

# **MAGYAR TRANSZPLANTÁCIÓS TÁRSASÁG VIII. KONGRESSZUSA**

**Zalakaros, 2006. november 23-25.**

**Programfüzet és előadás összefoglalók**



## **TARTALOMJEGYZÉK**

Köszöntő .....	5
A kongresszus támogatói .....	6
Általános információk .....	7
Tudományos program .....	11
Absztraktok .....	25
Előadók, társszerzők és előadásszámok .....	91



## KÖSZÖNTŐ

Tisztelt Hölgyeim és Uraim!  
Kedves Barátaim!

Szeretettel köszöntöm a Magyar Transzplantációs Társaság Vezetősége és a Szervező Bizottság nevében az MTT VIII. Kongresszusán Zalakaroson.

Ebben az évben a Pécsi Transzplantációs Centrumot érte az a megtisztelő feladat, hogy Társaságunk Kongresszusát megszervezze. Az elmúlt évben sok olyan esemény történt, mely a transzplantációs társadalmat közvetlenül érintette. Már korábban érezhető volt, hogy a transzplantológia területén változások indultak meg, és ez sokszor belső feszültségeket is okozott. Az a meggyőződésem, hogy ezek a változások szükségesek is, melyért egész évben együtt is dolgoztunk különböző fórumokon.

A szervátültetések száma egyes területeken lassan ipari méreteket kezd elérni (ld. vese, máj átültetés), egyre nagyobb tapasztalatokkal rendelkezünk, melyek alapján egyre több területen tudunk tudományos következtetéseket levonni. A mai napig közel 5000 veseátültetést, 303 körüli májátültetést végeztünk Magyarországon. 2005-ben 315 veseátültetés (ebből 15 élő donoros), 44 májátültetés, 9 szív, 3 szigetsejt átültetés történt. Kombinált szervátültetések közül rutinszerűen működik a vese és hasnyálmirigy együttes átültetése (2005-ben 8), 1-1 esetben máj + vese, ill. szív és vese együttes átültetése történt.

Az előző kongresszusok inkább a transzplantációk számának növelésével, újabb módszerek, gyógyszerek bevezetésével foglalkoztak. Örvendetes, hogy megindulhatott a rutinszerű gyermek májátültetés és az élő donoros májátültetési program, valamint a gyermek szív transzplantációs program is.

Mára eljutottunk odáig, hogy európai szintű transzplantációs tevékenységünk alapján a szövődményekkel is tudjunk foglalkozni. A Kongresszus fő témája az infekciók problematikája a szervátültetésekben. Az ebben a témában beadott előadások kerülnek orális prezentációra, az egyéb témákban beadott összefoglalók pedig poszter formában, ún. mini-orál prezentációként.

Ebben az évben is a legjobb három előadás/poszter előadója Ullmann Imre díjban részesül.

Örülünk, hogy a kongresszust ilyen ragyogó környezetben tudjuk megtartani, és a szellemi felüdülés mellett a társasági programok is hozzájárulnak az együttműködés erősödéséhez viszonylag kicsi (de annál erősebb!) Társaságunk azonos és különböző szakterületeit művelők között.

Kívánok eredményes tanácskozást, valamint kellemes kikapcsolódást, pihenést valamennyi résztvevő számára.

2006. november

**Szenohradzky Pál**

a Magyar Transzplantációs Társaság  
elnöke

## **A KONGRESSZUS TÁMOGATÓI**

### **Fő támogatók:**

Astellas Pharma Kft.  
Roche Magyarország Kft.

### **Támogatók:**

Fresenius Biotech GmbH  
Wyeth Kft.  
Novartis Hungária Kft.

### **Kiállítók:**

Zeneus Pharma Sp. Z. O. O. Magyarországi Közvetlen Kereskedelmi Képviselete  
Pre-Pharma Kft.  
Biotest Hungária Kft.

**A KONGRESSZUS ELNÖKE:**

Prof. Horváth Örs Péter

**A KONGRESSZUS TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁGA:**

Dr. Asztalos László

Dr. Ezer Erzsébet

Dr. Fazakas János

Dr. Járay Jenő

Dr. Kalmár Nagy Károly

Dr. Kóbori László

Dr. Németh Péter

Dr. Szenohradszky Pál

**A KONGRESSZUS SZERVEZŐ BIZOTTSÁGA:**

Dr. Ezer Erzsébet

Dr. Kalmár Nagy Károly - elnök

Dr. Káposztás Zsolt

Dr. Szakály Péter

**A KONGRESSZUS TECHNIKAI LEBONYOLÍTÓJA:**

Tensi Kft. – Kongresszusi Csoport

7621 Pécs, Teréz u. 17.

Tel.: +36/72/513-993

Fax.: +36/72/514-094

E-mail: congress@tensipecs.hu

**A KONGRESSZUS HELYSZÍNE:**

Hotel Karos SPA\*\*\*\*

Zalakaros, Alma u. 1.

**HELYSZÍNI REGISZTRÁCIÓ:**

2006. november 23-án 08.00 – 19.00

2006. november 24-én 08.00 – 18.00

2006. november 25-én 08.00 – 13.00

## **FŐ TÉMAKÖRÖK:**

Szervátültetések aneszteziológiai és intenzív terápiás vonatkozásai  
Transzplantációs infekciók

## **ULLMANN IMRE DÍJ**

A díjat minden MTT tag megkaphatja, aki első szerzőként előad a Magyar Transzplantációs Társaság Kongresszusán.

A prezentáció lehet előadás és poszter. A három díjból kettőt 40 év alatti előadó kapja. A díj évente egyszer adható. Két egymást követő évben azonos személy nem lehet díjazott. A díjakat a konferencia zárása alkalmával a konferencia elnöke adja át. A díj összege 50.000 Ft, melyet a Roche Magyarország Kft. szponzorál.

## **ELŐADÁSOK, POSZTEREK:**

az előadások időtartama 7 perc, melyet 2 perc vita követ  
a poszterek mérete: szélessége: 100 cm, magassága: 150 cm  
a poszter bemutatás 3 perces kiselőadás formában történik, melyhez diavetítési lehetőség rendelkezése áll.

## **KIÁLLÍTÁS:**

A kongresszus ideje alatt a Konferenciaterem előtti térben kerülnek felállításra a kiállítók standjai, melyeket kérjük, tiszteljenek meg látogatásukkal!

## **REGISZTRÁCIÓS DÍJAK:**

	<b>Szeptember 15-ig</b>	<b>Szeptember 15. után</b>
<b>MTT tagoknak:</b>	<b>12.000 Ft</b>	<b>14.000 Ft</b>
<b>Nem MTT tagoknak:</b>	<b>16.000 Ft</b>	<b>18.000 Ft</b>
<b>Szakdolgozóknak:</b>	<b>6.000 Ft</b>	<b>8.000 Ft</b>
<b>Kísérőknek:</b>	<b>17.000 Ft</b>	<b>19.000 Ft</b>
<b>Napjegy:</b>		<b>6 000 Ft</b>

## **A regisztrációs díjak az alábbi szolgáltatásokat tartalmazzák:**

részvétel a tudományos programokon  
kongresszusi anyagokat  
a november 23-i Astellas középkori vacsorát  
a november 24-i bankettet a Roche Mo. Kft. támogatásával  
ebédeket november 23-án és 24-én  
kávészüneteket

A kísérői díj a kongresszusi anyagok és a kávészünetek kivételével ugyanazokat a szolgáltatásokat tartalmazza, mint a többi regisztrációs díj.

A napjegy tartalmazza a kongresszusi anyagok és a kávészünetek költségét.



## **TÁRSASÁGI PROGRAMOK**

### **November 23. csütörtök**

- 19.00                    Astellas középkori vacsora Sümegen  
Indulás a hoteltől autóbuszokkal. Visszaindulás 23.00 órától igény  
szerint folyamatosan  
A programot a regisztrációs díj tartalmazza!

### **November 24. péntek**

- 21.00                    Roche Bankett  
Helyszíne a Hotel Karos SPA étterme  
A programot a regisztrációs díj tartalmazza!

### **ÉTKEZÉSEK:**

Reggeli: a hotel éttermében, a szállásdíjban bennefoglaltatik  
Ebéd: büféebéd a hotel éttermében (a 23-i ebédet és 24-i ebédet a regisztrációs díj  
tartalmazza!) 25-én fakultatív ebéd rendelhető a regisztrációnál, ára: 4.200.- Ft  
Kávészünetek: a Konferenciterem előtti térben

### **SZÁLLÁS:**

Hotel Karos SPA \*\*\*\*  
Zalakaros, Alma u. 1.  
93/542-500



### TUDOMÁNYOS PROGRAM

<b>November 23.</b> <b>/Csütörtök/</b>	10.00 - 10.10	Megnyitó
	10.10 - 12.00	1. szekció
	12.00 - 13.00	Ebéd
	13.00 - 15.20	2. szekció
	15.20 - 16.00	Kávészünet
	16.00 - 18.10	3. szekció
	18.10 - 19.00	Szabad program
	19.00 - 24.00	Astellas középkori vacsora Sümegen
<b>November 24.</b> <b>/Péntek/</b>	8.00 - 9.20	4. szekció
	9.20 - 9.25	szünet
	9.25 - 10.10	5. szekció – Poszterszekció
	10.10 - 10.40	Kávészünet
	10.40 - 11.40	Wyeth Symposium
	11.40 - 12.00	Szünet
	12.00 - 13.00	Roche Symposium
	13.00 - 14.00	Ebéd
	14.00 - 15.00	Astellas Symposium
	15.00 - 15.15	Kávészünet
	15.15 - 16.15	Novartis Symposium
16.15 - 16.30	Kávészünet	
16.30 - 17.30	Fresenius Symposium	
17.30 - 18.30	MTT Közgyűlés	
21.00 - 24.00	Roche Bankett	
<b>November 25.</b> <b>/Szombat/</b>	8.00 - 10.00	6. szekció
	10.00 - 10.30	Kávészünet
	10.30 - 11.30	7. szekció
	11.30 - 12.00	Kongresszus Zárása – Díjak átadása
	12.00 -	Fakultatív ebéd

**1. szekció 2006 november 23. 10.10 - 12.00**

**Elnök :**

**Járay Jenő, Perner Ferenc, Szenohradszky Pál**

<b>Nr.</b>	<b>előadó</b>	<b>cím</b>
1	Langer Róbert	140 ÉVES AZ ALTATÁS. JOHN C. WARREN ÉS TH. MORTON. <u>Langer Róbert</u> SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest
2	Bogáts Gábor	NORMAN EDWARD SHUMWAY (1923-2006) A SZÍVÁTÜLTETÉS ATYJA <u>Bogáts Gábor</u> SZTE ÁOK Kardiológiai Központ Szívsebészeti Osztály
3	Tarján Iván	HOMMAGE A LA MEDICINE <u>Tarján Iván</u> Transzplantációs Alapítvány a Megújított Életekért Budapest
4	Iványi Béla	TÖRD A FEJED <u>Iványi Béla</u> , Szederkényi Edit SZTE Pathologia és Sebészeti Klinika
5	Rajczy Katalin	A TRANSZPLANTÁCIÓRA VÁRÓ BETEGEK IMMUNGENETIKAI KIVIZSGÁLÁSA AZ EUROTRANSPLANT ORSZÁGAIBAN <u>Rajczy Katalin</u> , Padányi Ágnes, Borka Péter Immungenetikai Osztály, Országos Gyógyintézeti Központ, Budapest
6	Rajczy Katalin	A VESETRANSZPLANTÁCIÓS VÁRÓLISTA VEZETÉSE: HÁNY BETEG IS VAN VÁRÓLISTÁN? <u>Rajczy Katalin</u> <sup>1</sup> , Asztalos László <sup>2</sup> , Járay Jenő <sup>3</sup> , Kalmár-Nagy Károly <sup>4</sup> , Szenohradszky Pál <sup>5</sup> <sup>1</sup> Immungenetikai Osztály, Országos Gyógyintézeti Központ, Budapest, <sup>2</sup> DEOEC Sebészeti Klinika, <sup>3</sup> Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, <sup>4</sup> PTE Sebészeti Klinika, <sup>5</sup> SZAOTE Sebészeti Klinika

- 7 Tamaskó Mónika<sup>1</sup> A RÖVID TÁVÚ VÉRCUKORSZINT-OSZCILLÁCIÓ  
PANCREAS-VESE TRANSZPLANTÁLTAKBAN  
Tamaskó Mónika<sup>1</sup>, Kalmár Nagy Károly<sup>2</sup>, Pótó László<sup>3</sup>,  
Boros András Géza<sup>1</sup>, Molnár Gergő Attila<sup>1</sup>, Laczy  
Boglárka<sup>1</sup>, Markó Lajos<sup>1</sup>, Wagner László<sup>1</sup>, Wagner Zoltán<sup>1</sup>,  
Cseh Judit<sup>1</sup>, Nagy Judit<sup>1</sup>, Wittmann István<sup>1</sup>  
PTE, ÁOK, II. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai  
Centrum<sup>1</sup>, Sebészeti Klinika<sup>2</sup>, Bioanalitikai Intézet<sup>3</sup>
- 8 Doros A., CO<sup>2</sup>-VENOGRÁFIA HASZNÁLATA TIPS-BEÜLTETÉSBEN.  
KEZDETI TAPASZTALATOK.  
Doros A., Németh A., Hartmann E., Deák P.Á.,  
Szentmarjay S., Dukainé Domján M., Huszár A., Gerlei  
Zs., Kóbori L., Nemes B., Fehérvári I., Görög D.
- 9 Lang György TÜDŐTRANSZPLANTÁCIÓ SORÁN ALKALMAZOTT  
EXTRACORPORALIS MEMBRÁNOXIGENIZÁCIÓVAL (ECMO)  
SZERZETT INTÉZETI TAPASZTALATAINK  
Dr. Lang György<sup>1</sup>, Dr. Aigner Clemens<sup>1</sup>, Dr. Jaksch Peter<sup>1</sup>,  
Dr. Wisser Wilfried<sup>1</sup>, Dr. Taghavi Shahrokh<sup>1</sup>, Dr. Czebe  
Krisztina<sup>2</sup>, Dr. Klepetko Walter<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bécsi Orvostudományi Egyetem, Sebészeti Klinika,  
Szív-és Mellkassebészeti Osztály  
<sup>2</sup>Országos Korányi Intézet, III.sz. Belgyógyászati Osztály

**2. szekció 2006 november 23. 13.00 - 15.20**

**Elnök:**

**Asztalos László, Hartvánszky István Ifj., Lang György**

- | <b>Nr.</b> | <b>előadó</b>    | <b>cím</b>   |
|------------|------------------|--|
| 10         | Czebe Krisztina  | TRANSZPLANTÁLT BETEGEK PULMONALIS INFEKCIÓI<br><u>Czebe K.</u> , Csiszér E., Lang Gy. Fillingner J.  |
| 11         | Gálffy Zsuzsanna | METHICILLIN- REZISZTENS STAPHYLOCOCCUS AUREUS<br>TÖRZSEK ELŐFORDULÁSA A SE ÁOK TRANSZPLANTÁCIÓS<br>ÉS SEBÉSZETI KLINIKÁJÁN<br><u>Gálffy Zs.</u> , Gerlei Zs., Derzsy N., Farkas M., Kovácsné<br>Zs., Varga M. Járny J. |

- 12 Lázár Norbert SIKERREL KEZELT, MESENERIALIS ÉS RETROPERITONEALIS LYMPHADENITIS KÉPÉBEN JELENTKEZŐ HISTOPLASMA CAPSULATUM INFECTIO, VESETRANSZPLANTÁLT, IMMUNSUPPRIMÁLT BETEGBEN  
Lázár Norbert, Tímár Botond, Csomor Judit, Doros Attila, Gerlei Zsuzsanna, Gálffy Zsuzsanna, Máthé Zsolt Semmelweis Egyetem ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika és I. Pathológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest
- 13 Piros László HISTOPLASMA CAPSULATUM FERTŐZÉS VESETRANSZPLANTÁLT BETEGNÉL – ESETANULMÁNY  
Piros László, Langer Róbert, Földes Katalin, Lázár Norbert, Benkő Tamás, Németh Andrea, Máthé Zsolt, Rempert Ádám, Járay Jenő Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest
- 14 Szabó László GOMBÁS SEPSIS ÉS ENDOPHTALMITIS VESETRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐEN  
Szabó L., Fedor R., Asztalos L.  
DE OEC, Sebészeti Intézet, Transzplantációs Osztály
- 15 Marofka Ferenc SZEPTIKUS SZÖVŐDMÉNYEK VESETRANSZPLANTÁCIÓ UTÁN  
Marofka Ferenc, Szederkényi Edit, Mihalovits Gábor, Hódi Zoltán, Szenohradzky Pál SZTE, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, Sebészeti Klinika, Szeged
- 16 Asztalos László TT VÍRUS 1. GENOC SOPORT-VARIÁNS JELENLÉTE VESETRANSZPLANTÁLTAKBAN  
Asztalos L.<sup>1</sup>, Szládek G.<sup>2</sup>, Juhász A.<sup>2</sup>, Szőke K.<sup>2</sup>, Murvai M.<sup>2</sup>, Szarka K.<sup>3</sup>, Veress G.<sup>2</sup>, Gergely L.<sup>2,3</sup>, Kónya J.<sup>2</sup>, Szabó L.<sup>1</sup>, Fedor R.<sup>1</sup>.  
1 DE OEC Sebészeti Intézet, Transzplantációs Osztály, Debrecen  
2 DE OEC Mikrobiológiai Intézet, Debrecen  
3 Magyar Tudományos Akadémia Tumorvírus Kutatócsoport, Debrecen

- 17 Hartvánszky István Ifj. ADENOVIRUS 3 HEXON VALAMINT HUMAN HERPES VIRUS 6 ALKALIKUS-EXONUKLEÁZ SZEKVENCIÁK ÉS A SZÍVSEBÉSZET, AVAGY A TRANSZPLANTÁCIÓ LEHETSÉGES MOLEKULÁRIS BIOLÓGIAI HÁTTERE  
Ifj. Hartvánszky István, Tátray Enikő\*, Lászik András\*, Hubay Márta\*, Sótónyi Péter\*, Bodor Elek, Acsády György, Szabolcs Zoltán  
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest  
\*Semmelweis Egyetem, Igazságügyi Orvostani Intézet, Budapest
- 18 Varga Marina BK-VÍRUS ÉS A TRANSZPLANTÁCIÓ  
Dr. Varga Marina  
SE, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest
- 19 Dallos Gábor BK-VIRUS FERTŐZÉS ELŐFORDULÁSA VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEINK KÖZÖTT.  
Dallos G., Varga M., Hidvégi M., Telkes G., Alföldy F., Lázár N., Rempert Á.  
SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest
- 20 Kriván Gergely BK VÍRUS FERTŐZÉSEK A HEMORRHAGIÁS CYSTITISEK HÁTTERÉBEN VÉRKÉPZŐ ÓSJEJT-ÁTÜLTETÉSBEN  
Kriván Gergely<sup>1</sup>, Fehér Csaba, Molnár Péter<sup>1</sup>, Mihály Ilona<sup>1</sup>, Reményi Péter<sup>2</sup>, Barta Anikó<sup>1</sup>, Masszi Tamás<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Szent László Kórház  
<sup>2</sup>Országos Gyógyintézeti Központ
- 21 Telkes Gábor HLA ÉS A HELICOBACTER PYLORI KAPCSOLATA VESERECEPIENSEK KÖZÖTT.  
Telkes Gábor<sup>1</sup>, Rajczy Katalin<sup>2</sup>, Varga Marina<sup>1</sup>, Péter Antal<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika  
<sup>2</sup>OGYK, Immunogenetikai Osztály
- 22 Péter Antal BEFOLYÁSOLJA-E AZ IMMUNSZUPRESSZIÓ TÍPUSA A TÁPCSATORNA FELSŐ SZAKASZÁNAK CITOMEGALOVIRUS ÉS HELICOBACTER PYLORI FERTŐZÖTTSGÉT, ILLETVE A PEPTIKUS FEKÉLY GYAKORISÁGÁT?  
Péter A., Telkes G., Varga M. és Járny J.  
Semmelweis Egyetem ÁOK Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

**3. szekció 2006 november 23. 16.00 - 18.10**

**Elnök:**

**Bogáts Gábor, Iványi Béla, Rempert Ádám**

<b>Nr.</b>	<b>előadó</b>	<b>cím</b>
23	Szakály Péter	SZOLITER HASNYÁLMIRIGY ÁTÜLTETÉS LEHETŐSÉGEI <u>Szakály Péter</u> , Kalmár Nagy Károly, Wittmann István, Horváth Örs Péter PTE OEC Sebészeti Klinika, PTE OEC II Belgyógyászati Klinika
24	Toronyi Éva	A PROSZTATA SPECIFIKUS ANTIGÉN (PSA) SZEREPE ÉS KLINIKAI SZIGNIFIKANCIÁJA VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEINKBEN <u>Toronyi Éva</u> <sup>1</sup> , Rús András <sup>2</sup> , Rempert Ádám <sup>1</sup> , Varga Marina <sup>1</sup> , Földes Katalin <sup>1</sup> , Chmel Rita <sup>1</sup> , Török Szilárd <sup>1</sup> , Dallos Gábor <sup>1</sup> , Végső Gyula <sup>1</sup> , Jansen Judit <sup>1</sup> , Járay Jenő <sup>1</sup> <sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika <sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika
25	Smudla Anikó	A CADAVER DONÁCIÓ PSZICHOLÓGIAI HATÁSAI A DONOROK HOZZÁTARTOZÓIRA <u>Smudla Anikó</u> <sup>(1,2)</sup> , Hegedűs Katalin <sup>(1)</sup> <sup>(1)</sup> Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest <sup>(2)</sup> Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest
26	Fedor Roland	VESETRANSZPLANTATIÓT KÖVETŐ ACUT DIVERTICULITIS COLON PERFORATIOVAL <u>Fedor R.</u> , Szabó L., Asztalos L. DE OEC Sebészeti Intézet, Vesetranszplantációs Osztály
27	Farkasné Hankó Monika	VESEFUNKCIÓ MONITOROZÁSA MÁJTRANSZPLANTÁLT BETEGEKBE KÉT LABORPARAMÉTER ÖSSZEHASONLÍTÁSÁVAL <u>Farkasné Hankó Mónika</u> <sup>1</sup> , Varga József <sup>2</sup> , Nemes Balázs <sup>3</sup> , Gaál Ibolya <sup>1</sup> , Lakatos Márta <sup>1</sup> , Dávid Andrea <sup>3</sup> , Pongrácz Dorottya <sup>3</sup> , Medvéne Hacsavecz Mária <sup>1</sup> , Borics Jánosné <sup>1</sup> , Gábor Ágnes <sup>1</sup> , Sulyok Bea <sup>1</sup> , Varga Marina <sup>1</sup> , Sárváry Enikő <sup>1</sup> <sup>1</sup> SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest <sup>2</sup> Dade Behring Budapest <sup>3</sup> TDK-s hallgató



- 
- |    |                 |   |
|----|-----------------|---|
| 28 | Langer Róbert   | RITUXIMAB ELSŐ ALKALMAZÁSAI KLINIKÁNKON<br><u>Langer R.</u> , Rempert Á, Máthé Zs, Járay J<br>SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest   |
| 29 | Németh Dorottya | KONVERTÁLÁS AZ IMMUNSZUPRESSZIÓBAN: BUDAPESTI<br>TAPASZTALATOK<br><u>Németh D.</u> , Korbély R, Langer R, Hídvégi M, Rempert Á,<br>Járay J<br>SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest  |
| 30 | Gál Krisztina   | A BNP HELYE A KRÓNIKUS VESEBETEG (CRF) ÉS<br>VESETRANSZPLANTÁLT (NTX) GYEREKEK ÁLLAPOTÁNAK<br>FELMÉRÉSÉBEN<br><u>Gál Krisztina</u> , Schäfer Betti, Horváth Erzsébet, Reusz<br>György, Prókai Ágnes, Szabó J Attila<br>Simmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekklinika  |
| 31 | Prókai Ágnes    | POSZTTRANSZPLANTÁCIÓS DE NOVO DIABETES MELLITUS<br>VESETRANSZPLANTÁLT GYERMEKEKBEN<br><u>Prókai Ágnes</u> , Reusz György, Körner Anna, Szabó J Attila<br>Simmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika   |
| 32 | Schäfer Betti   | SZÍV MRI VIZSGÁLATOK KRÓNIKUS VESEBETEG ÉS<br>VESETRANSZPLANTÁLT GYERMEKEKBEN<br><u>Schäfer Betti</u> , Tóth Attila#, Horváth Erzsébet, Gál Krisztina,<br>Reusz György, Szabó J Attila<br>Simmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekklinika és #Szív-<br>és Érsebészeti Klinika   |
| 33 | Lőcsey Lajos    | ÖSSZEFÜGGÉSEK AZ ANYAGCSERE VÁLTOZÁSOK ÉS AZ<br>ÉRFAL MEREVSÉGVIZSGÁLATA KÖZÖTT<br>VESETRANSZPLANTÁCIÓ UTÁN<br><u>Lőcsey Lajos</u> <sup>(1)</sup> , Borbás Béla <sup>(1)</sup> , Szlanka Beatrix <sup>(1)</sup> , Ménes<br>István <sup>(1)</sup> , Dán Anikó <sup>(2)</sup><br>Szabó László <sup>(3)</sup> , Asztalos László <sup>(3)</sup> és Lőrincz István <sup>(4)</sup><br>B.Braun Avitum Hungary 10. Dialízis Központ , Kenézy<br>Gyula Kórház I.Belosztály <sup>(1)</sup> ,<br>És Központi Labor <sup>(2)</sup> , Debreceni Egyetem ,DEOEC<br>I.Sebészeti <sup>(3)</sup> és Belgyógyászati<br>Klinika <sup>(4)</sup> ,Debrecen |
| 34 | Deák Péter Ákos | AZ ÁTÜLTETETT VESE ARTERIÁS SZŰKÜLETÉNEK PERCUTAN<br>ENDOVASCULARIS KEZELÉSE<br><u>Deák P. Á.</u> , Doros A., Németh A., Hartmann E., Rempert<br>Á., Jansen J.  |

- 35 Szőnyi László HEPATOCYTA TRANSZPLANTÁCIÓ A KLINIKAI GYAKORLATBAN  
Szőnyi L.<sup>1</sup> Dezsőfi A.,<sup>1</sup> Takács Z.,<sup>1</sup> Kóbori L.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>I. Sz. Gyermekklinika,  
<sup>2</sup>Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest
- 36 Kozma László HLA I. OSZTÁLYÚ ELLENANYAGOK VIZSGÁLATÁNAK JELENTŐSÉGE VESETRANSZPLANTÁCIÓBAN  
Kozma László és Bohaty Ilona  
Országos Vérellátó Szolgálat Debreceni Regionális Központ, Debrecen

**4. szekció 2006 november 24. 8.00 - 9.20**

Elnök:

**Ferencz Andrea, Langer Róbert, Sárváry Enikő**

- | Nr. | előadó                     | cím   |
|-----|----------------------------|---|
| 37  | Bánki N Fanni <sup>1</sup> | A HŐSOKK-FEHÉRJE 70 ÉS A TOLL-LIKE-RECEPTOR 4 POLIMORFIZMUSOK VIZSGÁLATA VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEK BEN<br><u>Bánki N Fanni</u> <sup>1</sup> , Fekete Andrea <sup>1</sup> , Viklicky Ondrej <sup>2</sup> , Heemann Uwe <sup>3</sup> , Reusz György <sup>1</sup> , Szabó J Attila <sup>1</sup><br><sup>1</sup> Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika és MTA Kutatólabor, <sup>2</sup> Dept. of Nephrology, Transplant Center, Prague, Czech Republic, <sup>3</sup> Dept. of Nephrology, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Germany |
| 38  | Ferencz Andrea             | A KORAI ÉS KÉSŐI ISCHÉMIÁS PREKONDÍCIONÁLÁS HATÁSA AZ OXIDATÍV STRESSZRE VÉKONYBÉL AUTOTRANSZPLANTÁCIÓS MODELLBEN<br><u>Ferencz Andrea</u> , Jancsó Gábor, Cserepes Barbara, Gasz Balázs, Kalmár-Nagy Károly, Róth Erzsébet   |

- 39 Gaál Ibolya **DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁS KIDOLGOZÁSA HUMÁN CITOKRÓM P450 MRNS GÉNEXPRESSZIÓ VIZSGÁLATÁRA TELJES VÉRBŐL**  
Gaál Ibolya<sup>1</sup>, Kóhalmy Krisztina<sup>2</sup>, Paulik József<sup>3</sup>, Maléth Anikó<sup>1</sup>, Schmidt Katalin<sup>1</sup>, Lakatos Márta<sup>1</sup>, Gulyás Judit<sup>2</sup>, Porrogi Pálma<sup>2</sup>, Péter Antal<sup>1</sup>, Dallos Gábor<sup>1</sup>, Nemes Balázs<sup>1</sup>, Görög Dénes<sup>1</sup>, Benkő Tamás<sup>1</sup>, Piros László<sup>1</sup>, Gerlei Zsuzsa<sup>1</sup>, Gálóci Imre<sup>4</sup>, Hirka Gábor<sup>5</sup>, Fazakas János<sup>1</sup>, Járay Jenő<sup>1</sup>, Korponay Zsuzsanna<sup>6</sup>, Sárváry Enikő<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest  
<sup>2</sup>MTA Kémiai Kutatóközpont Budapest  
<sup>3</sup>Roche (Magyarország) Kft, Diagnosztika Divízió  
<sup>4</sup>Diagnosticum Zrt, Budapest  
<sup>5</sup>LAB International Magyarország KutatóKözpont, Veszprém  
<sup>6</sup>Semmelweis Egyetem, II.sz. Gyermekklinika Klinika, Budapest
- 40 Szabó J. Attila **LACK OF LONG-TERM PROTECTIVE EFFECT OF ANTIOXIDANT/ANTI-INFLAMMATORY THERAPY IN TRANSPLANT-INDUCED ISCHEMIA/REPERFUSION INJURY**  
Attila J Szabo<sup>1</sup>, You-Lin Tain<sup>3</sup>, Veronika Muller<sup>2</sup>, Anna Dikalova<sup>4</sup>, Kathy Griendling<sup>4</sup>, Chris Baylis<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Departments of I. Pediatrics and <sup>2</sup>Pulmonology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; Department of Medicine, <sup>3</sup>Department of Physiology and Functional Genomics, University of Florida, Gainesville, Fla., USA; <sup>4</sup>Division of Cardiology, Emory University School of Medicine, Atlanta, Ga., USA
- 41 Szabó J. Attila **SEX DIFFERENCES IN HEAT SHOCK PROTEIN 72 EXPRESSION AND LOCALIZATION IN RATS FOLLOWING RENAL ISCHAEMIA-REPERFUSION INJURY**  
Attila J Szabó, <sup>1,4</sup>Andrea Fekete, <sup>2</sup>Ádám Vannay, <sup>3</sup>Ágota Vér, <sup>4</sup>Krisztina Rusai, <sup>3</sup>Veronika Müller, <sup>4</sup>György Reusz, <sup>1,4</sup>Tivadar Tulassay  
<sup>1</sup>Research Group for Pediatrics and Nephrology of the Hungarian Academy of Sciences and of the Semmelweis University Budapest, <sup>2</sup>Szentágotthai Knowledge Center, Budapest, <sup>3</sup>Institute of Medical Chemistry, Molecular Biology and Pathobiochemistry, <sup>4</sup>1st Department of Pediatrics, <sup>5</sup>Department of Pulmonology of the Semmelweis University Budapest

- 42 Langer Róbert DONOROK ELŐKEZELÉSE SZTEROIDDAL. EGY OSZTRÁK-MAGYAR TANULMÁNY ELSŐ EREDMÉNYEI  
Langer R, Rempert Á, Dallos G, Földes K, Sárváry E, Oberbauer R<sup>2</sup>  
SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest,  
<sup>2</sup>Elisabethinen Spital, Linz
- 43 Monostory Katalin DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁS KIDOLGOZÁSA A GYÓGYSZER-METABOLIZÁLÓ KÉPESSÉG VIZSGÁLATÁRA SZERVÁTÜLTETÉSEN ÁTESETT BETEGEKBEN  
Monostory Katalin<sup>1</sup>, Kóhalmy Krisztina<sup>1</sup>, Gulyás Judit<sup>1</sup>, Porrogi Pálma<sup>1</sup>, Gaál Ibolya<sup>1</sup>, Paulik József<sup>3</sup>, Maléth Anikó<sup>1</sup>, Schmidt Katalin<sup>1</sup>, Benkő Tamás<sup>1</sup>, Péter Antal<sup>1</sup>, Dallos Gábor<sup>1</sup>, Piros László<sup>1</sup>, Nemes Balázs<sup>1</sup>, Görög Dénes<sup>1</sup>, Gálóci Imre<sup>4</sup>, Hirka Gábor<sup>5</sup>, Fazakas János<sup>1</sup>, Lakatos Márta<sup>1</sup>, Gerlei Zsuzsa<sup>1</sup>, Korponay Zsuzsanna<sup>6</sup>, Járay Jenő<sup>1</sup>, Sárváry Enikő<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest  
<sup>2</sup>MTA Kémiai Kutatóközpont Budapest  
<sup>3</sup>Roche (Magyarország) Kft, Diagnosztika Divízió  
<sup>4</sup>Diagnosticum Zrt, Budapest  
<sup>5</sup>Lab International Magyarország Kutatóközpont, Veszprém  
<sup>6</sup>Semmelweis Egyetem, II.sz. Gyermekklinika Klinika, Budapest
- 44 Sárváry Enikő A MÁJGRAFT GYÓGYSZER-METABOLIZÁLÓ KÉPESSÉGÉNEK VIZSGÁLATA VALÓS IDEJŰ PCR TECHNIKÁVAL  
Sárváry Enikő<sup>1</sup>, Gaál Ibolya<sup>1</sup>, Paulik József<sup>3</sup>, Lakatos Márta<sup>1</sup>, Maléth Anikó<sup>1</sup>, Schmidt Katalin<sup>1</sup>, Kóhalmy Krisztina<sup>2</sup>, Gulyás Judit<sup>2</sup>, Porrogi Pálma<sup>2</sup>, Péter Antal<sup>1</sup>, Dallos Gábor<sup>1</sup>, Benkő Tamás<sup>1</sup>, Piros László<sup>1</sup>, Nemes Balázs<sup>1</sup>, Görög Dénes<sup>1</sup>, Gálóci Imre<sup>4</sup>, Hirka Gábor<sup>5</sup>, Fazakas János<sup>1</sup>, Gerlei Zsuzsa<sup>1</sup>, Korponay Zsuzsanna<sup>6</sup>, Járay Jenő<sup>1</sup>, Monostory Katalin<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest  
<sup>2</sup>MTA Kémiai Kutatóközpont Budapest  
<sup>3</sup>Roche (Magyarország) Kft, Diagnosztika Divízió  
<sup>4</sup>Diagnosticum Zrt, Budapest  
<sup>5</sup>Lab International Magyarország Kutatóközpont, Veszprém  
<sup>6</sup>Semmelweis Egyetem, II.sz. Gyermekklinika Klinika, Budapest

**5. szekció – Poszterszekció**

**2006 november 24. 9.25 - 10.10**

**Elnök:**

**Rajczy Katalin, Szederkényi Edit, Szőnyi László**

<b>Nr.</b>	<b>előadó</b>	<b>cím</b>
45	Faragó Gyöngyvér	A VESE ÉS HASNYÁLMIRIGY TRANSZPLANTALT BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK VIZSGÁLATA <u>Faragó Gyöngyvér</u> <sup>1</sup> , Németh Katalin <sup>2</sup> , Dr. Kalmár Nagy Károly <sup>3</sup> PTE-OEC-ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika <sup>1</sup> PTE-OEC-ETK, Klinikai és Ápolástudományi Intézet <sup>2</sup> PTE-OEC-ÁOK, Sebészeti Klinika,
46	Viola Mária	GYERMEK VESÉK ALLOKÁCIÓJA <u>Viola Mária</u> <sup>1</sup> , Mihály Sándor <sup>1</sup> , Szakály Péter <sup>2</sup> , Kalmár Nagy Károly <sup>2</sup> , Hungarotransplant Kht <sup>1</sup> , PTE OEC Sebészeti Klinika <sup>2</sup> ,
47	Korbély Róbert	HÉTKÖZNAPI ÉS HÉTVÉGI TRANSZPLANTÁCIÓK <u>Korbély R</u> , Hídvégi M, Langer R SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest
48	Cserkuti Csilla	A TRANSZPLANTÁCIÓS RIADÓ MENETE AZ OGYK HLA LABORATÓRIUMÁBAN <u>Cserkuti Csilla</u> , Kertész Lászlóné, Schmidt Lászlóné, Sinkovichné Bak Erzsébet, Gaál Katalin, Rausch Mihályné Országos Gyógyintézeti Központ, Immungenetika Osztály
49	Langer Róbert	LYMPHOCELE 8 ÉVVEL A VESETRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐEN <u>Langer R</u> , Tóth A, Rempert Á, Járay J SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest
50	Faust Zsuzsanna	TRANSZPLANTÁCIÓ UTÁNI ICTERUS DIFFERENCIÁL-DIAGNOSZTIKÁJA PASSENGER B LYMPHOCYTA SYNDROMA – ESETBEMUTATÁS <u>Faust Zs.</u> , Sáfrány B., Pászthy V., Csernus Z., Kalmár N. K. *, Nemes I. OVSz Pécsi Regionális Vérellátó Központ *PTE Sebészeti Klinika Transzplantációs Osztály

- 51 Sáfrány Beatrix ESÉLY EGY ESÉLYTELEN BETEGNEK - 100% PRA ÉRTÉKŰ VESEBETEG SIKERES TRANSZPLANTÁCIÓJA FLOWCITOMETRIÁS KERESZTPRÓBA ALAPJÁN  
Sáfrány B., Faust Zs., Kalmár Nagy K.\* , Hernádi E., Szakály P.\* , Kaszáné Gy. B., Viola M.\* , Nemes I.  
OVSz Pécsi Regionális Vérellátó Központ HLA Laboratórium  
\*PTE Sebészeti Klinika Transzplantációs Osztály
- 52 Szalamanov Georginé HOGYAN VÉLEKEDNEK MAGYARORSZÁGON A DIALIZÁLT BETEGEK AZ ÉLŐDONOROS TRANSZPLANTÁCIÓRÓL?  
Szalamanov Georginé, Szendy Béla  
Transzplantációs Alapítvány a Megújított Életekért, Szendy&Szendy

**6. szekció 2006 november 25. 8.00 - 10.00**

**Elnök:**

**Fazakas János, Fehérvári Imre, Görög Dénes**

- | <b>Nr.</b> | <b>előadó</b> | <b>cím</b>   |
|------------|---------------|--|
| 53         | Máthé Zoltán  | FELNŐTTKORI ÉLŐDONOROS MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ: TORONTÓI TAPASZTALATOK<br><u>Máthé Zoltán</u> <sup>1,2</sup><br><sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest<br><sup>2</sup> Toronto General Hospital, University of Toronto, Toronto, Kanada   |
| 54         | Kóbori László | AZ ÉLŐDONOR MÁJÁTÜLTETÉS HELYZETE MAGYARORSZÁGON<br><u>Kóbori László</u> , Gerlei Zsuzsanna, Szőnyi László, Péter Zoltán, Doros Attila, Máthé Zoltán, Németh Andrea, Hartmann Erika, Borsodi Etelka, Árkosy Mónika, Mándli Tamás, Kiss Mátyás, Nagy Péter, Dallos Gábor, Benkő Tamás, Fehérvári Imre, Járay Jenő, Dieter C. Broering<br>SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Flór F. Kh. Kistarcsa, I. sz. Gyermekklinika<br>UKSH-Kiel, Deutschland |

- 55 Kóbori László **HEPATOCYTA TRANSZPLANTÁCIÓ A KLINIKAI GYAKORLATBAN**  
Kóbori László, Doros Attila, Németh Andrea, Gerlei Zsuzsanna, Fehérvári Imre, Mándli Tamás, Ther Gábor, Maléth Anikó, Schmidt Zsoltné, Piros László, Kóhalmi Krisztina, Szőnyi László, Schuller János, Lengyel Gabriella, Szalay Ferenc, Fehér János, Járay Jenő, Wolfgang Rüdinger, Michael Ott  
SE. Transzplantációs és Sebészeti Klinika, I sz. Gyermekklinika, I.sz. Belgyógyászati Klinika, II.sz. Belgyógyászati Klinika, Szent László Kórház, MTA KKI
- 56 Fehérvári Imre **MÁJÁTÜLTETÉS ÉS HBV INFEKCIÓ**  
Fehérvári Imre, Görög Dénes, Kóbori László, Nemes Balázs, Gerlei Zsuzsa  
SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest
- 57 Görög Dénes **OBESITAS ÉS MÁJ TRANSZPLANTÁCIÓ**  
Görög Dénes, Fazakas János, Gerlei Zsuzsa, Fehérvári Imre, Kóbori László, Nemes Balázs.
- 58 Kiss Nikolett **MÁJRECIPIENSEK ANESZTEZIOLÓGIAI KIVIZSGÁLÁSÁNAK EREDMÉNYEI 2004-2005 KÖZÖTT**  
Kiss N<sup>1</sup>, Radnai M<sup>2</sup>, Békefi R<sup>1</sup>, Fazakas J.<sup>3</sup>, Németh E. <sup>1</sup>, Árkosy M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest  
<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest  
<sup>3</sup>Fővárosi Bajcsy Zsilinszky Kórház, Budapest
- 59 Meixner Katalin **MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ ÉS CELL SAVER HASZNÁLATA**  
Meixner Katalin, Fazakas János, Árkosy Mónika  
Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest
- 60 Nemes Balázs **SZERVDONÁCIÓK ELEMZÉSE A MÁJÁTÜLTETÉSI PROGRAMMAL KAPCSOLATBAN**  
Nemes B., Schmidt K, Maléth A, Jakab K, Feszt T, Fehérvári I, Dallos G, Görög D, Langer R, Máthé Z, Péter A, Máthé Zs, Fazakas J., Járay J
- 61 Nemes Balázs **CYSTATIN C MONITOROZÁS MÁJÁTÜLTETÉS SORÁN**  
Nemes B., Sárváry E., Lakatos M., Fazakas J, Pongrácz D, Dávid A, Fehérvári I, Görög D, Máthé Z, Gaál I, Farkasné H. M, Járay J

- 62    Friedsam Gabriella    REBEKA és TÍMEA Az élődonoros májtranszplantáció anaesthesiájának asszisztensi vonatkozásai  
Friedsam Gabriella; dr. Fazakas János  
Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest
- 63    Kleineisel Tamás    ÁPOLÁS ÉLŐDONOROS MÁJÁTÜLTETÉS SORÁN  
Kleineisel Tamás, Bóka Beatrix  
SE Transzplantációs és Sebészeti klinika
- 64    Tóth Szabolcs    A KORAI GRAFT DISZFUNKCIÓ ÉS MORTALITÁS JELENTŐSÉGE MÁJTRANSZPLANTÁLT BETEGEKNÉL  
Tóth Sz<sup>1</sup>, Radnai M.<sup>2</sup>, Fazakas J.<sup>3</sup>, Császár V.<sup>2</sup>, Orgoványi M.<sup>2</sup>, Németh E.<sup>1</sup>, Árkosy M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest  
<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest  
<sup>3</sup>Fővárosi Bajcsy Zsilinszky Kórház, Budapest

**7. szekció                    2006 november 25. 10.30 - 11.30**

**Elnök:**

**Kóbori László, Toronyi Éva**

<b>Nr.</b>	<b>előadó</b>	<b>cím</b>
65	Dieter Bröring	LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION
66	Jens Lutz	CMV PROFIXIS AFTER RENAL TRANSPLANTATION



## **ABSZTRAKTOK**



1.

**140 ÉVES AZ ALTATÁS. JOHN C. WARREN ÉS TH. MORTON.**

Langer Róbert

SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest

140 évvel ezelőtt, 1846 novemberében Bostonban történt az első éter narcosisban végzett műtét. Az anaesthesiologiát képviselő Thomas Morton fogorvos és a sebészeti beavatkozást végző John Collins Warren történelmi tette koránt sem volt mentes a vitáktól és az ellentmondásoktól. Hosszú út vezetett a Massachusetts General Hospital műtőjébe, hiszen hárman is maguknak deklarálták az úttörő felfedezést, mely forradalmasította a sebészetet. 4 hónap múlva már a mi Balassánk is így operált Budapesten. Warren híres mondása: „Gentlemen, this is not humbug!” ma is bekeretezve ott függ az Ether Dome falán, a történelmi tett helyén. Az előadónak volt szerencséje személyesen felkeresni e helyet, melyet képes beszámolóban kíván bemutatni, felelevenítve az esemény orvostörténeti hátterét és jelentőségét.

**2.**

**NORMAN EDWARD SHUMWAY (1923-2006) A SZÍVÁTÜLTETÉS ATYJA**

Bogáts Gábor

SZTE ÁOK Kardiológiai Központ  
Szívsebészeti Osztály

Norman Shumway, aki a szívatültetés technikai alapjait kidolgozta és az Amerikai Egyesült Államok első sikeres szívatültetését végezte ez év február 10-én elhunyt. Az általa kidolgozott műtétet azóta több, mint 75.000 esetben alkalmazták sikerrel. Jelentősen hozzájárult a transzplantáció jogi akadályainak elhárításához, az agyhalál pontos definíciójának megalkotásához is. A kezdeti időszak kevésbé lelkesítő túlélési eredményei ellenére sem hagyott fel a szívatültetési programmal, az összegyűjtött hatalmas tapasztalat a ciklosporin-éra eljövetele után meghálálta magát. A világ jelenleg leghosszabb szívatültetett túlélője is Shumway páciensei közül való, 27 évvel a műtét után jó egészségnek örvend. Nemcsak a szívatültetésben alkotott maradandót, hanem jelentősen hozzájárult egyéb szervek transzplantációjának fejlődéséhez is, továbbá új irányt mutatott a veleszületett szívbetegség kezelésében és a billentyűsebészetben is.

**3.**

**HOMMAGE A LA MEDICINE**

Tarján Iván

Transzplantációs Alapítvány a Megújított Életekért Budapest

Slide show a szervátültetésről (9 perc)

A szerző a Transzplantációs Alapítvány munkatársaként évek óta fotókat készít a szervátültetéssel kapcsolatos témákról. A képekből összeállított fotókiállítás („Árnyék és Fény”) négy éve járja az országot, hogy a laikus embereket hiteles információkkal lássa el a szervátültetés ma még misztikusnak tekinthető ügyéről, ezen belül a betegek gyötrelmeiről és gyógyulásáról, az orvosok és ápolók küzdelmeiről.

Ezt mutatja be zenés diászor-szerűen a négy fejezetből (donor, dialízis, műtét, egészséges szervátültetettek) álló film, mely tulajdonképpen a kiállítás anyagára épül.

**4.**

**FEJTÖRŐ**

Iványi Béla, Szederkényi Edit  
SZTE Pathologia és Sebészeti Klinika

A veseallograft biopsiás vizsgálata során a klinikai diagnózis rovatban jobbára a rejec-tio? gyógyszerotoxicitás? a dysfunctio egyéb oka? szerepelnek. A klinikus kollégák jog-gal gondolhatják, hogy a morfológiai elváltozások szűk spektrumúak és a kórisme felállítása egyszerű. A következtetés illusztrálására 4 eset (3 dysfunctiós, 1 protokoll) morfológiai elváltozásait mutatjuk be. A hallgatóságot arra buzdítjuk, hogy a biopszi-ás diagnózist együtt találjuk ki. Ismertetjük az utánkövetés adatait.

5.

**A TRANSZPLANTÁCIÓRA VÁRÓ BETEGEK IMMUNGENETIKAI KIVIZSGÁLÁSA AZ EUROTRANSPLANT ORSZÁGAIBAN**

Rajczy Katalin, Padányi Ágnes, Borka Péter  
Immungenetikai Osztály, Országos Gyógyintézeti Központ, Budapest

A beszámoló során sor kerül az alábbi folyamatok összehasonlító ismertetésére:  
A transzplantációra váró betegek HLA tipizálása, az autoantitestek jelenlétének vizsgálata.

A HLA-ellenes antitestek mennyiségi és minőségi monitorozása a várólistán

A HLA-ellenes antitestek mennyiségi és minőségi monitorozása a transzplantációt követően

Kiemelt, az allokációval összefüggő kérdések:

Kiemelt betegcsoportok (HU, IM, HI)

Kiemelt betegcsoportok vizsgálati sémája

Kiemelt betegcsoportok nemzetközi megoszlása

A kiválasztás algoritmus (összehasonlításban)

HLA egyezés mértéke és változásának tendenciái az ET gyakorlatában

Centrumok közötti szervcserék egyensúlya és tendenciái

Határon túli vese-cserék lebonyolítása (savók, sejtek, szervek)

## 6.

### **A VESETRANSZPLANTÁCIÓS VÁRÓLISTA VEZETÉSE: HÁNY BETEG IS VAN VÁRÓLISTÁN?**

Rajczy Katalin<sup>1</sup>, Asztalos László<sup>2</sup>, Járay Jenő<sup>3</sup>, Kalmár-Nagy Károly<sup>4</sup>, Szenohradszky Pál<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Immungenetikai Osztály, Országos Gyógyintézeti Központ, Budapest, <sup>2</sup>DEOEC Sebészeti Klinika, <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, <sup>4</sup>PTE Sebészeti Klinika, <sup>5</sup>SZAOTE Sebészeti Klinika

A hazánkban jelenleg krónikus dialíziskezelés alatt álló 5200 feletti betegből aktuálisan 908, a dialíziskezelésre még nem szoruló veseelégtelen betegek közül 46 szerepel a várólistán.

A tendencia abszolút értékben is fordított: miközben a transzplantációk száma lényegében nem növekedett, a várólistán levő betegek száma folyamatosan csökken.

Az elemzés célja a ténylegesen várólistán levő betegek jelentett állapota és a transzplantációra való alkalmassága közötti összefüggés feltárása, az allokáció sajátosságos volta és a lista élén levő betegek alkalmassága közötti összefüggés vizsgálata, valamint a kiválasztásra kerülő betegek listán elfoglalt státusának analízálása.

A jelenleg érvényben lévő jogi szabályozás a regionális várólista bizottságok feladatává teszi az adott régióban a betegek aktuális transzplantációra való alkalmasságának megítélését a kezelőorvos bevonásával. Ennek köszönhetően ténylegesen csökkenthető a várólistán szereplő, de transzplantációra aktuálisan vagy egyáltalán nem alkalmas betegek száma és aránya. Ez a változás a szelekciós listák élén ajánlott betegek transzplantációját eredményezheti, rövidebb szervezési, ezáltal rövidebb hideg ischaemiás idővel, lehetőleg jobb HLA egyezéssel, amely változás közvetlenül a graft túlélést is javíthatja.



## 7.

### **A RÖVID TÁVÚ VÉRCUKORSZINT-OSZILLÁCIÓ PANCREAS-VESE TRANSZPLANTÁLTAKBAN**

Tamaskó Mónika<sup>1</sup>, Kalmár Nagy Károly<sup>2</sup>, Pótó László<sup>3</sup>, Boros András Géza<sup>1</sup>, Molnár Gergő Attila<sup>1</sup>, Laczy Boglárka<sup>1</sup>, Markó Lajos<sup>1</sup>, Wagner László<sup>1</sup>, Wagner Zoltán<sup>1</sup>, Cseh Judit<sup>1</sup>, Nagy Judit<sup>1</sup>, Wittmann István<sup>1</sup>

PTE, ÁOK, II. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum<sup>1</sup>, Sebészeti Klinika<sup>2</sup>, Bioanalitikai Intézet<sup>3</sup>

Kombinált pancreas-vese transzplantáció (PVTX) után a betegek vesefunkciója és szénhidrát-anyagcseréje is rendeződik. Nem ismert, hogy a transzplantált hasnyálmirigy a saját hasnyálmiriggyel megegyezően szabályozza-e a szénhidrát-háztartást. Célunk a feltehetőleg idegi szabályozás alatt álló rövid távú glükóz-oszcillációk vizsgálata volt.

Öt egészséges kontroll személynél (KONTR), öt 1-es és öt 2-es típusú diabéteszes (DM1 és 2), valamint öt PVTX-n átesett betegnél került sor folyamatos intersticiális cukormonitorozásra (Continuous Glucose Monitoring System, CGMS). Valamennyiüknél 4 napos CGMS monitorozást végeztünk melynek eredményeit Fourier transzformációval analizáltuk. Valamennyi betegnél meghatároztuk az intersticiális cukorszint különböző periódusidejű ingadozásainak átlagos amplitúdóját. Neuropátiás vizsgálatot is végeztünk. Eredményeinket az SPSS 13.0 statisztikai programmal elemeztük.

Az intersticiális cukorszintek átlaga a KONTR és a PVTX csoportban nem különbözött szignifikánsan, míg a PVTX csoportban szignifikánsan alacsonyabb volt mint a DM1 csoportban ( $p < 0,05$ ). A cukorszint-ingadozások Fourier transzformációval kapott átlagos amplitúdója a PVTX betegeknél szignifikánsan magasabb, mint a KONTR csoportban ( $p < 0,05$ ), és szignifikánsan alacsonyabb, mint a DM1 és DM2 betegeknél ( $p < 0,05$ ). A kétféle típusú DM-s betegek eredményei nem különböztek szignifikánsan. Lineáris regressziós vizsgálataink alapján a fruktózaminszint, a neuropátiás autonóm score és a laktát dehidrogenáz szint az ingadozások független prediktora valamennyi periódusidőnél.

Eredményeink alapján, bár a PVTX a vércukorszintet normalizálja, észlelhető a cukorszint-ingadozások zavara. Ennek hátterében szabályozási zavar, talán a pancreas innerváció hiánya, és elsősorban a paraszimpatikus innerváció kiesése állhat.

8.

**CO<sup>2</sup>-VENOGRÁFIA HASZNÁLATA TIPS-BEÜLTETÉSBEN. KEZDETI TAPASZTALATOK**

Doros A., Németh A., Hartmann E., Deák P.Á., Szentmarjay S., Dukainé Domján M., Huszár A., Gerlei Zs., Kóbori L., Nemes B., Fehévári I., Görög D.

Bevezetés: TIPS beavatkozások kapcsán először 1994-ben közzétették a CO<sup>2</sup> gáz használatát negatív kontrasztanyagként. A wedged helyzetben végzett retrográd portográfia során előny a gáz minimális viszkozitása, valamint az a tény, hogy a gravitációs hatások miatt a jobb dorsalis portaágakból gyorsan a porta-bifurkáció felé halad és rövid idő alatt kitölti azokat. A gáz beadásának biztonságát gyári szettek segítik, azonban egyszerű eszközökkel is biztonságosan használható.

Beteg és módszer: A Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti klinikáján 2002-ben végeztük az első TIPS beültetést. Programszerűen 2005-től történnek beavatkozások, a finanszírozási korlátok függvényében. Az eltelt idő alatt 33 beavatkozás történt, ebből 23 primeren sikeres, 5 sikertelen és 5 revízió. A technikai feltételek utolsó 5 betegünkénél tették lehetővé CO<sup>2</sup>-venográfia végzését. 4 beteg esetében csak v.hepatica venográfiát és retrográd transzparenchymális portográfiát végeztünk, egy esetben kontrasztanyag érzékenység miatt a teljes beavatkozáshoz CO<sup>2</sup>-t használtunk.

Eredmények: Az első használatkor nem nyertünk megfelelő retrográd portográfias képet, melynek lehet oka a máj állapota, a katéter nem megfelelő helyzete, vagy a gáz nem elégséges mennyisége. A további beavatkozásoknál sikeresen használtuk a gázt a vénák ábrázolására.

Következtetés: Az irodalmi adatoknak megfelelően jó kezdeti tapasztalatokat szereztünk a CO<sup>2</sup>-venográfiával TIPS beavatkozások alatt. A módszer elővigyázatos alkalmazásával a teljes TIPS beavatkozás is elvégezhető volt.

9.

## **TÜDŐTRANSZPLANTÁCIÓ SORÁN ALKALMAZOTT EXTRACORPORALIS MEMBRÁNOXIGENIZÁCIÓVAL (ECMO) SZERZETT INTÉZETI TAPASZTALATAINK**

Dr. Lang György<sup>1</sup>, Dr. Aigner Clemens<sup>1</sup>, Dr. Jaksch Peter<sup>1</sup>, Dr. Wisser Wilfried<sup>1</sup>, Dr. Taghavi Shahrokh<sup>1</sup>, Dr. Czebe Krisztina<sup>2</sup>, Dr. Klepetko Walter<sup>1</sup>

- 1) Bécsi Orvostudományi Egyetem, Sebészeti Klinika, Szív-és Mellkassebészeti Osztály
- 2) Országos Korányi Intézet, III.sz. Belgyógyászati Osztály

Bevezetés:

Intézetünkben 2001 óta alkalmazzuk az ECMO támogatást. Jelen előadásunkban az eljárással szerzett tapasztalatainkat összegezzük.

Módszer:

Áttekintettük a 1/2001 és 1/2006 között végzett tüdőátültetéseket, és összehasonlítottuk az ECMO támogatással ill. az a nélkül végzett transzplantációk eredményeit.

Eredmények:

147 betegnél alkalmaztunk ECMO támogatást. 2 beteg részesült áthidaló kezelésben. 130 esetben végeztünk intraoperatív ECMO támogatást, ezek közül 51 esetben folytattuk azt a perioperatív szakban. Ez utóbbiak közül 5 esetben ismételt ECMO támogatás vált szükségessé graft működési zavar miatt. Szívotort 27 betegnél alkalmaztunk, elsősorban társult szívhibák korrekciója miatt. Ezek közül 11 beteg igényelt posztoperatív ECMO támogatást. Ugyanez időszak során összesen 149, számottevő rizikófaktor nélküli beteget transzplantáltunk ECMO támogatás nélkül. Ezek közül 6 beteg igényelt ECMO támogatást a posztoperatív szakban graft elégtelenség miatt. A teljes vizsgált beteganyagra vonatkoztatott 3 hónapos, 1 éves és 3 éves túlélés 88,6%, 82,1% ill. 74,63% volt. Ugyanez az intraoperatív ± posztoperatív ECMO támogatást kapott csoportban 85,4%, 74,2% és 67,6%, az ECMO nélkül operált csoportban 93,5%, 91,9% ill. 86,5%, míg a szívmotoron operált csoportban 74,0%, 65,9% ill.57,7% volt.

Következtetés:

Az ECMO alkalmas áthidaló kezelésre a transzplantációig, kiválthatja a szívotort és súlyos szövödmények kezelésére is használható. Segítségével még a komplex esetek transzplantációja, ill. a súlyos szövödmények kezelése is jó eredménnyel lehetséges.

**11.**

**METHICILLIN- REZISZTENS STAPHYLOCOCCUS AUREUS TÖRZSEK ELŐFORDULÁSA A SE ÁOK TRANSZPLANTÁCIÓS ÉS SEBÉSZETI KLINIKÁJÁN**

Gálffy Zs., Gerlei Zs., Derzsy N., Farkas M., Kovácsné Zs., Varga M., Járay J.

Néhány évtizede világszerte megjelentek –országonként és kórházanként változó gyakorisággal- a methicillin- rezisztens Staphylococcus aureus / MRSA / törzsek, súlyos, nehezen kezelhető kórházi járványokat okozva. Számos vizsgálat azt bizonyította, hogy ezen törzsek minden baktérium antibiotikummal szemben rezisztensek és csupán néhány antibiotikummal szemben maradnak érzékenyek.

Az utóbbi időkből más intézményekben lezajlott súlyos MRSA járványok felhívták a figyelmet arra, hogy fokozottabb figyelmet fordítsunk ezen baktériumok azonosítására ill. az ezt követő infekciókontrollra.

A szerzők 2000-2006 között vizsgálták a különböző váladékokból izolált MRSA törzsek előfordulását a SE ÁOK Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján.

Felhívják a figyelmet arra, hogy megfelelő infekciókontroll alkalmazásával a MRSA törzsek elterjedése megelőzhető, ill. kontrollálható.

12.

**SIKERREL KEZELT, MESENTERIALIS ÉS RETROPERITONEALIS LYMPHADENITIS  
KÉPÉBEN JELENTKEZŐ HISTOPLASMA CAPSULATUM INFECTIO,  
VESETRANSZPLANTÁLT, IMMUNSUPPRIMÁLT BETEGBEN**

Lázár Norbert, Tímár Botond, Csomor Judit, Doros Attila, Gerlei Zsuzsanna, Gálffy Zsuzsanna, Máthé Zsolt

Semmelweis Egyetem ÁOK, Transzplantációs és Sebészeti Klinika és I. Pathológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

**Bevezetés:** A histoplasmosis a *Histoplasma capsulatum* (HC) dimorph gomba által okozott intracellularis mycosis, mely predisponált betegekben az alveolaris makrofágokban ill. reticuloendothelialis (monocyta-makrofág-histiocyta) rendszerben manifestálódik, kórszövettani módszerekkel jól detektálható blastosporák formájában, és a draináló nyirokutakon át, a kórokozók szinte bármely parenchymás szervbe eljuthatnak. A klinikai kép a tünetmentes állapottól a progressiv systemás mycosis ill. sepsis tünetegyütteséig bezárólag igen változatos lehet.

**Esetismertetés:** A szerzők egy 35 éves, kilenc éve cadaver vesetranszplantatióban részesített, immunsupprimált férfi esetét ismertetik, akit közel három hónapja tartó lázas állapot és jelentős testtömeg csökkenés miatt más intézetben is vizsgáltak, azonban helyes kórisméhez csak a hasi CT vizsgálat indikálta mesenterialis nyirokcsomó-biopszia kórszövettani vizsgálata vezetett, mely *Histoplasma capsulatum* infekciót igazolt. Az alkalmazott Amphotericin B (Abelcet), majd Itraconazol (Orungal) kezelésre a beteg jelenleg tünet és panaszmentes.

**Megbeszélés:** Transzplantált, immunsupprimált betegben kialakult u.n. Rosai-Dorfman -typusú sinus histiocytosisok eseteiben a folyamat neoplasticus természetének kizárása, ill. a neoplasticus lymphoproliferatív kórképek és az infectiv etiológiájú betegségek közötti elkülönítő diagnózis az elsődleges. Amennyiben intracytoplasmaticus kórokozó detektálható, elsősorban leishmaniasis, toxoplasmosis, ill. histoplasmosis fennállása a legvalószínűbb, melyek elkülönítésében a kinetoplastok jelenléte vagy hiánya, a lymphadenitis kórszövettani formája, ill. a jellegzetes PAS pozitív kórokozók kimutatása nagy segítséget nyújt.

**Konklúzió:** Esetünket azért tartjuk bemutatásra érdemesnek, mert tudomásunk szerint hazánkban vesetranszplantált, immunsupprimált betegben mindeddig HC - okozta lymphadenitist nem észleltek.

Fontos annak ismerete, hogy negatív mikrobiológiai leletek mellett is találkozhatunk súlyos regionalis és/vagy systemás mycosisokkal, továbbá lymphadenopathia esetén a biopsziát követő kórszövettani vizsgálat más vizsgálómódszerrel nem kiváltható.

**13.**

**HISTOPLASMA CAPSULATUM FERTŐZÉS VESETRANSZPLANTÁLT BETEGNÉL –  
ESETTANULMÁNY**

Piros László, Langer Róbert, Földes Katalin, Lázár Norbert, Benkő Tamás, Németh Andrea, Máthé Zsolt, Rempert Ádám, Járay Jenő

Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A szervátültetettek körében a morbiditás és a mortalitás egyik jelentős befolyásoló tényezője az infekció, azon belül a gombás infekció. A *Histoplasma capsulatum*, talajban élő saprophyta gomba elsősorban az Egyesült Államokban illetve Dél-Amerikában endémiás, azonban sporadikus előfordulásával számolni kell a világ más országaiban, így hazánkban is. A progresszív disszeminált histoplazmózis a csecsemőket és az immunzupprimáltakat érintő megbetegedés. Nem specifikus tünetei, mint a láz és a testsúlycsökkenés hetekig tarthatnak, mielőtt megszületnének a diagnózis.

Esettanulmány: 36 éves férfi klinikánkon 1997-ben cadaver veseallograft transzplantációjában részesült, 2006. áprilistól magas intermittáló láz, 15 kg-os fogyás, gyengeség miatt observáltuk. Elvégzett bakterológiai, virológiai vizsgálatai negatívak voltak, szérum tumormarker szintjei nem emelkedtek. Az ismételten végzett mellkasi-, hasi CT vizsgálat 3 hónappal később mediastinális-, retroperitoneális- és mesenterialis lymphadenomegáliát mutatott. Exploratív laparotomiát követően retroperitoneális nyirokcsomóbiopsziát végeztünk. Posttranszplantációs lymphoproliferatív megbetegedés gyanúja miatt, a szövettani vizsgálat eredményére várva bázis-immunszuppresszióját sirolimusra konvertáltuk. A szövettani vizsgálat eredménye: *Histoplasma capsulatum* infekció. A beállított intravénás amphotericin B terápia eredményeként állapota rapidan javult, a beteg tünet- és panaszmentessé vált.

Megbeszélés: Magyarország nem tartozik a *H. capsulatum* endémiás területek közé. Immunszupprimált betegeknél fennálló infekció esetén törekedni kell a gyors és pontos diagnózisra, adekvát terápiára. Ismeretlen eredetű láz és lymphadenomegalia esetén gondolni kell ritka patogén kórokozókra is.

**14.**

**GOMBÁS SEPSIS ÉS ENDOPHTALMITIS VESETRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐEN**

Szabó L., Fedor R., Asztalos L.

DE OEC, Sebészeti Intézet, Transzplantációs Osztály

Opportunista gombás fertőzések leginkább immunszupprimált betegek esetében fordulnak elő. Leggyakrabban csontvelő, tüdő és májátültetés után jelentkeznek.

Egy vesetranszplantált beteg esetét mutatjuk be, akit a későn felismert gombás sepsis miatt veszítettünk el.

Vesetranszplantációt követő fél éves kontroll ellenőrzés során rtg felvételen felső tüdőlebenyre terjedő gyulladás igazolódott. Tüdőgyógyász konzílium tüdő tbc-nek véleményezte és területileg illetékes tüdőgyógyászati osztályon történő ellátását javasolta.

Egy hónapos antituberculocticus kezelésre tüdőállapota nem javult, lázas lett és a szem gennyes gyulladása alakult ki. Antibiotikus kezelés ellenére az elváltozás progredialt és a jobb szemet enucleálták. Ezt követően jelentkezett szakrendelésünkön kontrol vizsgálatra.

A tüdőben továbbra is megmaradt a korábbi elváltozás és a bőr alatt testszerte fájdalmas csomók jelentek meg. A bal szemben is látásromlás jelentkezett. Szemészeti konziliárus endophtalmitisnek véleményezte. Felvételre került a beteg. Koponya CT vizsgálat multiplex agyi tályogot írt le. Gombaellenes és széles spektrumú antibiotikus kezelést kezdtünk. A subcutan csomó kimetszéséből sarjadzó gomba metasztázisa igazolódott. Általános állapota elfogadható volt. Szemész intraocularisan is adott gombaellenes szert. Lázas állapota nem változott. Ideggyógyászati vizsgálat az eddigi kezelés továbbfolytatását javasolta. Háromhetes gomba és széles spektrumú antibiotikus kezelést követően állapota romlott, aluszékonyvá vált, emiatt intubatoria és gépi lélegeztetésre kényszerültünk. Ideggyógyászati konzílium az agytörzsi károsodás lehetőségét is felvetette. CT vizsgálat kamrába törő nagy kiterjedésű állományvérzést írt le. Ezt követően a beteg állapota fokozatosan romlott, majd hat nappal később exitált.

Esetünk ismertetésével arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy az immunszupprimált betegekben jelentkező infekciók diagnózisának felállításakor nem használható a nem-immunszupprimált betegekre kidolgozott kivizsgálási protokoll. A megkésett helyes diagnózis a beteg életét veszélyezteti.

15.

**SZEPTIKUS SZÖVŐDMÉNYEK VESETRANSZPLANTÁCIÓ UTÁN**

Marofka Ferenc, Szederkényi Edit, Mihalovits Gábor, Hódi Zoltán, Szenohradszky Pál  
SZTE, Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum, Sebészeti  
Klinika, Szeged

A vesetranszplantáció során alkalmazott immunoszuppresszió egyik következménye a betegek fertőzésekkel szembeni fokozott fogékonyasága. Az infekciók súlyosabb formában zajlanak, mint a normál populációban, néha életet veszélyeztető állapot alakul ki, vagy a graft elvesztését okozhatják. Ezért fontos ezen infekciók ismerete, ahol lehet hatékony profilaxis alkalmazása, a kialakult fertőzés korai felismerése és hatékony terápiája.

Szerzők elemzik az utóbbi 6 év vesetranszplantációi után előforduló súlyos szeptikus szövődményeket, különös tekintettel a CMV infekció előfordulására. Ezek alapján egy lehetséges stratégiát dolgoztak ki a profilaxis és terápia vonatkozásában.

2000 és 2005 között 260 vesetranszplantáció történt, melyek után vizsgáltuk a súlyos szeptikus szövődmények incidenciáját, valamint a CMV infekció előfordulását a donor és a recipiens CMV státuszának függvényében.

A 260 vesetranszplantált betegből 22 esetben észleltünk súlyos szeptikus szövődményt (encephalitis, pneumonia, pancreatitis, colon perforatio, gomba sepsis, endocarditis, dermatitis, pyelonephritis, pulmonalis tbc, osteomyelitis, HSV). 11 beteget (4%) veszítettünk el, 3 esetben (1%) a graft eltávolítására kényszerültünk, 8 esetben (3%) sikerült a graft elvesztése nélkül meggyógyítani a beteget.

CMV fertőzést 8 esetben diagnosztizáltunk: 2/213 (0,9 %) esetben D+R+, 1/16 (6%) D-R+ és 5/21 (25 %) D+R-. Az esetek egy részében CMV nephritis, nagyobb arányban (5 beteg) rejectio társult a fertőzéshez. Valamennyi betegnél az alkalmazott antivirális ill. antirejectiós terápia hatására teljes gyógyulást sikerült elérni. Halálos szövődményünk nem volt.

Tekintettel az immunuszupprimált állapotra, vesetranszplantáció során fontos a szeptikus szövődmények profilaxisa, a korai felismerés és agresszív diagnosztika. A már kialakult infekció esetén az immunoszuppresszió csökkentése gondos mérlegelést igényel, melyhez célzott hatékony kezelésnek kell társulnia.



**16.**

**TT VÍRUS 1. GENOCSOPORT-VARIÁNS JELENLÉTE VESETRANSZPLANTÁLTAKBAN**

Asztalos L<sup>1</sup>., Szládek G<sup>2</sup>., Juhász A<sup>2</sup>., Szőke K<sup>2</sup>., Murvai M<sup>2</sup>., Szarka K<sup>3</sup>., Veress G<sup>2</sup>., Gergely L<sup>2,3</sup>., Kónya J<sup>2</sup>., Szabó L<sup>1</sup>., Fedor R<sup>1</sup>.

1 DE OEC Sebészeti Intézet, Transzplantációs Osztály, Debrecen

2 DE OEC Mikrobiológiai Intézet, Debrecen

3 Magyar Tudományos Akadémia Tumorvírus Kutatócsoport, Debrecen

A Hepatitis B- és C vírus transzfúzióval történő átvitelének valószínűsége 1:100.000, illetve 1:250.000 körüli értékre tehető. A veseelégtelenségben szenvedő hemodialízált- vagy transzplantált betegekben még gyakrabban észlelünk hepatitis megbetegedést.

Számos vírusról tudjuk, hogy hepatitist okoz, mégis mindmáig találkozunk olyan fertőző hepatitises megbetegedésekkel, amelyek nem hozhatók kapcsolatba a rutinszerűen vizsgált vírusokkal. Az ilyen megbetegedések egy részének hátterében valószínűleg az újonnan felfedezett vírusok (HGV, TTV) állnak.

A TTV 1. genocsoportjába tartozó vírus variánsok nagyobb gyakorisággal fordulnak elő, a transzplantált betegek (szív-, máj-, vese-, csontvelő-) körében, mint az egészséges populációban.

Vizsgálatunk célja a TT vírus, illetve annak variánsainak tanulmányozása vesetranszplantált betegekben. A vesetranszplantáltakban a TT vírus jelenlétét kétféle PCR eljárással vizsgáltuk. Az egyik PCR technika képes detektálni az összes TTV genotípust (UTR7PCR), míg a másik specifikusan az 1. genocsoport kimutatására alkalmas (N22-PCR).

Klinikánkon transzplantált 92 beteget szűrtünk TT vírusra, 53 esetben találtunk vírus jelenlétet, ami 57%-os előfordulási gyakoriságot mutat szemben az egészséges kontrollcsoporttal, akiknél csak 20%-ban (13/66) azonosítottuk a vírust. A TTV státusz nem mutatott korrelációt a recipiens életkorával, nemével, valamint a szervátültetés és a TTV-teszt között eltelt idővel. Az ismételt 31 vizsgálat során 26 beteg esetében a TTV korábbi státuszát találtuk. Két eredetileg TTV pozitív beteg negatívvá, míg három eredendően negatív státuszú pozitívvá vált. A TTV variánsok sokfélesége volt jelen a vizsgált betegekben, de az egyes betegek egymást követő mintáiban ugyanazok a variánsok fordultak elő.

Eredményeink azt mutatják, hogy a transzplantált betegek szervezetében a TTV tartósan jelen van, a transzplantáció utáni időszakban csak igen ritkán jelentkezik újabb fertőzés.

**17.**

**ADENOVIRUS 3 HEXON VALAMINT HUMAN HERPES VIRUS 6 ALKALIKUS-  
EXONUKLEÁZ SZEKVENCIAK ÉS A SZÍVSEBÉSZET, AVAGY A TRANSZPLANTÁCIÓ  
LEHETSÉGES MOLEKULÁRIS BIOLÓGIAI HÁTTERE**

Iffy. Hartvánszky István, Tátray Enikő\*, Lászik András\*, Hubay Márta\*, Sóttonyi Péter\*, Bodor Elek, Acsády György, Szabolcs Zoltán

Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

\*Semmelweis Egyetem, Igazságügyi Orvostani Intézet, Budapest

Az akut virális myocarditis gyakori diagnózis elsősorban gyerekeknél, és fiatal felnőtteknél. Korábban igazolták a DNS vírusok és myocarditis összefüggését, mely esetleg dilatativ cardiomyopathiához vezethet. Tervünk volt a lehetséges összefüggés megkeresése vírus infekciók és dilatativ cardiomyopathia között.

14 szívtranszplantációra kerülő betegből explantált szívből, valamint vérminátból Adenovirus 3 és Herpes vírus 6 szekvenciákat kerestünk PCR technikával, majd az amplifikációt 8%-os polyacrylamid-gél elektroforézissel ellenőriztük. A vizsgálatra kerülő betegeknél 3 esetben találtunk Adenovirus és 1 esetben Herpes vírus szekvenciákat, míg a vérminták vírus szekvenciákat nem tartalmaztak. Egy betegnél mindkét vírus szekvencia kimutatható volt. Ennél a betegnél a DCM kialakulását megelőzően 3 hónappal vírusos enteritis zajlott le.

A vírus szekvenciák kimutatásával igazoltuk, hogy korábbi vírus infekciók szerepet játszhatnak dilatativ cardiomyopathia kialakulásában.

**18.**

## **BK-VÍRUS ÉS A TRANSZPLANTÁCIÓ**

Dr. Varga Marina

SE, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Az előadó összefoglalja az utóbbi 10 évben a Polyomavirus család tagjairól felhalmozott adatokat, különös tekintettel a BK-vírusra. A BKV humán pathogen vírus, amely a populáció 80 %-ban szerológiailag kimutatható, de betegséget csak az immunzupprimált betegekben okoz. Fertőzés után a vírus több típusú szövetben látens formában megmarad és immunzuppresszió esetén reaktiválódhat. Csontvelő-transzplantáció után a haemorrhagiás cystitis, vese transzplantációt követően pedig a nephritis (BKAN= BK-associated nephropathia), ill. ureterális stenosis kórokozójaként tartják nyilván. A BK-eredetű nephropathia a transzplantáltak 2-5%-ában graft működési zavarához vagy graftvesztéshez vezet. Az előadó összefoglalja a lehetséges diagnosztikai eljárásokat, köztük, azokat, amelyek segítségével vizsgálták a Transzplantációs Klinikán kezelt 160 beteget. A terápiás lehetőségek között még nem lehet beszámolni magas hatékonyságú BKV-ellenes szerről, de felsorolásra kerülnek a világban jelenleg alkalmazott eljárások.

**19.**

**BK-VIRUS FERTŐZÉS ELŐFORDULÁSA VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEINK KÖZÖTT**

Dallos G., Varga M., Hidvégi M., Telkes G., Alföldy F., Lázár N., Rempört Á.,  
SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A szerzők 160 vesetranszplantált beteg esetében PCR technikával vizsgálták BKV kópiaszámot plazmában és vizeletben. 13 beteg esetében kaptak pozitív eredményt. Egy éves utánkövetésük alatt két esetben találtak ureterszűkületet. Négy alkalommal végeztek vesefunkció romlás miatt biopsziát, de interstitialis nephritist egy biopszia sem mutatott. Vizsgálták a grafftuníót a beültetett vese párjával a donort adataival összevetve. Figyelembe vették a rejectiókat, a CMV infekciók előfordulását és a hideg ischemias időt is.

Összehasonlították két vesetranszplantált betegcsoport grafftuníójának az adatait, valamint vírusfertőzés miatti terápiás terveiket elemzik. A meglévő adataikat összevetik a jelenlegi irodalmi adatokkal.

**20.**

**BK VÍRUS FERTŐZÉSEK A HEMORRHAGIÁS CYSTITISEK HÁTTÉRÉBEN VÉRKÉPZŐ  
ŐSSEJT-ÁTÜLTETÉSBEN**

Kriván Gergely<sup>1</sup>, Fehér Csaba, Molnár Péter<sup>1</sup>, Mihály Ilona<sup>1</sup>, Reményi Péter<sup>2</sup>, Barta Anikó<sup>1</sup>,  
Masszi Tamás<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Szent László Kórház

<sup>2</sup>Országos Gyógyintézeti Központ

A hemorrhagiás cystitis az őssejt-átültetés viszonylag gyakori szövődménye, amelynek háttérében elsősorban gyógyszer-mellékhatás és fertőzések állnak. A fertőzések közül kiemelt jelentőségű a polyoma vírusok családjába tartozó BK vírus. A Szent László Kórház Csontvelő-transzplantációs Osztályán a 2003. 03. 01. és 2006. 02. 28. közötti időszakban elvégzett 269 őssejt-átültetés retrospektív elemzésével vizsgáltuk a cystitisek előfordulását. Cystitises panaszok esetén minden esetben direkt immunfluoreszcens eljárással (DIF) szemikvantitatív BK vírus antigén meghatározás is történt. A 269 betegből 31 esetben (12 %) találtunk BK vírusfertőzést. A 31 betegből 29 személy allogén (15 idegen donor, 13 testvér, 1 haploidentikus szülői), 2 autológ graftot kapott. A 29 allogén átültetés után 21 esetben akut graft versus host betegség is jelentkezett (6 esetben grade I-II., 15 esetben grade III-IV). A BK vírust ürítő betegek közül 27 esetben (14 felnőtt, 13 gyermek) figyeltünk meg cystitises panaszokat, amelyek átlagosan a 41. poszt-transzplantációs napon kezdődtek és 34,4 napig tartottak. A BK vírus ürítő betegek klinikai kórlefolyása során sorozatos vírus antigén meghatározások történtek. Az összesen 116 DIF teszt eredmény felhasználásával elemeztük a BK vírus által okozott cystitisek kórlefolyását, a vírusürítés tartamát, a pozitív eredmények és a klinikai tünetek súlyossága közötti összefüggést. Bár a BK vírus által okozott hemorrhagiás cystitisek néhány esetben urológiai beavatkozást indokló komoly morbiditással és sorozatos transzfúziókat igénylő vérzéssel járt, a szövődmény az esetek többségében maradéktalanul gyógyult.

21.

**HLA ÉS A HELICOBACTER PYLORI KAPCSOLATA VESERECIPIENSEK KÖZÖTT**

Telkes Gábor<sup>1</sup>, Rajczy Katalin<sup>2</sup>, Varga Marina<sup>1</sup>, Péter Antal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika

<sup>2</sup>OGYK, Immungenetikai Osztály

**Bevezetés.** Korábban több alkalommal beszámoltunk a veserecipiensek között a *Helicobacter pylori* előfordulásáról, és azt tapasztaltuk, hogy a recipiensek, és az átlagpopuláció átfertőzöttsége azonos. Bármilyen fertőzés esetén feltételezhető, hogy a gazdaszervezet reakciója, és genetikai állománya között összefüggés van. Az irodalomban ellentmondásos adatok találhatóak a *H.pylori* előfordulása, és a HLA típus között, mely adatok etnikai különbséget is mutatnak. Összefüggés mutatkozik ugyanakkor a *H.pylori* szövődményei (fekély és/vagy tumor), és bizonyos HLA-DR, vagy DQ előfordulása között.

**Cél.** Jelen munkánkban azt vizsgáljuk, hogy van-e összefüggés a *H.pylori* előfordulása és a HLA status között.

**Anyag és módszer.** A klinikán 2001-2006. szeptember között elvégzett transzplantációk recipienseinek prospektíven gyűjtött adatait elemeztük. 695 beteg esetén állt rendelkezésre minden információ.

**Eredmények.** A *H.pylori* szerológia szerint a betegek 50,1%-a pozitív, 49,9%-a negatív, ez önmagában is új adat, saját, korábbi vizsgálatainkhoz képest is. Valamennyi rendelkezésre álló HLA főcsoport, és vizsgált subtípus előfordulását vizsgáltuk. Ezek alapján a HLA-DQ 1-es esetében mutatható ki kismértékű különbség.

**Összefoglalás.** A *H.pylori*, annak szövődményei és a HLA előfordulását több különböző etnikai populáción vizsgálták, jelen vizsgálatnál lényegesen kisebb esetszámban. Az eredmények ellentmondóak. Előadásunkban elemezzük a magyar populáció adatait, értékeljük a fő és alcsoportok esetleges különbségeit. A továbbiakban tervezzük a GI panaszok és szövődmények HLA-val való kapcsolatának vizsgálatát is.

## 22.

### **BEFOLYÁSOLJA-E AZ IMMUNSZUPRESSZIÓ TÍPUSA A TÁPCSATORNA FELSŐ SZAKASZÁNAK CITOMEGALOVIRUS ÉS HELICOBACTER PYLORI FERTŐZÖTTSÉGÉT, ILLETVE A PEPTIKUS FEKÉLY GYAKORISÁGÁT?**

Péter A., Telkes G., Varga M. és Járay J.

Semmelweis Egyetem ÁOK Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: Az immunszupresszió gyógyszerei egymástól eltérő mértékben károsítják a tápcsatorna nyálkahártyáját és hajlamosítanak fekélyek képződésére és fertőzésekre.

A vizsgálat célja volt, hogy felmérjük, hogy az ismert nyálkahártya-károsító hatással rendelkező immunszupresszív gyógyszerek alkalmazása befolyásolja-e a tápcsatorna felső szakaszának citomegalovírus (CMV) és Helicobacter pylori (HP) fertőzöttségét; valamint a fekélyképződés gyakoriságát.

Beteganyag és módszer. 1994-2005 között 324 felső panendoszkópián átesett immunszuprimált szervtranszplantált beteg adatait retrospektíve értékeltük. Az endoszkópiák során vett biopsziás anyagban kerestük a CMV és HP fertőzés jelenlétét. Megvizsgáltuk, hogy, a szakirodalom és saját tapasztalataink alapján is nyálkahártya károsító immunszupresszív hatóanyagok (micofenolat-mofetil/micofenolsav [MMF/MFA]; szteroid [prednisolon/metilprednisolon]) alkalmazása növeli-e a tápcsatorna felső szakaszának CMV és HP fertőzöttségét, valamint a peptikus fekély előfordulását.

Eredmények

CMV+ CMV- HP+ HP- Ulcus+ Ulcus- MMF+ 106 (50,2%) 105(49,8%) 36 (17,1%)  
175 (82,1%) 30 (14,2%) 181 (85,8%) MMF- 48 (42,5%) 65 (57,5%) 16 (14,2%) 97  
(85,8%) 16 (14,2%) 97 (85,2%) STE+ 137 (46,6%) 157 (53,4%) 49 (16,7%) 245  
(83,3%) 44 (15,0%) 250 (85,0%) STE- 17 (56,7%) 13 (43,3%) 3 (10,0%) 27  
(90,0%) 2 (6,7%) 28 (93,3%) Egyik összehasonlításban sem találtunk  
statisztikailag szignifikáns különbséget az adott gyógyszert szedő és nem szedő  
csoportok között.

Következtetések. Saját anyagunkban nem sikerült igazolni hogy a MMF/MFA és a szteroidok alkalmazása szignifikánsan befolyásolná a tápcsatorna felső szakaszának CMV és HP fertőzöttségét, valamint a fekélyképződési hajlamosítást.

**23.**

**SZOLITER HASNYÁLMIRIGY ÁTÜLTETÉS LEHETŐSÉGEI**

Szakály Péter, Kalmár Nagy Károly, Wittmann István, Horváth Örs Péter  
PTE OEC Sebészeti Klinika, PTE OEC II Belgyógyászati Klinika

A cukorbetegség száma világszerte nő. A diabetológiai gondozás ellenére elkerülhetetlen a hosszú távú szövődmények kialakulása. A hasnyálmirigy átültetés az egyetlen kezelési mód, amely inzulin independensé teszi a betegeket, ill. képes megállítani a szövődmények progresszióját. Vesepótló kezelés alatt álló betegeknél egyértelműen a kombinált hasnyálmirigy- és veseátültetés a választandó eljárás. Vannak, akiknek már van transzplantált veséjük vagy számos szövődményük alakult ki az alapbetegség szövődményeképpen, de a vesefunkciójuk normál tartományban van. Az ő számukra jelenthet lehetőséget a szoliter hasnyálmirigy átültetése.

2004. augusztus 3-án hazánkban először végeztünk szoliter hasnyálmirigy átültetést egy 40 éves férfi betegnél, akinél 16 éves korában derült fény cukorbetegségére. 1986-ban sikertelen szigetsejt átültetés történt. Több alkalommal volt hypoglicaemiás roszulléte. Többszöri kezelési stratégia ellenére nem sikerült cukoranyagcseréjét stabilan beállítani. Számos diabetoszes szövődménye alakult ki, de vesefunkciós értékei normál tartományban mozogtak.

2 éves utánkövetés során kilökődést nem észleltünk. Hospitalizáció nem történt, klinikailag szignifikáns fertőzése nem volt. Hypoglicaemiás roszulléte nem jelentkezett. Szubjektíve gastropareticus panaszai regrediáltak. Neuropathia, retinopathia tekintetében minimális javulást írtak le.

A szoliter hasnyálmirigy átültetés dilemmái: érdemes-e az inzulin adását egy potenciálisan szövődményekhez vezető immunszuppresszióra felcserélni, tegyük-e ki betegünket egy kockázatos műtétnek, transzplantált vese nélkül időben észrevesszük-e a kilökődési folyamatot. Ezekre adott válaszok mellett a szerzők kitérnek az indikációs kör, ill. a hazai viszonyok ismertetésére.



## 24.

### **A PROSZTATA SPECIFIKUS ANTIGÉN (PSA) SZEREPE ÉS KLINIKAI SZIGNIFIKÁNCIÁJA VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEINKBEN**

Toronyi Éva<sup>1</sup>, Rús András<sup>2</sup>, Rempert Ádám<sup>1</sup>, Varga Marina<sup>1</sup>, Földes Katalin<sup>1</sup>, Chmel Rita<sup>1</sup>, Török Szilárd<sup>1</sup>, Dallos Gábor<sup>1</sup>, Végső Gyula<sup>1</sup>, Jansen Judit<sup>1</sup>, Járay Jenő<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika

Irodalmi adatok alapján ismert, hogy a vese transzplantált betegek tumor incidenciája jelentősen magasabb (40-100 szoros), mint a hasonló korú nem transzplantált betegeké. A recipiensek átlagéletkora, valamint a beültetett szervek túlélési ideje folyamatosan növekszik, ezért a daganatok korai diagnosztikájának jelentősége is egyre nő. A prosztata rák diagnosztikájában a prosztata specifikus antigén (PSA) a klinikailag legrelevánsabb tumor marker.

Jelen tanulmányunkban a PSA klinikai értékét kívántuk vizsgálni vesetranszplantált betegeinkben.

A Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján 1400 veseátültetett beteget gondozunk. Betegeinknél 2001 óta rendszeresen végzünk PSA meghatározást. 50 év feletti betegeinknél a meghatározást rutinszerűen egy alkalommal elvégeztük. Prosztata tumor klinikai gyanúja vagy alsó húgyúti panaszok esetén kortól függetlenül is végeztünk PSA meghatározást.

5 év alatt 758 mintából 38 emelkedett értéket (PSA > 6 ng/ml) találtunk. Ismert, hogy az emelkedett PSA háttérben nemcsak malignus folyamat, hanem benignus prostata hyperplasia vagy prostatagyulladás is állhat.

Betegeinknél emelkedett PSA háttérben 7 esetben igazolódott prosztata carcinoma. 11 betegünkél benignus prostata hyperplasia, urogenitális idült vagy subacut gyulladás, prostatitis, cystoprostatitis magyarázta a PSA emelkedést.

Vesetranszplantált betegeinkben a prosztatarák gyakorisága az immunsuppresszív kezelés ellenére nem bizonyult jelentősen magasabbnak, mint az átlagpopulációban. Az évenkénti PSA meghatározást hasznos vizsgálatnak tartjuk a korai felismerés érdekében.

**25.**

**A CADAVER DONÁCIÓ PSZICHOLÓGIAI HATÁSAI A DONOROK HOZZÁTARTOZÓIRA**

Smudla Anikó<sup>(1,2)</sup>, Hegedűs Katalin<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>(2)</sup> Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Budapest

Miközben elfogadott tény, hogy a transzplantáció összetett folyamat, a kutatások a szervátültetés biológiai vonatkozásaira helyezik a hangsúlyt, lényegesen kevesebb figyelmet szentelve a pszichoszociális vonatkozásokra (Sanner, 1995). A cadaver donorok hozzátartozóinál az intenzív osztályok kommunikációja lényegesen befolyásolhatja a depressziót, a gyászreakciót.

Prospektív felmérésünkben a potenciális és tényleges cadaver donorok hozzátartozóinak a szervátültetésről alkotott véleményét, a szervkivétel pszichológiai hatásait vizsgáljuk. A donorgondozó intenzív osztályok segítségével történik a kapcsolatfelvétel. A családtagok a szervátültetést követően 3-5 hónappal a Beck-féle Depresszió Skála rövidített változatát, a Revised Grief Experience Inventory-t (RGEI) töltik ki, illetve a szervátültetéssel kapcsolatos ismereteikre, az intenzív osztályokon folytatott kommunikációról alkotott véleményükre vonatkozó kérdésekre válaszolnak.

Kutatásunkba 24 kórházat vontuk be. Az absztrakt elkészítésének időpontjában tizenkettő kitöltött kérdőívünk van, további hármát várunk. A válaszolók több mint 25%-a súlyos depresszióban szenved. Azok, akik fontosnak érzik a vallást az életükben, kevésbé depressziósak, illetve a gyász súlyosságát jelző RGEI pontszámuk alacsonyabb ( $p=0,049$ ). Azok, akikben kétség maradt az agyhalál megállapítással kapcsolatban, depressziósabbak ( $p=0,0012$ ) és súlyosabb a gyászreakciónk ( $p=0,034$ ). A hozzátartozók 63%-a szeretne tudni a szervátültetés sikerességéről.

Az intenzív osztályok kommunikációja, az agyhalál megállapítás folyamatáról adott információ fontos faktor lehet a depresszió és a gyászreakció alakulásában. Pontosabb eredményekhez további hozzátartozók bevonásával juthatunk, mely a vizsgálat folytatásának szükségességére mutat rá.

**26.**

**VESETRANSPLANTATIÓT KÖVETŐ ACUT DIVERTICULITIS COLON PERFORATIOVAL**

Fedor R., Szabó L., Asztalos L.

DE OEC Sebészeti Intézet, Vese-transzplantációs Osztály

A vastagbél diverticulitise szervátültetést követően az egyik legveszélyesebb gastrointestinalis komplikáció. Lehetséges szövődményei 1.1%-ban fordulnak elő. Az átlagpopulációhoz viszonyítva ezen betegcsoportban kirívóan magas mortalitás tapasztalható.

Intézetünkben 581 vesetranszplantatiót követően három betegnél diagnosztizáltunk perforatioval járó vastagbél diverticulitist. A két férfi és egy nőbetegnél 43, 36, valamint 37,5 évesen végeztünk veseátültetést. A komplikáció egy esetben a postoperatív első hónapban jelentkezett, a másik két páciensnél évekkel a transzplantatio után. Mindhárom esetben a láz és az acutan jelentkező bal alhasi fájdalom volt a vezető tünet. A diagnózis felállítása során, a hasi ultrahang vizsgálat minden esetben kimutatta az érintett bélszakasz falának megvastagodását, illetve az interintestinalis abscessusokat. A kórismét az első esetben colonoscopia, míg a harmadik betegnél a natív hasi röntgen vizsgálat során látható szabad hasi levegő is megerősítette. Minden esetben a colon resectióját és Hartmann-műtétet végeztünk. A perioperatív időszakban mindhárom beteg vesefunkciója stabil maradt és szövődménymentesen gyógyultak. A Hartmann-reconstructiót 6, 10, illetve 4,5 hónap múlva végeztük el.

A vastagbél diverticulitise és annak szövődményes esetei magas mortalitással, acutan jelentkező gastrointestinalis szövődmények szervátültetést követően. Minden lehetséges rizikótényezőt figyelembe kell vennünk a transzplantált betegek kezelésének megkezdésekor és a gondozásuk során egyaránt. A diagnózis gyors és pontos felállításával, valamint az időben elvégzett, megfelelő műtéttel javíthatjuk a túlélést.

27.

## **VESEFUNKCIÓ MONITOROZÁSA MÁJTRANSZPLANTÁLT BETEGEKBEN KÉT LABORPARAMÉTER ÖSSZEHASONLÍTÁSÁVAL**

Farkasné Hankó Mónika<sup>1</sup>, Varga József<sup>2</sup>, Nemes Balázs<sup>3</sup>, Gaál Ibolya<sup>1</sup>, Lakatos Márta<sup>1</sup>, Dávid Andrea<sup>3</sup>, Pongrácz Dorottya<sup>3</sup>, Medvéné Hacsavecz Mária<sup>1</sup>, Borics Jánosné<sup>1</sup>, Gábor Ágnes<sup>1</sup>, Sulyok Bea<sup>1</sup>, Varga Marina<sup>1</sup>, Sárváry Enikő<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Dade Behring Budapest

<sup>3</sup>TDK-s hallgató

**Bevezetés:** Ma már a Cystatin C-t (Cyst-C) is használják a vesefunkció monitorozásához. A Cyst-C ciszteinproteáz inhibitor, viszonylag kis molekulásúlyú fehérje, amely minden sejtmaggal rendelkező sejtben folyamatosan képződik. A vese spontán szűri, ezért a veseműködés jó markere. A kreatininnel (Krea) ellentétben a szérumban Cyst-C koncentrációja kizárólag a GFR-től függ.

**Cél:** Munkánk célja májtranszplantált betegekben Krea, Cyst-C alkalmazásának összehasonlítása a transzplantációt követő két hétben.

**Módszer.** A kreatinin vizsgálata DIMENSION RXL kémiai automatával történt, módosított kinetikus Jaffe-reakcióval. A Cyst-C-t BN ProsPec Nephelometeren mértük, immunnephelometriás módszerrel. A két módszer jellemzőit (gyorsaság, tesztár, kezelhetőség, megbízhatóság, specificitás, szenzitivitás) hasonlítottuk össze egymással és a klinikummal.

**Eredmények:** A vizsgált májtranszplantáltak esetében, azoknál a betegeknél, akiknél a későbbiek folyamán a vesefunkciós károsodást mutattak, a műtétet követő két hét során normál ill. kismértékben emelkedett szérumban Krea mellett a szérumban Cyst-C két-ill. háromszoros emelkedését tapasztaltuk. Mindkét módszer jól kezelhető, minimális előkészítést igényel, stabil, kalibrálni csak új sorozatszámú reagens esetén, ill. három hónap eltelte után kell. A vizsgálat időtartama Krea esetében három perc, Cyst-C esetében 15 perc. A költségek tekintetében a Cyst-C ára sokszorosa a kreatinin árának.

**Következtetés:** A Cyst-C vizsgálata megfelelőbb a májtranszplantáltak vesefunkciójának monitorozására a korai postoperatív szakban, mint a Krea, mert hamarabb és objektívebben jelzi a vesefunkció romlását.

**28.**

### **RITUXIMAB ELSŐ ALKALMAZÁSAI KLINIKÁNKNON**

Langer R, Rempert Á, Máthé Zs, Járay J  
SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest

A rituximab egy monoklonális kiméra immunglobulin készítmény, specifikusan kötődik a CD20 transzmembrán antigénhez, mely egy nem-glikozilált foszfoprotein, és a pre-B és az érett B lymphocytákon lokalizálódik. Ezért B-sejtes lymphomák kezelésében alkalmazzák. Tekintettel arra, hogy a transzplantációs kilökődésben a CD20 pozitív sejtek szerepet játszanak, beszámoltak sikeres rejekció elleni kezelésekről is.

Klinikánkon szteroid rezisztens vagy Banff II rejekciókat poliklonális vagy anti-CD3 monoklonális antitestekkel kezelünk. 3 olyan esetben, mikor a standard kezelés után is biopsziával igazolt celluláris rejekció zajlott, rituximab terápiát alkalmaztunk 2x100 mg dózisban. Két betegünknel sikeres volt a beavatkozás, a harmadik a grafftünetét nem nyerte vissza és dialízisre került. Előadásunkban az alkalmazás indikációját és a betegek kórtörténetét ismertetjük kezdeti tapasztalataink alapján.

29.

### **KONVERTÁLÁS AZ IMMUNSZUPRESSZIÓBAN: BUDAPESTI TAPASZTALATOK**

Németh D., Korbély R, Langer R, Hídvégi M, Rempört Á, Járay J  
SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Vesetranszplantált betegek eredeti immunszupressziójának megváltoztatását leggyakrabban grafftunkció romlás és gyógyszer mellékhatások továbbá malignus betegség megjelenése esetén valamint egyéb ritka okok miatt tesszük.

Retrospektív tanulmányunkban több mint 3 évtized 2700 veseátültetésének gyógyszeres kezelését tekintettük át. Csak az indukciós terápia nélküli primer graftok iniciais immunszupresszióját vizsgálva 1437 betegből 974-nél nem történt konverzió, 463 betegnél (32,2%) igen. Történelmileg négy fő csoportra osztható a kezdeti terápia: 1973 és 1984 között azatioprin+prednisolon (A csoport), 1984 és 1995 között ciklosporin+prednisolon (B csoport), majd az ezt követő években ciklosporin+prednisolon+mikofenolát (C csoport) illetve takrolimus+prednisolon+mikofenolát (D csoport) a kezdeti terápia. Az egyéb immunszupresszív szerekkel kezelt betegek adatait jelen tanulmány nem tartalmazza. A konverzióig eltelt idő hónapokban: A-142, B-61, C-29, D-5. Átlagban a konvertálás után a kreatinin 179,4 $\mu$ mol/l-ről 158,2 $\mu$ mol/l-re csökkent. Minden csoportot tekintve 60%-ban haladta meg 10%-kal a konverzió előtti értéket. Második konverzióra 86 betegnél volt szükség átlagban 36 hónappal az előző változtatás után és a kreatinin 219,2 $\mu$ mol/l-ről 200,7 $\mu$ mol/l-re csökkent. Harmadik konverzió 19 esetben átlag 16 hónappal az előző konverzió után 315,3 $\mu$ mol/l-ről 290 $\mu$ mol/l-re csökkentette a kreatinint.

Történelmileg az egyre effektívebb kombinációk alkalmazása egy bővülő kínálattal együtt az „egy méret mindenkinek” elvet fel tudta váltani az individuális immunszupresszióval. Elemzésünk tanulsága szerint a konverzió hatékony eszköz a romló grafftunkció tendenciájának megváltoztatására.

**30.**

**A BNP HELYE A KRÓNIKUS VESEBETEG (CRF) ÉS VESETRANSZPLANTÁLT (NTX) GYERMEK ÁLLAPOTÁNAK FELMÉRÉSÉBEN**

Gál Krisztina, Schäfer Betti, Horváth Erzsébet, Reusz György, Prókai Ágnes, Szabó J Attila  
Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekklinika

A plazma BNP mérése egy új, noninvazív módszer a szív- és érrendszeri status felmérésére. Vizsgálatunkban ennek helyét keressük a CRF és NTx betegek cardiovascularis állapotának monitorizálásában.

Az SE I. sz. Gyermekklinikán gondozás alatt álló 32, CRF és NTx gyermeket vizsgáltunk. A gyermekek közül 17 CRF (11fiú/6lány, átlag 12,1 év (3,5-20 év)) és 15 NTx (9fiú/6lány, átlag 16,75év (9-29,25év)) echocardiographiás lelete került feldolgozásra. Mértük betegeink BNP szintjét. A cardiovascularis rizikótényezők közül a Hgb, Htk, Ca- és P-szintjét, a kreatinint és a vérnyomást vizsgáltuk. A betegek echocardiographias leleteit az IVS, a LVEDd, a LVESd, PW és a FS értékekre vizsgáltuk. A NTx betegek LVESd, FS és BNP értékei szignifikánsan jobbak voltak a CRF betegekhez képest. ( $p < 0,05$ ). A többi paraméter nem mutatott szignifikáns javulást. A BNP szintek a CRF csoportban minden életkorban szignifikánsan meghaladták az egészségesekben mérhető BNP szinteket. NTx betegekben a fiatalabb korosztályban ez az érték a normál tartományon belül volt. Idősebb és régebben transzplantált betegekben magasabb BNP szinteket mértünk, amely összefüggést mutatott a grafftunkcióval is ( $p < 0,05$ ). A szív működés romlását, még normális echocardiographiás leletek mellett a BNP-szintek emelkedése már jelezte. A Hgb, Htk, Ca- és kreatinin értékek szignifikánsan javultak NTx után. A vérnyomás nem változott.

A BNP korai és a klinikumban egyszerűen használható marker CRF és NTx betegek cardialis elváltozásainak korai kimutatásában és monitorizálásában.

Technikai segítségért köszönet Újvári Reginának. OTKA F-042563, ETT 184/2003, Bolyai Ösztöndíj

31.

**POSZTTANSZPLANTÁCIÓS DE NOVO DIABETES MELLITUS VESETRANSZPLANTÁLT GYERMEKEKBEN**

Prókai Ágnes, Reusz György, Körner Anna, Szabó J Attila  
Simmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika

**Bevezetés:** A transzplantációt követően kialakuló diabetes mellitus (PTDM) egyike a graft és betegek túlélését meghatározó tényezőknek. Munkánkban vesetranszplantált (NTx) gyermekek szénhidrát anyagcsere státuszát mértük fel.

**Metodika:** Az 1990-2005. között vesetranszplantált gyermekekből 55 beteg adatait elemeztük retrospektív a transzplantációt követően újonnan kialakuló PTDM/ IGT szempontjából. A vizsgálat időpontjában nem PTDM-s gyermekek (50) közül 16-nál (8 lány/8 fiú) OGTT végeztünk. Elemeztük a PTDM/ IGT előfordulását, az immunszuppresszív terápiát, NTx-k számát, cadaver/élődonor arányt, HCV meglétét, vérnyomást, lipidanyagcserét, BMI-t, vesefunkciós paramétereket, NTx óta eltelt időt.

**Eredmények:** A retrospektív vizsgálat alapján 6 gyermeknél alakult ki PTDM (11%). A 6 beteg közül 3 igényelt inzulin terápiát. A 16 OGTT-vel vizsgált betegből 4-nél diagnosztizáltunk IGT-t (25%). Az ismert PTDM és IGT előfordulása 18% az összes NTx betegből. A 10 PTDM/IGT beteg tacrolimus (Tac) és folyamatos szteroid terápiát kapott. A szteroid dózisa 5,7 mg/nap PTDM/IGT vs. 3,8 mg/nap volt ( $p < 0,05$ ). A Tac szintje az OGTT idején magasabb volt a PTDM/IGT csoportban. Többi vizsgált paraméterben szignifikáns különbséget nem találtunk. **Összefoglalás:** A PTDM és NTx utáni IGT kialakulásában betegeinknél a legfontosabb kóroki tényezők a szteroid terápia és a magasabb Tac vérszintek. NTx gyermekekben, javasoljuk a rendszeres éhomi vércukor és OGTT vizsgálatot, valamint stabil graftfunkció esetén a szteroid és Tac csökkentését.

OTKA F-042563, ETT 184/2003, Bolyai Ösztöndíj



32.

### **SZÍV MRI VIZSGÁLATOK KRÓNIKUS VESEBETEG ÉS VESETRANSZPLANTÁLT GYERMEKEKBEN**

Schäfer Betti, Tóth Attila#, Horváth Erzsébet, Gál Krisztina, Reusz György, Szabó J Attila  
Simmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekklinika és #Szív- és Érsébeszeti Klinika

Krónikus veseelégtelenségben (CRF) a cardiovascularis (CV) megbetegedés és halálozás 40-60 %. A cardialis status felmérésében új lehetőség a szív MRI vizsgálat. A CRF és vesetranszplantált (NTx) betegek esetében szív MRI adatok jelenleg alig állnak rendelkezésre. Vizsgálatunk célja volt CRF és NTx betegekben a szív MRI vizsgálattal a cardialis status felmérése.

A SE I. Sz. Gyermeklinikáján és Transzplantációs Klinikáján gondozás alatt álló 26 beteget vizsgáltunk: 10 CRF és 16 NTx. A CRF betegek életkora (átlag 14,08 év; 11,92-20,58 év), a NTx gyermekeké (átlag 15,31 év; 9,5-20,83 év) volt. Mindegyik betegnél szív MRI vizsgálatra került sor. Mértük a bal kamrai ejekciós frakciót (LVEF), a végdiastolés (LVEDV) –és végsystolés (LVESV) volument, a bal kamra tömeget (LVTM) és a jobb kamrai ejekciós frakciót (RVEF). A vizsgálatok a NTx csoportban átlagosan 3,82 évvel (0,33-10 év) a NTx után történtek.

A NTx betegek LVEF, LVEDV, LVESV LVTM és RVEF értékei szignifikánsan jobbak voltak a CRF gyermekekhez képest: LVEF: NTx: 62,31±4,64% vs CRF: 46,83±9,7%, LVEDV: NTx: 121,69±32,34 vs CRF: 131,75±48,49 ml, LVESV: NTx: 46,25±14,56 vs CRF: 69,33±27,32 ml, LVTM: NTx: 90,75±22,25 vs CRF: 102,58±41,51 g, RVEF: NTx: 57,5±6,1 vs CRF: 51,5±6,64% (p <0,05).

A szív MRI vizsgálatok alapján a vesetranszplantáció hatékonyan javítja a cardialis állapotot. A szív MRI vizsgálat jó kiegészítője lehet a szív ultrahang- és laborvizsgálatoknak a pontos cardialis status felmérésében.

OTKA F-042563, ETT 184/2003, Bolyai Ösztöndíj

33.

**ÖSSZEFÜGGÉSEK AZ ANYAGCSERE VÁLTOZÁSOK ÉS AZ ÉRFAL MEREVSÉG  
VIZSGÁLATA KÖZÖTT VESETRANSZPLANTÁCIÓ UTÁN**

Lőcsey Lajos<sup>(1)</sup>, Borbás Béla<sup>(1)</sup>, Szlanka Beatrix<sup>(1)</sup>, Ménes István<sup>(1)</sup>, Dán Anikó<sup>(2)</sup>  
Szabó László<sup>(3)</sup>, Asztalos László<sup>(3)</sup> és Lőrincz István<sup>(4)</sup>

B.Braun Avitum Hungary 10. Dialízis Központ, Kenézy Gyula Kórház I.Belosztály<sup>(1)</sup>,  
És Központi Labor<sup>(2)</sup>, Debreceni Egyetem, DEOEC I.Sebészeti<sup>(3)</sup> és Belgyógyászati  
Klinika<sup>(4)</sup>, Debrecen

Az érfal merevség független prediktív cardiovascularis rizikó faktor, mely változik a vérnyomással és az életkorral. Az augmentációs index (Aix) és pulzus hullám terjedési sebesség (PWV) korai jelzői az atherosclerotikus érfal eltéréseknek. Vizsgálatunkba 79 férfi és 56 nő (életkor (61 + 7,1 év) krónikus haemodialysis programban kezelt, és 81 férfi és 64 nő (életkor (45 + 11,2 év) cadaver vesetranszplantációban részesült beteget vontunk be. A systolés, a diastolés és közép vérnyomást, a pulzus nyomást (PP) valamint az Aix, PWV értékeket TensioClinic (TensioMed) arteriográf segítségével mértük. A dialízis előtti éhomi vérekből szérum kreatinin, homocystein, cystatin C, CRP, iPTH, Ca xP, valamint lipid koncentrációkat határoztunk meg. Az optimálisnak vélt száraz testsúlyt, az ultrafiltráció mértékét multifrekvenciás bioelektromos impedancia elemzés után (InBody 720) állapítottuk meg. A dializált betegeket szignifikánsan nagyobb szérum cystatin C (5,2 vs. 2,1 mg/l), hyperhomocysteinaemia (23,8 vs. 15,2 umol/l), hypertriglyceridaemia jellemzi, a transzplantált betegekben hypercholesterinaemia, nagy LDL és ApoB koncentráció volt. A transzplantáció után szignifikánsan növekedett a testtömeg index, a zsírtömege és térfogata (p < 0,01). A dializált betegekben non-dipper hypertonia társult a férfiak 37%, a nők 20%-ában pathológiásan magas vérnyomással és pulzus nyomással (64 vs. 76%). A nőkben nagyobb volt az Aix (60%), mérsékelten emelkedett PWV (> 10 m/s) a férfiak 37%-ában, míg kórosan nagy értéket 25 v. 12%-ban észleltünk (> 12 m/s). A transzplantáltakban a párhuzamosan javuló veseelégtelenséggel csökkentek a MAP és PP paraméterek, csak a nők 18%-ában, a férfiak 15%-ában volt nagy az Aix (> 10%). Mérsékelten nagyobb PWV 33 vs. 22%-ban, még kórosan nagy értékek 10 vs. 12%-ban voltak. Az augmentációs index jól korrelált az életkorral, a magasabb szérum cystatin C, homocystein, dyslipidaemiás értékekkel, valamint a nagyobb Ca x P szorzattal, iPTH, és CRP koncentrációkkal (p < 0,05). Kórosan nagy Aix és PWV értékeket emelkedett BMI, FM valamint nagy PP, systolés és MAP vérnyomás szinteknél észleltünk.

Vizsgálataink alapján állítjuk, hogy az arteriográf objektív, portábilis, non invazív módszer, mely az arteriosclerotikus erek követéses vizsgálataira alkalmas. A veseelégtelenség és a rejekció progressziójával társult anyagcsere zavarok növelik az Aix és PWV értékeket elősegítik a cardiovascularis szövődmények kialakulását.

## 34.

### **AZ ÁTÜLTETETT VESE ARTERIÁS SZŰKÜLETÉNEK PERCUTAN ENDOVASCULARIS KEZELÉSE**

Deák P. Á., Doros A., Németh A., Hartmann E., Rempört Á., Jansen J.

Bevezetés:

A veseátültetés során számos vascularis szövődmény léphet fel: iatrogen arterio-venosus fistula, pseudoaneurisma, melyek kezelése embolizációval történik. Az ér eredetű szövődmények legnagyobb csoportját a szűkületek képezik, melyek endovascularis kezelésével – ballonos tágítás, stent beültetés - kapcsolatos tapasztalatainkról számolunk be.

Betegek és módszer:

Az elmúlt 11 év során 21 betegen 25 beavatkozást végeztünk. A betegek átlagéletkora 46 év volt, (20-65 év), 10 nőt és 11 férfit kezeltünk fémstent beültetéssel, illetve ballonos tágítással, 2 esetben a katéterezés primeren sikertelen volt, 2 esetben restenosis miatt ismételtünk. Diagnosztikai eszközeink: színes Doppler, CT-angiográfia, MR-angiográfia, izotóp, DSA vizsgálat, amennyiben terápia lehetséges.

Eredmények:

25 beavatkozásból 2-t eszközhiány miatt ismételni kellett, 3 restenosiszt később ptával, stent behelyezéssel, illetve a harmadik esetben, más intézményben történő stenteléssel kellett megoldani. 3 betegnél 5 szövődmény lépett fel; 2 részleges thrombosis, majd pulzáló haematoma a punctios nyílásnál, melyek UH-vezérelt kompresszióval kerültek megoldásra, 1 primer stentelés utáni spasmus, mely spasmolitikumra oldódott. A fentiekből 2 esetben a veseműködés tovább romlott, 19 esetben a magas vérnyomás könnyebb kezelhetősége, valamint a vesefunkciók javulása volt észlelhető.

Konklúzió:

A képalkotó diagnosztika és intervenciós radiológia kiemelt fontossággal bír a transzplantált vese arteria stenosisának kezelésében végzett csapatmunkában. A ritkán kivitelezett sebészi reanastomosis mellett az endovascularis intervenció jelenleg az elsőként választandó terápiás módszer.

35.

## HEPATOCYTA TRANSZPLANTÁCIÓ CSECSEMŐ ÉS GYERMEKKORBAN

Szónyi L.<sup>1</sup> Dezsőfi A.,<sup>1</sup> Takács Z.,<sup>1</sup> Kóbori L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I. Sz. Gyermekklinika,

<sup>2</sup>Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

Az első hepatocyta transzplantáció állatkísérleteket 1977-ben végezték. Azóta több mint 2200 cikk jelent meg ebben a témakörben. A beavatkozást számos alkalommal végezték csecsemő és gyermekkorban.

Heveny májelégtelenség és öröklődő anyagcsere-betegség a két fontos indikáció. Öröklődő anyagcsere-betegségekben indokolt a hepatocyta transzplantáció, ha az enzim alapvetően a hepatocytában expresszálódik, ha kis enzim aktivitás növekedés is jelentős klinikai javulást okoz valamint ha az enzim aktivitás csökkenés még nem okozott súlyos szerkezeti eltérést a májban. Az eddigi klinikai tapasztalat szerint kedvező hatást értek el peroxysomalis kórképekben (Refsum betegség), Crigler-Najjar szindróma I. típusában, karbamid-ciklus zavaraiiban, VII. faktor hiányban, Wilson betegségben, I. típusú tyrosinaemiában, propionsav anyagcsere zavarban.

Az új kezelés számos új kérdést vet fel. A bevitt hepatocyták megfelelő mértékben korrigálják a hiányzó enzimet, de a megmaradó sejtekben továbbra is termelődhet extrahepticusan mérgező hatású metabolit. Megfelelő megoldás-e az élő donor transzplantáció, hiszen a szülők az esetek döntő többségében heterozigoták és nem tudjuk, hogy a heterozigota állapot esetén mennyi sejtet kell bevinnünk a megfelelő klinikai javulás eléréséhez. További kérdés, hogy megakadályozza-e a hepatocyta transzplantáció a rosszindulatú daganat kialakulását?

A megoldatlan kérdések ellenére a hepatocyta transzplantáció fontos új kezelési eljárás. Hazai bevezetése hasznos lesz.

36.

### **HLA I. OSZTÁLYÚ ELLENANYAGOK VIZSGÁLATÁNAK JELENTŐSÉGE VESETRANSZPLANTÁCIÓBAN**

Kozma László és Bohaty Ilona

Országos Vérellátó Szolgálat Debreceni Regionális Központ, Debrecen

A HLA antitestek szűrése és specifitásuk vizsgálata a transzplantációra váró vesebetegek körében közismerten fontos a későbbi átültetés sikere szempontjából. Szerzők az észak-kelet-magyarországi régió 133 dialízisre szoruló betegének ugyanazon vérvételből származó szérumát vizsgálták komplement dependens citotoxicitási (CDC) és szilárd fázisú enzimhez kapcsolt immunoszorbens (ELISA) módszerrel (Biotest Abscreen, Abident class I), a HLA I osztály antitestjeinek kimutatása céljából. Az eredmények összevetéséből kitűnik, hogy az erős korrelációt ( $\chi^2=7,23$ ,  $p<0,01$ ) ellenére a két módszer némileg különböző ellenanyag populációkat detektál. Az eltérés oka elsősorban az ELISA technika nagyobb érzékenysége, amelynek eredményeként több, a CDC tesztben negatív szérumban jelentkezett antitest (25/106 – 23,6%) annak ellenére, hogy az ELISA csak IgG típusú ellenanyagot mutat ki. Az 56 korábban már transzplantált, de időközben a várólistára visszakerült beteg vizsgálata azt mutatta, hogy az átültetett szervek túlélési ideje rövidebbnek bizonyult az ellenanyaggal rendelkezők csoportjában az alkalmazott módszertől függetlenül, de mégsem azonos mértékben. Az ELISA tesztben mutatott pozitivitás szerinti csoportbontásban az antitestek jelentléte a CDC-ben tapasztaltakhoz képest a rövidebb túlélési idővel statisztikailag is igazolható szorosabb kapcsolatot mutatott (ELISA: 58,4 vs 111,2 hó -  $p<0,001$ , illetve CDC: 50,5 vs 75,6 hó -  $p>0,05$ , n.s.). Ez a megfigyelés arra utal, hogy az ELISA módszer fokozott érzékenysége miatt a csak ezzel a technikával kimutatható antitestek klinikai jelentősége nem elhanyagolható. Ezzel összefüggésben szerzők rámutatnak a HLA I osztályú antitestek vizsgálatának fontosságára a poszttranszplantációs periódusban.

37.

### **A HŐSOKK-FEHÉRJE 70 ÉS A TOLL-LIKE-RECEPTOR 4 POLIMORFIZMUSOK VIZSGÁLATA VESETRANSZPLANTÁLT BETEGEKBEN**

Bánki N Fanni<sup>1</sup>, Fekete Andrea<sup>1</sup>, Viklicky Ondrej<sup>2</sup>, Heemann Uwe<sup>3</sup>, Reusz György<sup>1</sup>, Szabó J Attila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika és MTA Kutatólabor, <sup>2</sup>Dept. of Nephrology, Transplant Center, Prague, Czech Republic, <sup>3</sup>Dept. of Nephrology, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Germany

**Bevezetés:** A vesetranszplantált betegek hosszú távú túlélése, -melyet a kezdeti iszkémiás károsodás nagyban befolyásol- továbbra is megoldatlan probléma. A hősokk protein (HSP)70 véd a renális iszkémiás károsodással szemben, továbbá a toll-like receptorokon (TLR) keresztül részt vesz az adaptív immunválaszban.

**Módszerek:** A HSPA1A G(190)C, HSPA1B A(1267)G és a TLR4 A(299)G polimorfizmusait PCR-RFLP módszerrel vizsgáltuk 15 éve jól működő grafftal élő, (Tx15), frissen transzplantált (Tx), illetve akut kilökődési reakciót elszenvedett (AR) betegek és egészséges kontrollok DNS mintáin.

**Eredmények:** A HSPA1B (1267)AA ritkábban fordul elő Tx-ben, mint Tx15-ben ( $p=0,04$ ) és kontrollokban ( $p=0,02$ ). A HSPA1B (1267)GG gyakoribb Tx-ben, mint Tx15-ben ( $p=0,005$ ) illetve kontrollokban ( $p=0,02$ ). A HSPA1B (1267)G allél gyakoribb a Tx populációban, mint Tx15-ben ( $p=0,03$ ) és mint kontrollokban ( $p=0,002$ ). A TLR4 (299)AG ritkábban fordul elő Tx-ben, mint Tx15-ben ( $p=0,02$ ) és a TLR4 (299)G allél prevalenciája is ritkább ebben a csoportban Tx15-höz viszonyítva.

**Összefoglalás:** A HSPA1B (1267)AA és a TLR4 (299)AG genotípus nagyobb gyakorisága a Tx15 populációban felveti, hogy az AA genotípusú egyedekben a HSP72 kifejezettebb citoprotektív hatása, illetve a TLR4 (299)AG hordozókban a csökkent proinflammatorikus válasz hozzájárulhat a vesetranszplantátumok jobb hosszútávú túléléséhez.

OTKA F-042563, ETT 184/2003, Bolyai Ösztöndíj

38.

### **A KORAI ÉS KÉSŐI ISCHÉMIÁS PREKONDITIONÁLÁS HATÁSA AZ OXIDATÍV STRESSZRE VÉkonybél AUTOTRANSZPLANTÁCIÓS MODELLBEN**

Ferencz Andrea, Jancsó Gábor, Cserepes Barbara, Gasz Balázs, Kalmár-Nagy Károly, Róth Erzsébet

A vékonybél transzplantációjakor fellépő ischémiás-reperfúziós (I/R) károsodások csökkenthetők ischémiás prekondicionálással (IPC). Jelen munkánkban a vékonybél autotranszplantációt megelőző ischémiás prekondicionálás oxidatív stresszre gyakorolt korai és késői hatásait vizsgáltuk.

Teljes vékonybél orthotopikus autotranszplantációt végeztünk 18 keverék kutyán. Az állatokat 3 csoportba osztottuk. Az I. csoportban 4°C-os University of Wisconsin oldatban 3 órán át tároltuk a graftokat, melyet 1 órás reperfúzió követett (nem-prekondicionált). A II. csoportban a konzerválás előtt 4 ciklusban (5 perc ischémia és 10 perc reperfúzió) IPC-t alkalmaztunk (klasszikus IPC). A III. csoport állatainál az elő nap IPC-t végeztünk, majd a második nap konzerválás és autotranszplantáció történt (késői IPC). Az oxidatív stressz monitorozásához meghatároztuk a szöveti malondialdehid (MDA) és redukált glutation (GSH) szinteket, valamint a szuperoxid dizmutáz (SOD) aktivitását.

Eredményeink szerint az I. csoportban emelkedett lipidperoxidációt és az endogén védelem súlyos károsodását mutattuk ki a reperfúzió végére. A II. csoportban a szöveti MDA koncentráció enyhe emelkedése mellett az endogén antioxidáns GSH szint növekedését mértünk. A III. csoportban a GSH szignifikánsan emelkedett és a SOD aktivitása elérte a kontroll értéket a reperfúzió végére.

Kísérleteink bizonyították, hogy az ischémiás prekondicionálás mindkét formája csökkentette a bélszövetet ért oxidatív stresszt. A késői IPC hatásosabbnak bizonyult a konzerválással és transzplantációval kapcsolatos ischémiás-reperfúziós károsodások mérséklésében. (Támogatta: OTKAF046593)

39.

**DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁS KIDOLGOZÁSA HUMÁN CITOKRÓM P450 mRNS  
GÉNEXPRESSZIÓ VIZSGÁLATÁRA TELJES VÉRBŐL**

Gaal Ibolya<sup>1</sup>, Kóhalmy Krisztina<sup>2</sup>, Paulik József<sup>3</sup>, Maléth Anikó<sup>1</sup>, Schmidt Katalin<sup>1</sup>, Lakatos Márta<sup>1</sup>, Gulyás Judit<sup>2</sup>, Porrogi Pálma<sup>2</sup>, Péter Antal<sup>1</sup>, Dallos Gábor<sup>1</sup>, Nemes Balázs<sup>1</sup>, Görög Dénes<sup>1</sup>, Benkő Tamás<sup>1</sup>, Piros László<sup>1</sup>, Gerlei Zsuzsa<sup>1</sup>, Gálóci Imre<sup>4</sup>, Hirka Gábor<sup>5</sup>, Fazakas János<sup>1</sup>, Járay Jenő<sup>1</sup>, Korponay Zsuzsanna<sup>6</sup>, Sárváry Enikő<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest

<sup>2</sup>MTA Kémiai Kutatóközpont Budapest

<sup>3</sup>Roche (Magyarország) Kft, Diagnosztika Divízió

<sup>4</sup>Diagnosticum Zrt, Budapest

<sup>5</sup>LAB International Magyarország Kutatóközpont, Veszprém

<sup>6</sup>Semmelweis Egyetem, II.sz. Gyermekklinika Klinika, Budapest

**Bevezetés:** A májtranszplantált betegek gyógyszerdózisainak hatékonyabb beállításához szükségessé vált citokróm P450 mRNS génexpresszió vizsgálatának kidolgozása. A korai posztoperatív időszakban alkalmazott nagy mennyiségű gyógyszer hatékonyságát és esetleges toxicitását nagymértékben befolyásolja a beültetett máj citokróm P450 enzimkészlet mennyisége és aktivitása (1, 2).

**Cél:** A graft gyógyszer-metabolizáló képességének korai vizsgálatára gyors, megbízható módszer kidolgozása vérből.

**Módszer:** Nehezítette a beállítást, hogy nem találtunk olyan irodalmat ami útmutatóként szolgált volna. Míg a májban sok, a vérben kevés a rendelkezésre álló sejt, amiből mRNS nyerhető. Sok buktatót kellett kiküszöbölnünk, amíg megtaláltuk azt a szeparálási folyamatot, amely során elegendő mennyiségű és tisztaságú mRNS-t kaptunk. A cDNS átírás sem volt egyszerű. Meg kellett tervezni a specifikus primereket (CYP3A4, 2C9, 2C19, 2B6) és hibridizációs próbákat is. A génexpresszió mennyiségi mérései valós idejű PCR technikával, LightCycler (Roche Molecular Biochemicals) készüléken történt. Ki kellett kísérletezni a reakció-mix megfelelő összetételét (pH, ionkoncentráció, primer és próba koncentráció, betegminta-mixarány).

**Eredmények:** Sikerült olyan metodikát beállítani, amellyel fehérvérsejtekből 7-8 óra alatt tudunk CYP génexpressziót mérni.

**Következtetés:** Az eddigi tapasztalatok alapján, a bemutatott módszer viszonylag gyors, érzékeny, pontos, amely lehetőséget kínál a máj metabolizáló képesség meghatározására teljes vérből anélkül, hogy a májszövet rendelkezésre állna.

Csak T, Orv Hetil. 2004 Sep 26;145(39):2003-6.

Tamási V, Inflamm. Res. 52:322-333, 2003.

Köszönet: Feszt Tímeának, Hamrán Istvánnak

Munkánkat Richter GedeonVegyészeti Gyár NyRt. támogatta



40.

**LACK OF LONG-TERM PROTECTIVE EFFECT OF ANTIOXIDANT/ANTI-INFLAMMATORY THERAPY IN TRANSPLANT-INDUCED ISCHEMIA/REPERFUSION INJURY**

Attila J Szabo<sup>1</sup>, You-Lin Tain<sup>3</sup>, Veronika Muller<sup>2</sup>, Anna Dikalova<sup>4</sup>, Kathy Griendling<sup>4</sup>, Chris Baylis<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departments of I. Pediatrics and <sup>2</sup>Pulmonology, Semmelweis University, Budapest , Hungary; Department of Medicine, <sup>3</sup>Department of Physiology and Functional Genomics, University of Florida, Gainesville, Fla., USA; <sup>4</sup>Division of Cardiology, Emory University School of Medicine, Atlanta, Ga. , USA

**Background:** Alloantigen-independent factors contribute to long-term damage in renal transplant recipients, likely due to ischemia/reperfusion (I/R) injury at transplantation (Tx). I/R injury promotes oxidative stress and inflammation resulting in endothelial injury. **Methods:** In this study we investigated the long-term efficacy (22 weeks) of short-term (10 day) endothelial protection therapy (EP) in 'optimal' donor kidneys using the male Fisher 344 rat isograft (ISO) model. ISO-EP kidneys were compared to untreated ISO (ISO-UN) kidneys. EP involved dexamethasone to donor, ex vivo treatment of the kidney with deferoxamine and tempol, and administration to the recipient of L -arginine and tempol for 10 days. Rats were sacrificed 22 weeks following Tx and compared to age-matched, normal controls.

**Results:** Both groups of ISO Tx rats developed similar renal dysfunction and structural damage and renal NADPH-oxidase-dependent O<sub>2</sub> - production was similarly elevated in ISO-UN and ISO-EP groups vs. controls. In vitro renal cortex NO synthase (NOS) activity was also similar in ISO-UN and ISO-EP rats, despite lower nNOS and eNOS protein abundance in ISO-EP.

**Conclusion:** I/R injury-induced late graft dysfunction occurs even when optimal donors are used and when short-term EP treatment is given. Increased renal superoxide production is not prevented by short-term EP therapy.

OTKA F-042563, ETT 184/2003, Bolyai Ösztöndíj

41.

**SEX DIFFERENCES IN HEAT SHOCK PROTEIN 72 EXPRESSION AND LOCALIZATION IN RATS FOLLOWING RENAL ISCHAEMIA-REPERFUSION INJURY**

<sup>4</sup>Attila J. Szabó, <sup>1,4</sup>Andrea Fekete, <sup>2</sup>Ádám Vannay, <sup>3</sup>Ágota Vér, <sup>4</sup>Krisztina Rusai, <sup>5</sup>Veronika Müller, <sup>4</sup>György Reusz, <sup>1,4</sup>Tivadar Tulassay

<sup>1</sup>Research Group for Pediatrics and Nephrology of the Hungarian Academy of Sciences and of the Semmelweis University Budapest, <sup>2</sup>Szentágotthai Knowledge Center, Budapest, <sup>3</sup>Institute of Medical Chemistry, Molecular Biology and Pathobiochemistry, <sup>4</sup>1st Department of Pediatrics, <sup>5</sup>Department of Pulmonology of the Semmelweis University Budapest

Postischaemic membrane destruction causes inhibition of Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPase (NKA), while heat shock protein (HSP)72 helps to preserve it. We tested the sex differences in postischaemic expression of HSP72 and co-localization with NKA.

The left renal pedicle of uninephrectomized female (F) and male (M) Wistar rats was clamped followed by 2 (T2), 16 (T16) 24 hours (T24) of reperfusion. Uninephrectomized, sham-operated F and M rats served as controls. Postischaemic blood urea nitrogen (BUN), serum creatinine and renal histology were analyzed. HSP72 mRNA and protein expression was detected. Fluorescent immunohistochemistry was performed to evaluate the localization of HSP72 and NKA alpha-1 subunit.

Postischaemic BUN and creatinine were higher and renal histology showed more rapid progression in M versus F (P<0.05). HSP72 mRNA expression was higher in F versus M in control and in all I-R groups (P<0.05). Similar changes were observed in HSP72 protein levels (F versus M, P<0.05, controls, T2, T16 T24, respectively). Immunohistochemical localization of HSP72 and NKA alpha-1 was similar in control F and M. In postischaemic F kidneys the majority of NKA alpha-1 and HSP72 was co-localized on the basolateral membrane of tubular cells, while in M prominent staining was observed in the cytosol and apical domain.

This study indicates that in female kidneys the higher basal and postischaemic levels of HSP72 and different co-localization with NKA might contribute to the gender differences in renal I-R injury.

OTKA F-042563, ETT 184/2003, Bolyai Ösztöndíj

42.

### **DONOROK ELŐKEZELÉSE SZTEROIDDAL. EGY OSZTRÁK-MAGYAR TANULMÁNY ELSŐ EREDMÉNYEI.**

Langer R, Rempfort Á, Dallos G, Földes K, Sárvány E, Oberbauer R<sup>2</sup>  
SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest, <sup>2</sup>Elisabethinen Spital, Linz

A tanulmány célja, hogy az agyhalott donorok szteroiddal való előkezelése révén (1 gramm 6 órával a donáció előtt) mérséklődik az inflammatorikus komponens, ezzel preveniálható a graftkárosodás, kevesebb akut tubuláris necrosis (ATN) lesz tapasztalható és kevesebb haemodialízis kezelésre lesz szükség a placeboval kezelt csoporthoz képest. A bécsi előzetes tanulmányok során meghatározták a humán donorvesék gén expressziós mintáját transzplantáció előtt és megállapították, hogy a később ATN-t mutató vesék egyedi molekuláris transzkripciós választ mutattak. A transzkripciós faktor analízis ezen molekuláris utak coregulációját bizonyította.

Jelen tanulmányban azt vizsgáljuk, hogy a citokinek és gyulladásozó faktorok autonóm kifejeződése az agyhalál állapotában eliminálható-e egyszeri szteroid dózis adásával. Ez a beavatkozás csökkenti munkahipotézisünk szerint a gyulladásozó választ és ezzel a donor szerv immunválaszát is. Ezen kondicionálás hatékonyságát a transzplantálandó veséből vett biopszia génexpressziós vizsgálatával elemezzük. A klinikai végpont a tanulmányban az ATN incidenciája és időtartama.

Az első eredmények (50 donor) alapján egyértelműen megállapítható, hogy a szteroid előkezelés kevesebb haemodialysis kezelést tett lehetővé és az egy hetes kreatinin vonatkozásában szignifikáns különbség volt a két csoportban az előkezelték javára.

A tanulmány komplettálása előtt már megállapítható, hogy a megfelelő időben adott szteroid előkezelés jótékony hatással van a beültetett szervek korai graftfunkciójára.

43.

**DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁS KIDOLGOZÁSA A GYÓGYSZER-METABOLIZÁLÓ KÉPESSÉG  
VIZSGÁLATÁRA SZERVÁTÜLTETÉSEN ÁTESETT BETEGEKBEN**

Monostory Katalin<sup>1</sup>, Kóhalmy Krisztina<sup>1</sup>, Gulyás Judit<sup>1</sup>, Porrogi Pálma<sup>1</sup>, Gaál Ibolya<sup>1</sup>, Paulik József<sup>3</sup>, Maléth Anikó<sup>1</sup>, Schmidt Katalin<sup>1</sup>, Benkó Tamás<sup>1</sup>, Péter Antal<sup>1</sup>, Dallos Gábor<sup>1</sup>, Piros László<sup>1</sup>, Nemes Balázs<sup>1</sup>, Görög Dénes<sup>1</sup>, Gálóci Imre<sup>4</sup>, Hirka Gábor<sup>5</sup>, Fazakas János<sup>1</sup>, Lakatos Márta<sup>1</sup>, Gerlei Zsuzsa<sup>1</sup>, Korponay Zsuzsanna<sup>6</sup>, Járay Jenő<sup>1</sup>, Sárváry Enikő<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest

<sup>2</sup>MTA Kémiai Kutatóközpont Budapest

<sup>3</sup>Roche (Magyarország) Kft, Diagnosztika Divízió

<sup>4</sup>Diagnosticum Zrt, Budapest

<sup>5</sup>LAB International Magyarország Kutatóközpont, Veszprém

<sup>6</sup>Semmelweis Egyetem, II.sz. Gyermekklinika Klinika, Budapest

A gyógyszeres terápia során jelentkező nem-kívánt mellékhatások egy része a gyógyszermetabolizmus eltéréseiből, vagy megváltozásából fakad. A máj gyógyszermetabolizáló képességét elsősorban a citokróm P450 (CYP) enzimek mennyisége és aktivitása határozza meg, amely nagyban befolyásolhatja egy adott gyógyszer hatékonyságát és esetleges toxicitását. Az aktuális CYP enzimszint genetikailag meghatározott, amelyet külső és belső tényezők módosíthatnak. A transzplantáció során a graft, valamint a betegtúlélést számtalan tényező mellett a gyógyszermetabolizáló kapacitás is befolyásolja (1).

Kidolgozás alatt áll egy többlépcsős diagnosztikai eljárás a transzplantált betegek gyógyszermetabolizáló kapacitásának meghatározására. A diagnosztikai rendszer a gyógyszermetabolizmusban résztvevő CYP enzimek aktivitásának és expressziójának meghatározásán (fenotipizálás), valamint a DNS analízissel megállapítható génhiba kimutatásán (genotipizálás) alapul. Májtranszplantáció esetén a donor máj, vese- és egyéb szervátültetést követően a recipiens metabolikus kapacitása határozza meg a műtét utáni gyógyszeres terápia kimenetelét. A gyenge gyógyszerlebontó képességű egyén teljesértékű életet él mindaddig, míg egy olyan gyógyszerrel nem kezelik, amelynek átalakításában elsődlegesen az adott csökkent működőképességű (vagy hiányzó) enzim vesz részt. A diagnosztikai rendszer alkalmazásával lehetőség nyílik arra, hogy előre jelezzünk egy esetleges enzimdefektet, amely befolyásolhatja a beteg gyógyszeres kezelését. A graft túlélését és a betegek életkilátásait javíthatja a gyógyszermetabolizáló képesség hiányának időben való felismerése és a műtét utáni terápia ésszerű módosítása.

1. Kobori L, et al J Hepatol. 1997 Nov;27(5):890-3.

Köszönet: Feszt Tímeának, Hamrán Istvánnak  
Munkánkat Richter GedeonVegyészeti Gyár NyRt. támogatta

44.

## A MÁJGRAFT GYÓGYSZER-METABOLIZÁLÓ KÉPESSÉGÉNEK VIZSGÁLATA VALÓS IDEJŰ PCR TECHNIKÁVAL

Sárváry Enikő<sup>1</sup>, Gaál Ibolya<sup>1</sup>, Paulik József<sup>3</sup>, Lakatos Márta<sup>1</sup>, Maléth Anikó<sup>1</sup>, Schmidt Katalin<sup>1</sup>, Kőhalmy Krisztina<sup>2</sup>, Gulyás Judit<sup>2</sup>, Porrogi Pálma<sup>2</sup>, Péter Antal<sup>1</sup>, Dallos Gábor<sup>1</sup>, Benkő Tamás<sup>1</sup>, Piros László<sup>1</sup>, Nemes Balázs<sup>1</sup>, Görög Dénes<sup>1</sup>, Gálóci Imre<sup>4</sup>, Hirka Gábor<sup>5</sup>, Fazakas János<sup>1</sup>, Gerlei Zsuzsa<sup>1</sup>, Korponay Zsuzsanna<sup>6</sup>, Járay Jenő<sup>1</sup>, Monostory Katalin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest

<sup>2</sup>MTA Kémiai Kutatóközpont Budapest

<sup>3</sup>Roche (Magyarország) Kft, Diagnosztika Divízió

<sup>4</sup>Diagnosticum Zrt, Budapest

<sup>5</sup>LAB International Magyarország Kutatóközpont, Veszprém

<sup>6</sup>Semmelweis Egyetem, II.sz. Gyermekklinika Klinika, Budapest

**Bevezetés:** A májtranszplantáció sikeressége szempontjából számottevő a gyógyszer-metabolizáló kapacitás és a gyógyszer-interakciók szerepe (1). A korai posztoperatív időszakban alkalmazott nagy mennyiségű gyógyszer hatékonyságát és esetleges toxicitását nagymértékben befolyásolja beültetett máj citokróm P450 enzimkészlet (CYP) mennyisége és aktivitása.

**Cél:** A graft gyógyszer-metabolizáló képességének korai (még a műtét napján) vizsgálata, osztályozása, ami feltétele a személyre szabott gyógyszerelésnek.

**Módszer:** 16 májdonor fehérvérsejtjeiből a CYP3A4, 2C9, 2C19, 2B6 enzimek génexpresszióját valós idejű PCR technikával mértük LightCycler (Roche Molecular Biochemicals) készüléken. A vérből történő gyógyszer-metabolizáló képesség vizsgálatának metodikáját önállóan dolgoztuk ki.

**Eredmények:** A májsejtekből és a hozzátartozó fehérvérsejtekből preparált mRNS mennyisége jól korrelál egymással. A cDNS-ek amplifikációs görbéinek áttörési pontja alapján 3 csoportot hoztunk létre: nagyon jól-, jól- és gyengén metabolizáló máj.

Ezt a csoportosítást alátámasztotta a beadott gyógyszerdózisok és a vérszintek közötti összefüggés.

**Következtetés:** Az beállított módszer lehetőséget kínál a máj metabolizáló képesség meghatározására teljes vérből anélkül, hogy a májszövet rendelkezésre állna. Protokolltól eltérő gyógyszerelést (dóziscsökkentés, visszavonás, helyettesítés) igényel a nagyon jól- és a gyengén metabolizáló graft.

1. Kobori L, et al J Hepatol. 1997 Nov;27(5):890-3.

Köszönet: Feszt Tímeának, Hamrán Istvánnak  
Munkánkat Richter GedeonVegyészeti Gyár NyRt. támogatta

45.

## **A VESE ÉS HASNYÁLMIRIGY TRANSZPLANTALT BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK VIZSGÁLATA „ÉDES ÉLET”?**

Faragó Gyöngyvér<sup>1</sup>, Németh Katalin<sup>2</sup>, Dr. Kalmár Nagy Károly<sup>3</sup>

PTE-OEC-ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup> PTE-OEC-ETK, Klinikai és Ápolástudományi Intézet<sup>2</sup> PTE-OEC-ÁOK, Sebészeti Klinika,

**Háttér:** Kombinált vese és hasnyálmirigy transzplantation átesett betegek életminőségének vizsgálata releváns téma. Ezen betegcsoport élete nagymértékben megváltozik a dialysis alatti időszakhoz képest.

**Cél:** Vizsgálatunkkal arra szeretnénk választ kapni, hogy szimultán hasnyálmirigy veseátültetésben részesült betegek hogyan élik meg a transzplantatit követő életmód változást.

**Módszer:** A kutatás 2005. október 03. és 2006. január 31. között zajlott. Regionálisan összesen 43 beteg volt, ebből 21 - től érkezett vissza kérdőív. A betegek a PTE – OEC-ÁOK Sebészeti és Transzplantációs Ambulanciáján töltötték ki a kérdőíveket. Mély interjú a beteg otthonában készült. A vizsgálatban kizárólag legalább két hónapja kombinált vese és hasnyálmirigy transzplantation átesett, 18. életévüket betöltött, cselekvőképes betegek vettek részt. A kutatás retrospektív és keresztmetszeti.

**Eredmények:** A kliensek a legtöbb információt a kezelőorvosuktól kapják a műtét utáni életvitellel, életmóddal kapcsolatban. Nem vesznek részt önszorgító csoportokban. Fizikális állapotuk transzplantatit követően javult, képesek mindennapi tevékenységeiket segítség nélkül ellátni. Pszichés állapotukban pozitív változás nem történt, a kliensek szoronganak.

**Következtetések:** Összességében elmondható, hogy a betegek életminősége javult. Negatív pszichés állapotuk önszorgító csoportokban való részvétellel, pszichés vezetéssel, személyes tanácsadással, sporttevékenységekkel pozitív irányba tolható, szorongásuk minimalizálható, életminőségük jobban javítható.

46.

### **GYERMEK VESÉK ALLOKÁCIÓJA**

Viola Mária<sup>1</sup>, Mihály Sándor<sup>1</sup>, Szakály Péter<sup>2</sup>, Kalmár Nagy Károly<sup>2</sup>,  
Hungarotransplant Kht<sup>1</sup>, PTE OEC Sebészeti Klinika<sup>2</sup>,

Művese kezelésben részesülő gyermekek testi és szellemi fejlődése lelassul egészséges társaikhoz viszonyítva. Vese transzplantációt követően a gyermekek nem maradnak le a további fejlődésben. Fontos, hogy a vesepótló kezelésben részesülő gyermekek előnyt élvezzenek a donor vesék allokációja során.

- A diabeteses nephropathia miatt vesepótló kezelésre szoruló betegek túlélési esélyei sokkal rosszabbak, mint a más ok miatt dialízisre szoruló betegeké. Szimultán hasnyálmirigy veseátültetés fiatal donorokból származó szervekkel végezhető a legjobb eredménnyel. (Azokat az elméleti megfontolásokat, hogy a gyermekek béta sejtjei még nem elég érettek, a klinikai tapasztalat nem igazolta.) Vizsgálatunkkal azt szándékoztunk megtudni, hogy a gyermek donorokból eltávolított vesék milyen arányban lettek gyermekekbe átültetve, illetve, hogy milyen arányban kapták szimultán hasnyálmirigy veseátültetésre váró betegek.

2002-2006 között 60 vese került eltávolításra gyermek cadaver donorokból. 33 vese gyermekekbe lett átültetve. 6 vese nem lett felhasználva és szövettani vizsgálatra került. 21 vese pedig felnőtt betegekbe került átültetésre. A felnőtt recipensek között nem volt szimultán hasnyálmirigy veseátültetésre váró beteg.

Véleményünk szerint az a tény, hogy a gyermek vesék 45 százaléka nem a preferált betegcsoportnak lett eljuttatva szükségessé teszi a gyermek vesék allokációjának újra gondolását.

47.

### **HÉTKÖZNAPI ÉS HÉTVÉGI TRANSZPLANTÁCIÓK**

Korbély R, Hídvégi M, Langer R  
SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest

Retrospektív tanulmányunkban arra voltunk kíváncsiak, hogy van-e különbség a munkanapokon vagy munkaszüneti napokon végzett transzplantációk gyakorisága és eredményei között.

1973.11.16. és 2006.02.20. között a budapesti centrumban összesen 2720 veseátültetést végeztünk.

Öröknaptár segítségével megállapítottuk, hogy az egyes műtétek milyen napra estek. A munkaszüneti napokat a Munka Törvénykönyve megfelelő rendelkezései alapján szelektáltuk (állami ünnepek, húsvét hétfő, pünkösd hétfő, szabad szombat bevezetése stb.)

Ezek alapján a vizsgált időszak több mint három évtizede során 8544 munkanap volt és 3194 munkaszüneti nap, 2014 illetve 674 átültetéssel. A munkanapok 23,6%, a munkaszüneti napok 22,1%-ában történt műtét. A halálozást illetően nem volt lényegi különbség a két csoport között (33,8% és 34,5%), a kilökődések gyakoriságát illetően 33,5% illetve 30,9% némileg jobb adatot mutat a munkaszüneti nap csoportban. A graftvesztés kategóriában ez a különbség tovább növekszik 52.0% vs. 48.0% értékekkel.

A fenti adatok birtokában levonhatjuk azt a következtetést, hogy a transzplantáció „7/24 job” vagyis nem ismer ünnepet vagy hétköznapot, ezt az abszolút számok is mutatják egy három évtizedes tevékenység során. A munkaszüneti napokon transzplantáltak hosszú távon néhány százalékkal jobb eséllyel tartják meg a graftfunkciójukat a budapesti központban.



**48.**

### **A TRANSZPLANTÁCIÓS RIADÓ MENETE AZ OGYK HLA LABORATÓRIUMÁBAN**

Cserkuti Csilla, Kertész Lászlóné, Schmidt Lászlóné, Sinkovichné Bak Erzsébet, Gaál Katalin, Rausch Mihályné  
Országos Gyógyintézeti Központ, Immungenetika Osztály

Ebben a munkában a szerzők bemutatják, hogy transzplantációs riadó esetén milyen feladatokat kell megoldani a laborban. Leggyakoribb a veseriadó, ilyenkor az elsődleges feladat a donor HLA-I. és II. osztály fenotípusának meghatározása. Ezt követően a vércsoport és a HLA-fenotípus ismerében készül a recipiens szelekciós lista. A szerológiai keresztpróbák értékelését követően a végső listát küldjük el a négy sebészeti központokba. A recipiens kiválasztása előtt különös figyelmet kell fordítani az immunizált betegekre: a keresztpróbát friss szérummintával ismételjük, amennyiben az utolsó havi PRA<sup>3</sup>15%. A szerzők összefoglalják, hogy multiorgan donáció (máj, szigetsejt, pancreas) esetén milyen feladatok várnak az ügyeletesekre.

49.

## **LYMPHOCELE 8 ÉVEL A VESETRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐEN**

Langer R, Tóth A, Rempert Á, Járay J  
SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest

Irodalmi adatok szerint a vesetranszplantációt követő lymphocele kialakulása 90%-ban fél éven belül történik és csak kb. 1% az egy éven túli esetek aránya. Graftvesztéssel általában nem jár ez a kórkép, de a betegek egy részénél műtéti megoldásra van szükség az átmeneti funkcióromlás megállítására.

29 éves férfi kórtörténetét ismertetjük, akinek alapbetegsége ismeretlen. 1998 márciusában sikeres cadaver vesetranszplantációja történt, a kórházat egy akut rejeckió miatti shot-kezelést követően hagyta el rendezett állapotban normál kreatinin értékkel. 7 évig eseménytelen volt a posztoperatív szakasz, immunszuppressziója cyclosporin-szteroid-mycophenolat mofetil hármass kombináció volt. Ezt követően szteroidját elhagytuk és tacrolimusra konvertáltuk. 2006 februárjában felső légúti hurutot követően akut rejeckiója alakult ki, melyet nagy dózissú szteroid bólusterápiával kezeltünk. Hirtelen kialakult gasztrointesztinális vérzés miatt sürgős indikációval gyomorrezekciót végeztünk. Az akut rejeckióját követően lymphocele alakult ki, melyet először drenáltunk, de a nagy mennyiség és az uralhatatlan kép miatt műtetre került sor: fenestratio és omentoplastica történt. Az igazolt Influenza A + Chlamydia infekció ellenére teljesen felépült: 3 hónappal a műtéteket követően szérumb kreatininje 160  $\mu\text{mol/l}$ .

A lymphocele irodalmát áttekintve ilyen időbeli különbséggel nem írtak még le lymphocele megjelenést.

50.

**TRANSZPLANTÁCIÓ UTÁNI ICTERUS DIFFERENCIÁL-DIAGNOSZTIKÁJA**  
**Passenger B lymphocyta syndroma - esetbemutató**

Faust Zs., Sáfrány B., Pászthy V., Csernus Z., Kalmár N. K.\* , Nemes I.

OVSz Pécsi Regionális Vérellátó Központ

\*PTE Sebészeti Klinika Transzplantációs Osztály

O.J. vesebeteg 2006 júliusában élődonoros vesetranszplantáción esett át. A transzplantáció után 17 nappal kontroll vizsgálatra jelentkezett, amikor icterust és alacsony haemoglobin értéket észleltek. Az anaemia miatt a betegnek vérválasztást kértek.

Az icterus hátterében májkárosító vírusok okozta infectio kizárására antitest vizsgálatok történtek (HBV, HCV, CMV irányába).

Felmerült az alkalmazott Prograf terápia hepatotoxikus mellékhatása is, de a Rapamune-ra történt váltás sem hozott javulást.

A vérválasztásnál a B Rh pozitív beteg savójában a rutinszerűen elvégzett ellenanyag szűrővizsgálat vércsoport ellenes antitestet nem mutatott ki. A keresztprobák során az összes B Rh pozitív donor és a beteg saját vörösvérsejtjei is inkompatibilisnek bizonyultak. Mivel a beteg O vércsoportú donortól /édesapjától/ kapott vesét, felmerült annak gyanúja, hogy a grafftal együtt a O vércsoportú donor anti-B antitestet termelő lymphocytái átkerülve a recipiens szervezetébe továbbra is donor típusú anti-B antitestet termelnek. Ennek eredménye a haemolysis, anaemia és a B vércsoportú vörösvérsejtekkel való inkompatibilitás.

A feltételezett passenger B lymphocyta syndroma immunszerológiai kivizsgálását mutatjuk be a poszteren.

51.

### **ESÉLY EGY ESÉLYTELEN BETEGNEK 100% PRA ÉRTÉKŰ VESEBETEG SIKERES TRANSZPLANTÁCIÓJA FLOWCITOMETRIÁS KERESZTPRÓBA ALAPJÁN**

Sáfrány B., Faust Zs., Kalmár Nagy K.\*, Hernádi E., Szakály P.\*, Kaszáné Gy. B., Viola M.\*, Nemes I.

OVSz Pécsi Regionális Vérellátó Központ HLA Laboratórium

\*PTE Sebészeti Klinika Transzplantációs Osztály

A 2002 óta transzplantációs várólistán lévő vesebeteg a pécsi veseriadók során hétszer került szelekciós listára. 100%-os PRA értékei és pozitív CDC-s keresztpróbai miatt transzplantáció lehetősége egy alkalommal sem vetődött fel.

2006. május 9-én egy újabb veseriadónál jó egyezéssel, 100% PRA mellett negatív lett a CDC-s keresztpróba, ami a betegre irányította a figyelmet. Friss és korábbi vérmintáiból keresztpróba ismétlés történt CDC módszerrel, mely ekkor már pozitív eredményeket adott. A mindkét vérmintával elvégzett flowcitometriás T és B keresztpróba azonban egyértelműen negatív volt. Figyelembe véve a jó HLA egyezést, és azt a tényt, hogy klinikailag fontosnak tartott IgG típusú HLA antitestek nincsenek a beteg szérumában, a vese beültetésre került.

A transzplantáció napján a veseműködés megindult, de másnap leállt. Rejekció gyanúja merült fel. A beteg transzplantáció előtti és utáni vérmintáiból különböző módszerekkel végzett immunszerológiai vizsgálataink igazolták: a beteg magas PRA értékét nem HLA antitestek okozták. Rejekciót a vesebiopszia sem igazolt. A transzplantált vese 1 hét után újra működni kezdett, a beteg jelenleg is jól van.

A két vérmintából egyértelműen negatív flowcitometriás keresztpróba lehetővé tette a beültetést egy olyan beteg számára, akinek a CDC módszerrel elvégzett vizsgálatok alapján eddig soha nem volt esélye a transzplantációra.

Felmerül a kérdés: hány hasonló beteg lehet még a várólistán?

52.

### **HOGYAN VÉLEKEDNEK MAGYARORSZÁGON A DIALIZÁLT BETEGEK AZ ÉLŐDONOROS TRANSZPLANTÁCIÓRÓL?**

**Kérdőíves felmérés 20 dialízis állomáson az „Élődonoros vesetranszplantáció” c. film megtekintése után.**

Szalamanov Georjiné, Szendy Béla

Transzplantációs Alapítvány a Megújított Életekért, Szendy&Szendy

A Transzplantációs Alapítványt évek óta foglalkoztatja a hazai élődonoros transzplantációk számának „kiemelkedően” alacsony volta. Érthetetlen és megmagyarázhatatlan számunkra, hogy míg az európai átlag 30 % körüli, az USA-ban, Norvégiában több mint 50 %, Mexikóban 90 %, mi az oka annak, hogy Magyarországon jellemzően 2-3 % az élődonorok aránya.

Meggyőződésünk, hogy hatékony lépéseket kell tennünk annak érdekében, hogy ez megváltozzon. Első lépésben szétosztottunk 1300 db „Élődonoros vesetranszplantáció” c. filmet azon művese kezelt betegek körében, akik transzplantációs várólistán vannak, illetve lehetnének, de nem akarnak, valamint a predialízisben lévőknek. Második etapban 20 kiválasztott dialízis állomáson kértünk 10-10 önként jelentkező beteget - aki a filmet látta - a kérdőív név nélküli kitöltésére.

A felmérés rávilágít a betegek gondolkodására, viszonyára szeretteikhez, és csak kis százalékban a tájékozatlanságukra.

Következő lépéseinket a felmérés értékelése, a művese állomásokat vezető orvosokkal, szociális munkásokkal történő egyeztetések, együttműködések fogják meghatározni.

53.

### **FELNŐTTKORI ÉLŐDONOROS MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ: TORONTÓI TAPASZTALATOK**

Máthé Zoltán<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Toronto General Hospital, University of Toronto, Toronto, Kanada

A világszerte fennálló szervdonor hiány jelentősen korlátozza a napjainkra már rutin beavatkozásnak számító májtranszplantációk számának növekedését az akut és krónikus májelégtelenség kezelésében. A donorhiány csökkentésének egyik lehetősége a felnőttkori élődonoros májtranszplantáció, amelynek technikáját részletesen kidolgozták az elmúlt években. A szerző egy vezető Észak-Amerikai centrum tapasztalatait összegzi az irodalmi adatok tükrében. 2000 április- és 2005 augusztus közötti periódusban végzett 124 felnőttkori, jobb lebenyes, élődonoros májtranszplantáció adatait elemezve, bemutatja a donorok kiválasztásának és kivizsgálásának menetét, kitér a felmerülő etikai kérdésekre, valamint a műtéti előkészítés és a műtéti technika fontosabb szempontjaira, a donorműtét kockázatcsökkentésének előtérbe helyezésével. Ismerteti az élődonoros transzplantációra kerülő recipiensek kiválasztásának, műtétjének, immunszuppressziójának és utánkövetésének speciális kérdéseit. Bemutatja a felnőtt élődonoros transzplantáció eredményeit, összehasonlítva a hasonló periódusban agyhalottból végzett teljes májtranszplantáció eredményeivel. Összegzésképpen megállapítható, hogy megfelelő előkészítés, donor és recipiens kiválasztás, sebészi felkészülés és technikai háttér mellett, -jól összehangolt csapatmunkával-, a felnőttkori, jobb lebenyes májtranszplantáció biztonságosan végezhető.

54.

## AZ ÉLŐDONOR MÁJÁTÜLTETÉS HELYZETE MAGYARORSZÁGON

Kóbori László, Gerlei Zsuzsanna, Szőnyi László, Péter Zoltán, Doros Attila, Máthé Zoltán, Németh Andrea, Hartmann Erika, Borsodi Etelka, Árkosy Mónika, Mándli Tamás, Kiss Máttyás, Nagy Péter, Dallos Gábor, Benkő Tamás, Fehérvári Imre, Járay Jenő, Dieter C. Broering

SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Flór F. Kh. Kistarcsa, I. sz. Gyermekklinika  
UKSH-Kiel, Deutschland

A partialis májgraft átültetés (split vagy élődonor) gyermekek és felnőttek esetén is javítja az eredményeket a rövidebb várakozási idő miatt, főleg vírus pozitív és tumoros betegek esetén. Akut májelégtelenség (UNOS- high urgency) esetén is szóba jön a partialis graft átültetés. Általában a bal oldali laterális szegmenteket gyermekeknek, a nagyobb jobb oldalt felnőtteknek ültetjük át. A minimális májszövet mennyiség a testsúly 1%-át jelenti. A transzplantációt követő szövődmények közül az epeúti (2%) és az artériás szövődmények emelhetők ki (5-8%). Élődonor esetén szerencsére ma már minimális a posztoperatív szövődmények száma, amelynek oka a standardizált morbiditási faktorok megelőzésében rejlik. A hazai májátültetési programban 16 partialis májgraftot ültettünk át. 13 esetben történt élődonor kivizsgálás, de csak négy esetben történt meg a donáció (2 itthon, 2 külföldön). A partialis máj-graft átültetés igen jó graft és betegtúlélést biztosít és a gyermek és felnőtt májátültetés javasolt alternatívája. Természetesen, a hazai élődonor pool és program fejlesztése csak szoros szakmai együttműködéssel lehetséges.

Fazakas et al. Transpl Int. 2003;16:465-70

Geuken et al. Am J Transplant. 2005;5:1875-85

Monostory et al. Chem Biol Interact. 2004;147:331-40

Peter et al. Clin Transplant. 2004;18:580-4

55.

### HEPATOCTYA TRANSZPLANTÁCIÓ A KLINIKAI GYAKORLATBAN

Kóbori László, Doros Attila, Németh Andrea, Gerlei Zsuzsanna, Fehérvári Imre, Mándli Tamás, Ther Gábor, Maléth Anikó, Schmidt Zsoltné, Piros László, Kóhalmi Krisztina, Szőnyi László, Schuller János, Lengyel Gabriella, Szalay Ferenc, Fehér János, Járay Jenő, Wolfgang Rüdinger, Michael Ott

SE. Transzplantációs és Sebészeti Klinika, I sz. Gyermekklinika, I.sz. Belgyógyászati Klinika, II.sz. Belgyógyászati Klinika, Szent László Kórház, MTA KKI

A hepatocytá transzplantáció (LCT) klinikai alkalmazása a sürgősségi esetek, a donorhiány és a teljes vagy szegment beültetésnél lényegesen kisebb beavatkozás miatt indokolt. A májsejtek bankszerű tárolásával és szükség szerinti alkalmazásával kapcsolatban a tapasztalatok bővítése szükséges. A sikeres LCT feltétele a megfelelő mennyiségű és viabilitási indexet mutató sejtszuszpenzió.

Az utóbbi években a világ néhány központjában az LCT-t megfelelő eredménnyel használják a májbetegség egyes csoportjaiban. A beavatkozás indikációs köre bővül és technikája folyamatosan javul. Az LCT lényegesen kisebb terhet ró a recipiensre az egész máj vagy szegment transzplantációnál. Sürgős szükség esetén gyorsabban végezhető, így megfelelő „híd” szerepet tölthet be, akár fulmináns vírushepatitiszek esetén is.

A szervátültetés mellet az LCT hosszútávon javíthatja a súlyos májbetegségben szenvedők prognózisát. Akut és metabolikus májelégtelenségben a megfelelő minőségű donor máj átültetéséig az LCT biztonságosnak és egyszerűnek ígérkezik, sporadikus esetekben teljes gyógyulásról is beszámoltak (>50 eset).

Az LCT prospektív multicentrikus klinikai vizsgálat hazai elindítása folyamatban van.

Fazakas et al Transpl. Int. 2003;16:465-70

Monostory et al. Chem, Biol. Interact. 2004;147:331-40

Peter et al. Clin Transplant. 2004;18:580-4

Geuken et al. Am J Transplant. 2005;5:1875-85



56.

### **MÁJÁTÜLTETÉS ÉS HBV INFЕКCIÓ**

Fehérvári Imre, Görög Dénes, Kóbori László, Nemes Balázs, Gerlei Zsuzsa  
SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A HBV nem csak indikációja lehet a májátültetésnek végstádiumú májbetegség esetén, hanem a műtétet követően kialakult de novo infectio is jelentős hatással bír a beteg túlélésre.

2004 január és 2006 szeptember között 4 betegnél történt OLTx HBV infectio miatt. E négy beteg a korábbi standardoknak megfelelően HBV DNA negatív volt a transzplantáció idejében, majd folyamatos kontroll alatt állt megfelelő serum Ig szint biztosítása céljából. Ennek során ismételten jelentős mennyiségű human immunglobulin adását igényelték fenntartott antivirális kezelés mellett.

A de novo infekciók közül az elvégzett közel 300 májtranszplantációt követően 6 esetben észleltük HBV DNA pozitívítás kialakulását rutin vizsgálatok kapcsán. Valamennyi beteg antivirális kezelés alatt áll, mely standard esetben lamivudin. Három betegnél észleltük resistentia kialakulását, ezért adefovir kezelésre váltottunk.

57.

## **OBESITAS ÉS MÁJ TRANSZPLANTÁCIÓ**

Görög Dénes, Fazakas János, Gerlei Zsuzsa, Fehérvári Imre, Kóbori László, Nemes Balázs.

Bevezetés. Az obesitas műtéti kockázatot fokozó szerepe újabban vitatott.

Célkitűzés. Vizsgálatunk célja annak megállapítása volt, hogy az elhízás fokozott műtéti kockázatot jelent-e májátültetés során.

Betegek és módszer. 2003. január 1. és 2006. szeptember 1. között krónikus májbetegség miatt első transzplantáción átesett felnőtt betegeinket testtömeg indexük (BMI) alapján két csoportba soroltuk: BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> illetve BMI < 30 kg/m<sup>2</sup>.

A műtéti paraméterek és a három hónapon belüli halálozás mellett a posztoperatív szövődmények előfordulását hasonlítottuk össze a két csoportban. Az immun-suppressziós kezelés 95 %-ban tacrolimus, mycophenolate mofetil és szteroid volt.

Eredmények. A vizsgált 124 közül 25 beteg kövér volt (BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>). A kövér és nem kövér betegek között az alapbetegség súlyosságában, a műtét időtartamában és az intraoperatív transzfúzió mennyiségében nem volt jelentős különbség. A műtéti halálozás 4 % illetve 7 %, a sebészi szövődmények előfordulása 52 % illetve 46 % volt, a különbség nem szignifikáns. A sebgyógyulási zavar és a de novo diabetes mellitus viszont szignifikánsan gyakoribb volt a kövér betegekben (12 % illetve 4 %, továbbá 40 % és 22 %). A műtét utáni összes infekciót tekintve nem volt különbség a két csoport között (16 % és 17 %).

Következtetések. Az obesitas önmagában nem jelent műtéti kontraindikációt májátültetés során, bár az extrém kövér (BMI  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup>) betegek száma kevés (n=6) volt ahhoz, hogy őket külön értékeljük. Az immun-suppressziós kezelés diabétogén hatása kövér betegekben kifejezettebb volt.

58.

## MÁJRECIPIENSEK ANESZTEZIOLÓGIAI KIVIZSGÁLÁSÁNAK EREDMÉNYEI 2004-2005 KÖZÖTT

Kiss N<sup>1</sup>, Radnai M<sup>2</sup>, Békefi R<sup>1</sup>, Fazakas J.<sup>3</sup>, Németh E.<sup>1</sup>, Árkosy M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest

<sup>3</sup>Fővárosi Bajcsy Zsilinszky Kórház, Budapest

**Bevezetés:** A májbetegség súlyosságával arányosan rosszabbodik az extrahepatikus szervek funkciója is: portopulmonalis szindróma (PPS), hepatopulmonalis szindróma (HPS), hepatorenális szindróma (HRS) stb<sup>1</sup>. A CHILD-PUGH score, MELD score ebből a szempontból nem jelző értékű<sup>2</sup>. Jelen tanulmányban májrecipiensek extrahepatikus diszfunkciónak gyakoriságát vizsgáltuk 2004-2005 között.

**Anyag és módszer:** Tanulmányoztuk a májrecipiensek fázis I vizsgálatának adatait 90 májtranszplantáció kapcsán. Az adatokat prospektíven gyűjtöttük és retrospektíven értékeltük. Elemeztük a demográfiai adatokat, a speciális súlyossági score-at. Vizsgáltuk a cirrhotikus betegek műtéti alkalmasságát, az extrahepatikus diszfunkciók gyakoriságát pulmonális, renális, kardiális szempontból illetve a kísérő betegségek jelentőségét.

**Eredmények:** Az átlag életkor  $48 \pm 11$  év volt, 50 évnél volt idősebb a férfiak 40%-a, a nők 60%-a. A BMI  $26 \pm 5$  kg/m<sup>2</sup> volt, de betegek 20%-nál túlsúlyt találtunk. A leggyakoribb etiológia: a HCV, ALD, PSC, PBC volt (betegek 73%-a). A recipensek fele: CHILD B stádiumban, MELD: 10-20 score-al rendelkezett. A vizsgált májbetegek 30%-nál találtunk PPS-t, 20%-nál HRS-t, 10%-nál HPS-t. A PPS betegek 5%-a igényelt pulmonális vazodilatátor kezelést, ez megfelel a nemzetközi tapasztalatoknak.

**Következtetés:** Aneszteziológiai szempontból a PPS, HRS, HPS kimutatása fontos része a fázis I vizsgálatoknak, kiszűri a rizikó csoportokat és a elősegíti májtranszplantációra való felkészülést.

1. J. Hepatol. 27:890-893, 1997

2. Transpl.Int. 19:372-380, 2006

59.

## MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ ÉS CELL SAVER HASZNÁLATA

Meixner Katalin, Fazakas János, Árkosy Mónika  
Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

**Bevezetés:** A májtranszplantáció vérigénye az intraoperatív szakban a cell saver által visszanyert és visszaadott saját vér mennyiségével csökkenthető. A vizsgálat célja a cell saver alkalmazásának, előnyeinek bemutatása a májátültetés alatt.

**Betegek és módszer:** A cell saver alkalmazása során vizsgáltuk a műteti időt, a hepatectomia típusát, az anhepatikus fázis idejét, a hipotermia előfordulását, a felhasznált idegen vérkészítmények mennyiségét és a korai posztoperatív szövődeményeket, illetve tanulmányoztuk az ezek közötti összefüggéseket. A betegeket (n=28) két csoportba soroltuk a májtranszplantáció alatt visszaadott saját vérmennyiség alapján: „A” csoport (n= 13; <1000 ml) és „B” csoport (n=15; >1000 ml). A statisztikai számításokhoz a  $\chi^2$  és Wilcoxon tesztet használtuk.

**Eredmények:** Nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között a májbetegség etiológiáját illetően és a Child score tekintetében. Mindkét csoport betegeinél a kezdeti enyhe hipotermia sikeresen kezelhető volt. Nem volt kimutatható különbség az A és B csoport betegei között a felhasznált idegen vérmennyiségét illetően. 1000 ml-nél nagyobb mennyiségű saját vér pótlása mellett a betegek szignifikánsan több friss fagyasztott plazmát, (A csoport 6,54±4,22 vs. B csoport: 15,21±12,19 E; p< 0,02) és trombocita koncentrátumot igényeltek (A csoport: 8,85±5,06 E vs. B csoport: 18,21±13,81; p<0,03) műtét alatt. A „B” csoport betegeinél szignifikánsan hosszabb ideig tartott a májtranszplantáció: 96±77,14 min (p<0,009) és az anhepatikus fázis: 107±51,16 min (p<0,04). A korai posztoperatív időszakban nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között a lélegeztetési idő hosszában és a vérzéses posztoperatív szövődemény kialakulásában.

**Következtetés:** Cell saver alkalmazásával redukálható az idegen vér adása májtranszplantáció alatt. A korai posztoperatív időszak szervi diszfunkciói összefüggésbe hozhatóak az anhepatikus- és műteti idő, a vérkészítmények, valamint a saját visszaadott vér mennyiségének változásaival.

60.

### **SZERV DONÁCIÓK ELEMZÉSE A MÁJÁTÜLTETÉSI PROGRAMMAL KAPCSOLATBAN**

Nemes B, Schmidt K, Maléth A, Jakab K, Feszt T, Fehérvári I, Dallos G, Görög D, Langer R, Máthé Z, Péter A, Máthé Zs, Fazakas J., Járay J

A magyar májátültetési program további fejlődésének elvileg, egyik lehetséges útja a donációk jobb kihasználása. Retrospektív analízisünkben 3 év (2004-2006) során, a Klinikánknak jelentett szervdonációk adatait elemeztük.

Az agyhalál 67% subarachnoidealis vérzés, 29% polytrauma, 4% egyéb okból következett be. A donorok 52%-a férfi, 48%-a nő volt. A donorok 16%-át semmilyen szerv kivételére nem tartottuk alkalmasnak. A maradék 244 donor 65%-át saját központunk használta, 32%-ban Magyarországon belüli más transzplantációs centrum és 3%-át külföld. A beültetett szervek aránya: 53% csak vese, 36% máj+egyéb szerv, 12% vese+egyéb szerv. A be nem ültethetőség indokai az alábbiak voltak: a kivételi team által véleményezett zsírmáj (12%), alkoholizmus (11%), emelkedett májenzimértékek (8%), hypernatraemia (4.5%), ultrahanggal észlelt inhomogenitás (2%), szepszis (4%), idős kor (3%), tartós hypotensio (3%), keringésösszeomlás (5.5%), alacsony prothrombin érték Syncumar szedése miatt (1.4%), tartós gépi lélegeztetés (1%), felismert/bizonytalan tumor (3%), HCV/HBV pozitivitás (3%), család tiltakozása (2.4%), rendőrségi tiltás (0.3%), generalizált érelmeszesedés (0.3%), ET felé tartozás rendezése (0.3%), májcontusio (0.7%), megfelelő recipiens hiánya (2.4%), időlimit túllépése (0.3%), korrigálhatatlan sérülés vagy anatómiai variáció a kivétel során (1%). A be nem ültetett májak donorainak átlagéletkora, BMI-je, intenzív osztályos kezelési időtartama, az alkalmazott dopamin mennyisége, seNatrium értéke, valamint GOT, GPT és gGT értéke szignifikánsan magasabb volt, mint a beültetett májak donorainak megfelelő paraméterei. Amennyiben a fenti paraméterek kizárólag azon donorok esetében vizsgáltuk, ahol a májgraft beültetésre került és ezen belül egyenként összehasonlítottuk az eseménytelen posztoperatív időszakú betegeket az infekciós szövődménnyel, rejekcióval, szepszissel, illetve egyéb szövődményekkel jellemzett betegekkel, a donorok se.bilirubin szintjét és a donoroknak adott kolloid mennyiségét leszámítva nem találtunk statisztikai különbséget.

A jelentett donorok majdnem fele multiorgan donáció részese, az esetek harmadában a máj beültetésre került. A be nem ültetett májgraftok esetén mindössze 3.7% volt logisztikai ok, és ennek legnagyobb része (2.4%) a várólistán levő betegek számának növelésével megoldható.

B. Nemes és mtsai. Transpl. Proc., 37, 2227-2228 (2005)

Kóbori L, és mtsai. Orv Hetil.;144(45):2219-23, 2003

61.

### **CYSTATIN C MONITOROZÁS MÁJÁTÜLTETÉS SORÁN**

Nemes B., Sárváry E., Lakatos M., Fazakas J., Pongrácz D., Dávid A., Fehérvári I., Görög D., Máthé Z., Gaál I., Farkasné H. M., Járay J

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

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

Kóbori L, és mtsai. Orv Hetil.;144(45):2219-23, 2003

62.

### **REBEKA és TÍMEA**

#### **Az élődonoros májtranszplantáció anaesthesiájának asszisztensi vonatkozásai**

Friedsam Gabriella; dr. Fazakas János

Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Külföldön az élődonoros májtranszplantáció – cadaver donor hiányában – bevált módszer a gyermekkori májbetegségek kezelésében. A hazai élődonoros májátültetési program klinikánkon 2006. januárjában két akut májtranszplantáció elvégzésével indult.

Jelen esetbemutatókkal az élődonoros májtranszplantáció anaesthesiájának asszisztensi aspektusait szemléltetjük.

A kornak megfelelő anatómiai és élettani sajátosságok meghatározó szerepet játszanak az anaesthesia kivitelezéséhez szükséges eszközök vonatkozásában.

Az intubálás, az artéria- és vénakanülálás, a haemodinamikai monitorizálás, a volumenpótlás, a betegmelegítés eszközei kissúlyú gyermekek esetén lényegesen eltérnek a felnőtteknél használatos eszközöktől.

A hamburgi UKE klinikán szerzett tapasztalatokat felhasználva, vizsgáltuk az asszisztensi tevékenységet, összehasonlítva a felnőtt betegen végzett gyakorlattal.

A gyermekek az akut májelégtelenség felléptéig egészségesen fejlődtek, koruknak megfelelő súlycsoportba tartoztak. Esetükben tehát nem kellett számolnunk olyan anatómiai és élettani eltérésekkel, melyeket a krónikus májbetegség okoz, s melyek befolyásolják az eszközös előkészítést.

A felnőtt beteg anaesthesiájához viszonyítva az asszisztens tevékenysége a következő vonatkozásokban tért el a megszokottól: gyógyszeradagolás, légútbiztosítás, a betegellenőrző monitor érzékelői, kanüláláshoz használatos eszközök, volumenpótlás technikája, betegmelegítés.

A hamburgi protokoll hazai adaptációja sikeres és eredményes volt. A két eset tapasztalatai segítik az asszisztensi munka további fejlesztését, színvonalának emelését.

**63.**

### **ÁPOLÁS ÉLŐDONOROS MÁJÁTÜLTETÉS SORÁN**

Kleineisel Tamás, Bóka Beatrix  
SE Transzplantációs és Sebészeti klinika

Magyarországon a májtranszplantációs program indulása óta (1995) mintegy 300 esetben végeztek májátültetést. Az esetek kb egytizedében heveny májelégtelenség miatt történt a beavatkozás.

Ez év februárjától lehetőség nyílt élődonoros májátültetések végzésére is. A nemzetközi gyakorlattal ellentétben a magyar gyermek recipienseknél mindkét esetben heveny májelégtelenség volt az indikáció. (Egy esetben HEV infectio egy esetben pedig gyógyszer intoxicatio igazolódott.)

A szerzők jelen prezentációjuk során bemutatják a hazánkban ma még ritkaság számba menő élődonoros májátültetés során felmerülő ápolási tevékenységeket- az ehhez kapcsolódó problémákat, nehézségeket és kihívásokat. (Személyzeti kérdések, eszközök)

Kitérnek az ápolás specifikumaira, és eltéréseire „átlagos májátültetés”-hez képest. (Hypothermia fenttartása, hosszan relaxált kisdetek menedzselése.)

Bemutatják az esetek során szerzett tapasztalatokat, (az erőforrás megosztásával illetve szervezésével kapcsolatban) újdonságokat, kevésbé és/ vagy ritkán használt diagnosztikus/terápiás eljárásokat (PROMETHEUS®, Transpalpebralis nervus opticomertia, BEAM (Brain Electrical Activity Mapping) valamint az ezekhez kapcsolódó ápolói feladatokat háttértevékenységeket.

Minden új program kihívást jelent mind az orvosi mind az ápolói személyzet számára. Ezért úgy érezzük, hogy szükséges lenne megfelelő trainingek illetve tanulmányi utak szervezésére azért hogy tapasztalatok birtokában megfelelő jártasság alakuljon ki melyeket képzettség szintjére lehet majd fejleszteni.



64.

## A KORAI GRAFT DISZFUNKCIÓ ÉS MORTALITÁS JELENTŐSÉGE MÁJTRANSZPLANTÁLT BETEGEKNÉL

Ióth Sz<sup>1</sup>, Radnai M<sup>2</sup>, Fazakas J.<sup>3</sup>, Császár V<sup>2</sup>, Orgoványi M.<sup>2</sup>, Németh E.<sup>1</sup>, Árkosy M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest

<sup>3</sup>Fővárosi Bajcsy Zsilinszky Kórház, Budapest

**Bevezetés:** A májtranszplantáltak mortalitását szignifikánsan növeli, ha az ötödik posztoperatív napig nem kezelhető a graft diszfunkció [szérum bilirubin (SeBi)> 50mmol/l, szérum protrombin (SeP)<50%]<sup>1,2,3</sup>. Jelen tanulmányban a korai posztoperatív graft diszfunkció intraoperatív okait, és posztoperatív következményeit vizsgáltuk.

**Anyag és módszerek:** A graft elégtelen működését a szérum bilirubin (SeBi)> 50mmol/l határoztuk meg. A posztoperatív 5-ik napon mért szérum bilirubin alapján a betegeket két csoportba soroltuk: A csoport („jó” graft működés: SeBi <50mmol/l, n=47) és B csoport („elégtelen” graft működés: SeBi > 50mmol/l, n=49). Tanulmányoztuk az intraoperatív volumetriás-hemodinamikai (CI, ITBI, CVP, MAP, SVR, EVLWI) és oxigenizációs paraméterek (DO<sub>2</sub>I, VO<sub>2</sub>I), valamint a regionális perfúzió (pH<sub>i</sub>) perioperatív változását 96 májtranszplantáció kapcsán. A méréseket bemetszés előtt, májkivétel alatt, anhepatikus fázisban, reperfúziót követően és műtét után végeztük. Vizsgáltuk a posztoperatív szövődmények előfordulását és mortalitást. A statisztikai analízishez Wilcoxon és Chi négyzet tesztet használtunk.

**Eredmények:** A graft-elégtelen csoportban több súlyosabb májbeteget (Child C; p<0,004) transzplantáltunk hosszabb ideig (p<0,05) nagyobb mennyiségű friss fagyasztott plazma igényel (p<0,04). Vénás és artériás reperfúziót követően a B csoportban szignifikánsan rosszabb globális és regionális keringési (ITBI, CI, p<0,03), illetve oxigenizációs viszonyokat (DO<sub>2</sub>I, p<0,04; pH<sub>i</sub>; p<0,02) találtunk, amely a műtét végére rendeződtek. Az B csoportban a mortalitás 30% volt az A csoporthoz viszonyítva, ahol csak 2% volt (p<0,0002).

**Következtetés:** A graftdiszfunkció és az epeút károsodás összefüggésbe hozható a súlyosabb májbetegséggel, a rosszabb reperfúziós hemodinamikával, a korai posztoperatív szövődmények kialakulásával. Az elégtelen szintézis szupportíven jobban kezelhető, mint a méregtelenítés, amely Prometheus® kezeléssel pótolható.

1. Liver Transpl. 12:119, 2006

2. J. Hepatol. 27:890-893, 1997

2. Transpl.Int. 19:372-380, 2006



<b>Előadó</b>	<b>Előadás</b>
Acsády György	17
Alföldy F.	19
Asztalos László	14, 16, 26, 33
Árkosy Mónika	54, 58, 59
Barta Anikó	20
Baylis, Chris	40
Bánki N. Fanni	37
Benkő Tamás	13, 39, 43, 44, 54
Békefi R.	58
Bodor Elek	17
Bogáts Gábor	2
Borbás Béla	33
Borics Jánosné	27
Boros András Géza	7
Borsodi Etelka	54
Bröring, Dieter	54, 65
Chmel Rita	24
Cseh Judit	7
Cserepes Barbara	38
Cserkúti Csilla	48
Csernus Z.	50
Csomor Judit	12
Czebe Krisztina	10
Dallos Gábor	19, 24, 39, 42, 43, 44, 54, 60
Dán Anikó	33
Dávid Andrea	27, 61
Deák Péter Ákos	8, 34
Derzsy N.	11
Dikalova, Anna	40
Doros Attila	8, 12, 34, 54, 55
Dukainé Domján M.	8
Faragó Gyöngyvér	45
Farkas M.	11
Farkasné Hankó Mónika	27, 61
Faust Zsuzsanna	50, 51
Fazakas János	39, 43, 44, 57, 58, 59, 60, 61, 62
Fedor Roland	14, 16, 26
Fehér Csaba	20
Fehér János	55
Fehérvári I.	8, 54, 55, 56, 57, 60, 61
Fekete A.	41
Ferencz Andrea	38
Feszt T.	60
Földes Katalin	13, 24, 42
Friedsam Gabriella	62
Gaál Ibolya	27, 39, 43, 44, 48, 61
Gasz Balázs	38
Gábor Ágnes	27
Gál Krisztina	30, 32

<b>Előadó</b>	<b>Előadás</b>
Gálffy Zsuzsanna	11, 12
Gálóci Imre	39, 43, 44
Gergely L.	16
Gerlei Zsuzsanna	8, 11, 12, 39, 43, 44, 54, 55, 56, 57
Görög Dénes	8, 39, 43, 44, 56, 57, 60, 61
Griendling, Kathy	40
Gulyás Judit	39, 43, 44
Hartmann E.	8, 34, 54
Hartyánszky István Ifj.	17
Hegedűs Katalin	25
Hernádi E.	51
Hirka Gábor	39, 43, 44
Hídvégi M.	19, 29, 47
Horváth Erzsébet	30, 32
Horváth Örs Péter	23
Hódi Zoltán	15
Hubay Márta	17
Huszár A.	8
Iványi Béla	4
Jakab K.	60
Jancsó Gábor	38
Jansen Judit	24, 34
Járay Jenő	11, 13, 24, 28, 29, 39, 43, 44, 49, 54, 55, 60, 61
Juhász A.	16
Kalmár Nagy Károly	7, 23, 38, 45, 50, 51
Kaszáné Gy. B.	51
Kertész Lászlóné	48
Kiss Nikolett	58
Kiss Mátyás	54
Kleineisel Tamás	63
Korbély Róbert	29, 47
Korponay Zsuzsanna	39, 43, 44
Kovácsné Zs.	11
Kozma László	36
Kóbori László	8, 35, 54, 55, 56, 57
Kónya J.	16
Körner Anna	31
Kőhalmy Krisztina	39, 43, 44, 55
Kriván Gergely	20
Laczy Boglárka	7
Lakatos Márta	27, 39, 43, 44, 61
Lang György	9
Langer Róbert	1, 13, 28, 29, 42, 47, 49, 60
Lászik András	17
Lázár Norbert	12, 13, 19
Lengyel Gabriella	55
Lócsy Lajos	33
Lőrincz István	33
Lutz, Jens	66

<b>Előadó</b>	<b>Előadás</b>
Maléth Anikó	39, 43, 44, 55, 60
Markó Lajos	7
Marófka Ferenc	15
Masszi Tamás	20
Mándli Tamás	54, 55
Máthé Zoltán	53, 54, 60, 61
Máthé Zsolt	12, 13, 28, 60
Medvéné Hacsaveczi Mária	27
Meixner Katalin	59
Ménes István	33
Mihalovits Gábor	15
Mihály Ilona	20
Molnár Gergő Attila	7
Molnár Péter	20
Monostory Katalin	43, 414
Murvai M.	16
Müller Veronika	40, 41
Nagy Judit	7
Nagy Péter	54
Nemes Balázs	8, 27, 39, 43, 44, 56, 57, 60, 61
Nemes I.	50, 51
Németh Andrea	8, 13, 34, 54, 55
Németh Dorottya	29
Németh E.	58
Németh Katalin	45
Oberbauer R.	42
Ott, Michael	55
Paulik József	39, 43, 44
Pászthy V.	50
Péter Antal	21, 22, 39, 43, 44, 60
Péter Zoltán	54
Piros László	13, 39, 43, 44, 55
Pongrácz Dorottya	27, 61
Porrogi Pálma	39, 43, 44
Pótó László	7
Prókai Ágnes	30, 31
Radnai M.	58
Rajczy Katalin	5, 6, 21
Rausch Mihályné	48
Reményi Péter	20
Rempert Ádám	13, 19, 24, 28, 29, 34, 42, 49
Reusz György	30, 31, 32, 41
Róth Erzsébet	38
Rusai Krisztina	41
Rúsz András	24
Rüdinger, Wolfgang	55
Sáfrány Beatrix	50, 51
Sárváry Enikő	27, 39, 42, 43, 44, 61
Schäfer Betti	30, 32

<b>Előadó</b>	<b>Előadás</b>
Schmidt Katalin	39, 43, 44, 60
Schmidt Lászlóné	48
Schmidt Zsoltné	55
Schuller János	55
Sinkovichné Bak Erzsébet	48
Smudla Anikó	25
Sótonyi Péter	17
Sulyok Bea	27
Szabolcs Zoltán	17
Szabó J. Attila	30, 31, 32, 40, 41
Szabó László	14, 16, 26, 33
Szakály Péter	23, 51
Szalamanov Georginé	52
Szalay Ferenc	55
Szarka K.	16
Szlanka Beatrix	33
Szederkényi Edit	15
Szendy Béla	52
Szenohradzky Pál	15
Szentmarjay S.	8
Szládek G.	16
Szóke K.	16
Szőnyi László	35, 54, 55
Tain, You-Lin	40
Takács Z.	35
Tamaskó Mónika	7
Tarján Iván	3
Tátray Enikő	17
Telkes Gábor	19, 21
Ther Gábor	55
Tímár Botond	12
Toronyi Éva	24
Tóth Attila	32, 49
Tóth Szabolcs	64
Török Szilárd	24
Tulassay Tivadar	41
Vannay Ádám	41
Varga József	27
Varga Marina	11, 18, 19, 21, 24, 27
Veress G.	16
Végső Gyula	24
Vér Ágota	41
Viola Mária	46, 51
Wagner László	7
Wagner Zoltán	7
Wittmann István	7, 23