

„MÁJBETEGEKÉRT” ALAPÍTVÁNY

Fővárosi Szent László Kórház

III. Belosztály

(Hepatologia - Gastroenterologia)

Bejegyzve: Föv.Bír. 60492/96.

OTP Bank: 11709002-20095998

Tel./Fax: 455 – 8127

Email: villert@lamb.hu

1097.Budapest, Gyáli út 5-7.

MEGHÍVÓ

az Alapítványunk által a *SE Zöldtermében (emelet)*, 2006. május 6-án tartandó továbbképző konferenciára

- 9^{'30} Szalay László dr. Ph.D. (Uzsoki Kórház, Budapest):
Máj- és vesebetegségek
- 10^{'00} Schuller János dr. (Föv.Szt.László Kórház, Budapest):
Alternatív gyógymódok a máj- és epebetegségekben
- 10^{'30} Péter Zoltán dr. Ph.D. (Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa):
Ascites, oedema pathomechanizmusa és kezelése
- 11^{'00} – 11^{'30} *Kávészünet*
- 11^{'30} Prof.Dr.Járay Jenő (SE Transplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest):
Máj tumorok – új kezelési lehetőségek
- 12^{'00} Prof.Dr.Perner Ferenc (SE Transplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest):
Májtransplantáció helyzete és jövője
- 12^{'30} – 13^{'30} *Ebéd szünet*
- 13^{'30} Gyovai Gabriella dr. (Szentesi Kórház, Szentes):
Erectilis dysfunkció májbetegségekben
- 14^{'00} Prof.Dr.Nemesánszky Elemér (Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest):
Hogyan valósulnak meg a krónikus vírushepatitisek kezelésének újabb lehetőségei a klinikai gyakorlatban?
- 14^{'30} Prof.Dr.Lengyel Gabriella (SOTE I.sz.Belklinika, Budapest):
Hepatitis C – májátültetés előtt és után
- 15^{'00} Tesztírás

Az előadásokat vita követi, moderátor: Dr.Telegdy László

A program végén tesztírás. A regisztrált résztvevők 10 kredit pontot kapnak.

MÁJ-, ÉS VESEBETEGSÉGEK

Szalay László dr. Ph.D.

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki u.i Kórház III. Belgyógyászati Osztály

A májat és a vesét egyaránt érintő megbetegedések kapcsolata igen szerteágazó lehet. A két szerv megbetegedésének összefüggéseit tárgyaló egységes felosztás az irodalomban nem található. A sokrétű összefüggés kapcsán, részben didaktikus szempontból is, májbetegségben előforduló vesebetegségről beszélhetünk.

A májtranszplantáció megindulásával azonban az előrehaladott májbetegségben szenvedők sorsának vizsgálata is egyre inkább a klinikai érdeklődés homlokterébe került, ezért a két szerv megbetegedésében a májelégtelenséghez társuló veseelégtelenség a megfigyelés, klinikai kutatás külön területévé vált.

A májbetegségben előforduló vesebetegség okai között praerenális tényezők okozta vesekárosodás mellett a hepatorenalis szindrómáról, a májbetegséghez társuló, a betegség által kiváltott önálló vesebetegségeket, a közös etiológiai tényezők által előidézett máj-, és vesebetegségeket, valamint a posztrenális azotemiát különíthetjük el.

A májelégtelenséghez társuló veseelégtelenséget ugyanakkor heveny májelégtelenséghez társuló veseelégtelenségre, krónikus májelégtelenséghez társuló heveny veseelégtelenségre és krónikus máj és vesebetegségek által előidézett együttes elégtelen szervi működés előfordulására oszthatjuk fel.

Bár a két felosztás között számos átfedés észlelhető, a két szerv közös megbetegedését tárgyaló alfejezetek nagy száma is mutatja, hogy a részletekre kiterjedő tárgyalása jelen előadás kereteit meghaladja. Így az előadás az összefoglalás és egyes okok, betegségek hangsúlyozása mellett újabb ismeretek említésére, irodalmi összefoglalására szorítkozik.

AZ ALTERNATÍV TERÁPIA HELYE A MÁJBETEGSÉGEK KEZELÉSÉBEN

Schuller János dr.

Az alternatív medicina napjainkban is egyre népszerűbb a betegek körében. A májbetegek is jelentős arányban veszik igénybe a komplementer terápiát, elsősorban a gyógynövényeket – kezelőorvosuk tudtával, vagy anélkül. Ez az egyik ok, amiért a konvencionális medicina orvosai nem zárkozhatnak el e szerek ismeretétől. A másik ok az, hogy a mai konvencionális terápiában alkalmazott gyógyszerek 20-30 %-át az orvostudomány eredetileg növényekből állította elő. Ebből az is következik, hogy a manapság az alternatív medicina által alkalmazott szer a jövőben a konvencionális medicina gyógyszerévé válhat.

A referátum a bizonyítékokon alapuló orvoslás irodalmának tükrében tekinti át a hepatológiában leggyakrabban alkalmazott gyógynövényekkel, így a silymarin, a glycyrrhizin, a phyllanthus amarus, a CH-100, a LIV.52, a sho-saiko-to, a bin-gan, a compund 861 és az oxymatrine terápiával végzett gyógyszervizsgálatok eredményeit, valamint a hepatotoxikus gyógynövényekkel kapcsolatos ismereteket is.

ASCITES, OEDEMA PATOMECHANIZMUSA ÉS KEZELÉSE

Dr. Péter Zoltán Ph.D.

Az ascites és az oedema a májbetegségek gyakori kísérőjelensége, leginkább májcirrhosis decompensatiója esetén fordulnak elő. Kialakulásukban szerepe van a fokozott nátrium és vízvisszatartásnak, a hypoalbuminaemiának, portalis hypertensiónak, splanchnikus vasodilatationak és megnövekedett nyiroktermelésnek. Kezelésüket a betegnek okozott dyscomfort mellett, esztétikai okok és szövődmények lehetősége (pl. spontán bakteriális peritonitis) indokolják. A betegek egy részében ágynyugalom és sószegény étrend hatására is megszűnik a vízretenció, mégis csaknem minden esetben már a kezelés kezdetén is sor kerül vizelethajtó adására. A gyógyszeres kezelést kis adaggal kezdjük, majd fokozatosan emeljük a szükséges szintre. A leggyakrabban alkalmazott vizelethajtók maximális napi dózisa a következő: furosemid 160 mg, spironolacton 400 mg és amilorid 20 mg. Feszülő ascites vagy refrakter ascites (ha vizelethajtóval nem oldható meg vagy mellékhatások miatt a diureticumok nem adhatók a szükséges adagban) esetén abdominális paracentesist végzünk. Általában a teljes ascites mennyiség lebocsátása javasolt, kb. 10 l maximális mennyiségig. A lehetséges mellékhatások, illetve szövődmények megelőzése céljából a paracentesis után iv. albumint vagy plasma expandert kell adni. Kivételt képeznek azok az esetek, amikor perifériás oedema is fennáll és 5 liternél kevesebb ascites lebocsátására kerül sor. Refrakter ascites esetén, a rendszeres paracentesisek helyett megoldást jelenthet a peritoneovenosus shunt és TIPS (transjugularis intrahepaticus portosystemás shunt). Előbbit parenchymásan kompenzált májcirrhosis esetén javasolt végezni, míg a TIPS-et májtranszplantációs várólistára kerülő betegekben.

MÁJTUMOROK – ÚJ KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK

Nemes Balázs dr., SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A májtumorokat négy fő csoportra oszthatjuk: cystikus laesiok, benignus tumorok, semimalignus és malignus tumorok. Ez utóbbi csoporton belül megkülönböztetünk primer és secundaer (metasztázis) tumorokat. A cystikus elváltozások a simplex májcysta, Echinococcus cysta és a polycystás májbetegség (polycystás veséssel, vagy anélkül). Benignus tumorok az adenoma, FNH, cavernosus hemangioma. Malignusak a (gyerekkori) hepatoblastoma, hemangiosarcoma, hepatocellularis carcinoma, cholangiocarcinoma, áttétek a gastrointestinalis traktus, a tüdő, a pancreas és az emlő primer tumoraiból. Semimalignus tumorok lehetnek a carcinoid (primer, vagy áttéti) a leiomyosarcoma és a stromatumor.

A májban észlelt **cysták** 95%-a simplex. Műtéti indikációt a cysta növekedése jelent, illetve, ha a malignitás kérdésessé válik. Ez minden esetben (nyílt vagy laparoscopos) fenesztráció. Az **Echinococcus cysták** kizárása szerológiai vizsgálattal történik, pozitív esetben, mebedazol védelemben pericystectomy végzendő a cysta megnyílásának elkerülése mellett. A **polycystás májbetegség** esetén, ha a májfunkció intakt konzervatív álláspont javasolt. Ha a cysták recidív fertőzésforrást jelentenek, és/vagy a májfunkció romlik, felméréndő a máj rezervkapacitása és egy rezekció technikai kivitelezhetősége. A májátültetés végleges és biztonságosabb megoldást ad, polycystás vesebetegség esetén szimultán veseátültetéssel is, akár predialízis állapotban. Elkülönítendő a **cystikus tumorok** (cystadenocarcinoma), az epeutak cystikus tágulata (pl. Caroli betegségben), miután ezek premalignus állapotok. A **hemangiómák** a legáltalánosabb benignus tumorok a teljes lakosság 3%-át érintik. Méretnövekedés esetén illetve 10 cm átmérő felett műtét (rezekció javasolt), a ruptura veszélye illetve a malignitás kizárása (hemangiosarcoma, -endothelioma) céljából. Az **adenomák és focalis nodularis hyperplasiák (FNH)** előfordulása ritkább és elsősorban a női lakosságot érinti. A ruptura és a malignus transzformáció veszélye egyaránt 6-10%, amely a mérettel arányosan növekszik. 10 cm átmérő, vagy növekedés esetén rezekció javasolt. Megemlítendő, hogy a jól differenciált adenocarcinoma és az adenoma, valamint az FNH és a cirrhosis között a szövettani differenciáldiagnosztika sokszor nehéz, ezért a percutan májbiopsziát csak egyedi esetekben javasoljuk. A modern képalkotók (CT, MRI, PET) csaknem 100%-os hatékonysággal különböztetik meg őket, ráadásul a vérzés és a punctio során történő esetleges daganatsejt szóródás veszélye nélkül. A **hepatocellularis carcinoma (HCC)** gyakorisága a hepatitis C, illetve hepatitis B fertőzött területeken a legmagasabb (így 100/100ezer Dél-Afrikában és Dél-Kelet Ázsiában). A HCC 80%-ban HCV vagy HBV fertőzött egyének májában alakul ki. A vírusfertőzéshez képest egy évtizeddel később kialakuló chronikus aktív hepatitis, 10-20 évvel később kialakuló májcirrhosis és 15-20 évvel később jelentkező HCC a jellemző. A cirrhosis talaján kialakult malignus májdaganatok kezelése alapvetően különbözik az ép májban észlelt adenocarcinomától. Mindkét esetben az alábbi tényezőket kell mérlegelni: onkológiai radikalitás (tumormentessé tehető-e a beteg?), technikai rezekabilitás (elvégezhető-e a rezekció?), ha mindkettőre igen a válasz, akkor vajon a kuratív rezekció után visszamaradó májszövet funkcionálisan elég-e. **Ép májszövet esetén** a minimális fennmaradó májszövet igény a testtömeg 1%-a, illetve a máj 3 hónap alatt egy 75%-os rezekció után teljesen regenerálódik a működőképes hepatocyták számát illetően. Ezen alapul az is, hogy ép máj esetén a visszamaradó májvolumen növelhető azzal, ha a tumoros oldali májlebenyt ellátó véna portae ág percutan embolizációját végezzük. A következményes ellenoldali hypertrophia 6 hét alatt következik be. Az ép májon végzett kuratív rezekciók után az 5 éves kumulatív beteg túlélés 30, maximum 50%. **Cirrhotikus máj**

esetén a funkcionális rezerv nem megítélhető. Ezért ép májban a tumor elhelyezkedésétől és nagyságtól függően szegmentrezekciót, bal vagy jobb oldali hemihepatectomiát, vagy kiterjesztett hemihepatectomiát végzünk. Májcirrhosis esetén a rezekció egyáltalán nem javasolt. Az ú.n. Milano kritériumok betartása mellett (5 cm-nél kisebb tumorátmérő, maximum 2 góc, de azonos oldali májlebenyben, nincs vaszkuláris invázió) májátültetés (OLT) javasolt. A várakozási idő alatt, a daganatnövekedés megakadályozására, vagy abban az esetben, ha OLT kontraindikált, localis tumor ablatio az indokolt. Ez lehet infiltráció 90% ethanollal, cryotherapia, vagy radiofrekvenciás ablatio (RFA). Primer májtumor miatt végzett OLT utáni 5 éves kumulatív betegtúlélés a daganat nagyságától függően 45-60%, amely fibrolamelláris altípusú HCC esetén jobb. Inoperábilis, vagy irrezekábilis esetekben a locoregionális chemotherápia (transarterial chemoembolisation – TACE) és/vagy szisztémás chemotherápia a választandó eljárás.

Kiemelendő entitás a **cholangiocelluláris carcinoma (CCC)**. Az esetek nagy részében már a diagnózis felállításakor irrezekábilis, miután a szegmenthatárokat kezdettől fogva átlépi, az epeductulusból kiindulva, és azok mentén terjedve. Az ismert májbetegségek közül a primer sclerotizáló cholangitis (PSC) talaján magas arányban alakul ki CCC, ezért a PSC miatt májátültetésre küldött betegeknél az transzplantációt már enyhébb mértékű parenchymás és/vagy vaszkuláris dekompenzáció (Child A-B) mellett is indokoltnak tartjuk. A már igazolt CCC mellett, bármilyen méretű is legyen, a májátültetés kontraindikált.

A colorectalis daganatok műtete után a betegek 8-10%-a esik túl kuratív májrezekción. A **májmetasztázisok** 50%-a ismert már a primer tumor műtétekor (szinkron), a másik 50% később, az első 3-5 éven belül alakul ki (metakron metasztázisok). Az irodalomban nem eldöntött kérdés, hogy szinkron májmetasztázis mellett a colorectalis tumorról együlésben májrezekció is történjen-e? A szerzők többsége a halasztott májműtét mellett foglal állást. Rezekció nélkül a májmetasztázissal jelentkező betegek 5 éves túlélése 0, rezekció mellett 30%. A rezekció indikációja és kiterjesztése a fent leírtak szerint érvényes és a palliatív kezelés is. Májátültetés nem jön szóba. Kivételt jelentenek a **speciális tumorok** (carcinoid, leiomyosarcoma, stromatumor) **májmetasztázisai**, amelyek esetén a primer tumor eliminációja után májátültetés javasolt, ha az anatómiai rezekció valamilyen okból nem kivitelezhető.

A májrezekciók mortalitása jelenleg, nagy tapasztatú intézetekben 5% alatt van. A máj szegmentális vérellátását (Couinaud, 1957) ismerő és felhasználó, u.n. szelektív devaszkuarizációs technika, a CellSaver alkalmazása, a centrális vénás nyomás csökkentése és a modern ultrahang alapú készülékkel (CUSA[®], Ultracision[®]) történő parenchyma disszekció miatt jelenleg a májrezekciók 60%-a transzfúzió nélkül elvégezhető. Ez teremtette meg az élődonoros májátültetés alapjait is

A MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ HELYZETE ÉS JÖVŐJE

Prof. Perner Ferenc, SE Transzplantációs Klinika

Történeti bevezetés, külföldi tapasztalatok.

A hazai májátültetés története (első sikeres transzplantáció: 1995 január)

Májátültetési aktivitás klinikánkon 2005-től napjainkig: 273 májátültetés, 257 betegen. Ebből 128 nő, 142 férfi. A betegek átlagéletkora: 39,9 év. Medián követési idő: 20,4 hónap.

Leghosszabb túlélési idő: 11 év 3 hónap. Egy hónapon belüli letalitás: 10,6 %.

Átlagos hideg ischaemiás idő: 8 óra 11 perc. Átlagos műtégi idő: 7 óra 31 perc.

Tárgyalom az indikációkat, a különböző diagnózisok miatt végzett transzplantációk számát. A legtöbb átültetés HCV-cirrhosis miatt végeztük második helyen az alkoholos májbetegség áll. 2005-ben 46 transzplantációt végeztünk.

Tárgyalom a kivizsgálás szempontjait, lépéseit, a műtégi alkalmasság kritériumait és a kivizsgálás szempontjait.

MÁJBETEGSÉG ÉS A SZEXUÁLIS MŰKÖDÉS ZAVARAI

Gyovai Gabriella dr.

Májbetegek esetében többféle szexuális étellel kapcsolatos kérdésben érdemes járatosnak lennünk :

- a szexuális zavarokkal
- azok gyógyszerelésével
- a fogamzásgátlás
- májbetegek gyógyszerei, melyek zavart okozhatnak a szexuális működésben.

Az előrehaladt májbetegségre jellemző a hormonális változás, mely az ösztrogének relatív túlsúlyát jelenti a tesztoszteronnal, dihidrotesztoszteronnal szemben. Ennek hatása lehet:

- csökkent nemi vágy
- merevedési zavar
- a nemi szőrzet és a test szőrzetének gyérülése
- gynecomastia
- zsírszövet eloszlásának megváltozása a testen
- az izomzat sorvadása

Mint minden krónikus betegség, a májbetegségek is együtt járnak fáradtsággal, depresszióval és ez tovább csökkenti a szexuális érdeklődést.

Egy vizsgálatban nem-alkoholos eredetű májbetegségben szenvedő férfiak szexuális funkcióit térképezték fel. A betegség súlyosságát a Child-Pugh beosztás szerint értékelték: a legenyhébben érintett betegek A, a közepesek a B, a súlyosak a C csoportba kerültek. Megállapítható volt, hogy az A csoportban a szexuális vágy kevéssé csökkent, míg a súlyosabb betegekénél a coitus-frekvencia és a vágy is igen erősen csökkent. Behatolást megnehezítő erectilis zavarra az A csoport 7 %-a, B csoport 40%-a és a C csoport 67%-a panaszkodott. A teljes- és szabad tesztoszteron szintek a betegség súlyosságával párhuzamosan, lényegesen csökkentek.

Az ejakuláció zavarai nem tértek el az átlag-népességben tapasztalhatótól: sem a korai, sem a késői magömlés, sem a retrográd ejakulációt nem mutat összefüggést a májbetegség jelenlétével.

A gyógyszerek közül az interferon kezelés igen gyakran okoz szexuális zavart és csökkent libidót, mely leginkább férfiak panaszja szokott lenni.

Nők interferon terápiájánál az egyik leggyakoribb panasz a hüvelyszárazság, mely kifejezett fájdalmat okoz behatoláskor és az égő-viszkető, irritáló érzés továbbra is megmarad. Különösen kifejezett ez az elváltozás, ha a beteg egyébként is postmenopausában van. Az ösztrogénhiány okozta hüvelyszárazság kezelése lokálisan ható ösztrogén tartalmú krémekkel enyhébb esetekben nem szokott rosszabbodást okozni az alapbetegségben de mindenképpen indokolt a konzultáció hepatológussal

Az orális ösztrogén-gesztagén alapú hormonpótlás májbetegségekben kontraindikált.

A betegek gyakran felvetik, hogy kipróbálhatják-e a napjainkban igen elterjedt erekciófokozó szereket: a Viagrát, a Cialist vagy a Levitra-t. Enyhébb esetekben ez lehetséges, minden esetben ajánlott először a legkisebb dózisú tablettát megpróbálni. A májműködés monitorozást érdemes hepatológus specialistára bízni, mert a gyógyszer dózisát általában emelni kell, hogy hatékony legyen. A PDE5-gátló gyógyszerek klinikai vizsgálatait nem mutattak ugyan máj-toxikus hatást, de az elővigyázatosság nagyon fontos.

A hímvesszőbe adható vasodilatációt okozó szerek használatát urológus tanítja meg a páciensnek. A papaverin olcsó és hatékony, de viszonylag gyakran okoz hegesedést. A

Prosztaglandin E tartalmú hatóanyagok húgycsőbe is felhelyezhetők, az előbbi megoldásnál kevesebb szövődményt okoznak. A dózis titrálása a priapizmus kialakulását hivatott megakadályozni.

A nemi vágy csökkenésére tesztoszteron készítmények nem alkalmazhatók májbetegéknél még transzdermális formában sem.

A májbeteg nők fogamzásgátlása sarkalatos kérdés. A terhesség a nő életét is veszélyeztetheti, a toxaemia lényegesen gyakoribb, mint olyan terheseknél, akik előzőleg nem szenvedtek ilyen betegségben. Esetükben lehetséges a petevezetők lekötése orvosi indikáció alapján, melyért a betegnek nem kell fizetnie az állami intézetekben. A méhen belüli eszközt viszonylag sokan választják. Olyan nőknél hasznos, akik nem hajlamosak kismencedei gyulladásokra. A progeszteron hormont kibocsátó méhen belüli eszköz a Miréna, mely felhelyezése után közvetlenül több esetben okoz rendszertelen pecsételő vérzést, de a későbbiekben a menstruáció mennyisége csökken, néha meg is szűnik. A vérben keringő gesztagén szintje ugyan nem éri el a szájon keresztül szedhető gyógyszereknél mérhető, megis érdemes hepatológus véleményét kérni és csak igen enyhe esetekben gondolhatunk erre a formára.

Új megoldás a hüvelyboltozatba helyezhető vékony, műanyag hormontartalmú gyűrű, a Nuvaring, mely lehetővé teszi, hogy a fogamzásgátló folyamatosan szívódjon fel, mint a tapaszok esetében. Így lényegesen alacsonyabb hormonszint szükséges a vérben, azért is mert a máj first-pass effektusát is elkerülhetjük. 3 hétig marad fenn a gyűrű, a negyedik hétben megvonásos vérzés jelentkezik. A gesztagén tartalmú depot injekció és a kombinált fogamzásgátló tabletták májbeteg nőknél kontraindikáltak.

HOGYAN VALÓSULNAK MEG A KRÓNIKUS VÍRUSHEPATITISEK KEZELÉSNEK ÚJABB LEHETŐSÉGEI A KLINIKAI GYAKORLATBAN?

Dr Nemesánszky Elemér

A krónikus vírushepatitis prevalenciája Magyarországon alacsony (0.5-0.8%). A becült adatok szerint kb. 50-70 ezer egyén vérében vannak jelen hepatitis B és/vagy hepatitis C-re vonatkozó antitestek. Ezen betegek felderítésében a háziorvosok szerepe döntő fontossága mellett hangsúlyozni kell a többi szubdiszciplina jelentőségét is. A vírusfertőzött betegek gondozása, szükség esetén az antivirális kezelés alkalmazása (az erre a feladatra kijelölt) hepatológiai szakambulanciákon valósul meg.

A lakosság hepatitis vírusokra történő szűrővizsgálata csak endémiás területen vagy 2%-nál nagyobb prevalencia esetén ajánlott. A hazai tapasztalatok is arra utalnak, hogy a fertőzés ténye az akut szak szimptomái alapján csak esetek felében derül ki. A krónikus vírushepatitisnek pathognomikus tünete nincs és sokszor észlelhető, hogy a májfunkciókra utaló paraméterekben csak kismértékű eltérések vannak. Különösen a korai stádiumban jelent problémát a helyes diagnózis megállapítása.

Mi a teendő hepatotrop vírussal történő fertőzés lehetőségének felmerülése esetén?

A betegség természete, a prognózis megítélése, az adekvát kezelés szakmai irányítása illetve a betegek gondozása a hepatológiában jártas szakorvos feladata. Fontos a kóros májleleteket okozó etiológiai faktor felderítése. Hepatitis B illetve C vírusra vonatkozó antitestek pozitivitásának ismeretében tesztelni kell a vírus aktivitását is. A vírulencia ténye illetve mértéke a vírusnukleinsav tesztelésével lehetséges (HCV-RNS, HBV-DNA) mely vizsgálatok elvégzésére az erre a célra kijelölt (akkreditált) laboratóriumok feladata.

Akut hepatitis B folyamán csak az esetek 5-8%-ban kialakuló **krónikus progrediáló vírusfertőzés észlelése** során jön szóba antivirális kezelés. Ilyenkor az interferon (kb. 6 hónapig) vagy a vírusnukleinsav szintézisét gátló lamivudin (legalább 1 évig) alkalmazható. A vírus eliminálásának valószínűsége kb. 35-40%, az esetek többségében csak a virulencia csökkenése, a folyamat progressziójának lassítása érhető el. A lamivudin 2-4 évig történő adása növeli a „reszponderek” számát, de egyre nagyobb százalékban alakulnak ki a „lamivudin-mutáns” törzsek. A lamivudin-rezisztens betegek jó eséllyel kezelhetők adefovir dipivoxillal. Magyarországon a 2005 év során összesen 100 B-pozitív beteg antivirális kezelése valósult meg.

Az **akut hepatitis C** fertőzést követően igen nagy valószínűséggel (70-85%) alakulnak ki a krónikus hepatitisre jellemző kórformák. Amennyiben a megbetegedés kezdete ismert és a 12 hét táján a kóros májleletek mellett HCV-RNA-PCR pozitívítás is igazolható, akkor a 6 hónapig alkalmazott pegylalt-interferon + az antinukleozid hatású ribavirin kombinált antivirális kezeléssel megakadályozható a krónikus májbetegség kifejlődése. Megjegyzendő, hogy a hazai gyakorlatban a fentiekre vonatkozóan még kevés adattal rendelkezünk.

A hepatológiai szakambulanciánkra irányított betegek döntő részére jellemző az ismételtén észlelt kóros májlelet és a vírus-antitest pozitívítás. **Krónikus hepatitis C-s** betegek kezelése (amennyiben a virulencia mértéke ismert és kontraindikáció nem áll fenn) valamint a gondozás (kontrollvizsgálatok) a Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium protokollja szerint történik. A pegylalt interferon (Pegasys, Pegintron) és ribavirin (Copegus, Rebetol) 12 hónapig tartó alkalmazásával kb. a betegek fele tartósan vírusmentessé tehető (reszponderek). Amennyiben a terápia 12. hetében a hatás nem igazolható (májleletek javulása, a virulencia szignifikáns csökkenése) a kezelést le kell állítani („stop-szabály”).

Hazánkban a 2005 év során 1115 krónikus C-hepatitises beteg részesült kombinált antivirális kezelésben.

A krónikus vírushepatitises (hepatitis B és C) betegek kezelésének évi költségvonzata meghaladja a 4 milliárd forintot.

A betegek gondozásának főbb indokai: a krónikus folyamat esetleges progressziójának követése, a recidíva és a szövődmények felismerése, a cirrhosis stádiumában kb. 20%-os valószínűséggel kialakuló májrák korai stádiumban történő detektálása.

Lehetőségeink fejlesztésének jövő irányai:

- a normális transzferáz aktivitások háttérben álló aktív vírusreplikáció felismerése, szükség esetén a betegek kezelése
- az egyénre adaptált antivirális terápia (dózis, időtartam) alkalmazásának lehetősége
- újabb illetve hatékonyabb (kevesebb mellékhatással rendelkező) kezelési protokoll
- a betegek jobb kooperációjának, adhenciájának elérése (edukáció, civil szervezetek bevonása, a téma társadalmi megítélésének javítása)

HEPATITIS C VÍRUSFERTŐZÉS MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ ELŐTT ÉS UTÁN

Dr. Lengyel Gabriella med.habil.

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

A májtranszplantáció leggyakoribb indikációja a hepatitis C vírus (HCV) okozta májcirrhosis. A HCV fertőzés a műtét után a betegek 100%-ában visszatér, ezért a C cirrhosis hepatitis miatt végzett májtranszplantáció után a legfontosabb terápiás probléma a HCV-rekurrencia. A szerzők áttekintik a HCV-rekurrencia patogenezisét és prognózisát. A transzplantáció utáni krónikus C hepatitis antivirális kezelés nélkül néhány év alatt májzsugorhoz vezet, a cirrhosisok 50%-a egy éven belül dekompenzálódik, és a dekompenzáció után az egyéves túlélés csupán 41%. A rapid lefolyásban az alkalmazott immunszuppresszióknak jelentős szerepe van. A betegek vírus elleni kezelése kompenzált és dekompenzált májzsugorban már a várólistán is lehetséges. A HCV-PCR negatív állapotban végzett májtranszplantáció után a HCV-rekurrencia 70-75%-ban fordul elő. A transzplantációt követő antivirális kezelésnek két formáját különítik el, a korai (pre-emptive) kezelést és a szövettannal igazolt rekuráló C hepatitis kezelését. Az eddigi tapasztalatok alapján a korai - szövettani eltérés nélküli- kezelésnek nincs előnye a szövettannal már igazolt de jelentős fibrózist még nem mutató, visszatérő C hepatitis korai kezelésével szemben. A szerzők az irodalmi adatok ismertetése mellett részletesen tárgyalják a HCV rekurrencia terápiájával, standard interferon-alfa, pegilált-interferon-alfa és ribavirin kombinált kezeléssel szerzett saját tapasztalataikat. Ismertetik a mellékhatásokat. A HCV-rekurrencia kezelése még nem megoldott probléma, nyitott kérdés a kezelési idő kezdete, tartama, a standard terápia dózisa és formája, ezért is fontos az ilyen irányú tapasztalatok és megfigyelések gyűjtése.