

MAGYAR TRANSZPLANTÁCIÓS TÁRSASÁG
XX. KONGRESSZUSA
AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉS

PROGRAMFÜZET



2018. november 21–24.
Debrecen, Kölcsey Központ
www.convetion.hu

INNOVÁCIÓ, HATÉKONYSÁG, FENNTARTHATÓSÁG

Megóvjuk és javítjuk
az emberek egészségét
világszerte.



KEDVES KOLLÉGÁK! KEDVES BARÁTAINK!

Húsz év nagy idő! Azok, akik az 1990-es években megálmodói, kezdeményezői, majd 1998-ban „alapító atyái” voltak a Magyar Transzplantációs Társaságnak, tevékenyen alakították, és végigkövették a szakma fejlődését. Ma már bölcsen visszatekintenek, a tanulságokat osztják meg a következő generációval. Azok, akik akkor rezidensként, két-három éves diplomával, vagy friss szakorvosként az alapítók között lehettek, talán nem is tudták milyen kiváltságban volt részük. Ők mostanra már vezető szakemberek valamelyik hazai centrumban, megyei kórházban, vagy külföldön, és azt élik át, amit az alapítók, a felelősség örömét, és terhét. Vannak olyanok, akik 1998-ban még a középiskolai tanulmányok derekán jártak. Akik 2002-ben, vagy 2006-ban vettek részt először szavazóként a parlamenti választásokon, nos, ők a mostani feltörekvő generáció, tele energiával, ötletekkel, újítással, elvárásokkal. Néhányan közülük már előrefuthattak, néhányan pályát változtattak, többen külföldre mentek, mások kitartóan tanulnak, még várnak a lehetőségre itthon.

Én a második generáció tagjaként üdvözlöm a jubileumi kongresszus minden résztvevőjét. A helyzetből adódóan mi a híd szerepét töltjük be. Jó lenne ezt komolyan venni. Átvenni, jobbitani, továbbadni. Jó lenne a tanulságokat meghallgatni, a hibákat nem újra elkövetni, az eredményekre büszkének lenni, a jövőt közösen tervezni. Jó lenne átadni a jó hagyományokat, és szakítani a rosszakkal. Támogatni a fiatalokat, mert mi is ezt igényeltük. Nem elfelejteni, hogy „óriások vállán” emelkedhettünk fel mi is.

Vannak húsz éve megoldatlan problémák, melyeket le kell zárni. Vannak húsz éve egyre javuló eredmények, melyekre büszkéek vagyunk. Van több évtizedes hagyományunk, történelmünk, díjaink, jó hírünk, és szakembereink Európában, és a világban, erős szavunk az egészségpolitikában, felmutatható eredményeink, mérhető, és tervezhető fejlődési pályánk. Van hitünk a jövőben, és persze vannak mulasztásaink, és hibáink is melyekből tanulhatunk.

Tevékenyen vettünk részt az Európai szervátültetés szakvizsga (UEMS) létrejöttében, részvevői, de legalább szemtanúi voltunk a veseátültetés után a hazai szív-, hasnyálmirigy-, majd a májátültetési, végül a tüdőátültetési program megindulásának, az Eurotransplant csatlakozásnak, a professzionális koordinátori rendszer kialakításának, és közben eltelt húsz év.

Az egészségügyi szakdolgozók fenntartások nélküli, önzetlen, elkötelezett támogatását élvezhettük mindvégig. Talán fel sem figyeltünk rá, hogy a körükben kialakult egy speciális szakma. A szervátültetésben dolgozó aneszteziológus asszisztensek, műtősnők, ápolók, intenzíves szakemberek, koordinátorok a laikus közvélemény előtt, és a saját szakmájukon belül is kiemelt, profi élcsapatnak számítanak, nagy megbecsülésnek örvendenek, véleményüket kikérik, tapasztalatuk érték. Jó tudni, hogy az orvosi kar is elismeri ezt, partnereknek tekinti őket.

A transzplantáció megtalálta a helyét, beilleszkedtünk az orvosi szakmák közé, kapcsolataink kiépültek, igényeljük, és adjuk a konzíliumokat, rájöttünk, hogy a szervátültetés csapatmunka. Az országban megszűntek a szervátültetéssel kapcsolatosan kezdetben észlelt fenntartások, a magyar betegeknek mindenhol lehetősége van eljutni egy releváns központba. A szervátültetett betegek szövetségeket, alapítványokat, közösségeket hoztak létre, amelyek hasznosak, szükségesek, és fontos velük az az együttműködés, amely új kérdéseket is felvet.

Az 1990-es évek változó, dinamikus hangulatában talán nem tudatosult mindenkiben, hogy történelmet írtak azok, akik akkor belefogtak, alapítottak, döntöttek, terveztek, elkezdtek, mert igény volt rá, és mert megtehették. Tevékenységük nem választható el egy megismételhetetlen korszaktól, amely rányomja a bélyegét a mai közéletre is.

Ezt a történelmi eseményt szeretnénk megünnepelni 2018 novemberben, és ezért a jubileumi kongresszus több tekintetben rendhagyó lesz.

Ajtót nyitunk egymás felé. A szervezőbizottság nem csak a helyi, debreceni csapatból áll, hanem minden transzplantáló központból felkértünk résztvevőket. Közös ünnep, közös siker, egy a zászló.

Ajtót nyitunk a külföld felé. A kongresszust megelőzően az európai élődonoros vesecseriprogramok (ENCKEP) közössége tartja Debrecenben a munkaértekezletét, amelynek témája most a magyar élődonoros vesecseriprogram elindításának elősegítése lesz. Azok az angol, cseh, belga, francia, holland, lengyel, olasz, spanyol kollégák adnak majd tanácsot, akik ebben, témában már évek óta a gyakorlatban tevékenykednek. Természetesen bemutatkozik a magyar csapat is.

Tovább nyitunk a társzakmák felé. Szeretnénk, ha a velünk kapcsolatban álló szakmák sok képviselője venne részt az ünnepi alkalmon. Ezért a kongresszus alkalmából a kardiológia, nefrológia, gasztroenterológia, anesztézia-intenzív terápia neves előadóit is felkérjük, hogy összefoglalót tartsanak. Az egyes szervátültetési szakmák szintén felkért előadásokkal járulnak ehhez hozzá. Interaktív esetmegbeszéléseket tervezünk, amelyeken a résztvevők egyes pontokon szavaznak majd, hogy adott esetben ők mit tettek volna. Reméljük, hogy a „my worst case” megbeszélések a fiatalok számára hasznos lesz.

Párhuzamos szekciókat tervezünk, a plenáris mellett gyakorlati oktatással. Szeretnénk, ha mindenki találna érdekes eseményt, akkor is, ha a plenáris ülésen éppen, a számára kevésbé szakmába vágó témák vannak napirenden.

A kongresszusra megjelenik az Orvosi Hetilap tematikus lapszáma.

Dr. Nemes Balázs
a Kongresszus főszerelője

A MAGYAR TRANSZPLANTÁCIÓS TÁRSASÁG RÖVID TÖRTÉNETE

A Magyar Transzplantációs Társaság története elválaszthatatlan a hazai szervátültetés történetétől, ezért tekintsük át a magyarországi szervátültetés fontosabb mérföldköveit.

A klinikai szervátültetés hazánkban 1962-ban kezdődött egy Szegeden, a Sebészeti Klinikán végzett élődonorból történő veseátültetéssel (Németh András), majd hosszabb „szünet” után 1973 áprilisában Miskolcon történt veseátültetés.

A szervezett vesetranszplantációs programra a SOTE I. Sebészeti Klinikáján már 1971-ben elkezdődött a felkészülés. Steril transzplantációs osztályt alakítottak ki, a sebészek külföldi tanulmányutak során tanulmányozták és begyakorolták a szervkivétel és beültetés technikáját. Az Országos Hematológiai és Vértranszfúziós Intézetben megnyitották a szövettípuslaboratóriumot, majd 1973 októberében létrehozták az országos vesevárólistát. A szervátültetés, agyhalál törvényi feltételei több európai állammal ellentétben nálunk már rendelkezésre álltak.

A SOTE I. Sebészeti Klinikáján 1973. november 16-án történt meg az első sikeres veseátültetés (Perner Ferenc és munkatársai), a beültetett vese hosszú évekig működött. Ettől az időponttól számíthatjuk a programszerű hazai szervátültetés kezdetét.

A következő években számos transzplantációs program indult el: A veseátültetés 1979-ben újra indult Szegeden, majd 1991-ben a debreceni, 1993-ban a pécsi Sebészeti Klinikák is bekapcsolódtak a veseátültetésbe. 1983-ban a budapesti I. Sebészeti Klinikán megtörtént az első májátültetés, a szervezett májátültetési program 1995-ben indult a budapesti Transzplantációs és Sebészeti Klinikán.

A Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikája 1994-ben kezdte meg működését Perner Ferenc professzor vezetésével, amely mérföldkö volt a hazai szervátültetés történetében, hiszen ez volt az első intézet, melynek fő profilja a szervátültetés.

A budapesti Városmajori Klinikán 1992-ben Szabó Zoltán professzor elvégezte az első felnőtt, 2007-ben a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézetben id. Hartyánszky István az első gyermek szívátültetését. A hazai kombinált vese- és hasnyálmirigy átültetési programot Pécssett Kalmár Nagy Károly kezdte 1998-ban, Budapesten Langer Róbert 2004-ben. Az első magyarországi tüdőátültetésre – a bécsi centrummal történt hosszabb együttműködés és közös munka után – 2015-ben került sor a budapesti Mellkassebészeti Tanszéken. A műtétet Lang György professzor, és Rényi-Vámos Ferenc végezték.

A donorszolgálat, a szervátültetések háttérének biztosítása igen komoly logisztikai és szervező munkát igényel. 2002-ben az egészségügyi vezetés központi koordinációs szervezetet hozott létre Hungarotranszplant néven, majd a koordináció 2007-től az Országos Vérellátó Szolgálat kereteiben működő Szervkoordinációs Iroda hatáskörébe került.

A hazai transzplantációs közösség már korán bekapcsolódott a nemzetközi vérkeringésbe. Képviseltette magát az Európa Tanács Transzplantációs Bizottságában. 1997-ben Budapesten rendezték az ESOT (az európai Transzplantációs Társaság) kongresszusát. Ezt követően számos nemzetközi transzplantációs rendezvényre is sor került. 2013-ban, egy éves részleges tagság után Magyarország teljes jogú tagja lett az Eurotransplant európai szervezetnek, európai színvonalú lehetőségeket teremtve a magyar betegek számára.

A szervátültetés komplex tudományos és klinikai és logisztikai háttérrel igényel. Ezen óriási „csapat” tudományos, logisztikai és szakmapolitikai összefogására fogalmazódott meg a gondolat a Magyar Transzplantációs Társaság megalapítására, melyre 1997-ben került sor.

A Társaság első elnöke Perner Ferenc, főtitkára Szenohradzky Pál, pénztárosa Görög Dénes lett.

A Társaság Alapszabályában céljai között fogalmazta meg a hazai transzplantológia fejlesztését; a tagok tudományos ismereteinek bővítését; további célként jelölte meg, hogy öröködjön a tagok erkölcsi tekintélye felett és érvényesítse erkölcsi és anyagi érdekeiket a közérdekkel összhangban; ismertesse a tudományág hazai és külföldi eredményeit; elősegítse a tudományos eredmények gyakorlati felhasználását, a magyar kutatási eredmények minél szélesebb körű megismertetését bel- és külföldön egyaránt.

Perner Ferencet Szőnyi László követte az elnöki székben (2001-2005). További elnökök: Szenohradzky Pál (2005-2009), Kóbori László (2009-2013), Kalmár Nagy Károly (2013-2015), Szederkényi Edit (2015-)

A Társaságnak évente két nagy rendezvénye van, a novemberi kongresszus, és a májusi munkaértekezlet. Az I. Kongresszus 1998-ban volt Visegrádon, a jubileumi XX. idén lesz Debrecenben.

A Magyar Transzplantációs Társaság 2002-ben két tudományos-szakmai díjat alapított. Az évente kiadott Németh András Életműdíjat a magyarországi szervátültetés fejlesztésében, a szervátültetéssel kapcsolatos tudományágak területén kimagasló szerepet játszó személy kapja. A díjat a Társaság Vezetőség ítéli oda. Érdemes megismerni a díjazottak nevét, hiszen nekik köszönhető, hogy a hazánkban a szervátültetés ma már rutinszerűen alkalmazott, és széles körben hozzáférhető gyógyító eljárássá vált.

2002. Prof. Petrányi Győző - Prof. Perner Ferenc

2006. Prof. Alföldy Ferenc

2007. Jansen Judit

2009. Prof. Járay Jenő

2010. Csajbók Ernő

2011. Szenohradzky Pál

2012. Prof. Szabó Zoltán

- 2013. Asztalos László
- 2014. Tóth András
- 2015. Görög Dénes
- 2016. Rajczy Katalin
- 2017. Szőnyi László
- 2018. Prof. Bodor Elek

Az Ullmann Imre Díjban a Társaság éves kongresszusi tudományos előadásai szerzői részesülhetnek: Az évi három kiadható díjból kettőt 40 év alatti fiatal kap. A díjakat – az aktuális kongresszus tudományos bizottsága javaslata alapján – a Társaság Vezetősége ítéli oda.

A Magyar Transzplantációs Társaság hivatalos lapja a Transplantation Proceedings, mely lehetőséget biztosít a kongresszusok sikeres előadásainak angol nyelvű közlemény formájában történő megjelentetésére is.

A Társaságnak jelenleg 186 tagja van.

Dr. Péter Antal

Főtitkár

Magyar Transzplantációs Társaság

Köszönetnyilvánítás: Hálásan köszönöm Perner Ferenc professzor úr hasznos tanácsait.

VÉDNÖKÖK, BIZOTTSÁGOK, VEZETŐSÉG

A KONGRESSZUS VÉDNÖKEI

Prof. Mátyus László
a Debreceni Egyetem, Általános
Orvostudományi Kar dékánja

Prof. Berényi Ervin
A Debreceni Egyetem Klinikai Központ
elnöke

SZERVEZŐ BIZOTTSÁG

Biró Péter
Doros Attila
Fazakas János
Fedor Roland
Hartyánszky István
Kovács Dávid Ágoston

Ladányi Erzsébet
Nemes Balázs
Prof. Németh Norbert
P.Szabó Réka
Papp Mária
Piros László

Rényi-Vámos Ferenc
Szabó Tamás
Szakály Péter
Szederkényi Edit
Wágner László
Zádori Gergely

TUDOMÁNYOS BIZOTTSÁG

Dezsőfi Antal
Doros Attila
Fazakas János
Fedor Roland
Hartyánszky István
Kalmár Nagy Károly
Prof. Kóbori László
Kovács Dávid Ágoston

Prof. Lang György
Nemes Balázs
Ondrik Zoltán
P.Szabó Réka
Péter Antal
Piros László
Prodán Zsolt
Rempört Ádám

Rényi-Vámos Ferenc
Prof. Reusz György
Smudla Anikó
Szakály Péter
Szederkényi Edit
Varga Marina
Wágner László
Zádori Gergely

MTT VEZETŐSÉGE

Ablonczy László
Fazakas János
Hartyánszky István
Kalmár Nagy Károly
Prof. Kóbori László

Prof. Máthé Zoltán
Mihály Sándor
Nemes Balázs
Péter Antal (főtitkár)
Piros László

Rényi-Vámos Ferenc
Prof. Reusz György
Szederkényi Edit (elnök)
Varga Marina (pénztáros)
Wágner László

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓK

A KONGRESSZUS HELYSZÍNE

Kölcsey Központ

4026 Debrecen, Hunyadi u. 1-3.,

www.kolcseykozpont.hu

PARKOLÁS

Parkolni a Kölcsey Központ mélygarázsában lehetséges, térítés ellenében – 280 Ft/óra

AKKREDITÁCIÓ

A tanfolyam **SE-TK/2018.II/00295** számon előakkreditált, **pontértéke 48 pont**, jellege: szabadon választható. Bővebb információ www.oftex.hu.

A 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól 6. § (1) Szabadon választható elméleti továbbképzésnek minősül: az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről szóló miniszteri rendelet szerinti kötelező szakmacsoportos, valamint szabadon választható, akkreditált elméleti továbbképzésen történő részvétel. Folyamatos továbbképzés alapján megszerezhető legmagasabb **pontértékek: 16-20 pontig minősített továbbképzés esetén: 20 pont.**

REGISZTRÁCIÓS PULT NYITVA TARTÁSA

2018. november 21., szerda: 08.00 – 18.00

2018. november 22., csütörtök: 07.30 – 18.00

2018. november 23., péntek: 07.30 – 18.00

2018. november 24., szombat: 08.00 – 12.00

FAKULATÍV TÁRSASÁGI PROGRAMOK

2018. november 21., szerda – 18.00

Református Kollégium Nagykönyvtárának megtekintése

2018. november 21., szerda – 19.30

Fakultatív vacsora a Belga Éttermeben (kölségtérítéses)

2018. november 22., csütörtök – 18.30

Jótekonysági Koncert a Debreceni Református Nagytemplomban

2018. november 22., csütörtök – 20.00

Bankett a Kölcsey Központ Nagytermében (kölségtérítéses)

2018. november 23., péntek – 19.30

Fakultatív vacsora a Hotel Lycium éttermében (kölségtérítéses)

2018. november 23. Péntek – 21.30

Fakultatív táncos – zenés est a Black Velvet Zenekarral (kölségtérítéses)

KURZUSOK

ENCKEP

2018. november 20-21.

Hotel Lycium Különterme - Kedd

Kölcsey Központ, 105 terem - Szerda

MULTI ORGAN DONÁCIÓS SEBÉSZETI KURZUS

2018. november 21., szerda; 14.20–17.30

Debreceni Egyetem ÁOK Patológia Intézet

LAPAROSCOPOS ÁLLATMŰTÉT KURZUS

2018. november 21., szerda; 09.00–13.30 és

2018. november 22., csütörtök; 08.10–12.00

DE ÁOK Sebészeti Intézet Sebészeti Műtéttani

Tanszék

ECMO KEZELÉS ALAPJAI

2018. november 22., csütörtök; 10.30–12.30

Kölcsey Központ, 105. terem

A DIABETESSES BETEG EDUKÁCIÓJA TOVÁBBKÉPZÉS EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓKNAK

2018. november 22., csütörtök; 13.05–14.15

Kölcsey Központ, 105. terem

ULTRAHANG DIAGNOSZTIKA ALAPJAI

2018. november 23., péntek; 15.00–16.20

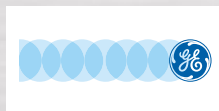
Kölcsey Központ, 105. terem

TÁMOGATÓK, SZPONSZOROK

ARANY SZPONSZOR

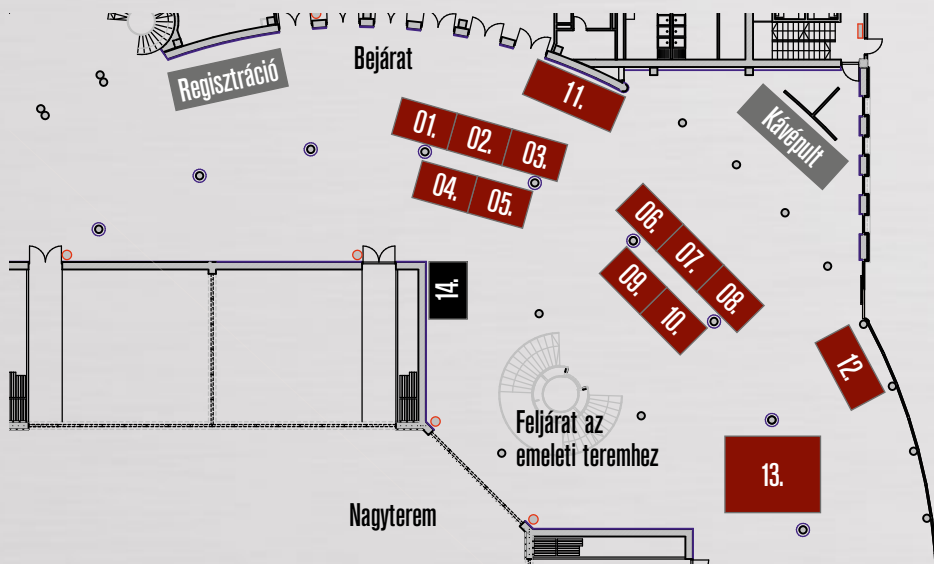


TOVÁBB TÁMOGATÓK, KIÁLLÍTÓK



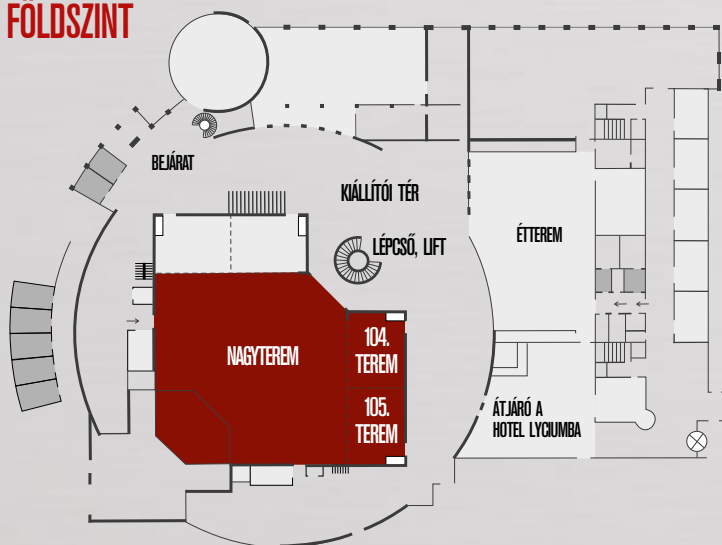
Köszönjük a kongresszus megrendezéséhez nyújtott támogatásokat!

KIÁLLÍTÓK ELHELYEZKEDÉSE

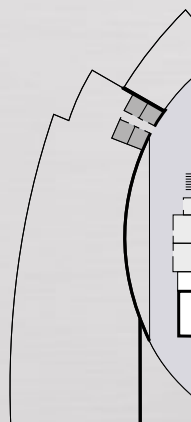


A TERMEK ELHELYEZKEDÉSE

FÖLDSZINT

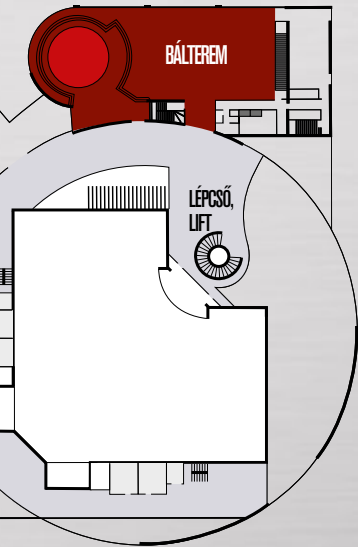


I. EMELET

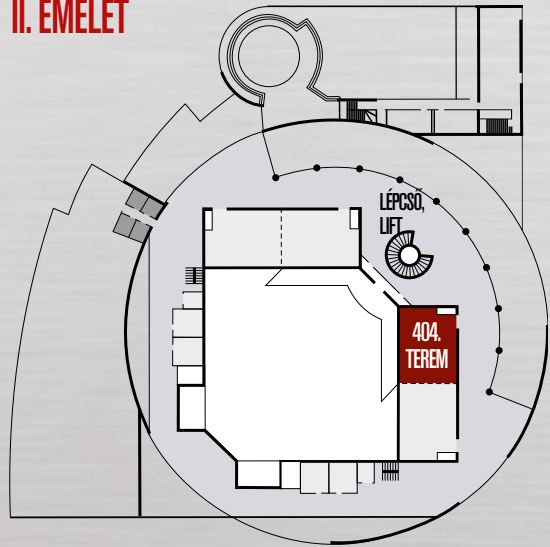


Astellas Pharma Kft.	11
Biotest Hungaria Kft.	06
Erste Bank	05
Fresenius Medical Care Magyarország	03
Johnson & Johnson Kft.	08
Lilly Hungária Kft.	04
Medicina Könyvkiadó Zrt.	01, 02
Medtronic Hungária Kft.	09
Novartis	14

Pappas Auto	13
Silver Wood It	07
Sanofi	12
TEVA	10



II. EMELET





CERTICAN - kezdje el már ma őrizni a jövőt

Certican 0,25 mg, 0,5 mg, 0,75 mg és 1,0 mg tableta, Certican 0,1 mg és 0,25 mg diszpergálódó tableta.
Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

A hatályos „alkalmazási előírás” teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet ([www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/](http://www.ogyei.gov.hu/)) honlapon.

A forgalomba hozatali engedély jogosultjának neve és elérhetősége: Novartis Hungária Kft., 1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47., telefonszáma: (+36 1) 457 6500

Termék	Termelői ár	Bruttó fogy. ár	TB támogatás	Beteg térítési díj
Certican 0,25 mg diszpergálódó tableta	29.659 Ft	33.552 Ft	33.252 Ft	300 Ft
Certican 0,75 mg tableta	59.317 Ft	66.063 Ft	65.763 Ft	300 Ft
Certican 0,5 mg tableta	88.976 Ft	98.575 Ft	98.275 Ft	300 Ft

Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu honlapon található információkat.
Elérési útvonal: <http://www.neak.gov.hu>; szakmának; gyógyszer/gyse/gyógyfürdő; egészségügyi szakembereknek; publikus gyógyszerértőrs; végleges; Publikus gyógyszerértőrs – lakossági tájékoztató.

 **NOVARTIS**

1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47.
 Tel.: 457-6500 • Fax: 457-6600

 **CERTICAN®**
 everolimus

MAGYAR TRANSZPLANTÁCIÓS TÁRSASÁG
XX. KONGRESSZUSA
AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉS

TUDOMÁNYOS PROGRAM

2018. november 21–24.
Debrecen, Kölcsey Központ
www.convetion.hu

PROGRAMSTRUKTÚRA

TUESDAY, 20 NOVEMBER, 2018

	HOTEL LYCIUM - PRIVATE ROOM		
14.30	Registration		
15.30	ENCKEP Section 1		
16.30	Coffee break		
17.00	ENCKEP Section 1 - Round table talk		
18.00			
19.00	Dinner		

2018. NOVEMBER 21., SZERDA

	KÖLCSEY KÖZPONT, ROOM 105	KÖLCSEY KÖZPONT, 105. TEREM	GYAKORLATI KURZUS
09.00	ENCKEP Section 3	Érkezés, MTT XX. regisztráció	Laparoscopos gyakorlat DE ÁOK Sebészeti Műtéttani Tanszék
10.40	Coffee break		
11.00	ENCKEP Section 4	MTT vezetőségi ülés Hotel Lycium üvegterme	
12.40	Lunch	Ebéd	
13.30			
14.00	ENCKEP Section 5	Szabad előadások Szív-, és tüdőátültetés	MOD Sebészeti kurzus DE ÁOK Patológiai Intézet
14.20	Coffee break		
15.15			
15.40			
15.45	ENCKEP Section 6	Kávészünet	
15.50			
16.00		Szervátültetés gazdasági, finanszírozási kihívásai	
17.00			
17.30			
18.00	Református Kollégium Nagykönyvtárának megtekintése		
19.30	Fakultatív vacsora a Belga Étteremben		

2018. NOVEMBER 22., CSÜTÖRTÖK

	KÖLCSEY KÖZPONT, I. EMELET BÁLTEREM	KÖLCSEY KÖZPONT, 104. TEREM	GYAKORLATI KURZUS
07:30	MTT Közgyűlés		
08.10			
08.30	Külföldi veseátültetések blokk I.		08.10-12.00 Laparoscopos gyakorlat DE ÁOK Sebészeti Műtéttani Tanszék
09.30	Kávészünet		
09.45	Külföldi veseátültetések blokk II.		
10.30			10.30-12.30 ECMO gyakorlati kurzus Kölcsey Központ, 105. terem
11.15		Diabetológiai blokk	
12.25	CHIESI Szimpózium Szendvicsebéd		
13.05	Intenzív-aneszteziológiai blokk		
13.20			Diabetológiai továbbképzés nővéreknek Kölcsey Központ, 105. terem
14.15	Kávészünet		
14.30	Tüdőátültetés		
14.50		Szabad előadások Hazai veseátültetés	
16.00	Szervpótló kezelések State of art		
16.20	Technikai szünet		
16.30	Nefrológiai kerekasztal	Szabad előadások Májátültetés	
17.30			
18.00			
18.30	Jótekonysági koncert, Debreceni Református Nagytemplom		
19.30			
20.00	Bankett, Kölcsey Központ Nagyterme		

2018. NOVEMBER 23., PÉNTEK

	KÖLCSEY KÖZPONT, NAGYTEREM	KÖLCSEY KÖZPONT, 104. TEREM	GYAKORLATI KURZUS
08.30	Interaktív esetmegbeszélés	Szabad előadások Veseátültetés II.	
09.50	Külföldi előadók Májátültetés	Hepatológia	
11.10			
11:30			
12.30	Astellas szimpózium Szendvicsebéd		
13.40	Onkológia- onkosebészet	Infektológia	
14.40			
14.55	Kávészünet		
15.00			Betegágy melletti UH kurzus Kölcsey Központ, 105. terem
15.15	Kardiológia-szívsebészet		
16.30	Intervencionális radiológia State of art		
17.00	Gépi perfúzió State of art		
17.30	Németh András emlékelőadás		
18.30	MTT Közgyűlés, Kölcsey Központ, Nagyterem		
19.30	Fakultatív vacsora, Hotel Lycium étterme		
21.30	Fakultatív társasági program a Black Velvet zenekarral, Kölcsey Központ, I. Bálterem		

2018. NOVEMBER 24., SZOMBAT

	KÖLCSEY KÖZPONT - I. EMELET BÁLTEREM	KÖLCSEY KÖZPONT, II. EMELET, 404. TEREM
09.00	Poszter szekció - Coffee & Croissant szekció	Interaktív esetmegbeszélés II.
10.00	Gyermekkori szervtranszplantáció	
12.00	Díjátadások (Ullmann Imre díj, AKMT díj)	
12.30	Kongresszus zárása	
12.40	Tesztírás	
13.00	Ebéd, Hotel Lycium étterme	

TUESDAY, 20 NOVEMBER, 2018 | HOTEL LYCIUM PRIVATE ROOM

14.30-15.30 REGISTRATION

15.30-16.30 SECTION 1 - NATIONAL KIDNEY EXCHANGE PROGRAMMES

Moderator: Péter Biró

15.30-15.45 Aline Hemke (NL)

15.45-16.00 Christian Jacquelinet (FR)

16.00-16.15 Tomas Marada (CZ)

16.15-16.30 Rafal Kieszek (PL)

16.30-17.00 COFFEE BREAK / KÁVÉSZÜNET

17.00-18.00 SECTION 2 - INTERNATIONAL EXCHANGES- ROUND TABLE TALK

Moderator: Péter Biró

Participants: Tomas Marada, Rafal Kieszek, Georg Böhmig, Tatiana Baltosová, Christian Jacquelinet, Aline Hemke

19:00 DINNER

WEDNESDAY, 21 NOVEMBER, 2018 | GROUND FLOOR 105. ROOM

09.00-10.40 SECTION 3

Moderator: Balázs Nemes

09.00-09.25 Sándor Mihály (HU): Eurotransplant, the Hungarian experience

09.25-09.50 László Piros (HU): Pitfalls and problems of X-donation from the clinicians perspectives

09.50-10.15 Lisa Burnapp (UK): Summary of the UK KEP

10.15-10.40 Lisa Burnapp (UK): Ethical aspects of national and international of KEPs

10.40-11.00 COFFEE BREAK / KÁVÉSZÜNET

11.00-12.40 SECTION 4

Moderator: Péter Biró

11.00-11.25 Ádám Remport (HU): Desensitisation before kidney transplantation

11.25-11.50 Péter Biró (HU): European kidney exchange practices

- 11.50-12.15 **Ádám Remport (HU): The HKEP scoring system**
- 12.15-12.40 **Anikó Szilvási (HU): X-matching in Hungary**
- 12.40-14.00 LUNCH / EBÉD**
- 14.00-15.15 SECTION 5**
Moderator: Péter Bíró
- 14.00-14.25 **Jörgen Kratz (SV): Triage in Kidney Exchange**
- 14.25-14.50 **Prof. Victor Hiller (FR): Perspectives on the Kidney Exchange Program in France**
- 14.50-15.15 **Utkarsh Verma (IN): Linking the deceased donor waitlist to a paired kidney exchange program. A fusion model to enhance transplant numbers**
- 15.15-15.45 COFFEE BREAK / KÁVÉSZÜNET**
- 15.45-17.00 SECTION 6**
Moderator: Péter Bíró
- 15.45-16.10 **Pavel Chromy (CZ): HLA-typing and data framework for international collaborations**
- 16.10-16.35 **Alexandru Popa (RO): Integer programming for solving international KEPs**
- 16.35-17.00 **Péter Bíró (HU): A game-theoretical model on international KEPs**
- 18.00-19.00 TÁRSASÁGI PROGRAM**
Református kollégium könyvtára
- 19.30- VACSORA**

2018. NOVEMBER 21., SZERDA | FSZT. 104. TEREM

- 09.00-11.00 ÉRKEZÉS, MTT XX. REGISZTRÁCIÓ**
- 11.00-13.30 MTT VEZETŐSÉGI ÜLÉS (ÜVEG TEREM, HOTEL LYCIUM)**
- 13.30-14.00 EBÉD**
- 14.00-15.40 SZABAD ELŐADÁSOK - SZÍV-, ÉS TÜDŐÁTÜLTETÉS**
Üléselnökök: Prodán Zsolt, Pólos Miklós, Ghimesy Áron
- 14.00-14.15 **Prof. Müller Veronika: Tüdőtranszplantáltak utógondozása a Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinikáján: 10 év eredményei**

- 14.15-14.25 Fülöp Angéla: **Nagykorú szívtranszplantált fiatalok integrálása, gondozása**
- 14.25-14.35 Ablonczy László: **Serdülőkori compliance gyermekkori szívtranszplantáció után**
- 14.35-14.45 Vilmányi Csaba: **Az Eurotransplant csatlakozás hatásai a magyarországi gyermekszívtranszplantációs programra**
- 14.45-14.55 Balla Patrícia: **Felnőtt GUCH betegek szívtranszplantációjának eredményei - Egy centrum tapasztalatai**
- 14.55-15.05 Teszák Tímea: **Az extracorporalis fotoferezis terápia fehérvérsejtekre kifejtett hatásának vizsgálata szívtranszplantált betegek körében**
- 15.05-15.15 Paulikné Olchváry Anna: **Műszív beültetést követő transzplantáció során kialakult súlyos vasoplegia hosszú távú rehabilitációja klinikánkon**
- 15.15-15.40 **Üléselnöki összefoglaló**

15.40-16.00 KÁVÉSZÜNET

16.00-17.30 SZERVÁTÜLTETÉS GAZDASÁGI, FINANSZÍROZÁSI KIHÍVÁSAI

Üléselnökök: Dózsa Csaba, Bíró Klára

Sinkó Eszter: **A hazai egészségügyi rendszer finanszírozási kihívásairól, lehetőségei**

Dózsa Csaba: **Quo vadis transplantatio? A hazai szervátültetési program lehetséges finanszírozási-fejlesztési modelljei**

Gajdácsi József: **Az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságnövelési eszközei**

2018. NOVEMBER 21., SZERDA | GYAKORLATI KURZUS

09.00-13.30 LAPAROSCOPOS GYAKORLAT

DE ÁOK Sebészeti Műtéttani Tanszék (Móricz Zs. krt. 22)

14.20-17.30 MOD SEBÉSZETI KURZUS

DE ÁOK Patológiai Intézet (Móricz Zs. krt. 22)

2018. NOVEMBER 22., CSÜTÖRTÖK | I. EMELET BÁLTEREM

07.30-08.30 **MTT KÖZGYŰLÉS**

08.30-09.30 **KÜLFÖLDI VESEÁTÜLTETÉSEK BLOKK I.**

Üléselnökök: Huszty Gergely, Hemangshu Podder

08.30-08.50 Tomas Marada (CZ): **The Czech Kidney Transplant program. Hot topics**

08.50-09.10 Rafal Kieszek (PL): **The Polish Kidney Transplant program. Development, hot topics**

09.10-09.30 Andrzej Baranski Grzegorz(NL): **Hot topics of kidney transplant in the Netherlands**

09.30-09.45 **KÁVÉSZÜNET**

09.45-11.15 **KÜLFÖLDI VESEÁTÜLTETÉSEK BLOKK II.**

Üléselnökök: Borda Bernadett, Rafal Kieszek

09.45-10.05 Christian Jacquelinet (NL): **Kidney transplantation in France**

10.05-10.25 Georg Böhmig (AU): **KEP in Austria**

10.25-10.45 Tatiana Baltosová (SK): **Kidney transplantation in Slovakia**

10.45-11.05 Hemangshu Podder (USA): **Highlights of the renal transplant programme in Houston USA**

12.25-13.05 **CHIESI SZIMPÓZIUM / SZENDVICSEBÉD**

Rempert Ádám: **Újdonság a tacrolimus alapú immunszuppresszióban: 24 órás hatástartamú MELT-Dose[®] tacrolimus**

Varga Ádám: **Tacrolimus C/D arány értékelése vesetranszplantáltak körében**

13.05-14.15 **INTENZÍV-ANESZTEZIOLOGIA**

Üléselnökök: Prof. Fülesdi Béla, Fazakas János

13.05-13.20 Prof. Fülesdi Béla: **Mit ad a multiorgan donáció az aneszt-intenzív terápiának?**

13.20-13.35 Elek Jenő: **Mit ad a tüdőtranszplantáció az aneszt-intenzív terápiának?**

13.35-13.50 Németh Endre: **Mit ad a szívtranszplantáció az aneszt-intenzív terápiának?**

13.50-14.05 Fazakas János: **Mit ad a máj, vesetranszplantáció az aneszt-intenzív terápiának?**

14.15-14.30 KÁVÉSZÜNET

14.30-16.00 TUDÓÁTÜLTETÉS

Üléselnökök: Madurka Ildikó, Elek Jenő

14.30-14.45 Rényi-Vámos Ferenc: **Mit ad a tüdőtranszplantáció a mellkassebészetnek?**

14.45-15.00 Tóth Krisztina: **Első primer pulmonalis hypertonia miatt végzett tüdőtranszplantáció Magyarországon**

15.00-15.15 Gieszer Balázs: **A Magyar Tüdőtranszplantációs program első három éve**

15.15-15.30 Csende Kristóf: **Légúti szövődmények tüdőtranszplantáció után**

15.30-15.45 Radeckzy Péter: **Magyar tüdőtranszplantációs program eredményei két nyugat európai centrum tükrében**

15.45-16.00 Madurka Ildikó: **Jet lélegeztetés pulmonalis hypertoniás betegek tüdőtranszplantációja esetében**

16.00-16.20 SZERVÓTLÓ KEZELÉSEK STATE OF ART

Prof. Balla József: **Szervótló kezelések**

16.30-17.15 NEFROLÓGIAI KERESZTAL I. - VESETRANSZPLANTÁCIÓ IDŐZÍTÉSE (PREDIALÍZIS)

Moderátor: Szakály Péter

Résztvevők: Prof. Kovács Tibor, Ladányi Erzsébet, Szegedi János, Mátyus János, Wágner László, Ondrik Zoltán

17.15-18:00 NEFROLÓGIAI KERESZTAL II. - ÉLŐDONOROS VESECSERE PROGRAM (HKEP)

Moderátor: Szederkényi Edit

Résztvevők: Mihály Sándor, Biró Péter, Nemes Balázs, Rempert Ádám, Kárpáti István, Kalmár Nagy Károly, Prof. Kovács Tibor, Ondrik Zoltán

18.30-19.30 JÓTÉKONYSÁGI KONCERT

Debreceni Református Nagytemplom

AKMT díjátadás - díjazott Prof. Uray Éva

Koncert

Közreműködik: Lázár Norbert és a Budapest Saxofon Quartett

20.00 BANKETT

Kölcsey Központ, Nagyterem

2018. NOVEMBER 22., CSÜTÖRTÖK | FSZT. 104. TEREM

11.15- 12.25 **DIABETOLÓGIA**

Üléselnökök: Prof. Wittmann István, Wágner László

11.15-11.25 Prof. Wittmann István: **Nefropátia diabéteszben - a vesetranszplantáció szükségességének egyik fő oka**

11.25-11.45 Piros László: **Hasnyálmirigy-transzplantáció**

11.45-12.05 Wágner László: **Poszttranszplantációs diabétesz**

12.05-12.25 **Üléselnöki összefoglaló**

12.40 -13.20 **SZENDVICSEBÉD**

14.50-15.50 **SZABAD ELŐADÁSOK - HAZAI VESEÁTÜLTETÉS**

Üléselnökök: Telkes Gábor, Ondrik Zoltán, P. Szabó Réka

14.50-15.00 Borda Bernadett: **A sikeres vesetranszplantációt követően az újonnan kialakult diabétes mellitus hatása az aorta tágulékonyágának romlására**

15.00-15.10 Telkes Gábor: **Prototheca Wickerhamii. Egy ritka kórokozó coecum tumort utánzó extrém ritka manifesztációja és sikeres kezelése vesetranszplantált betegben. Az első magyarországi eset**

15.10-15.20 Kovács Dávid Ágoston: **Mellékpajzsmirigy túlműködés vesetranszplantáció után. Tünet vagy ok?**

15.20-15.30 Patonai Attila: **Veseátültetés utáni Antitest Mediálta Rejectio (ARMR) a kórszövettani elváltozások és DSA ismeretében**

15.40-15.50 **Üléselnöki összefoglaló**

16.30-17.30 **SZABAD ELŐADÁSOK - MÁJÁTÜLTETÉS**

Üléselnökök: Prof. Kóbori László, Prof. Máthé Zoltán

16.30-16.40 Rengeiné Kiss Tímea: **Dermato-Mucormycosis májátültetés után. 198 nap intenzív terápiás ápolási vonatkozásai**

16.40-16.50 Fazakas János: **Van visszaút a perzisztáló szepszisből? Az immunmoduláció új koncepciója májtranszplantáció kapcsán**

16.50-17.00 Nyerges Ildikó: **Test és lélek: A végstadiumú májelégtelen betegek pszichoszociális állapota**

17.00-17.10 Nyerges Ildikó: **Test és lélek változása: A májbetegek pszichoszociális állapotváltozásai 6 hónappal a transzplantáció után**

- 17.10-17.20 Korda Dávid Ádám: **Májátültetés többszörös májajtétet adó neuroendokrin tumorok esetén – Eddigi tapasztalataink**
- 17:20-17:30 **Üléselnöki összefoglaló**

2018. NOVEMBER 22., CSÜTÖRTÖK | KURZUSOK

- 08.10-12.00 **LAPAROSCOPOS GYAKORLAT**
DE ÁOK Sebészeti Műtéttani Tanszék (Móricz Zs. krt. 22)
- 10.30- 12.30 **ECMO GYAKORLATI KURZUS**
Kölcsey Központ, 105. terem
- 13.20-14.30 **DIABETOLÓGIAI TOVÁBBKÉPZÉS EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓKNAK**
Kölcsey Központ, 105. terem
Kínd Katalin-vezető edukációs tanácsadó: **A diabeteses beteg edukációja**
Sztanek Ferenc: **Diabeteses neuropathia kezelésének gyakorlati vonatkozásai**

2018. NOVEMBER 23., PÉNTEK | FSZT. NAGYTEREM

- 08.30-09.50 **INTERAKTÍV ESETMEGBESZÉLÉS**
Moderátor: Fedor Roland
- 09.50 -11.25 **KÜLFÖLDI ELŐADÓ - MÁJÁTÜLTETÉS**
Üléselnökök: Prof. Máthé Zoltán, Nemes Balázs
- 09.50-10.15 Prof. Yersiz Hasan (USA): **Liver transplantation in the USA**
- 10.15-10.40 Vittorio Corno (Italy): **In situ splitting of the liver**
- 10.40-11.05 Prof. Susumu Eguchi (Japan): **Living donor liver transplantation in Japan**
- 11.05-11.25 Tomas Marada (CZ): **Split liver transplantation**
- 12.30 -13.20 **ASTELLAS SZIMPÓZIUM / SZENDVICSEBÉD**
A BETEGEDUKÁCIÓ JELENTŐSÉGE A TRANSZPLANTÁCIÓ KIMENETELE SZEMPONTJÁBÓL - KEREKASZTAL BESZÉLGETÉS
Moderátor: Prof. Máthé Zoltán
Résztevők: Gerlei Zsuzsanna, Prof. Reusz György, Göbel Orsolya, Dargai Ilona

- 13.20-14.40 ONKOLÓGIAI-ONKOSEBÉSZETI BLOKK**
Üléselnökök: Piros László, András Csilla
- 13.40-14.05 András Csilla: **A HCC modern kezelése**
- 14.05-14.30 Prof. Dank Magdolna: **A szervátültetett betegek malignus daganatainak kezelése. Van-e újdonság?**
- 14.30-14.55 Prof. Liszky Gabriella: **Malignus bőrtumorok kialakulása és korszerű kezelése**
- 14.40-15.15 KÁVÉSZÜNET**
- 15.15-16.30 KARDIOLÓGIA - SZÍVSEBÉSZET**
Üléselnökök: Hartyánszky István, Pólos Miklós
- 15.15-15.30 Prof. Merkely Béla: **Transzplantáció és Kardiológia**
- 15.30-15.45 Hartyánszky István: **Szívsebészeti lehetőségek végstádiumú szívelégtelenségben**
- 15.45-16.00 Maria Simonenko (Russia): **Szívátültetési program Oroszországban**
- 16.00-16.15 Prof. Sótónyi Péter: **Érsebészet és szervátültetés egyik határterülete: homograftok**
- 16.15-16.30 Sax Balázs: **Hosszú távú műsívkezelés – a szívtranszplantáció reális alternatívája?**
- 16.30-17.00 STATE OF ART**
Doros Attila: **Az intervenciós radiológia szerepe a hasi szervek átültetésében**
- 17.00-17.30 STATE OF ART**
Prof. Máthé Zoltán: **Gépi perfúzió és szervátültetés**
- 17.30-18.30 NÉMETH ANDRÁS EMLÉKELŐADÁS**
Prof. Bodor Elek
- 18.30-19.30 MTT KÖZGYŰLÉS**
- 19.30-21.30 FAKULTATÍV VACSORA**
- 21.30- ZENÉS EST – TÁRSASÁGI PROGRAM (I. EMELET BÁLTEREM)**

2018. NOVEMBER 23., PÉNTEK | FSZT. 104. TEREM

08.30-09.50 SZABAD ELŐADÁSOK - VESEÁTÜLTETÉS II.

Üléselnökök: Szakály Péter, Zádori Gergely, Hódi Zoltán

08.30-08.40 Schönfeld Bernadett: **Vesetranszplantált páciensek szájegészségi vizsgálata**

08.40-08.50 Smudla Anikó: **A folyadékterek és a hemodinamika változásának hatása a vesetranszplantáció utáni DGF kialakulására**

08.50-09.00 Bíró Benjámín: **Diabétesz mellitusz veseátültetés során. Tapasztalataink**

09.00-09.10 Eitler Katalin: **Az éranastomosissal kapcsolatos szövődmények felmérése felnőtt cadaverdonoros veserecipientek körében**

09.10-09.25 **Üléselnöki összefoglaló**

11.10-12.30 HEPATOLÓGIA

Üléselnökök: Papp Mária, Prof. Hunyady Béla

11.25-11.45 Prof. Hunyady Béla: **Az endoszkópos gasztroenterológus szerepe májátültetés előtt és után**

11.45-12.05 Lengyel Gabriella: **A NASH aktuális kérdései**

12.05-12.25 Gerlei Zsuzsanna: **Szervtranszplantáció és a HCV fertőzés**

12.25-12.45 Papp Mária: **Az "acute-on-chronic liver failure" új perspektívában: a májtranszplantáció kérdései**

13.20-14.55 INFÉKTOLÓGIA

Üléselnökök: Gerlei Zsuzsanna, Varga Marina

13.40-14.05 Kulcsár Andrea: **Prevenációs attitűd ma – védőoltással megelőzhető fertőzések elleni védekezés gyakorlata szerv transzplantáció előtt és után**

14.05-14.30 Vitális Eszter: **Kezelési lehetőségek multirezisztens kórokozók okozta fertőzések esetén**

14.30-14.55 Prof. Kónya József: **A virális betegségek diagnosztikája**

14.55-15.15 KÁVÉSZÜNET

2018. NOVEMBER 23., PÉNTEK | FSZT. 105. TEREM

15.00-16.20 BETEGÁGY MELLETTI UH KURZUS

2018. NOVEMBER 24., SZOMBAT | I. EMELET BÁLTEREM

09.00-10.00 POSZTERSZEKCIÓ - COFFEE & CROISSANT SZEKCIÓ

Üléselnökök: Varga Ádám, Bihari László, Bidiga László

08.45-08.55 Wettstein Dániel: **Tüdőtranszplantációt követő szeptikus mellkasfali komplikációk kezelése – esetismertetés**

08.55-09.10 Grózli Csaba: **A képzett beteg edukációs program tapasztalatai szervátültetetteknel**

09.10-09.20 Lakatos Botond: **Transzplantáció és HIV**

09.20-09.30 Telkes Gábor: **Az éjszakai vesetranszplantáció. A szükséges (?) rossz (?)**

09.30-09.40 Hódi Zoltán: **Null biopszia cadaver vese transzplantációban – 5 éves beteganyagunk feldolgozása**

09.40-09.50 Hódi Zoltán: **Szplenektómiát követően kialakult pankreasz fistula sikeres kezelése vese transzplantált betegen**

09.50-10.00 Farkas Ádám: **De novo transitionalis sejtes tumor transzplantált vesében: egy ritka malignitási forma**

10.00-12.00 GYERMEKKORI SZERVTRANSZPLANTÁCIÓ

Üléselnökök: Prof. Reusz György, Prof. Szabó Attila

10.10-10.30 Prof. Ryszard Grenda (Lengyelország): **Combined and sequential liver-kidney transplantation in children**

10.30-10.50 Dezsőfi Antal: **Újdonságok a gyermekkori májtranszplantáció területén**

10.50-11.10 Prof. Szabó Attila: **Gyermek-vesetranszplantáció hazánkban az Eurotransplant csatlakozás óta**

11.10-11.30 Prof. Reusz György: **Kardiovaszkuláris szövődmények szervtranszplantáció előtt és után gyermekkorban**

11.30-11.50 Szabó Tamás: **Vesetranszplantációt követő rekurrens glomerulopathiák gyermekkorban**

11.50-12.10 Berezcki Csaba: Újdonságok az antitest-mediált rejekció kezelésében

12.10-12.30 Kovács Lajos: Az első gyermek tüdőátültetés Budapesten

12.00-12.30 **DÍJÁTADÁSOK (ULLMANN IMRE DÍJ, AKMT DÍJ)**

12.30-12.40 **KONGRESSZUS ZÁRÁSA**

12.40-13.00 **TESZTÍRÁS**

13.00 **EBÉD**

2018. NOVEMBER 24., SZOMBAT | II. EMELET 404 TEREM

09.00-10.00 INTERAKTÍV ESETMEGBESZÉLÉS II.

Moderátor: Fedor Roland



Envarsus[®]

A TAKROLIMUSZ nyújtott hatóanyag-leadású gyógyszerformulációja

Envarsus 0,75 mg retard tabletta, Envarsus 1 mg retard tabletta, Envarsus 4 mg retard tabletta (takrolimusz)

Bővebb információért kérjük, olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

A hatályos alkalmazási előírás szövegét megtalálja az Európai Gyógyszerügynökség honlapján (<http://www.ema.europa.eu/ema/>):

Find medicine/Human Medicines/ a legördülő listában a Envarsus kiválasztása/Product Information fülön Language közül HU=magyar/GO, illetve a http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/002655/human_med_001779.jsp&mid=WC0b01ac058001d124 linken a Product Information fülön Language közül HU=magyar/GO.

A gyógyszer alkalmazásával kapcsolatos további információkért forduljon a forgalomba hozatali engedély jogosultjának helyi képviselőéhez: Chiesi Hungary Kft., 1138 Budapest, Dunavirág u. 2. Tel.: +36-1-429-1060, Fax: +36-1-429-1064, e-mail: office.hu@chiesi.com, www.chiesi.hu.

	Kiszerezés	Bruttó fogyasztói ár	Támogatás	Tértési díj
Envarsus 0,75 mg retard tabletta	30x	11 892 Ft	11 592 Ft	300 Ft
Envarsus 1 mg retard tabletta	30x	15 510 Ft	15 210 Ft	300 Ft
Envarsus 4 mg retard tabletta	30x	58 077 Ft	57 777 Ft	300 Ft

Az aktuális árak 2018.09.01-től érvényesek.

Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu oldalon található információkat: http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfurd_tamogatas/egeszsegugyi_vallalkozasoknak/pupha/Vegleges_PUPHA.html

Lezárás dátuma: 2018.09.01. Belső azonosító kód: E.H. 2018.09.01.

A Chiesi Hungary Kft. nem vállal felelősséget a jelen anyag illetékelen felhasználásáért.

MAGYAR TRANSZPLANTÁCIÓS TÁRSASÁG
XX. KONGRESSZUSA
AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉS

FELKÉRT ELŐADÁSOK
ÖSSZEFOGLALÓI

2018. november 21–24.
Debrecen, Kölcsey Központ
www.convetion.hu



GE Healthcare

New Patient **Transport Monitoring** Solution

CARESCAPE™ ONE

All in ONE

➤ Join us for the **Sepseast 2018**
15-17 November, Booth #7



PRESENTATION: DUTCH NATIONAL KIDNEY EXCHANGE PROGRAM (KEP)

Aline Hemke

The Netherlands has the highest number of living donor transplants performed per million population in Europe; since 2008 the number of kidney transplantations from living donors exceeds the number of transplantations from deceased kidney donors. However, direct living donation is not always possible. To help the incompatible couples all Dutch kidney transplantation centres have developed a joint protocol for living donor kidney exchange or so-called cross over kidney transplantation. The Dutch KEP program started in 2004, and runs 4 times each year. The matching is based on an algorithm with six rules: maximization of the number of transplant, prioritizing ABO identical transplants, priority for difficult to match patients, minimizing KEP chain lengths, maximizing the number of centres involved and priority for patients that are waiting the longest. After the final match list is made and communicated to the centres, the donor travels to the centre of the coupled recipient for final acceptance. Thereafter the transplantations are planned and the involved transplant centres synchronize their program in such a way that the surgical procedures are performed at the same time. The operations are planned within 3 months after the match result. By protocol anonymity between the pairs involved is kept. Since the beginning of the program, there have been some developments to enlarge the pool: next to the incompatible donor-recipient couples also unspecified (altruistic) donors are being given the option to donate to the X-over list and more recently compatible couples can also be included in the program in order to help more patients with a transplant. In the ENCKEP session the results of the Dutch KEP from 2004-2018 will also be presented.

EUROPEAN KIDNEY EXCHANGE PRACTICES

Péter Biró

Currently ten European countries have operating kidney exchange programmes and many more are under planning. We present the main findings of the ENCKEP (European Network for Collaboration on Kidney Exchange Programmes) COST Action, summarised in their first two handbooks on 1. European Kidney Exchange Practices and 2. Modelling and Optimisation in European Kidney Exchange Programmes.

TRIAGE IN KIDNEY EXCHANGE

Jörgen Kratz

The focus of this talk is a kidney exchange problem in which a planner sorts patients into "priority groups" based on, e.g., the urgency of their conditions. The planner may choose to allow cyclical exchanges, chains, altruistically unbalanced exchanges and transplants across the blood group barrier. I introduce a class of matchings called "priority group matchings", which give priority to patients in higher priority groups. Priority group matchings are always Pareto efficient no matter how patients are sorted into priority groups or how the kidney exchange program is designed by the planner. I also present a computational method for finding priority group matchings. Threshold matchings are a subclass of priority group matchings that prioritise patients above some threshold (in terms of, e.g., urgency). I show that a higher threshold leads to a (weakly) higher number of transplants. Threshold matchings generalise several well-known classes of matchings, including maximum matchings and priority matchings.

PERSPECTIVES ON THE KIDNEY EXCHANGE PROGRAM IN FRANCE

Prof. Victor Hiller

The French Kidney Exchange Program was launched in 2014. Since then, only pairwise exchanges have been allowed. In this study, we assess the impact that more permissive policies can have on basic efficiency and fairness measures. More specifically, we analyze --- through both counterfactuals and data based simulations --- the following three policies: i) the introduction of larger exchange cycles, ii) the introduction of chains of transplants initiated by deceased donors, and iii) the introduction of ABO incompatible grafts within the program. We conclude that the improvement of the last two proposals is of first-order especially if they come with a rise in the participation to the program.

INTEGER PROGRAMMING FOR SOLVING INTERNATIONAL KEPS

Alexandru Popa

In kidney exchange programmes patients with end-stage renal failure may exchange their willing, but incompatible living donors among each other. National kidney exchange programmes are in operation in ten European countries, and some of them have already conducted international exchanges through regulated collaborations. The exchanges are selected by conducting regular matching runs (typically every three months) according to well-defined constraints and optimisation criteria, which may differ across countries. In this work we give integer programming formulations for solving international kidney exchange problems, where the optimisation goals and constraints may be different in the participating countries and various feasibility criteria may apply for the international cycles and chains. We also conduct simulations showing the long-run effects of international collaborations for different pools and under various national restrictions and objectives.

A GAME-THEORETICAL MODEL ON INTERNATIONAL KEPS

Péter Biró

We study a game theoretical model, a generalised matching game, motivated by the international kidney exchange programmes in Europe. The model assumes full participation by the countries, consider only pairwise exchanges, but take the quality of transplants also into consideration, and ensures long-term fairness with a dynamic credit system. The theoretical results behind the model are related to the complexity of the problem of computing the fair shares of the countries for heterogeneous pools, and also to the problem of finding appropriate solutions that generate benefits for the countries close to their fair shares.

EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ RENDSZER HATÉKONYSÁGNÖVELESE

Gajdácsi József

Magyarországon 117 526 124 orvos beteg találkozás zajlik le évente. Ezzel egy 2015-ös OECD felmérés alapján előkelő helyet foglalunk el világviszonylatban is. Jót jelent ez? Más adattal összehasonlítva több ezer haláleset történik colorectalis carcinoma miatt évente hazánkban. Az OECD átlag egy millió lakosra 23,9, Magyarországon 43,9. Vajon ilyen sok orvos-beteg találkozás mellett ez nem lehetne alacsonyabb? Miközben első helyen állunk Európában az orvosi vizsgálatok számában, ugyancsak elsők vagyunk a késői stádiumban felismert colorectalis carcinoma halálozásában. Gazdaságos, hatékony ez? Előadásomban röviden ismertetem a közösségi finanszírozás alapelemeit az egészségügyi ellátórendszerek, kockázatkezelés típusait, konkrét példákkal élve a hazai viszonyokra. A nyilvánvalóan nem ideális hatékonysági mutatók pozitív irányba fordítására teszek javaslatokat. Hat olyan terület azonosítható, amelyek befolyással vannak az egészségügyi ellátás hatékonyságára: az ellátási kötelezettség, a kórházi kapacitás, a finanszírozás, a beutalás sorrendisége (azaz várólista rendszer), az orvosok érdekeltsége, és a kórházi architektúra, azaz maga az építészeti kialakítás. A cél a betegek esélyegyenlősége, a szakmai sorrendiség biztosítása, a hozzáférési időablak szűkítése, az ellátási kapacitások összehangolása és az arányos forrásallokáció. Valamennyi területről szót ejtek az előadásom során, kiemelve, hogy melyik területen milyen hatékonyságnövelés lenne ésszerű. Példaként kiemelve egy budapesti VIII. kerületi lakos szakmáktól függően 15 kórházhoz tartozik. A finanszírozás oldalról kiemelve példaként az alsóvégtagi amputáció 2,6 súlyszámot jelent, míg a beteg számára jobb megoldást jelentő perifériás revaszkularizáció csak 1,9 súlyszámot. Ezek nyilvánvalóan nem jó megoldások. A várakozási idő csökkentésére számos kísérlet történt. A várólisták esetszáma csökkentek ugyan. De a várakozási idő nőtt. Előadásomban bemutatom egy új rendszer a CORF (clinical orientated referral form) lehetőségét is. Összefoglalásképpen elmondható, hogy bármely ponton avatkozunk is be – jó irányban – az egészségügyi ellátó rendszerbe, az a többi területre is kedvező kihatással van.

THE CZECH KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM

Tomas Marada, Tomas Pantoflicek, Libor Janousek, Teraza Neradova , Renata Zamecnikova, Jiri Fronek

Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

Aim: Retrospective analysis of the Kindey paired donation program in IKEM, Prague.

Background: Kidney paired donation has been at first performed at our institution in 2003. Until 2011 only four 2-way exchanges were performed. Since 2011 the kidney exchange started at our institution as coordinated program. All the incompatible pairs are collected prospectively in the database. The matching run is performed every three months with on average 20 pairs included for matching.

Material and Methods: There were in total 69 paired live kidney transplants (KTx) performed in Czech since 2003, of those 61 since 2011, those we assessed. There were ten 2- way, two 3-way, two 4-way, two 5-way, two 6-way and one 7-way domino kidney paired exchanges performed, three altruistic samaritan donors entered the scheme. There were 10 cases of re-transplant, of those 8 second, one third and one fourth KTx. Two surgeons performed all the transplants.

Result: Mean recipient age was 46 years (SD 10.8), mean SCr one month after transplant was 123 $\mu\text{mol/l}$ (SD 41), equivalent of 1.39 mg/dl (SD 0.46). There was one case of delayed graft function due to early rejection observed.

Conclusion: Kidney paired donation program can be run with success even at single institution, this limits some of the highly sensitised patients as well as blood group O recipients. Also, the bigger is the group for matching, the higher might be the number of transplants. Cooperation within European centres can help to treat more patients with the best treatment modality – live donor kidney transplantation.

THE POLISH KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM. DEVELOPMENT, HOT TOPICS

Rafal Kieszek

Transplantation medicine is a rapidly evolving field. Keeping afloat of the published literature to During last years the number of kidney transplantation per year oscillates around 1000. According to Poltransplant data one has to wait around 960 days to get the first kidney transplantation. The time prolongs if the patient is highly sensitised up to 1515 days. Each year there are around 1000 new patients on the kidney waiting list. Each year more than 60 patients will die waiting for the organ.

In 2010 the National Program of Transplant Medicine Development was launched. It resulted in creating informing and educational materials for patients, their families and medical staff. 4 international conferences were organized. Moreover, 92 meetings with medical staff from dialysis centres and 81 meetings with patients with end-stage renal disease and their families took place. 36 regional meetings and conferences for nephrologists, transplant coordinators and dialyses centres staff were organised. This effort resulted in the increase of the total number of LKDs. However, in Poland, the percentage of LKD is still very low and amounts 5%. Unfortunately, not all of the potential LDs that report to the transplant centre are compatible with their recipient. In such situation the solution for that problem might be the kidney paired donation (KPD). The first KPD in Poland was performed in February 2015 and the first chain KPD that consisted of 3 pairs was performed 3 months later. Successful transplantations in KPD resulted in that the more incompatible pairs have reported to our centre. Moreover, other transplant centres have expressed their interest to join our program. Thanks to the matching program that was created in our centre we were able to match 2 pairs from two different centres. Pairs of incompatible donor and recipient were not split. Kidneys were shipped via scheduled plane. One centres performed retroperitoneal hand-assisted nephrectomy and the other one open minimal invasive retroperitoneal nephrectomy.

Thanks to our computer matching program that was designed especially for that purpose and determinate team we were able to perform that transplantations. Computer matching program was based on Nobel's Prize Award Winner – Alvin Roth's algorithm. The program allows to choose the desired length of a cycle, acceptable age difference between donor and recipient, takes into consideration HLA mismatches. In our centre we perform a continuous matching run.

There are 30% highly sensitised patients in the waiting list. In order to enable that difficult patients to find a perfect match, we would like to include all of the pairs to KPD computer program. In Poland unfortunately there is no desensitisation program and altruistic donation is not allowed.

HOT TOPICS OF KIDNEY TRANSPLANT IN THE NETHERLANDS

Andrzej Baranski Grzegorz

Transplantation medicine is a rapidly evolving field. Keeping afloat of the published literature to offer the best clinical care to our patients is a daunting and challenging task. In the Netherlands we can identify some topics in kidney transplantation where there has been substantial progress over the last years: kidney allocation within Eurotransplant; kidney exchange strategies; kidney machine perfusion strategies; the changing landscape of anti-human leukocyte antigen (HLA) antibodies; the new immunosuppressive drugs in the pipeline; strategies for immunosuppression minimization; and the continuous enigma of focal segmental glomerular sclerosis recurrence after transplantation. In our presentation we have summarized the main knowledge and the main challenges of kidney transplantation topics in the Netherlands.

KIDNEY PAIRED DONATION IN AUSTRIA

Georg Böhmig

Division of Nephrology and Dialysis, Department of Medicine III, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

Kidney paired donation (KPD) represents an efficient strategy to circumvent major immunological barriers in living donor kidney transplantation. In the last decade, numerous mono- and multicentric KPD programs have been established all over the world, including large national programs in Europe (Netherlands, UK and Spain). More recently, also smaller European countries, such as Austria, have developed their own national KPD programs. The first crossover exchanges in Austria (Vienna) were performed in 2000 and in 2007. A systematic KPD program was launched in 2011 (virtual crossmatching using HLA single antigen testing to calculate 2-way and 3-way chains). In 2015, we established a binational program, together with the Czech KPD program (IKEM, Prague). This initiative resulted in the first European cross-border living donor kidney exchange (September 2016). Until now, 13 successful KPD transplants have been performed, three in the context of the Czech-Austrian program (one 2-way chain; two 3-way chains; one triggered by an altruistic donor). The experience of our binational joint program may provide a basis for future efforts merging small national programs within Europe, where international joint initiatives will be critical to maximize living donor kidney exchange.

KIDNEY TRANSPLANTATION IN SLOVAKIA

Tatiana Baltsová, D. Kuba, Z. Žilinská, Ľ. Beňa

Kidney transplantations in Slovakia are performed in four transplant centers. National transplant organization coordinates donor and transplant program in Slovakia. Actual rate for kidney transplantation from deceased donors is 26,3 pmp and for living kidney donors is 2,0 pmp. Donors after brain death represent the major source of transplanted organs in Slovakia, the donor rate is 15,93 pmp, mean age of the donors is 48,96 years and 64% of donors are multiorgan donors. Despite opt-out legislative system the rates of donations are low in Slovakia. As public views are crucial to the success of opt-out donation systems, educational campaign named „Seven lives“ is organized by Slovak transplant society.

Living kidney transplantations represent 12-15% of all kidney transplantations. Since 2005 there were seven paired kidney exchanges performed in three transplant centers and nationally organised programme is prepared.

Several strategies are currently used to increase the donation and consequently transplantation rates in Slovakia.

MIT AD A SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓ AZ ANESZTEZIOLÓGIA-INTENZÍV TERÁPIÁNAK?

Németh Endre

A keringési perctérfogat eszközös támogatása/helyettesítése, mint szervpótló kezelés a szívtranszplantáció (HTx) perioperatív menedzsmentjének szerves részévé vált az elmúlt 25 évben. Jelenleg a rövid távú mechanikus keringéstámogatás (ECMO, right ventricular assist device; RVAD) alapvető stratégiája a primer graftelégtelenség eredményes kezelésének. Emellett a venoarteriális ECMO támogatás alkalmazásának indikációs köre folyamatosan bővül a perioperatív időszakban (pl. acute/acute-on-chronic refrakter kardiogén shock HTx előtt; refrakter vazoplégia szindróma HTx után). Ugyanígy, a mechanikus keringéstámogatás modalitásai jelentős mértékben járulnak hozzá mind a recipiens, mind a donor pool (DCD donorok) növeléséhez.

MIT AD A MÁJ, VESETRANSZPLANTÁCIÓ AZ ANESZTÉZIA-INTENZÍV TERÁPIÁNAK?

Fazakas János

A máj és vesetranszplantáció mind a transzplantációhoz kötött aneszteziológiai és intenzív terápiás beavatkozással kapcsolatban, mind azon kívül számos fiziopatológiai, monitorozási és kezelési tapasztalattal bővíti az általános anesztézia és intenzív terápia diagnosztikai és terápiás tárházát.

A recipensek komplex kivizsgálásának tapasztalatai elősegítik az egymással összefüggő szervdiszfunkciók mátrix rendszerének megértését. A reperfúziós szindróma hemodinamikai és hemosztaziológiai monitorozás eredményei a perioperatív kezelések optimalizálásához járult hozzá. Előbbiek a vazoplégia asszociált volumen-vazoterápia non-iatrogén kezeléséhez, míg az utóbbi a masszív transfúzió koagulopátia mentes kezelését, illetve a vérkészítmény mentes sebészeti beavatkozások kivitelezéséhez járult hozzá. A májtranszplantáció során alkalmazott szervspecifikus új szupportív kezelések intra- vagy posztoperatív tapasztalatai szintén közös mérföldkőnek bizonyulnak. Külön terület a graft újraélesztésének a folyamata, amely máj és vese tűrőképességének a határait feszegeti, ezen tapasztalatok ésszerűen beilleszthetők a intenzíven kezelt sokkos betegek ellátásába. A klinikai immunológia fejlődésében a transzplantáció mindig is élen járt. A specifikus és non-specifikus endogén immunszuppresszióval és exogén immunszuppresszióval kezelt betegek eredményei dinamikusan adaptálhatók nem transzplantált betegek intenzív ellátásában is.

Az új algoritmusok kidolgozásában, a régiék fejlesztésében, a dogmák és paradigmák felismerésében és kiiktatásában a transzplantáció és az anesztézia-intenzív terápia egymásra volt, van és lesz utalva mindig is, ezért az adakozás kölcsönös.

MIT AD A TÜDŐTRANSZPLANTÁCIÓ A MELLKASBÉSZETNEK?

Rényi-Vámos Ferenc

Magyarországon, közel három éve indult el a Magyar Tüdőtranszplantációs Program. Ezzel együtt több olyan technikai elem, illetve műtéti megoldás is bevezetésre került, melyeket később, a hagyományos mellkasebészetben is alkalmazni tudtunk.

A tüdőtranszplantáció, mondhatni kötelező eleme a betegek keringésének Extracorporalis Membrán Oxigenátorra (ECMO) való csatlakozása. Transzplantáció során elsősorban centrális ECMO rendszert használunk, mellyel átmenetileg a tüdő funkciója helyettesíthető, lehetővé téve a biztonságos tüdőátültetést. Az ECMO-t sikeresen alkalmaztuk a mindennapok során további 12 betegnél, ahol a bonyolult mellkasebészeti műtét átmenetileg nem tette lehetővé a lélegeztetést, illetve a hörgőrendszeri daganat súlyos obstrukciót okozott, meggátolva az intubációt, vagy a beteg nem rendelkezett megfelelő minőségű és mennyiségű tüdőállománnyal a féloldali lélegeztetéshez.

Tekintettel arra, hogy a tüdőtranszplantáción átesett betegek jelentős része már a korai posztoperatív szakban erős immunszuppresszív terápiában részesül, mely a sebgyógyulást is befolyásolja, előfordul a műtéti metszések sebfertőzése. Ilyenkor a sebfeltárás mellett, prolongáltan negatív nyomásos sebkezelést (VAC) használunk, majd az így feltisztult sebet zárjuk. Két betegnél azonban a sorozatos feltárások mellett, jelentős bőrhány képződött, mely miatt plasztikai sebész bevonásával érnyeles- lattisimus dorsi bőrízomlebennyel tudtuk csak a defektust sikeresen fedni. Hasonlóan jártunk el osztályunkon egy betegnél, ahol egy nagy méretű, recidív melanoma szélesen érintette a mellkasfalat, ezért bordareszekciót követően a kiterjedt bőrhányt hasonlóan pótoltuk.

Azonban a legfontosabb az új szemlélet béli megközelítés. Olyan új elemek, mint mellkasi és lágyéki nagyerek, illetve pitvarok kanülálása, clamshell metszésből történő feltárás, ér- és hörgő anasztomózisok elkészítése kerül a rutinszerűen alkalmazott műtéti technikák közé. Ezek segítségével egy szélesebb körű rálátása és magasabb technikai képzettsége lesz a mellkasebésznek azokra a kórképekre és helyzetekre, melyekkel nap mint nap találkozik.

ELSŐ PRIMER PULMONALIS HYPERTONIA MIATT VÉGZETT TÜDŐTRANSZPLANTÁCIÓ MAGYARORSZÁGON

Tóth Krisztina

Az előadásban szeretném ismertetni a PAH definícióját, beosztását, diagnosztikáját és a csoportok szerinti kezelést.

A második részben a páciensünk rövid történetét, hogyan jutottak el a megfelelő diagnózishoz, ilyen kezelést kapott, majd a műtét ill. az anesztéziológiai kihívásokat ebben az esetben. A műtét alatti TEE képekkel demonstrálnia a bekövetkezett változásokat, ill. a beteg további sorsára, a közvetlen ill. távoli posztoperatív kezelést ismertetném.

A MAGYAR TÜDŐTRANSZPLANTÁCIÓS PROGRAM ELSŐ HÁROM ÉVE

Gieszer Balázs^{1,2}, Radecky Péter^{1,2}, Ghimesy Áron^{1,2}, Farkas Attila^{1,2}, Csende Kristóf¹, Bogyó Levente^{1,2}, Fazekas Levente^{1,5}, Kovács Nóra², Madurka Ildikó³, Kocsis Ákos^{1,2}, Agócs László^{1,2}, Török Klára^{1,2}, Bartók Tibor³, Dancs Tamás³, Schönauer Nóra³, Tóth Kriszta³, Szabó József¹⁰, Eszes Noémi⁶, Bohács Anikó⁶, Czebe Krisztina⁸, Csiszér Eszter^{6,9}, Mihály Sándor¹¹, Kovács Lajos⁷, Prof. Müller Veronika⁶, Elek Jenő³, Rényi-Vámos Ferenc^{1,2}, Prof. Lang György^{2,4}

¹ Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest

² Semmelweis Egyetem, Mellkassebészeti Klinika, Budapest

³ Országos Onkológiai Intézet, Aneszteziológiai és Központi Intenzív Terápiás Osztály, Budapest

⁴ Klinische Abteilung für Thoraxchirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie, Medizinische Universität, Wien

⁵ Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Budapest

⁶ Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

⁷ Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

⁸ Deák Jenő Kórház, Légzésrehabilitációs Osztály, Tapolca

⁹ Országos Korányi és Pulmonológiai Intézet, Budapest

¹⁰ Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

¹¹ Országos Vérellátó Szolgálat, Transzplantációs igazgatóság, Budapest

Bevezetés: Magyarországon az első tüdőtranszplantációt 2015.12.12-én végeztük el az Országos Onkológiai Intézet és a Semmelweis Egyetem együttműködésével. Cikkünkben az elmúlt két és fél év eredményeit összegezzük.

Anyag és módszer: 2018. novemberig 59 tüdőtranszplantációra került sor. Az adatfeldolgozást retrospektív módszerrel végeztük. A várólistára helyezés a Tüdő Transzplantációs Bizottság javaslatára történt. A donortüdők agyhalott donorokból származtak. A posztoperatív gondozás a Semmelweis Egyetemen folytatódott.

Eredmények: 2015.12.12. és 2018.10.31. között 81 szervkivételén vettünk részt: 49 magyar, 24 Eurotransplant, 8 Eurotransplanton kívüli országban, ezekből 58 kétoldali és 1 egyoldali tüdőtranszplantáció valósult meg. A műtéteket egyoldali (n=1), kétoldali thorakotómiából (n=1) vagy clamshell betolásból (n=53), veno-arteriális testen kívüli membrán oxigenizáció támogatással végeztük. Három esetben az testen kívüli membrán oxigenizáció támogatást a posztoperatív szakban prolongáltuk, másik két betegnél testen kívüli membrán oxigenizáció-bridge terápiát követően végeztük el a transzplantációt. Egy kombinált tüdő-vese transzplantáció is történt. A recipiensek alapbetegsége krónikus obstruktív tüdőbetegség (n=28); fibrotizáló tüdőbetegség (n=9); cisztás fibrózis (n=15); elsődleges pulmonális hipertónia (n=2); hisztiocitózis-X (n=1); bronchiektázia (n=2); lymphangioleiomyomatosis (n=1) és bronchiolitis obliterans szindróma miatti re-transzplantáció (n=1). A legfiatalabb beteg 13 éves volt. A várólistán 12 beteg hunyt

el. A korai posztoperatív időszakban 2 beteget veszítettünk el. Tartós lélegeztetési igény miatt tracheosztómát 14 esetben készítettünk. A betegek 1 éves túlélése 82,96% volt.

Megbeszélés: A hazai tüdőtranszplantációs programban gyorsan emelkednek az esetszámok, mely más centrumok indulásához képest kivételes eredmény. A szövődmények és halálozások aránya más, nagy esetszámú centrumok számainak megfelel. A jövőben a várólista bővítését, az esetszámok további növelését, és az ex-vivo lung perfusion (EVLP) rendszer használatának bevezetését szeretnénk megvalósítani.

Kulcsszavak: tüdőtranszplantáció, magyar tüdőtranszplantációs program

LÉGÚTI SZÖVŐDMÉNYEK TÜDŐTRANSZPLANTÁCIÓ UTÁN

Csende Kristóf, Ghimesy Áron, Farkas Attila, Gieszer Balázs, Radeczky Péter, Tallós Bernadett, Tihanyi Hanna, Mészáros László, Török Klára, Bogyo Levente, Fazekas Levente, Agócs László, Kocsis Ákos, Bartók Tibor, Dancs Tamás, Kormosói-Tóth Krisztina, Schönauer Nóra, Madurka Ildikó, Elek Jenő, Dóme Balázs, Rényi-Vámos Ferenc, Prof. Lang György

Bevezetés: A mai napig a tüdő transzplantáció morbiditási és mortalitási mutatóinak egyik fontos tényezője a transzplantáció után kialakuló késői légúti szövődmények. A világon az első 23 publikált tüdő transzplantáció között is több mint a felénél leírásra került. A jelenlegi tüdő transzplantációs centrumok között előforduló incidencia széles spektrumban változik (8-20%), mely valószínűleg a nemzetközileg egységes és elfogadott klasszifikáció hiányának tudható be. 2015.-ben induló Magyarországon elvégzett tüdő transzplantációk számának gyors ütemű növekedése együtt járt a légúti szövődmények megjelenésével is.

Beteganyag és módszer: 2015 óta a budapesti tüdőtranszplantációs centrumban 59 tüdőtranszplantációt végeztünk. Előadásunkban az ebben a beteganyagban észlelt légúti szövődményekkel kapcsolatos tapasztalatainkat összegezzük. Az adatfeldolgozás retrospektív módon történt. A szövődmények klasszifikációját az 1992-es Couraud klasszifikáció, ill. az ISHLT (International Society for Heart and Lung Transplantation) által meghatározott besorolás alapján végeztük.

Eredmények: Az összes esetszámból 3 betegnél (5%) észleltünk légúti szövődményt. A tüdőtranszplantáció indikációja cystás fibrosis (1) vagy idiopathiás tüdőfibrosis (2) volt. Minden esetben 3 hónapon túli, késői szövődményről számolhatunk be. Valamennyi esetben bronchoscopos intervenciót alkalmaztunk. Mind három esetben ballonos tágítást volt az első vonalbeli kezelés, melyet 2 esetben légúti stent (1 db Ultraflex, -1db Polyflex) beültetésével kellett kiegészíteni a bécsi egyetemen.

Következtetések: Az incidencia megfelel a nemzetközi gyakorlatból ismert aránynak. Graft vesztés ill. reTX nem vált szükségessé. Következő célunk a stent beültetések tárgyi feltételeinek kialakítása centrumunkban.

MAGYAR LUTX EREDMÉNYEI KÉT NYUGAT EURÓPAI CENTRUM TÜKRÉBEN

Radeczky Péter

Bevezetés: Az első hazai tüdőátültetést 2015.12.12-én végeztük el. Ebben az előadásban hazai eredményeinket szeretnénk a világ eredményeivel összehasonlítva bemutatni, mind saját tapasztalatok, mind irodalmi adatok alapján.

Anyag és módszer: 2018. novemberig 59 tüdőtranszplantációt végeztünk az Országos Onkológiai Intézet és Semmelweis Egyetem együttműködésében. Retrospektív adatelemzést végeztünk. Minden várólistára helyezés a Tüdő Transzplantációs Bizottság javaslatára történt. A donortüdők minden esetben dobogószívű agyhalott donorokból származtak. A posztoperatív gondozás a Semmelweis Egyetemen folytatódott.

Eredmények: 2015.12.12. és 2018.10.31. között 81 szervkivételre vettünk részt: 49 magyar, 24 Eurotransplant, 8 Eurotransplanton kívüli országban, ezekből 58 kétoldali és 1 egyoldali tüdőtranszplantáció valósult meg. A műtéteket egyoldali (n=1), kétoldali thorakotómiából (n=1) vagy clamshell betolásból (n=53), veno-arteriális testen kívüli membrán oxigenizáció támogatással végeztük. Három esetben az testen kívüli membrán oxigenizáció támogatást a posztoperatív szakban prolongáltuk, másik két betegnél testen kívüli membrán oxigenizáció-bridge terápiát követően végeztük el a transzplantációt. Egy kombinált tüdő-vese transzplantáció is történt. A recipiensek alapbetegsége krónikus obstruktív tüdőbetegség (n=28); fibrotizáló tüdőbetegség (n=9); cisztás fibrózis (n=15); elsődleges pulmonális hipertónia (n=2); hisztiocitózis-X (n=1); bronchiektázia (n=2); lymphangioleiomyomatosis (n=1) és bronchiolitis obliterans szindróma miatti re-transzplantáció (n=1). A legfiatalabb beteg 13 éves volt. A várólistán 12 beteg hunyt el. A korai posztoperatív időszakban 2 beteget veszítettünk el. Tartós lélegeztetési igény miatt tracheosztómát 14 esetben készítettünk. A betegek 1 éves túlélése 82,96% volt.

Megbeszélés: A hazai program eredményei kivételesek a világban más centrumok indulásához képest. Idehaza nemcsak az esetszámok, hanem az indikációk köre is gyors emelkedést mutat. A szövődmények és halálások számában más, nagy esetszámú centrumokéval összehasonlítva hasonló eredményeket észleltünk. Célunk a lakosság, a tüdőbetegségek és a cardiopulmonalis betegségek számához viszonyítva a várólista bővítése, mely minden transzplantációs program alapja.

JET LÉLEGEZTETÉS PULMONALIS HYPERTONIÁS BETEGEK TÜDŐTRANSZPLANTÁCIÓJA ESETÉBEN

Madurka Ildikó¹, Elek Jenő¹, Rényi-Vámos Ferenc^{1,2}, Kormosói-Tóth Krisztina¹,
Schönauer Nóra¹, Bartók Tibor¹, Prof. Lang György^{1,2}

¹ Országos Onkológiai Intézet, Budapest

² Országos Onkológiai Intézet Bázisán Működő SE Mellkassebészeti Klinika, Budapest

Az elmúlt 35 év során a tüdőtranszplantáció számos különböző etiológiájú végstádiumú tüdőbetegség esetében jelent megoldást. Mind primer pulmonalis hypertoniában (PPH), mind parenchymás tüdőbetegségekhez társuló szekunder pulmonalis hypertoniában a pulmonalis nyomás megközelíti, esetenként meg is haladja a nagyvérköri artériás vérnyomást, jelentős terhet róva a jobb szívfélre. Az ilyen betegeknel a műtéti anesztézia során elindított pozitív nyomású lélegeztetés a kisvérköri rezisztencia további emelésével akut jobb szívfél elégtelenséget válthat ki. Épp ezért ebben a betegcsoportban az általános, jobbára életmentő sebészeti beavatkozásokat is csak erre szakosodott centrumokban végzik és magát a tüdőtranszplantációt sem vállalja mindegyik centrum. A bécsi transzplantációs centrum egyike ezeknek az intézményeknek. Itt a narkózis bevezetése enyhe szedációval kiegészített, helyi érzéstelenítésben bevezetett perifériás veno-arteriozus ECMO-n történik. Hazánkban az első tüdőtranszplantációt 2015.12.12-én végeztük el, a fiatal program ellenére az első primer pulmonalis hypertoniás beteg tüdőtranszplantációjára hasonló módon 2017 szeptemberében került sor. Az elmúlt időszak 7 idiopátiás pulmonalis fibrózisos betege közül a négy súlyosabb, emelkedettebb pulmonalis vaszkuláris rezisztenciával járó esetében alkalmaztunk a narkózis bevezetésére JET lélegeztetést sikeresen, megelőzve az akut jobb szívfél elégtelenséget. Az alacsony légúti nyomásokkal járó nagy frekvenciás lélegeztetés (JET) szupraszisztémás kisvérköri nyomásokkal járó primer pulmonalis hypertoniás beteg esetében is használható eljárásnak bizonyult, ezzel egy alternatíváját jelenti a PPH-s betegek transzplantációjakor használatos éber ECMO-n történő narkózis bevezetésének.

HASNYÁLMIRIGY-TRANSZPLANTÁCIÓ

Piros László

A cukorbetegség szövődményeinek kialakulását a modern inzulinkezelés mellett sem tudjuk megelőzni. Az 1-es típusú cukorbetegség miatt dialíziskezelésre szoruló betegek túlélési esélyei rosszabbak, mint néhány daganatos betegségben szenvedő betegé. Az autoimmun 1-es típusú cukorbetegségben szervezet a hasnyálmirigy inzulint termelő szigetsejtjei és az inzulinmolekula ellen is autoantitesteket termel, így azok pusztulásához vezet. A hasnyálmirigy következőképpen nem tud inzulint termelni, ez vezet hyperglükémiához és annak szövődményeihez. A 2-es típusú cukorbetegségben inzulinrezisztencia alakul ki, a hasnyálmirigy egyre több inzulint termel, végül kimerül. Az 1-es típusú cukorbetegség fiatalabb korban jelentkezik és a szövődményei is súlyosabbak lehetnek, mint a 2-es típusú cukorbetegség során. Az 1-es típusú cukorbetegségben a hiányzó inzulintermelés pótlásának jelenleg rendelkezésre álló módszereinek egyike a hasnyálmirigy-átültetés, illetve annak leggyakrabban alkalmazott formája, a szimultán hasnyálmirigy-vese átültetés. Ebben az esetben a cukorbetegség már a veseműködést is károsította annyira, hogy a beteg dialízisre szorul. Ilyenkor a veseátültetés is indokolt, tehát szükséges egyébként is az immunszuppressziós kezelés és így vállalható a műtéti kockázat. A 2-es típusú cukorbetegségben a hasnyálmirigy beültetésével az inzulinrezisztencia nem küszöbölhető ki, Magyarországon nem végezzük, külföldön – elsősorban az USA-ban és Nagy-Britanniában – viszont egyre gyakrabban végeznek hasnyálmirigy-átültetést 2-es típusú cukorbetegségben szenvedőkön is bizonyos szelektált esetekben. Szimultán hasnyálmirigy-vese transzplantáció (simultaneous pancreas-kidney = SPK) olyan I. típusú cukorbetegéknél indokolt, akiknél $25 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ -nél kevesebb a GFR értéke. Ebben az esetben ugyanabból a donorból történik egy vese és egy pancreasgraft átültetése. A hasnyálmirigy-vese után (pancreas after kidney = PAK) és a ritkább vese-hasnyálmirigy után (kidney after pancreas = KAP) transzplantációk indikációja megegyezik a szimultán hasnyálmirigy-vese átültetés indikációjával, a graftok értelemszerűen más donorból származnak. Az előbbi kategóriában a vesetranszplantáció az esetek 75%-ában élő donorból történik, amit később cadaver pancreas transzplantációja követ. Utóbbi beavatkozás akkor történik, ha csak egy hasnyálmirigy áll rendelkezésre egy donorból olyan recipiens számára, akinek egyébként SPK-transzplantációra volna szüksége. A hasnyálmirigy beültetése után a beteg relatív sürgősséggel kap vesét más donorból. Hasnyálmirigy önmagában való átültetése (pancreas transplant alone = PTA) csak azoknál az I. típusú diabetesben szenvedő betegeknek indokolt, akik nem képesek megérezni a fenyegető hypoglükémiát, akiknél a diabetes nehezen kontrollálható (pl. labilis szérum glükóz szint ketoacidózissal és/vagy hypoglükémiás epizódokkal, súlyos, progresszív diabeteses retinopátia, nefropátia, neuropátia vagy enteropátia).

POSZTTRANSZPLANTÁCIÓS DIABÉTESZ

Wágner László

A transzplantációt megelőzően a szénhidrát-anyagcsere zavarának bármelyik formája (diabétesz mellitusz és előállapottai) fennállhat, mely progrediálhat a szervátültetés után, de újkeletű diabétesz mellitusz is jelentkezhet. A transzplantációt közvetlenül követő néhány héten a betegek akár 90%-ánál alakul ki transzplantációhoz asszociált hiperglikémia, az ok azonban számos esetben átmeneti, így nem jelentenek minden esetben maradandó eltérést. Az immunszuppresszív kezelés és a beteg állapotának stabilizálódása ellenére azonban a szervátültetést követő első évben a poszttranszplantációs diabétesz előfordulása 15–30% körüli, majd az ezt követő években évi 4–6%-kal tovább nőhet incidenciája. Diagnózisában az éhomi vércukor, a HbA_{1c} és az orális glükóztolerancia tesztje során mért éhomi és kétórás vénás plazmaglükóz mérése használatos, de felvetheti a gyanút a vacsora előtt mért magas vércukor. Patogenezisében elsősorban inzulinsekreció zavar játszik szerepet, de kifejlődéséhez inzulinrezisztencia fennállása is kell. Kialakulásának rizikófaktorai közül kiemelendők az immunszuppresszív kezelés, a hepatitisz C vírus, továbbá az obezitás, illetve a metabolikus szindróma más komponensei. A korai transziens hiperglikémia akár a négyeseresére fokozhatja a későbbi poszttranszplantációs diabétesz előfordulását, míg a poszttranszplantációs diabétesz növelheti a recipiens mortalitását, emelheti a kardiovaszkuláris rizikót, és csökkentheti a graft túlélését. Megelőzésében a korai szűrésnek, az inzulinkezelésnek és az életmód-változtatásnak van szerepe, míg kezelésében kezdetben az inzulinterápia, később az orális antidiabetikus szerek bevezetése is szóba jön.

LIVER TRANSPLANTATION IN THE USA: CHALLENGES, NEW TRENDS, AND HOT TOPICS

Prof. Hasan Versiz

Liver transplantation remains a relatively new field with the first successful transplant performed by Dr. Thomas Starzl in 1967. It took years to overcome the initial surgical techniques, critical care, and immunologic challenges that gave rise to the success in liver transplantation witnessed today. Despite these great successes, however, new obstacles have surfaced revolving mainly around issues of organ shortage and long-term immunosuppression to extend graft lifespan. New and innovative ideas are being developed to overcome the new challenges, and it is these subjects that make up the hot topics/trends in liver transplantation in the USA today. Liver perfusion machines have the potential to expand the donor pool by the utilization of organs that would normally be discarded. Renewed interest in live liver donation exists nationwide after the early momentum was diminished in the early 2000s as a result of a donor deaths. More aggressive use of split liver grafts remains a very viable and accepted option to make additional organs available. The recent development of highly effective drugs against the hepatitis c virus (HCV) is predicted to markedly reduce the number of liver transplants performed for this etiology. Furthermore, these drugs will make the increased utilization of HCV positive donors, even into HCV negative recipients, possible. Centers are also exploring methods to increase the usage of human immunodeficiency virus (HIV) positive donors into HIV+ recipients. Given the success of liver transplantation, new indications for transplant are now being considered that have previously been thought to be contraindicated. One example is the use of liver transplant to treat metastatic colorectal cancer to the liver. The obesity epidemic is leading to fatty liver disease being an increasingly common etiology of liver cirrhosis with efforts to curtail this trend ongoing. Research is underway to develop new and improved immunosuppressive drugs/regimens to extend graft survival while minimizing side effects. Basic science research will increase our understanding of concepts within the field. Liver transplantation has achieved a great deal of success over the last half century but new obstacles exists that must be overcome for the field to achieve its full potential.

IN SITU SPLITTING OF THE LIVER

Vittorio Corno

FE.B.S. Department of Surgery ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italy

Split liver transplantation has been adopted to expand the organ donor pool. Both ex situ and in situ techniques have been described. While the standard Split Liver (LLS - ERG) in which an extended right graft is usually transplanted into an adult and a left lateral segment (LLS) transplanted into a child, has gained a wide acceptance, Full left/Full right Split Liver (FL/FR) is still performed very rarely.

The ideal donor for a split liver procedure is a young healthy donor (< 40-50 yrs of age); with no history of liver disease/damage; with normal liver enzymes (AST, ALT, γ Gt); with a short ICU stay (≤ 2 days); hemodynamically stable and with a macroscopically normal liver.

In Italy the "Split Liver Transplantation" experience started in the 1997 and the "in situ" technique was adopted from the beginning. Split liver transplantation was initially promoted in Northern Italy and was later implemented nationally. The national split liver transplantation policy was further implemented in 2015: all livers from deceased standard risk donors aged ≤ 50 years are now mandatory evaluated for SLT, unless allocated to urgent patients.

The "in situ" technique offers several advantages such as: a) a better hemostasis on the cut surface of the liver; b) a reliable assessment of the viability of segment IV after parenchymal division; c) no need for bench work after retrieval; d) better for organ sharing with other centers; e) reduction of cold ischemia and warm ischemia times.

Incidence of biliary complications is significantly higher using a split graft. At a high volume Center, use of split liver grafts reached comparable and even better results of a whole liver graft in terms of patient and graft survival. Thus, the use of split grafts should be strongly encouraged to expand the donor pool. Furthermore, an intention to split allocation policy, with the adoption of the in situ technique is crucial to expand the use of split liver grafts.

LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION IN JAPAN

Prof. Susumu Eguchi

From January 1989 to December 2015 a total of 8066 living-donor liver transplantations (LDLT) were performed in Japan in 64 Transplant Centers. Since the first case, the annual operation rate increased constantly up to 2001 when a steady rate was reached with a median of 434 LDLTs (range 371-566) per year.

Overall, the recipients population included 35.5% pediatric patients (under 18 years old) and 64.5% adults patients who had a median age of 50-59 years. The most frequent clinical indication for pediatric LDLT was cholestatic disease which accounted 73.4% of cases. A neoplastic disease was the fourth most frequent indication (4.0%), with a diagnosis of hepatoblastoma in 83.2% of cases.

Conversely, in adult LDLT liver malignances were the most frequent indication, with a prevalence of 31.2%. Within this population, HCC was the most frequent diagnosis (97.4%). For HCC the underlying liver cirrhosis was secondary to HCV infection in 60.2% of patients, HBV infection in 27.9%, alcohol in 4.5%, primary biliary cirrhosis in 1.5% and NASH in 1.4%.

The most frequent donors were parents (94.9%) in pediatric LDLT and children (43.6%) or daughters in adult LDLT. The donor-recipient ABO-matching resulted identical, compatible and incompatible in 66.4%, 21.7%, 11.9% respectively. The most frequently selected graft type in pediatric LDLT was the left lateral sector (68.9%) while in adult LDLT it was the right lobe (53.3%) followed by the left lobe with (23.3%) or without (20.4%) the caudate lobe. The overall survival after LDLT in the whole population at 1, 5, 10, and 20 years was 84.4%, 77.8%, 72.5% and 66.1% respectively. LDLT for HCC was associated with an overall survival at 1, 5 and 15 years of 84.7%, 70.0%, 61.6% respectively.

While transplantation from a donor with identical or compatible blood type is common for brain-dead donor liver transplantation, an ABO-incompatible donor is often the only option for living-donor liver transplants as well as living-donor kidney transplants. Various efforts have been made to overcome such ABO-incompatible transplantation, e.g., rituximab (anti-CD20 monoclonal antibody) systemic administration and plasma exchange. ABO-incompatible blood type is no longer an absolute contraindication to liver transplantation. Also left-lobe grafting is a unique strategy for donor safety, while counterplans for small-for-size graft syndrome to reduce portal venous pressure have been very much explored in Japanese transplant centers.

Because of the potential risk for the living liver donor, only Asian countries which still have a limited number of organ donations after brain death have perfected the skill of living-donor liver transplantation and imaging modalities useful for preoperative vascular and biliary system simulation. Thus far, only one death of a living donor has been reported out of more than 6000 living-donor transplantations performed in Japan. We have adopted hybrid (Laparoscopic mobilization followed by open procedure) for even adult living donor hemi-hepatectomy.

SPLIT LIVER TRANSPLANTATION

Jiri Froněk, Kysela, Kocik, Libor Janousek, Tomas Marada

Background: Split liver transplantation (SLT) has got potential to help with organ shortage especially for small adults and pediatric recipients. Until 2013, these recipients used to wait for full size liver graft in the Czech Republic, only few received partial graft. Therefore mortality on the waiting list used to be relatively high. The systematic SLT program was introduced in January 2013; each deceased donor within criteria must be assessed for liver splitting.

Methods: Prospectively collected data of 470 whole liver and 111 SLT performed at our institution between 1/2013 and 12/2017 were compared.

Results: We performed 57 splits, of those 39 classical for child and adult, 18 full left/full right for 2 adults/children. All split procedures we performed in-situ. Median deceased donor age was 33 years (11-56). SLT received 111 patients, 2 grafts were not used for long cold ischemia, 1 graft was transplanted at another center. There was significantly higher biliary complication rate: 13.4% vs. 34.2 % ($p<0.001$), with 14 (12.61%) resection margin leaks, 21 (18.92%) anastomotic leaks and 8 (7.21%) anastomotic strictures, 20 (52.63%) re-operations and only 14 (12.6 %) re-transplants. There was no significant difference in early mortality: 2.77 % vs. 6.30 % ($p=0.066$) but mortality on waiting list decreased significantly: 8.72 vs. 3.61% ($p<0.001$).

Conclusions: At our institution, SLT program is used for all patients including pediatric, fulminant, re-transplants and ABOi. The rate of biliary complications is higher in comparison with whole liver group; majority of complications can be treated successfully without need for re-transplant and/or increased post-transplant mortality. Despite all the related difficulties split live program has helped to decrease mortality on the waiting list for both adult and pediatric recipients.

A HCC MODERN KEZELÉSE

András Csilla

DE KK Onkológiai Intéze

A HCC a világon a hatodik leggyakoribb daganat, a harmadik leggyakoribb daganatos halálozás, az incidencia növekszik. A májrákot okozó hepatitis B és C, az alkohol etiológiai szerepe mellett, újabb veszélyek fenyegetnek, mint a nyugati civilizációk betegségei az elhízás és a cukorbetegség. A hepatitis B elleni vakcináció, a hepatitis B és C vírus korai eradikációja, mint preventív lépések továbbra is fontosak.

Májsebész, hepatológus, onkológus, sugárterápiás szakorvos, intervenciós radiológus együttesen döntenek a betegek kezeléséről minden terápiaváltás előtt.

A kezelési terv felállításánál figyelembe vesszük a tumor méretét, tumor szoliter vagy multinoduláris voltát, a tumor elhelyezkedését. Döntő tényező, hogy van-e a májon kívül távoli áttét, van-e jelen érinvázió? A máj működésének felmérésére a mindennapi gyakorlatban a Child Pugh felosztást használjuk. Ezen kívül fontos a beteg általános állapota, életkora, a kísérő betegségei.

A korai stádiumban kuratív kezelések jönnek szóba, mint a műtét, transzplantáció és ablációs technikák. A transzarteriális kemoembolizáció (TACE) javasolt a BCLC B intermedier stádiumban levő betegek standard kezelésére többgócú, csak a májat érintő tumoros folyamat esetére. Amennyiben az előzetes lokoregionális kezelés nem volt eredményes, vagy ezekre a kezelésekre a beteg nem alkalmas, Magyarországon 2008 óta intermedier vagy előrehaladott BCLC B vagy C stádiumú HCC-ben a sorafenib (tirozin kináz gátló) terápia adható, CHILD –Pugh A stádiumban, megfelelő általános állapot mellett. Sorafenib kezelés mellett dokumentált progresszió esetében regorafenib (tirozin kináz gátló) kezelés igényelhető EMK formájában. A jövőben 5 új szerrel bővül a terápiás lehetőség (hatásmechanizmus: TKI, VEGF-gátló, immunterápia).

HEART TRANSPLANTATION IN RUSSIA - WHERE DO WE NOW

Maria Simonenko

Fifty years ago, the first human heart transplantation (HTx) was carried out in Cape Town (South Africa), and the first HTx in Russia followed 20 years later. On October 2018 there was about 1150 heart transplanted recipients in Russia.

According to National registry, in the end of 2017 it was developed 16 centres where recipients can be heart transplanted. Every centre has their own HTx waiting list (HTx WL) and follow-up patients after HTx by their own. In Russia in 2017 the total number of patients who were included in a HTx WL was 645 and 405 of them – during 2017. During 2017 42 patients died in a HTx WL. An average waiting time in a HTx WL was 2,6 yrs. In fact, 252 recipients underwent HTx during 2017, 3 of them were under 18 yrs-old. All patients were transplanted from adult donors due to our legislation allows heart transplantation only from donors over 18 yrs-old.

In January 2010 the first HTx was performed in Saint-Petersburg, on North-West of Russian Federation. It was the beginning of HTx programme in Almazov National Medical Research Centre. During 9 yrs about 200 patients were included in HTx WL, 39 of them died. From January 2010 to October 2018 it was performed 109 HTx (46,4±14,0 yrs-old; 79 – male, 30 – female), 5 of them were children (median of age – 15 (range 10-16) yrs-old, female). All patients were heart transplanted from adult donors (39,2±10,9 yrs-old), 51% (n=56) of them were older than 40 yrs-old. Our recipients spent 149 (range 1-770) days in a HTx WL. Biventricular assist devices (BiVAD) Berlin Heart “EXCOR” prior HTx were implanted in 11% of patients (n=8; mean age – 27±9 yrs; 5 – male, 3 – female; duration on support – 234±80 days). In our Centre the median of survival after HTx were 37,81 (range 0,20 – 100,55) months.

After HTx all patients were treated with triple-drug therapy (steroids, calcineurin inhibitors, mycophenolic acid/everolimus) and induction (basiliximab - 82% (n = 89), thymoglobulin - 19% (n = 20)).

In Almazov National Medical Research Centre we created a special programme to follow-up recipients in out-patient department. We follow-up them 24/7 and we provide dates of appointments, blood tests and other investigations to patients – 1 per month or more often. This helped us to prevent recipients from post-transplant complications, personalize their therapy and also this allows patients to be hospitalized less frequent for cardio examination or before progression of complications.

Moreover, we created post-graduate course in the field of heart transplantation and we are working on how to highlight heart transplantation in Russia and how to educate other doctors who are involved in this field or who can face to treat these patients.

In the Russian Federation there is a strong tendency to increase donors and to increase the number of organ transplants, and the number of transplant centers is also increasing. In recent years, the country has created prerequisites for the development of organ donation and transplantation: the regulatory and legal framework, public donation funding, material and technical base, etc. In the coming years, positive experience and organizational patterns of organ donation and transplantation from successful regions in other subjects of the Russian Federation for building effective programmes.

ÉRSEBÉSZET ÉS SZERVÁTÜLTETÉS EGYIK HATÁRTERÜLETE: HOMOGRAFTOK

Prof. Sótanyi Péter, Oláh Zoltán, Nagy Zsuzsanna, Szeberin Zoltán

Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Érsebészeti Tanszék, Budapest

Az ér- és szívbillentyű homograftok alkalmazása a szeptikus kórállapotokban és más szövethiánnyal járó károsodások esetén - autológ megoldás hiányában - gyakran az egyetlen biztonságos, és jó eredményeket adó alternatív megoldás a kardiovaszkuláris sebészetben.

A XX. század elején friss homograftokat kezdtek beültetni, melyek eltávolítva a donorból, maximum néhány napos tápoldatban történő tárolást követően kerültek felhasználásra. A homograftok tartós konzerválására számos olyan tartósítási technikát is megvizsgáltak, mint formalin, alkohol, etilén-oxid, béta-propiolactonát, ionizáló sugárzás, azonban a napi klinikai gyakorlatban csak a mélyfagyasztás (cryopreservatio) terjedt el. A Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinikáján (jelenleg Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika) 1997-ben, alakult meg az ország első Kardiovaszkuláris Homograft Bankja. Magyarország 2011-es Eurotransplant csatlakozása óta az éves donorjelentések és ezzel együtt a cadaverekből eltávolított és felhasznált homograftok száma is emelkedést mutat. A Közép-magyarországi régióban az elmúlt öt évben homograft donációk éves átlaga 19 volt. A donációk során átlagosan 5 homograftot került eltávolításra alkalmanként. Ez a mennyiség elegendő a klinikánk szeptikus érsebészeti tevékenységében jelentkező szükségletek kielégítésére.

A homograftokat leggyakrabban aorta és az ilio-femoro-poplitealis artériák rekonstrukciójához használunk fel. Ritkábban szívbillentyűk, coronáriák, zsigeri ágak, carotis pótlásánál alkalmazzuk. Korábbi klinikai vizsgálataink szerint a homograftok elsődleges és másodlagos nyitvamaradása, valamint az amputációs arány megfelel e nemzetközi eredményeknek. Saját anyagunkban a felhasznált erek közül az artériák nyitvamaradási aránya jobb volt a vénás homograftokénál. Az ABO kompatibilis homograftok beültetése hosszútávon nem járt jobb eredménnyel a nem ABO kompatibilis homograftokkal összehasonlítva.

A homograftok az érsebészetben alkalmazott érpótló anyagoknak fontos tagjai közt említhetőek meg és kiemelt szerepet töltenek be a szeptikus érsebészetben. Klinikánk hosszútávú célja egy olyan központi Homograft Bank létrehozása, mely országosan elérhetővé teszi a módszert az ér- és szívsebészet területén.

AZ INTERVENCIÓS RADIOLÓGIA SZEREPE A HASI SZERVEK ÁTÜLTETÉSÉBEN

Doros Attila, Bibok András, Deák Pál Ákos

emmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A hasi szervek transzplantációja kiemelkedő szerephez jut számos kórkép gyógyítása esetén. Az elmúlt évtizedekben robbanásszerű fejlődés ment végbe a transzplantáció kapcsán tevékenykedő szakmák mindegyikét érintően. A szervtranszplantáció sikerének kulcsa több szakma specialistáinak szoros együttműködése. A csapatmunka a teljes folyamatot végigkíséri, a megfelelő technikai és humán erőforrás-lehetőségek biztosításától a beültetett szervek és recipienseik lényegében élethosszig tartó gondozásáig.

A folyamat egyik fontos résztvevője a radiológia és az intervenciós radiológia. Az utóbbi lehetőségeit, szerepét foglaljuk össze a transzplantáció előtti és utáni kóros állapotok minimálisan invazív megoldásában. Erképleteken keresztül végzett – vascularis – és folyadékgyülemeket, epevezetéseket,

húgyvezetéseket érintő – nonvascularis – intervenciók mellett az intervenciós onkológia egyes lehetőségei is említésre kerülnek az összefoglalóban, a hazai tapasztalatok és a nemzetközi irodalom tükrében.

A NASH AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

Lengyel Gabriella

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

A nem alkoholos zsírmájbetegség és steatohepatitis a leggyakoribb krónikus májbetegség napjainkban, a XXI. század pandémiája. A májtranszplantációk indikációi között vezető helyre kerül a zsírmáj talaján kialakult végstádiumú májbetegség. Patomechanizmusa összetett. Az inzulin rezisztencia, a trigliceridekből származó lipid anyagcseretermékek (lipotoxicitás), a szervezet redox egyensúlyának felborulása, gyulladásoz folyamatok (endotoxinok, cytokinek), a bélflóra megváltozása (dysbiosis) és genetikai tényezők egyaránt szerepet játszanak a kórlefoyásban. Kezelés nélkül lipidfelhalmozódás és kötőszövetes átépülés jön létre nem alkoholos zsírmájbetegségben. A NASH diagnózisának arany standardja a májbiopszia, de számos vizsgálat folyik világszerte nem invazív diagnosztikus módszerek (biomarkerek, pontrendszerek, képalkotó eljárások) validálására. Evidencia alapú terápia jelenleg nem áll rendelkezésre. A betegség gyakorisága miatt egyre sürgetőbb olyan terápia megtaalálása, amelyeknek célpontja lehet mind a korai stádiumú, mind az előrehaladott májzsírosodás és kötőszövetes átépülés. Életmód változtatás (mediterrán étrend, testmozgás, testsúlycsökkenés), a szénhidrát- és zsíryanagcsere helyreállítása (inzulin érzékenyítő szerek: metformin, pioglitazon; statinok, fibrátok, omega-3 zsírsavak), antioxidánsok (E vitamin, N-acetyl-cystein, silymarin, béta-karotin) jelentik napjainkban az off label kezelési lehetőségeket. Speciális esetekben műtéti beavatkozások („barrier sebészet”) is szóba jönnek. Folyamatban levő klinikai vizsgálatok alapján a farnesoid X receptor (FXR) agonista Obeticholsav, a peroxiszóma-proliferátor-aktivált receptor (PPAR) agonista Elafibranor, a kettős chemokín receptor (CCR2+CCR5) antagonistá Genicriviroc, a lizil-oxidáz (LOXL2) és az apoptosís szignál reguláló kináz (ASK 1) gátló Simtuzumab és Selonsertib tűnik ígéretes farmakológiai terápiaának. A jövő lehetőségeit jelentik a szervezet redox háztartását, az immunfolyamatokat, a sejthalált, és a lipidfelhalmozódást befolyásoló szerek.

SZERVTRANSZPLANTÁCIÓ ÉS A HCV FERTŐZÉS

Gerlei Zsuzsanna

Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

2015-től a HCV fertőzés kezelése alapvető változáson ment keresztül. A direkt antivirális szerek (DAA) a vírus reprodukció különböző lépéseiben gátolják a virális protein szintézisét és néhány hetes kombinált kezelés után végleges gyógyulást eredményeznek. A vírus eliminálásához nincs szükség aktív immunválaszra. A különböző gyógyszerkombinációk a HCV genotípusának, a HCV fertőzés különböző stádiumának, a fibrózis mértékének, a vesefunkciónak megfelelően választhatók. Hatékonyságukat a több mint 95 %-ban elérhető vírusmentesség, biztonságosságukat az alacsony számú terápiamegszakítás bizonyítja. Mindezek alapján reálisnak tűnik az a WHO célkitűzés, hogy 2030-ra a világot HCV mentessé tegyük.

A sikeres DAA kezelés következménye, hogy a májtranszplantációs várólistán lévő, transzplantációra kerülő HCV PCR pozitív májcirrhosisos recipiensek száma jelentősen csökkent az elmúlt években és várhatóan a csökkenés tovább folytatódik. A már májtranszplantált recipiensek valamennyien megkapták a DAA kezelést vagy a kezelésük folyamatban van. A terápia hatékonysága 97%-os volt. A 3 % várhatóan sikeres ismételt kezelése már megkezdődött vagy közeljövőben várható.

A DAA kezelés lehetővé teszi az aHCV pozitív májdonorok esetén a donációt az aHCV pozitív és az aHCV negatív recipiensekben, amennyiben a hatékony DAA kezelés korlátozás nélkül rendelkezésre áll és a recipiens a megfelelő felvilágosítás után aláírta a beleegyező nyilatkozatot. A transzplantációt követően, HCV PCR pozitivitás esetén meg kell kezdeni a mielőbbi genotípusnak, vesefunkciónak megfelelő antivirális kezelést a gyógyszerinterakciók figyelembe vételével.

Egyre több közlemény számol be sikeres aHCV/PCR pozitív vese, tüdő, szív donációról is aHCV/PCR pozitív vagy negatív recipiensbe. Ennek a feltételei Magyarországon is adottak.

PREVENCIÓS ATTITÚD MA – VÉDŐOLTÁSSAL MEGELŐZHETŐ FERTŐZÉSEK ELLENI VÉDEKEZÉS GYAKORLATA SZERV TRANSZPLANTÁCIÓ ELŐTT ÉS UTÁN

Kulcsár Andrea

DPC Kórház Gyermekszakrendelő

A megfelelő útmutatót követő gyakorlat mellett az eredményességet leginkább befolyásoló tényezők:

- A preventív szemlélet hiánya (Epidemiológiai helyzetünk ismerete nélkül a valódi veszélyt nem érzékeljük.)

Helyzetkép a valóságban:

- gyermekek átoltottsága csökken, miközben **Európában kanyaró, rubeola járvány** zajlik. A **pertussis** visszatérőben van, a fiatal felnőttek és idős emberek védettsége csökkent. A gyermekek immunizációs programja csökkentette a **pneumococcus** infekció előfordulását, de a felnőttkori bakteriális pneumónia incidenciájára alig van indirekt hatása. Hazánkban több tízezer **bárányhimlőt** jelentenek évente.
- középkorú felnőttek zöme vagy még nem immunizált (HepB, rubeola, hepatitisz, pertussis, varicella) vagy az immunizációval kialakított védettsége lecsengett (nem protektív MMR, dTap)
- beteg állapota, immunszuppresszió és annak mértéke
 - A beteg rizikóállapotát súlyosbítják a társuló megbetegedések (COPD, IDDM, szív-, vesebetegség, hyposplenia, stb)
 - szervtranszplantáció előtti időszakban a betegek zöme hosszantartó krónikus betegség után gyenge általános állapotban, rossz immunválasz képességgel rendelkezik, akár immunrendszert befolyásoló kezelés nélkül (oltottsága nem jelent egyben védettséget)
 - az életkorral csökken a hatékony immunválasz kialakulásának esélye (pl:40 éves kor felettiek HepA és HepB oltás)

Szervtranszplantációra felkészítésnek része a védőoltással megelőzhető fertőzések szűrése

- szükséges a beteg védettségi felmérése (anamnézis, oltottság, szerostátusz),
- oltási terv készítése alkalmazkodva az epidemiológiai helyzethez, beteg állapotához és körülményeihez.
 - elengedhetetlen a házi orvos tájékoztatása és bevonása az immunizáció kivitelezésébe
 - a beteg mellett a család oltása is szükséges (cocooning)

Financiális tényezők jelentősen korlátozzák a prevenció gyakorlatot.

A beteg felmérése és a vakcináció jelentős anyagi vonzattal, az oltóanyagokra támogatás nincs. (Az ingyenesen felajánlott influenza elleni oltást leszámítva)

Súlyosan immunsérült beteg nem oltható(konzultáció szükséges), thrombopénias (<40 G/l) nem oltható, tartósan antikoagulált beteg oltható (INR 2-3)

- Védőoltással megelőzhető fertőzések elleni védetség felmérése MINDEN betegnél. Szerostátusz: HAVlgG, HBsAg, HBcIg, antiHBs VZVlgG, Morbilli IgG MumpsIlgG Rubeola IgG (Ha kórelőzményben BIZTOS átvészelttség szerepel, ellenőrzés nem szükséges. Ha oltott, akkor oltás utáni védetség ellenőrzése szükséges)
- Fiatal felnőttek és középkorú páciensek, akiknek általánosságban a védőoltással kialakított védetségük kétséges, tehát fertőzésre fogékonyak lehetnek, felmérés után oltási tervet kapnak, ha oltható állapotban vannak, oltást kapnak. Oltás után védetség ellenőrzése szöbajön.
- Minden beteg:
 - dpt-IPV (Boostrix Polio)
 - pneumococcus (Prevenar 13 és 2 hónap múlva Pneumovax 23)
 - influenza (SPLIT vakcina preferált Vaxigrip Tetra)
- Javasolható, életkor függő életvitel függő:
 - meningococcus (< 25 év) (Menveo vagy Nimenrix + Trumenba vagy Bexsero)
 - HPV (Gardasil 9)
- Szerostátusz alapján
 - hepatitisz A,B (HepA: Havrix 1440,Avaxim 160 HepB: Engerix B, HepA+B : Twinrix) – (1985 után születettek HepB oltottak, de oltottság nem jelent egyben biztos védetségét. Igazolt védetség: antiHBs> 10 IU/l)
 - MMR – immunstátusz és kezelés függvénye (Priorix, MMR Vax Pro)
 - Varicella – immunstátusz és kezelés függvénye(Varilrix,Varivax)

Listán és immunssuppresszió mellett nem adható: MMR,VZV oltás, mert élő kórokozó tartalmú.

Transzplantáció után stabil grafftal megkezdett oltási sor folytatható.

ÉLŐ kórokozó tartalmú oltás grafft megtartó kezelés mellett NEM adható.

KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK MULTIREZISZTENS KÓROKOZÓK OKOZTA FERTŐZÉSEK ESETÉN

Vitális Eszter

Az antibiotikum-rezisztencia megjelenése sokkal korábban nyúlik vissza az antibiotikumok megjelenésénél, ugyanakkor egyértelmű, hogy a nagy mértékű antibiotikum-használat jelentős szelekciós nyomást gyakorol a patogénekre is, ezért egyre gyakrabban találkozhatunk multirezisztens (MDR) kórokozókval – elsősorban a kórházi környezetben, azon belül is leginkább az intenzív osztályokon.

Az infektológiai konzílium során e legelső (vagy „nulladik”) kérdés egy ilyen MDR baktérium esetén, hogy fertőzéssel vagy kolonizációval állunk-e szemben. Míg higiénés szempontból ugyanolyan intézkedések (pl. izoláció) szükségesek kolonizáció esetén is, kezelés csak fertőzés esetén javasolt.

Napjaink legjelentősebb MDR kórokozói az MRSA (meticillin-rezisztens *Staphylococcus aureus*) és a VRE (vancomycin rezisztens *Enterococcus*) a Gram-pozitívok közül, valamint a rezisztens Gram-negatívok: MECO (3. generációs cefalosporinokra nem érzékeny *Escherichia coli* – ESBL vagy AmpA-termelő), MKLE (ld. MECO, csak *Klebsiella pneumoniae*), CRKL (karbapenemekre nem érzékeny *K. pneumoniae*), MACI (carbapenemekre nem érzékeny *Acinetobacter*), MPAE (multirezisztens *Pseudomonas aeruginosa*) és MSTM (sumetrolimra nem érzékeny *Stenotrophomonas maltophilia*).

Terápiás lehetőségeink egyes esetekben megfelelőek: a Gram-pozitívok esetében például a Linezolid-rezisztencia még elenyésző, ugyanez érvényes a nemrég óta elérhető Tedizolid esetén is, és többnyire effektív a Tigecyclin is. Gram-negatív kórokozók esetén az ESBL-termelők ellen jól használhatóak a karbapenemek, MPAE és CRKL esetén célzottan adhatóak az új cefalosporin + béta-laktamáz gátló kombinációk (cetozolan-tazobactam és ceftazidim-avibactam), bár máris előfordulnak rezisztens törzsek.

Aggasztó azonban a növekvő colistin-rezisztencia, mert MACI esetében az új szerek hatástalanok, így nincs több lehetőségünk, ha elveszítjük a Colistin-érzékenységet. Ráadásul a colistin használatának több korlátja is van: a legtöbb szövetbe rosszul penetrál és nephrotoxikus is.

Összefoglalva: a MDR kórokozók által okozott fertőzések legtöbbször csak célzottan kezelhetők, az empirikus terápia során szinte lehetetlen minden szobajövő kórokozót lefedni. A célzott terápiát is korlátozza azonban a rendelkezésre álló gyógyszerek toxicitása, nehézkes szöveti penetrációja és az árak. Egy részük ráadásul csak egyedi importtal érhető el.

VIRÁLIS BETEGSÉGEK DIAGNOSZTIKÁJA

Prof. Kónya József

A vírusfertőzések fennállását célzott mikrobiológiai vizsgálatokkal lehet igazolni, nem létezik olyan általános tenyésztési lehetőség, mint a gennykeltő baktériumoknál. Az orvosi diagnosztikai igényeknek, időbeni követelményeknek szerológiai és nukleinsav kimutatáson alapuló módszerekkel lehet megfelelni, míg az epidemiológiai/közegészségügyi célú vizsgálatoknak részét képezi a vírusok- szintén célzott - tenyésztése is.

A vírusszerológiai módszerek többsége antivirális ellenanyagot mutat ki, de antigén kimutatáson alapuló vizsgálatok is szép számmal vannak. Az ellenanyag jól standardizált mintából, sérumból esetleg plazmából, liquorból mutatható ki, a fertőzés primer, átvészelt, aktív/nyugó jellegét az antivirális ellenanyag válasz IgG, IgM komponenseiből valamint aviditásából lehet megítélni. A virális antigén kimutatásához reprezentatív mintát kell venni a fertőzött anatómiai területről.

A virális nukleinsav kimutatáson alapuló vizsgálatoknak általában a diagnosztikus algoritmus progresszív szakaszában van helye és amegbízható eredménynek szintén feltétele a reprezentatív minta begyűjtése. A nukleinsav kimutatáson alapuló vizsgálatok lehetnek kvalitatívak és kvantitatívak. Az antivirális terápia célmolekuláinak megváltozása rezisztenciához vezethet, amelyet a kódoló gének nukleinsav szekvenálásával lehet kimutatni.

COMBINED AND SEQUENTIAL LIVER-KIDNEY TRANSPLANTATION IN CHILDREN

Prof. Ryszard Grenda

Department of Nephrology, Kidney Transplantation & Hypertension

The Children's Memorial Health Institute, Warsaw, Poland

Combined and sequential liver-kidney transplantation (CLKT and SLKT) is a definitive treatment in children with end-stage organ failure, including simultaneous transplantation of both organs taken from one donor or transplantation of one organ after another (kidney after liver or liver after kidney). There are three major groups of indications to these procedures: - end-stage failure of both organs; - need for transplanting liver as a source of lacking enzyme or specific regulator of the immune system in a patient with renal failure; and - secondary end-stage renal failure in liver transplant recipient (or liver failure in renal transplant recipient). These three clinical settings use distinct and disease-specific algorithms of qualification. The most common indications in children include primary hyperoxaluria type 1 (PH1) and autosomal recessive polycystic kidney disease (ARPKD), followed by liver diseases associated with occasional kidney failure. Availability of anti-C5a antibody (eculizumab) has limited the validity of CLKT in genetic atypical hemolytic uremic syndrome (aHUS) to the cases resistant to this drug. The liver procured from the same donor as renal graft (in CLKT) is immunologically protective for the kidney due to several mechanisms and therefore provides long-term rejection-free follow-up under relatively low exposure to maintenance immunosuppression. No such protection is observed in SLKT, when organs come from two donors, except uncommon cases of living donation of both organs. Once SLKT uses different donors, it is important to match HLA between sequentially transplanted organs. Overall long-term outcome in CLKT in terms of graft survival is good and not significantly different from isolated liver or kidney transplantation, however patient survival may be inferior due to complexity of this procedure, mainly in young children of low body size. This is also related to the center-effect, as combined transplantations performed by more experienced teams reveal better long-term results.

ÚJDONSÁGOK A GYERMEKKORI MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ TERÜLETÉN

Dezsőfi Antal

Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekklinika, Budapest

A gyermek májtranszplantáció az utóbbi 20 évben jelentős változásokon ment keresztül a rohamosan fejlődő transzplantációs sebészet, az immunsuppresszív szerek és a hosszú évek tapasztalatainak köszönhetően. Előadásunk célja a hazai gyermek májtranszplantáció aktuális helyzetének bemutatása, valamint néhány idevágó újdonság ismertetése.

A donorhiány általánosságban jellemző a transzplantáció területén, különösen igaz ez kissúlyú gyermekeknél, csecsemőknél, hiszen nem csak vércsoportazonosság, hanem megfelelő méretű graft is elvileg szükséges. Ennek a helyzetnek az orvoslására két lehetőség van: 1, a felnőtt méretű májak méretbeli csökkentése, 2, a vércsoport azonosságtól való eltérés.

1, Mivel „szerencsére” ritka a gyermekdonor, a parciális máj graft átültetés jelenti a megoldást. A felnőtt donormájak redukciója és splittelése, valamint az élődonor program jelenti a gyermekkori májátültetés alapjait. Split transzplantációnak nevezik azt az eljárást, melynek során mindkét máj részt beültetik. A nagyobbik jobb lebeny egy felnőtt, a kisebbik bal lebeny egy gyermeknek ültethető át, ezáltal egy májjal két beteg életét menthetjük meg. A split transzplantációnak létezik ex-situ és in-situ technikája is. Az eddigi legnagyobb esetszámot feldolgozó európai vizsgálat alapján a cadaver donorból származó bal lebeny átültetéssel bizonyítottan jó recipiens és graft túlélés érhető el. Az egyre gyakrabban végzett élő donoros májtranszplantáció szintén lehetőséget ad a várakozási idő lerövidítésére.

2, Az eddigi tapasztalatok alapján az élődonoros májtranszplantáció biztonságos és hatékony terápia a gyermekkori májelégtelenségben ABO-kompatibilis és inkompatibilis konstellációban egyaránt. Az utóbbi évek eredményei rámutattak arra, hogy az alacsony isoagglutinin titerrel rendelkező gyermekek esetében az ABO-kompatibilis és -inkompatibilis transzplantációval is hasonlóan jó túlélés érhető el.

Régóta zajlanak kísérletek az immunsuppresszió minimalizálására a hosszútávú kezelés mellékhatásainak kivédésére. Pilot vizsgálatok alapján gondosan kiválasztott betegcsoporton belül az immunsuppresszió biztonságosan elhagyhatónak bizonyult.

Eddigi adataink alapján elmondhatjuk, hogy a gyermekkori májtranszplantációk száma fokozatosan növekszik, különös tekintettel az utóbbi 15 évben. A gyermekkorban elvégzett májátültetések hosszú távú túlélési mutatói és a gyermekek életminősége biztatóak.

GYERMEKKORI VESETRANSZPLANTÁCIÓ AZ EUROTRANSZPLANT CSATLAKOZÁS ÓTA: 5 ÉV EREDMÉNYEI

Prof. Szabó Attila^{1,2}, Berta László¹, Sallay Péter¹, Kelen Kata¹, Pethő-Orosz Petronella¹,
Prof. Reusz György¹

¹ I. sz. Gyermekklinika, Budapest1

² MTA-SE Gyermekgyógyászati és Nephrologiai Kutatócsoport, Budapest2

Bevezetés: Magyarországon átlagosan 10 gyermek-vesetranszplantáció történik évente. A gyermekek döntő része Klinikánkon kerül gondozásába. A projekt során az I. sz. Gyermekklinikán, valamint a Transzplantációs Klinikán kezelt illetve gondozásba vett gyermekek adatait használva állítottuk fel a magyar gyermek vesetranszplantáció hosszú távú vizsgálatára szolgáló adatbázist a CERTAIN-regiszter keretein belül.

Célkitűzés: Az Eurotranszplant csatlakozás óta vesetranszplantáción átesett gyermekek adatainak részletes vizsgálata, fertőzések, szövödmények regisztrálása, a betegek szoros nyomon követése.

Módszerek: A követéses vizsgálat 2013-tól 2017-es év végéig valósult meg és az ez idő alatt transzplantált gyermekek adatait dolgoztuk fel. A kiválasztás feltétele volt, hogy az átültetés időpontjában a 20. életévét még nem töltötte be a páciens.

A gyermekeket a transzplantációt követően több időpontban vizsgáltuk: A transzplantáció előtt, a hazabocsátás előtt, majd 3-, 6-, 9- 12- hónappal a transzplantáció után, és ezt követően félévente.

Eredmények: 45 gyermek 46 veseátültetésére került sor, ebből 40 gyermek követése valósult meg, átlagosan a transzplantációtól számított 1,5 évig. 22 fiú és a 18 lány 10,75 éves korukra, 6 hónap átlagos várakozási idő után 30 cadaver-, illetve 11 élő donorból részesültek vesetranszplantációban. A hideg iszkémiás idő 10,41 óra volt, 6 esetben indult be késleltetetten a graft működése. 9 esetben történt rejekciós epizód. 3 graftvesztés és 1 exitus történt.

Ezen kívül rögzítettük minden gyermek alapbetegségét, a dialízis módját, idejét, gyógyszeres (indukciós terápia, immunszuppresszió, vérnyomáscsökkentők) kezeléseit, kórházi ápolásait, a transzplantációval járó infekciós és egyéb szövödményeket és számos, a nyomon követésben szerepet játszó laborparamétereket (donor információk, CMV, EBV státusz, donor specifikus antitestek).

Összefoglalás: A részletes adatgyűjtés egy pontosabb, szorosabb monitorizálást tesz lehetővé. Lehetőséget nyújt saját adataink részletes elemzésére, valamint a regiszteren keresztül azok összehasonlítására a nemzetközi adatokkal és eredményekkel, valamint alapját adja tudományos kérdésselvetések megválaszolásának.

KARDIOVASZKULÁRIS SZÖVŐDMÉNYEK SZERVTRANSZPLANTÁCIÓ ELŐTT ÉS UTÁN GYERMEKKORBAN

Prof. Reusz György, Bárczi Adrien, Dégi Arianna, Kis Éva, Cseprekál Orsolya
Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekklinika

A krónikus veseelégtelenség mintegy 3 nagyságrenddel növeli a szívérrendszeri halálozás kockázatát felnőttekben. Ez az összefüggés sajnos a gyermekkorban kialakuló veseelégtelenségre is igaz. A gyermekkoruk óta dialízis kezelésben részesülők érrendszere strukturális és funkcionális szempontból is életük második évtizedében a 70-80 éves átlag populációéhoz lesz hasonló.

A veseátültetés – megszüntetve az urémiás milieu és kiemelten a kalcium-foszfátanyagcsere negatív hatását – a kockázatot mintegy két nagyságrenddel csökkenti.

Az érrendszer állapota vizsgálható morfológiai módszerekkel (patológia, kalcium kimutatása szövettani metszetekben), illetve képalkotó eljárásokkal. Utóbbiakra építve több ún. kalcifikációs pontrendszert is kialakítottak. Hátrányuk a nem elhanyagolható sugárterhelés. Nem-invazív eljárás az intima-média vastagság mérése, mely paraméter számos a veseelégtelenségre jellemző metabolikus paraméterrel és a vérnyomással is korrelál. Az érfal funkcionális állapotára a vérnyomás (kiemelten a 24h-ás vérnyomásmonitorozás) illetve a pulzushullám terjedési sebesség utalhat. Mindezek a paraméterek jelzői, de bizonyos körülmények között prediktorai is lehetnek az érfal károsodásnak.

A fenti módszerek veseátültetés után – jelezhetik az érfali egészség helyreállítását. Hasznos eszközei lehetnek a betegek érfali állapotának és szívérrendszeri rizikójának beclésére.

VESETRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐ REKURRENS GLOMERULOPATHIÁK GYERMEKKORBAN

Szabó Tamás

Debreceni Egyetem ÁOK Gyermekgyógyászati Klinika

Az alapbetegség visszatérése vesetranszplantációt követően gyakori oka mind a korai graftvesztésnek, mind késői a graftelégtelenségnek gyermek-és felnőttkorban egyaránt. Az IgA-nephritis (IgAN) az egyik leggyakoribb primer glomerulonephritis, a becslült rekurrencia arány 13-53 %-ra tehető vese transzplantációt követően. A rekuráló gyermekkori esetekre jellemző a rapid betegségkezdet (HSN) és gyors progresszió. Az alapbetegség kiújulásának magas rizikója miatt egyes centrumokban a transzplantációt 2 év dialízisen töltött idő után végzik el. A gyermekkori nephrosis szindróma (NS) 8-10 %-át okozza fokális szegmentális glomerulosclerosis (FSGS), mely a „hagyományos”, első-vonalbeli szteroid kezelésre gyakran rezisztens (SRNS). A SRNS hátterében jelenleg 55 féle génmutáció ismert, mely mutációk nagy része valamilyen podocyita, slit-diaphragma fehérjét kódol, ahol a következményes strukturális/funkcionális károsodás proteinuriát, NS-t és idővel végstádiumú veseelégtelenséget okoz. A genetikai vizsgálattal negatív SRNS mögött általában immundiszfunkció feltételezhető, keringő permeabilitási faktorok jelenlétével. A transzplantációt követően a betegség visszatérésének aránya a nem genetikai formák esetén elhanyagolható. A magas rizikójú gyermek betegeknek az FSGS rekurrencia arány akár 60-70%-ot is elérheti. Ezen betegek kezelésére jelenleg nemzetközi gyakorlatban is többféle irányelv ismert. Javuló grafftúlélésről és tartós remisszióról számoltak be az esetek egy részében (20-70%), a konvencionális immunszuppresszív kezelést a perioperatív időszakban indított sorozat plazmaferézissel (PEX) és rituximab adásával, gyakran immunadszopcióval (IA) és olykor egyedi gyógyszerkombinációkkal kiegészítve. Mások megkérdőjelezzik a preventív terápiás próbálkozások hatékonyságát és csak ismétlődés esetén javasolják.

A fiatal korban jelentkező agresszív kezdetű, gyors progressziójú primer glomeruláris betegségek (FSGS, IgAN) esetén az individuálisan tervezett és vezetett immunszuppresszív-és egyéb terápiás beavatkozásoknak (PEX, IA, biológiai terápiák) és szövettani vizsgálatnak nagy jelentősége van a rekurrens betegség felismerésében és eredményes kezelésében.

AZ ELSŐ GYERMEK TÜDŐÁTÜLTETÉS BUDAPESTEN

Kovács Lajos

Semmelweis Egyetem I. számú Gyermekklinika, Gyermektüdőgyógyászati Osztály

Joel Cooper 1983-ban végezte az első sikeres tüdőtranszplantációt Torontóban. Ugyanennek a munkacsoportnak a nevéhez fűződik az első tüdőátültetés gyermekbetegben 1986-ban. Az 1990-es évektől a gyermekeken végzett tüdőátültetés világszerte bevezetésre került. Az International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) legfrissebb adatai szerint 2015-ben a világon több mint 4200 tüdőátültetést végeztek, ebből közel 100 volt gyermek.

A Bécsi Orvostudományi Egyetem Sebészeti Klinika Mellkassebészeti Osztálya 1989 novemberében végezte az első tüdőátültetést, és az intézmény mára a műtétszám, a felszereltség és a tapasztalatok alapján a világ egyik vezető tüdőtranszplantációs központjává vált, egyben közép- és kelet-európai regionális centrum. Szoros együttműködés alakult ki előbb a magyar mellkassebészek és a felnőtt, majd később a gyermektüdőgyógyászok, aneszteziológusok, patológusok, koordinátorok, műtőasszisztensek, gyógytornászok és a bécsi centrum között, így egységes elvek alapján végezzük a betegszelektációt, a transzplantációt megelőző kivizsgálást és az utókezelést is. A szervriadókat 2007 óta az Országos Vérellátó Szolgálat Szervkoordinációs Irodája (OVSZ SZKI) szervezi. A kooperáció eredményeképpen a magyar kormány támogatásával Budapesten is tüdőtranszplantációs központ létesült, az Országos Onkológiai Intézetben működő Semmelweis Egyetem, ÁOK Mellkassebészeti Klinikáján. 2015-ben végezték el Budapesten az első tüdőátültetést felnőtt betegben, azóta a felnőtt betegek többségének műtete itthon történik. 2018-ban sor került Magyarországon az első gyermek tüdőtranszplantációra. A tüdőátültetés gyermekkorban leggyakrabban cisztás fibrózis esetén válik szükségessé.

Az első Budapesten végzett gyermek tüdőtranszplantáció esetét, és az ide vezető utat ismertetjük.

MAGYAR TRANSZPLANTÁCIÓS TÁRSASÁG
XX. KONGRESSZUSA
AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉS

SZABAD ELŐADÁSOK
ÖSSZEFOGLALÓI

2018. november 21–24.
Debrecen, Kölcsey Központ
www.convetion.hu

AZ ÚT, A TELJES ÉRTÉKŰ VÉDELEMHEZ, AZ OPTIMÁLIS MPA DÓZISSAL KEZDŐDIK¹⁻⁶

Megelőzi
az akut
rejekciót¹⁻²

Egyenletes
terápiás hatást
biztosít³⁻⁶

12 év
tapasztalat a
transzplantáció-
ban*

Myfortic 180 mg és Myfortic 360 mg gyomornedv-ellenálló filmtabletta.

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

A hatályos „alkalmazási előírás” teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis/) honlapon.

A forgalomba hozatali engedély jogosultjának neve és elérhetősége: Novartis Hungária Kft., 1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47., telefonszáma: (+36 1) 457 6500

Termék	Termelői ár	Bruttó fogy. ár	TB támogatás	Beteg térítési díj
Myfortic 180 mg gyomornedv-ellenálló filmtabletta	34.999 Ft	39.405 Ft	39.105 Ft	300 Ft
Myfortic 360 mg gyomornedv-ellenálló filmtabletta	69.997 Ft	77.770 Ft	77.470 Ft	300 Ft

Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu honlapon található információkat.

Elérési útvonal: <http://www.neak.gov.hu>; szakmának; gyógyszer/gyse/gyógyfürdő; egészségügyi szakembereknek; publikus gyógyszer-törzs; végleges; Publikus gyógyszer-törzs – lakossági tájékoztató.

Hivatkozások: 1. Budde K, et al; Am J Transplant 2003; 4: 237-243. 2. Myfortic alkalmazási előírás. 3. Legendre C, et al; Transplant Proc. 2007; 39: 1386-1391. 4. Shehata et al; Transpl Int. 2009; 22: 821-830.

***A forgalomba hozatali engedély kiadása óta eltelt idő.**

 **NOVARTIS**

1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47.
Tel.: 457-6500 • Fax: 457-6600

HU1810913709 Lezárás dátuma: 2018.10.30.



mikofenolsa v

TÜDŐTRANSZPLANTÁLTAK UTÓGONDOZÁSA A SEMMELWEIS EGYETEM PULMONOLÓGIAI KLINIKÁJÁN: 10 ÉV EREDMÉNYEI

Prof. Müller Veronika, Eszes Noémi, Süttő Zoltán, Kováts Zsuzsanna, Kis Adrián, Nagy Attila, Vincze Krisztina, Lázár Zsófia, Prof. Losonczy György, Bohács Anikó
Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

A pulmonológiai végstádiumú beteg előkészítése tüdőtranszplantációra a tüdőgyógyászat egyik legnagyobb kihívása. A sebészi beavatkozás és perioperatív ellátást követő tüdőtranszplantátummal rendelkezők ellátás szintén kiemelt szakmai feladat, melyet felnőtt páciensek esetén 2008 óta végez a Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinikája.

2008-2018 között összesen 134 tüdőtranszplantált beteg került a Klinikára, ebből 4 esetben retranszplantáció után. Az esetek 31%-a cisztás fibrózis, 23%-a fibrotizáló tüdőbetegség, 25%-a krónikus obstruktív tüdőbetegség, 21% egyéb végstádiumú tüdőbetegség/retranszplantáció miatt került műtétre. A betegek átlag életkora $42,1 \pm 14,6$ év volt. A betegek 30,3%-át veszítettük eddig el, a túlélési mutatók hosszú távon is kiválóak.

A hazai tüdőtranszplantációs program eddigi eredményei kiválóak, ennek fenntartása és további javítása a cél a jövőben.

NAGYKORÚ SZÍVTRANSZPLANTÁLT FIATALOK INTEGRÁLÁSA, GONDOZÁSA

Füföp Angéla, Fényes Mihályné

Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest

Bevezetés: A hazai gyermekkori szívtranszplantációs program 2007-es elindulása óta 38 gyermek él új szívvel. A 18.életévüket betöltve, felnőtté válva, kikerülnek a gyermekorvosok és ápolók gondozásából és átkerülnek a felnőtt transzplantáltak csoportjába.

Esetismertetések: Az elmúlt években 7 fiatal került felnőttkori gondozásba, mindannyian stabil graft funkcióval. 3 esetben mozgáskorlátozottság áll fenn kísérő betegségként (osteosarcoma utáni protézis infekció miatti amputáció, neurológiai esemény utáni következmény, illetve nagy dózisú steroid okozta osteoporosis miatt). Specifikus transzplantációs utóbetegség (coronaria vasculopathia, veseelégtelenség, tumor, specifikus fertőzés) egyik fiatal felnőttnél sem volt kimutatható. A betegséggel, gyógyszereléssel, vizsgálatokkal kapcsolatos döntések rövid idő alatt a szülők felől saját döntési körbe kerültek. Néhány kontroll vizsgálatot követően már csak 4 fiatal kísért szülő. A krónikus gyermekkori betegségeknel tapasztalt késői önállóság kialakulását segíti, hogy a fiatalok döntően a felsőoktatásban tanulnak vagy ide felvételiznek. Az önálló életvitel, munkába állás/tanulás, sporttevékenység, családalapítás problémakörben a gondozó orvos mellett a transzplantációs nővér, szükség esetén pszichológus, illetve szociális munkás segíti kiemelten a transzplantált fiatal felnőtteket. Az előadás a nagykorúvá válás ezen problémáit elemzi a transzplantációs nővér szemével.

Összefoglalás: A szívtranszplantáció utáni élet kritikus szakaszát jelenti a serdülőkor, illetve a felnőttkori gondozásba történő átadás. A családi kötelem lazulása, az önálló életre való felkészülés nehézségei a transzplantált fiatal felnőttekben nagy kihívást jelent. Ezt az átmeneti időszakot a gondozó orvos-transzplantációs nővér-szociális munkás-pszichológus team segíti és támogatja.

SERDÜLŐKORI COMPLIANCE GYERMEKKORI SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓ UTÁN

Ablonczy László, Királyné Jene Katalin, Fülöp Angéla, Balogh Orsolya, Vilmányi Csaba
Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest

Bevezetés: Gyermekkori szolid szerv transzplantációt követően a serdülőkor önálló rizikófaktor jelent a rejekció és szervvesztés szempontjából. Retrospektív vizsgálattal elemeztük a non-compliance előfordulását beteganyagunkban.

Beteganyag: 2007 és 2017 között 39 gyermekkori szívtranszplantációt (htx) végeztünk (életkor a htx idején: 0-18 év, átl:8.5 év, testsúly:4.4-61.5 kg , átl:26.4 kg, fiú/lány:21/18). A transzplantált gyermekek 14-20 év közötti időszakát vizsgáltuk, minimum 1 évvel a htx után. Non-compliance-ként értékeltük az egyéb okkal nem magyarázható alacsony immunszuppressziós gyógyszer-szintet (tacrolimus <5 ng/ml) (1. faktor), az előre nem jelzett ambuláns megjelenés hiányát (2. faktor), bármilyen nyomonkövetéssel vizsgálat elutasítását (3. faktor), illetve ismert élvezeti szerek (elsősorban alkohol, dohányzás) használatát (4. faktor). Egyúttal vizsgáltuk a társadalmi beilleszkedés folyamatát. Eredmények: A vizsgálat betegcsoportban 9 gyermek felelt meg a bevonási kritériumoknak (7 lány/2 fiú). A htx itt átlagosan 14 éves korban történt (8-17 év), életkortól függően 3-6 év utógondozási adatait vizsgáltuk (14-20 közötti életszakasz). Több alkalommal (>2) előforduló, kifejezetten alacsony tacrolimus szint (<5 ng/ml) 3 betegben fordult elő. A 3 betegből 2 esetben átmeneti depresszió jellemezte ezt az időszakot. Ugyanezen 3 betegből 2 visszautasított ambuláns vizsgálatot, illetve kórházi felvételt (2 non-compliance „faktor” együttes jelenléte), mindkét betegnél a szülővel történő együttműködés sem volt lehetséges (szülői non-compliance). Dohányzás 2 esetben volt ismert, egyiknél több non-compliance faktor fordult elő (3 faktor együttes jelenléte), öt 20 éves korban hirtelen szívhalál következtében elveszítettük. Alkohol vagy drog használat egyik betegnél sem volt ismert. A non-compliance két betegnél átmenetileg bizonyult, a serdülőkor végét jellemezte. A vizsgált 9 betegből 3 még gyermekkori, 6 beteg már felnőtt gondozás alatt áll. A felnőttkori gondozásba történő átadás (transitio) sikeres volt, 4 beteg tanul vagy már diplomázott, 1 beteg dolgozik (1 exit).

Következtetések: A vizsgált non-compliance faktorok együttes (különösen 3 vagy 4 faktor) jelenléte serdülőkorban jelentős kockázatot jelent az utógondozás szempontjából. Az együttműködés hiánya egyúttal szülői szinten is megjelenhet. A serdülőkor, illetve a transitio nehézségei ellenére a transzplantációs gyermek- és felnőtt utógondozás jó kooperációját mutatja a magas szintű társadalmi beilleszkedés.

AZ EUROTRANSPLANT CSATLAKOZÁS HATÁSAI A MAGYARORSZÁGI GYERMEKSZÍVTRANSZPLANTÁCIÓS PROGRAMRA

Vilmányi Csaba, Prodán Zsolt, Székely Edgár, Ablonczy László

Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Gyermekszív Központ, Budapest

Bevezetés: A donorhiány világszerte egyre jelentősebb problémát jelent a transzplantációban. Egy relatív alacsony lélekszámmal rendelkező ország számára, mint hazánk, jelentős előnyökkel járhat egy nemzetközi donációs szervezethez való csatlakozás. Vizsgálatunk célja ezen előnyök feltérképezése a gyermekszív transzplantációs programra, transzplantációs adataink retrospektív elemzésével.

Betegek és módszer: Hazánkban a gyermekszív transzplantációs program indulása (2007) óta 39 gyermek esett át szívatültetésen. A nemek aránya 21 fiú/18 lány. A betegek átlagos kora a transzplantáció idején 8.3 év volt. Amennyiben Magyarország teljes jogú Eurotranszplant csatlakozása (2013.07.01) előtti (preET) és utáni (ET) periódust vizsgáljuk, két sok szempontból homogén csoportot kaphatunk, ahol a transzplantált betegek száma is hasonló 21/18. Ezen csoportok várólistán eltöltött idejét, a mechanikus keringéstámogatási igényét, illetve ennek hosszát vizsgáltuk retrospektíven. Vizsgáltuk továbbá a nagyobb földrajzi távolságok hideg ischaemiás időkre gyakorolt hatását. Testsúly és kor alapján alcsoportokat képeztünk, a legnagyobbat profitáló betegcsoport megtalálására. A statisztikai analízishez T tesztet alkalmaztunk.

Eredmények: Az összes betegre számított átlagos várakozási idő 109 napnak bizonyult. A csatlakozás előtti periódus betegeire vonatkoztatva ez az érték 117,6 nap, mely a csatlakozást követően szignifikánsan, 64,2 napra rövidült ($p: 0,005$). Mechanikus keringéstámogatásra bridge terápiaként mindkét periódusban 5 beteg szorult. A kezelés időtartama a csatlakozás előtti átlagos 89 napról, 35 napra csökkent ($p: 0,131$). Az átlagos ischaemiás idő 149,5 percről 218,8 percre nőtt, azonban ez az eltérés nem szignifikáns. A betegek testsúly (0-10 kg, 10-50 kg, +50 kg) szerinti alcsoportjaiban a legjelentősebb javulás a várólistán eltöltött idő szempontjából, a 10-50 kg-os súlycsoport esetén volt megfigyelhető, ahol a várólista csaknem 100 nappal rövidült (168-ról 69 napra. $p: 0,003$). Korcsoport szerinti (0-1, 1-5, 5-18 év) megoszlásban az 5 év feletti várólista idejében látható jelentős csökkenés 128 napról 44 napra ($p: 0,001$).

Összefoglalás: Az Eurotranszplant csatlakozásnak köszönhetően azonos transzplantációs aktivitás mellett jelentős csökkenés bizonyítható a várólista idők tekintetében. Azonos számú mechanikus keringéstámogatási igény mellett a terápia időtartamában csökkenési tendencia látszik. A nagyobb földrajzi távolságok miatt az ischaemiás idők nem szignifikáns emelkedése észlelhető. Az öt év feletti és a 10-50 kg közötti betegcsoport esetében a legjelentősebbek a különbségek.

FELNŐTT GUCH BETEGEK SZÍVTRANSZPLANTÁCIÓJÁNAK EREDMÉNYEI- EGY CENTRUM TAPASZTALATAI

Balla Patrícia, Bálint Olga Hajnalka, Szegedi Margit, Temesvári András, Ablonczy László, Prodán Zsolt, Mihályi Sándor, Takács Péter, Balogh Orsolya, Andréka Péter

Bevezetés: A GUCH (Grown-Up Congenital Heart Disease) betegek a felnőtt szívtranszplantációra kerülő páciensek egyre nagyobb hányadát teszik ki. Centrumunk adatait elemeztük a perioperatív morbiditásra és mortalitásra összpontosítva.

Módszer: 7 felnőtt GUCH beteg perioperatív és posztoperatív adatait hasonlítottuk össze (férfi / nő: 4/3, életkor: 19-60 év, átlag: 37,5 év, súly: 48-86 kg, átlag: 69,1 kg, GUCH csoport) 7 korban és nemben illesztett kardiomiopátiás beteggel (CM csoport). Az átlagos követési idő a HTX után 510 vs. 998 nap volt (GUCH vs CM csoport). A GUCH csoportban 5 beteg esett át mellkasi műtéten, (2 Fontan - 2 Fallot rekonstrukció, 1 Senning műtét) HTX előtt (vs 1 a CM csoportban). 2 betegnél nem volt szükséges szívsebészeti beavatkozás congenitálisan korrigált nagyértranszpozíció (ccTGA) miatt.

Eredmények: A várakozási idő szignifikánsan hosszabb volt a GUCH csoportban (113 vs 40 nap, $p < 0,001$). Nem volt különbség a teljes ischaemiás időben (215 vs 208 perc), annak ellenére, hogy további sebészeti beavatkozásokra volt szükség (tüdőág rekonstrukciója, a Fontan betegeknel a jobb vena cava újra csatlakoztatása). 6/7 GUCH betegnél történt reoperáció visszatérő posztoperatív vérzés miatt (a CM csoportban nem volt szükség újabb műtetre). A gépi lélegeztetés szignifikánsan hosszabb volt a GUCH csoportban (53 vs 7 nap).

A GUCH csoportban gyakrabban észleltek más korai posztoperatív szövődeményeket is, mint a vena cava stenosis, mely miatt több volt az intenzív osztályon eltöltött napok száma (66 vs 9 nap), és hosszabb a hazabocsájtásig eltelt idő (92 vs 35 nap) ($p < 0,0001$). Rejekció és késői infekció tekintetében nem volt szignifikáns különbség. 2/7 GUCH beteg a korai posztoperatív időszakban bekövetkezett visszatérő vérzés miatt halt meg, míg egy későbbi CMV fertőzés miatt. A kontroll csoportban nem volt halálozás.

Következtetések: A perioperatív vérzés volt a fő szövődmény a HTX során, amely a GUCH csoportban magasabb halálozási arányt okozott. A társbetegségek alapos transzplantáció előtti szűrése (különösen a májműködési zavar / coagulopathia) és a multidiszciplináris megközelítés csökkentheti a GUCH betegek posttranszplantációs szövődeményeit.

AZ EXTRACORPORALIS FOTOFEREZIS TERÁPIA FEHÉRVÉRSEJTEKRE KIFEJTETT HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA SZÍVTRANSZPLANTÁLT BETEGEK KÖRÉBEN

Teszák Tímea¹, Assabiny Alexandra¹, Király Ákos¹, Tarjányi Zoltán¹, Parázs Nóra¹, Szakál-Tóth Zsófia¹, Hartyánszky István¹, Szabolcs Zoltán¹, Fodor Anikó², Farkas Zita², Réti Marienn², Sax Balázs¹, Prof. Merkely Béla¹

¹ Semmelweis Egyetem Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Budapest

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

Bevezetés: Az extracorporalis fotoferezis (ECP) kezelést a szívtranszplantátum-kilöködés kezelésében több mint 25 éve alkalmazzák világszerte. Számos vizsgálat igazolta az ECP hatékonyságát standard hármass kombinációs immunsuppresszív gyógyszeres kezelés mellett a cardialis allograft rejekció kezelésében: ezt a tavalyi konferencián előadott saját adataink is megerősítik. Mindazonáltal csekély számú tanulmány foglalkozott az ECP fehérvérsejtekre (FVS) kifejtett hatásával. Az immunmoduláns hatások monitorozása nagy relevanciával bír az egzakt kezelési protokoll felállításában. Vizsgálatunk célja az ECP FVS-ekre kifejtett hatásának vizsgálata volt klinikánk beteganyagán.

Módszerek: Retrospektív vizsgálatunkban a Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinikán 2013 és 2018 között ECP-n átesett 11 szívtranszplantált beteg eredményeit tekintettük át. Hiányos adatok miatt végül 9 beteg esetében végeztük el a statisztikai elemzéseket. Jellemeztük az ECP előtt és után a perifériás vérben lévő FVS-ek – CD3+, CD4+, CD8+, CD19+, NK- és regulátoros T-sejtek (Treg) – fluoreszcencia aktivált sejtválogatás és analízis során mért abszolút értékét és arányát. A CD3 marker valamennyi, a CD4 a segítő- (Th), a CD8 a citotoxikus T-sejteken (Tc), míg a CD19 a B-sejteken található meg. A Th-sejtek citokintermelésük alapján lehetnek anti- vagy proinflammatorikus tulajdonságúak, a Tc-, B- és NK-sejtek a rejekció fenntartásában, míg a Treg-sejtek ennek terminálásában vesznek részt. Az értékeket átlag±szórás vagy medián(min-max) formában adtuk meg.

Eredmények: A páciensek a gyógyszeres kezelés mellett átlagosan 18(12-39) ECP-kezelésben részesültek, melyet átlagosan 155(20-3523) nappal a szívátültetést követően kezdtünk meg. A CD3+ és CD4+T-sejtek abszolút értéke és aránya a kezelés befejeztével szignifikáns növekedést mutatott (CD3+T-sejtek: 0,56 G/l±0,35 G/l vs. 0,81 G/l±0,46 G/l; p=0,024 és 6,04%±3,37% vs. 10,43%±6,12%; p=0,031; CD4+T-sejtek: 0,33 G/l±0,28 G/l vs. 0,50 G/l±0,40 G/l; p=0,034 és 3,34%±2,37% vs. 6,09%±3,80%; p=0,019). Az ECP befejeztét követően a Treg-sejtek aránya közel szignifikáns módon a kétszeresére nőtt (0,19%±0,23% vs. 0,37%±0,21%; p=0,072), míg a rejekció fenntartásában szerepet játszó Tc-, B- és NK-sejtszám a kezelés befejeztével nem mutatott szignifikáns változást.

Következtetések: Eredményeink a helper T-sejtcsalád antiinflammatorikus tulajdonságú szubpopulációjának előtérbe kerülésére utalnak az ECP során. Limitáló tényezőként a párhuzamosan adott immunsuppresszív terápia FVS-ekre kifejtett hatása és az alacsony esetszám említendő. A jövőben – az esetszám növelése mellett – a fotoferezis CD markerekre és citokinszintekre kifejtett hatásának további vizsgálata szükséges az immunmodulációs hatás pontosabb megértése céljából.

MŰSZÍV BEÜLTETÉST KÖVETŐ TRANSZPLANTÁCIÓ SORÁN KIALAKULT SÚLYOS VASOPLEGIA HOSSZÚ TÁVÚ REHABILITÁCIÓJA KLINIKÁNKNON

Paulikné Olchváry Anna, Kocsis Kornélia, Stefán Zita

Semmelweis Egyetem Városmajori Szív és Érgyógyászati Klinika, Budapest

A gyógyszeres terápiára nem reagáló végstádiumú szívelégtelenség kezelésére mind ez idáig egyetlen kuratív megoldás áll rendelkezésre a szívtranszplantáció (HTX). Erre azonban nem minden előrehaladott szívelégtelenségben szenvedő beteg alkalmas. Ahhoz, hogy a beteg stabil kardiorespiratórikus állapotban jusson el a beavatkozásig, szükség van átmeneti megoldásként rövidebb vagy hosszabb távú mechanikus keringéstámogató eszközökre.

Klinikánkon 2012-től napjainkig 31 LVAD (bal kamra támogató eszköz) beültetése történt. 5 év alatt ebből 10 betegnél vált indokoltá a szívtranszplantáció.

Esetünkben a magas pulmonális nyomás tette szükségessé a gyors beavatkozást, így abban az időben (2012.nov) kizárólag a Heart Mate I jöhetett szóba.

5 év elteltével a labor értékek eltérése pumpathrombosis veszélyére hívta fel a figyelmet. Ezt kezdetben gyógyszeresen próbálták uralni, de a beteg állapotának súlyosbodása miatt 2017 nyarán felmerült sürgősséggel a HTX listára való felkerülés. Ez perfektuálódott 2017 nov.20.-án.

Az előadásukban a szerzők ismertetik a Városmajori Ér- és Szívgyógyászati Klinikán kezelt páciensünk pre és postoperatív rehabilitációját.

A SIKERES VESETRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐEN AZ ÚJONNAN KIALAKÚLT DIABETES MELLITUS HATÁSA AZ AORTA TÁGULÉKONYSÁGÁNAK ROMLÁSÁRA

Borda Bernadett¹, Szederkényi Edit¹, Hódi Zoltán¹, Kormányos Árpád², Domsik Péter², Kalapos Anita², Prof. Lengyel Csaba³, Prof. Lázár György¹, Prof. Forster Tamás², Prof. Nemes Attila²

¹ Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Szeged

² Szegedi Tudományegyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ, Szeged

³ Szegedi Tudományegyetem I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Bevezetés: Sikeres vesetranszplantációt (KTx-t) követően a cardiovascularis betegségek a mortalitás legfőbb okai. A KTx-t követően kialakuló újonnan diabetes mellitus (NODM) a cardiovascularis események ismert rizikófaktora. Az emelkedett aorta merevség/tágulékenység a vaszkuláris diszfunkció egyik legkorábbi indikátora, fontos cardiovascularis rizikófaktor és a klinikai kimenetel prediktora. Emelkedett aorta merevség észlelhető NODM és krónikus veseelégtelenség fennállása esetén. Sikeres KTx-t követően 1 évvel az aorta merevségét/tágulékenységét jellemző paraméterek javulása figyelhető meg. A fenti tényeknek megfelelően joggal merülhet fel a kérdés, vajon van-e különbség az echokardiográfia során vizsgált, az aorta merevségét/tágulékenységét jellemző paraméterek értékében a sikeres KTx-t követően a NODM fennállásának függvényében.

Betegek és módszerek: A jelen tanulmányba 28 sikeres KTx-n átesett beteget vontunk be (48,2 ± 6,9 év, 13 férfi), közülük 8 betegnél alakult ki a transzplantációt követően DM. Eredményeiket 26 negatív egészséges értékeihez hasonlítottuk (53,4 ± 11,5 év, 11 férfi). Valamennyi esetben teljeskörű két-dimenziós Doppler echokardiográfiai vizsgálat és vérnyomásmérés történt a KTx-t követően hat hónapon belül. A rutin paramétereken túl az alábbi, az aorta merevségét/tágulékenységét jellemző paraméterek értékét számítottuk ki: aorta strain (AS), aorta stiffness index (ASI) és aorta distensibility (AD).

Eredmények: A rutin echokardiográfiai paraméterek lényeges eltérést nem mutattak a vizsgált csoportok között. A KTx-n átesett betegek AS (0,057 ± 0,032 vs. 0,092 ± 0,045, p<0,05), AD (1,83 ± 1,18 cm²/dynes 10⁻⁶ vs. 2,59 ± 1,23 cm²/dynes 10⁻⁶, p<0,05) és ASI (11,2 ± 6,1 vs. 6,7 ± 3,6, p<0,05) értékei lényeges eltérést mutattak a kontrollokéhoz képest. Az ASI értéke az NODM-KTx-s betegekben szignifikánsan magasabb volt a nem-NODM-KTx-s esetekhez képest (14,8 ± 7,6 vs. 9,7 ± 4,9, p<0,05), míg az AS (0,041 ± 0,019 vs. 0,063 ± 0,034, p=NS) és az AD (1,21 ± 0,56 cm²/dynes 10⁻⁶ vs. 2,08 ± 1,29 cm²/dynes 10⁻⁶, p=NS) tendenciózus eltéréseket mutatott.

Összefoglalás: A sikeres KTx-t követően kialakuló újonnan kialakult diabetes mellitus együtt jár az aorta tágulékenységének (további) romlásával.

PROTOTHECA WICKERHAMII. EGY RITKA KÓROKOZÓ COECUM TUMORT UTÁNZÓ EXTRÉM RITKA MANIFESZTÁCIÓJA ÉS SIKERES KEZELÉSE VESETRANSZPLANTÁLT BETEGBEN. AZ ELSŐ MAGYARORSZÁGI ESET

Telkes Gábor¹, Dezső Katalin², Doros Attila¹, Prof. Máthé Zoltán¹

¹ Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

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

Bevezetés: A Prototheca fajok ritka, ubkviter klorofill nélküli alga fajták, amelyek ismert állati kórokozók. Emberben igen ritkán, opportunista fertőzősként jelenhetnek meg, elsősorban immunszuppresszió mellett. Ez az infekció megjelenhet bőrön, disszeminált formában, és viszonylag gyakran olecranon bursitis formájában. Gasztrointesztinális fertőzősként két esetről számoltak be eddig, egyik sem transzplantált betegben.

Az alábbiakban egy vesetranszplantált beteg colon tumorát utánzó, sikerrel kezelt esetéről számolunk be.

Esetünk: Az obes férfi beteg 73 évesen esett át cadaver vesetranszplantáción, immunszuppressziója tacrolimus-mycophenolat-szteroid.

4 hónappal később ureter tip necrosis és stenosis miatt ureter rekonstrukció történt, melyet követően tályogképződés miatt reoperálni kellett.

3 évvel később hydronephrosis, postoperatív sérv miatt végeztünk műtétet. A 4. post.op. napon duodenum perforáció lépett fel, melyet Roux-Y kaccsal oldottunk meg, tápláló katéter jejunostoma behelyezése mellett.

Újabb 3 év elteltével, 80 évesen véres széklet miatt végzett colonoscopy coecum tumor gyanúját vetette fel. Szövettan nem igazolt malignitást, de a gyanút a CT vizsgálat is megerősítette, ezért jobb hemicolectomiát végeztünk. A részletes szövettani vizsgálat kizárta a malignitást, és végül igazolta a Prototheca wickerhamii fertőzés jelenlétét.

A beteg most 9 évvel a transzplantáció, és 2 évvel a colon resectio után jól van, vesefunkciója kiváló.

Megbeszélés: Az emberi protothecosis pathogeneze és számtalan biológiai aspektusa is tisztázatlan. Nem ismert az inkubációs idő, a fertőzést állatkísérletben csaknem lehetetlen reprodukálni, de összességében mind a patogenitást, mind a virulenciát alacsonynak tartják. Az irodalomban közölt esetek egy részében ez az algaféleség a kéz bőrének sérülése útján okozott fertőzést. Leírtak kórházi infekciókat is: centrális kanülhöz, Tenchoff-katéterhez, vagy sebészeti, elsősorban ortopédiai műtéthez kapcsolódókat. Kezelésében a gombákhoz hasonló biológiai viselkedés, és in vitro érzékenység alapján antimycotikus szereket is alkalmaznak. Legfontosabb azonban a teljes sebészi kimetszés, egyszerű drenálás nem elegendő.

Az irodalom eddig 12 transzplantált betegről tud, akik között a halálozás 75% volt.

Magyarországon transzplantált betegben eddig nem talákoztunk Protothecával, vastagbélben való megjelenése pedig az első közölt eset.

Sikerrel kezeltünk a korai agresszív műtétben látjuk.

MELLÉKPAJZSMIRIGY TÚLMŰKÖDÉS VESETRANSZPLANTÁCIÓ UTÁN. TÜNET VAGY OK?

Kovács Dávid Ágoston¹, Fedor Roland¹, Andrási Mónika¹, P. Szabó Réka¹, Illéssy Lóránt¹,
Barna Sándor², Nemes Balázs¹, Győry Ferenc¹

¹ Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar Sebészeti Intézet Vesetranszplantációs Tanszék, Debrecen

² Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar Scanomed Kft., Debrecen

Bevezetés:A krónikus vesekárosodáshoz gyakran társul a csontanyagcsere komplex zavara. A szekunder hyperparathyreosis javulása várható a transzplantációt követően, amennyiben a GFR normalizálódik, azonban a betegek egy részében a veseátültetést követően is perzisztál. Célul tűztük ki, hogy ismertetjük az Intézetünkben hyperparathyreosis miatt operált vesetranszplantált betegek eredményeit.

Betegek és Módszer: A DE KK Sebészeti Intézet Vesetranszplantációs Tanszéken 1051 vesetranszplantáció történt 1991-2017 között. Mindemellett 1996-2017 között összesen 558 beteget hyperparathyreosis, köztük 69 végstádiumú veseelégtelenségben szenvedő beteget operáltunk szekunder hyperparathyreosis miatt. 19 esetben végeztünk hyperparathyreosis miatt műtétet már vesetranszplantáción átesett beteg esetében. Az adatok elemzéséhez felhasználtuk Intézetünkben működő saját fejlesztésű dokumentációs rendszert is. Retrospektív analízist végeztünk.

Eredmények: 19 beteg esetében (10 férfi, 9 nő; átlag. életkor: 46±21-64 év) történt hyperparathyreosis miatt műtét már vesetranszplantáción átesett betegnél. A vesetranszplantáció és a mellékpajzsmirigy műtét között eltelt idő: 63,77 hónap (6-179 hónap). A preoperatív mért Ca²⁺: 2,54 ± 0,41 mmol/l, a PTH: 77,33 ± 64,29 pmol/l volt. A műtéti technika 6 esetben total parathyreoidectomy és autotranszplantáció, 3 esetben 7/8 (subtotal) parathyreoidectomy, 10 esetben selectiv parathyreoidectomy (3 esetben 3-, 2 esetben 2-, 5 esetben 1 mellékpajzsmirigy excisioja történt). A szövettani vizsgálat minden esetben benignus elváltozást jelzett (adenoma, hyperplasia). Szövődmények: 6 esetben hypocalcaemia (31,58%), 1 esetben átmeneti nervus laryngeus recurrens paresis (5,26%), 6 esetben recidíva (31,58%). Betegeink körében pathológiás fractura nem történt.

Összefoglalás: A hyperparathyreosis vesetranszplantációt megelőzően és azt követően is súlyos szövődmények forrása lehet, tekintve, hogy fokozza a mortalitást és a graft veszteséget. Emiatt is lényeges az lehetséges szövődmények prevenciója a rendszeres laboratóriumi monitorozás. A komplex, centrumszintű kezelés első lépése a gyógyszerek alkalmazása. A terápia refrakter és súlyos, szövődményes esetekben műtét választandó. Amennyiben a beteg veseátültetésre vár, érdemes még azt megelőzően elvégezni a műtétet. A sikeres terápia eléréshez szoros együttműködés szükséges az endokrinológus és nefrológus kollégákkal.

VESEÁTÜLTETÉS UTÁNI ANTITEST MEDIÁLTA REJECTIO (ABMR) A KÓRSZÖVETANI ELVÁLTOZÁSOK ÉS DSA ISMERETÉBEN

Patonai Attila¹, Gacsályi Ádám², Micsik Tamás², Szilvási Anikó³, Rempört Ádám¹, Prof. Máthé Zoltán¹

¹ Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

² Semmelweis Egyetem, I.sz.Pathológia és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

³ Országos Vérellátó Szolgálat, Transzplantációs Immungenetikai Laboratórium, Budapest

Bevezetés: Az utóbbi években veseátültetést követően kialakult graftdiszfunkciókat tekintve az antitest mediálta rejekció (ABMR) növekvő jelentőségű. A 2013-ban és 2015-ben megújított Banff-klasszifikáció az ABMR diagnosztikájával kiemelkedően foglalkozik. Az akut/krónikus ABMR hisztopathológiájának kritériumai az akut/krónikus antitest okozta szöveti károsodások, az antitest-antigén kapcsolat vascularis endothelen fellépő interakciójának igazolására és a donor specifikus antitestek (a-HLA-DSA) szerológiai kimutatására támaszkodnak.

Célunk 100 veseátültetett betegünk postoperative emelkedettnek talált donor specifikus antitest (a-HLA-DSA) eredményeinek és ezen betegek közül graft-diszfunkció esetében vett vesegraft biopsziák (n= 64) hisztopathológiai jellegzetességeinek összevetése volt.

Anyag és módszer: 100 xMAP Luminex módszerrel (single antigen class I-II.) emelkedettnek (MFI>1000) bizonyult szérum a-HLA-DSA értéket mutató veseátültetett betegtől származó vizsgálat eredményét értékeltük. A kapott fluorescens intenzitás (MFI) értékét tekintve vizsgált betegeinket két részre : MFI 1000-3000 →MFIL csoport és MFI> 3000 →MFIH csoportra osztottuk. A 63 biopszia szövettani mintát formalin-fixálás és paraffin-beágyazást követően hematoxylin-eosin(HE)-vel, speciális festésekkel és C4d/LCA(CD45) immunhisztokémiával vizsgáltuk. A szövettani diagnózisok felállításához a megújított Banff-2015 rendszert használtuk.

Eredmények: A 100 pozitív DSA beteg 78%-a volt 3000 MFI felett (=MFIH) – 22 %-ban 1000-3000 MFI közötti értéket (=MFIL) találtunk. Az szövettanilag igazolt aktív/ krónikus ABMR eseteink mindegyike - egy kivételével - az MFIH csoportba tartozott. (n=77) (98,7%) T-sejtes rejekciót (TCMR) az MFIH csoportban 12 esetben (63,1%), az MFIL csoportban 7 alkalommal (36,9 %) igazoltunk, kevert rejekció (ABMR+TCMR) 5 esetben (7,9 %) fordult elő, melyek mindegyike az MFIH csoportba tartozott. C4d pozitívást a biopsziák között 20 esetben (31,7%) észleltünk, ezek 95 %-a (19) volt az MFIH csoportban. Az ABMR estek 27,7 %-a (5) C4d negatívnak, a kevert (mixed) ABMR+TCMR esetek 100 %-a (5) C4d pozitívnak bizonyult. A C4d pozitív eseteink 84,2 %-a az MFIH csoportba sorolható.

Következtetés: A kevert jellegű rejekciók mindegyike és a krónikus/aktív ABMR esetek igen jelentős része (98,7%) a 3000 MFI feletti DSA értékkel társult. A C4d pozitívítás csak a biopsziák közel harmadában mutatkozott, ezek túlnyomó része ABMR-hez társult és MFIH csoportba tartozott. A C4d-IH vizsgálat hasznos jelzője az ABMR-nek. Jelentős a C4d negatív ABMR esetek száma, a DSA viszont ezekben az esetekben is magas (MFI>3000), így elengedhetetlen segítséget jelent az antitest mediálta rejekció diagnosztikájában.

DERMATO-MUCORMYCOSIS MÁJÁTÜLTETÉS UTÁN . . . 198 NAP INTENZÍV TERÁPIÁS ÁPOLÁSI VONATKOZÁSAI

Rengeiné Kiss Tímea, Szűcs-Péter Katalin, Puskásné Tóth Ibolya, Gaál Erika, Mándli Tamás, Fazakas János

Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A mucormycosis potenciálisan halálos fertőzés súlyosan immunhiányos, szervátültetett betegeknél, amely érintheti az rhinocerebrális régiót, a tüdőt, a gasztrointesztinális rendszert, a bőrt és a graftot egyaránt. Célkitűzésünk ismertetni mucosmycosisos máj retranszplantált betegünk 198 nap intenzív osztályos kezelés ápolási vonatkozásait különös tekintettel a negatív nyomás terápiára.

Esetismertetés: Cystás fibrózis miatt kezelt 29 éves férfibetegnél 2016-ban májtranszplantációra került sor. A posztoperatív szakban kialakult IPE, PNF majd progrediáló sokszervi elégtelenség miatt sürgősségi májvárólistára került és a posztoperatív 9. napon retranszplantációban részesült. A szupportív kezelés során 2/5 alkalommal Oxiris®/Cytosorb® adszorbcíó, 21 nap folyamatos veseépítő kezelés CVVH(DF), 45 nap keringéstámogatás, 128 nap lélegeztetés történt. A cystás fibrózis alapbetegség miatt folyamatos inhalatív terápia, gyógyszeres és eszközös váladék mobilizáció történt. Hemosztázisa folyamatos kontrollt és korrekciót igényelt. A komplex kezelés részeként célzott antibiotikus, antimycotikus terápiát és immunoglobulin terápiát végeztünk. A retranszplantációt követően észlelt háti, lumbális és inguinális tájéki mucormycosis a testfelszín 1/3-át érintette (0,7m²). A lokális kezelés részeként többszöri nekrektómia, 110 napig vákuum-asszisztált sebkezelés, valamint 2017-ben 140 nap után a bal csípőlapát körüli bőrterületről vett részvastagbőrrel a háti régió plasztikai sebészeti ellátására is sor került. A frissen fedett terület tehermentesítése céljából betegünket 3 hétig homokágyban ápoltuk. A mobilizációt a kiterjedt mucormycosisos, nekrotikus területek valamint a kialakult CIM (Critical Illness Myopathy) nehezítették. Ápolási tevékenységek tekintetében a májátültetettekre adaptált King's-TISS Score: a transzplantációk napján átlagon felüli 150/157 pontot érte el, amely a következő hetekben is csak lassan, mindösszesen ≥ 10 -15%-al csökkent. A beteg 198 nap intenzív osztályos kezelés után izomgyengeség miatt először rehabilitációra, majd otthonába távozhatott.

Következtetés: Dermato-mucormycosis során rendkívül rossz a gyógyulási hajlam egyrészt az etiológiai, és homeosztatikussá háttér valamint az immundeficit következtében, másrészt lokálisan a sebfelszín elégtelen szöveti oxigenizációja miatt. A komplex (immun)terápia mellett alkalmazott vákuum-asszisztált sebkezelés elősegítette a sebváladék elvezetését, csökkentette az ödémát, gyorsította a sebgógyulást. Májtranszplantált betegünk hosszadalmas ápolása példaértékű volt, amit a King's TISS Score lassú csökkenése és szinte mindvégig 1:1-es ápoló beteg arány is jellemez. A sikert nagymértékben befolyásolta a precedens értékű szakmai együttműködés a transzplantációs-team orvosai, ápolói, gyógytornászai és a társszakmák között.

VAN VISSZAÚT A PERZISZTÁLÓ SZEPSZISBŐL? AZ IMMUNMODULÁCIÓ ÚJ KONCEPCIÓJA MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ KAPCSÁN

Fazakas János, Illés Sándor, Mándli Tamás, Szabó Mónika, Szabó Tamás, Tózsér Gellért, Tóth Szabolcs, Smudla Anikó

Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A szepszis szervelegteleniséget okozó, fertőzésre adott diszregulált immunválasz. Szepszis kezelése korai fázisban döntően etiológiai és szupportív, de a késői fázisban, az immunégtelenség circulus vitiosusában kialakuló rekurrens fertőzések mellett, elsősorban patofiziológiai, melynek hiányában a mortalitás 60-70%. A neutropéniás immunszupprimált, illetve transzplantáltak esetén a mucormycosis 90-100%-os, a véráram gomba infekció 30-59%-os, Stenotrophomonas maltophilia pneumonia 43%-os mortalitással jár, együttes előfordulásuk esetén ennek aránya összeadódik nő.

Esztismertetés: Mucoviscidosis miatt kezelt 28 éves férfinél SBC miatt májátültetés, majd fulmináns májnekrózis miatt a posztoperatív 9. napon retranszplantáció történt szteroid, takrolimus, MMF immunszuppresszió mellett. ReOLTx után a háton, majd inguinálisan növekvő tendenciát mutató, mucormycosis következtében nekrotizáló fekély alakult ki érinvázióval, gombfonalakat tartalmazó artériás trombózissal, spondylodiscitissel. Emellett vancomycin rezisztens Enterococcus faecium, multirezisztens Stenotrophomonas maltophilia, Candida albicans, parapsilosis, dubliniensis, krusei, glabrata és Aspergillus fumigatus, illetve CMV infekció volt igazolható. Alacsony CD3+ szint és CD4/CD8 T limfocita arány mellett csökkent IgG, illetve C3 és C4 komplement szint volt kimutatható. Az alternatív komplement út diszregulációja és alacsony ADAMTS13 szint trombotikus mikroangiopátiát (TMA) igazolt.

Az „immune boost” első lépéseként citokin milió újra egyensúlyozása 2 alkalommal Oxiris, 5 alkalommal Cytosorb adszorbenssel történt. Ezt követően a csontvelő által, a neutropénia kezelésekként adott granulocita-kolónia stimuláló faktor hatására termelődött új fehérvérsejtek differenciálódását és funkcióját új plazma citokin környezet határozta meg. Amíg az új celluláris immunválasz effektív lett, addig a humorális immunválasz szupportálása immunglobulin és komplement adásával történt. A rejekció megelőzéshez az exogén immunszuppressziót végig az endogénhez kellett módosítani. 198 nap intenzív osztályos terápiát követően a beteget osztályra helyeztük.

Összefoglalás: A citokin moduláció adszorbens által új lehetőség nyílt a szepszishez kapcsolódó circulus vitiosus megszakítására, így a beteg a várható 100%-os mortalitás ellenére túlélte. Az új kezelési koncepció kulcs szavai: citokin milió, granulocita-kolónia stimuláló faktor, csontvelő, humorális immunválasz.

TEST ÉS LÉLEK: A VÉGSTÁDIUMÚ MÁJELÉGTELEN BETEGEK PSZICHOSZOCIÁLIS ÁLLAPOTA

Nyerges Ildikó, Fazakas János, Gerlei Zsuzsanna, Haboub-Sandil Anita, Smudla Anikó
Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Klinika, Budapest

Célkitűzés: A pszichoszociális tényezők a májelégtelen betegek életminőségén túl a szervátültetés sikerességét is befolyásolják. A felmérésünk célja a májátültetésre váró betegek pszichoszociális állapotának vizsgálata volt.

Módszer: A keresztmetszeti felmérés a várólistán lévő recipienseknél az életminőséget (SF-36), a vonásszorongás (STAI-T) és az állapotszorongás (STAI-S) megjelenését, a depresszió kockázatát (Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata, rBDI), az alvászavarok meglétét (Athén Insomnia Skála) vizsgálta a személyiség vonásokkal (Eysenck-féle Személyiség Kérdőív), a betegség megélésével (Betegségteher-index), illetve a személyes szociális háló meglétével (Caldwell-féle Társas Támogatás Kérdőív), illetve a kognitív funkciókkal (Mini-Mental teszt, MMSE) összefüggésében. Az adatelemzés SPSS 20.0-val történt.

Eredmények: A kérdőívek kitöltésekor a 36 nő és 22 férfi (átlagéletkor: 49 év) átlagosan 10 hónapja voltak várólistán. MMSE alapján enyhe hepatikus encefalopátia 2 betegnél volt. Klinikai szintű depresszió a résztvevők 28%-nál valószínűsíthető. A társadalom átlagához viszonyítva férfi recipiensek esetében nagyobb a szorongás és a depresszió kockázata, míg a női recipienseknél a depresszió rizikója emelkedett: STAI-T: ♂ 38,4/44,7 pont, ♀ 42,6/44,8 pont; STAI-S: ♂ 40,9/43,9 pont, ♀ 45,4/42,6 pont; rBDI: ♂ 7,1/16,9 pont, ♀ 8,5/12,7 pont. Ez a kockázat magasabb volt az idősebb (STAI-T: OR: 0,295, $p=0,025$; rBDI: OR: 0,256, $p=0,052$), introvertált és emocionálisan labilis recipiensek (STAI-T: OR: -0,503/0,843, $p=0,000$; STAI-S: OR: -0,370/0,737, $p<0,01$; rBDI: OR: -0,417/0,705, $p<0,001$) esetében, illetve azok esetében, aki környezetük segítségére kevésbé számíthattak (STAI-T: OR: -0,300, $p=0,022$; rBDI: OR: -0,341, $p=0,009$). Emellett a hospitalizáció, a társas kapcsolatok korlátozása révén (OR: -0,422; $p=0,011$), indukálhatja a szorongás és depresszió (STAI-T: OR: 0,312, $p=0,017$; rBDI: OR: 0,289, $p=0,028$) kialakulását. A dializált betegekhez képest a májvárólistán lévő recipiensek életminősége alacsonyabb a rosszabb fizikai teherbíróképességük miatt (47/39 pont). Alvászavar jelenléte esetén (27,6%) fokozta a szorongás és depresszió előfordulását (STAI-T: 54,7/40,9 pont, $p=0,000$; STAI-S: 49,6/40,7 pont, $p=0,004$; rBDI: 28,1/9,1 pont; $p=0,000$) igazolt alacsonyabb életminőség ($p<0,05$) mellett.

Következtetések: A várólistán lévő májelégtelen betegeknek a szorongás és a depresszió kiemelt jelentőségű, aluldiagnosztizált. A várólistára kerüléskor a rizikó faktorok, mint a férfi nem, az introvertált és emocionálisan labilisabb személyiségvonás, a hospitalizáció és az alacsony társas támogatottság felismerése, a kötelezően elkezdett pszichoterápia növelheti a szervátültetés sikerességét és rövidítheti a posztoperatív ellátás időtartamát, ezáltal javítva a recipiensek életminőségét.

TEST ÉS LÉLEK VÁLTOZÁSA: A MÁJBETEGEK PSZICHOSZOCIÁLIS ÁLLAPOTVÁLTOZÁSAI 6 HÓNAPPAL A TRANSZPLANTÁCIÓ UTÁN

Nyerges Ildikó, Fazakas János, Gerlei Zsuzsanna Habout-Sandil Anita, Smudla Anikó
Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés: A májtranszplantáció (Tx) az életminőség javítása mellett, mint major életesemény, a depresszió, szorongás fokozódásához, ezáltal a complainece romlásához vezethet. Felmérésünk célja a recipiensek pszichoszociális állapotváltozásának vizsgálata volt a várólistán mért értékéhez (T1) képest 6 hónappal a transzplantáció után (T2).

Módszer: Májátültetés után félévvel az életminőséget (SF-36), a vonásszorongás (STAI-T) és az állapotszorongás (STAI-S) megjelenését, a depresszió (Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata, rBDI) kockázatát, az alvászavarok (Athén Insomnia Skála) meglétét, illetve várólistán mért értékekhez viszonyított változását ($\Delta=(T2-T1)/\max \times 100$) vizsgáltuk a személyiség vonásokkal (Eysenck-féle Személyiség Kérdőív), a betegség megélésével (Betegségteher-index, BTI), illetve a személyes szociális háló meglétével (Caldwell- féle Társas Támogatás Kérdőív), illetve a kognitív funkciókkal (Mini-Mental teszt, MMSE) összefüggésében. Az adatelemzés SPSS 20.0-val történt.

Eredmények: A 11 nő és 6 férfi átlagéletkora 50 év volt. MMSE alapján preoperatív hepaticus encefalopátiájuk nem volt. Az 55 év felettiéknél (n=9) a szervátültetett állapotot kevésbé korlátozta a házastársi és családi, illetve a pihenést és a szociális kapcsolatokat (ΔBTI : -22,2% vs. +14,3%, $p=0,029$; -13,8% vs. +3% pont, $p=0,072$). Tx után csökkent a szorongásnak (STAI-T: 47 \rightarrow 40 pont, $p=0,004$; STAI-S: 45 \rightarrow 40 pont; $p=0,000$) és a depresszió (rBDI: 16 \rightarrow 9 pont; $p=0,008$) a mértéke, javult az életminőség (fizikai funkciók: 55 \rightarrow 71 pont, $p=0,037$; fizikai szerep: 42 \rightarrow 59 pont, $p=0,017$; érzelmi szerep: 49 \rightarrow 68 pont, $p=0,058$; társas kapcsolatban való részvétel: 64 \rightarrow 75 pont, NS; testi fájdalom: 64 \rightarrow 76 pont, NS; hangulat: 59 \rightarrow 74 pont, $p=0,016$; vitalitás: 50 \rightarrow 67 pont, $p=0,000$; általános egészségi állapot: 32 \rightarrow 66 pont, $p=0,000$). Míg Tx előtt 28%-nál, utána 17,7%-nál volt klinikai szintű depresszió valószínűsíthető. Az alvászavar előfordulási gyakorisága 29%-kal csökkent.

A szorongás és a depresszió csökkenésének, illetve az életminőség növekedésének mértékével arányosan nőtt az emocionális stabilitás ($\Delta STAI-T$: OR: 0,513, $p=0,035$; $\Delta STAI-S$: OR: 0,527, $p=0,030$; $\Delta rBDI$: OR: 0,720, $p=0,001$; Δ fizikai szerep: OR: -0,486, $p=0,048$; Δ érzelmi szerep: OR: -0,528, $p=0,029$; Δ társas kapcsolatban való részvétel: OR: -0,572, $p=0,016$; Δ testi fájdalom: OR: -0,584, $p=0,014$; Δ hangulat: OR: -0,576, $p=0,016$), elsősorban a magasabb végzettségűek körében (OR: -0,531, $p=0,028$). Ennek ellenére a recipiensek 54%-a úgy érezte Tx után, hogy kevésbé számíthat a környezete segítségére.

Következtetések: A májátültetés után az életminőség javulása, valamint a szorongás és a depresszió kockázatának csökkenése várható. Mindezek ellenére főleg a fiatalabb, kevésbé képzett betegek körében a pszichoszociális állapot romlása volt megfigyelhető, így az utánkövetés elengedhetetlen.

MÁJÁTÜLTETÉS TÖBBSZÖRÖS MÁJÁTTÉTET ADÓ NEUROENDOKRIN TUMOROK ESETÉN – EDDIGI TAPASZTALATAINK

Korda Dávid Ádám, Doros Attila, Gerlei Zsuzsanna, Piros László, Haboub-Sandil Anita, Mándli Tamás, Fazakas János, Deák Pál Ákos, Hartmann Erika, Offenbacher Éva, Kollár Attila, Kiss Gergely, Lénárd M. Zsuzsanna, Bibok András, Somogyi Dóra, Bodnár Anita, Farkas Ádám, Prof. Máthé Zoltán

Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A neuroendokrin tumorok kezelésében, főként diffúz májérintettség esetén, májtranszplantációval kedvezőbb eredmények érhetők el, mint konzervatív terápiával. Az ilyen indikációval transzplantált páciensek túlélési aránya a hepatocelluláris carcinoma miatt transzplantáltakéhoz hasonló. A tumor recidíva gyakorisága irodalmi adatok alapján 31,3% és 56,8% közé tehető, a recidívakockázat megfelelő betegszelekcióval csökkenthető. Célkitűzésünk az volt, hogy összegezzük a neuroendokrin tumorok májtranszplantációs kezelése terén szerzett eddigi tapasztalatainkat.

Módszerek: Retrospektív módon áttekintettük a Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján 2018. augusztus végéig májátültetésen átesett páciensek kórtörténetét. Ha a transzplantáció indikációja májártétet adó neuroendokrin tumor volt, meghatároztuk a primer tumor kiindulási helyét és felfedezésének időpontját. Regisztráltuk a májtranszplantáció idejét és az esetleges műtéti szövődményeket, áttekintettük az eltávolított máj szövettani vizsgálatának eredményeit, valamint számba vettük azokat az eseteket, amelyekben tumor recidíva igazolódott.

Eredmények: Klinikánkon összesen 10 májtranszplantáció történt májmetastasisokat adó neuroendokrin tumor miatt. A primer tumor 3 esetben a hasnyálmirigyből indult ki, 7 esetben gasztrointesztinális eredetű volt. A primer tumor felfedezése és a transzplantáció között eltelt idő átlagosan $49,7 \pm 21,5$ hónap volt. Korai posztoperatív szövődmény az esetek felében lépett fel: 2 esetben arteria hepatica trombózis, 1 esetben vérzés, 2 esetben epeúti szövődmény miatt történt reoperáció. Tumor recidíva 5 esetben igazolódott. Az eltávolított máj szövettani vizsgálata során megállapított Ki67 index 3 páciensnél haladta meg az 5%-ot, a későbbiekben mindegyiküknél tumor recidíva alakult ki. A páciensek közül hárman elhunytak, a többi páciens rendszeres radiológiai és laboratóriumi követés alatt áll.

Diszkusszió: Klinikánkon a májártétet adó neuroendokrin tumor miatt májtranszplantált páciensek körében a tumor recidíva arány a vizsgált időpontban 50% volt. A magasabb Ki67 index értékek magasabb recidívaarányal társultak, ami összhangban van más centrumok eredményeivel. A trombotikus szövődmények gyakoribb előfordulása a malignus alapbetegség miatti hiperkoagulabilitás következményének tekinthető, és különösen a korai posztoperatív időszakban fokozott figyelmet igényel.

VESETRANSZPLANTÁLT PÁCIENSEK SZÁJEGÉSZSÉGI VIZSGÁLATA

Schönfeld Bernadett¹, Bán Ágnes¹, Szakály Péter²

¹ Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar - Fogászati és Szájsebészeti Klinika, Pécs

² Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar - Sebészeti Klinika, Pécs

Bevezetés: A vesetranszplantáció széles körben elfogadott és sikeres kezelése a végstádiumú veseelégtelenségnek. Az alkalmazott immunszuppresszív terápia hajlamosít különböző szisztémás és szájüregi infekciók, daganatos folyamatok kialakulására. A különböző odontogén infekciók kontraindikálhatják a műtét elvégzését, diagnosztizálásuk elmaradása esetén a beteg életveszélyes szeptikus állapotba kerülhet és a transzplantált szerv kilökődéséhez vezethet.

Célkitűzés: Vesetranszplantált betegeink szájegészségének felmérése fogászati indexek segítségével, valamint kérdőíves adatfeldolgozással tájékozódni szájhigiénés szokásaikról, illetve szájüregi panaszaiukról.

Módszer: Részletes fogászati vizsgálat parodontológiai, cariológiai és protetikai szempontból, valamint fotódokumentáció 14 vesetranszplantált és 14 kontroll páciens esetében. 178 páciens által kitöltött saját szerkesztésű kérdőív adatait dolgoztuk fel. A statisztikai analízishez Chi-négyzet próbát és ANOVA tesztet végeztünk.

Eredmények: A kutatásunk során a nyálmenyiség szignifikáns csökkenése ($p < 0,001$), illetve a BOP érték szignifikáns emelkedése ($p = 0,002$) volt jellemző a vesetranszplantált betegeknél ($1,74 \pm 0,29$ ml) a kontroll csoporthoz képest ($5,39 \pm 0,31$ ml).

Gingiva hiperplázia a transzplantált páciensek 57,12%-ában alakult ki, mely 42,86 %-ban I-es, 14,26%-ban II-es stádiumú a Pernu által módosított gingiva hiperplázia index alapján. A kontroll csoport esetében nem alakult ki ínymegnagyobbodás.

Következtetések: Eredményeink alapján kimondhatjuk, hogy nem csak a szisztémás, hanem a szájüregi infekciók prevenciója és kezelése is döntő fontosságú, a graftvesztés, szepszis, illetve az ezek miatt bekövetkező halálozás megelőzésére. Felhívánánk a figyelmet arra, hogy már a transzplantáció előtt, a dialízis során szükséges elkezdni az odontogén gyulladások, valamint infekciók szűrését és kezelését.

A FOLYADÉKTEREK ÉS A HEMODINAMIKA VÁLTOZÁSÁNAK HATÁSA A VESETRANSZPLANTÁCIÓ UTÁNI DGF KIALAKULÁSÁRA

Smudla Anikó, Trimmel Dorothea, Fazakas János

Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés: A késve meginduló vesegraft működés (delayed graft function, DGF) homogén patológiai elváltozásokkal jár, multifaktoriális eredetű klinikai kórkép. Felmérésünk célja a veseátültetés során a perioperatív folyadékterek és az intraoperatív hemodinamikai változások DGF kialakulására gyakorolt szerepének vizsgálata volt klinikai gyakorlatunkban.

Módszer: A Semmelweis Egyetemen 2017-ben kadaver vesetranszplantált betegeknek (n=123) elemeztük a DGF kialakulását a donor adatokkal, a perioperatív folyadék forgalommal és a hemodinamikai paraméterekkel összefüggésben. Az adatelemzés SPSS 20.0-val történt.

Eredmények: A 66 férfi és 57 nő recipiens átlag életkora 54 év volt (22-79 év), 16%-uk CAPD, 83%-uk hemodialízis kezelés kapott. A 84,6%-ban primer, 13%-ban szekunder, 2,4%-ban terciér veseátültetés 22%-ában alakult ki DGF. A hideg és a meleg iszkémiás idő nem befolyásolta DGF kialakulását. Ha a HLA mismatch négy vagy több volt, kisebb volt a jól induló graftok aránya volt (11% vs. 27%; p=0,05).

A magasabb donor életkor (55 év vs. 49 év; p=0,041) és BMI (28 kg/m² vs. 26 kg/m²; p=0,058) mellett nagyobb arányban alakult ki DGF, de a Kidney Donor Risk Index-szel szignifikáns összefüggést igazolni nem tudtunk (1,6 vs. 1,4).

A recipiensek esetében is a 65 év feletti életkor (39% vs. 18%; p=0,02) és a 25kg/m²-nél magasabb BMI (25% vs. 16%) növelte a DGF kockázatát, amihez a diabetes mellitus (28% vs. 20%) és a krónikus hemodialízis (25% vs. 10%) is hozzáadódott.

Jobb restdiurézissel minél jobban kontrollálta a recipiens szervezete a folyadéktereket, annál kisebb volt az interdialitikus súlyingadozás és kevesebb DGF alakult ki (restdiurézissel: 0,58 ml/kg/óra vs. 0,38 ml/kg/óra, p=0,014; IDS: 2,2 kg vs. 2,6 kg, p=0,08). Ha a Tx napján hemodialízissel mesterségesen kontrolláltuk a folyadéktereket, csökkentve ezzel a szárazsúlyhoz viszonyított súlytöbbletet, a DGF kockázata is kisebb lett (HD: 28% vs. 41%; súlytöbblet: 1,1kg vs. 1,4kg).

DGF kialakulása megnőtt, ha a szervátültetés során a reperfüziókor és a műtét végén mért szisztolés vérnyomás abszolút értéke (reperfüzió: 125 Hgmm vs. 119 Hgmm, p=0,082; Tx vége: 145 Hgmm vs. 134 Hgmm, p=0,005) és kiindulási értékhez viszonyított változása magasabb volt (reperfüzió: +8,9 Hgmm vs. -10,6 Hgmm, p=0,049; Tx vége: +2,5 Hgmm vs. 21,2 Hgmm, p=0,05); ez endogén szimpatikotóniát jelez következményes neuroendokrin válasszal.

Mind az első 24 óra, mind az első hét folyadékgyenlege (3477ml vs. 2406ml, p=0,007; 7922ml vs. 2916ml; p=0,000) DGF esetén magasabb volt.

Következtetések: Nephrológiai, aneszteziológiai és immunológiai ellátás korszerűsítése csökkentheti a DGF előfordulását: kisebb interdialitikus súlyingadozás, kisebb neuroendokrin válasz és immunmodulációval kiegészített immunszuppresszió. A 2-3 liternél nagyobb folyadéktöbblet nem csökkenti a DGF előfordulását sem az első napon, sem az első héten.

DIABÉTESZ MELLITUSZ VESEÁTÜLTETÉS SORÁN. TAPASZTALATAINK

Biró Benjámin¹, P Szabó Réka¹, Illésy Lóránt¹, Szöllösi Gergő József², Nemes Balázs Áron¹

¹ Debreceni Egyetem, ÁOK Sebészeti Intézet, Szervtranszplantációs nem önálló Tanszék, Debrecen

² Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Debrecen

Bevezetés: A vesetranszplantációt megelőzően, illetve az után fellépő szénhidrátanyagcsere zavara komoly hatással lehet a beteg- és a graft túlélésére. Kutatásunk célja volt felmérni a veseátültetést megelőző diabetes mellitus (DM) prevalenciáját, a new-onset diabetes mellitus after transplantation (NODAT) incidenciáját, NODAT-ra hajlamosító tényezőket, a graftok és a betegek túlélését a Debrecenben transzplantáltak körében.

Módszer: 2013.január.1 és 2017.december 31. között végzett veseátültetések adatait elemeztük (n=229). Kizártuk a tanulmányunkból a fiatakorúakat, a többszörösen transzplantáltakat. Figyelembe véve a szakirodalmat a NODAT-tal kapcsolatban az öt év anyagából azokkal dolgoztunk tovább, akiket már legalább fél éve tudunk követni. Így egy 184 fős beteganyagot kaptunk. Az így vizsgált minta 17,9%-nál (n=33) alakult ki DM már a transzplantáció előtt (X csoport). 82,1%-nál (n=151) nem volt DM a veseátültetés megelőzően. (Y csoport). Az Y csoporton belül a betegek 8,6%-a (n=13) esetében alakult ki NODAT (Y1 csoport). 91,4%-nál (n=138) nem alakult ki cukorbetegség a megfigyelési intervallumon belül (Y2 csoport). Y2 csoportot vettük kontrollnak.

Eredmények: A NODAT (Y1 csoport) incidenciája 8,6% (n=13); ebből 61,5% (n=8) nő (p=0,064); átlagéletkor 55,9±7,6 év (p <0,05); átlagos BMI 28,2±4,3 kg/m² (p=0,710); átlagos követési idő 29,7±17,1 hónap (p=0,788). Y1 csoport 76,9%-a (n=10) részesült indukciós kezelésben (p=0,480). A NODAT 53,8%-át diagnosztizáltuk a transzplantációt követő harmadik hónapon belül. A minta 1 éves és 3 éves graft túlélése: 95,9%, 88,9%. A betegek 1 éves és 3 éves túlélése: 99,4%; 95,1%. Kaplan-Meier-féle analízis alapján nincs szignifikáns különbség X (DM) és Y2 (kontroll) csoportok graft (p=0,515) és betegtúlélése (p=0,772) között. Nincs szignifikáns különbség Y1 (NODAT) és Y2 (kontroll) csoportok graft (n=0,387) és betegtúlélése (p=0,611) között.

Következtetés: A betegek és a graft túlélésére a magas vércukorértékek nincsenek szignifikáns hatással. Klinikánkon ennek megfelelő kontrollja és adekvát kezelése észlelhető. Közvetve hatással lehet viszont a fertőzések (húgyúti) komplikációk kialakulásában.

AZ ÉRANASTOMOSISSAL KAPCSOLATOS SZÖVŐDMÉNYEK FELMÉRÉSE FELNŐTT CADAVERDONOROS VESERECIPIENSEK KÖRÉBEN

Eitler Katalin, Piros László, Huszty Gergely, Bihari László, Prof. Máthé Zoltán, Telkes Gábor
Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A vesetranszplantáció ritka és rossz prognózisú szövődményei az éranastomosisokkal kapcsolatosak. Előfordulásuk növelheti a recipiensek mortalitását, fellépésük a graft elvesztéséhez vezethet. Célunk volt felmérni az éranastomosisal kapcsolatos szövődmények előfordulását és hatását, kerestük a lehetséges befolyásoló tényezőket.

Betegek és módszer: A 2011-2016 között végzett 779 felnőtt, cadaverdonoros vesetranszplantáció eredményeit vizsgáltuk. Elemeztük a recipiensek és donorok korát, BMI-jét, a CIT időt, a handling time-ot, a műteti adatokat, a vesefunkciót, a graft és a recipiensek túlélését.

Eredmények: A rendelkezésre álló vesegraftok közül 1 artériás 84% (643), 2 artériás 13% (99), 3 artériás 2,6% (20) és 4 artériás 0,2 % (2) volt. Az artériás anastomosis 58%-ban az a. iliaca externára, 39%-ban a communisra került. Az esetek 94%-ában egy, 4%-ában kettő vénás anastomosis készült, legtöbbször, 90%-ban a v. iliaca externára, 6%-ban a communisra. Az artériás és a vénás anastomosis ideje is átlagosan 11 perc volt (átlagos műteti idő: 133 perc). Összesen 15 beteg (0,19%) esetén végeztünk az éranastomosis szövődménye miatt reoperációt. 8 esetben az artériás anastomosis thrombosisát találtuk, a többi esetben vénás thrombosis, az érképletek megcsavarodását, kinkingjét, csillapíthatatlan anastomosis vérzést találtunk. Graftectomia elvégzésére 12 esetben kényszerültünk, beteget nem veszítettünk el.

Az érszövődmények előfordulása nem mutatott szignifikáns összefüggést a recipiens és a donor korával, BMI-jével, a dialízisen töltött idővel. A hosszabb CIT-idő szignifikancia szint közeli összefüggést mutatott az érszövődmények előfordulásával ($p=0,09$).

A több artériás graftok esetében megnövekedik a műteti idő (1 artériás átlag 132 perc, 2 artériás: 138 perc, 3 artériás 144 perc, $p=0,0168$) és a handling time (1 artériás 40 perc, 2 artériás 49 perc, 3 artériás 49 perc, $p=0,000$). Az artériák száma ugyanakkor nem befolyásolta sem a thrombotikus ($p=0,61$), sem a vérzéses ($p=0,19$) szövődmények gyakoriságát. Nem találtunk összefüggést a vascularis szövődmények, és az anastomosis elkészítésének ideje között sem.

A több artéria megléte önmagában sem a graft- sem a recipiens túlélését, sem pedig a vesefunkciót nem befolyásolja.

Összegzés: Az éranastomosisal kapcsolatos szövődmények legtöbbször a vesetranszplantáció korai postoperatív szakában fellépő, a graft keringését rontó és gyakori graftvesztéssel járó események. Klinikánkon a vizsgált periódusban előfordulási arányuk a nemzetközi irodalomban fellelhető adatokhoz képest kevesebb. A gyors diagnózis és a korai reoperáció ellenére a legtöbb esetben a vesegraft már nem menthető.

A több artériás vesék ugyanakkor kellő gondossággal mellett nem jelentenek extra kockázatot, és jó eredménnyel beültethetők.

SZOLID SZERVTRANSZPLANTÁLT BETEG ÜREGÁRNYÉKKAL

Bohács Anikó¹, Eszes Noémi¹, Agócs László², Mészáros László³, Rényi-Vámos Ferenc², Prof. Müller Veronika¹

¹ Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

² Semmelweis Egyetem, Mellkas Sebészeti Tanszék, Budapest

³ Országos Onkológiai Intézet, Mellkasebészeti Osztály, Budapest

A HBV fertőzés talaján kialakult májcirrhosis miatt májtranszplantált (Ltx) betegnél 10 évvel az LTx után repülőutat követően 10 nappal köhögés, száraz, majd produktív köhögés jelentkezett. Anamnézisében asthma bronchiale és parlagfű allergia és orális antidiabetikummal kezelt diabetes szerepelt. Tacrolimus intolerancia miatt a beteg mTOR inhibitor immunszuppresszív kezelésben részesült.

Orális antibiotikumokra nem reagdiáló, jobb felső lebenyi üregesedést mutató pulmonalis infiltratum tüdőgyógyászati kivizsgálása során azonnali hörgőtükrözés történt, illetve egyidejűleg Mantoux-próba, mely hypergiás lett, így antituberculoitikus kezelés is indult.

A hörgőszívadékból kis csíraszámban Aspergillus flavus tenyésztett ki, célzott a antimycotikus kezelés ellenére a pulmonalis elváltozás progrediált, így műtétre került sor.

Milyen infekció igazolódott? Hogyan alakult a beteg sorsa?

Az interaktív esetimertetés során betekintést nyerhet a szolid szervtranszplantált betegek tüdőinfekcióinak a kivizsgálás algoritmusába és terápiás modalitásaiba.

A több artériás vesék ugyanakkor kellő gondosság mellett nem jelentenek extra kockázatot, és jó eredménnyel beültethetők.



Hosszú távú védelem – jó kezekben

- ▶ Bizonyított rövid- és hosszú távú hatékonyság¹⁻³
- ▶ Több mint 20 évnyi tapasztalat a transzplantációban

Sandimmun Neoral 10 mg, 25 mg, 50 mg és 100 mg lágy kapszula. Sandimmun Neoral 100mg/ml belsőleges oldat.
Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

A hatályos „alkalmazási előírás” teljes szövegét megtalálja az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (www.ogyei.gov.hu/ gyógyszeradatbázis/) honlapon.

A forgalomba hozatali engedély jogosultjának neve és elérhetősége: Novartis Hungária Kft., 1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47., telefonszáma: (+36 1) 457 6500

Termék	Termelői ár	Bruttó fogy. ár	TB támogatás	Beteg térítési díj
SANDIMMUN NEORAL 10 MG KAPSZULA	4.650 Ft	6.014 Ft	5.714 Ft	300 Ft
SANDIMMUN NEORAL 25 MG KAPSZULA	9.687 Ft	11.658 Ft	11.358 Ft	300 Ft
SANDIMMUN NEORAL 50 MG KAPSZULA	18.870 Ft	21.725 Ft	21.425 Ft	300 Ft
SANDIMMUN NEORAL 100 MG KAPSZULA	35.774 Ft	40.255 Ft	39.955 Ft	300 Ft
Sandimmun Neoral 100mg/ml belsőleges oldat	35.774 Ft	40.255 Ft	39.955 Ft	300 Ft

Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu honlapon található információkat.

Elérési útvonal: <http://www.neak.gov.hu>; szakmának; gyógyszer/gyse/gyógyfürdő; egészségügyi szakembereknek; publikus gyógyszerterzs; végleges; Publikus gyógyszerterzs – lakossági tájékoztató.

Hivatkozások: 1. Kaplan B et al, J Am Soc Nephrol 2003; 14: 2980-2984. 2. Levy G et al, Liver Transplantation 2006; 12: 1464-1472. 3. Levy G et al. Liver Transplantation. Transplantation 2004; (11): 1632-1638

MAGYAR TRANSZPLANTÁCIÓS TÁRSASÁG
XX. KONGRESSZUSA
AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉS

POSZTEREK
ÖSSZEFOGLALÓI

2018. november 21–24.
Debrecen, Kölcsey Központ
www.convetion.hu

TÜDŐTRANSZPLANTÁCIÓT KÖVETŐ SZEPTIKUS MELLKASFALI KOMPLIKÁCIÓK KEZELÉSE

Wettstein Dániel¹, Farkas Attila^{2,3}, Kocsis Ákos^{2,3}, Kelemen Péter⁴, Agócs László^{2,3},
Mészáros László^{2,3}, Török Klára^{2,3}, Bogyó Levente^{2,3}, Radeckzy Péter^{2,3}, Ghimesy Áron^{2,3},
Gieszer Balázs^{2,3}, Rényi-Vámos Ferenc^{2,3,5}, Prof. Lang György^{2,3,5}

¹ Országos Onkológiai Intézet, Hasi Sebészeti Osztály, Budapest

² Országos Onkológiai Intézet, Mellkasebészeti Osztály, Budapest

³ Semmelweis Egyetem, Mellkasebészeti Klinika, Budapest

⁴ Országos Onkológiai Intézet Emlő és Lágyszövetsebészeti Osztály, Budapest

⁵ Klinische Abteilung für Thoraxchirurgie, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Bécs, Ausztria

Tüdőtranszplantáció során a beteg számára legbiztonságosabb feltárás anterolaterális („clamshell”) thoracotomiából érhető el. Az alternatív eljárásokkal szemben (sternotomia, illetve bilaterális szekvenciális anterolaterális thoracotomia) ennek a feltárásnak gyakrabban előforduló szövődménye a különböző mértékű sebgyógyulási zavar, amelynek kialakulásában az immunszuppresszív kezelés szisztémás hatása nem elhanyagolható szereppel bír. A mellkafali defektus méretétől függően szekvenciálisan alkalmazható konvencionális sebkezelés, negatív nyomású sebkezelés, resutura, illetve szükségessé válhat a mellkafali defektus plasztikai zárása. A lágyszövet plasztikával kombinált mellkafali rekonstrukció elfogadott módszer a kiterjedt mellkafali resectiok sebészetében, akár malignitás, infekció, irradiációs necrosis, kongenitális deformitás, vagy trauma miatt végzett műtétek során. Az alábbiakban egy 60 éves, progresszív COPD miatt tüdőtranszplantációban részesült, majd akut rejectio miatt steroid lökésterápiával kezelt, prolongált gépi lélegeztetésre szoruló beteg esetét ismertetjük. A „clamshell” thoracotomia egyoldali parasternalis, illetve sternalis szakaszának szekvenciális sebkezelésre refrakter szeptikus dysruptioja miatt plasztikai sebész bevonásával végeztünk latissimus dorsi musculocutan lebenyplasztikát. A nyelesített musculocutan lebenyt subcutan tunnelen keresztül forgattuk ventralis irányba. Ezt követően mind a mellkasi, mind a dorsalis sebek reactionmentesen gyógyultak, légző-, illetve mozgásszervi funkcionális kiesés nem volt tapasztalható. A tüdőtranszplantáció során biztonságos feltárást jelentő „clamshell” thoracotomia után fellépő sebgyógyulási zavar ellátása - ahogy a transzplantáció minden területe - multidiszciplináris szemléletet követel. A társszakmák közötti együttműködéssel sikeres gyógyulás érhető el komplikált esetekben is, ahol standardizált kezelési irányelvek még nem állnak rendelkezésre.

A KÉPZETT BETEG EDUKÁCIÓS PROGRAM TAPASZTALATAI SZERVÁTÜLTETETTEKNÉL

Grózli Csaba

Magyar Szervátültetettek Szövetsége, Budapest

Háttér: Az egészségügyi ellátórendszer egyik legnagyobb kihívása az alacsony egészségértés és a non-adherencia, amely az intézményen kívüli szürke zónában sokszor észrevétlen marad, anyagi terhei viszont óriásiak. A Health Literacy Survey (EU) kutatás eredményében Magyarországon kirívóan kevés a kitűnő és a második legmagasabb az elégtelen kompetencia kategória aránya a vizsgált 8 országban. Ennek folytatásaként a Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft. 2015-ben országos, 1008 fős reprezentatív mintán hasonló módon végzett vizsgálatának eredménye, hogy minden második embernél problémás az egészségértés Magyarországon.

Program és felmérés: A Magyar Szervátültetettek Szövetsége Képzett Beteg programja keretében 2015 óta tart 3 napos képzést elsősorban 1 éven belüli transzplantáltaknak. A program keretében orvosi, életmód és lelki egészség témakörében végzünk tematikus betegedukációt, orvos-beteg fórummal kiegészítve. Az eddig elért, közel 550 beteg és hozzátartozóból mintegy 250 résztvevő 2018-ban vett részt a képzésen, akiknél kérdőíves felmérést végeztünk a tanfolyam végén. A főbb pontok érintették az átültetés előtti és után kapott információk érthetőségét, a szedett gyógyszerek ismeretét, az influenza elleni beoltásra való hajlandóságot, továbbá a mozgáshoz, sporthoz és helyes étkezéshez való viszonyát. Felmérjük továbbá a betegséggel kapcsolatban használt elsődleges információk forrását és a főbb kommunikációs csatornákat.

Előzetes eredmények: A válaszadók csupán 33 % érzi úgy, hogy minden egészségügyi kérdésére megfelelő választ kap orvosától vagy eü. szakdolgozótól. A mozgást a válaszadók >90%-a fontosnak találja, de csak fele mozog hetente legalább 3x 30 percet, és >50% nem kapott megfelelő információt erről. Az influenza ellen például 30-50 % tervezi a beoltást az átültetett szervtől függően, de a hozzátartozóknál ez az érték rosszabb. Saját gyógyszereinek ismeretét, hogy mit, mire és hogyan kell szednie csak 2/3 tudta pontosan, többi jónak vagy közepesnek értékelte. Elsődleges információs forrásként magas a folyosói pletyka és az online csatornák szerepe.

Jövőbeli tervek: A felmérés a jövőben alkalmas lehet arra, hogy akár szerveként és régióként célzottan informálhassuk betegeinket, felmérjük az edukált vs. nem edukált betegek attitűdjét,

vagy akár országos felvilágosító kampányra is, mint például az influenza elleni védőoltás.

TRANSZPLANTÁCIÓ ÉS HIV

Lakatos Botond

Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Szent László Kórház, Budapest

A HIV világjárvány elmúlt három évtizedében mind a preventív megközelítésekben, mind a terápiában óriási változások álltak be. A kezdetben halálos megbetegedés, ma egy kiválóan karbantartható krónikus betegséggé szelődött. A HIV medicina fejlődése eredményeként a fertőzöttek várható átlagos élettartama összevethető a nem fertőzött személyekével. Ugyanakkor a krónikus társbetegségek aránya magasabb a nemhez és korhoz illesztett kontrollokhoz képest. Ennek hátterében a perzisztáló krónikus immunaktiváció és a gyógyszer okozta toxicitás is szerepet játszik. Mindezek a hatások számos esetben vezetnek egyes szervek, szervrendszerek elégtelen működéséhez. Kezdetben a HIV fertőzés szolid szerv átültetés kontraindikációját képezte. Jóllehet az eseteírások, majd a szaporodó retrospektív közlemények alapján egyre nagyobb tapasztalat gyűlt össze a téma kapcsán. Az utóbbi időben az irányelvek szerint a jó immunológiai státuszú, rendszeres kezelésben részesülő HIV fertőzött pácienseknél a transzplantáció nem ellenjavallt. Ugyanakkor a HIV fertőzött szerv transzplantált személyek menedzselésében számos kihívás merül fel (pl. gyógyszer-interakciók), melyek miatt az érintettek szoros gondozást és interdiszciplináris megközelítést igényelnek. Az előadásban az epidemiológiai és történeti áttekintés mellett az aktuális megközelítés és klinikai esetbemutatás is helyet kap.

AZ ÉJSZAKAI VESETRANSZPLANTÁCIÓ. A SZÜKSÉGES (?) ROSSZ (?)

Telkes Gábor, Eitler Katalin, Huszty Gergely, Bihari László, Lázár Norbert,
Szabó József Junior, Prof. Máthé Zoltán

Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: Az éjszaka vagy munkaidőn kívül végzett transzplantációk kockázatáról és szövődményrétájáról ellentmondásos irodalmi adatok állnak rendelkezésre, azt a sebészi közvélekedés magasabbnak tartja. Célunk volt saját adatainkban napszakok szerint értékelni a veseátültetés eredményeit.

Anyag és módszer: 2011-2016 között végzett 779 felnőtt cadaver vesetranszplantáció adatait elemeztük. A napot 3 részre osztottuk a műtét kezdése ideje szerint: 6-14h délelőtt, 14-22h délután, 22-06h között éjszaka. Összehasonlítottuk a 3 csoport donor és beteg adatait, műtési adatokat, a szövődmények arányát, a vese funkciót, graft és betegtúlélést.

Eredmények: Délelőtt történt a műtétek 24,2%-a, délután 45,9%-a, éjjel 29,9%-a. A három csoport donor (kor:50, BMI:26) és recipiens (kor:52,3, BMI: 26,3) adatai nem különböztek. Nem volt szignifikáns különbség a műtét hosszában (133 perc), a handling time-ban (41 perc), anastomosis időkbén (11 perc). Egyik csoportban sem volt jelentősen gyakoribb sem a DGF (25%), sem az akut rejekció (16%). Nem lépett fel több ureter (9,1%) vagy vascularis szövődmény (1,9%), sebgyógyulási zavar (3,7%), lymphocele (3,7%), hematoma (17,6%). Reoperációra sorban 13,9%, 12,4% 8,6%-ban volt szükség, $p=0,2$. Nem különbözött a választott ureter anastomosis típus, és a stent használatának gyakorisága sem. Nincs különbség a három csoport ápolási ideje (15,4 nap), vesefunkciós értékei, graft és betegtúlélése között sem.

Egyetlen paraméterben van szignifikáns eltérés, ez a hideg ischaemiás idő (CIT). Ennek átlaga nappal 15,5h, délután 14,4h, éjjel 14,5h, $p=0,0031$.

Megbeszélés: A transzplantációk időpontja általában nem megválasztható, és gyakran esik a délutáni éjszakai órákra. Az emberi természetes cirkadián ritmus alapvetően nappali aktivitást, és éjszakai pihenést jelent. Az éjszakai munkavégzés alacsonyabb hatékonyságú, több a hibázás. A műtétet végző személyzet fáradtsága, kimerültsége, csökkenő koncentrációképessége növelheti a műtési hibák valószínűségét is. A transzplantáció éjjelről reggelre halasztása ugyanakkor növeli a CIT időt, ami szintén szövődmények forrása. Eredményeink szerint az éjszakai műtétek nem jártak számottevő kockázattal a beteg számára, így a halasztás akkor elfogadható, ha az nem jelent érdemi CIT idő növekedést.

NULL BIOPSZIA CADAVER VESE TRANSZPLANTÁCIÓBAN – 5 ÉVES BETEGYAGUNK FELDOLGOZÁSA

Hódi Zoltán¹, Szederkényi Edit¹, Rokszin Richárd¹, Borda Bernadett¹, Prof. Kemény Éva²,
Prof. Iványi Béla²

¹ Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Szeged

² Szegedi Tudományegyetem Patológiai Intézet, Szeged

Bevezetés: A null biopszia a későbbi protokoll és indikált biopsziák elemzésekor az importált elváltozások megállapításához alapként szolgál. Prognosztikai értéke klinikai vizsgálatok alapján nem egyértelmű.

Célkitűzés: 1. Null biopsziás anyagunk elemzése az értékelhetőség szempontjából, core és ék biopszia összehasonlítása. 2. A talált hisztológiai eltérések elemzése.

Módszerek: Retrospektív elemzéssel gyűjtöttünk adatokat 5 éves anyagunkban: donor és recipiens demográfia, donor halál oka, mintavétel minősége, hisztológiai elemzés.

Eredmények: A vizsgált időszakban 231 cadaver vese transzplantációt végeztünk. 193 esetben végeztünk null biopsziát, az azonos donorból származó vesék két recipiensbe való beültetése esetében (n=35) csak az egyik veséből vettünk biopsziát. Emiatt összesen 228 recipienshez tartozik mintavétel. A 228 esetből 190 esetben (83,3%) volt értékelhető a biopsziás minta. A vizsgált időszakban módszertani változtatás történt a core biopsziák rossz találati aránya miatt. 2017-ben 33-ból 27 esetben (81,8%) történt ék biopszia. Ebben az évben 93,9%-ra nőtt a sikeres mintavételek aránya. A hisztológiai elemzés leggyakrabban hipertenzív eltéréseket talált (55,78%). Ép veseszövet 39,4 % ban került leírásra.

Következtetés: Null biopsziás gyakorlatunk a vizsgált időszakban megváltozott, a core biopszia mellett ék biopsziát is küldünk. A null biopszia szerepét továbbra is jelentősnek tartjuk a későbbi biopsziás leletek elemezhetősége szempontjából, szövődmények kezelésekor, illetve tudományos célból, annak ellenére, hogy null biopszia prognosztikai értéke irodalmi adatok alapján gyenge - közepesnek mondható.

SZPLENEKTÓMIÁT KÖVETŐEN KIALAKULT PANKREASZ FISZTULA SIKERES KEZELÉSE VESE TRANSZPLANTÁLT BETEGEN

Hódi Zoltán, Rokszin Richárd, Borda Bernadett, Prof. Lázár György, Szederkényi Edit
Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Szeged

Bevezetés: A pancreasz fisztula kialakulása a sürgős, életmentő szplenektomiák relatíve gyakori szövődménye, a pancreas farok sérülése hozza létre.

A vesetranszplantációt követő indukciós és fenntartó immunoszuppresszív kezelés következtében a sebgyógyulás folyamata károsodhat.

Esztismertetés: Egy 43 éves, hemodializált, policisztás vesebetegségben szenvedő betegünket élő donoros vese transzplantáció céljából vettük fel. A jobb fossa iliaca-ba ültettük be testvérenek bal veséjét. A sikeres transzplantációt követően a 7. posztoperatív napon jelentős hasi fájdalom, vérzéses sokk háttérében helyszíni UH vizsgálat haemascost igazolt. Sürgős laparotomia során a bal oldali jelentős méretű policisztás vese eltávolítását követően a berepedt lépét is kivettük. A szövettani vizsgálat a lép rupturáját valószínűsítette. A beteg átmeneti ITO kezelést követően osztályunkra került vissza, ahol a lépágyi drénen perzisztáló váladékozás háttérében labor vizsgálat pancreas fistulát igazolt.

Azonnal szubkután octreotid kezelést és parenteralis táplálást kezdtünk, majd naso-jejunális táplálásra tértünk át.

A fisztula hozama jelentősen csökkent, majd a váladékozás megszűnt. Képkötő vizsgálatok a lépágyban folyadékgyülemet igazoltak, melynek mérete csökkenést mutatott, majd megszűnt.

Következtetés: Korán megkezdett kombinált konzervatív terápia segítségével a vérzéses sokkot okozó spontán lépruptúra műtéti ellátása során kialakult pankreasz fisztulát sikeresen kezeltük frissen vesetranszplantált immunzupprimált betegünkön. Betegünket 6 hónappal a műtét után, protokoll biopsziával igazolt kilökődés kezelését követően stabil vesefunkcióval gondozzuk.

DE NOVO TRANSITIONALIS SEJTES TUMOR TRANSZPLANTÁLT VESÉBEN: EGY RITKA MALIGNITÁSI FORMA

Farkas Ádám Zoltán, Török Szilárd, Kovács János, Piros László, Végső Gyula, Kiss Gergely,
Korda Dávid Ádám, Bibok András, Hartmann Erika, Deák Pál Ákos, Doros Attila
Semmelweis Egyetem - Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A rosszindulatú daganatok előfordulása vesetranszplantációt követően három-ötszörösére emelkedik a normál populációhoz képest. Ennek fő oka a transzplantált betegekben alkalmazott immunszuppresszív kezelés. Vesetranszplantált páciensekben leggyakrabban limfoproliferatív megbetegedések és a bőr daganatai fordulnak elő, melyet gyakoriságban az urológiai tumorok követnek. Az urológiai tumorok legnagyobb része vesesejtes carcinoma, amely jellemzően a saját vesékben alakul ki, ugyanakkor urothel eredetű daganatok gyakoribb előfordulásáról is beszámoltak transzplantáltakban. A transitionalis sejtes carcinoma primer megjelenése vesegraftban irodalmi ritkaság.

Esetismertetés: A bemutatásra kerülő 63 éves tercier vesetranszplantált férfi akut felvételére haematuria és szérum kreatinin emelkedés miatt került sor. Az elvégzett ultrahang vizsgálat során a graftban üregrendszeri tágulat ábrázolódt, továbbá a pyelont részlegesen egy echoszegény képlet töltötte ki. A fokozódó pyelectasia miatt transzrenális drain (TRD) került behelyezésre. A TRD feltöltése során a pyelonban telődési hiány volt megfigyelhető a korábbi ultrahang vizsgálat során leírtaknak megfelelően. Az eltérés pontosabb megítélésének céljából kontrasztanyag-os ultrahang (CEUS) vizsgálatot végeztünk, melynek során az elváltozás élénk kontrasztanyag-halmozást mutatott. Malignitás gyanúja miatt biopsziás mintavétel történt, a szövettani vizsgálat high-grade transitionalis sejtes carcinomat igazolt. A staging CT-vizsgálat során nyirokcsomó-propagáció és távoli áttét nem ábrázolódt, a graft eltávolításra került, a páciens reguláris dialízis kezelésben részesül, az eddigi kontroll vizsgálatok alapján tumormentes.

Következtetések: A transzplantált vesében kialakuló transitionalis sejtes carcinoma irodalmi ritkaság. Immunszuprimált páciensekben a magasabb malignitási kockázat mellett a tumorok progressziója is gyorsabb, ezért a mielőbbi diagnózis és adekvát kezelés kiemelt fontosságú. Pyelontumor jelenlétére haematuria és fokozódó üregrendszeri tágulat hívhatja fel a figyelmet. Amennyiben ultrahang vizsgálat során a pyelonban szolid képlet ábrázolódik, a haematoma tumortól való elkülönítésére a CEUS jó vizsgálati alternatíva, mivel az ultrahangos kontrasztanyag nem károsítja a vesét.

MAGYAR TRANSZPLANTÁCIÓS TÁRSASÁG
XX. KONGRESSZUSA
AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉS

ÉLETRAJZOK

**A KONGRESSZUSRA MEGHÍVOTT KÜLFÖLDI ÉS MAGYAR ELŐADÓK,
KURZUSVEZETŐK, KERESZTAL TAGOK, TOVÁBBÁ A SZERVEZŐ ÉS TUDOMÁNYOS
BIZOTTSÁG TAGJAINAK RÖVID ÉLETRAJZAI**

2018. november 21–24.
Debrecen, Kölcsey Központ
www.convetion.hu

DR. ANDRÁS CSILLA

Általános orvosi diplomát a Marosvásárhelyi Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetemen szerzett 1986-ban, majd 1990-től a DOTE III. Belklinikáján dolgozott és szerzett belgyógyászati (1993) és klinikai onkológiai (1998) szakvizsgát. Az önálló Onkológiai Klinika alapító tagja 2001-től. Azóta dolgozik az Onkológiai Tanszéken, mint egyetemi adjunktus, tanszékvezető helyettes. 2007-ben PhD fokozatot szerzett. Számos klinikai vizsgálat társvizsgálójaként nagy tapasztalatra tett szert e téren is, elsősorban emésztőrendszeri (gyomor, máj, vastagbél stb.) vizsgálatokban. Tagja a Magyar Rákellenes Ligának, a Magyar Klinikai Onkológiai Társaságnak, a Magyar Onkológusok Társaságának és az ESMO-nak (European Society of Clinical Oncology).

BALTESOVÁ, TATIANA, MD, PHD

Tatiana Baltsová, MD, PhD. graduated from the Faculty of Medicine at Pavol Jozef Safarik University in Kosice in 1996. After completing specialization in pediatrics (1999) I have started to focus on patients with renal diseases. I gained the specialization in nephrology in 1999 and achieved PhD. degree in 2003. Since 2009 I work at the Department of Kidney Transplantation of L. Pasteur University Hospital in Kosice, Slovakia. I am a member of the board of Slovak Transplant Society.

PROF. DR. BALLA JÓZSEF

Diplomáját 1984-ben szerezte a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. 1989-ben belgyógyászatból, 1997-ben nephrologiából, 2007-ben sürgősségi orvostanból szakvizsgázott. 1997-ben PhD fokozatot szerzett, 2001-ben habilitált. A Magyar Nephrológiai Társaság alelnöke. 2015-ben megkapta a Magyar Érdemrend lovagkeresztjét is. Jelenleg a Debreceni Egyetem Belgyógyászati Klinika Nephrológiai Tanszékének vezetője, egyetemi tanár.

BARANSKI, ANDRZEJ GRZEGORZ, MD. PHD, FEBS

Andrzej Grzegorz Baranski MD. PhD, FEBS, completed his medical study in 1985 at the Medical University of Warsaw, Poland. As a surgical resident, in 1990 he defended under supervision of prof. Polanski his doctoral thesis in the field of experimental liver transplantation. As a physician and university lecturer associated with medical University of Warsaw, he extended his experience in the field of transplant surgery in Belgium, The Netherlands and USA. Since 1997 he has been working as a transplant surgeon at the Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands. In 2011 for merits in the field of organ procurement and transplantation he has obtained from Executive Committee and the Review Panel for Honorary Diplomas of the Division of Transplantation of

the European Union of Medical Specialists (UEMS) and the European Board of Surgery (EBS) - Honorary European Diploma in Transplantation Surgery (Modules 1: Multi-organ retrieval and 2: Kidney transplantation, 3: Pancreas transplantation and 4: Liver transplantation. Diploma was unanimously approved in Glasgow on the 7th of September 2011. Since that time he got the title of Fellow of the European Board of Surgery (FEBS). Dr Baranski is an author of numerous worldwide publications (books, cd-room, chapters, and articles) and member of prestigious scientific societies. He is also a chairman and program director of national and international courses in the field of abdominal surgical anatomy, surgical techniques, organ transplantation and procurement as well as inventor or co-inventor of many surgical techniques.

DR. BERECZKI CSABA

1989-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját Szegeden a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen. 1993-ban csecsemő és gyermekgyógyászat, 1996-ban nephrológus, 2011-ben pedig csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia szakvizsgát tett. 2002-ben PhD fokozatot szerzett, 2011-ben habilitált. 2018-ban klinikai farmakológia szakvizsgát tett. Jelenleg a Szegedi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinikájának tanszékvezető egyetemi docense, igazgatója. Kutatási területe a gyermek- és serdülőkori hypertonia, annak egyénre szabott kezelése. A Magyar Gyermekorvosok Társaságának vezetőségi tagja.

DR. BIRÓ PÉTER

Biró Péter matematikusként végzett a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen (2003), majd ugyanitt lett a matematika és számítástudományok doktora (2007). Kutatási területe a kooperatív játékelmélet, algoritmikus mechanizmus-tervezés, és ezeken belül is a párosítások elmélete. 2007-től három és fél éven keresztül volt a University of Glasgow kutatója, majd 2010 októberében csatlakozott a Közgazdaságtudományi Intézet játékelmélet kutatócsoportjához. 2014-ben egy évet Stanfordban töltött vendégprofesszorként, Al Roth meghívására. 2016 július 1.-én indult a Lendület Program által támogatott Piactervezés kutatócsoportja. Az elméleti kutatások mellett gyakorlati alkalmazásokban is közreműködött, így például az Egyesült Királyság vesecseré-programjában, a skóciai rezidensek allokációs programjában, vagy a magyar felsőoktatási felvételi rendszer pontszámítási eljárásában.

BÖHMIG, GEORG, MD

Georg Böhmig is Associate Professor of Medicine at the Division of Nephrology and Dialysis, Department of Medicine III, Medical University Vienna, Austria. He received his MD degree from the

University of Vienna in 1993. 1991-96 he was trained at the Vienna Institute of Immunology.

Since 1996, he is employed at the Division of Nephrology and Dialysis, where he obtained licences for Internal Medicine (2002), Nephrology

(2005) and Intensive Care Medicine (2011). Georg Böhmig has advanced to associate professor in 2002. Since 2003 he is coordinator of the Vienna kidney transplant wait list, the Vienna kidney paired donation program and ABO- and HLA antibody-incompatible kidney transplantation programs.

His published work includes more than 130 peer-reviewed journal articles with continuous focus on translational research in transplant immunology. Major research interests of his group (VIETAC; Vienna Transplant and Complement Lab; <http://www.meduniwien.ac.at/vietac>) cover diagnostic and therapeutic aspects of antibody-mediated organ allograft rejection. Current projects focus on novel strategies for ex-vivo monitoring of humoral alloresponses and evaluation of “anti-humoral” treatment strategies including apheresis (crossmatch conversion, ABO antibody depletion, rejection treatment), complement interference, IL-6 antagonism, or proteasome inhibition.

CORNO, VITTORIO

Academic Degree:

- M.D., University of Milan School of Medicine, Milan Italy (October 1984 - November 1991), graduated with maximum score (110/110 cum laude).
- University of Milan School of Medicine, Emergency Surgical Training Program (January 1993 - March 1994)
- University of Udine School of Medicine Department of Surgery: General Surgery training program (March 1994 - 1998) licensed with the score of 70/70 cum laude
- Master in Organ Transplantation Medicine (May 2003-May 2004) University of Milano Bicocca School of Medicine
- Honorary Diploma in Transplantation (Module 1 and 4) European Board of Surgery, Fellow of European Board of Surgery (FE.B.S.), September 2011

Research Appointments:

- November 1995-October 1996 Surgical Research Fellow at Department of Surgery Cedars Sinai Medical Center, UCLA School of Medicine (Chairman: AA Demetriou M.D., Ph.D, FACS) working on animal models of liver failure and hepatocytes transplantation and bioartificial liver support.
- 1995 – 1998 Bioartificial Hepatic Support. Realization of a system prototype. University of Udine School of Medicine.

Present Position:

From July 1st 2001 Attending Surgeon at Department of Surgery, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo. (ITALY)

Affiliations:

- ILTS International Liver Transplantation Society
- ESOT European Society for Organ Transplantation
- ELITA European Liver Intestine Transplant Association
- AISF Associazione Italiana Studio Fegato
- SITO Società Italiana Trapianti d'Organo

Fields of Interest:

Organ transplantation with particular interest in adult and paediatric liver transplantation both with whole size and split liver grafts. Lung transplantation, pancreas transplantation, paediatric intestinal and multivisceral, and kidney transplantation. Hepato-biliary-pancreatic surgery and laparoscopic surgery.

PROF. DR. DANK MAGDOLNA

Általános Orvostudományi Kar 1986 Semmelweis Orvostudományi Egyetem

Jogi szakleveles orvos: 2010 Eötvös Lóránt Tudományegyetem

Egészségügyi szakmenedzser: 2009 Szent István Egyetem

Mentálhigiéné: 1999 Kossuth Lajos Tudományegyetem

Szakvizsgák:

- Palliatív orvoslás - 2014
- Klinikai farmakológia - 2004
- Klinikai onkológia - 1993
- Belgyógyászati Szakvizsga - 1991

Tudományos fokozat:

- Egyetemi tanár - 2017
- Habilitált doktor - 2010
- Egyetemi doktor (PhD) - 2003.

Jelenleg a Semmelweis Egyetem Onkológiai Központ igazgatójaként dolgozik

DR. DEZSŐFI ANTAL

1995-ben végzett a SOTE Általános Orvostudományi Karán. 2000-ben csecsemő- és

gyermekgyógyászatból, 2003-ban gasztroenterológiából szerzett szakvizsgát. 2010-ben PhD fokozatot szerzett. Fő kutatási területe a gyermekhepatológia, a krónikus májbeteggek kivizsgálása és gondozása, májtranszplantációra való előkészítés és utógondozás. 2004 óta tagja a Magyar Transzplantációs Társaságnak, 2005-től a Magyar Gyermekgasztroenterológiai Társaság, a Magyar Transzplantációs Társaság és a Magyar Gasztroenterológiai Társaság vezetőségi tagja. A Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai és Hepatológiai Osztályának vezető egyetemi docense.

DR. DOROS ATTILA

1991-ben szerezte meg diplomáját a Semmelweis Egyetemen. 1995-ben tett radiológia szakvizsgát. 2010-ben PhD fokozatot szerzett. Fő érdeklődési területei az intervenciós radiológia a szervtranszplantációban, valamint az intervenciós onkológia. Egyetemi docens, a Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikája radiológiai osztályának, valamint a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara Képző Diagnosztikai, Analitikus és Orvostechnikai tanszékének vezetője.

DR. DÓZSA CSABA

Egyetemi docens, munkahelye a Miskolci Egyetem Elméleti Egészségtudományi és Egészségügyi szervező Intézeti Tanszéke. 1988 – 1994-ig a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Társadalomtudományi Karán tanult Társadalompolitikai Elemző-tervező és Szociológia Szakirányon. 1994 és 2005 között az Országos Egészségbiztosítási Pénztár dolgozója később főosztályvezetője, majd ellátási főigazgató helyettese volt. 1999-ben Barcelonában Egészség-gazdaságtani master diplomát szerzett. A 2003-ban alakult Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság alapító tagja, majd 2004 – 2006 között, 2011-12, valamint 2015-16 között elnöke volt. 2005 – 2006-ig az Egészségügyi Minisztérium közgazdasági majd, közgazdasági-ágazatfejlesztési helyettes államtitkára volt. Fő kutatási területei az egészségügyi szolgáltatások fejlesztése és finanszírozása, struktúraváltás az egészségügyben, egészségügyi szolgáltatók stratégiai menedzsmentje, valamint új egészségügyi eljárások költséghatékonysági elemzése.

EGUCHI, SUSUMU, PROF. M.D., PH.D., F.A.C.S., F.E.B.S.

Current appointment: Professor and Chairman

Education:

- Medical School
Nagasaki University School of Medicine, Nagasaki, Japan, Graduated in 1992

- Post-graduate School
Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Department of Surgery, PhD course, 4/1994-3/1998

Medical Training & Professional career:

- Nagasaki University Hospital, Department of Surgery II, 6/1992-4/1993
- Nagasaki Municipal Hospital, Department of Surgery, 11/1993-3/1994
- Cedars-Sinai Medical Center, Department of Surgery, Surgical Research, 6/1994-3/1997
- Nagasaki Memorial Hospital, Department of Surgery, 1/1999-3/1999
- National Tsushima Hospital, Department of Surgery, Chief 4/1999-1/2000
- Nakatsushima Hospital, Department of Surgery, Chief 2/2000-3/2000
- Prefectural Shimabara Onsen Hospital, Department of Surgery 4/2000-3/2001
- Groningen University Hospital, Department of Surgery,
- Liver Transplantation and Hepatobiliary Surgery Clinical fellow, 4/2003-3/2005
- Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Department of Surgery, Professor 1/2012 present
- Nagasaki University hospital, Deputy hospital director 10/2013-3/2016
- Nagasaki University hospital, International Medical Center director 4/2016-
- Guangzhou First Municipal People's Hospital, Visiting professor 8/2012-present
- Syzganovs' National Scientific Centre of Surgery, Almaty, Kazakhstan, Professor emeritus 2013-present
- The Second Affiliated Hospital to Nanchang University, Professor emeritus 8/2016-

Career position:

Editorial board

- Surgery Today (Associate editor, 2007-present)
- Hepatology Research (2008-present)
- Investigative Applied Medicine and Science (2009-present)
- Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Science (Associate editor, -present)
- International Journal of Clinical Oncology (2016-present)
- Surgery, Gastroenterology and Oncology (2018-present)
- Laparoscopic Surgery (2018-present)
- HPB (2018-present)

Certification:

- The Society for Testing English Proficiency (STEP) Practical English Skill, 1st degree Diploma
- Course for multi-organ procurement procedure, Leiden, The Netherlands (12/16, 2003)
- Fellow of American College of Surgeons (2007-)

- Fellow of European Board of Surgery (2010-)
- The European Diploma in Transplantation Surgery for Multi-organ retrieval and Liver Transplantation (2010-)
- Clinical instructor for foreign doctors, MOH (2012-)

DR. ELEK JENŐ

1980-ban a Szegedi Orvostudományi Egyetemen szerezte meg diplomáját. 1985-ben patológiából, 1990-ben pedig aneszteziológia és intenzív terápiából tett szakvizsgát. Az Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Klinika Aneszteziológiai és Központi Intenzív Terápiás Osztályának osztályvezető főorvosa, aki a 2015. december 12-én az első hazai tüdőtranszplantációt elvégző csapat tagja volt.

DR. FAZAKAS JÁNOS

1989-ben a Kolozsvári Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetemen szerezte meg orvosi diplomáját. 1994-ben aneszteziológia- és intenzív terápiás szakvizsgát tett. 2008-ban PhD fokozatot szerzett. Kutatási területe az aneszteziológia és intenzív terápia a szervtranszplantációban, hemodinamika, szepszis a szervtranszplantációban. A Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika egyetemi docense.

DR. FEDOR ROLAND

2002-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. 2008-ban szakvizsgázott sebészetből. 2014-ben PhD fokozatot szerzett. A Debreceni Egyetem Klinikai Központ Sebészeti Klinikáján dolgozik egyetemi adjunktusként. Érdeklődési területei az endokrin és transzplantációs sebészet.

PROF. DR. FÜLESDI BÉLA

1988-ban kapta meg orvosi diplomáját, majd 1992-ben neurológus, valamint 1995-ben aneszteziológus és intenzív terápiás szakvizsgákat tett. PhD fokozatát 1999-ben, MTA doktori címét 2005-ben szerezte meg, és 2006-ban egyetemi tanárrá nevezték ki. Úttörő szerepe volt az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszék megalakításában, amelynek 2003-tól tanszékvezetője lett. Amsterdamban, Bécsben, Toulouse-ban és Cambridge-ben szerzett nemzetközi tapasztalatokat. Számos hazai és nemzetközi szakmai társaság tagja. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Elnöke, III. sz. Doktori Bizottság titkára. Szerkesztői tevékenységet tölt be a Journal of Critical Care Medicine, az Aneszteziológia és Intenzív Terápia, valamint az Orvosi Hetilap című folyóiratokban.

DR. GAJDÁCSI JÓZSEF

2000-ben szerezte diplomáját a Szentgyörgyi Albert Orvostudományi Egyetemen. 2006-ban belgyógyászat, 2008-ban kardiológia, majd 2013-ban a egészségbiztosítás szakvizsgát szerzett. 2006-2007-ben az Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet tudományos munkatársa. 2007-ben az OEP Gyógyszerügyi Főosztályának transzparencia szakmai főosztályvezető-helyettese, majd 2007-2008-ban támogatáspolitikai főosztályvezető-helyettes. 2008-2011 között az OEP Elemzési, Orvosszakértői és Szakmai Ellenőrzési Főosztály főosztályvezetője, majd 2011-2015 között egészségügyi főigazgató helyettes. 2016-ban a budapesti Bajcsy Zsilinszky Kórház orvos igazgatója, majd még ugyanebben az évben az ÁEEK stratégiai főigazgató helyettesévé nevezik ki. Ezután az EMMI E.ü. Államtitkárságán az egészségbiztosítási működés felügyeletet látja el helyettes-államtitkári pozícióban. 2018 novembere óta a Semmelweis Egyetem Klinikai Központ Elnökségének főigazgatója. 2011-ben a Többletkapacitás Befogadási Bizottság elnöke, 2010 óta a (Gyógyszer) Technológiai Értékelő Bizottság elnöke, tagja a Magyar Kardiológusok Társaságának, az European Society of Cardiology-nak.

DR. GERLEI ZSUZSANNA

1984-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen, majd a László Kórház Központi Laboratóriumában kezdett dolgozni. 1990-ben belgyógyászatból, 1993-ban fertőző betegségekből tett szakvizsgát. 1996-tól 2014-ig HIV/AIDS betegek gondozásával foglalkozott. 2003-tól infektológus-belgyógyász-hepatológusként dolgozik a Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikán klinikai főorvosként. Feladata a májtranszplantációs várólistán lévő betegek ellenőrzése és a már májtranszplantáltak rendszeres komplex kezelése, gondozása

GREENDA, RYSZARD J., MD, PHD, PROFESSOR OF MEDICINE

Graduated as MD in 1980 in Warsaw Medical Academy,

Specialization:

Clinical transplantation, nephrology, pediatric nephrology and pediatrics

Professional affiliation and position:

Head; Department of Nephrology, Kidney Transplantation & Hypertension

The Children's Memorial Health Institute, Warsaw, Poland

Professional interest:

clinical transplantation, extracorporeal therapy (HD, plasmapheresis, MARS, CRRT), pediatric nephrology, ethics in renal replacement medicine.

Membership in medical associations:

- Polish Association of Pediatric Nephrology (1994-1996 – vice-president; in 2000 – 2003 and 2009-2012 – President); Polish Transplantation Society ; Polish Society of Nephrology
- International Pediatric Nephrology Association –IPNA; European Society for Pediatric Nephrology –ESPN (2005 – 2008 member of executive board; 2014 – Chair of Scientific Committee, Porto annual meeting); International Pediatric Transplantation Association – IPTA (member of Nominations Committee; 2009-2011)

Member of board in international journals:

- Pediatric Transplantation (renal transplant section)
- Pediatric Nephrology (transplantation)

Other:

Member of National Board of Transplantation (advisor to Minister of Health); Head of Ethics Committee (since 2009- current)

Teaching Experience:

- Senior lecturer in CME teaching courses
- Invited speaker in Polish and international congresses (IPTA, ESPN, IPNA)

Publications

Author/co-author of > 300 publications in international and/or Polish medical journals and > 50 chapters in nephrology and transplantation handbooks; co-editor of great Pediatrics (handbook; 2014 and 2018 ; Polish)

IFJ. DR. HARTYÁNSZKY ISTVÁN

1997-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a SOTE-n. 2005-ben szívsebészeti szakvizsgát tett. 2013-ban PhD fokozatot szerzett a Semmelweis Egyetemen. 2002-től a Magyar Transzplantációs Társaság tagja, 2016-tól az Eurotransplant Thoracic Advisory Committee tagja. 2011-től egyetemi docens és profilvezető szívsebész a Városmajori Szív-, és Érgyógyászati Klinikán.

HEMKE, ALINE

My name is Aline Hemke, I work as researcher for the Dutch Transplant Foundation (NTS).

In 2017 I finished my PhD thesis on the survival prediction of patients starting renal replacement therapy. Since then I have been involved in research of some of our national organ advisory committees, like the effect of interventions to decrease organ procurement times and the development of reports on lung and heart transplantation waiting list and outcomes. Further I

am co-leading a workpackage of the European EDITH project which is aimed at the development and implementation of a European Living Donor Follow-up registry, and I am involved in the Dutch Kidney Exchange Program (KEP) and the COST-ENCKEP project.

HILLER, VICTOR, PROFESSOR OF ECONOMICS

Position: Professor of Economics – University Paris II Panthéon-Assas

Affiliate researcher: LEMMA

Research interest: Development economics, behavioral economics, matching, organ allocation

Research grants:

ANR Grant for the proposal Kidney Paired Donation, 2017-2021

Recent publications:

- On the dynamics of gender differences in preferences, joint with T. Baudin, Oxford Economics Papers, forthcoming
- Self-control and the rise and fall of factory discipline, Journal of Development Economics, 133, pp 187-200 (2018)
- Cultural transmission and the evolution of gender roles, joint with T. Baudin, Mathematical Social Sciences, 84, pp 8-23 (2016)

PROF. DR. HUNYADY BÉLA

1986-ban szerezte meg általános orvosi diplomáját a Pécsi Orvostudományi Egyetemen. 1991-ben belgyógyász, 1998-ban gasztroenterológia majd 2000-ben klinikai farmakológia szakvizsgát tett. 1999-ban PhD fokozatot szerzett, 2000-ben a Pécsi Tudományegyetemen habilitált, majd 2003 óta a Magyar Tudományos Akadémia Doktora. Számos gasztroenterológiai szakmai társaság tagja és elnöke. 2013 óta osztályvezető főorvos a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Gasztroenterológia Osztályán, 2003 óta részállásban a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának I. sz. Belgyógyászati Klinikáján egyetemi tanár.

DR. HUSZTY GERGELY

2004-ben végzett a Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Karán summa cum laude minősítéssel. Orvosi tanulmányokat folytatott az Egyesült Államokban, Németországban és az Egyesült Királyságban. Sebészeti szakgyakorlatait a Semmelweis Egyetemen, a Szt. János Kórházban és Japánban végezte. Daganatellenes kísérletes kutatásaiért 2008-ban megkapta a Heidelbergi

Egyetem Doktori címét, 2010-ben a Semmelweis Egyetemen PhD fokozatot szerzett. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján dolgozik. Számos tudományos előadást tartott magyar, angol, német és japán nyelven; a Semmelweis Egyetemen sebészetet oktat magyarul és németül.

DR. KALMÁR NAGY KÁROLY

1980-ban szerzett általános orvosi diplomát a Szegedi Orvostudományi Egyetemen. 1993-tól vezeti a pécsi szervtranszplantációs programot. 1998-ban elvégezte az első hazai hasnyálmirigy-transzplantációt. A Magyar Transzplantációs Társaság korábbi elnöke, jelenleg vezetőségi tagja. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Transzplantációs Tagozat tagja.

DR. KÁRPÁTI ISTVÁN

1981-ben a Debreceni Orvostudományi Egyetemen szerezte meg orvosi diplomáját. 1986-ban belgyógyászat, 1991-ben nefrológia szakvizsgát tett. 2003-ban PhD fokozatot szerzett. Számos Tudományos társaság tagja, illetve vezetőségi tagja, többek között Magyar Nephrologiai Társaság, European Dialysis and Transplant Association, International Society of Nephrology. A DE Klinika Központ Belgyógyászati Intézet Nefrológiai Tanszékén egyetemi docensként dolgozik.

PROF. DR. KÓBORI LÁSZLÓ

1989-ben végzett a Semmelweis Egyetemen, 1993-ban sebészből, majd 2008-ban uniós transzplantációs sebészből tett szakvizsgát. 2004-ben szerzett Ph.D. fokozatot, majd 2009-ben med. habil címet. A „Fellow of the European Board of Surgery” és Fellow of the American College of Surgeons” címek birtokosa. Az általános sebészen kívül fő szakmai profilja a szervspecifikus sebészet, tápcsatorna-, máj-, epe-, hasnyálmirigy-, endokrin daganatok sebészete, májdaganatok multidiszciplináris kezelése, vese és májátültetés, parciális májátültetés, élődonoros, illetve gyermek vese- és májátültetés, szervátültetés marginális donorokból. Fő érdeklődési köre a máj sebészeti anatómiájának és gyógyszer metabolizáló képességének kutatása. 2013-tól a Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikájának egyetemi tanára. A Magyar Sebész Társaság és a Magyar Transzplantációs Társaság vezetőségi tagja

PROF. DR. KÓNYA JÓZSEF

1989-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. 1996-ban orvosi mikrobiológiából, 1998-ban klinikai laboratóriumi vizsgálatokból, 2002-ben pedig

molekuláris genetikai diagnosztikából szerzett szakvizsgát. 1998-ban PhD, 2017-ben MTA doktora fokozatot szerzett, 2005-ben habilitált. A Klinikai és járványügyi mikrobiológia szakmai kollégium tagja. Egyetemi tanár és a Debreceni Egyetem Mikrobiológiai Intézetének vezetője.

DR. KOVÁCS DÁVID ÁGOSTON

2007-ben szerzett általános orvosi diplomát a Debreceni Egyetemen. 2013 óta sebész szakorvos, 2017-ben PhD fokozatot szerzett. A European Society of Organ Transplantation YPT Committee alapító tagja (2012-2017), a Magyar Sebész Társaság FiSeSZ – vezetőségi tagja (2012-2014). Jelenleg a Debreceni Egyetem Sebészeti Intézetben dolgozik.

DR. KOVÁCS JÁNOS BALÁZS

1993-tól 18 éven át a Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikájának sebész munkatársa volt. Elsőként kezdte el a laparoszkópos, majd kézzel-asszisztált laparoszkópos élődonor nefrektómia végzését hazánkban. A technikát tökéletesítette, betanította a fiatalabb sebészeket. Elismert szakértője a laparoszkópos sebészeti beavatkozásoknak. Két alkalommal volt huzamosabb ideig külföldön, az Egyesült Államokban, illetve az Egyesült Királyságban. Európai szervtranszplantációs sebészet vizsgával rendelkezik (UEMS, European Board of Surgery). PhD fokozatát 2014-ben szerezte. 2013 óta a Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház és Rendelőintézet Sebészeti és Érsebészeti Osztályának osztályvezető főorvosa. Tagja a Magyar Transzplantációs Társaságnak, a Magyar Sebész Társaság Endoszkópos Szekciójának. A Magyar Sebész Társaság vezetőségi tagja.

DR. KOVÁCS LAJOS

1981-ben a Debreceni Orvostudományi Egyetemen szerezte meg diplomáját. 1985-ben Csecsemő és gyermekgyógyászatból, 1992-ben Gyermektüdőgyógyászatból, majd 2001-ben Allergológia és klinikai immunológiából szerzett szakvizsgát. 1987-től a Svábhegyi Gyermekegyintézetben gyermek tüdőgyógyászként dolgozott. 2002 óta a Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermecklinikáján dolgozik, 2004 óta a Pulmonológia osztályvezető főorvosaként. Az országban egyedülként végzi a tüdőtranszplantált gyermekek gondozását.

PROF. DR. KOVÁCS TIBOR

1990-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a Pécsi Orvostudományi Egyetemen. 1995-ben belgyógyászat, 1998-ban nefrológia szakvizsgát tett. 2001/2002-ben a Manchester Royal Infirmary Transzplantációs osztályán volt ISN ösztöndíjjal. 2003-tól a hipertónia minősített szakorvosa. 2014-

ben hipertónia és diabétesz licence képesítést szerzett. 1999-ben védte meg PhD értekezését. 2007-ben habilitált, 2005-2016 között egyetemi docens, 2016-ban egyetemi tanári kinevezést kapott. A PTE II.sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum igazgató-helyettese.

DR. KULCSÁR ANDREA

1989-ben végzett a Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Karán. Csecsemő és gyermekgyógyászat szakvizsgát 1994-ben tett, 1997 óta a fertőző betegségek szakorvosa. 2000 óta védőoltási szaktanácsadó. A Dél-pesti Centrum Kórház Hematológiai és Infektológiai Intézet Gyermek Szakrendelőjének főorvosa. Vakcinológiai képesítést nemzetközi kurzusokon szerzett; 2007. ADVAC (Advanced Vaccinology Course, Annecy, France). 2009 ISTM bizonyítvány (International Society of Travel Medicine).

Tagja a hazai Oltásbiztonság Munkacsoportnak, VACSATC (Vaccine Safety Attitudes Training and Communication, ECDC certified). A Magyar Infektológiai és Mikrobiológiai Társaság vezetőségi tagja. Az Európai Gyermek Infektológiai Társaság tagja (ESPID European Society of Pediatric Infectious Diseases)

Szakterülete, az oltást követő események értékelése, alapbetegségben szenvedők egyéni oltási tervének megalkotása, ezen belül az immunológiai sérült betegek immunizációja.

DR. LADÁNYI ERZSÉBET

1980-ban szerezte meg orvosi diplomáját a Semmelweis Egyetemen. 1987-ben belgyógyászat, 1989-ben nefrológia, 1999-ben pedig üzemorvostan szakvizsgát tett. 2000-ben Egészségügyi Menedzseri másoddiplomát szerzett a Budapesti Közgazdaságtudományi Intézetben, majd 2009-ben Budapesti Corvinus Egyetemen elvégezte az Egészségügyi Biztosítási Szakértő szakot. 1992-től a NMC Miskolci Nefrológiai Központ orvosigazgató helyettese, majd 1996-tól a Fresenius Medical Care Miskolci Nefrológiai Központ orvosigazgatója. A Fresenius Medical Care magyarországi hálózatának orvos szakmai igazgatója , a Magyar Nephrológiai Társaság alelnöke.

PROF. DR. LANG GYÖRGY

1987-ben kapott általános orvosi diplomát a Semmelweis Egyetemen. 2011-ben PhD fokozatot szerzett, 2015-ben habilitált. 1999 és 2001 között ösztöndíjasként a Bécsi Orvostudományi Egyetem Szív- és Mellkasszészeti Osztályán tanulmányozta a tüdőátültetést, 2001-ben az intézet tüdőtranszplantációs programjának projektvezetőjévé nevezték ki. 2015-ben Dr. Rényi-Vámos Ferencsel együtt végezte el az első magyarországi tüdőátültetést. Az Országos Onkológiai Intézet Mellkasszészeti Klinikájának igazgatója, egyetemi tanár

DR. LENGYEL GABRIELLA

1979-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a Semmelweis Egyetemen. 1984-ben begyógyászat, 1991-ben gasztroenterológia, 2004-ben egészségbiztosítás szakvizsgát tett. 1991-ben PhD fokozatot szerzett, 2001-ben habilitált a Semmelweis Egyetemen. Jelenleg, mint igazgató helyettes részlegvezető egyetemi docens a Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinikáján a hepatológia munkacsoport vezetője. A Semmelweis Egyetem Gasztroenterológia Grémium elnök helyettese.

PROF. DR. LISZKAY GABRIELLA

1980-ban szerezte meg diplomáját a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. 1984-ben bőrgyógyászati majd 1994-ben onkológiai szakvizsgát tett. 2006-ban PhD fokozatot szerzett. 1988 óta dolgozik az Országos Onkológiai Intézet Bőrgyógyászati Osztályán, 2008 óta, mint osztályvezető főorvos, ahol valamennyi bőrdaganat komplex ellátásával foglalkozik. Tagja a Magyar Onkológusok Társaságának, a Magyar Dermatológiai Társulatnak és az European Association for Cancer Research-nek (EACR). Az Onkológia c. folyóirat szerkesztőbizottságának tagja és az Országos Onkológiai Intézet Bőrtumork Oncoteamjének vezetője. A Szakmai Kollégium Bőr- és nemibetegségek tagozatának tagja, a Marosvásárhelyi Orvosi- és Gyógyszerészeti egyetem, valamint a Pécsi Tudományegyetem vendégprofesszora.

MARADA, TOMAS, MD, PHD.

Specialty:

Transplant and Vascular Surgery

Residency:

- Institute for Clinical and Experimental Medicine (IKEM), Prague, CZ
Transplant and Vascular Surgery, 2004 - present
- Royal Infirmary of Edinburgh, United Kingdom
Transplant Surgery, 2014 - 2015

Education:

- Charles University, 1st Medical Faculty, Prague, CZ
- MD, 2001
- PhD, 2013

Qualification:

- Graduation in General Surgery, 2004

- Graduation in Vascular Surgery, 2008

Research:

Experimental transplantation of kidney, pancreas and Langerhans islets in rats (2005-2013)

Fellowship:

University of Colorado Hospital, Denver, Transplant Surgery, 2010

PROF. DR. MÁTHÉ ZOLTÁN

1994-ben diplomázott a Semmelweis Egyetemen, majd a SE Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján helyezkedett el. Két éves szakmai gyakorlaton vett részt Genfben, a pancreas szigetsejt transzplantációt tanulmányozta. Ezt követően 2 évet töltött Torontóban, ahol az amerikai transzplantációs, illetve sebész társaság ösztöndíjprogramja keretében máj-, vese-, és hasnyálmirigy transzplantációs klinikai képzést kapott. 2007-ben PhD fokozatot szerzett és elvégezte az első magyarországi felnőtt élődonoros májátültetést. Európai transzplantációs és HPB sebészeti szakvizsgával rendelkezik. 2008-tól klinikai főorvosként dolgozott Essenben (Németország), ahol habilitált, egyetemi docensi kinevezést kapott. 2014. július 1. óta a Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika igazgatója. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Transzplantációs Tagozatának elnöke, a Magyar Transzplantációs Társaság vezetőségi tagja, az Eurotransplant magyar képviselője.

DR. MÁTYUS JÁNOS

1981-ben szerezte meg orvosi diplomáját a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. 1986-ban belgyógyászat, 1991-ben nefrológia szakvizsgát tett. 1999-ben PhD fokozatot szerzett. A Magyar Nephrológiai Társaság vezetőségi tagja. 2002-től egyetemi docens a DE Klinika Központ Belgyógyászati Intézet Nefrológiai Tanszékén.

DR. MIHÁLY SÁNDOR

2000-ben a Semmelweis Egyetem, Diplomás Ápoló Szakon, majd 2004-ben Egyetemi okleveles ápoló szakon végzett. 2006. júniusban a barcelonai, bécsi és portói egyetemek és az Európai Transzplantációs Koordinátor Társaság szervezésében európai transzplantációs koordinátorként vizsgázik. 2007-től az Országos Vérellátó Szolgálat, Szervkoordinációs Iroda vezető koordinátora, majd 2010-től igazgatója, 2007-től az Európai Bizottság szervátültetéssel kapcsolatos illetékes hatóságok üléseinek magyar képviselője. 2009-ben a Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központban, Egészségügyi Szakmenedzser diplomát szerez. 2010-ben a UEMS,

Board of Transplant Coordination alapító tagja, főtájkára, 2012-től alelnöke, majd 2014-től pedig elnöke. 2013-tól a Magyar Transzplantációs Társaság vezetőségi tagja. 2014-től az Európa Tanács transzplantációs szakbizottságának hazai képviselője. 2015-től az Európai Transzplantációs Donorkoordinátor Szervezet (EDTCO) vezetőségi tagja. 2017-ben doktori fokozatot szerez a Semmelweis Egyetemen.

PROF. DR. MERKELY BÉLA

Prof. Dr. Merkely Béla a Semmelweis Egyetem rektora, a Városmajori Szív-és Érgyógyászati Klinika igazgatója, a Kardiológiai Tanszék – Kardiológiai Központ tanszékvezető egyetemi tanára, a Vascularis Neurológiai Tanszéki Csoport vezetője, és az Egészségügyi Szakmai Kollégium Kardiológiai Tagozatának az elnöke.

1991-ben a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán szerzett orvosi diplomát summa cum laude minősítéssel. 1996-ban belgyógyászat, 1998-ban kardiológia, 2015-ben klinikai farmakológia, 2017-ben sportorvostan szakvizsgát tett. 1999-ben védte meg PhD disszertációját. 2006-ban elnyerte az MTA doktora címet, valamint habilitált a Semmelweis Egyetemen (kardiológia).

Rendszeresen tart előadásokat, meghívott előadóként, magyar és nemzetközi tudományos konferenciákon. Tagja szinte minden jelentős hazai és nemzetközi kardiológiai, aritmia és pacemaker, intervenciós kardiológiai és keringéskutatással foglalkozó tudományos társaságnak. Több vezető tisztséget betöltött már, jelenleg a Magyar Kardiológusok Társasága Tudományos (MKT) Bizottságának elnöke, az Intervenciós Kardiológiai Munkacsoportjának vezetőségi tagja, a Magyar Kardiológus Társaság és a Társaság Aritmia és Pacemaker Munkacsoportjának örökös tiszteletbeli elnöke.

DR. NEMES BALÁZS

1993-ban szerezte általános orvosi diplomáját a SOTE-n. 1999 óta sebész szakorvos, 2006-ban PhD fokozatot szerzett, 2013-ban habilitált. 2002-2004 között a hollandiai UMCG májtranszplantációs-, és májsebészeti osztályán dolgozott. 2007-2008-ban megszerezte az európai transzplantációs sebészeti szakvizsgát (UEMS). 2013 óta a Debreceni Egyetem ÁOK Sebészeti Intézet, Szervtranszplantációs Tanszékének vezetője. 2016 óta az Egészségügyi Szakmai Kollégium Transzplantációs Tagozati Tanácsának elnöke. 2016-ban egészségügyi menedzser MSc diplomát szerzett a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karán. A Magyar Transzplantációs Társaság vezetőségi tagja.

DR. NÉMETH ENDRE

2000-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a Semmelweis Egyetemen. 2006-ban aneszteziológiai és intenzív terápiás szakvizsgát tett. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzívterápiás Klinikájának egyetemi tanársegédje.

PROF. DR. NÉMETH NORBERT

2000-ben kapott általános orvosi diplomát Debrecenben. 2004-ben PhD fokozatot szerzett, 2011-ben habilitált, 2017 óta az MTA doktora. A Debreceni Egyetem Sebészeti Műtéttani Tanszékének vezetője, 2018 óta egyetemi tanár. Fő kutatási területei az ischaemia-reperfusio, haemorheologia, microcirculatio és mikrosebészet. Számos hazai és nemzetközi társaság vezetőségi tagja (MST Kísérletes Sebészeti Szekció, Magyar Haemorheológiai Társaság, European Society for Clinical Hemorheology, International Society for Clinical Hemorheology, International Society for Experimental Microsurgery).

DR. ONDRIK ZOLTÁN

Általános orvosi diplomáját 1990-ben a szegedi Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen szerezte meg. 1995-ben belgyógyászat, 1998-ban nefrológiából szerzett szakvizsgát. A szegedi Regionális Vese Transzplantációs Bizottság tagja. A Szegedi Orvostudományi Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika főorvosa és a Nefrológia és Hypertonia Munkacsoport tagja.

DR. P. SZABÓ RÉKA

Általános orvosi diplomáját 2004-ben szerezte a Debreceni Egyetemen. 2013-ban belgyógyászatból, 2015-ben nephrológiából szakvizsgázott. Jelenleg a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Transzplantációs Tanszékének nephrológusa. 2018-ban PhD fokozatot szerzett.

DR. PAPP MÁRIA

1999-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a Debreceni Egyetemen. 2005-ban belgyógyászatból. 2008-ban pedig gasztroenterológiából tett szakvizsgát. 2008-ban szerezte meg PhD fokozatát, majd pedig 2012-ben habilitált. A Magyar Gastroenterológiai Társaság vezetőségi tagja. Jelenleg is a DEKK Belgyógyászati Intézet Gastroenterológiai osztályának egyetemi docense.

DR. PIROS LÁSZLÓ

2000-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a Semmelweis Egyetemen. 2007-ben sebészeti szakvizsgát tett. A Magyar Transzplantációs Társaság vezetőségi tagja. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikájának egyetemi adjunktusa.

POPA, ALEXANDRU, MD

Alexandru Popa obtained his BSc from the University of Bucharest in 2008, then completed a PhD in Computer Science at the University of Bristol, UK, in 2011. Then, he was a Postdoctoral Researcher at Aalto University from 2011 to 2013. Between September 2013 and 2015 he was an Assistant Professor in the Faculty of Informatics at Masaryk University, Brno, Czech Republic. From 2015 to the 2016 he was an Assistant Professor at Nazarbayev University, Kazakhstan. Currently he is employed as an Associate Professor in the Department of Computer Science, University of Bucharest and as a Senior Researcher at National Institute for Research and Development in Informatics.

DR. PÓLOS MIKLÓS

2005-ben szerzett diplomát a Semmelweis Egyetemen Általános Orvostudományi Karon summa cum laude minősítéssel.

2012 óta szívsebész szakorvos. 2009-től a Semmelweis Egyetem Szívsebészeti Klinikájának oktatási tevékenységében részt vesz magyar, német és angol nyelven is. 2014-ben egyéves németországi tanulmányi út kapcsán szerzett tapasztalatot az aortabillentyű rekonstrukciós műtétek területén.

DR. PRODÁN ZSOLT

A Debreceni Orvostudományi Egyetemen végezte tanulmányait, általános orvosi diplomáját 1989-ben kapta meg. 1995-ben általános sebészből, 1998-ban szívsebészből szakvizsgázott. Fő területe a veleszületett szívhibák sebészete. 2005-től 2011-ig Münchenben a DHZM főorvosaként dolgozott. A Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet csecsemő- és gyermekszívsebészeti osztályának vezető főorvosa.

DR. REMPORT ÁDÁM

1983-ban szerezte meg diplomáját a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. 1990-ben belgyógyászatból, 1993-ban nephrologiából szakvizsgázott. 2012-ben PhD fokozatot szerzett. 1998 óta a Magyar Nephrológiai Társaság vezetőségi tagja és a Transzplantációs Bizottság vezetője. 2003-2009 között, majd 2014-től Budapesti Regionális Vese Transzplantációs Bizottság tagja, majd

2018-tól elnöke. 2011-2016 az Egészségügyi Szakmai Kollégium, Nephrológia Dialízis Tanács, majd 2016-tól a Transzplantációs Tagozat Tanácsának, 2011 óta pedig az UEMS European Board of Transplantation Medicine tagja. A Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika egyetemi docense.

PROF. DR. REUSZ GYÖRGY

1980-ban a Semmelweis Egyetem szerezte meg általános orvosi diplomáját. 1984-ben csecsemő- és gyermekgyógyászatból, 1996-ban nefrológiából tett szakvizsgát. 1992-ben PhD fokozatot szerzett, 2000-ben habilitált, 2001-ben szerezte meg az MTA doktora címet. A Magyar Nefrológiai Társaság elnöke, elnöke az Európai Nephrológiai és Dialízis Társaság (ERA-EDTA) 2019-ben Budapesten megrendezendő kongresszusának. A SE ÁOK I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika Vese és Műve részlegének részlegvezető egyetemi tanára.

DR. RÉNYI-VÁMOS FERENC

1998-ban szerezte meg orvosi diplomáját a Semmelweis Egyetemen. 2003-ban sebészet, 2005-ben mellkassebészet, 2008-ban klinikai onkológiai szakvizsgát tett. 2009-ben PhD fokozatot szerzett. 2008-ban Bécsben járt tanulmányúton. Tagja a Magyar Transzplantációs Társaságnak, az ERS European Respiratory Society-nek, az ESTS European Society Thoracic Surgery-nek és az EACTS European Association of Cardio Thoracic Surgery-nek. Jelenleg az Országos Onkológiai Intézet Mellkasi Központjának vezetője 2015. december 12-én Prof. Dr. Lang Györggyel együtt végezték az első magyarországi tüdőtranszplantációt.

DR. SAX BALÁZS

Dr. Sax Balázs egyetemi adjunktus, kardiológus és belgyógyász szakorvos, PhD fokozattal és orvosközgazdász diplomával rendelkezik. A Semmelweis Egyetem Városmajori Szív és Érgyógyászati Klinikáján a transzplantációs és műszíves program belgyógyászati vezetője, a transzplantációs kardiológiai csapat vezetőjeként kollégáival jelenleg 170 szívátültetett és 25 műszíves beteg gondozását végzi.

SIMONENKO, MARIA, MD

My name is Maria Simonenko and I am certified as a physician and a cardiologist. Since 2010 when I was a student, I have been working with end-stage heart failure patients, with patients who were in a heart transplantation waiting list and after heart transplantation. Due to I have worked with

heart transplantation team from the beginning of their way in 2010 I developed the protocol of 10-year follow-up after heart transplantation which was approved. Two years ago our team created post-graduate heart transplantation course on behalf of Almazov Centre and I was invited as a speaker in the field of post-transplant follow-up in outpatient department. Now I held positions as a cardiologist who is responsible for post-heart transplant follow-up, clinical research fellow and transplant coordinator who is working with recipients in a heart transplantation waiting list.

My research in the field of physical capacity in heart transplanted recipients helped me to turn me on the new level – in 2016 I was elected to get a new position as a nucleus member of EAPC, section – Exercise, Basic and Translational Research Section (EBTR) and since 2018 I joined new section – Secondary Prevention and Rehabilitation, ESC. In 2016 I decided to continue post-graduate education – so I am working on thesis that focuses on the dynamic of physical capacity in recipients after heart transplantation to get PhD.

In 2016 I became an ESOT member and decided to actively participate in all their activities – from ECTTA (2016, Barcelona, Spain) to ESOT (2017, Barcelona, Spain) and 13th International Summer School on Immunogenetics (2017, Dublin, Ireland). In addition, I received ESOT Educational Scholarship grant and attended Hesperis Course 2018 (Vienna, Austria). And in 2018 I joined Scientific Committee on behalf of ECTTA, the same as I was honoured to join Heart and Lung Committee on behalf of TTS.

Over last 7 years my ideas and duties as a member of Heart Transplantation Team have exposed me to various aspects of the Heart Transplantation organization, giving me a broad overview of the issue. Moreover, I research outcomes of different immunosuppressive regimens, especially our experience with mTOR, and recipients with high immunological risk, those who underwent desensitization treatment prior cardiac transplantation. As a result of my work as a clinical research fellow numerous of my abstracts and articles have been published and I performed on congresses a lot all over Europe.

Now I am working on a new project on behalf of Russian Society of Cardiology how to highlight heart transplantation activity and to educate doctors in the field of heart transplantation.

DR. SMUDLA ANIKÓ

A Semmelweis Egyetemen szerzett általános orvosi diplomát 2003-ban. 2009-ben aneszteziológia-intenzív terápiából szakvizsgázott, és sikeres vizsgát követően megkapta a The European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care-t. 2012-ben PhD fokozatot szerzett. Jelenleg a SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika adjunktusa. A donáció és a transzplantáció pszichoszociális hatásairól, illetve aneszteziológiai és intenzív terápiás vonatkozásairól graduális és posztgraduális képzéseken oktat. A Magyar Transzplantációs Társaság tagja és a Magyar Aneszteziológiai és

Intenzív Terápiás Társaság Perioperatív Hemosztázis Szekciójának vezetőségi tagja.

PROF. DR. SZABÓ ATTILA

1994-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a Semmelweis Egyetemen. 2000-ben csecsemő- és gyermekgyógyászatból, 2006-ban nefrológiából tett szakvizsgát. 2000-ben a Semmelweis Egyetemen szerzett PhD oklevelet, 2008 óta a Magyar Tudományos Akadémia Doktora, 2010-ben habilitált a Semmelweis Egyetemen. 2017-től az MTA Gyermekgyógyászati és Nefrológiai Kutatócsoport vezetője, számos hazai és nemzetközi szakmai társaság tagja. 2013 óta a Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika intézetvezető egyetemi tanára, 2018 óta pedig a Semmelweis Egyetem klinikai rektorhelyettese.

DR. SZABÓ TAMÁS

1993-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a Debreceni Egyetemen. 1997-2001-ig kutatóként (Fogarty-ösztöndíj) az Egyesült Államokban (NIH) dolgozott. 2001-ben általános gyermekgyógyászatból, 2004-ben nefrológiából tett szakvizsgát. 2006-ban PhD fokozatot szerzett. 2016-ban habilitált a Debreceni Egyetemen. Jelenleg a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gyermekklinikáján dolgozik egyetemi docensként. Gyermeknephrológiai gondozás keretében a Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei régió veseátültetett gyermekeinek gondozását végzi.

DR. SZEDERKÉNYI EDIT

1989-ben szerezte meg diplomáját a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen. 1993-ban sebészeti szakvizsgát, 2007-ben európai transzplantációs sebész szakvizsgát szerzett. 2010-ben PhD fokozatot szerzett. 1997-ben a Magyar Transzplantációs Társaság alapító tagja, 2001 óta vezetőségi tagja, 2015 óta elnöke.

DR. SZEGEDI JÁNOS

1965-ban a Budapesti Orvostudományi Egyetemen szerezte orvosi diplomáját. 1971-ben belgyógyászatból, 1984-ben nefrológiából szerzett szakvizsgát. Alelnöke a Magyar Nephrológiai Társaságnak és a Magyar Hypertonia Társaságnak. 1990 óta a Debreceni Egyetem címzetes egyetemi docense. Jelenleg Nyíregyházán a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Jósa András Oktatókórház, B. Braun Avitum Hungary Zrt. 2. sz. Dialízis Központjában dolgozik.

DR. SINKÓ ESZTER

Egészségügyi közgazdász. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ igazgató-helyettese.

IFJ. PROF. DR. SÓTONYI PÉTER

1996-ban szerezte meg általános orvosi diplomáját a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 2001-ben általános sebészetből, 2004-ben érsebészetből szakvizsgázott. 2004-ben PhD fokozatot szerzett, 2014-ben habilitált. A Magyar Transzplantációs Társaság alapító tagja, a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság vezetőségi tagja. A Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika Érsebészeti Tanszékének vezetője, egyetemi tanár.

DR. SZAKÁLY PÉTER

1994-ben szerezte meg diplomáját a Pécsi Orvostudományi Egyetemen. 1999-ben sebészet, 2002-ben érsebészet szakvizsgát tett. 2008-ban PhD fokozatot szerzett, 2013-ben habilitált, 2014-ben egyetemi docenssé nevezték ki. 2009-ben megszerezte az európai transzplantációs sebészeti szakvizsgát. A Pécsi Orvostudomány Egyetem Sebészeti Klinikáján dolgozik egyetemi docensként.

DR. SZILVÁSI ANIKÓ

Az Országos Vérellátó Szolgálat Transzplantációs Immungenetikai laborjának vezetője. 2012-ben PhD fokozatot szerzett.

DR. VARGA MARINA

1986-ban kapta meg diplomáját a budapesti Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Ezt követően az OKI Virologiai Osztályán a transzplantált betegek vírusfertőzéseinek diagnosztikájával foglalkozott. 1994-ben orvosi mikrobiológia, 2001-ben orvosi laboratóriumi diagnosztika szakvizsgákat tette le. 1994-ben a Transzplantációs és Sebészeti Klinikán víruslaboratóriumot alakított ki, 2009 óta a Klinika Laboratóriumának vezetője. 2009-ben védte meg PhD-értekezését „CMV infekció szervtranszplantációt követően” témakörben. A SE Doktori Iskolában témavezető. 2010 óta a Magyar Transzplantációs Társaság Vezetőségi tagja.

DR. VITÁLIS ESZTER

2001-ben végzett a Debreceni Általános Orvostudományi Egyetemen. 2008-ban aneszteziológus és intenzív terápiais, 2011-ben infektológus szakvizsgát tett. Jelenleg a DE KK Kórházhygiénés Osztályán dolgozik infektológus konzulensként.

DR. WÁGNER LÁSZLÓ

1998-ban végzett a Pécsi Orvostudományi Egyetemen, majd ezt követően szakvizsgát tett 2004-ben belgyógyászatból, 2006-ban nefrológiából, 2007-ben diabetológiából, valamint 2015-ben transzplantációs belgyógyászatból. 2002-ben PhD fokozatot szerzett a Pécsi Tudományegyetemen, majd 2014-ben habilitált a Semmelweis Egyetemen. 2009-től a Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján dolgozik, jelenleg osztályvezető egyetemi docensként. 2014 óta a Magyar Nephrologiai Társaság vezetőségi tagja, 2013 óta pedig a Magyar Transzplantációs Társaság vezetőségi tagja is. Összesített impakt faktora: 135,172, független citációnak száma: 700, Hirsch-indexe: 16.

PROF. DR. WITTMANN ISTVÁN

1984-ben szerezte meg orvosi diplomáját a Pécsi Orvostudományi Egyetemen, 1992-ben belgyógyászat majd 2002-ben nefrológia szakvizsgát tett. 1998-ban szerezte PhD fokozatát, 2001-ben habilitált a Pécsi Tudományegyetemen. 2004 óta a Magyar Diabetes Társaság vezetőségének tagja és 2016 óta megválasztott, leendő elnöke. 2005 óta a Magyar Nephrologiai Társaságnak szintén vezetőségi tagja. 2006 óta a PTE ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrologiai Centrum intézetvezető egyetemi tanáraként tevékenykedik.

DR. ZÁDORI GERGELY

2008-ban fejezte be tanulmányait a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 2008-tól a Magyar Transzplantációs Társaság tagja. 2012-ben PhD fokozatot szerzett a Semmelweis Egyetemen. 2016-ban sebészet szakvizsgát tett. Szintén 2016-tól egyetemi tanársegéd a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Sebészeti Klinikáján.

MAGYAR TRANSZPLANTÁCIÓS TÁRSASÁG
XX. KONGRESSZUSA
AKKREDITÁLT TOVÁBBKÉPZÉS

NÉVJEGYZÉK

2018. november 21–24.
Debrecen, Kölcsey Központ
www.convetion.hu

NÉVJEGYZÉK

A

Ablonczy László	8, 21, 81, 82, 83
Agócs László	49, 51, 99, 102
Alföldy Ferenc, Prof.	6
András Csilla	26, 60, 110
Andrási Mónika	88
Andréka Péter	83
Assabiny Alexandra	84
Asztalos László	7

B

Bálint Olga Hajnalka	83
Balla József, Prof.	23, 110
Balla Patrícia	21, 83
Balogh Orsolya	81, 83
Baltesová, Tatiana	19, 22, 44, 110
Bán Ágnes	95
Baranski, Andrzej Grzegorz	22, 42, 110
Bárczi Adrien	74
Barna Sándor	88
Bartók Tibor	49, 51, 53
Beňa, Ľ.	44
Bereczki Csaba	28, 111
Berényi Ervin, Prof.	8
Berta László	73
Bibok András	64, 94, 108
Bidiga László	28
Bihari László	28, 98, 105
Bíró Benjámín	27, 97

Bíró Klára	21
Bíró Péter	8, 19, 20, 23, 34, 38, 111
Bodnár Anita	94
Bodor Elek, Prof.	7, 26
Bogyó Levente	49, 51, 102
Bohács Anikó	49, 79, 99
Böhmig, Georg	19, 22, 43, 111
Borda Bernadett	22, 24, 86, 106, 107
Burnapp, Lisa	19

C

Chromy, Pavel	20
Corno, Vittorio	25, 57, 112
Csajbók Ernő	6
Csende Kristóf	23, 49, 51
Cseprekál Orsolya	74
Csiszér Eszter	49
Czebe Krisztina	49

D

Dancs Tamás	49, 51
Dank Magdolna, Prof.	26, 113
Dargai Ilona	25
Deák Pál Ákos	64, 94, 108
Dégi Arianna	74
Dezsőfi Antal	8, 28, 72, 113
Dezső Katalin	87
Döme Balázs	51
Domsik Péter	86
Doros Attila	8, 26, 64, 87, 94, 108, 114
Dózsa Csaba	21, 114

E

Eguchi, Susumu, Prof.	25, 58, 114
Eitler Katalin	27, 98, 105
Elek Jenő	22, 23, 49, 51, 53, 116
Eszes Noémi	49, 79, 99

F

Farkas Ádám	28, 94
Farkas Ádám Zoltán	108
Farkas Attila	49, 51, 102
Farkas Zita	84
Fazakas János	8, 22, 24, 46, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 116
Fazekas Levente	49, 51
Fedor Roland	8, 25, 88, 116
Fényes Mihályné	80
Fodor Anikó	84
Forster Tamás, Prof.	86
Fronek, Jiri	40, 59
Fülesdi Béla, Prof.	22, 116
Fülöp Angéla	21, 80, 81

G

Gaál Erika	90
Gacsályi Ádám	89
Gajdácsi József	21, 39, 117
Gerlei Zsuzsanna	25, 27, 66, 92, 93, 94, 117
Ghimessy Áron	20, 49, 51, 102
Gieszer Balázs	23, 49, 51, 102
Göbel Orsolya	25
Görög Dénes	6, 7
Grenda, Ryszhard, Prof.	28, 71, 117

Grózli Csaba	28, 103
Győry Ferenc	88

H

Haboub-Sandil Anita	92, 93, 94
Hartmann Erika	94, 108
Hartyánszky István	8, 26, 84, 118
Hartyánszky István, id.	5
Hasan,Yersiz, Prof.	25
Hemke, Aline	19, 33, 118
Hiller, Victor, Prof	20, 36, 119
Hódi Zoltán	27, 28, 86, 106, 107
Hunyady Béla, Prof.	27, 119
Husztly Gergely	22, 98, 105

I

Illés Sándor	91
Illésy Lóránt	88, 97
Iványi Béla, Prof.	106

J

Jacquelinet, Christian	19, 22
Janousek, Libor	40, 59
Jansen Judit	6
Járay Jenő, Prof.	6

K

Kalapos Anita	86
Kalmár Nagy Károly	5, 6, 8, 23, 120
Kárpáti István	23, 120
Kelemen Péter	102

Kelen Kata	73
Kemény Éva, Prof.	106
Kieszek, Rafal	19, 22, 41
Kind Katalin	25
Király Ákos	84
Királyné Jene Katalin	81
Kis Adrián	79
Kis Éva	74
Kiss Gergely	94, 108
Kóbori László, Prof.	6, 8, 24, 120
Kocik	59
Kocsis Ákos	49, 51, 102
Kocsis Kornélia	85
Kollár Attila	94
Kónya József, Prof.	27, 70, 120
Korda Dávid Ádám	94, 108
Kormányos Árpád	86
Kormosói-Tóth Krisztina	51, 53
Kovács Dávid Ágoston	8, 24, 88, 121
Kovács János	108
Kovács János Balázs	121
Kovács Lajos	28, 49, 76, 121
Kovács Nóra	49
Kovács Tibor, Prof.	23, 121
Kováts Zsuzsanna	79
Kratz, Jörgen	20, 35
Kuba, D.	44
Kulcsár Andrea	27, 67, 122
Kysela	59

L

Ladányi Erzsébet	8, 23, 122
------------------------	------------

Lakatos Botond	28, 104
Langer Róbert	5
Lang György, Prof.	5, 8, 49, 51, 53, 102, 122
Lázár György, Prof.	86, 107
Lázár Norbert	105
Lázár Zsófia	79
Lénárd M. Zsuzsanna	94
Lengyel Csaba, Prof.	86
Lengyel Gabriella	27, 65, 123
Lisztkay Gabriella, Prof.	26, 123
Losonczy György, Prof.	79

M

Madurka Ildikó	23, 49, 51, 53
Mándli Tamás	90, 91, 94
Marada, Tomas	19, 22, 25, 40, 59, 123
Máthé Zoltán, Prof.	8, 24, 25, 26, 87, 89, 94, 98, 105, 124
Mátyus János	23, 124
Mátyus László, Prof.	8
Merkely Béla, Prof.	26, 84, 125
Mészáros László	51, 99, 102
Micsik Tamás	89
Mihályi Sándor	83
Mihály Sándor	8, 19, 23, 49, 124
Müller Veronika, Prof.	20, 49, 79, 99

N

Nagy Attila	79
Nagy Zsuzsanna	63
Nemes Attila, Prof.	86
Nemes Balázs	4, 8, 19, 23, 25, 88, 125

Nemes Balázs Áron	97
Németh Endre	22, 45, 126
Németh Norbert, Prof.	8, 126
Neradova, Teraza	40
Nyerges Ildikó	24, 92, 93

O

Offenbacher Éva	94
Oláh Zoltán	63
Ondrik Zoltán	8, 23, 24, 126

P

Pantoflicek, Tomas	40
Papp Mária	8, 27, 126
Parázs Nóra	84
Patonai Attila	24, 89
Paulikné Olchváry Anna	21, 85
Perner Ferenc, Prof.	6, 7
Péter Antal	7, 8
Pethő-Orosz Petronella	73
Petrányi Győző, Prof.	6
Piros László	8, 19, 24, 26, 54, 94, 98, 108
Podder, Hemangshu	22
Pólos Miklós	20, 26, 127
Popa, Alexandru	20, 37, 127
Prodán Zsolt	8, 20, 82, 83, 127
P.Szabó Réka	8, 24, 88, 97, 126
Puskásné Tóth Ibolya	90

R

Radeczky Péter	23, 49, 51, 52, 102
----------------------	---------------------

Rajczy Katalin	7
Rempert Ádám	8, 19, 22, 23, 89, 127
Rempert, Ádám	20
Rengeiné Kiss Tímea	24, 90
Rényi-Vámos Ferenc	5, 8, 23, 47, 49, 51, 53, 99, 102, 128
Réti Marienn	84
Reusz György, Prof.	8, 25, 28, 73, 74, 128
Rokszin Richárd	106, 107

S

Sallay Péter	73
Sax Balázs	26, 84, 128
Schönauer Nóra	49, 51, 53
Schönfeld Bernadett	27, 95
Simonenko, Maria	26, 61, 128
Sinkó Eszter	21, 131
Smudla Anikó	8, 27, 91, 92, 93, 96, 129
Somogyi Dóra	94
Sóttonyi Péter, Prof.	26, 63, 131
Stefán Zita	85
Süttő Zoltán	79
Szabó Attila, Prof.	28, 73, 130
Szabó József	49
Szabó József Junior	105
Szabolcs Zoltán	84
Szabó Mónika	91
Szabó Tamás	8, 28, 75, 91, 130
Szabó Zoltán, Prof.	5, 6
Szakál-Tóth Zsófia	84
Szakály Péter	8, 23, 27, 95, 131
Szeberin Zoltán	63

Szederkényi Edit	6, 8, 23, 86, 106, 107, 130
Szegedi János	23, 130
Szegedi Margit	83
Székely Edgár	82
Szenohradzsky Pál	6
Szilvási Anikó	20, 89, 131
Szőllösi Gergő József	97
Szőnyi László	6, 7
Sztanek Ferenc	25
Szűcs-Péter Katalin	90

T

Takács Péter	83
Tallós Bernadett	51
Tarjányi Zoltán	84
Telkes Gábor	24, 28, 87, 98, 105
Temesvári András	83
Teszák Tímea	21, 84
Tihanyi Hanna	51
Török Klára	49, 51, 102
Török Szilárd	108
Tóth András	7
Tóth Kriszta	49
Tóth Krisztina	23, 48
Tóth Szabolcs	91
Tózsér Gellért	91
Trimmel Dorothea	96

U

Uray Éva, Prof.	23
----------------------	----

V

Varga Ádám	22, 28
Varga Marina	8, 27, 131
Végső Gyula	108
Verma, Utkarsh	20
Vilmányi Csaba	21, 81, 82
Vincze Krisztina	79
Vitális Eszter	27, 69, 132

W

Wágner László	8, 23, 24, 55, 132
Wettstein Dániel	28, 102
Wittmann István, Prof.	24, 132

Y

Yersiz, Hasan, Prof	56
---------------------------	----

Z

Zádori Gergely	8, 27, 132
Zamecnikova, Renata	40
Žilinská, Z.	44

