

A VESEKÁROSODÁS HOZZÁJÁRUL A ROSSZABB TULÉLÉSI EREDMÉNYEKHEZ FELSŐ ÉS ALSÓ GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉSBEN SZENVEDŐ BETEGEKNÉL



EGY 1,160 ESETBŐL ÁLLÓ KOHORSZ TANULMÁNY EREDMÉNYEI

DR. SIMON ORSOLYA ANNA

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM KLINIKAI KÖZPONT
I. SZ. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA

Simon Orsolya Anna^{1,2}, Frim Levente^{1,2}, Farkas Nelli³, Sipos Zoltán^{2,3}, Vörhendi Nóra^{2,4}, Boros Eszter^{2,5}, Pálincas Dániel^{6,7}, Teutsch Brigitta^{2,6}, Kalló Patrícia^{2,8}, Vass Vivien², Szentesi Andrea², Hágendorn Roland¹, Hegyi Péter^{2,6}, Erőss Bálint^{2,6}, Szabó Imre¹

1. Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika, 2. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet, 3. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bioanalitikai Intézet, 4. Siófoki Kórház-Rendelőintézet, 5. Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, I. sz. Belgyógyászati Klinika, 6. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ 7. MHEK Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály, 8. Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Alapellátási Intézet

Mind az **akut vesekárosodás**, mind a **krónikus veseelégtelenség** rizikótényezőnek tekinthető a **gasztrointesztinális vérzések (GIB)** számos kimenetelében. Ezek magasabb halálozási aránnyal, hosszabb kórházi bentfekvéssel és nagyobb transzfúziós szükséglettel járnak manifeszt vérzés esetén.

CÉLKITŰZÉS

Tanulmányunk célja a veseműködés szerepének további értékelése a gasztrointesztinális vérzések számos klinikai kimenetelében.

A **Magyar Gasztrointesztinális Vérzések Regiszterbe** 2019 és 2022 között gyűjtöttünk adatokat bármilyen etiológiájú GIB-ről. Az adatrögzítés során használt többszintű hitelesítő rendszer segítségével kapott magas minőségű adatokat **retrospektív** módon elemeztük. Számos **elsődleges** (kórházi halálozás, hazabocsátás, endoszkópos vizsgálat/beavatkozás szükségessége, akut műtét, kórházi újravérzés, hospitalizáció hossza, intenzív osztályos kezelés) és **másodlagos** (*H. pylori* fertőzés igazolása, daganat azonosítása vérzésforrásként, bármilyen transzfúzió vagy alvadási faktor adásának szükségessége, véralvadásgátló terápia) kimenetelt figyelembe vettünk. Leíró statisztikát használtunk az adatok összegzésére, emellett a becsült glomerularis filtrációs rátát (**eGFR**) (ml/min/1,73 m²) **folytonos változóként** kezeltünk, átlagot, szórást, mediánt, interkvartilis tartományt és minimum/maximum értékeket számoltunk.

	eGFR: 42.63±28.78	eGFR: 51.98±27.90	eGFR: 47.40±27.41
	vs.	vs.	vs.
	57.08±26.62	60.11±25.06	56.68±27.02
	p<0.001	p<0.001	p<0.001

	eGFR: 58.12±25.56	eGFR: 59.63±25.24	eGFR: 58.65±26.61
	vs.	vs.	vs.
	50.23±29.69	52.76±25.44	54.31±27.64
	p<0.001	p=0.021	p=0.008

eGFR: becsült glomerularis filtrációs ráta (ml/min/1,73 m²)

MEGFONTOLÁSOK A KLINIKUMBAN

- GIB betegek felvételekor mért vesefunkciós paraméterei és GFR% változás a kórházi kezelés kimenetelére vonatkozó információt hordoznak
- A vesefunkció más laboratóriumi paraméterekkel együtt felfedhet a kezelés során veszélyeztetettebb betegpopulációkat
- Egyéb tényezők (folyadékbevitel, vizelet mennyisége, artériás vérgáz, pH) monitorozása a laboratóriumi paraméterekkel együtt segíthet az alarmírozó változások időbeli észlelésében
- Magasabb kockázatú egyének esetében a liberális transzfúzió és a véralvadási faktorok alkalmazása megfontolandó már korábban a kezelés során, hosszabb monitorozás mellett
- Gyakori és jól időzített vérvételeket kellene végezni olyan laboratóriumi paraméterek meghatározásához, mint a kreatinin, a karbamid és az eGFR, lehetőleg klinikai vizsgálatok keretében

A **csökkent vesefunkció** összefüggésben állt a **kórházi halálozással** (eGFR: 42.63±28.78 ml/min/1,73 m² vs. 57.08±26.62 ml/min/1,73 m², p<0.001), a **vörösvérsejt (VVT) transzfúziójának** (eGFR: 51.98±27.90 ml/min/1,73 m² vs. 60.11±25.06 ml/min/1,73 m², p<0.001) és az **alvadási faktorok adásának** szükségességével (eGFR: 47.40±27.41 ml/min/1,73 m² vs. 56.68±27.02 ml/min/1,73 m², p<0.001). A felvételkor **észlelt jobb vesefunkció** összefüggésbe hozható a beteg **otthonába történő elbocsátásával** megfelelő kezelés után (szemben a felvétel bármely más kimenetelével) (eGFR: 58.12±25.56 ml/min/1,73 m² vs. 50.23±29.69 ml/min/1,73 m², p<0.001), **H. pylori pozitivitással** (eGFR: 59.63±25.24 ml/min/1,73 m² vs. 52.76±25.44 ml/min/1,73 m², p=0.021) és az **endoszkópos intervenció szükségességével** (eGFR: 58.65±26.61 ml/min/1,73 m² vs. 54.31±27.64 ml/min/1,73 m², p=0.008). Amennyiben felvételkor az eGFR magasabb volt, mint **36.64** ml/min/1,73 m², a beteget otthonába tudtuk bocsátani, **25.96** ml/min/1,73 m² alatti érték esetén magasabb volt a halálozási arány és több VVT transzfúzióra volt szükség **49.61** ml/min/1,73 m² eGFR alatt.

Megállapítható, hogy a felvételnél károsodott vesefunkció magasabb kórházi halálozást eredményez minden típusú GIB esetén, valamint magasabb transzfúziós igénnyel járt.