóra¹, Letoha Annamária¹, Sonkodi Sándor¹, Ábrahám György¹, Légrády Péter¹

¹SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Nephrologia-Hypertonia Centrum, Szeged

²SZTE ÁOK, Radiológiai Klinika, Szeged

³SZTE ÁOK, Idegsebészeti Klinika, Szeged

Terápiarezisztens hypertonia hátterében a bal oldali rostralis ventrolateralis medulla microvascularis pulzatisis kompressziója lehetséges oki tényezőként szerepet játszhat. Ezen esetekben idegsebészeti microvascularis dekompressziót (MVD) követően a betegek vérnyomása két évvel később is alacsonyabb volt, mint a műtét előtti, és a terápiás igényük is csökkent.

Célkitűzés: Jelen munkánkban a műtét időpontjától időben a legtávolabbi – maximum 2016. december 31-ig bezárólag – kontrolladatait hasonlítottuk össze a műtét előtt rögzítettekkel.

Módszerek: A korábbi, két éves utánkövetésben részt vett kilenc beteg adatait gyűjtöttük ki a betegnyilvántartó rendszerből, retrospektív módon. A kilenc beteg műtét idején rögzített adatai alapján: életkor $43,7 \pm 3,0$ év, BMI $28,5 \pm 1,6$ kg/m², hypertoniatartam $14,2 \pm 3,1$ év. A betegeknél a műtét előtti, majd az 1 és 24 hónapos, valamint a legutolsó megjelenés adatait vettük figyelembe. A műtét minden esetben megerősítette az MR-angiographia által felvetett kompressziót.

Eredmények: A műtétekre 2000 és 2004 között került sor. Az átlagos utánkövetési idő 11 év (min. 3 és max. 15 év). Az MVD-t követően minden betegnél csökkent mind a szisztolés, mind pedig a diasztolés vérnyomás, és ezek az értékek a legutolsó kontroll idején is a műtét előtti értékek alatt maradtak. Igaz ez az otthoni és a rendelői mérésekre is. A 24 hónapos értékekhez képest is alacsonyabb maradt a rendelői vérnyomások átlaga ($148,0/95,7$ Hgmm vs. $134,5/81,3$ Hgmm). Volt, akinek kissé emelkedettebb volt az utolsó kontroll során a vérnyomása – még alatta maradván a műtét előtti értéknek –, de nem volt összefüggés a műtét óta eltelt idő és az emelkedés között. A kilenc beteg közül ötnek az évek során azonban emelkedett a terápiás igénye, a 24 hónapos kontrollhoz képest az utolsó kontroll során nagyobb volt az átlagos gyógyszerkombinációk száma (5,7 vs. 6,7).

Következtetés: Ezek az eredmények is megerősítik korábbi véleményünket, mely szerint súlyos, konzervatív terápiára nem reagáló hypertonia és igazolt bal oldali agytörzsi kompresszió esetén a MVD szignifikáns és tartós vérnyomáscsökkenést eredményezhet. Ez a tartósság még hosszú évek múlva is megfigyelhető.

Krónikus dialízis programban részt vevő ANCA-asszociált vasculitises (AAV) betegek immunszuppressziós kezelése

File Ibolya¹, Trinn Csilla¹, Ujhelyi László¹, Balla József¹, Bidiga László², Mátyus János¹

¹DE KK, Belgyógyászati Intézet, Debrecen

²DE KK, Patológia Intézet, Debrecen

A világirodalomban számos tanulmány foglalkozik az AAV kezelésével, az azonban kevésbé tisztázott, hogy a már végstádiumú veseelégtelenség (ESRD) miatt krónikusan dializált AAV-es betegek hogyan részesüljenek immunszuppresszióban.

Célkitűzés: Jelen tanulmány célja, hogy saját beteganyagunk retrospektíven megvizsgáljuk az immunszuppresszív kezelés gyakorlatát és eredményeit.

Módszer: 1992–2017. között intézetünkben kezelt 119 AAV-es beteg közül 30 beteg jutott dialízis igényű ESRD-be a kezdeti súlyos veseérintettség, annak relapszusa vagy a vesebetegség későbbi progressziója kapcsán, az ő adataikat dolgoztuk föl és végeztünk analíziseket.

Eredmények: A 30 ESRD-be jutott AAV-es beteg közül mindössze öt beteg az, aki semmilyen immunmoduláns nem kapott három hónapon túl. A 25 beteg közül hatan szteroidot kaptak önmagában, 19-en egyéb immunszuppresszióban részesültek. Kilenc beteg a klasszikus séma szerint három hónap Endoxan kezelést követően Imurant kapott, négy relabáló beteg több kezelési mód után végül rituximabot kapott, két beteg szteroid és Endoxan terápiában részesült fél évig, két beteg közel két év Endoxan szedés után lett Imuranra konvertálva, két beteg Cellceptet kapott. Összességében elmondható, hogy betegeink nagyobb arányban részesültek három hónapon túl is immunszuppresszióban, melyben elsősorban a nálunk észlelhető nagyobb relapsusráta játszik szerepet ($0,31 \leq$ irodalomban leírt $0,05-0,09$ relapszus/betegév). Átlagosan 32 hónapig kaptak valamilyen immunmoduláns a betegeink. Összesen 12 beteg exitált a vizsgált időszakban, orvosi tevékenységhez (transzplantáció) vagy beavatkozáshoz köthető betegség (szepszis) kapcsán öt beteg hunyt el (16,6%). Két beteg tüdő carcinoma, öt beteg cardiovascularis esemény következtében exitált. Az ESRD és az immunszuppresszió okozta fokozott fertőzőhajlam okozta kórházi ellátást igénylő fertőzés előfordulása betegeinkben alacsonyabb volt, az irodalomban közölt adatoknál ($0,17 \leq$ irodalomban leírt $0,89$ esemény/betegév), igaz, két beteg esetében az infekció szepszishez és exitushoz vezetett.

Következtetés: A dialízisben részt vevő AAV-es betegek kezelése komplex, szoros beteg követést igénylő feladat, mely sok esetben nehezen meghozható döntés elé állítja a kezelő orvost.

Metformin asszociálta laktát acidózis a sürgősségi osztályon 2011–2016. között

Fülöp Norbert, Bilics Gergely, Koch Márton, Soós Viktor, Varga Csaba

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktatókórház, SBC, Kaposvár

Bevezetés: A metformin asszociált laktát acidózis (MALA) súlyos életveszélyes – szövődménye lehet a diabéteses betegek kezelésének. Célunk volt, hogy megvizsgáljuk, hogy egy közel 400 000 fő ellátásáért felelős sürgősségi centrumban milyen gyakorisággal fordult elő metformin asszociált laktát acidózis (MALA).

Módszerek/betegek: 2011–2016. között BNO alapján szűrtük ki az acidózis miatt kezelt betegeket, valamint a toxikológiai jelentő lapokból az antidiabetikum mérgezeteket. A fenti időszakban 189 075 ellátott betegből 181 acidózissal kezelt eset volt. Metformin szedése 28 esetben igazolódott. Laktátszint mérés alapján MALA 10 beteg esetében vetődött fel. Toxikológiai eset további négy fő volt, ebből egy esetben igazolódott MALA. A MALA-s betegek átlagos életkora $70,36 \pm 18,85$ év volt, 64%-ban (n=7) női betegek voltak. A metformint szedő, metabolikus acidózisos betegek közül, több esetben a laktátszint mérésének hiánya vezetett a kizáráshoz, MALA klinikai gyanúja további 16 esetben merült fel.

Eredmények: A MALA miatt kezelt betegek 45%-a ismert vesebeteg volt. Prerenalis ok vesefunkció-romlás hátterében a betegek 64%-ban volt található. Metformin dóziskorrekción nem történt az ismert veseelégtelen betegek esetében sem. Átlagos pH $7,99 \pm 0,22$, a laktátszint $11,9 \pm 4,1$ mmol/L volt. A betegek vesefunkciója jelentősen beszűkült volt kreatinin: 712 ± 291 $\mu\text{mol/L}$, a korábbi kreatininszint 111 ± 61 $\mu\text{mol/L}$ volt. Vesepótló kezelésre a betegek 82%-nál került sor. A halálozási arány 55%-nak adódott. Az esetek 64%-ban (7 fő) prerenalis ok, egy beteg esetében posztrenalis ok vezetett MALA-hoz.

Összefoglalás: A MALA az összes sürgősségi ellátásban részesülő betegek száma tekintetében ritka, de maga mortalitással járó akut szövődmény volt. A kiváltó tényezők akut vesefunkció-romlást okozó állapotok, illetve helytelen dozírozás voltak. MALA megelőzésében a rendszeres vesefunkciós kontroll és dóziskorrekción, valamint a betegek edukációja tölthet be fontos szerepet.

Monoklonális immunglobulin molekulák (MIG-ek) okozta vesebetegségek az SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinikája anyagában

Gajdán Nikolett, Turkevi-Nagy Sándor, Kemény Éva, Iványi Béla, Légrády Péter, Ábrahám György
SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Bevezetés: A MIG-ek a vesében számos betegséget okozhatnak. A molekulákat daganatos vagy nem daganatos plazmasejtes proliferáció, máskor lymphoid daganat termeli, és a hematológiai betegségekre a vesebiopsziás észlelet hívhatja fel a figyelmet. A diagnózis felállításához a vesebiopsziás minta komplex, többek között könnyűlánc-ellenes antitestekkel is végzett morfológiai vizsgálata, továbbá a szérumban és a 24 órás gyűjtött vizeletfehérje elektroforézise és immunfixációja, a szérumban lévő szabad kápa és lambda könnyűláncok arányának meghatározása, valamint Jamshidi-biopszia végzése szükséges.

Célkitűzés, anyag és módszer: Klinikánk 16 éves vesebiopsziás anyagában (n=551) elemeztük a MIG-ek okozta vesebetegségek gyakoriságát és klasszifikációs sajátosságait.

Eredmények: 29 esetben (5,2%) igazolódott MIG-k okozta vesebetegség: 13 AL-amyloidosis, négy cylinder nephropathia, öt könnyűlánc betegség, öt cylinder nephropathia és könnyűlánc betegség együtt, egy proliferatív glomerulonephritis monoklonális immunglobulin depozitumokkal, illetve egy cryoglobulinaemiás glomerulonephritis. A betegek átlagéletkora 55 év (tartomány: 37–78 év), nemi megoszlásuk 55% nő, 45% férfi volt. A vizsgálatok 14 betegnél myelomát (Jamshidi-biopszia által is megerősítve, ebből laposcsont-röntgen hét esetben volt kórjelző), egy betegnél lymphoid daganatot, öt betegnél MGUS-t igazoltak, kilenc betegnél nem találtunk adatot a csontvelői képre. A vesebiopsziára 27 betegnél ismeretlen eredetű vesefunkció-romlás miatt került sor. Utánkövetés 22 betegnél volt lehetséges, 13 betegnél alakult ki végstádiumú veseelégtelenség. Az átlagos túlélés a myelomás betegek esetén 17 hónap (az adatgyűjtés időpontjában

három beteg élt), a nem myelomás betegeknél négy hónap (az adatgyűjtés időpontjában 10 beteg élt, hét esetben nincs adat) volt.

Következtetés: Anyagunkban a MIG-ek okozta vesebetegség nem gyakori, viszont a hematológiai betegségekre a vese megbetegedése hívta fel a figyelmet. A progresszió lassításában kulcsfontosságú a korai diagnózis, melyhez elengedhetetlen a vesebiopszia elvégzése, és annak kiértékelése könnyűlánc-ellenes antitestekkel is.

Tartós vérnyerés kialakításának lehetőségei idős dializált betegeknél

Gáspár Renáta, Rikker Csaba, Juhász Edina, Haraszti Mária

FMC Péterfy I. Dialízis Központ, Budapest

Bevezetés: Az idős hemodializált betegeknél arteriovenosus (AV) fisztula kialakítása tekintetében nincs egységes álláspont. Irodalmi adatok szerint fisztula használata esetén csökken a várható infekciók, hospitalizációk száma a centrális nagyvéna kanülhöz, illetve érgraft-hoz képest, ugyanakkor az előrehaladott arteriosclerosis miatt a beavatkozás sikere kétséges.

Célkitűzés: Jelen tanulmányban a legidősebb, 80 évet elérő, vagy meghaladó, krónikus hemodialízis programba kerülő betegek tartós vérnyerési lehetőségeinek vizsgálatát tűztük ki célul, különös tekintettel az AV fisztulák kialakításának és tartós használatának lehetőségére.

Beteganyag és módszer: Összehasonlítást végeztünk vérnyerés tekintetében a 2017. júliusban dialízis centrumunkban tartós HD programban részt vevő 153 betegünk körében, akiket életkoruk alapján két csoportra osztottunk. A ≥ 80 éves csoportba 23 fő került (14 nő, 9 férfi, átlagéletkoruk 85,7 év). A 80 év alattiak száma 130 fő (61 nő, 69 férfi, átlagéletkoruk 57,7 év).

Eredmények: A vizsgálat idején centrális kanüllel kezelt betegek száma az idősebb korcsoportban öt (21,8%), a fiatalabbaknál 25 (19,2%). A ≥ 80 éves csoportban az AV fisztulán kezelték száma 18 fő (78,2%), míg a 80 év alattiaknál 104 személy (80%). A fiatalabbaknál egy személy esetében (0,8%) érgraft biztosította a vérnyerést. A fisztulák átlagéletkora a ≥ 80 éves/ < 80 éves korcsoportban 49, illetve 52 hónap. A fisztulák 6, illetve 12 hónapos túlélése az időseknél 100–100%, a fiatalabb csoportban 92,3%, illetve 87,5%. Egyetlen fisztula műtét használható vérnyerést biztosított az idősek 77,7% (14 fő) és a fiatalok 51,5%-nál (67 fő). Több fisztula műtétre volt szükség az idősebb korcsoportban öt betegnél (21,7%), a fiatalabb csoportnál 37 esetben (28,4%). Fisztula intervenció az idős betegek 50%-ánál (9 fő), a fiatalok 54,8%-ánál (57 fő) történt. Nem volt szükség dializáló kanül behelyezésre a 80 év felettek 30,4%-ánál (7 fő), a 80 év alattiak 34,6%-ánál (45 fő).

Következtetés: Eredményeink alapján a megfelelő erek feltérképezését követően 80 év feletti betegeknél is a fiatalabb korosztályhoz hasonlóan kialakítható tartósan, jól működő AV fisztula.

A krónikus veseelégtelenséggel élők öngondoskodása (self-management), a betegségükkel kapcsolatos döntéshozatali képessége (shared decision-making) és a személyre szabott betegoktatás összefüggései

Haris Ágnes, Polner Kálmán

Szent Margit Kórház Nephrológiai Centrum, Budapest

Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegeink életkilátásának és életminőségének javítása érdekében alapvető a megfelelő beteggyüttműködés megnyerése. A betegség elfogadása akkor várható, ha a beteg kellő információ alapján megérti a betegsége lényegét és beépíti azt a rutin életvitelébe. Megfelelő betegoktatás szükséges ahhoz is, hogy a krónikus veseelégtelenséggel kapcsolatos döntéseket – dialízismodalitás-választás, transzplantációs listára kerülés, vagy éppen a vesepótló kezelés elutasítása – betegeink képesek legyenek meghozni, azaz a shared decision-making elve érvényesüljön. A modern, multidiszciplináris betegoktatás azonban számos ponton ütközik nehézségbe.

A vesebetegségek ismerete az egészséges populációban is elégtelen. Az általunk gondozottak egészségműveltsége sokszor alacsony, amit szem előtt kell tartanunk a megfelelő szintű oktatás megtervezésekor. Nélkülözhetetlen a pszichoszociális problémák, betegséggel kapcsolatos stressz kezelése annak érdekében, hogy betegeink ne utasítsák el, sőt, kellően motiváltak legyenek a szükséges információk megértéséhez. Célszerű azok kiválasztása, és intenzív, lehetőség szerint multidiszciplináris oktatása, akik progresszív veseelégtelenségben szenvednek. Bár a hazai betegedukációt nehezíti a jelentős szakemberhiány, ezt részben pótolhatjuk nyomtatott és audiovizuális oktatóanyag biztosításával. Fontos volna nefrológiai betegoktató-nővérek képzése, továbbá a magasan kvalifikált nővéreink kompetenciájának a bővítése is. Számos külföldi tanulmány igazolta, hogy a színvonalas multidiszciplináris edukáció javítja a túlélési eredményeket, kitalolja a dialízis indításának az időpontját, csökkenti a sürgősséggel indított dialízisek incidenciáját, és a tartós ércsatlakozás kialakításának késlekedését, továbbá segíti a betegek otthoni dialízismodalitás-választását, az alkalmas betegek transzplantációs várólistára jelentkezését, és az élődonoros transzplantáció elterjedését is.

Bár a multidiszciplináris edukáció jelentős anyagi és humán erőforrást igényel, betegeink oktatása, a megfelelő együttműködés és adherencia elérése hosszú távon a finanszírozás szempontjából is megtérül.

A magyarországi Vasculitis Regiszter legfrissebb adatai

Haris Ágnes¹, Ambrus Csaba², Tislér András³

¹*Szent Margit Kórház, Nephrológia Központ, Budapest*

²*Szent Imre Oktatókórház, Hypertonia-Nephrológia Profil, Budapest*

³*Semmelweis Egyetem, I. Belgyógyászati Klinika, Budapest*

A MANET vezetőségének javaslatára létrehozott Vasculitis Regiszterben 2013 óta összesítjük a hazai nefrológus kollégák által feltöltött, ANCA-asszociált vasculitisben szenvedő betegek adatait. 2016 őszén már 231 beteg klinikai eredményei kerültek dokumentálásra.

A 2016. októberi adatok alapján az életkor a diagnózis felállításakor 57 (17–81) év volt, a pANCA csoport betegei idősebbek voltak, mint a cANCA csoportba tartozók (61,4±1,2 vs. 52,0±1,7, p<0,001). A nők aránya a teljes kohorszban is meghaladta a férfiakét (62,3%), számuk a pANCA csoportban szignifikánsan magasabb (72%), míg a cANCA csoportban a férfiakéval megegyező volt (48%, p<0,001). A kezdeti tünetek megjelenése és a diagnózis felállítása között átlagosan hat hónap telt el, azonban a betegek 25%-nál fél év után, 10%-uknál 12 hónapot meghaladóan születtek meg a diagnózis. Vesebiopsziára 85%-ban került sor, a glomerulusok több mint felében kimutatható félholdképződés az esetek 35%-ában igazolódott, 34%-ban kevert szövettani típus, 30%-ban fokális GN, 1%-ban diffúz scleroticus károsodás verifikálódott. Az indukciós terápia kortikoszteroidot az esetek 85%-ában, ciklofoszfamidot 60%-ban tartalmazott, plazmaferézisre 55%-ban került sor. A fenntartó terápiában szteroidot a betegek 84%-a, emellett azathioprint 37%-uk, iv. ciklofoszfamidot 21%-uk, per os ciklofoszfamidot 25%-uk kapott. Az átlagos követési idő 4 (0,5–17 év) volt, ezalatt a betegek 19,5%-a exitált, 27%-uk került véglegesen dialízisre, öt beteget sikeresen transzplantáltak. A regiszteren keresztüli online adatbevitel folyamatosan zajlik, az ez évi MANET kongresszuson a 2017. október elején összesített betegadatok kerülnek bemutatásra. A regiszterben végzett adatgyűjtés és az eredmények közzétételének célja a hazai ANCA vasculitisben szenvedő betegek klinikai adatainak részletes megismerése és a terápiás protokollok felmérése, közös szakmai előrehaladásunk érdekében.

A rituximab terápiás indikációja immunpatogenezisű glomerularis betegségekben

Haris Ágnes

Szent Margit Kórház Nephrológiai Központ, Budapest

Az immunpatogenezisű glomerularis betegségeket szteroidot és ciklofoszfamidot (CYC), ritkábban ciklosporint, mikofenolsavat vagy azathioprint tartalmazó terápiával kezeljük. A kombinált immunszuppresszió (ISU) az esetek jelentős részében hatékony, azonban rezisztens esetekkel is számolnunk kell, és figyelembe kell vennünk a toxikus mellékhatások rizikóját is. Ezek a szempontok vezették a kutatókat új, biológiai terápiák kutatására, melyek legígéretesebbje az anti-CD20 monoklonális antitest rituximab (RTX).

Az előadás célja a RTX jelenleg ismert nefrológiai indikációjának áttekintése az irodalmi adatok alapján. A RTX a RAVE és RITUXVAS tanulmányok alapján elsőként választandó szer remisszió elérésére azon ANCA-vasculitiszes betegekben, akiknél a szteroid + CYC terápiát követően relapszus lépett fel. A RTX mindkét randomizált

kontrollált vizsgálatban nagyobb arányban vezetett remisszióhoz, mint a CYC ismétlése, és a biológiai terápiával a kumulatív CYC toxicitás rizikója is csökkenthető volt. RTX alkalmazása javasolt azon ritka esetekben is, amikor a beteg szteroid+CYC terápiára rezisztensnek bizonyul. Kiemelendő, hogy a CYC-dal ellentétben a RTX nem befolyásolja a fertilitást.

A GEMRITUX vizsgálat eredményesnek találta a készítményt membranosis nephropathia (MNP) bizonyos eseteiben, elsősorban akkor, ha az anti-PLA2R antitest enyhén vagy mérsékelten volt kóros és a RTX terápiával szignifikánsan csökkenthetőnek bizonyult. RTX alkalmazása javasolt a gyermekkori, relapszusokkal járó szteroid dependens minimal change nephropathiában (MCNP). Míg a felnőttkori MCNP-ban hatékonysága reményteljes, FSGS-ben és IgANP-ban az eddigi kutatások negatív eredményt hoztak. Lupus nephritisben sem első választandó készítmény, indukciós terápiaként nem bizonyult hatékonyabbnak más ISU szereknél, bár terápiarezisztens esetekben alkalmazása megkísérelhető.

A rendelkezésre álló eredmények alapján a RTX a relapszussal járó ANCA-vasculitisben, MNP-ban és a gyermekkori szteroid dependens MCNP-ban nyújt terápiás előnyt a „klasszikus” ISU-hoz képest. Indikációjának meghatározása egyéb glomerulonephritisekben és a fenntartó terápiában további klinikai vizsgálatok elvégzését igényli.

Szívelégtelenséget okozó Cimino fistula története

Juhász Emília Claudia¹, Amma Zoltán¹, Juhász László¹, Kulcsár Katalin¹, Benczur Béla², Szabó Hajnalka³, Harang Gábor⁴

¹B. Braun Avitum Hungary Zrt., 7. sz. Dialízisközpont, Szekszárd

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

³Tolna Megyei Balassa János Kórház, Radiológia, Szekszárd

⁴Tolna Megyei Balassa János Kórház, Érsebészet, Szekszárd

F. K. 1997. február 7-én született nőbeteg előzményében 1999 óta ismert nephrosis szindróma szerepel. 2007–2008 között HD kezelésben részesült, majd transzplantálták. 2015 novemberében transzplantációs ambulancián magas retenciós paramétereket észleltek. A jobb v. jugularisban helyezett kanülön keresztül HD kezeléseket indultak. 2015 novembere óta kezeljük állomásunkon. 2015 decemberében, Érsebészetben jobb oldali brachio-cephalicus AVF műtetet végeztek. 2016 januárjában anaemia, láz, magas gyulladási paraméterek miatt hospitalizáció történt, majd a gócként szereplő transzplantált vesét eltávolították a Pécsi TX Klinikán. 2016 novemberében 4 kilogrammos súlynövekedés, haskörfogat-növekedés, kitágult fisztula miatt, fisztula-túlműködés gyanújával, kivizsgálás céljából osztályunkra vettük fel. Fizikálisan minden szájadék felett 2/6 szisztolés zöreje volt halható. Pulmonalis pangást nem észleltünk, illetve perifériás ödémát sem, viszont a hasban ascites volt kopogtatható. A hasi UH-n

hepatomegalia, tág vénák, ascites igazolódott. Fisztula Doppler UH-n tág vénákat véleményeztek. ECHO-n jobb szívfél-terhelés jelei mutatkoztak. Fisztula-lekötést és tartós dializáló kanül implantációt javasoltunk. A beteg a kanül-behelyezést visszautasította. Érsebészeti szakvélemény alapján a fisztula rekonstrukciós műtet kivitelezhető. 2016 decemberében Érsebészetben a basilica lekötése, illetve reszekciója megtörtént, a cephalicus szár meghagyásával. A posztoperatív szakban, és azóta is a beteget natív fisztulán keresztül kezeljük. 2017. augusztus 25-én haskörfogata fokozatosan csökkent, száraz súlya 3,5 kilogrammal csökkent. A kontroll hasi UH-n ascites már nem volt látható, de a máj 2 HU-al volt megnagyobbodva. A fisztula Doppler UH-n a vénák átmérői csökkentek. ECHO alapján a jobb szívfél-terhelés megszűnt. Tanulság: A jobb szívfél-elégtelenség hátterében fisztula túlműködése áll. Rekonstrukciós műtet után a beteg kezelése továbbra is a fisztulán át történik. Tartós kanülimplantáció nem volt szükséges. A szívelégtelenség tünetei lassan, nyolc hónap alatt szűntek meg.

A beteg-együttműködés szerepe a krónikus vesebetegek kezelésében

Kóbor Krisztina, Széll Julianna, Klenk Nóra, Szendrey László, Mizsik Tünde, Béres Kornélia, Ladányi Erzsébet
FMC Miskolci Nefrológiai Központ, Miskolc

Nefrológiai központunkban a krónikus vesebetegek gondozása, vesepótló kezelésre, transzplantációra való előkészítése, peritoneális és hemodialízis kezelése során megfelelő szakmai és technikai felkészültséggel, a legfrissebb nemzetközi és hazai szakmai irányelvek figyelembevételével igyekszünk biztosítani a betegek számára a lehető legjobb életminőséget és túlélést. Irodalmi adatok és saját tapasztalataink szerint is, az ezt hátráltató egyik legnagyobb probléma a krónikus veseelégtelen betegek elégtelen együttműködése, amely kimutathatóan, elsősorban a nagy beteglétszámú dialízisközpontokat érinti.

Az előadásban bemutatjuk, hogy – nagy betegszámú vizsgálatok alapján – pl. a késői, vagy ritka predialízis gondozás, a CVC-n indított hemodialízis, a rosszul megválasztott dialízismodalitás, vagy a kezelési előírások rossz compliance-ből eredő be nem tartása, egyéb tényezőktől függetlenül is rontja a betegek életkilátásait.

Felvázzoljuk, hogy központunkban a predialízis gondozás fejlesztésével, környezeti, technikai háttér biztosításával, társszakmák bevonásával, a dialízisben objektív mutatószámok követésével, a betegek felvilágosításával mi mindent tettünk annak érdekében, hogy minimalizáljuk a rossz compliance-ből adódó mortalitás növekedést.

Az eredményesség legnagyobb korlátozója azonban, hogy az együttműködés szempontjából, a beteg felvilágosítással történő meggyőzésén kívül lényegében nincs más eszközünk a szakmai irányelvek megvalósítására, költség-hatékonyság elérésére. Ahol pedig a meggyőzés egyéni, vagy családi okok miatt nem működik, ott –egyelőre – el kell fogadnunk, hogy a beteg rontja a saját életki-

látásait. Ugyanakkor felvetünk néhány kérdést, amely társadalompolitikai támogatással esetleg segíthetné a törekvésünket.

Szemfenéki keringésváltozások hemodializált betegekben

Komár Timea¹, Kakuk Judit², Nagy Péter⁴, Csufor Noémi², Vadnay Ákos^{1,2,3}

¹Péterfy Sándor Utcai Kórház és Rendelőintézet, Szemészet, Budapest

²Markhot Ferenc Kórház, Szemészet, Eger

³Budai Irgalmasrendi Kórház, Szemészet, Budapest

⁴FMC Dialízis Központ, Eger

Cél: Annak bemutatása, milyen hatással van a szemfenéki keringésvizonyokra, ezen belül is a makula keringő és keringésből kizárt területeire a hemodialízis.

Beteg és módszer: Egerben a Fresenius Dialízis Központban történtek a vizsgálatok, 2017. július–szeptemberében, 24 beteg 46 szemének vizsgálatát végeztük Optivue angio OCT (Bausch&Lomb) készülékkel, a hemodialízis előtt és után. Vizsgáltuk a szemfenék keringő és keringésből kivont területeit, a keringés denzitását a makulában, annak tizenhétféle területi felosztása szerint. A vizsgálatok a betegek tájékoztatott beleegyezését követően történtek.

Eredmények: A kapott adatok statisztikai elemzését elvégeztük. Wilcoxon próbával megállapítottuk, hogy a parafovealis régióban szignifikáns eltérést találtunk a keringés denzitásában a kezelés előtti ($51,25 \pm 5,3\%$) és utáni ($49,8 \pm 4,1\%$) eredmények összevetésekor ($p=0,02$).

Következtetések: A jelenleg alkalmazott, alapdiagnosztikában nem szereplő angio OCT (Optical Coherence Tomography) berendezések lehetővé teszik a szemfenéken a keringés vizsgálatát, annak egy későbbi vizsgálattal való pontos összehasonlítását, ami kizárja a vizsgáló szubjektivitását a beteg állapotának megítélésében. Alkalmazásuk személyre szabottá teheti a kezelési protokollt egy új szemzögből nézve azt. Ezen túl szemészeti szempontból megfontolandó a beteg szemműtétének tervezésekor, hogy a szükséges méréseket dialízis előtt vagy után végezze az operatőr.

A TGF- β mesangialis sejtekre gyakorolt hatása függ a genetikai háttértől

Kökény Gábor, Fazekas Krisztina, Halek Fanni Anna, Mózes Miklós

Semmelweis Egyetem, Kórleltani Intézet, Budapest

Bevezetés: A C57Bl6/J (B6) egerekről ismert, hogy relatív ellenállóak a kísérletes vesefibrosis modellekre. Emellett munkacsoportunk megfigyelése, hogy TGF- β 1 transzgenikus egerekben B6 genetikai háttéren a magas keringő TGF- β -szint ellenére csupán enyhe fokú vesefibrosis alakul ki, ellentétben a CBA háttérrel (Kökény *et al.* Clin Kidney J 2011;4[S2]:421-9.). Célunk volt tehát sejtszin-

ten vizsgálni a TGF- β kezelés hatásait primeren B6 és CBA egerekből izolált mesangialis sejteken.

Módszerek: Hat hetes hím B6 és CBA egerekből izoláltunk mesangialis sejteket mágneses glomerulus szeparálási módszerrel. A glomerulusokból kinőtt sejteket szelektív RPMI médiumban növesztettük 21 napig, majd passzáltuk és karakterizáltuk mesangialis markerekre. A primer sejteket P5 és P8 passzások között használtuk kísérleteinkhez, 24-well plate-eken. A B6 és CBA sejtek génexpressziós válaszait 48 órás PBS (kontroll) és TGF- β (10 ng/ml) kezelés után vizsgáltuk ($n=6$ /csoport). A statisztikai analízist Kruskal–Wallis-tesztel végeztük.

Eredmények: A B6 sejtekkel ellentétben, a TGF- β kezelt CBA sejtekben szignifikánsan emelkedett az endogén TGF- β mRNS (B6+PBS: $1,0 \pm 0,1$; B6+TGF β : $1,1 \pm 0,1$ vs. CBA+PBS: $0,9 \pm 0,1$; CBA+TGF β : $2,5 \pm 0,1$, $p < 0,05$) és TIMP-1 mRNS expresszió (B6+PBS: $1,0 \pm 0,2$; B6+TGF β : $1,2 \pm 0,1$ vs. CBA+PBS: $0,7 \pm 0,1$; CBA+TGF β : $3,2 \pm 0,5$, $p < 0,01$). Emellett a profibrotikus Egr-1 (early growth response factor-1) transzkripció faktor expressziója is duplájára nőtt kezelt CBA sejtekben (B6+PBS: $1,0 \pm 0,2$; B6+TGF β : $0,9 \pm 0,1$ vs. CBA+PBS: $1,1 \pm 0,1$; CBA+TGF β : $1,9 \pm 0,2$, $p < 0,05$), melyet jelentős kollagén-1 expresszió kísért (B6+PBS: $1,0 \pm 0,3$; B6+TGF β : $0,8 \pm 0,1$ vs. CBA+PBS: $1,1 \pm 0,2$; CBA+TGF β : $8,7 \pm 2,3$, $p < 0,01$). Ugyanakkor a B6- és CBA-sejtek nem mutattak eltérést a TGF- β -receptor és Smad molekulák expressziójában.

Következtetések: In vitro kísérleti eredményeink alátámasztják a C57Bl6/J egér törzs vesefibrosissal szembeni rezisztenciáját. A jelenség egyik oka az általunk igazolt genetikai háttértől függő TIMP-1 válasz lehet.

Támogatás: OTKA PD 112960.

A magyarországi Dialízis Regiszter

Kulcsár Imre^{1,2}, Illés Melinda², Véner Zoltán³, Hangay István³

¹Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

²B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

³Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Stratégiai Főigazgatóság, Szakellátás Adatszolgáltatási Osztály, Budapest

A Dialízis Regiszter bevezetése azt jelenti, hogy minden dialízisre kerülő beteg sorsát végig kísérhetjük, aki dialízis kezelésbe kerül – legyen az akut veseelégtelenségben, végállapotú veseelégtelenségben szenvedő beteg, vagy olyan, akinél egy krónikus vesebajra rakódó heveny vese-károsodás indokolja a vesepótló kezelést. Az először dialízisbe kerülő betegek számára az ÁEEK informatikai központjából egy dialízis azonosítószámot kell kérni (ezt a központ generálja a beteg azonosítására, 15 számjegyből áll), amelyet a betegnek egy kártyán is feltüntetünk. Ez a szám a beteget életében végig kíséri, akárhány alkalommal is kerül újra dialízisbe.

Minden dialíziscentrum kap egy kódot (felhasználó név + jelszó) a programhoz való hozzáféréshez. A regisztrációhoz szükséges adatok: a centrum ÁNTSZ kódja, a dialízis azonosítószám, a beteg lakóhelyének irányítószáma,

neme, születési ideje, az ellátás sorszáma (hányadik alkalommal indul a dialízis), a dialíziskezdet dátuma, a beteg típusa (új beteg, áthelyezett, újrakezdet dialízis), az ellátóhely típusa (centrum/satellita, intézeti/mobil, otthon/lakóhely), a veseelégtelenség típusa (akut, „acute on chronic”, ESRD), az alapbetegségek (több is megjeleníthető), a dialízis módja (HD/HDF, PD, folyamatos kezelése stb.). Az adatokat a beteg felvételekor érdemes (az azonosítókat szükséges) kitölteni és a hó végéig kompletálni. Ugyanakkor a változásokat szintén dokumentálni kell (exitus, transzplantáció, gyógyulás, modalitás váltás stb.). Minden év végén riportok készülnek. Az adatszolgáltató a saját centrum adatait lekérdezheti.

Az országos adatokkal a MANET fog rendelkezni. 2017 végéig az év elején már kezelt és az év során jelentkező új betegek adatait pótlólag kellene felvenni. 2018-tól a feltöltés folyamatosan történne. Az ÁEEK ingyen készítette el a programot, biztosítja az adatgyűjtést, a hardver hátteret és a riportok készítését.

A maradék vesefunkció jelentősége krónikus dialízis programban

Kulcsár Imre

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

A residuális vesefunkciónak (RRF) peritoneális dialízis (PD) programban a kezdetektől alapvető jelentőséget tulajdonít a nefrológia, ugyanakkor krónikus hemodialízisben (HD) ez egy méltatlanul hanyagolt szempont (RRF rendszeres mérését az USA-ban a dialízisközpontok kevesebb mint 5%-a végezték). Az okok között a következők szerepelnek: „nehéz” a beteg diurézisét mérni, nincs standardizálva a RRF mérése, illetve HD-ben úgyis viszonylag gyorsan csökken (megszűnik) a maradék vesefunkció. Az első ok nem igaz, a harmadik súlyos tévedés. A RRF meghatározására több módszer használatos: a legfontosabb a napi (heti) diurézis mérés. Tudjuk, hogy a residuális urea clearance (KRU) alulbecsüli, a kreatininalapú vizsgálatok (kreatininclearance, becsült GFR) túlbecsüli a valós vesefunkciót (ezért inkább ajánlott a kettőből számított GFR). Ugyanakkor a diurézis és a GFR nem szinonim fogalmak (lehet a legjobb izotópclearance technikával 4-5 ml/perc-es GFR-t mérni anefriás betegnél). Fontos ismerni a residuális veseműködés csökkenését befolyásoló (gyorsító) körülményeket: idős kor, alapbetegség, proteinurea, fehér faj, komorbiditások (különösen CHF, PAD), intradialitikus hypotensio, nagy IdbW(nagy UF!), frekvens dialízis (FHN Nocturnal Trial). Ugyanakkor pozitív hatású a HDF, az extrapure oldat, biokompatibilis membrán. Számos vizsgálat igazolta, hogy a maradék vesefunkció (illetve annak minél további megőrzése) a túlélésre erősen pozitív hatással van HD esetén is, hiszen ezen esetekben jobb a volumen/elektrolit kontroll, a foszfor, továbbá a közép-molekulású, illetve fehérjekötésű toxinok eltávolítása, kisebb az EPO igény stb. Krónikus HD programban nagyon fontosnak tartom a napi diurézis rendszeres (heti, havi) mérését a hosszú interdialitikus periódus második napján, továbbá a becsült

GFR és az urea+kreatinin /2 clearance negyedéves meghatározását, és a dialízisdózis (és UF) ehhez történő igazítását.

Magyar dialízis statisztika 2016

Kulcsár Imre^{1,2}, Illés Melinda²

¹Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

²B. Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízisközpont, Szombathely

A dialízis adatszolgáltatók száma 2016-ban 60 volt (a Haemobilt is ideértve). A centrumokban foglalkoztatott nefrológusok száma 203 fő (98 főállású), a nefrológus szakasszisztensek száma 370 volt. Az elmúlt négy évben az összes dializált, továbbá az incidens dializált (új) betegek száma csökkenő tendenciát mutat. Az összes dializáltak száma 12 011 (2013), 11 815 (2014), 11 743 (2015) és 11 730 (2016) volt. Az új betegek száma: 5280–4927–4857–4803 volt. Ennek ellenére a prevalens betegszám (december 31.) enyhén emelkedett: 5553 (2015) – 5595 (2016). Az egy millió lakosra jutó dializáltak prevalenciája 2016-ban 652 (2015-ben 654) volt, 2015 óta tehát nem volt növekedés. Az új krónikus veseelégtelenség miatt programba vett betegek 67%-a érte meg a 91. napot (2015-ben hasonló volt). Az incidens betegek átlag életkora 63,0 év volt (a gyerekeket is beleértve), a prevalens dializáltak átlag kora 61,8 év volt. Az átlagos életkor csökkenés 2016-ban a nem folytatódott. A diabetes mellitus a betegek 26,4%-ában volt alapbetegségként megjelölve, míg a hypertonia 23%-ban (ez növekvő arányú). A hemodializáltak ércsatlakozását illetően a trend változatlan: csökken az AVF arány és nő a tartós kanülön kezelték száma (december 31-én AVF arány: 66%, TK arány: 30%). A prevalens PD betegek száma 2015-höz képest (872) csökkent (859). A transzplantációs várólistán év végén 1073 beteg volt, köztük 964 dializált (a krónikus betegek 15,3%-a). A 964 dializáltból 236 PD-s (a PD-s betegek 27,5%-a), 728 HD-s (13,0%) volt. A veseátültetések száma 2016-ban 349 volt (ebből 34 élő donorból és 6 kombinált vese + pancreas). A dializáltak mortalitási mutatói az első három hónapban változatlanul katasztrofálisak, a 91. naptól azonban 12,7% (2015-ben 13,1%) volt.

Összefoglalás: A dialízisre kerülő betegek incidenciája az elmúlt években csökkent. Ennek ellenére a prevalens kezelték száma minimálisan emelkedett, illetve stagnál. Az új CKD-5 betegek fele sürgősséggel kezdi a dialízist, emiatt igen magas a korai mortalitás. Egyre nő a tartós kanüllel kezelt hemodializáltak aránya, az AVF kárára. A PD program korábban erőteljesen fejlődött – az utóbbi években megtorpant.

Az időskorú vesebetegek ellátásának irányai

Ladányi Erzsébet, Széll Julianna, Kóbor Krisztina

FMC Miskolci Nefrológiai Központ, Miskolc

Ismert, hogy a mérsékelt és előrehaladottabb krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek száma egyre növekszik.

szik. Közéjük tartoznak az idősebb, sok esetben gyenge, elesett állapotú betegek is. Az időskorú, krónikus vesebetegségben szenvedő betegek ellátása egyre több megválaszolható kérdést vet fel. Ugyanakkor a legtöbb klinikai vizsgálatba nem választják be ezt a betegpopulációt, így a vizsgálatok megállapításai és/vagy bizonyítékai korlátozottak. 2016-ban jelent meg az ERBP szakmai ajánlása a „Krónikus vesebetegség 3b vagy előrehaladottabb stádiumában (eGFR < 45 ml/min/1,73 m²) szenvedő idős betegek kezelésének klinikai gyakorlati irányelve” címmel. Ez az összefoglaló tartalmazza a legfontosabb javaslatokat, ésszerű okfejtéseket. Az idősebb, krónikus vesebetegségben szenvedő betegek jellemzően számos egyéb kórlebetegségben is szenvednek, ezért egy integrált kezelési rendszerben lehetne ezt a betegpopulációt költséghatékonyan kezelni és maximális támogatást nyújtani a minden vonatkozásban szükséges önellátásukhoz (otthoni dialízis, CAPD, diéta, gyógyszeresedés, betegcompliance...) Az előadás a nemzetközi és hazai mindennapi tapasztalatokat és gyakorlatot veti össze a nemzetközi ajánlásokban leírtakkal és taglalja a megvalósítás lehetőségeit, annak esetleges akadályait.

Új KDIGO MBD-CKD ajánlás legfontosabb újdonságai

Ladányi Erzsébet

FMC Miskolci Nefrológiai Központ, Miskolc

Az előadás a 2017 nyarán megjelent KDIGO CKD-MBD megújult irányelv legfontosabb módosításait ismerteti és rávilágít azokra a vonatkozásokra, melyek az új ajánlás ismeretében a mindennapi betegellátás során, a CKD-ásványianyag és csontelváltozás (MBD), prevenciója, diagnózisa és terápiája kapcsán a jövőben változtatásra szorulnak. Előadó külön kitér a kalcimimetikumok adásával kapcsolatos új javaslatra. Az új nemzetközi ajánlás ismertetésében választ kapunk arra, hogy a legutóbbi, 2009-ben publikált irányelv megjelenése óta eltelt időben mi változott és miért fontosak ezek a módosítások ennek az igen összetett kórképnek az adekvát kezelésében.

A nátrium (FeNa), húgysav (FeHS) és karbamid (FeKN) frakcionált exkréció időbeli változásainak vizsgálata

Ledó Nóra, Deák Tamás, Kira Dániel, Studinger Péter, Pethő Ákos Géza, Tislér András

SE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Célkitűzés: A FeNa, FeHS és FeKN kiválasztás mérése alkalmazható a csökkent effektív keringő volumen felismerésére heveny vesekárosodásban, ugyanakkor ezen paraméterek időbeli változásáról, illetve az ezeket befolyásoló tényezőkről keveset tudunk. Irodalmi adatok alapján felmerül, hogy a diuretikus kezelés módosíthatja a frakcionált exkréciós (Fe) értékeket. Vizsgálatunk célja volt a Fe

változásának jellemzése és a vízhajtó terápia hatásának vizsgálata.

Módszer: Retrospektív keresztmetzeti vizsgálatunkban azon betegek klinikai adatait dolgoztuk fel, akiknél egyszerre történt FeNa, FeHS és FeKN meghatározás, kettő (négy napon belüli) időpontban (n=41, 56% férfi, 68±13 év, bGFR 25±38 ml/min/1,73 m²). A FeNa, FeHS, illetve FeKN közötti kapcsolatot lineáris regresszióval vizsgáltuk. A két mérési pont közötti diuretikum terápiamódosítások alapján három csoportot hoztunk létre (változatlan, hozzáadás, elhagyás). A csoportokat egyszempontos varianciánális segítségével hasonlítottuk össze. Generalizált lineáris modellekkel (GLM) vizsgáltuk egyéb tényezők hatásait a Fe értékek változásaira.

Eredmények: A két mérési alkalom FeNa és FeKN, illetve a FeKN és FeHS változásai szignifikáns összefüggést mutattak egymással (p=0,024 és p=0,0001), ugyanakkor a FeNa és FeHS változásai nem. Diuretikum adása szignifikánsan megnövelte a FeNa értékét (p=0,043), ugyanakkor a FeKN és FeHS értékeket szignifikánsan nem befolyásolta. GLM analízissel is kimutatható volt a diuretikum hozzáadásának hatása a FeNa-ra (p=0,015), diuretikum típusok közül pedig a spironolacton alkalmazása mutatott szignifikáns összefüggést a FeNa emelkedésével (p=0,025). GLM analízis során is észlelhető volt a FeKN és FeHS változásainak szoros összefüggése (p=0,0001).

Következtetés: Eredményeink alapján elmondhatjuk, hogy diuretikus kezelés során az effektív keringő volumen változásainak megítélésére a FeNa helyett a FeKN és FeHS együttes használata előnyösebb lehet, a vízhajtó kezelés FeNa-ra kifejtett hatása miatt.

A nátrium (FeNa), húgysav (FeHS) és karbamid (FeKN) frakcionált exkréció összefüggésének és a diszkordáns eredmények jellemzőinek vizsgálata

Ledó Nóra, Deák Tamás, Kira Dániel, Studinger Péter, Pethő Ákos Géza, Tislér András

SE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Célkitűzés: Az 1% alatti FeNa mellett a 10% alatti FeHS és a 30% alatti FeKN kiválasztás is alkalmazható a csökkent effektív keringő volumen felismerésére heveny vesekárosodásban, ugyanakkor a FeHS és FeKN értéke diszkordáns eredményt adhat a FeNa értékéhez viszonyítva, megnehezítve a klinikai döntéshozatalt. Célunk a FeNa és FeKN, valamint a FeNa és FeHS összefüggésének leírása, és a diszkordáns eredményekkel kapcsolatot mutató paraméterek keresése volt.

Módszer: Retrospektív keresztmetzeti vizsgálatunkban azon betegek klinikai adatait dolgoztuk fel, akiknél egyszerre történt FeNa, FeHS és FeKN meghatározás (n=108, 58% férfi, 67±16 év, bGFR 42±33 ml/min/1,73 m²). A FeNa és FeHS, illetve FeKN közötti kapcsolatot lineáris regresszióval vizsgáltuk. Egy- és többváltozós logisztikus regressziót használtunk a diszkordáns eredményekkel kapcsolatban álló paraméterek felismerésére.

Eredmények: A FeNa és FeHS ($R_2 = 0,355$), valamint a FeNa és FeKN ($R_2 = 0,305$) között szignifikáns ($p < 0,001$) lineáris regressziót találtunk. FeHS esetében diszkordáns eredmény (FeNa > 1% és FeHS < 10%) 34 (31%) betegnél volt. Egyváltozós logisztikus regresszióban a diuretikus kezelés összefüggött a diszkordáns eredménnyel (esély hányados [OR] = 2,9 [1,07–7,9]). FeKN értékeknél 17 (16%) esetben a FeKN 30% felett volt, 1% alatti FeNa mellett (D1), 18 esetben (17%) a 30% alatti FeKN 1% feletti FeNa-val járt (D2). Többváltozós logisztikus regresszióban a férfi nem (OR = 8,45 [1,63–43,9]) és az alacsonyabb karbamidszint ($1/OR = 12,08$ [3,67–39,75]) növelte a D1 csoportba kerülés esélyét. A D2 csoporttal a pitvarfibrilláció jelenléte (OR = 6,48 [1,85–22,7]) és az alacsonyabb bGFR (OR = 3,51 [1,67–7,38]) állt szignifikáns kapcsolatban.

Következtetés: Bár a FeNa szignifikáns, lineáris kapcsolatban áll a FeHS, illetve a FeKN értékekkel, mindkét esetben a meghatározások közel harmada diszkordáns eredményt ad. Ezekben az esetekben a diszkordanciával összefüggő paraméterek megismerése a későbbiekben segítheti a klinikai döntéshozatalt.

Még nincs vége – a katéteres rádiófrekvenciás renalis denerváció aktualitásai

Légrády Péter, Schulcz Domonkos, Fejes Imola, Ábrahám György
SZTE ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika Nephrologia-Hypertonia Centrum, Szeged

A primer terápia rezisztens hypertonia kiváltásában és fenntartásában a fokozott szimpatikus aktivitás fontos. A veséből induló afferens impulzusok – melyeket a vesék károsodása vagy diszfunkciója, illetve a fokozott renin kiáramlás is provokál – modulálják a centrális szimpatikus kiáramlást. 2009-ben publikálták először a veseartériák transluminális katéteres rádiófrekvenciás denervációjával (RDN) szerzett sikeres tapasztalatokat rezisztens hypertóniában. Már 2013-ban több európai hypertonia és cardiovascularis ajánlásba bekerült az RDN, mint választható lehetőség. Az akkori, először megfogalmazott ajánlásokban ≥ 160 Hgmm rendelési szisztolés vérnyomás, legalább 2 cm hosszú és 4 mm átmérőjű veseartériák járulékos erek nélkül és legalább három különböző hatástani csoportú vérnyomáscsökkentő szerepeltek. Számos technikai újítás történt a denervációs eszközök piacán. De megjelentek a Symplicity HTN-3 vizsgálat eredményei, ami nem bizonyította a szignifikáns vérnyomáscsökkenést. Bár az utólagos részletes értékelések tisztázták, hogy ez a „bukás” nem elsősorban a technológia rovására volt írható, azonban ez a vizsgálat a kételkedőket erősítette és a cégek lelkesedését is letörte. Annyira, hogy volt cég, amelyik le is állította a katétere gyártását és fejlesztését.

De újabb, átgondoltabb vizsgálatok is indultak és le is zárultak azóta. Egyre több sham-kontrollos vizsgálat is akad közöttük. Sőt, az eddigi alapkonceptió is szinte tel-

jesen megfordult. Friss, pozitív megerősítő eredmények születtek terápia mentes – azaz nem rezisztens –, módosított hypertóniás betegeken végzett RDN-t követően. A hogyan is változott, már 3 mm átmérő is elég, a járulékos artéria nem kizáró tényező és még az oszlás utáni artéria ágakat is ablálják, és betegenként átlag 43–44 ablációs pont tekinthető hatásosnak a korábbi 8–10 helyett. Az érfal-vastagodás és az érlumen-csökkenés az abláció helyén közvetlen jó markere a hatékony ablációnak. Eddig ez nyitott kérdés volt. Fontos erősíteni a betegeken, hogy a sham az nem semmi!

Még jól kiválasztott betegeknél is előfordul, hogy RDN után nem csökken, hanem emelkedik a vérnyomás. Ilyen beteg a saját gyakorlatunkban is előfordult. Az RDN még keresi a helyét.

Atípusos anti-GBM nephritis esete

Letoha Annamária¹, Turkevei - Nagy Sándor², Iványi Béla², Constantinou Kypros¹, Gyói Alexandra¹, Légrády Péter¹, Ábrahám György¹

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

²SZTE ÁOK, Pathologia Intézet, Szeged

Bevezetés: Atípusos anti-GBM nephritis áll fenn, ha a glomeruluskacsok mentén immunfluoreszcens vizsgálattal IgG antitesttel (nehézlánc- és könnyűlánc-pozitív) lineáris depozitum figyelhető meg, ugyanakkor szöveteileg nem a klasszikus nekrotizáló glomerulonephritist látjuk; a hagyományos ELISA vizsgálat keringő anti-GBM ellenanyag ($\alpha 3NC1$) irányában negatív. Atípusos anti-GBM nephritisben gócosan lineáris IgG lerakódás észlelhető a tubulusok bazális membránja mentén. Az atípusos anti-GBM nephritis kórjólata jobb, mint a klasszikus anti-GBM nephritisé, tüdőérintettségét még nem írtak le (*Nasr et al. Kidney Int 2016;89:897-908.*)

Esetismertetés: A 20 éves férfibeteget haematuria, proteinuria, ödémásodás, nephroso-nephritis szindróma miatt vizsgáltuk. Két hónapja állt fent szimmetrikus, lábszárközépig terjedő, ujjbenyomatot tartó alszár ödémája, ami időnként combközépig is felterjedt. Góckutatást végeztünk negatív eredménnyel. Ezt követően vesebiopszia történt, mely a glomeruluskapillárisok bazális membránja mentén lineáris formában lerakódott IgG depozíció alapján – anti-GBM nephritist írt le – a glomerulusok felében szöveteileg friss félholdakkal. A glomerulusok egy részében mesangialis sejtproliferáció is fennállt, néhol membranoproliferatív lézió is megfigyelhető volt. Az immunszerológiai vizsgálat keringő anti-GBM, ANCA, valamint ANA antitesteket nem mutatott ki. A klinikai kép és a képalkotó vizsgálatok tüdővérzést nem igazoltak.

Terápia: Plazmaferézis 3×, előtte 3×1000 mg Solu-Medrol + 400 mg cyclophosphamid. Általános státusza javult, ödémái megszűntek, a proteinuria mérséklődött.

Következtetés: Mint azt az esetbemutatás példázza, az atípusos anti-GBM nephritis a klasszikus anti-GBM nephritistől klinikopatológiailag jól elkülönülő entitás.

Dializált betegek cardiovascularis morbiditásának összefüggése a rizikófaktorokkal

Mácsai Emília, Szentes Enikő, Havasi Anett, Benke Attila
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 3. sz. Dialízisközpont, Veszprém

Bevezetés: Dializált betegek mortalitása hátterében leggyakrabban cardiovascularis betegség (CVD) áll, növekszik a diabeteses betegek aránya. A pontos összefüggés a klinikai gyakorlatban a CVD és az egyes rizikófaktorok között nem minden részletében ismert. Célunk a diagnosztizált cardiovascularis szövődmények és egyes korábban konvencionálisan rögzített laboratóriumi adatok összefüggésének retrospektív vizsgálata volt.

Betegek és módszerek: A vizsgálat során a 2016-ban dialízis programban minimum kilenc hónapig lévő betegek kerültek beválasztásra (n=113; férfiak 65; hemodializáltak 90; diabetesesek 51; összesített dialízis idő 6429 hónap), a tumoros és epéüti betegségben szenvedő pácienseket kizártuk. A cerebrovascularis, coronaria- vagy alsóvégtagi perifériás érbetegségek jelenlétét az elektronikus dokumentáció áttekintésével vizsgáltuk, ez alapján három csoportot állítottunk fel: 39 betegnél nem volt ismert CVD; 35 betegnél egyszeres, 39 betegnél többszörös volt a lokalizáció. A havonkénti rutin laboratóriumi vizsgálat során (Nephro7 rendszer) regisztrált paraméterek korrelációjának vizsgálatokor Mann-Whitney és Spearman rank tesztet használtunk.

Eredmények: A csoportok között nem találtunk különbséget a vércukorértékekben, a HbA1C-ben, a dialízisben eltöltött időben. A diabetesesek (DM) alcsoportjában a CVD szignifikáns pozitív összefüggést mutatott a szérum ALP-vel (n=51; p=0,04), a non-DM csoportban a PTH és a szérumalbumin negatív (n=62; p=0,04 és p=0,01), az életkor pozitív (p=0,0001) korrelációt mutatott. A HbA1C-értékek és vércukor eredmények korrelációját erősebbnek találtuk a HD-ben (n=41; p<0,001), mint a PD-ben (n=10; p=0,006), de mindkettő szignifikáns volt.

Következtetés: A cardiovascularis betegségek magas prevalenciája indokoltá teszi ezek rendszeres szűrését a dializált betegek körében. A magasabb szérum ALP diabeteses betegek esetében, a PTH és a szérumalbumin alacsonyabb értéke non-DM páciensek esetében segítheti a magas rizikójú betegek kiválasztását a jelentősebb egyéb társbetegségektől mentes csoportban, de ennek bizonyítására nagyobb beteglétszámú analízis szükséges.

DMTs results in Hungarian Dialysis Clinics of Diaverum (Q3-2014 to Q2-2017)

Katalin Magyar¹, Marietta Török², Attila Orosz², Katalin Albert⁴, Ildikó Császár⁵, Erzsébet Varga⁶, Jenő Rédl⁷, Dezider Kósa⁸, Belén Marrón⁹, Jörgen Hegbrandt¹⁰

¹Diaverum Dialysis Centre, Baja

²Medical Director Diaverum Hungary, Budapest

³Vice-Medical Director Diaverum Hungary, Budapest

⁴Diaverum Dialysis Centre, St. László Hospital, Budapest

⁵Diaverum Dialysis Centre, Hódmezővásárhely

⁶Diaverum Dialysis Centre, Kalocsa

⁷Diaverum Dialysis Centre, Szolnok

⁸Diaverum Dialysis Centre, Zalaegerszeg

⁹Global Medical Director Home Therapies Diaverum

¹⁰Global Medical Director Diaverum

Introduction: In Diaverum we use DMT to make easier patients' decision between dialysis modalities since Q3-2014. I report about our experiences in Hungary (Q3-2014–Q2-2017).

Methods: The choosing between PD and HD is difficult to those patients who are suitable for PD. We try to help them with DMT. The Hungarian data have been quite stable along the study with no major changes as have been observed in other countries. But there is a mismatch between clinics size and No. of patients recruited into the tool. Hungary enrolled 338 pts. in the tool (DMT) – 17.4 % of the total population. Hungary has the lowest rate of PD contraindications, reinforcing our long term approach to a PD 1st attitude. Moreover, PD contraindication decreased from 17% in 2015 to 15% in 2017. Almost 50% of patients could have been oriented to home therapy. Early referral is 61% – this is one of the highest in Diaverum. It is allowed patients to undergo a more structured and planned process before dialysis was started. We decreased the bias against home dialysis. Hungary has the highest PD choice (37%). 21% of patients started PD planned. PD as a final ascription occurred in 35% of patients suitable for HD/PD and who underwent the DMTs process (14% after an unplanned HD start). Now total PD incidence in Hungary (including all patients) is 32%. Hungarian PD incidence in 2012 was 19%. Zalaegerszeg Dialysis Clinic made a big effort in terms of presenting the tool to all patients on need.

Summary: Hungary has a very low late referral rate, our staff perceives that most patients can do PD and patients choose PD in a long extend. Many of these final ascribed PD patients came from an acute HD start. Use of DMTs has improved PD take on and incidence in Hungary (32% vs. 19%). DMT is a very useful tool for patients who are suitable for PD.

Esettanulmány: Minimal change szindróma és akut veseelégtelenség

Magyar Katalin¹, Pánczél Balázs², Pápai Efraim³

¹Bajai Diaverum Dialízis Központ; Bajai Szt. Rókus Kórház Nephrologia Ambulancia, Baja

²Bajai Szt. Rókus Kórház Sebészeti Osztály, Baja

³Bajai Diaverum Dialízis Központ, Baja

Bevezetés: Egy 52 éves férfi beteg esetét ismertetnénk, akinél Minimal change szindróma akut anúriás veseelégtelenséggel együtt fordult elő, irodalmi ritkaságként.

Leírás: Betegünk kórelőzményében komoly betegség nem szerepelt. 2017. februárban került felvételre a kórházunk I. Belgyógyászati Osztályára gyengeség, romló vese-

funkciók, masszív proteinuria és haematuria, oligo-anuria miatt. PTE Nephrologia Centrumába került át, ahol vesebiopszia igazolta Minimal change szindróma miatt szteroid kezelést indítottak. Hemodialízis igényűvé vált. Egy hónap után nem javult, anúriás maradt, szteroid kezelés fokozatos leépítését kezdték, Dialízis Központunk vette át kezelését. Három hónap után állapota stagnált, a szteroidot elhagytuk, krónikus programba vettük, a PD-t választotta. Kórházunk Sebészeti Osztályán Tenckhoff katétert ültettek be: a kifejezetten vékony subcutis miatt a subcutan kaff pozícionálása és a tunnel-képzés nehezített volt. Az intra- és posztoperatív próbaöblítés az átlagostól lassabb, de még elfogadható. Tréningjét elkezdtek. Ekkor diurézise visszatért emelkedő mennyiségben. Laborját kontrolláltuk: addigi 1000 mcmmol/l feletti kreatininszint 160-ra csökkent. Majd 10 napig nem dializáltuk, laboreedménye nem romlott, GFREPI 46 ml/min-en stagnált. Dialíziseit felfüggesztettük. Diurézise megindultával masszív proteinúriája is visszatért (10,5 gramm/die), mely hypalbuminaemiához (20 g/l) és ödémásodáshoz vezetett. Szteroid terápiát visszaállítottuk, Human Albumint adtunk, diuretikumadagját emeltük, és egy hétig napi 1500 ml Extraneal adásával CAPD kezelést indítottunk nála. Ödémái lementek, testsúlya 23 kg-mal csökkent. A kezeléseket tartósan fel tudtuk függeszteni. Vizeletmennyisége továbbra is 2 liter körüli, proteinuria mértéke csökkent, vesefunkciója normalizálódott (kreatinin 50 mcmmol/l, GFREPI: 90 ml/min feletti), PD kezelést nem igényel, a katéter eltávolítását tervezzük. PTE Nephrologiával kooperálva gondozzuk továbbiakban a beteget Nephrologia Szakrendelésünkön.

Összegzés: Esetünk irodalmi ritkaság. Minimal change szindróma akut anúriás veseelégtelenséggel: a beteg négy hónap kezelés után vált dialízis independenssé, indult meg vizelete.

Akut veseelégtelenség hantavírus-fertőzésben

Markóth Csilla¹, Rékasi Éva¹, Rédl Jenő¹, Mátyus János², Nagy Orsolya³

¹Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház Nephrológiai Osztály; ²Diaverum Dialízis Központ, Szolnok

²DE KK Belgyógyászati Intézet, Nephrológiai Tanszék, Debrecen

³Virális Zoonózisok Nemzeti Referencia Laboratóriuma

Bevezetés: Európában elsőként Magyarországon írták le a rágcslók ürülékével terjedő hantavírus megbetegedést 1952-ben, a klinikai tünetek, leletek alapján haemorrhagiás nephroso-nephritisként véleményezték. A retrospektív vírusazonosítás 1985-ben történt meg az USA-ban. Hazánkban az enyhe lefolyású nephropathia epidemica, illetve a súlyosabb lefolyású HFRS (haemorrhagiás láz renalis szindrómával) fordul elő.

Esetismertetés: 1. beteg: 35 éves férfi antibiotikus kezelés mellett jelentkező emelkedett vesefunkciós értékek, magas láz, tompa mellkasi és hasi fájdalom, oliguria tüneteivel utalták osztályunkra. Felvételét megelőző napokban horgászott. Gépi lélegeztetés igénye, szeptikus állapot miatt ITO-ra helyeztük, HD kezelést kezdtünk. A vizsgál-

latok hantavírus-fertőzést, HFRS-t igazoltak. Tüneti kezelés, szteroid terápia mellett állapota javult, HD kezelés felfüggeszthetővé vált.

2. beteg: 38 éves férfi határrendészeti feladatot látott el, csatorna partján táborozott. Láz, deréktáji fájdalom, oliguria jelentkezett, magas salakanyagszinteket észleltünk. Szerológiai vizsgálat hantavírus-fertőzést igazolt, nephropathia epidemica volt véleményezhető. Tüneti terápia hatására panaszmentessé vált, dialízis igényű veseelégtelenség nem alakult ki.

Összefoglaló vélemény: A hantavírus-fertőzés kapcsán súlyos, dialízis igényű veseelégtelenség alakulhat ki. A differenciáldiagnosztika során egyéb infekció (leginkább Leptospira), gyógyszer és szisztémás immunbetegség okozta akut interstitialis nephritis is felmerül. Mivel a szerológiai megerősítés savópárral csak két hét után lehetséges, a pontos anamnézis felvétel nagyon fontos. Amennyiben a betegség igazolódik, tüneti, szupportív terápia, valamint szteroid alkalmazása szükséges.

Chyluria – a rare urinary abnormality.

A case report

Gergő A. Molnár¹, Andrea Ludány², Csaba Pusztai³, Ágnes Molnár³, Zsuzsanna Bán⁴, Kinga Németh⁵, Krisztián Molnár⁵, Árpád Szántó³, István Wittmann¹

¹University of Pécs, Clinical Centre, 2nd Department of Medicine and Nephrological Centre

²University of Pécs, Clinical Centre, Department of Laboratory Medicine

³University of Pécs, Clinical Centre, Department of Urology

⁴University of Pécs, Clinical Centre, Department Nuclear Medicine

⁵University of Pécs, Clinical Centre, Department of Radiology

The 49-years old female patient is under immunological follow-up because of a suspected scleroderma. Proteinuria was first noticed in 2014. In 2016, abdominal ultrasound raised the chance of a minimal right pelvic dilation, however, native X-ray, urography and abdominal CT did not show any alteration leading to an occlusion. A repeated cystoscopy revealed white coloured urine streaming off from the right urethra orifice. Because of proteinuria, nephrological examination was suggested. Examinations on our ward verified normalalbuminemia, which excluded a nephrotic syndrome. The abdominal ultrasound described normal kidney sizes, normal resistive index, and revealed no ptosis. Urinary culture, tests for Mycoplasma, Ureaplasma and Chlamydia were negative. Then, the colour of urine changed spontaneously, turned milky, opalescent, this urine had a protein concentration of over 10 g/L. The earlier cystoscopic finding and the urine alteration raised the possibility of chyluria, and the triglyceride concentration in the urine was indeed 10 mmol/L. We tried to localize the communication of the urinary system and the lymphatic vessels. Lymphangioscintigraphy from the lower extremities, abdominal CT and MR were negative. Then urological examinations followed, eventually a laparoscopic organ-sparing operation was carried out: skeletisation of the right kidney was performed, during which the kidney

was cauterized disrupting any connection between the kidney and the visceral organs, trying to spare the renal artery and vein as well as the urether. The complaints and urine abnormalities of the patient disappeared after the operation. Chyluria is an extremely rare disease that may be found in the background of visible urine alterations. The diagnostics and therapy is problematic, as well, however it may be cured while sparing the affected kidney.

Neuropathy related to chronic related kidney disease – an overview

Gergő A. Molnár

University of Pécs, Clinical Centre, 2nd Department of medicine and Nephrological Centre

Chronic kidney disease is an entity that can lead to the development of several complications. Among others, complications in the central nervous system, in the cardiovascular, gastrointestinal, musculo-skeletal systems can occur. As compared to these, the complications affecting the peripheric nervous system are less well-known. Affection of the peripheric nervous system most often means a polyneuropathy, more rarely mononeuropathies or multiple mononeuropathies can develop. The frequency of chronic kidney disease-related neuropathy increases with worsening of the kidney function. In the pathogenesis, among others, uremic toxins, hyperkalemia, chronic subclinical inflammation, free radicals, vitamin B deficiency may play a role. In the diagnosis of the polyneuropathy, the typical complaint can guide us, the physical examination is important from a differential diagnostic approach, also the calibrated tuning fork, a monofilament test, the painful neuropathy questionnaires, the Neurometer, and ENG may be helpful. The treatment may involve earlier initiation of a renal replacement therapy, increase of the efficacy of the dialysis, treatment of the hyperkalemia, substitution because of a vitamin B deficiency (e.g. using bethothiamine), symptomatic treatment (e.g. gabapentin, pregabalin), anticonvulsive agents. Alpha lipoic acid may be used for the treatment of a painful diabetic neuropathy that develops in a patient with diabetes and chronic kidney disease. It may be important to decrease the dose of medications in relation to the renal function. The neuropathy related to chronic kidney disease is a disease that is hard to diagnose and to treat, but in the presence of typical complaints, we have to take its possibility into consideration.

Tartós hiperozmolaritás elősegítheti a vesefibrosis kialakulását

Mózes Miklós, Fazekas Krisztina, Kökény Gábor
Semmelweis Egyetem, Kórleltani Intézet, Budapest

Bevezető: Ismert, hogy az ozmolaritás akut változásai in vitro fokozzák a profibrotikus korai transzkripciók faktorok

(pl. early growth response factor-1 [Egr-1]) termelését. Ugyanakkor a vese medullában még nem írtak le hasonló változásokat, holott a vese hígító vagy koncentráció funkciója miatt folyamatosan változik a tubulus sejteket ért ozmotikus stressz. Célunk volt tehát annak vizsgálata, hogy a krónikus hiperozmolaritás befolyásolja-e a vese medulla Egr-1 expresszióját.

Módszerek: Felnőtt hím Sprague Dawley patkányokat három csoportra osztottunk (n=6/csoport). A hiperozmoláris csoport öt napon keresztül részesült vízmegvonásban (15 ml/200 g testsúly), a hipoozmoláris csoportot pedig 15 mg/nap furosemiddel kezeltük öt napig. A kontrollok szabadon fértek hozzá a táphoz és vízhez. A kísérlet végén a jobb vese medullát leválasztottuk a kéregről, és génexpressziós méréseket végeztünk. A bal veséből immunhisztokémiai festéseket végeztünk. Statisztikai analízishez Kruskal-Wallis tesztet használtunk.

Eredmények: A vizelet ozmolaritás duplájára emelkedett vízmegvonás hatására (p<0,05), de nem változott furosemid kezelésre. A hiperozmoláris medullában szignifikánsan emelkedett a profibrotikus TGF- β , valamint az Egr-1 mRNS expressziója (p<0,05). Emellett hatszorosára nőtt a c-Fos expresszió, melyet fokozott TIMP-1 (tissue inhibitor of metalloprotease-1) mRNS expresszió kísért (p<0,05). A hiperozmoláris patkányok külső medullája erősen pozitív TGF- β és Egr-1 festődést mutatott (p<0,05), ugyanakkor a kontrollokban csak elvétve festődött néhány sejt és a furosemid kezelt állatok veséi semmilyen festődést nem mutattak.

Következtetés: Eredményeink alapján a vese medullában tartósan fennálló hiperozmolaritás fokozza a TGF- β - és Egr-1-termelést, ezzel gyorsíthatja az interstitialis fibrosis kialakulását egy meglévő vesebetegség talaján.

Támogatás: OTKA PD 112960.

A metabolikus szindróma komponensei és a vese

Nagy Judit

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

A metabolikus szindróma cardiovascularis rizikófaktorok (centrális elhízás, szénhidrát-anyagszerezavar, hypertonia, atherogen dyslipidaemia) együttes előfordulása. A szindróma egyes jelenségeinek felismerése esetén keresni kell a többi lehetséges eltérést is.

A klinikopatológiai szekciónkban szereplő négy metabolikus szindrómás esetben a klinikai tünetek és laboratóriumi eltérések mellett a vesebiopsziában látható, a metabolikus szindróma komponensei által okozott glomerularis, vascularis és tubulointerstitialis szöveti károsodások, valamint a krónikus vesebetegség mellett előforduló cardiovascularis betegségek is bemutatásra kerülnek.

A metabolikus szindróma cardialis és nem cardialis vascularis betegségek (stroke, szívinfarktus, perifériás artériás betegségek, krónikus vesebetegség) rizikójának a fokozódásával jár. A metabolikus szindrómának minél több összetevő

je fordul elő egy betegben annál valószínűbb a cardialis és nem cardialis vascularis betegségek kialakulása, azaz a komponensek számával arányosan nő a kónikus vesebetegség kialakulásának valószínűsége is. Metabolikus szindróma mellett a krónikus vesebetegség progressziójának a fokozódását is leírták. A metabolikus szindróma és a krónikus vesebetegség együttes előfordulása mellett nő a cardiovascularis betegségek morbiditása és mortalitása is.

Nem csak metabolikus szindrómás betegekben gyakori a krónikus vesemegbetegedés kialakulása. Már ismert vesebetegekben (pl. IgA nephropathiában vagy membranosus glomerulopathiában) is gyakori a metabolikus szindróma megjelenése.

Krónikus vesebetegekben a metabolikus szindróma egyes komponenseinek a komplex kezelése javította a veseműködési paramétereket is és csökkentette a cardiovascularis megbetegedések előfordulását is. Metaanalízisek kimutatták, hogy krónikus vesebetegekben pl. a statin kezelés csökkentette a cardiovascularis betegségek rizikóját, ami független volt a vesebetegség stádiumától, kivéve az utolsó stádiumot. A renin-angiotenzin-aldoszteron rendszerre ható szerek egyes betegekben ugyancsak lassították a vesebetegség progresszióját. A metabolikus szindróma komponenseinek kezelése jó hatásának bizonyult vesetranszplantált betegek kezelésében is.

Végül megemlítjük, hogy a metabolikus szindróma fogalmának, mint klinikai diagnózisnak a létjogosultságát utóbbi időben többen kétségbe vonják. Véleményünk szerint azonban a mindennapi gyakorlati életben a fogalom elterjedt és hiányosságai ellenére jól használható.

Peritonitis caused by *Listeria monocytogenes* in peritoneal dialysis patient

Katalin Páll¹, Veronika Sági², Attila Orosz²

¹Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Immunonephrológiai Osztály, Budapest

²Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Diaverum Dialízis Központ, Immunonephrológiai Osztály, Budapest

Peritoneal infections are severe complications in end stage renal failure patients treated with peritoneal dialysis. PD associated peritonitis are frequently caused by Gram positive bacteria, mainly coagulase negative *Staphylococcus* (40–60%), *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus* (10–20%). In 5–20% of all peritonitis are Gram negative pathogens present and in less than 5% are other microorganisms such as fungi or protozoan responsible for development of the disease. In our case report we show a forty-two-year-old male patient who developed IgA nephropathy which ended in end stage renal failure caused by diffuse global glomerulosclerosis with expressed tubular atrophy. In 2015 he started peritoneal dialysis. In 2016 turned out that the patient has primary pulmonary hypertension which showed great significance in the pathomechanism of the case below. Our patient was admitted to hospital because of rectal bleeding caused by hemorrhagic proctitis. On the third day after his admittance he developed abdominal pain and the PD fluid turned to be opalescent. Laboratory tests showed

high inflammatory levels, high cell count of PD fluid. Our opinion was PD associated peritonitis and we started standard antibiotic therapy (cefuroxime + gentamicin intraperitoneally), but his abdominal state worsened. Microbiological examination of the PD fluid showed *Listeria monocytogenes* which is known as pathogen in animals. This Gram positive, aerobic, facultative anaerobic bacterium is part of animals bowel flora, lives in soils, on plants growing on soils and in wastewater. It causes infection mainly in immunocompromised patients and pregnant women by consuming raw meat, milk without heat treatment. In case of our patient seemed to be consuming of strawberry the cause of the infection. This pathogen was probably getting into the PD fluid with transmural moving due to higher permeability of oedematous bowel wall caused by right ventricle failure. On basis of the antibiogram a seven day long aminopenicillin and sulfamethoxazole + trimethoprim treatment was performed and th.

Novel role of IL-20 cytokine subfamily in the pathogenesis of chronic kidney diseases

Domonkos Pap¹, Apor Veres-Székely², Erna Sziksz¹, Beáta Szebeni¹, Rita Lippai², István Márton Takács², Andrea Fekete³, Tivadar Tulassay¹, György Reusz², Attila J. Szabó¹, Ádám Vannay¹

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

²1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest

³1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest/MTA-SE, Lendület Diabetes R

Introduction: Our recent study showed that the levels of the interleukin (IL)-20 subfamily members, including IL-19 and IL-24 were significantly increased in the new-born kidney underwent unilateral ureteral obstruction (UUO). However, their precise role in the pathomechanism of renal fibrosis has not been demonstrated.

Method: To study the role of IL-20 cytokine subfamily we applied UUO induced kidney fibrosis on neonatal rats, wild type and IL-20 receptor beta gene knockout (IL-20Rβ KO) mice. We used Masson's trichrome and real-time RT-PCR and western blot method to investigate the expression of fibrosis associated genes on mRNA and protein level between the two strains. We also investigated the in vitro effect of IL-19 and IL-24 treatment on transforming growth factor beta (TGF-β) and platelet derived growth factor B (PDGF-B) expression of human proximal tubular epithelial cells.

Results: We found elevated levels of IL-19, IL-24 and IL-20Rβ in the fibrotic kidney. Lack of IL-20Rβ in KO mice was associated with decreased level of pro-fibrotic marker alpha smooth muscle actin, TGF-β and PDGF-B expression and also with reduced amount of extracellular matrix deposition in the obstructed kidney. Treatment of renal epithelial cells with IL-24 increased their TGF-β and PDGF-B expression.

Conclusion: Increased expression of IL-19, IL-24 and IL-20Rβ in the fibrotic kidney suggest their role in the patho-

mechanism of obstructive nephropathy associated renal fibrosis. IL-24 may promote tissue remodelling via increased production of pro-fibrotic factors. Our data suggest that inhibition of IL-24 may have significant anti-fibrotic effect.

Vesebiopszia szokatlan szövődménye

Pethő Ákos¹, Domján Beatrix¹, Kardos Magdolna², Fintha Attila², Studinger Péter¹, Tislér András¹

¹*Semmelweis Egyetem I. Belgyógyászati Klinika, Budapest*

²*Semmelweis Egyetem II. Patológiai Intézet, Budapest*

Bevezetés: Vesebiopszia végzése rutin eljárásnak számít. Indikáció felállítását követően előny-kockázat mérlegelése, valamint a beteg részletes felvilágosítása, és írásos beleegyezését követően kerülhet sor a beavatkozásra. Kellő körültekintéssel elvégzett vesebiopszia is járhat szövődménnyel, melynek időben történő felismerése céljából a beteget szorosán obszerválnunk kell.

Betegek és módszerek: Klinikánkon rutinszerűen végezzük a vesebiopsziákat, melyek minden esetben radiológus kolléga segítségével történnek, a Semmelweis Egyetem Radiológia Klinika ultrahang vizsgáló helyiségében. Minden tervezett vesebiopszia előtt kötelező a labor vizsgálat, és hemosztázis meghatározása. A biopsziát megelőző egy órában profilaktikusan dezmpresszin beadása is megtörténik. Esetünkben egy 20 éves fiatal nőbeteg esetét mutatjuk be. Klinikánkra történő felvételét ORFI-ból kérték, progrediáló veseelégtelenség miatti renalis diagnózis felállítása céljából. Anamnézisében juvenilis reumás ízületi gyulladás szerepel, jelenleg immunszerológiai vizsgálatai, és klinikum alapján kevert kötőszöveti betegségnek megfelelő klinikai kép volt észlelhető. Tamponádot okozó periacardialis folyadék gyülem miatt drain behelyezését is igényelte. Veseérintettségét progrediáló veseelégtelenség, napi 0,5 g/die proteinuria, és inaktív vizeletüledék jellemezte.

Eredmények: A beteg esetében vesebiopszia végzése indokolt volt, a differenciáldiagnózis, és a megfelelő kezelés meghatározása céljából elengedhetetlen volt. A betegnél kizáró okot nem láttunk, vérképe, vérlemezke száma, valamint hemosztázis paraméterei élettaniak voltak. Vesepótló kezelés igénye miatt a beteg dialízis kezelését átmenetileg halasztottuk, biopsziát megelőzően 30 µg Octostim-et (dezmpresszin) adtunk be kis infúzióban intravénásan. Vesebiopszia szövődménymentesen megtörtént, kontroll hasi ultrahang vizsgálat nem igazolta szövődmény kialakulását, a beteg a vérképét tartotta. Egy héttel a vesebiopsziát követően a beteg kollabált, tompa hasi traumát szenvedett el, majd ezt követően sokkos állapotba került. Képkeltető vizsgálatok a biopsziázott vese körüli jelentős hematomát igazoltak, valamint kontrasztanyag kilépését írták le az aorta bifurkációjának a magasságában is. Urgens bal oldali veseeltávolítás történt, majd a továbbra is észlelhető vérvesztés miatt a bal oldali artéria iliaca communis sérülésének az ellátása is megtörtént.

Következtetések: Vesebiopszia végzése rutin eljárásnak tekinthető, szövődmények tekintetében leggyakrabban különböző vérzések alakulnak ki, melyek felismerése alapvető fontosságú. Fokozott rizikójú betegek esetében a

beteget traumától is védeni kell. Jelen esetünkben betegünk alapbetegsége is hozzájárult a kialakult súlyos vérzéses szövődményhez.

A Seldinger-technikával végzett PD katéter implantáció helye és szerepe a diuretikum refrakter szívelégtelen betegek PD kezelésében

Pistai Miklós^{1, 2}, Szűcs Attila², Demeter Zita^{1, 2}, Szegedi János¹

¹*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 2. sz. Dialízisközpont; Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza*

²*Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza*

A diuretikum refrakter szívelégtelenség (DRSZE) nagymértékben meghatározza a betegek rövid és hosszú távú életkilátásait, életminőségét, halálozását. A betegek ellátásában kiemelt jelentősége van a peritonealis dialízisnek (PD), mely folyamatos, naponta végzett, kíméletes ultrafiltrációt biztosít, stabilizálja a volumenstátuszt, csökkenti a neurohormonalis státusz aktivációját, megőrzi a rezerv diurézist, javítja a betegek rehabilitálhatóságát, életminőségét, költséghatékony.

A DRSZE-ben szenvedő betegek PD kezelésénél alapvető feltétel a Tenckhoff katéter implantációja. A betegek komorbiditása, kardiális állapota igényli a kevésbé megterhelő, gyorsabban használható PD katéter implantációját. A hagyományos PD katéter implantáció anesztéziát, vagy lokál anesztéziát igényel, a katéter beültetés után a kezelés elkezéséig több nap szükséges. A mini-laparotómiával, laparoskopópiával végzett implantációt sebész szakorvos végzi.

A Seldinger-technikával végzett katéter implantáció nem igényel általános anesztéziát, kisebb a betegek megterhelése, kisebb a komplikációs ráta, a dialízis a katéterimplantáció után azonnal alkalmazható, költséghatékony.

A szerzők a nemzetközi és a saját tapasztalataik alapján összefoglalják a Seldinger-technikával végzett PD katéter implantáció tárgyi és személyi feltételeit. Részletesen ismertetik az általuk alkalmazott technikát, melynek kapcsán fontos az aneszteziológus, sebészeti háttér, a képerősítővel, illetve ultrahanggal rendelkező műtő biztosítása. Tapasztalataik szerint célszerű, ha a Seldinger-technikával végzett katéter implantációt nefrológus szakorvos végzi, aki a későbbiekben gondoskodik a beteg kezeléséről, gondozásáról. A diuretikum refrakter szívelégtelen betegek PD kezelése teammunkát igényel, mely kiterjed a betegek kiválasztására, edukációjára, kezelésére és gondozására is.

Idős betegek peritonealis dialízis kezelésével szerzett tapasztalataink: sikerek és nehézségek

Polner Kálmán, Haris Ágnes

Szent Margit Kórház Nephrológiai Központ, Budapest

Idős betegek számára a peritonealis dialízis (PD) mind a folyadék- és urémiás toxin eltávolítás, mind pszichoszoci-

ális szempontból számos előnnyel jár a HD kezeléshez képest, ugyanakkor a betegek képzése, PD kezelése és társbetegségeik ellátása speciális nehézségeket vet fel a PD team számára. Előadásunk célja az idős, 65 év feletti PD kezelt betegeink klinikai jellegzetességeinek, morbiditási és mortalitási adatainak az áttekintése és a 65 évnél fiatalabb betegek eredményeivel való összevetése.

Centrumunkban 2006. májustól 2017. májusig 121 beteg volt PD-kezelt, életkoruk a PD kezelés bevezetésekor $61,2 \pm 15,7$ (17–85) év volt. Az idős korcsoportban 56 beteg szerepelt, átlagosan $74,3 \pm 6,2$ évesek, a fiatalok kora $49,9 \pm 12,4$ év volt (férfi 57%, illetve 45%, $p=0,17$). Az időseket 23 ± 22 , a fiatalokat 42 ± 36 hónapig kezeltük ($p < 0,001$), asszisztált PD kezelésben 13 fő=23%, illetve 6 fő=9% ($p=0,035$), APD kezelésben 11 fő (20%), illetve 23 fő (35%) részesült ($p=0,055$).

Az első kezelési évben a kórházi ápolási napok száma az idős betegcsoportban $32,3 \pm 25$, a fiatal csoportban $20,6 \pm 19,5$ nap volt ($p=0,004$). Az idősek a megfigyelési időszak két éve alatt 59 ± 46 napot, a fiatalok a megfigyelési időszak 3,5 éve alatt 58 ± 73 napot igényeltek kórházi ellátást, a halálozás 52%, illetve 20% volt ($p < 0,001$). A diabetes aránya a két csoportban nem különbözött (27%, illetve 25%, $p=0,785$), a Charlson komorbiditási index az időseknél $6,8 \pm 2,7$, a fiatalok esetében $4,5 \pm 2,3$ volt ($p < 0,001$). Peritonitist is nagyobb számban tapasztaltunk az idősek esetében (39 beteg, fiatalok: 28 beteg, $p < 0,003$). Míg az idősek közül három főt, a fiatal csoportban 19 főt transzplantáltak ($p < 0,001$). A magasabb morbiditási és mortalitási eredmények ellenére modalitás váltás nem vált nagyobb arányban szükségessé az idősek és a fiatalok összehasonlításában, HD kezelést átmenetileg 6, illetve 7 beteg ($p=0,992$), véglegesen 12, illetve 13 beteg igényelt ($p=0,847$).

Idős emberek PD kezelése nagy kihívást jelent mind a betegek, mind a kezelőszemélyzet számára. Maga a PD kivitelezése, szövődményei és a társbetegségek ellátása is komplex orvosi tevékenységet igényel. Mindezek ellenére tapasztalataink alapján a PD alkalmas az idős betegek vesepótló kezelésére.

Életminőség-vizsgálat a B. Braun Avitum Hungary Zrt. 2. sz. Dialízisközpontjában

Répási Krisztina¹, Szegedi János¹, Valikovics Ferenc², Balku István¹

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

²Jósa András Oktatókórház, I. Belgyógyászat, Nyíregyháza

Bevezetés: Az orvosi kutatásokban az egészséggel kapcsolatos életminőséggel foglalkozunk, ami az egyénnek saját egészségi állapotáról alkotott szubjektív véleménye, mely a betegség megélésén, a betegséghöz való alkalmazkodáson alapul.

Célkitűzés: Célunk volt felmérni a centrumunkban dializált betegek életminőségét, összehasonlítani eredményeinket dr. Barótfi Szabolcs és munkatársai által Budapesten elvégzett vizsgálat eredményeivel.

Betegek és módszerek: Dialízisközpontunkban 2017. júniusban 206 beteg részesült dialízis kezelésben, melyből 34 beteg peritonealisan, 172 beteg pedig hemodializált volt. Felkértük betegeinket a KDQOL-SFTM teszt kitöltésére, ami egy betegség specifikus életminőségi mérőeszköz. A teszt egyik része 36 kérdést tartalmaz az általános egészségi állapotra vonatkozóan, a másik része 43 további vesebetegséggel kapcsolatos kérdésből áll és egy kérdés az általános egészségi állapotot értékeli.

Eredmények: 180 teszt készült el (nő $n=70$; férfi $n=110$; HD $n=149$; PD $n=31$). 26 beteg nem töltötte ki a tesztet (HD $n=22$; PD $n=4$). A következő kérdéseknél, mint a „Általános egészségi állapot, Vitalitás, Hangulat, Vesebetegség hatása, Társas kapcsolatok, Beteg elégedettség” hasonló pontszámokat találtunk Nyíregyházán, mint Budapesten. A „Kezelőszemélyzettől kapott bátorítás” kérdéskörnél Nyíregyházán $n=84$, Budapesten pedig $n=77$ pontértéket találtunk. A többi kérdéskörnél centrumunkban alacsonyabb pontszámokat láttunk. A peritonealisan dializáltaknál egyedül a „Társas támogatottság” kérdéskörnél találtunk kisebb pontszámot $n=61$, mint a hemodializáltaknál $n=63$, de a különbség minimális, a kérdések többségében hasonló, de inkább magasabb pontokat láttunk.

Következtetés: Centrumunkban a peritonealisan dializált betegek életminősége jobb, mint a hemodializáltaké. A budapesti eredményekkel összehasonlítva részben hasonló eredményeket kaptunk, ahol pedig rosszabb értékeket láttunk, ott további vizsgálatok szükségesek, miután nem került összehasonlításra a nemek szerinti megoszlás, iskolai végzettség, szociális helyzet.

Idős hemodializált betegek kezelésének szempontjai

Rikker Csaba¹, Juhász Edina¹, Gáspár Renáta¹, Haraszti Mária¹, Keresztény István²

¹FMC Péterfy I. Dialízis Központ, Budapest

²FMC Magyarország, Budapest

Célkitűzés: A dialízisközpontunkban kezelt legidősebb betegek dialízis kezelésével kapcsolatos mutatók értékelése, az eredmények összehasonlítása a fiatalabb korosztállyal, az idősek adekvát kezelését segítő speciális szempontok keresése.

Beteganyag és módszer: A 2010. január 1. és 2017. július 31. között krónikus hemodialízis programban szereplő, és kezelésük során 80. életévüket elért betegek adatait hasonlítottuk össze a <80 éves korosztállyal. A vizsgálat a dialízis hatékonyságát meghatározó főbb kezelési, valamint a tápláltsági, hidráltási, vérnyomás és vércép paraméterekre terjedt ki. Az idős korcsoportban 89 beteg 30961, a kontroll csoportban 506 beteg 142399 HD kezelésének adatait dolgoztuk fel. A statisztikai elemzés Student t próbával történt.

Eredmények: A ≥ 80 / < 80 éves csoportban a következő eredményeket kaptuk (átlag \pm SD): spKt/V online clearancomonitronnal (OCM): $1,60 \pm 0,29$ / $1,51 \pm 0,30$ ($p=0,0000$);

eKt/V: $1,48 \pm 0,23/1,39 \pm 0,24$ ($p=0,0000$), effektív dialízisidő: $238 \pm 10/241 \pm 17$ perc ($p=0,0000$); hemodiafiltrációs (HDF) infúziós volumen: $19,40 \pm 6,15/20,34 \pm 6,21$ l ($p=0,0000$); ultrafiltráció (UF): $1823 \pm 833/2534 \pm 1214$ ml ($p=0,0000$); szárazsúly: $65,6 \pm 12,5/77,8 \pm 22,4$ kg ($p=0,0000$); UF/szárazsúly% $2,84 \pm 1,33/3,35 \pm 1,58$ ($p=0,0000$); dialízis előtti szisztolés vérnyomás: $127 \pm 21/135 \pm 23$ Hgmm ($p=0,0000$); dialízis előtti diasztolés vérnyomás: $65 \pm 12/72 \pm 13$ Hgmm ($p=0,0000$); átlagos extrakorporális vérátfolyás (Qb): $324 \pm 55/344 \pm 71$ ml/perc ($p=0,0000$); interdialitikus súlygyarapodás: $1,4 \pm 1,1/2,1 \pm 1,5$ kg ($p=0,0000$); bioimpedanciával mért relatív túlhidráltság (OH/ECW): $12 \pm 9/12 \pm 9$ % (NS); protein katabolikus ráta (PCRn): $0,90 \pm 0,20/0,97 \pm 0,24$ g/kg/nap ($p=0,0000$); albumin: $37,6 \pm 4,0/38,8 \pm 4,4$ g/l ($p=0,0000$); hemoglobin: $11,39 \pm 1,23/11,23 \pm 1,54$ g/dl ($p=0,0000$).

Következtetések: A minimálisan, de szignifikáns mértékben alacsonyabb dialízisidő és Qb ellenére az idős betegek dialízis hatékonysága szignifikánsan magasabb, az elérhető infúziós volumen azonban alacsonyabb. Az eltérő ultrafiltrációs igény és tolerancia ellenére hidráltsági állapotuk a kontrollcsoporttal megegyező, anémiájuk jól kezelhető. Az alacsonyabb fehérjebevitel és vérnyomás speciális szempontként jelentkezik.

Tumort utánzó szokatlan vesetályog gyermekkorban

Rudolf Judit¹, Dobi Marianna¹, Héjj Ildikó², Balázs György², Kiss András³, Merksz Miklós³, Demjén Boglárka⁴, Meichelbeck Krisztina¹, Nagy Anikó⁵

¹Heim Pál Gyermekkórház, Nephrológia, Budapest

²Heim Pál Gyermekkórház, Radiológia, Budapest

³Heim Pál Gyermekkórház, Urológia, Budapest

⁴SE MRI Kutatóközpont, Budapest

⁵főigazgató, Heim Pál Gyermekkórház, Budapest

Körelőzmény: A 8 és fél éves, volt koraszülött, perinatalis infekción átesett fiúgyermeknél a kórházi felvételt megelőzően hospitalizációt igénylő megbetegedés, illetve dokumentált húgyúti infekció nem zajlott. Korábbi hasi ultrahang vizsgálati lelet vagy kórjelző ultrahang eltérés nem ismert.

Klinikum: Három hete elhúzódó magas láz, fokozódó fáradékonysággal és étvágytalansággal társult hasi panaszok, illetve felső légúti tünetek nélkül. A kórházi felvételt megelőzően alkalmazott makrolid, majd per os amoxicillin-klavulánsav terápia mellett is stagnáló lázas állapot, ambuláns laborparaméterekben magas gyulladáshoz kapcsolódó aktivitással, negatív vizeletüledékkel. Az antibiotikum terápia kezdete előtt vizelettenyésztés nem történt. A kórházi felvételt követően elvégzett hasi ultrahang vizsgálat a bal vese felső felét kitöltő kb. $62 \times 46 \times 43$ mm nagyságú inhomogén terimét írt le nagyobb folyadék tartalmú szeptált bennéssel, a szeptumokban kisfokú keringéssel. A cystosus terime a lép alsó pólusától 2 cm-re a vese tokját áttörve kb. 15 mm mélyen és 3 cm hosszan infiltrálta a hátsó hasfali izomréteget is.

Diagnosztika: Laborvizsgálatok (CRP: 206,2 mg/l, PCT: 0,17 ug/l, We: 115mm/óra, GGT: 169 U/l, AST: 1255 IU/l, leukocytosis, thrombocytosis, anaemia), hemokultúra: negatív, tumormarkerek: negatív (NSE, CEA, Chromogranin A, ferritin), vizeletvizsgálatok és tenyésztések: negatív, Quantiferon teszt: negatív, képalkotó vizsgálatok (hasi UH, hasi és kismedence MRI, mellkasröntgen).

Terápia: Urológus, nefrológus, sebész, onkohematológus, radiológus TEAM véleménye alapján széles spektrumú antibiotikummal konzervatívan kezeltük Nephrológiai Osztályunkon.

Összességében a 21 napos konzervatív terápia folytatásától a már szervült folyamatra való tekintettel eredmény nem volt várható, így a műtéti beavatkozás abszolút indikációja fennállt. A beavatkozás előtt elvégzett hasi CT vizsgálat a már klinikailag feltételezett apostematosus pyelonephritist alátámasztotta. Urológiánkon lumbotomiából a bal oldali pusztult veserészt szövődímentesen reszekálták.

Autoimmun betegséghez társuló krónikus nephritis szindróma

Seres Zsuzsanna¹, Intzedy Katalin²

¹Dr. László Elek Kórház, Nephrológiai Gondozó, Orosháza

²Dr. László Elek Kórház, Patológiai Osztály, Orosháza

Autoimmun betegségben szenvedő betegeknél nagyon gyakori a veseérintettség – legkülönbözőbb glomerulopathia és tubulopathia előfordulhat. Színezi a képet a gyakran évtizedeken át alkalmazott immunmoduláns és analgetikus kezelés vesekárosító hatása. A több mint 20 éve rheumatoid arthritis miatt gondozott beteg krónikus nephritis szindróma kivizsgálása során pontos diagnózishoz jutni nem sikerült. Végül a vese post mortem elvégzett szövettani vizsgálata adta meg a kórismét, ami egy ritka (?) kórkép még ritkább klinikai manifesztációjának bizonyult.

Szegény ember vízzel főz – A frakcionált húgysav, urea és nátrium exkréció jelentősége az akut veseelégtelenség differenciáldiagnosztikájában

Seres Zsuzsanna

Dr. László Elek Kórház, Nephrológiai Gondozó, Orosháza

Az akut veseelégtelenség differenciáldiagnosztikájában a prerenalis és renalis ok – akut tubularis necrosis elkülönítésében rendelkezésre álló paraméterek és a fizikális vizsgálat gyakran nem ad kellő útmutatást. Ha a beteg korábban már kapott kacsdiuretikumot a vizelet nátrium és FeNa már nem értékelhető. Ezen esetek vizsgálatára kezdjük meg a diuretikum adásától független paraméter, a frakcionált húgysav exkréció meghatározását. Ennek az egyszerű, szerény laboratóriumi háttérrel rendelkező intézményekben is elvégezhető paraméternek a vizsgálatával kapcsolatos kezdeti tapasztalatokat szeretném előadásomban megosztani.

The contribution of skin glycosaminoglycans to the regulation of sodium homeostasis in rats

Dániel Sugár¹, Róbert Agócs¹, Endre Sulyok², Attila J. Szabó¹, Tivadar Tulassay¹

¹First Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest

²Faculty of Health Sciences, University of Pécs

The glycosaminoglycan (GAG) molecules are a group of high molecular weight, negatively charged polysaccharides present abundantly in the mammalian organism. By their virtue of ion and water binding capacity, they may affect the redistribution of body fluids and ultimately the blood pressure. Data from the literature suggests that the mitogens Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF)-A and VEGF-C are able to regulate the amount and charge density of GAGs and their detachment from the cell surface.

Based on these findings we investigated the relationship between the level of dietary sodium intake, the mRNA expression levels of VEGF-A and VEGF-C, and with HPLC the amount of the skin GAGs hyaluronic acid (HA) and chondroitin sulphate (CS) in an in vivo rat model (n=24). Nine-week-old female Wistar rats were fed either on a low salt diet (LSD, n=8) for 4 weeks, or on a high salt diet (HSD, n=8) for 4 weeks, or on a high salt diet for 4 weeks followed by a low salt diet for 4 weeks (HSD/LSD, n=8).

Significant correlation between dietary sodium intake, skin sodium levels and GAG content was found (HSD vs. LSD Na⁺: p<0,05; HSD vs. LSD HA: p<0,01; HSD vs. LSD CS: p<0,01). The decrease in the amount of Na⁺ and GAGs followed by the liberation of Na⁺ in the HSD/LSD group corroborates our hypothesis of coordinated GAG degradation.

We confirmed the GAG synthesizing role of VEGF-C but failed to prove that GAGs are degraded by VEGF-A. No significant difference in blood pressure was registered between the different dietary groups. A quotient calculated from the ion and water content of the skin tissue samples (HSD vs. LSD p=0,51) suggests that – in contrast to previous findings – the osmotically inactive ions and bound water fractions are proportional.

(The research was supported by the Hungarian National Scientific Research Foundation OTKA K-108688 and K-125470.)

Az FGF23 szerepe foszfátanyagcsere szabályozásában veseelégtelenségben

Szabó András

Semmelweis Egyetem, II. sz. Gyermekklinika, Budapest

Az elmúlt években jelentősen bővült az ismeretünk az FGF23-ról (Fibroblast Growth Factor 23). Mára igazolódott az is, hogy az FGF23-nak kiemelt szerepe van a CV tünetek, mint pl.: hypertonia, a metabolikus szindróma és a gyulladáshoz vezető tünetek kialakulásában, illetve az öregedésben. Az FGF23-szint emelkedés balkamra hypertrophiához és ritmuszavarokhoz vezet, növelve a CV mortalitást.

Az FGF23 a foszfátürítő hormon elsődleges szerepe a vér foszfátszintjének a szabályozása. A fokozott foszfátbevitel növeli az FGF23 aktivitását, melynek eredményeként növekszik a vesében a foszfát ürítése, illetve egyúttal a foszfátfelszívódás is gátódik az aktív D-vitaminszint csökkentésén keresztül. A magas FGF23-szint egyéb patofiziológiai hatásai mellett a 25OHD3 vitamin fokozott metabolizmusához és ezáltal alacsony 25OHD3 vitaminszinthez vezet. Napjainkban az egy főre jutó napi foszfátbevitel jelentősen megemelkedett, mivel az élelmiszeriparban használatos adalékanyagok foszfáttartalma kifejezetten magas. A nagy betegszámon elvégzett Framingham study egyik mellék eredménye az volt, hogy a foszfátszint kismértékű – a normál szinten belüli – emelkedése is növelte a mortalitási kockázatot. Ezért megnövekedett a jelentősége a foszfátszint csökkentésének.

A veseelégtelenség esetén az FGF23-szint emelkedik, ugyanakkor a foszfátszint csak a veseelégtelenség súlyos formájában fokozódik. Az FGF23 aktivitása prediális stádiumú vesebetegségben még biztosítani tudja a foszfátürítést, és ezért a szérumban a foszfátszint normális felső határán van, vagy csak kicsit emelkedett. Mindezek alapján kézenfekvő volt annak vizsgálata, hogy normális foszfátszint esetén a foszfátkötők adása a szérumban a foszfátszint csökkentésével képes-e az FGF23-szintet is csökkenteni veseelégtelenség prediális stádiumában. Az eredmények alapján megállapítható volt, hogy a szérumban a foszfátszint csökkenése nem vezetett az FGF23 csökkenéséhez. Ugyanakkor a kalciumtartalmú foszfátkötők alkalmazása esetén az aorta és a coronaria kalcifikáció fokozódott, míg a placebo csoportban nem volt progresszió.

Összefoglalva megállapítható, hogy normális foszfátszint esetén nem indokolt kalciumtartalmú foszfátkötők adni megelőzés céljából prediális stádiumában, mert nem fogja csökkenteni az FGF23-szintet, viszont fokozni fogja a vasculáris kalcifikációt.

A rare case of hereditary mitochondrial disease with proteinuria

Barnabás Szabó¹, Tamás Szelestei¹, Péter Degrell²

¹Dep. of Nephrology, Teaching Hospital Mór Kaposi, Kaposvár

²Dep. of Pathology, Teaching Hospital Mór Kaposi, Kaposvár

Introduction: The onset of proteinuria in adulthood is usually due to glomerulonephritis or glomerulopathy. The severity of proteinuria and its background cause have major role on renal function. Delayed and inadequate treatment may result in end stage renal disease. To make a proper diagnosis renal biopsy is often needed.

Case report: Here we present a case of a 28 years old woman, who was previously diagnosed with hypertension, hypothyreosis, type 1 diabetes mellitus, glutensensitive enteropathy, lactose intolerance, impaired hearing and myopathy. In autumn 2013 genetic examination proved the mutation of the mitochondrial DNA (A3243G) as a background of myopathy, which usually comes along with diabetes mellitus and impaired hearing as well. At

the same time moderate proteinuria was discovered and patient was set under nephrological care. For 2 years of nephrological surveillance only mild proteinuria was observed with intact renal function and acceptable blood glucose levels, afterwards severe proteinuria was developed. Due to lack of diabetes retinopathy and normal immunoserology renal biopsy was indicated, which ruled out the presence of immunopathogenetic glomerulonephritis and diabetes nephropathy. The electronmicroscopic examination of the bioptic samples resulted in mitochondrial tubulopathy.

Conclusions: The mitochondrial DNA mutation presented above is usually not associated with proteinuria. The electronmicroscopic examination of the renal biopsy helped us to establish a proper diagnosis. People suffering from this mitochondrial mutation are not likely developing end stage renal disease because of the associated heart-, muscle- and neurological disorders.

Spina bifidás betegek veseműködés zavarai

Szabó László¹, Bajusz Ilona², Dorkóné Dudás Marianna², Kóbor Krisztina³

¹Heim Pál Gyermekkórház, Budapest

²Velkey László Gyermek Egészségügyi Központ, Miskolc

³FMC Nefrológiai Központ, Miskolc

A gerincvelő károsodása esetén a detruzor és a szfinkter összehangolt működése károsodhat, ezeket neurogen hólyagműködési (NH) zavarnak nevezzük. Fokozott szfinkter és detruzor működés esetén a húgyhólyag kis kapacitású, gyorsan nagy nyomású lesz. 40 vízcentiméter fölötti hólyagnyomás már károsítja a felső húgyutakat, torlódik a vizelet. Kísérletesen már 1988-ban kimutatták a glomerularis filtráció csökkenést az emelkedő hólyagnyomással összefüggésben.

Célkitűzés: Spina bifidás betegek veseműködés változásának vizsgálata korszerű kezelés bevezetése után.

Módszer: 30 év beteganyagának áttekintése.

Eredmények: Az elmúlt 30 évben 46 spina bifida eredetű NH-t gondoztunk. Az első 10 évben három gyermek került veseptlő kezelésre 10 éves életkoruk előtt. A húgyhólyag nyomásának csökkentésére, alkalmazott anticholinerg szerek és az intermittáló katéterezés lényegesen csökkentette a kórosan magas húgyhólyagnyomást, és így a felső húgyutak károsodását. Ennek köszönhetően az utóbbi 20 évben 18 éves életkor alatt nem került spina bifidás gyermek veseptlő kezelésre. 19 spina bifidás került átadásra felnőtt gondozásba. 10 jó vesefunkciókkal urológiai, 9 beszűkült vesefunkcióval felnőtt nefrológiai gondozásba. Közülük öt esetben került sor veseptlő kezelésre. Kettőnek 20 éves, további egy-egy személynek 23, 25 és 36 éves életkorban. Irodalmi adatok szerint a NH 40%-ban alakul ki valamilyen mértékű vesekárosodás. Régebben kettő éves életkor alatt a valószínűség 13,3% volt, míg 10 éves korig 27,3%. Ma inkább felnőtt korra tolódik.

Következtetés: Korai megfelelő kezeléssel a veseműködés romlása csökkenthető.

Transzplantációt követően visszatérő FSGS esetei gyermekkorban

Szabó Tamás, Bíró Erika

DE KK, Gyermekgyógyászati Intézet, Debrecen

A gyermekkori nephrosis szindróma 8–10%-át okozza fokális szegmentális glomerulosclerosis (FSGS), mely a „hagyományos”, első vonalbeli szteroid kezelésre gyakran rezisztens (SRNS). A SRNS háttérében jelenleg 55 féle génmutáció ismert, mely mutációk nagy része valamilyen podocita, slit-diaphragma fehérjét kódol, ahol a következők szerkezetes struktúrális/funkcionális károsodás proteinúriát, NS-át eredményez. A genetikailag negatív SRNS mögött általában immundiszfunkció feltételezhető, cirkuláló permeabilitási faktorok jelenlétével.

A SRNS kimenetele többnyire végstádiumú vesebetegség, mely dialízist, vesetranszplantációt igényel. A transzplantációt követően a betegség visszatérésének aránya a nem genetikai formák esetén 40–50%, mely a magas rizikójú gyermek betegeknek a 60–70%-ot is elérheti. Ezen betegek kezelésére jelenleg Magyarországon nincs egységes terápiás javaslat és a nemzetközi gyakorlatban is többféle irányelv ismert. Javuló graft-túlélésről és tartós remisszióról számoltak be az esetek egy részében (20–40%), a konvencionális immunszuppresszív kezelést a perioperatív időszakban indított sorozat plazmaferézissel és rituximab adásával, gyakran immunadszopcióval és olykor egyedi gyógyszer-kombinációkkal kiegészítve.

A betegség kezelési eredményeiről, nehézségeiről két esetünk kapcsán szeretnénk beszámolni; mely során az egyik esetben a beültetett vesét néhány hónapon belül elveszítette kis betegünk, a másik esetben pedig a transzplantációt követően szinte azonnal jelentkező rekurrens FSGS betegség korai akut graft-elégtelenséget, veseelégtelenséget okozott. Sorozatban végzett plazmaferézisek eredményeként a graft-funkciót sikerült helyreállítani, de a jelentős mértékű proteinuria változatlanul fennáll. Célunk az esetek rövid bemutatásán túl a jelenleg alkalmazott kezelési stratégiák, és velük szerzett eredmények ismertetése.

A kardiológiai és nefrológiai team együttműködése a diuretikum refrakter szívelégtelenség kezelésében és gondozásában

Szegedi János

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

A szívelégtelenség a fejlett társadalmak egyik leggyakoribb betegsége, népbetegség, nagymértékben meghatározza a betegek rövid és hosszú távú életkilátásait, életminőségét, halálózását. A szívelégtelenség a lakosság 1–3%-át érinti, 70 év felett a prevalencia meghaladja a 10%-ot. Magyarországon ez 140 000–160 000 beteget jelent, az incidencia 30 000–40 000 fő/év. A szívelégtelenség halálo-

zása az első évben meghaladja a malignus betegségben szenvedő esetek halálozását, megközelíti a 30%-ot. A szívelégtelenségben szenvedő betegek komorbiditásában a vesebetegség, veseelégtelenség gyakorisága 17,44–20,2%. A NYHA III–IV. stádiumú szívelégtelenségben a betegek 30–40%-a beszűkült vesefunkcióval rendelkezik (eGFR <30 ml/perc). A szívelégtelenség prognózisát az elmúlt évtizedekben bevezetett gyógyszeres és eszközös terápiás lehetőségek nagymértékben javították. Változatlanul komoly problémát jelent a diuretikum refrakter betegek kezelése, mely növeli a hospitalizációs igényt, a szövőd-mények kialakulását, a mortalitást, rontja a betegek rehabilitációját, életminőségét. A diuretikum refrakter állapotokban nagy jelentősége van az ultrafiltrációnak, mely történhet extrakorporalisan (HD), illetve peritonealis kezeléssel. Az alternatív indikációval végzett peritonealis dialízis új lehetőséget teremtett a diuretikum refrakter szívelégtelen betegek kezelésében. Ezen terápiás eljárásnak már több évtizedes múltja van a nefrológiában, de még ma sem jelent meg a kardiológiai ajánlásokban. Az alternatív indikációval végzett PD program hatékonyságát nagymértékben meghatározza a kardiológiai és nefrológiai team együttműködése úgy a betegek kiválasztásában, edukációjában, mint a kezelés végzésében, a gondozásban. A hatékony teammunka javítja a betegek kardiológiai státuszát, életkilátásait, csökkenti a hospitalizációs igényt, javítja a betegek rehabilitációját, életminőségét.

Association of pathological tyrosine isoforms with parameters of hematopoiesis in hyperfiltrating physiological pregnant women

Imre Tormási¹, Szilárd Kun², Gergő A. Molnár², András Szilágyi¹, István Wittmann²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár

²2nd Department of Medicine and Nephrological Centre, University of Pécs, Faculty of Medicine, Pécs

Objective: Hyperfiltration and lowering of haemoglobin level are documented changes in physiological pregnancy. Serum level of erythropoietin (EPO) increases in pregnancy and EPO-resistance develops. Elevation of the concentration of hydroxyl radical-derived, pathological products of phenylalanine (Phe) as meta- and ortho-tyrosine (m-Tyr, o-Tyr) in contrast to physiological p-Tyr could have a role in the development of EPO-resistance. Serum level of p-Tyr may decrease in hyperfiltration.

Methods: Twenty-three physiological pregnant women and 26 healthy, non-pregnant women were enrolled. We determined the concentrations of Phe and the three Tyr isoforms. The time kinetics of these and their association with hematopoiesis were studied.

Results: At the beginning of the pregnancy hyperfiltration and decreased serum level of p-Tyr were developed ($p < 0.05$). Afterwards, in progression of the pregnancy, both p-, m-, o-Tyr and Phe levels showed an increasing tendency ($p < 0.05$). Serum levels of m- and o-Tyr and their ratios with Phe and p-Tyr correlated inversely with

haemoglobin level ($p < 0.05$). In linear regression analyses, these amino acid parameters were independent predictors of haemoglobin level ($p < 0.05$). Urinary excretion of p-Tyr showed an increasing tendency ($p < 0.05$). Urinary levels of o-Tyr and its ratios with Phe and p-Tyr correlated with red cell distribution width and were predictors of it ($p < 0.05$).

Conclusions: Elevated levels of pathological Tyr isoforms and decreased concentration of p-Tyr are associated with hematopoiesis in physiological pregnancy. Lowered level of p-Tyr can be the result of increased excretion or elevated consumption. We propose that pathological tyrosines may lead to erythropoietin-resistance.

Szemfenéki keringés vizsgálata haemodializált betegekben

Vadnay Ákos^{1, 2, 3}, Kakuk Judit¹, Nagy Péter⁴, Csufor Noémi¹, Komár Timea³

¹Markhot Ferenc Kórház, Szemészeti Osztály, Eger

²Budai Irgalmasrendi Kórház, Szemészet, Budapest

³Péterfy Sándor Utcai Kórház és Rendelőintézet, Szemészeti Osztály Budapest

⁴FMC Dialízis Központ, Eger

Cél: A dializált betegek jelentős hányada a különböző etiológiájú microangiopathia következtében kialakult veseelégtelenség miatt kerül művese kezelésre. A betegek szemfenéki vizsgálatával direkt módon megítélhető az egész szervezetükre jellemző mikrokeringés. Jelenleg a technikailag elérhetővé vált angio OCT (Optical Coherence Tomography) berendezések lehetővé teszik a szemfenéken a keringés vizsgálatát, számszerűsítését, illetve a keringésből kizárt területek kiterjedése számszerűen megadható. Célunk ennek az új vizsgálati lehetőségnek a bemutatása.

Betegek és módszer: Egerben a Markhot Ferenc Kórház Szemészeti Osztályán és a Művese állomáson történtek a vizsgálatok, 2017. július–szeptember között. 33 művese kezelt beteg 64 szemén (átlagéletkor $62,57 \pm 13,65$ év) végeztük el a vizsgálatokat, amelyek a betegek tájékoztatott beleegyezését követően történtek. Optivue angio OCT (Bausch&Lomb) készülékkel vizsgáltuk a szemfenék keringő és keringésből kivont területeit.

Eredmények: A keringésből kieső retinaterület a macularis régióban a vizsgált betegekben $0,48 \pm 0,5$ mm², a külső retinalis rétegben mért átlagos áramlási terület $1,048 \pm 0,16$ mm², a chorioidea capillaris rétegben mért átlagos áramlási terület $1,852 \pm 0,111$ mm². Ezen kívül vizsgálatra kerültek a keringéssűrűség értékei is.

Következtetések: Az angio OCT használata jóval túllép a korábbi szemfenéki leírásokon, segítségével számszerűsíthetővé, korábbi eredményükkel összehasonlíthatóvá, világosan dokumentálhatóvá válik a betegek mikrokeringésének megítélése. Használata megfontolandó a művese-kezelt betegek mikrokeringésének megítélésében. Ezzel további kezelésük személyre szabottá tehető, mind szemészeti mind nefrológiai szempontból.

Dializált betegek túlélése és CV szövődményei a primer dialíziscsatlakozások szerinti csoportokban (három év tapasztalatai)

Varga Andrea, Staudt Szilvia, Besenczi Boglárka, Zöld Zoltánné, Zakar Gábor
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár

Bevezetés, célkitűzés: Közismert, hogy az AV fisztulával hemodializált (HD-AVF) betegek mortalitása alacsonyabb a tartós nagyvéna kanüllel kezeltékénél. Egyes közlések szerint a Tenckhoff katéterek szövődmény aránya és technikai túlélése a sikeres AV fisztulakéval azonos. Retrospektív kohorsz elemzésünkben a központunkban az elmúlt három évben primer tartós dialíziscsatlakozással programba vett betegek sorsát vizsgáltuk.

Betegek: Az érintett időszakban 316 beteg került dialízisre, közülük krónikus kezeltként (három hónapon túli dialízisstartam) 141 volt értékelhető, primer dialíziscsatlakozással kezdte a kezelést 109 beteg.

Eredmények: A krónikus hemodialízist 18 beteg kezdte primer AV fisztulával (HD-AVF), szűkület és/vagy elzáródás miatt 4 esetben a kezelést tartós nagyvéna kanüllel kellett folytatni. Gyulladásos fisztula szövődmény 2 eset. Primer tartós nagyvéna kanüllel (Palindrome) kezdte a HD-t 64 beteg (HD-PAL), elégtelen vérhozam/elzáródás miatt három év alatt 15 esetben történt csere, kanül-okozta véráramfertőzés három esetben volt. Primer laparoskopos Tenckhoff implantációval PD kezelést 27 beteg kezdett, szövődmény (definitív drenázs-akadály, infekció) hét eset, ezek közül a kezelési mód elhagyását igényelte két eset. Szív-érrendszeri akut katasztrófa/összmortalitás az egyes csoportokban a megfigyelési idő alatt: HD-AVF 0/1, HD-PAL 7/17, Tenckhoff 3/9 eset. A komorbid állapotok előfordulása a csoportok sorrendjében: diabetes mellitus 5/37/25, stroke 3/17/4, ISZB 5/21/4, morbid obesitas 0/7/0, malignoma 3/11/2 eset, obstruktív art. scler. 1/20/9.

Következtetések: A dialíziscsatlakozással kapcsolatos szövődmények aránya az egyes csoportokban a nemzetközileg elfogadott mérték alatt maradt, a mortalitás aránya a komorbid állapotokkal volt kapcsolatos. Tapasztalataink alapján az AVF készítésre primeren nem alkalmas, vagy alkalmatlanná váló betegek számára a Tenckhoff katéter implantáció a tunnelizált nagyvéna kanülok implantációjánál kedvezőbb dialíziscsatlakozási alternatíva, amennyiben az otthoni PD kezelés ápolási és egyttműködési szempontból megoldható.

A tyúk és a tojás problémaköre, avagy melyik volt előbb? Haemolysis által okozott acut pancreatitis vagy acut pancreatitis okozta haemolysis?

Varga Tünde

FMC Dialízis Központ, Salgótarján

Az acut pancreatitis kiváltó okaként az esetek egy részében a közismert okokon (epekö, alkohol, anyagcsere, fertőzés, autoimmun, iatrogen) kívül masszív haemolysis is szerepel-

het. Ugyanakkor a nemzetközi irodalomban is találunk olyan eseteket, amikor az acut pancreatitis típusos tüneteivel kórházban kezelt betegeknél néhány nappal később szignifikáns haemolysis alakult ki. 40 beteg haemolysises mintájának retrospektív vizsgálata során észleltek emelkedett szérum-amilázszintet és pancreas betegséget. Három beteg halt meg, akiknél boncolás során a pancreas diffúz ödémáját, két esetben súlyos necrosisát, egy esetben petechialis vérezést találtak. Egy másik retrospektív vizsgálatban 14 páciens vizsgáltak, akik krónikus hemodialízisben részesültek. A felismert haemolysis után a betegek egy részénél néhány napon belül acut necrotizáló pancreatitis lépett fel. Központunkban kezelt 57 éves polycystás, hypertoniás férfi-beteg soros hemodialízis kezelése közben étkezést követően heves epigastriális fájdalom, hányinger, hányás jelentkezett. A vizsgálatok alapján masszív haemolysis és ezzel együtt acut pancreatitisnek megfelelő radiológiai kép igazolódott. Intenzív osztályon három alkalommal plazmaferézist végeztek, illetve az acut pancreatitis kezelése történt. A beteget két héttel később panaszmentesen bocsátották otthonába. Hasonló epizód ezt követően nem alakult ki, sem pancreatitise, sem a haemolysis nem ismétlődött. A HD kezelés közbeni körülményeket megvizsgálva a haemolysis HD kezeléssel összefüggő okát azonosítani nem lehetett. Nem sikerült kideríteni a kórfolyamatok időbeni sorrendjét sem. Vajon egy diétahibát követően kialakuló acut pancreatitis váltotta ki a masszív intravasculáris haemolysist? Esetleg a hemodialízis kezelés szövődményeként kialakuló masszív haemolysis okozott pancreatitist? Ez már nem fog kiderülni. Az eset kimenetele azonban pozitív volt, a beteg mindkét kórfolyamatból gyógyultan került ki. Állomásunkon azóta hasonló eset nem fordult elő. A beteg 10 évvel később obliteratív érbetegség talaján kialakult alsó végtagi gangraena, szepszis következtében halálozott el.

Fibrinogen A α -lánc mutáció okozta amyloidosis vesebiopsziás mintában – esetbemutató

Vas Tibor¹, Lacza Ágnes², Motyovszki Anikó³, Törnóczki Tamás², Kálmán Endre², Wittmann István¹

¹PTE AOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum, Pécs

²PTE AOK, Patológiai Intézet, Pécs

³WM-MED Kft., Zalaegerszeg

A fibrinogen A α -lánc ritka, autosomalis domináns módon, alacsony penetranciával öröklődő mutációja az öröklött renális amyloidosisok leggyakoribb oka, melyet először 1993-ban írtak le. Anyagunkban egy 52 éves, jelentős proteinuriával, mérsékelt beszűkült vesefunkcióval jelentkező férfi esetét mutatjuk be.

A vesebiopszia hagyományos fénymikroszkópos és immunfluoreszcens (IF) vizsgálatát végeztük el.

A glomerulusok túlnyomó többségében (44-ből 43-ban) globális jelleggel homogén, PAS-festéssel és ezüstözéssel csak gyengén festődő anyag felhalmozódása volt észlelhető, mely kongóvörös festéssel polarizált fényben almazöld kettőtörést mutatott. Az erek és az interstitium nem vagy alig voltak érintettek. Az elektronmikroszkópos vizsgálat gócosan subendothelialis és a mesangiumban periodicitás nél-

küli, 10–12 nm vastagságú fibrillumok lerakódását mutatta. Romhányi-féle hangyasavas, illetve kálium-permanganátos oxidáció és tripszinemésztéses módszer alapján AL-amyloidosis lehetősége kevésbé volt valószínű, AA-amyloidosis azonban felmerült. Ezzel összhangban, az IF vizsgálattal a kappa és a lambda festés intenzitása között nem volt különbség. Klinikailag idült gyulladásoz betegség vagy plazmasejt dyscrasia nem volt igazolható, ami AA- és AL-amyloidosis ellen szólt. A morfológiai kép és a klinikum alapján felmerült fibrinogen A α -lánc mutáció okozta amyloidosis lehetősége, ezért DNS analízist végeztünk, melyhez EDTA-val kezelt teljes vért használtunk fel.

A direkt DNS szekvenálás a fibrinogen A α -láncát kódoló gén mutációját mutatta (E540V, GAA-GTA), mely az ismert, amyloidosist okozó mutációk egyike. Extrarenalis szervek érintettsége nem volt kimutatható.

Masszív glomerularis amyloidosis esetén, különösen, ha az erek és az interstitium nem vagy kevésbé érintett, gondolni kell a fibrinogen A α -lánc öröklött vagy szerzett mutációjára. Tudomásunk szerint ez az első hazai felismert eset.

Kidney relations of treatment by liraglutide

István Wittmann

2nd Department of Medicine and Nephrological Center, University of Pécs, Faculty of Medicine

Energy intake, more than the needs, leads to a dysbacteriosis, and consequent phenotype changes of visceral fat cells inducing overproduction of cytokines by these cells, which manifests in the so called systemic subclinical inflammation.

At a subcellular level this inflammation provokes oxidative stress, which causes a damage of beta-cells and resistance of insulin-dependent tissues leading to type 2 diabetes mellitus. On the other hand this oxidative stress due to inflammation induces atherosclerosis and chronic kidney disease at the same time. Liraglutide is able to influence this pathological processes at all steps ending in a diminished cardiovascular and renal risk.

Decreasing renal risk manifests in the moderation of albuminuria and in a stable eGFR in the range of 30–59 ml/min/1.73 m². Moreover, liraglutide could be given effectively and safely in a wide range of chronic kidney disease, at eGFR >15 ml/min/1.73 m².

A peritonealis dialízis helye a diuretikum refrakter szívelégtelenség kezelésében

Zakar Gábor¹, Szegedi János²

¹B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár

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

A pangásos szívelégtelenség (PSZE) a lakosság 3–12 %-át érinti, gyakorisága 70 év felett már meghaladja a 10%-ot, kb. 20%-ban krónikus vesebetegséggel szövődik. A PSZE

kardiológiai kezelése nemzetközi és hazai szakmai az útmutatók szerint történik, a gyógyszeres kezelés területén lényeges változás, áttörés az elmúlt évtizedekben sem történt. Az PSZE-hez társuló vizenyők kezelésének gerincét ma is a diuretikumok jelentik. Számos esetben azonban ezek kellően nem uralhatók, ún. diuretikum refrakter szívelégtelenség (DRSZE) alakul ki. DRSZE-ről beszélünk, ha a vizenyős állapot az életmód- és gyógyszeres terápia mellett alkalmazott nagy dóziszú diuretikummal (furosemid >160 mg/nap, spironolakton >400 mg/nap) sem uralható. A DRSZE nagymértékben rontja a betegek életkilátásait, életminőségét, mortalitását, növeli a hospitalizációs igényt. A HD-ultrafiltráció új lehetőséget teremtett a DRSZE kezelésére, terápiában. Hátránya azonban, hogy a hemodinamikailag rendszerint instabil betegeknél gyakori a dialízis hypotonia, gyorsan csökken a maradék veseműködés, romolhatnak a cardialis elégtelenség tünetei is. Diuretikummal szembeni előnyeit az eddigi vizsgálatokkal (CARRESS-HF, AVOID-HF) nem lehetett alátámasztani. A peritonealis dialízissel (PD) végzett ultrafiltráció (PD-UF) napi folyamatos, kíméletes eljárás, stabil a volumenstátusz, gyakran javul a balkamra funkció, nő az ejection frakció, sokáig megtartott marad a maradék veseműködés. Ascitessel társuló esetekben feleslegessé teszi az intermittáló haspunkciókat, javítja a betegek életminőségét, emellett költségghatékony is. A felsorolt előnyöket az elmúlt évtizedben számos prospektív megfigyelési vizsgálat igazolta, a kardiológiai útmutatók azonban csupán a kis esetszámmra, a randomizált vizsgálatok hiányára és a PD kezelés (ma már minimalizált) veszélyeire hívják fel a figyelmet. A szerzők előadásukban összefoglalják a szívelégtelen betegek PD kezelésének nemzetközi és több mint tízéves hazai tapasztalatait, és ennek alapján javaslatot tesznek a PD-UF együttes, kardio-nephrológiai indikációjára, ennek integrálására a szívelégtelenség kezelésének hazai útmutatójába.

A peritonealis- és hemodialízis választásának újabb szempontjai

Zakar Gábor

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

A peritonealis dialízis (PD) a katéterimplantáció és a konnektológia fejlődése és a standardizált beteg edukáció nyomán az elmúlt évtizedekben a hemodialízissel (HD) legalább azonos értékű, beteg- és rendszer túlélésben az első három évben számos közlés szerint előnyösebb módszernek bizonyult. A helyes technikával implantált Tenckhoff katéterek túlélése és szövődmény rátája a sikeres primer AV fisztulakéval egyező, a PD katéter tehát nem egyszerűen a tartós nagyvéna-kanül alternatívája. A korábbi években a PD kezelés „non-inferiority” voltának bizonyítása volt előtérben, emellett háttérbe szorult a HD kezelés lehetséges hátrányainak, veszélyeinek vizsgálata és mérlegelése. Az elmúlt évben sorozatban jelentek meg fajsúlyos áttekintő cikkek a tünetet nem okozó HD hypotoniót kísérő ischaemiás szövődményekről, az intestinalis

barrier HD okozta károsodásáról, a nagy vérátfolyással társuló mikroembolizációról, az életminőséget is negatívan érintő dialízis utáni „kimosottságról”, valamint a maradék veseműködés megtartásának túlélési jelentőségéről melyek a HD vagy PD primer indikációs megfontolásai- ban eddig nem szerepeltek. Az előadó az említett irodal- mi adatok és saját tapasztalatok alapján foglal állást a dia- lízis módszerek egyénre szabott, a jelenleginél jobban súlyozott indikációjával kapcsolatban.

Középkorú nőbeteg terápiarezisztens hipertóniája, nagy vesékkal, azotémiával és súlyos anaemiával

Zakar Gábor¹, Jurenka Zsófia², Fejes Roland², Szelestei Tamás³, Degrell Péter⁴

¹*B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár*

²*Fejér megyei Szent György EOK, I. Belgyógyászat, Székesfehérvár*

³*Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Nephrológiai Osztály, Kaposvár*

⁴*Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Pathológiai Osztály, Kaposvár*

Bevezetés, cél: Nagy vesék és azotémia együttese rendszerint heveny vesekárosodásra utal, egyidejű anaemia immunpatológiai ok lehetőségét veti fel, az elkülönítésben a kórelőzmény és immunszerológiai vizsgálatok mel-

lett a vese szövettani vizsgálatára van szükség. A szerzők egy közelmúltban észlelt, szokatlan esetüket ismertetik.

Betegismertetés: ZS. I.-né 53 éves hipertóniás obes, ismert COPD-s nőbeteg 2016 decemberében került kórházunk gasztroenterológiai osztályára súlyos anaemia (se-hgb 68 g/L), rohamszerű éjszakai fulladások miatt. Pozitív széklet humán-HB lelet háttérében kolonoszkópia a Bauchin billentyűn észlelt fekélyt, a se-hgb 2 E transzfúziót követően 90 g/L körül stagnált. Az állapotot nehezen uralható hypertonia (RR tartósan 180–200/100–110 Hgmm) és stationer azotémia (se-kreat 200–220 umol/L) kísérte, konzekvens hypokalaemiával (se-K 3,3–3,5 mmol/L), UH-n mko. az átlagosnál nagyobb (14–5 cm), kiszélesedett parenchymájú vesékkal, mikroalbuminúriával (104 mg/nap). 2016. decemberi, majd 2017. januári ismételt hospitalizációja során részletes immunológiai, endokrin és hematológiai vizsgálatok történtek, kórjelző eredmény nélkül. Változatlan maradt az anaemia, azotémia és a többszörös kombinációval is alig befolyásolható hypertonia is. Utóbbi az ismeretlen háttérű, nagy vesékkal kísért vese- légtelenség differenciálására indikált vesetűbiopszia elvégzését is hátráltatta, melyre végül 2017 májusában került sor, a kaposvári nephrológiai osztályon történt előkészítés után. Az előadás az eset és kórlefolyás ismer- tetésén túl kitér a differenciáldiagnosztikai szempontok- ra, és elemzi a szokatlan és ritka vese- szövettani leletet is.

Következtetések: Esetünk ismertetését részben ritkasága, részben a vese hisztomorfológiai vizsgálatának döntő, a kórképet diagnosztikusan és prognosztikusan is értelmez- hetővé tevő szerepe miatt tartottuk fontosnak.

SZAKDOLGOZÓK

Lehet-e peritonealis dialízist végezni egy parkoló autóban?

Áldott Judit, Rónás Györgyné, Fekete Adrienn, Halmai Richárd

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

Bevezetés: Korábbi tanulmányok alapján a folyamatos ambuláns peritonealis dialízis (CAPD) az intézeti konvencionális hemodialízissel szemben mind az életminőséget, mind a pszichoszociális tényezőket tekintve előnyösebb. Aktív dolgozó beteg esetében ez a megállapítás különösen helyálló lehet.

Cél: Esettanulmányunkban egy külföldön munkát végző, hetente több ezer kilométert utazó, vesepótló kezelésre szoruló betegünk optimális modalitásának kiválasztásában szerepet játszó tényezőket ismertetjük. A nem szokványos körülmények között végzett CAPD oldatcsere részleteit demonstrálva célunk egy diszkussziót követő szakmai állásfoglalás kezdeményezése, ami segítséget jelenthet a hasonló helyzetű betegeknek a modalitás kiválasztásában.

Eredmény: Az akut, kezdetben obstrukciós eredetű és dinamikus veseelégtelenség miatt hospitalizált 42 kg/m²-es BMI-vel rendelkező, eleinte nem megfelelően együttműködő 53 éves férfibetegnél hemodialízis indult. Edukáció, életkörülmények mérlegelése után a beteg a CAPD kezelés mellett döntött. Külföldi útjain az oldatcsere egy részét parkoló autójában végzi, családfenntartó szerepét így megtartotta. Az elmúlt másfél év alatt összesen egy alkalommal volt peritonitise, ami az otthoni forró fürdőhöz volt köthető.

Következtetés: A CAPD esetünkben is jobb életminőséget biztosított a beteg számára, mint a hemodialízis. Az alapos edukáció és a modalitás választásakor lehetőség szerint minden körülményre kiterjedő állapotfelmérés segíthet, nemcsak az adott betegnél, hanem precedenst teremtve akár leendő betegársaknál is az ideális vesepótló kezelés kiválasztásában.

Fisztula-diszfunkció esetén milyen összefüggés van a nővér vizsgálata és a képalkotó vizsgálatok között?

Aszódi Andrea, Markó Szilvia, Csekei Judit, Varga Erzsébet

Diaverum Dialízis Központ, Kalocsa

Bevezetés: Fisztula-diszfunkció esetén a fizikális vizsgálatot kiterjesztjük, majd duplex UH-vizsgálat történik, ezt követően angiográfia és szűkület esetén PTA-ra is sor

kerülhet. Tapasztalatunk alapján az ultrahangvizsgálat az esetek nagy részében nem igazolja a nővér által észlelt problémákat, ugyanakkor az angiográfia minden esetben megerősíti a nővér-orvos által észlelt eltérést.

Módszer: A fisztulográfia eredményeit összehasonlítottuk a duplex ultrahang eredményekkel és a fizikális vizsgálattal. A nővér vizsgálatára pontrendszert alkalmaztunk, a probléma súlyossága alapján, 5 pont felett vettük kórosnak. A duplex UH esetén az anasztomózis után 1 cm-rel az áramlási sebesség csökkenése, a fisztula szűkülete, vagy trombózisa volt a pozitív. Az angiográfia esetén szignifikáns szűkületet, vagy elzáródást vettük kórosnak, és ha a látott kép alapján PTA történt.

Eredmények: Rossz fisztulaműködés miatt 22 esetben kértünk duplex UH-vizsgálatot. A nővér által jelzett probléma súlyos volt (5 pont fölötti érték). Az ultrahangeredmények csak hét esetben erősítették meg az észlelt eltérést, három esetben részleges trombózist, két esetben szűkületet, további két esetben a fisztula teljes leállítását igazolta. Intervenciós radiológiai vizsgálat 20 esetben készült, két esetben nem történt intervenciós beavatkozás elzáródás miatt, a többi 18 eset azonban igazolta a nővér által észlelt nagyfokú fisztula-diszfunkciót, ezekben az esetekben intervenciós beavatkozás is történt. PTA öt beteg esetében több alkalommal, ezekben az esetekben három betegnél tartósan jól működik a tágitott fisztula. Az utóbbi fél évben kézi, multi Doppy ultrahangkészüléket is tudunk alkalmazni a fisztula vizsgálatához, így az betegágy mellett, a fisztula szúrásában jártas személyzet maga tudja ellenőrizni a fisztula teljes hosszát. Ez a módszer finomítás-csiszolás és gyakorlatszerzés után a Duplex UH és a fizikális vizsgálat közé illesztve jó szolgálatot tehet a fisztulák élettartamának meghosszabbításában.

Összefoglalás: Ami fizikális vizsgálattal rossz fisztulának minősül, az a képalkotó vizsgálatok közül az angiográfiával teljes mértékben igazolható, ultrahanggal azonban nem minden esetben.

EPO-kezelt predializált betegek sorsa 2012–2016.

Balogh Anita¹, Szakács Gyuláné¹, Kulcsár Imre^{1,2}

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

²Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

Bevezetés: Nephrológiai szakambulanciánkon a renalis anémiában szenvedő betegek száma évről évre nő. EPO-t kapó predializált betegeinket havonta ellenőrizzük. Célkitűzés EPO kezelésben részesülő betegeink sorsának követése az elmúlt öt évben.

Betegek, módszer: 2012. január 1. és 2016. december 31. között 385 predializált betegnél alkalmaztunk EPO-t a renalis anémia kezelésére. Adatainkat retrospektív elemeztük.

Eredmények: Betegeink átlagos életkora a gondozás kezdetén $71,5 \pm 12,7$ év volt (75%-uk 65 év feletti), 67%-uk nő. A gondozásban eltöltött idő átlag $3,8 \pm 3,6$ év volt, ebből $2,1 \pm 1,9$ év EPO kezeléssel telt. Az EPO kezelés hatására a szérum-hemoglobin átlagos szintje $9,9 \pm 1,0$ g/dl-ről $10,8 \pm 91,2$ g/dl-re emelkedett, miközben az átlagos GFR-szint alig változott ($25,7 \pm 10,6$ $24,3 \pm 12,0$ ml/perc/1,73 m²). 2016 végén még 106 beteget kezeltünk EPO-val (28%), átlagos életkoruk ekkor $77,6 \pm 11,0$ év volt. 101 beteg időközben meghalt (átlag kor $80,0 \pm 9,9$ év), illetve 83 fő eltűnt (átlag kor $74,2 \pm 12,6$ év) – feltehetően őket is elvesztettük. 90 beteg került dialízis programba (56 HD-be és 25 PD-be) – ők relatív fiatalabbak voltak, $67,4 \pm 12,5$ betegnél a javuló hemoglobin értékek miatt elhagytuk az EPO kezelést.

Konklúzió: EPO-t kapó predializált betegeink többsége idős ember, a jelenleg is gondozottak átlagos kora közel 78 év. Az időközben meghaltak és eltűntek szintén idősök voltak. A „fiatalabb” populációba tartozók dialízis programba kerültek (HD: $69,5 \pm 11,0$ év, PD: $62,0 \pm 14,1$ év). A predialízis EPO kezelés valószínűleg évekkal hosszabbította meg betegeink életét, így többségük elkerülte a vesepótló kezelés megkezdését. Ugyanakkor a vizsgált öt éves periódusban az EPO kezelt predializált betegek 48%-a – azaz fele – meghalt vagy eltűnt.

Idős betegek kezelése: milyen kihívásokkal küzdünk meg nap mint nap?

Bóka Ildikó, Magyar Katalin

Bajai Diaverum Dialízis Központ, Baja

Bevezetés: Az átlag életkor növekedésével párhuzamosan a nefrológia területén is egyre nagyobb szerepet kap az idős betegek ellátása, gondozása, dialízisre felkészítése, illetve vesepótló kezelése. Ezt a témát fejtem ki szakdolgozói szemszögből.

Módszereink: Idős (75 év feletti) betegek aránya dializáltjaink között 22%. Az ambulancián gondozottak körében csak megbecsülni lehet számarányukat az ellátott betegek nagy száma (1000 fő feletti) miatt, kb. 20–22%. Az életkor előrehaladtával természetes, hogy csökken a nefronok száma, romlik a vese funkció. A gyakori hypertonia, diabetes mellitus is hozzájárul a veseelégtelenség progressziójához. Az idős betegek ellátása speciális kérdéseket vet fel. Ambulanciánkon leggyakoribb probléma a dialízis kezelés visszautasítása az idős páciensek esetében, ilyenkor nagy türelem szükséges a szakápoló részéről a beteget meggyőzni a kezelés szükségességéről. Ennek lehetőségeit, módszereit fejtem ki. A dialízisre járó idősök problémái: nehézkes mozgás, szállítástól való függés, depresszió, kilátástalanság, a rengeteg egyéb betegség tünetei. Ezen betegek nagyfokú empátiát, önzetlen hozzáállást igényelnek részünkről, melyben az erőszakmentes kommunikáció módszerei segítenek nekünk. Sokszor

pszichológiai-pszichiátriai segítség is szükséges, szóba jön a kognitív viselkedésterápia és antidepresszáns kezelés (SSRI 50 mg/die adagban) is.

Tapasztalataink: A fentiekben részletezett módszerek gyakorlatba történő átültetésével sokat teszünk az idős betegek életminőségének javításáért.

Összegzés: A krónikus vesebetegség és a betegség előrehaladtával a vesepótló kezelés bevezetése minden életkorban jelentős pszichoszociális és szomatikus terhelést jelent. Az idős populáció életkori sajátosságai még tovább súlyosbítják ezen terhelést. Az ő nefrológiai gondozásuk speciális megközelítést igényel, de megéri a befektetett energia, mert nagy öröm látni azt, ahogyan idős betegek életkedve visszatér, érzik, hogy még vannak feladataik az életben, és ha nem is boldogan, de elfogadóan viszonyulnak kezelésükhöz.

Krónikus veseelégtelenség miatt dialízis programba került betegek sorsának vizsgálata 2012–2016

Bukovics Mónika¹, Illés Melinda¹, Kulcsár Imre^{1,2}

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

²*Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely*

Bevezetés: A végállapotú vesebetegségben szenvedő (ESRD) betegek dialízis programba kerülésének módja változatos. A vizsgálat célja, annak kutatása, hogy a sürgőséggel (ideiglenes nagyvéna kanülön – IK) vagy nem sürgőséggel történő dialízis kezdet milyen rövidtávú hatással van a betegek túlélésre.

Betegek, módszer: Az elmúlt 5 évben 463 ESRD beteget vettünk dialízis programba. Az ő adataikat retrospektív elemeztük: hogyan alakult a sorsuk a bekerülés évének végéig. **Eredmények** A dialízist megelőzően csupán 270 fő (a betegek 58,3%-a) állt nefrológiai gondozás alatt. A gondozottak magas aránya (27,8% - 75 fő) peritoneális dialízisbe (PD) került. A 463 betegből 388 hemodialízisbe (HD) került. 253 betegnél (66%) a kezelés ideiglenes nagyvéna kanülön (IK) indult, bár 13,4%-uk gondozott volt és 26 fő rendelkezett (még „éretlen”) arteriovenosus fistulával (AVF) az induláskor. Az IK-lel kezdett HD esetén az adott év végéig a betegek 26,5%-a meghalt. Ha nem IK-lel kezdődött a dialízis, a mortalitás 9%-os volt csak. Feltűnő volt, hogy sürgős dialíziskezdet esetén 5 év alatt a betegek csupán 53,1%-a érte meg a 91. napot dialízisben! Ennek hátterében nem csupán a halálozás, hanem a kezelést abbahagyók nagyobb száma is állhatott. Ha a HD nem IK-lel indult, a betegek 84,8%-a érte meg az év végét, míg IK-kezdet esetén csupán 46,2%-uk. A sürgőséggel kezdők átlagos életkora valamivel magasabb ($69,7$ vs $67,9$ év), a szérum albumin szint kissé alacsonyabb, a szérum foszfor szint szintén magasabb volt, a dialízis kezdetén mért GFR átlagok nem mutattak jelentős különbséget.

Megbeszélés: A nyers adatok azt mutatják, hogy az IK-lel kezdett HD igen kifejezett halálozási kockázatot jelent. Nyilván vizsgálni kell, hogy miért így kezdődik a dialízis az esetek felében, és a betegek túlélését (de a dialízisbe

kerülését is) nagyban befolyásolják a komorbid tényezők, szociális helyzet, non-adherencia is. A megfigyelésünk egy negatív jelenségre hívja fel a figyelmet.

Hemodializált betegek adherenciája

Vecsei Margit¹, Kiss István^{1,2}, Ambrus Csaba^{1,2}

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

²*Szent Imre Oktatókórház Hypertonia-Nephrologia Profil, Semmelweis Egyetem Geriátria Tanszéki Csoport, Budapest*

Hemodializált betegek együttműködése (adherenciája) a kezelésekkel, az előírt gyógyszeres és diétás terápiával alapvető fontosságú a kezelések eredményessége és betegek sorsa, túlélése szempontjából. Hemodializált betegek esetén az adherencia meghatározható a kihagyott vagy rövidített kezelések számával, a magas foszfát- vagy káliumszintek előfordulásával, túl nagy kezelések közötti testsúlygyarapodással, esetleg a beteg saját bevallása alapján. A nem megfelelő adherencia a betegek életminőségének csökkenéséhez, megbetegedésekhez, gyakoribb kórházi felvételekhez és végső soron túlélési esélyeik romlásához vezethet.

Saját betegek körében vizsgáltuk a dialíziskezelések rövidítési és a beteg túlélése közötti kapcsolatot. 380 beteg öt éves adatait elemezve azt találtuk, hogy a betegek 38%-a a kezelések legalább 10%-a esetén legalább öt perccel rövidebb kezelésben részesült. Ezen betegek halálzási esélye 2,5-szerese volt, a többi betegéhez képest (esélyhányados: 2,89, 95% CI: 2,06–4,04).

A adherencia javítása alapvető feladatunk, melyben a dialíziskezelést végző nővérre fontos szerep hárul. A betegek oktatása és újraoktatása, a rendszeres visszajelzések bizonyítottan javítják a betegek tartós együttműködését. További célunk egy, a mindennapi gyakorlatban egyszerűen használható szűrési módszer kialakítása, melyvel idejében észleljük a beteg együttműködésének csökkenését, és így célzott személyre szabott intervencióra ad lehetőséget. Az adherenciát mérő kérdőív a felmérés lehetősége mellett már egyben beavatkozás is, és önmagában javíthatja a beteg együttműködését.

A „Kompetencia team” helye és szerepe a dializált betegek ásványi-csontanyagcsere zavarainak kezelésében

Czirják Norbertné¹, Szakos Tibor¹, Répási Krisztina^{1,2}, Szegedi János¹

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

²*Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza*

A krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek életkilátásait, szövődményeit, életminőségét alapvetően meghatározza a kalcium-foszfor anyagcsere állapota, illetve ennek kezelése.

A B. Braun Avitum dialízishálózatban és a dialízisközpontunkban az erre a feladatra szervezett Kompetencia

team biztosítja az ásványi-csontanyagcsere zavarok kezelését, monitorozását. A team nefrológus szakorvos vezetésével, három ápoló részvételével látja el a feladatait. A szakmai protokolloknak megfelelően történik a klinikai állapot, a laboratóriumi eredmények (Ca, P, Ca x P, iPTH, HgbA1c) monitorozása, ennek alapján a komplex terápia alkalmazása. A betegek kezelésében kiemelt szerepe van a diétás oktatásnak, a hatékony dialíziskezelésnek, valamint a gyógyszeres kezelés alkalmazásának. Dialízisközpontunkban is minőségi indikátorokkal történik az ásványi-csontanyagcsere felmérése, követése.

A foszfát céltartományt (1,13–1,78 mmol/l) az elmúlt három évben 85,5–89%-ban értük el. A Ca célértéket (2,1–2,6 mmol/l) az elmúlt időszakban 70,4–79,5%-ban értük el. HgbA1c céltartományt (5,5–8 mmol/l) 2014. első negyedévében 59,5%-ban, 2017. második negyedévében 73,5%-ban értük el.

Az eredményekben fontos szerepe van a beteg oktatásnak, a diéta betartásának, a komplex életmód és gyógyszeres terápia, valamint a hatékony dialízis alkalmazásának.

A team hatékony munkájának eredményeként optimalizálni lehetett az ásványi-csontanyagcsere helyzetét, megelőzhetővé váltak a szövődmények.

Nefrológiai osztályos betegek szakápolása, esetismertetés

Farkas Márta

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 16. sz. Dialízisközpont, Siófok

Belgyógyászati (nefrológiai profilú) osztályon és dialízisben is dolgozó ápolóként, azért esett a választásom a fenti témára, mert napi munkám során szembesülök mind a betegek problémáival, félelmeivel a kórházba kerüléssel kapcsolatban, mind a kórházi ápolók aggodalmaival a dializált betegek ellátása során. Számos kérdés felmerül a betegek részéről... Hogyan fognak vért venni? Megszúrják-e a fistulás kezemet? Milyen nővérekkel találkozom? Meddig kell kórházban maradni? Tudják-e, hogy vesebeteg, dializált vagyok? Hogyan jutok el a dialízisbe, amíg kórházban leszek?

Az ápolók részéről... Mit tehetek, mit nem? Milyen diéta szükséges? Mit és hogyan oktassak a betegnek, hiszen nem mindenki nefrológiai szakápoló.

Az előadás célja, felhívni a figyelmet a nem nefrológiai szakápolók, illetve egyéb, nem nefrológiai osztályon dolgozó ápolók folyamatos képzésének fontosságára, megfelelő tájékoztatására a dializált betegek ápolásával kapcsolatban.

Kérdéseinkre a Belgyógyászati Osztály, Sebészet és Intenzív Terápiás Osztály ápolói kérdőív kitöltésével válaszolnak (alapvető ismeretek dialízisről, fistuláról, folyadékbevitelről), illetve a napi ápolás során szerzett gyakorlati tapasztalatainkat foglaljuk össze. Nagyon fontos és szükséges mind a betegek, mind az ápolók megfelelő szinten történő oktatása, egymásra figyelés, segítségnyújtás mindkét fél részéről.

A kórházba kerülő betegek megfelelő előkészítésével, kórházi ápolóink folyamatos edukációjával, az új esetek kapcsán felmerülő problémák megbeszélésével mindannyi

nyünk munkáját megkönnyíthetjük, az esetleges félelmet eloszlatjuk.

Palindrom kanülök implantációjának és használatának négyéves ápolási tapasztalatai

Filotás Ágnes, Frányó Mária, Varga Andrea, Zakar Gábor
B. Braun Avitum Hungary Zrt., 9. sz. Dialízisközpont, Székesfehérvár

Bevezetés, cél: A tunnelizált nagyvéna kanülök (t-NVK) az AV fisztulával (AVF) még nem rendelkező, vagy fisztulát vesztett betegek számára jelentenek tartós hemodialízis (HD) ércsatlakozási alternatívát. Szövődményrátájuk az AVF-nál magasabb, ezek gyakorisága és a t-NVK tartós használhatósága a kanülápolás és a beteg-együttműködés függvénye. Célunk a központunkban három éve rendszeresen használt Palindrom kanülökkel kapcsolatos ápolási munka és eredmények bemutatása volt.

Betegek, módszer: Központunkban 2013 júniusa óta 229 betegnél 327 Palindrom (PAL) kanült implantáltunk. A beavatkozásokat az implantáló orvosok által képzett szakápolók asszisztálták, erre fenntartott helyiségben, szükség esetén a Szent György Kórház angiográfiás vizsgálojában, képerősítő, illetve kontraszt ellenőrzés mellett. A steril textília, műszertálca és egyéb eszközök biztosítása is az asszisztáló ápolók feladata volt.

Eredmények: A négy év alatt implantált 327 PAL kanül átlagos működési tartama 14,7 hónap volt (min. 1 – max. 44,5 hó), 2017. július 30-án 79 betegünk volt PAL kanülrel dializálva, átlag 19,4 hónapja. Primer ércsatlakozásként alkalmaztuk a PAL kanült 81 esetben, másodlagos megoldásként (primer vagy szekunder fisztula elégtelenség, korábbi Tesiso vagy ideiglenes kanül kiváltása) 148 esetben. Elzáródás, elégtelen vérhozam miatt altepláz-lízis 55 eset (17 sikeres). Elektív eltávolítás 35 eset (dial. elhagyás 10, csatlakozásváltás 22, áthelyezés 1, transzplant. 2). Cserére került sor 11 primer és 110 szekunder PAL kanül esetében. Tunnel infekció 14 eset, véráramfertőzés 10 eset. Kanül-szövődménnyel kapcsolatos halálozás 2 eset.

Következtetések: Központunk ápolási gyakorlatában a PAL kanülök megbízható, jó vérhozamú t-NVK csatlakozásnak bizonyultak, néhány esetben volt szükség elégtelen vérhozam miatt a kanül igazítására. Szövődményeink gyakorisága a közleményekben megadott átlagos előfordulás alatt maradt, az infektív szövődmények gyakran elégtelen kötőzési higiéniével voltak kapcsolatosak. A kanül implantációk asszisztálása és kontrollja erre vállalkozó szakápolóink igényes, önálló szakmai kompetenciájává vált.

Gomblyuk szűrőtechnika alkalmazása immunuszuprimált beteg esetében

Gerhák Ferencné, Keresztesi Sándor
FMC Dialízis Központ, Kecskemét

Célkitűzés: Az FMC kecskeméti dialízisközpontjában a betegek szűrőtechnikájának kiválasztása az AV-fisztula

alkalmassága mellett, a beteg oktatásával, valamint egyeztetéssel történik. Minden új fisztula szűrésánál a gomblyuktechnika alkalmazását preferáljuk, törekedve a fisztula védelmére, valamint a beteg szűrésből való félelmének csökkentésére, a szövődmények elkerülésére.

Esettanulmány: N. N. 24 éves férfi beteg, 16 éves korában hypertensio igazolódott, két hónap után gyógyszereit elhagyta, mert véleménye szerint a vérnyomása rendeződött. 2016. április 26-án került hospitalizációra két hete tartó terápiára nem reagáló pneumonia miatt. Ekkor 1200 umol/l kreatininérték mellett nagyfokú anémia, oliguria, következményes ödéma, hemoptoe jelentkezett. Sürgősséggel HD-kezelés indult akut katéteren keresztül, a beteget vasculitis gyanúja miatt a szegedi klinikára irányítottuk. A beteg immunuszupressziós terápiában részesült. 2016. június 14-én a beteg bal karján cubitalis arteriovenosus fisztula készült. A fisztula érését követően a beteg kérését is figyelembe véve a fisztula punkciójához a gomblyuktechnika alkalmazása mellett döntöttünk. A beteg a higiénés rendszabályokat elfogadta és be is tartotta, a szűrőtechnika kivitelezése pedig a hálózati protokoll betartásával történt. Kórházi kezelés alatt állt immunuszupresszív terápia következtében kialakuló neutropenia miatt. Szövődménymentes periódust követően 2016 decemberében a fisztula artériás szűrőpontjának környéke érzékenyvé vált, de bőrpír, szövődményre utaló jel nem volt észlelhető. Néhány nap elteltével a szűrési pont környéke hyperaemiás, majd néhány óra elteltével tályognak megfelelő terime volt észlelhető az érintett területen. A beteg osztályos felvételre került a fisztula felett keletkező gyulladás, láz, fájdalom miatt. A keletkezett tályog spontán ürülése után sebészi beavatkozás történt.

Következtetés: A beteg érdekében nagy jelentőséggel bír a szűrőtechnika helyes kiválasztása a háttérterápia figyelembe vétele mellett. Fontos a korai szövődmények felismerése és a gyors beavatkozás a választott szűrőtechnika megfelelőségének figyelembe vételével.

Szívelégtelen betegek peritoneális dialízise, ápolási tapasztalatok

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

Bevezetés, célkitűzés: A pangásos szívelégtelen betegek (PSZ) diuretikum refrakter (DR) vízenyőinek eltávolítására gyakran alkalmaznak HD-ultrafiltrációt (HD-UF), mely azonban hemodinamikailag labilis betegek számára nem kedvező megoldás. Központunkban 2005 óta rendszeresen alkalmazunk peritoneális dialízist (PD) a DR vízenyők kezelésére, mellyel az intradialitikus hypotensio elkerülhető, az ascites pedig közvetlen drenázzsal csökkenthető. Előadásunkban a kezelési mód szakápolási tapasztalatait foglaljuk össze.

Betegek, módszer: 2005 óta 29 asciteses beteget kezelünk PD-vel, közülük 14 volt DR-PSZ vízenyő eset (férfi: 10, nő: 4; átlagkor 60/78 év). HD kezelői vagy

nefrológiai ambuláns edukálás után kétgyűrűs Tenckhoff katéter sebészi implantációja történt, helyi vagy általános érzéstelenítésben (nyílt sebészi, illetve laparoskopos implantációk), a PD nővér műtői közreműködésével. A PD ultrafiltrációt és/vagy ascites drenázst a beavatkozást követően 7–10 nappal, sürgős esetben azonnal elkezdjük. A perioperatív ápolást, drenázst és tréninget a sebészeti és társ-belgyógyászati osztályokkal együttműködve végeztük.

Eredmények: Betegeink testsúlya a PD-UF indítását követő egy hónap alatt átlag 9 kg-mal csökkent. Átlagos kezelési tartam 16,7 hónap (min: 4, max: 73 hó), jelenleg négy PSZ-DR-betegünket kezeljük átlag 14 hónapja. Valamennyi betegünk közérzetének, erőnlétének javulásáról számolt be, a kórházi felvételt igénylő állapotok száma a korábbi időszakhoz képest jelentősen csökkent. Betegeink rendszeres ápolási kontrollját a PD ambulancia keretében végezzük.

Szövődmények: PD-peritonitis 2/14 eset, átmeneti leak az exit site-ből két eset, tunnell hematoma egy eset. HD kezelésre egyik betegünkönél sem kellett a későbbiekben áttérni, betegeinket a PD-től független szövődmények miatt veszítettük el, átlag 17,9 hónap után.

Megbeszélés: Ápolási gyakorlatunkban a DR-vizenyős betegek PD kezelését jól alkalmazható, a betegek által kedvezően fogadott módszernek találtuk, mely által betegeink javuló életminőségben töltött éveket nyertek. A sikeres alkalmazás feltétele a PD ápolás mellett a sebészi team és a betegeket referáló társszakmák orvosi-ápolói együttműködése.

Gyászfolyamatok megjelenése a dializált betegek között

Horváth Erzsébet, Szabó Tamás

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

Gyászreakció nemcsak családtag elvesztése kapcsán alakul ki, hanem egészségi állapotunk hirtelen megromlása is előidézheti. A dialíziskezelés elkezdése komoly traumát jelent a krónikus vesebetegek számára. Megfelelő predialízis gondozás és tervezett dialízis kezdés esetén is jelentős negatív irányú változást hoz a betegek életvitelében és életminőségében. Dialízisközpontunkban dr. Hegedűs Katalin „Gyászfolyamatokról” szóló munkája alapján felmértük a betegek gyászreakcióit a dialízis megkezdésekor, és követtük őket az első hat hónap folyamán. Azt találtuk, hogy a betegséggel kapcsolatos gyászreakció igen gyakori a krónikus dialízis betegek körében. Az esetek egy részében késleltetett gyászreakcióval találkoztunk, mivel az első időszakban a beteg figyelmét lekötötték a döntéshozatal és a dialízis elkezdése körüli teendők. Ilyenkor a reakció pár héttel később jelentkezett, amikor a beteg szembesült az állapot véglegességével. A gyászreakció különböző fázisai (tagadás, harag, alkudozás, depresszió és elfogadás) sokszor még fél évvel a dialízis megkezdése után is felis-

merhetők voltak. A gyászreakció időtartama jelentős különbséget mutatott az egyes korosztályok között, az idősebbek hamarabb elfogadták az új helyzetet. Szintén jelentős különbség mutatkozott a transzplantációs alkalmasság függvényében is. Az alkudozás és a depresszió fázisai általában hosszabb ideig tartottak és gyakran egymást váltogatva voltak megfigyelhetők. Ennek az időszaknak egyik jellemző reakciója a beteg részéről a kezelések önkényes kihagyása volt. Eredményeink azt mutatják, hogy a krónikus dialíziskezelés megkezdését követően a betegeknek pszichés támogatásra van szükségük annak érdekében, hogy minél könnyebben tudjanak alkalmazkodni a megváltozott élethelyzethez. A nefrológiai gondozás keretében nincs idő és lehetőség a betegek kellő mentális felkészítésére, és a kezelés elkezdésével járó pszichés stressz megelőzésére. A felmérés alapján úgy gondoljuk, hogy mentálhigiénés támogatás bevonása volna kívánatos a dialíziskezdes időszakában. Az újonnan dializált betegek jelentős segítséget kaphatnának ezen a téren a régebb óta kezelt betegtársaktól is.

Mozgásterápiás elvek és saját gyakorlati tapasztalatok a krónikus vesebetegek, dializáltak és vesetranszplantáltak kezelésében

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

¹DE Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Debrecen

²DE Népegészségügyi Kar Fizioterápiás Tanszék, Debrecen

³DE Klinika Központ Belgyógyászati Klinika Nephrológiai Tanszék; Debreceni Egyetem Nép, Debrecen

A krónikus vesebetegség gyakorisága világszerte nő. Napjainkban minden tizedik – sokszor magát egészsesnek tekinthető – lakosban számolhatunk krónikus vesebetegség kialakulásával. E téren kiemelendő az érlelmeszesedéshez vezető okok gyakoriságának a növekedése, mint a diabetes mellitus, hypertoniabetegség, obesitas és a lakosság életkorának növekedésével összefüggő atherosclerosis. Az atherosclerosis ismert szövődményei mellett a krónikus vesebetegség előrehaladott stádiumaiban gyakran társul hozzá krónikus mozgásszer- vi betegség is. Az érlelmeszesedés egyik ún. klasszikus és hatásosan befolyásolható rizikótényezője a mozgásszegény életmód és az elhízás. Vizsgálatokkal bizonyított, hogy a fizikai aktivitás növelése javítja a betegek anyagcsereállapotát (zsír- és szénhidrát-anyagcsere), a vérnyomásápolását, csökkenti a cardiovascularis kockázatot, emellett javítja a dializáltak életminőségét, és a betegek fizikai terhelhetősége is javul a megfelelő tréning hatására. A szakmai ajánlások ellenére Magyarországon a vesebetegek edzése nem vált általánossá és nincs átfogó erre vonatkozó rehabilitációs program. A fizikai inaktivitás a leginkább befolyásolható rizikótényező, ezért nagyon fontos tudatosítani a krónikus vesebetegekben is a testedzés számos előnyét. A gyógytornász feladata (és felelőssége is) tájékoztatni a vesebetegeket a testedzés számukra is kedvező hatásáról, és

figyelembe véve a társbetegségeket, személyre szabott edzésprogramot kínálva fokozni a fizikai aktivitásukat. A betegek önmaguk iránti felelősségének kialakítása, az aktivitás hatásosságának belátása, a testmozgásra vonatkozó több információ, biztonságos mozgáslehetőségek, felügyelt, vezetett mozgásprogramok mind hozzájárulhatnak a napi aktivitás fokozásához. A nemzetközi ajánlásokat figyelembe véve Magyarországon elsőként Debrecenben szerveztünk a krónikus vesebetegségben szenvedők számára rendszeres mozgásprogramot. A témát áttekintő előadásunkban bemutatjuk a vesebetegség különböző stádiumaiban lévő betegeink mozgás-terápiájával szerzett tapasztalatainkat, a fizikai aktivitás növelésének lehetőségeit, valamint az életminőség változását és a fizikai aktivitás növelésének kapcsolatát.

Ápolói teendők dializált diabeteses betegek körében

Kovács Krisztina

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 4. sz. Dialízisközpont, Kaposvár

Célkitűzés: A szerző dialízisápoló, korábban diabetológiai szakápolóként dolgozott. A diabetológiai rendelésben szerzett ismereteit használta fel hemodializált betegek között, az így szerzett tapasztalatait osztja meg.

Módszer: A vizsgálatba 34 diabeteses hemodializált beteg került bevonásra, a krónikus veseelégtelenség oka nem minden esetben tisztán diabeteses nephropathia volt. Felmértem a diabetológiai gondozás helyét, a cukorbetegség kezelésének módját, a betegek vércukormérőit, a lábak állapotát. A diabeteses neuropathia szűrése céljából a vibrációérzetet kalibrált hangvillával, a nyomásérzetet monofilamenttel vizsgáltam.

Eredmények: A 34 beteg közül 28 (82%) inzulinnal, 5 (15%) tablettával volt kezelve, egy beteg pedig az életmódterápia mellett gyógyszerre már nem szorult. A 28 inzulinnal kezelt beteg közül csak 11 (39%) járt rendszeresen diabetológiai szakrendelésre, a 34 főből 9 betegnek (26%) pedig az volt a benyomása, hogy senki sem gondozza a cukorbetegségével. Mind a 34 betegnek volt vércukormérője, amelyeket hitelesített mérővel ellenőriztem: 32 (94%) pontosan mért, a két pontatlan eszköznél az optika tisztításával, az elem cseréjével és kalibrációval lehetett segíteni. A 64 láb, illetve csonk közül 62 (97%) nem volt sebes, egy sarokgangréna lokális kezelésre szépen gyógyult, egy ujj gangrénája miatt viszont az érsebész amputációt javasolt, amit a beteg nem fogadott el. A vibráció vizsgálata alapján is és a nyomásérzet vizsgálata alapján is 19 (56%) betegnél valószínűsíthető neuropathia.

Következtetés: A dialízisközpontban dolgozó diabetológiai szakápoló segíthet a betegek kezelésében, a diabetológiai szakrendelésre való eljutásukban, annak az érzésnek az erősítésében, hogy gondozva vannak. A vércukormérő ellenőrzése megelőzheti az alacsony vagy magas vércukorértékek előfordulását. A lábak vizsgálata, a neuropathia szűrése segíthet az időben kezdett kezelésben és a végtagok megmentésében.

Pszichológia a dialízisközpontban

Kreinné Kopácsi Mária, Némethné Völgyi Rita, Mácsai Emília, Benke Attila

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 3. sz. Dialízisközpont, Veszprém

Célkitűzés: Az emberek viselkedésének tipizálása régi törekvés az egészségügyben. Célunk a vizsgálattal a figyelem felhívása, és a pszichésen instabil betegek kiszűrése. Dializáló nővérként könnyebben végezhetjük a feladatainkat, ha felmérjük a betegeink személyiségi vonásait.

Módszer: Önkéntes alapon 50 betegünk (25 nő/25 férfi) Eysenck-féle személyiségtesztet töltött ki. A páciensek dialízisben eltöltött átlag ideje 3,5 év volt, az átlag életkor nő/férfi: 62/65 év volt. Összehasonlítottuk az ismereteiket a dialízisről, személyiségi jellemzőiket, napi szituációkra adott válaszaikat, edukálhatóságukat. Felmértük a különböző személyiségű nővéreinkkel való kapcsolatukat.

Eredmények: A dialízisben eltöltött időtől függetlenül, a betegek egyik közös jellemvonása a rigiditás. A kiválasztott betegeink közül 20 fő tekinthető extrovertált személyiségnek, viselkedésük a hétköznapi szinten jobban kitűnik, betegtársaikat képesek befolyásolni. Érdeklődve figyelik napi munkánkat, verbális és non-verbális jelzéseinket. Lehetetlen őket kihagyni a kezelésben történő eseményekből. Öntörvényűek, gyakran fordul elő visszautasítás a kezelési paraméterekben, és a hozott súlyuk is ingadozó. Amennyiben ezen betegek hasonló karakterű nővérral kerülnek kapcsolatba, gyakoribb a konfliktus kialakulása.

Következtetés: Kívánatos lenne, hogy konfliktus helyzetben kommunikációs technikákkal növeljük a dolgozók tekintélyét, emberi megbecsültségét, ugyanakkor meg kell tartanunk a beteg belénk vetett bizalmát is. Ehhez szükséges, hogy részletesen megismerjük a betegeink személyiségét. Mindig legyünk tekintettel arra, hogy egy team tagjai vagyunk, figyeljünk a különböző kultúrák különbözőségeire. Keressünk megoldásokat kezelőinkben a személyes tér hiányára, a programbeosztás által diktált kezelői kiscsoportok egyes tagjainak megfigyelésére, szükséges esetén segítségére. Dializáló ápolóként nem használhatjuk ki betegeink kiszolgáltatott helyzetét, megfelelő kitartó empátiával azonban hatékonyabbá és érzelmileg kiegyensúlyozottabbá tehetjük a dializáló állomáson eltöltött időt mind nővér, mind pedig beteg oldalról.

Életminőséget befolyásoló tényezők vizsgálata peritoneális dializált betegeinknél Budapesten

Lapatinszky Anita, Biró Beáta, Kerkovits Olga, Kiss István

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

Célkitűzés: A XXXIII. MANET Nagygyűlésen már bemutattuk hemodializált gondozottjaink életminőséget befolyásoló tényezőinek felmérését. 2017 márciusában hasi

dializált betegeinket kérdeztük életminőségükről, egészségükről és a gondozással való elégedettségükről. Célunk a PD team hatékonyságának javítása, célorientált fejlesztése volt a betegek véleményének ismeretében a B. Braun Avitum Zrt. 1. sz. Dialízisközpontban.

Módszer: 39 hasi dializált betegünk közül 30 töltötte ki az Illness Intrusiveness Rating Scale (Betegségteher Index)- és a Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-SFTM) kérdőívet. Vizsgáltuk az egyes korcsoportokban a társbetegségek megoszlását, a betegségteher-indexeket, a nemeknél jelentkező különbségeket. Megismertük a PD gondozással való elégedettség mértékét, a vesebetegség egészségre és jó közérzetre gyakorolt hatását. Eredményeinket összehasonlítottuk a 2016-ban hemodializáltak körében történt felméréssel.

Eredmények: Betegeink harmada cukorbeteg, valamennyien hypertóniások, 50% szívbeteg, egy közülük daganatos betegségen átesett. A betegségteher hatása három területen – egészség, táplálkozás, munka – magasabbnak mutatkozott minden korosztályban a hemodializált betegekhez hasonlóan, azonban az adott pontszám kevesebb volt. Táplálkozás kapcsán kiemelendő a 40–64 éves korcsoportban a férfiak terheltsége. Fiataloknál az aktív pihenés hangsúlyosabb, a passzív pihenés kevésbé érintett, míg idősebb generációknál a pihenés befolyásoltsága csökken. A vesebetegség jelentős negatív hatást gyakorol a 40 év feletti férfiak házastársi viszonyára. Aggkorúaknál a család és a társas kapcsolatok kerülnek előtérbe. Célunk a személyre szabott, a hasi dializáló ápoló általi támogatás újragondolása.

Következtetés: A felkészült, a beteg bizalmát bíró hasi dializáló ápoló részvétele kiemelkedő szerepet tölthet be, mind a modalitás választásban, mind annak végzésében, az ahhoz való adherenciában. Felmérésünk célja saját betegpopulációnk, gondozottjaink és munkánk értékelésének megismerése volt.

A család támogatásának pozitív gyógyító szerepe – Egy fiatal dializált beteg kálváriájának tanulságai

Nagy Beáta, Varga Tünde
FMC Dialízis Központ, Salgótarján

Mint ahogyan nincs két egyforma beteg, a családok is különbözően reagálnak arra a tényre, hogy egyik családtag súlyos beteg lett, esetleg kevés a remény a felépülésére. Szerencsés esetben a betegség ténye már kezdetben kiváltja a hozzátartozókból az összetartás érzését.

Egy fiatal dializált férfibeteg küzdelmén keresztül szeretnénk bemutatni a családi gondoskodás gyógyulási folyamatra gyakorolt pozitív hatásait.

1982-ben született, I. típusú diabetes mellitusban szenvedő beteget 2009-ben láttuk először nefrológiai gondozáson. 2011-ben CAPD kezelést kezdtünk. 2012-ben uralhatatlan hypervolaemia miatt átmenetileg HD kezelésre térünk át, majd APD-re váltottunk, később pedig heti egy HD kiegészítéssel bimodális kezelést végeztünk. 2014.

március 31-én bal oldali agykamrába törő agyállományi vérzés, progrediáló tudatállapot miatt intenzív osztályra került. Koponya-CT a vérzés növekedését mutatta. Tudatállapota nem javult, szeptikus állapotba került. Hemokultúrából MRSA, liquorból Pseudomonas tenyésztett ki. Hosszas intenzív osztályos kezelést követően belgyógyászati utókezelőbe került, ahol többszöri antibiotikumváltás után láztalanodott, hemokultúra is negatívvá vált. Átmenetileg szondán keresztül táplálták. A nyelési reflex teljes kialakulása után a szondát is eltávolították. Kiültethető lett.

A rehabilitációs konzílium rehabilitációra racionális esélyt nem látott. A vállban, csípőben minimális mozgások indultak meg, kerekesszéke kiültethetővé vált. Három hónap elteltével családja hazavitte. Azóta rendszeres gyógytorna mellett mozgása fokozatosan javult, jelenleg háromlábú bottal járóképes, intellektuális funkciói helyreálltak. A beteg mellett családja mindvégig jelen volt, mind a kórházban, azóta pedig otthonában teljes támogatást nyújtottak a rehabilitációjában.

Ebből az esetből is levonható tanulságként, hogy a beteg hozzátartozóinak ilyen szintű támogatása, odaadó segítsége, és a beteg élni akarása mindenképpen pozitív hatással van a gyógyulási folyamatra.

A maradék vesefunkció változása krónikus hemodialízisben

Nagy Éva¹, Kulcsár Imre^{1,2}

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

²Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

Bevezetés: A tapasztalatok alapján krónikus hemodialízis (HD) programban az idő múltával jelentősen csökken a maradék vesefunkció.

A vizsgálat célja: Krónikus HD programban kezelt betegek maradék vesefunkciójában történő változások megfigyelése.

Betegek, módszer: 143 HD beteg adatait dolgoztuk fel retrospektív, akik 2016 elején már dializálva voltak, vagy az év során kerültek krónikus programba. Vizsgáltuk a diurézis és a GFR-szintek változásait.

Eredmények: A betegek átlagos életkora a dialízis megkezdésekor $61,3 \pm 13,8$, a vizsgálat végén (2016. december 31.) $67,2 \pm 13,4$ év volt. A HD-ben eltöltött átlagos kezelési idő 5,9 év volt. A HD betegek átlagos napi vizelete a dialízis kezdetén 1,034 ml volt, a megfigyelés végén 602 ml. A diurézis átlagos éves csökkenése 73 ml volt betegenként. A dialízis megkezdésekor 500 ml/nap alatti diurézise volt a betegek 17,5%-ának, 500–1000 ml közötti 45,5%-nak, 1000 ml felett 37%-nak. A vizsgálat végén 500 ml alatti diurézist a páciensek 44%-ánál, 500–1000 ml közöttit 32%-nál, 1000 ml felettit 24%-nál mértünk. A legkifejezettebb csökkenést a kezdetben 1000 ml feletti csoportban észleltük, míg az induláskor 500 ml alattiaknál (egyedül itt) növekedést láttunk (igaz, átlag csupán 56

ml/nap/beteg mértékben). Az átlagos GFR szintje a HD kezdetétől 10,1 ml/perc/1,73 m²-ről 8,1 ml/perc/1,73 m²-re csökkent. A GFR-csökkenés kevésbé volt jellemző, mint a vizelet mennyiségéé.

Összefoglalás: Krónikus HD programban kezelt betegeinknél az átlagos diurézis-csökkenés nem volt túl jelentős (73 ml/év/beteg). A legjelentősebb csökkenést az induláskor egy liter feletti vizelettel bíró pácienseknél észleltük (átlag 256 ml/év/beteg). A GFR-szintekben a hosszú megfigyelési periódusban csekély csökkenést tapasztaltunk.

MRSA-hordozás súlyos szövődményei hemodialízisben két eset bemutatásával

Nagy Lászlóné, Varga Tünde
FMC Dialízis Központ, Salgótarján

Az MRSA-t az 1960-as évek elején izolálták először, és mára a leggyakoribb multirezisztens kórokozók egyike lett. Típusosan az orrtornácban telepszik meg és onnan kiindulva tovább kolonizálhatja a bőrt és a nyálkahártyák egyéb területeit. Az MRSA-val tartósan kolonizált betegek hónapokon, éveken keresztül hordozhatják a kórokozót. Dialízisközpontunkban előforduló két eset ismertetésével szeretnénk bemutatni az MRSA kolonizáció súlyos szövődményeit.

1. Az 59 éves férfibetegnél 2014-ben kezdtünk hemodialízist. Intenzív osztályon feküdt, ahol szeptikus állapota háttérben MRSA bakteriaemia igazolódott.

Komplex kezelés mellett állapota javult, kontrolltevénytészei sorozatban negatívak lettek. 2015-ben vesetranszplantációs várólistára került. Két évvel később láz, alhasi panaszok kezdődtek, hemokultúrából MRSA tenyésztett ki. Jobb oldali csípő- és deréktáji fájdalom, járásképtelenség, magas CRP, PCT miatt készített MRI-vizsgálat jobb oldali gennyes sacroileitist és kismencedei tályogot, vena cava inferior és vena iliaca communis thrombosiszt igazolt. Műtéti megoldásra nem láttak lehetőséget. Infektológus bevonásával történt a beteg antibiotikus kezelése, kezelés ellenére azonban a beteg elhalálozott.

2. A 79 éves, II-es típusú diabeteses férfibetegnél 2016-ban uroszepszis okozta veseelégtelenség miatt kezdtünk akut hemodialízist. Vizeletében MRSA volt. Címimo fisztuláján egy évvel később váladékozó terület alakult ki, sebváladékból MRSA tenyésztett ki. A fisztulát leköttették, a beteg centrális kanült kapott. Láztalanná vált, hazabocsátották, az antibiotikumot folytattuk. Két hét múlva derékfájdalom miatt jelentkezett sürgősségi osztályon, majd másnapra járásképtelenné vált. CT- és izotópvizsgálatot kértünk, ami az LIII-IV. discus gyulladását igazolta. Infektológussal egyeztetve végezzük a kezelést. A beteg azóta is ágyban fekvő, de általános állapota javult. Ezen esetek is mutatják, mennyire fontos a betegek MRSA dekolonizációja, gyakori szűrővizsgálata, hiszen még évekkal az elsődleges fertőzést követően is súlyos szövődmények alakulhatnak ki.

Élet a halál után, avagy úgy élni, mint mindenki más...

Nagy Margit

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 8. sz. Dialízisközpont, Tatabánya

Bevezetés: A Suthampton Egyetem kutatói szerint, az emberek legalább három percig érzékelik öntudatukat, azután, hogy halálukat megállapították. A tudománytörténet eddigi legnagyobb, a halálközeli élményeket vizsgáló kutatás eredményeit feldolgozva, a brit tudósok kijelentették: van élet a halál után. A vizsgált emberek 40%-a mondta, hogy vannak emlékei azutánról is, hogy megállapították náluk a klinikai halált.

Anyag, módszerek: 46 éves, jelenleg is dializált férfi beteg, aki kétszer jött vissza a klinikai halál állapotából. 1993-ban diagnosztizált glomerulonephritise, 1996-ban elkezdett HD, majd cadaver vesetranszplantáció után, 2004-ben graftkilökődés. Jugularis és subclavia v. punctio sikertelensége miatt, bal oldali szövődményes v. femoralis kanül behelyezés, majd haemorrhagias shock következtében a mentőautóban sikeres resuscitatio történt. Azonnali hasi műtét, polytransfusio, retroperitonealis haematoma evakuálása közben, ismételt sikeres resuscitatio. Posztoperatív szakban újbóli vérzés, feltárás, tamponád reop. Pneumonia, láz miatt 10 nap múlva ismét reop, drainage. 2008-ig HD, 2008-ban jobb oldali vesetranszplantáció. 2016-ban ismételt HD, elégtelen graftműködés miatt.

Eredmény: A fiatal férfi, kétszer „élte” meg a klinikai halál állapotát. Az első, a mentőautóban, „csupán” fehér tejszerű környezet érzékelése volt. A második, a műtőasztalon, már „nagyon jó érzés” volt számára. Egy folyosón állt, ahol nyugalom, csönd, béke és meleg volt. Végre nem fázott, nem zötykölődött, és nem fájt semmi.

Következtetés: Azóta, megváltozott életfelfogással éli életét. Hatalom, pénz hírnév helyett, két gyermeke, felesége és családja felé irányuló szeretet és gondoskodás lett a fő célja. Dolgozik gőzerővel egy cég vezető embereként. Édesapja mellett, a Gerecse50 teljesítménytúra fő szervezője már a kezdetek óta. Nem gondol a múltat, a jövőre, a jelenben él, „úgy mint mindenki más”... Hetente háromszor, munka után, esténként, dialízisre jár...

Betegbiztonság fontossága a dializált betegeknél

Némethné Völgyi Rita

B. Braun Avitum Hungary Zrt., 3. sz. Dialízisközpont, Veszprém

Háttér: A betegbiztonság továbbra is az egészségügyi ellátás globális kihívását jelenti. Fontos, hogy a dolgozók és a betegek is megértsék az egészségügyi ellátásban a betegbiztonság kiemelt szerepét. Nem kevésbé fontos a betegek tájékoztatása a biztonságos környezet kialakításáról és megtartásáról. A hatékony kommunikáció nélkülözhetetlen része a betegbiztonságnak. A nyitott kommunikáció elősegíti a betegekkel, technológiákkal, illetve környezettel kapcsolatos információk megosztását, kicserélését.

Célok: Ezek a betegek jelentős komorbiditásuk miatt nagyobb figyelmet igényelnek a társszakmák részéről, és gondosabb, intenzívebb megfigyelést a napi hemodialíziseik során. A dializáló orvosok, és nővérek közötti megfelelő együttműködés és összhang is kiemelten fontos ezeknek a betegeknek az ellátása során. A veszélyeztetett betegek a dialízis kezelőhelyiségekben frekvenciánként helyen történő elhelyezése segít a szorosabb obszervációban, így kivédhető az esetleges nem kívánatos dialízis alatt bekövetkező szövődmények.

Módszerek: Állomásunkon 200/150 beteget és 46/46 dolgozót edukáltunk a betegbiztonság legfontosabb szempontjairól. (Tájékoztató kiskönyvvel, plakátokkal, kommunikációval.) 200/110 betegnek mozgási nehézsége van. Nyári szezonban a vendég betegek biztonságos dialízisének megszervezése külön kihívást jelentett.

Következtetés: Az idős betegek életminőségének javítása, megtartása érdekében nélkülözhetetlen a biztonságuk növelése. Tavalyi évben a mozgásukban korlátozott személyek 69,29%-a volt csak elégedett a felszerelésünkkel. Biztonságban HD alatt 97,64%-a érezte magát. Ezek az adatok szeretnénk javítani.

Eredmények: Ennek eredményessége az edukációjuk hatékonyságának a mutatója is, amit a kezelésükkel kapcsolatos elégedettségi felmérés során tudunk mérni, amit az adott kérdésekre adott válaszokból mérni is tudnánk. Ez, éves összevetésben jó mutatója munkánknak. Minden dolgozót és beteget oktatunk a betegbiztonság fontosságáról. Plakátokkal segítjük a betegeinket a helyes betegbiztonsági szabályok elsajátításában. A biztonságos környezet kialakításában a dolgozóink és betegek aktív részvétele nélkülözhetetlen.

Speciális helyzetben: szociális munka idős vesebetegekkel

Ország Katalin

Szent Margit Kórház Taraba István Műveseállomás, Budapest

Bevezetés: Jelen korunkban egyre súlyosbodó demográfiai probléma az idős korosztály arányának megnövekedése a népesség korösszetételében. Ellátásuk speciális képzettséget igényel, nem csak a gyógyítás tekintetében. Az életkor előrehaladtával a megbetegedések gyakorisága növekszik. A korosztály multimorbiditással rendelkezik. Krónikus beteggé váláskor minden tényező figyelembevétele elengedhetetlen a kezelés hatékonyságához. Az idős betegek gyakorta szorulnak szociális problémáik miatt segítségre.

Célkitűzés: Műveseállomásunkon e korcsoport helyzetének feltárására, mintavételezés történt PD és HD betegek körében.

Eredmények: A HD betegek átlag életkora 68 év, mely mutatja, hogy az idősebb korosztály az ellátottak zöme, 56 év a PD betegek életkori átlaga. A HD és PD csoportokban a középfokú vagy magasabb végzettségekkel 70%, illetve 67% rendelkezik. A HD betegek 55%-a, a PD betegek 74%-a gondozásból került dialíziskezelésre. A HD betegek körében az időskori nyugdíjasok aránya 67%, a PD betegek körében ez 43%. A PD betegek jellemző ellátási formája a rokkant ellátás, mely 40%-

ot ér el, közülük többen tudnak munkát vállalni. A dialíziskezelés előtt mindkét csoportban a betegek 90%-a jó anyagi körülményekről számolt be, ez azonban a kezelés hatására megváltozott, szinte minden válaszoló rosszabb anyagi helyzetbe került. Szociális támogatást a kezelésben részt vevők 50%-a tart szükségesnek. A HD betegek 54%-a, a PD betegek 47%-a vezet egyszemélyes háztartást, ami nehéz szociális helyzetre utal. A PD betegek alkalmanként adódó gondokkal, magas arányban kifogástalannak ítélik meg helyzetüket, a HD betegek körében kiemelkedik a folyamatos napi gondokkal való küzdelem. Jövőcéljaik megítélésében a PD betegek sokkal optimistábban látják jövőjüket, a HD betegek beszűkültebb életcélokról nyilatkoznak.

Megbeszélés: Az adatok segítenek a medicinális team tagjainak bepillantást nyerni a betegek szociális állapotáról, emberi küzdelmeikről. Az idős betegekkel folytatott szociális munka során célunk, hogy kezelésük mellett a betegségükkel együtt járó pszichoszomatikus és szociális problémákat lehetőség szerint enyhítsük.

Speciális PD nővéri feladatok és nehézségek a peritoneális dialízissel kezelt idős betegek ellátása kapcsán

Sallay Erika, Detrich Katalin, Polner Kálmán, Haris Ágnes
Szent Margit Kórház, Taraba István Műveseállomás, CAPD központ, Budapest

A Szent Margit Kórház Taraba István Műveseállomásán 2006 májusától 2017 májusáig 121 beteget kezeltünk peritoneális dialízissel. Közülük a PD kezelés indításakor 56 fő, az összes betegünk 46%-ának az életkora haladta meg a 65 évet, akik átlagosan $74,3 \pm 6,2$ évesek voltak. Az átlagos PD kezelési idejük 23 ± 22 hónap volt. A megfigyelési időszakban 29 fő (52%) exitált. A 65 évnél fiatalabb betegcsoporttal összehasonlítva az idősek tréningje elhúzódóbb volt nemcsak mentális, de csökkent fizikális képességeik miatt is. Asszisztált PD kezelést 13 fő (23%) igényelt.

A megfigyelési időszak teljes időtartama alatt $58,5 \pm 46$ napot feküdtek kórházban. Az első kezelési évben a kórházi ápolási napok száma $32,3 \pm 25$ volt, a betegek átlagosan $3 \pm 1,7$ alkalommal igényeltek kórházi felvételt. Az idősek gyakrabban kerültek kórházba CAPD peritonitis miatt, ami az idősek közül 39 betegnél (70%), a fiatalok csoportjában 28 betegnél (43%) fordult elő ($p < 0,003$). Az idősek esetében lényegesen gyakrabban jelentkeztek hospitalizációt igénylő cardialis és cerebrovasculáris betegségek, ezeket az idősek 93%-ában, a fiatalok 32%-ában észleltük. Az idős betegek 38%-át kellett kórházban ápolni műtéti beavatkozás kapcsán. A műtétek típusai súlyosabbak voltak, mint a fiataloké, és a műtét kapcsán az idős betegek önálló képessége legtöbbször oly mértékben csökkent, hogy az önálló kezelés kivitelezésére átmenetileg vagy végleg képtelenné váltak. Ezért a bennfekvésük során a PD kezelés folytatását a gondozó PD központnak kellett megszervezni, miközben a PD központ 30–40 betegnek ellátását és gondozását is biztosították.

A problémák kezelésében nélkülözhetetlen az ellátó osztály/kórház személyzetével való együttműködés, a beteg állapotához való alkalmazkodás és a családdal történő szoros kapcsolattartás, ami a PD nővérek kompetenciá-

it gyakran meghaladja. Ha pedig a beteg a kórházi ellátás után a dialízis kezelését önállóan nem képes folytatni, és erre a család sem tud vállalkozni, akkor felmerül annak szükségessége, hogy legyen lehetőség a PD kezelés folytatására otthonápolási szolgálat igénybevételeivel vagy PD kezelést biztosító időszotthoni elhelyezéssel.

Diabetesez és nem diabetesez betegek sorsának alakulása peritonealis dialízis programban

Szakács Gyuláné¹, 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: A folyamatos peritonealis dialíziskezelés (PD) egyszerűsíti, másrészt a felszívódó glükóz nehezíti a diabetesez betegek kezelését.

Cél: Vizsgálni a diabetesez és nem diabetesez krónikus peritonealis dialízissel kezelt betegek sorsának alakulását.

Betegek, módszer: 2000–2016 végéig 251 PD kezelt betegünköl 87 fő volt diabetesez (35%). Megfigyeltük minkét csoportban a kiesők arányát (vesefunkció-javulás, transzplantáció [Tx], transzfer hemodialízisbe [HD] és exitus). Vizsgáltuk a PD technika és a betegek valós túlélését.

Eredmények: A diabetesez (D) betegek átlagos életkora a PD kezdetén magasabb volt, mint a nem diabetesez (ND) betegeké (63,9 vs. 60,7 év). A vizsgált periódusban a D betegeknek 88%-a, a ND betegek 73%-a esett ki a programból. A kiesés okaiban lényeges eltérések voltak: PD-ből Tx-ra a D csoportból két fő, a ND csoportból 33 fő került, HD programba a D-ből a betegek 38%-a, a ND-ből 28%-a került. A halálozás aránya a D-ből 40%, a ND-ből 20% (!) volt. A PD technika túlélése a D és a ND csoportban nem különbözött ($2,4 \pm 1,9$ vs. $2,4 \pm 2,0$ év). A betegek túlélésében (beleszámítva a HD-ben, illetve a transzplantált vesével) azonban a ND csoport volt jobb: átlag $4,0 \pm 3,3$ év, míg a D csoport betegeinek túlélése csak $3,5 \pm 2,6$ év volt.

Következtetések: A diabetesez betegek számára a PD technika túlélése hasonló volt, mint a nem diabetesez részére. A D csoportból a betegek nagyobb hányada került át hemodialízisbe, nagyobb volt a D betegek mortalitása (kétszeres rizikó), ugyanakkor lényegesen kevesebb D beteg került veseátültetésre. Mindezek miatt a ND betegek kumulált túlélése (PD+HD+Tx) jobb volt, mint a D csoporté.

A „Hatékonyági Kompetencia Team” helye és szerepe a dializált betegek ellátásában

Szakos Tibor, Szegedi János

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

A vesepótló kezelésben részesülő betegek rövid és hosszú távú életkilátásait, életminőségét alapvetően meghatározza a dialíziskezelés hatékonysága. A B. Braun Avitum Hungary Zrt. dialízishálózatában minden dialízisközpont-

ban szakmai kompetencia teamek működnek. A „Hatékonyági Kompetencia Team” vezetője nefrológus szakorvos, emellett három ápoló vesz részt a feladatok ellátásában. A Kompetencia Team tevékenységét a szakmai protokolloknak megfelelően végzi. Az ellátás hatékonyságát minőségi indikátorokkal monitorozzák. A „Hatékonyági Kompetencia Team” fokozott figyelmet fordít a tartós vérnyerési lehetőség biztosítására, a megfelelő dializátor alkalmazására, az optimális kezelési idő biztosítására. A minőségi indikátoroknál heti kezelési idő mellett kiemelt figyelmet fordítunk a fisztula arány optimalizálására, valamint az anuriás betegeknél az eKt/V célérték elérésére.

A szerzők feldolgozták a dialízisközpont legfontosabb mutatóit 2014–2017. között.

A „Kompetencia Team” tevékenységének eredményességét mutatja:

1. A tartós vérnyerési arány 91. napon 2014. első negyedében 59,1% volt, 2017-ben ez 79,2%-nak adódott.

2. A Cimino fisztula arány 2014-ben 78,2% volt, 2017-ben 71,5% volt. A változást magyarázza, hogy a tartós nagyvéna katéter arány a 2014-es 10,3%-ról 19,9%-ra növekedett.

3. A heti dialízisidő 2014. második negyedében 728 perc volt, ez 2017-re 747 percre javult.

4. Az anuriás betegeknél az 1,2 feletti eKt/V értéket 2014. első negyedében 85,3%-ban, 2017. második negyedében 93,8%-ban érték el.

A több éves tapasztalatok alapján egyértelműen megállapítható, hogy a dialízis hatékonyságát a „Kompetencia Team” működése kedvezően befolyásolja, javítva ezzel a betegek klinikai állapotát, rehabilitálhatóságát, életminőségét.

A kézhigiénés technika javítása elektronikus monitorrendszer segítségével dialízisközpontokban

Tölgyesi Katalin¹, Gergely László¹, Bánsághi Száva^{2,3}, Róna Péter³, Lehotsky Ákos^{3,4}, Haidegger Tamás^{3,5}

¹B. Braun Avitum Hungary Zrt., Budapest

²Semmelweis Egyetem, Budapest

³HandInScan Zrt., Budapest

⁴Országos Onkológiai Intézet, Budapest

⁵Austrian Center for Medical Innovation and Technology, Wiener Neustadt

Céltűzés: A dializált betegek második leggyakoribb halál oka az infekció. Legfőbb okozójuk a kezek révén átvitt fertőzés, mely megfelelő kézhigiénnel megelőzhető. A folyamatos oktatás és higiénés tréning már ma is részét képezik a szakmai protokolloknak, ugyanakkor e tevékenység monitorozása erőforrás-igényes feladat. Felmérésünk célja az volt, hogy megvizsgáljuk, miként befolyásolja a kézhigiénés technika eredményességét a modern információtechnológiai eszközök alkalmazása.

Módszer: A B. Braun Avitum 18 magyarországi dialízisközpontja vett részt a felmérésben, ahol a Semmelweis Kézhigiénés Rendszert alkalmazására került sor. A Semmelweis Rendszer lényege, hogy számítógépes képfeldolgozás révén elemzi a kézfertőtlenítési technikát, és objek-

tív, azonnali visszajelzést ad a felhasználónak a fertőtlenítőszer által nem érintett területekről. A Semmelweis szkenerrel a közvetlen, vizuális visszacsatoláson túlmenően, strukturált riport készíthető, amely egy internetes felületen elérhető. A rendszer használatának bemutatásakor, minden részvevő egy általános kézhigiénés oktatást is kapott. A készülék egy-egy hetet töltött minden dialízisállomáson (2017. január és június között), és 16 helyszínen használták legalább négy napig, összesen 553 fő 1958 alkalommal. A napi eredményeket (a kézfelület sikeres lefedése a fertőtlenítőszerrel, százalékosan) a szkener rögzítette, majd napi retrospektív analízis történt.

Eredmények: A dolgozók teljesítményét (kezek fertőtlenítettsége) az egyhetes periódus első 2-3 és az utolsó 2-3 napi használati eredményeinek tükrében vizsgáltuk. Minden helyszínen jelentős javulást mértünk, a 16 központ eredményei átlagosan $69,5\% \pm 19,0\%$ -ról $86,3\% \pm 12,8\%$ -ra emelkedtek a hét végére.

Következtetés: A Semmelweis Rendszer által mutatott objektív vizuális visszajelzés nagymértékben segíti a dialízisállomásokon dolgozók kézhigiénés technikájának eredményes fejlesztését, és javította az ezzel kapcsolatos tudatosságot. Amellett, hogy a tevékenység monitorozása az automatizált számítógépes rendszerrel hatékonyan oldható meg, egyben kiváló eszköz az oktatáshoz is.

A dializált betegek panaszainak és a dialízis minőségi paramétereinek összefüggései

Tölgyesi Katalin¹, Király Mónika², Benke Attila²

¹B. Braun Avitum Hungary Zrt., Cégeközpont, Budapest

²B. Braun Avitum Hungary Zrt., 3. sz. Dialízisközpont, Veszprém

A dializált betegek életminőségét jelentősen meghatározza a veseelégtelenségből, egyéb társbetegségekből, és a dialízis szövődményeiből adódó tünetek sokasága. A dialí-

zisszolgáltatók nagy hangsúlyt fektetnek a vesepótló kezelés minőségének fenntartására de a multimorbid betegcsoport összes panaszának enyhítésére a dialízis önmagában nem elegendő.

Módszerek: A B. Braun Avitum veszprémi dialíziscentrumában 170 dializált beteg (HD: 158, PD: 25) között készítettünk felmérést az IPOS Renal kérdőív segítségével. A vesebetegekre leginkább jellemző 15 tünet intenzitását vizsgáltuk. A vezető tünetek, a hemoglobin-, az albumin-, a foszfor-, a hatékonyság, és a dialízisben eltöltött idő közötti összefüggéseket elemeztük. A betegeket 65 éven aluliak (n=62) és a 65 éven felüliek (n=108) csoportjára osztottuk.

Eredmények: Mindkét korcsoportban a fáradtság, az alvászavar és a fájdalom volt a vezető tünet. 65 év alatt az effektív dialízis mellett kevesebb tünet volt detektálható, 65 év felett a célértéket meghaladó hatékonyság növelte a panaszok számát. A tünetek és a dialízisben eltöltött idő között nem volt szignifikáns összefüggés egyik csoportban sem. A fáradtság 65 év felett 74%-ban, 65 év alatt 61%-ban volt jellemző, mindkét csoportban korrelált a hemoglobinszinttel, de nem mutatott összefüggést a dialízisben eltöltött idővel. Az alvászavar 65 év felett összefüggést mutatott a dialízisben eltöltött idővel, mindkét csoportban a jelenség hátterében az ideges láb szindróma és a viszketés volt a fő ok. A fájdalom 65 éven aluliak között 51%-ban, a 65 éven felüliek között 52%-ban volt jellemző. Az idősebb betegek főként mozgásszervi- és csontfájdalmakat, míg a fiatalabbak fejfájást, és a dialízissel összefüggő fájdalmakat panaszoltak.

Konklúzió: Mindkét korcsoportban a fáradtság, az alvászavar és a fájdalom jelentős életminőséget rontó tényező. A hatékony dialízist kiegészítő tüneti kezelés és a holisztikus megközelítésű, a betegek szubjektív panaszainak felmérésén alapuló szakápolói munkának kiemelt jelentősége lehet a dializált betegek panaszainak enyhítésében.