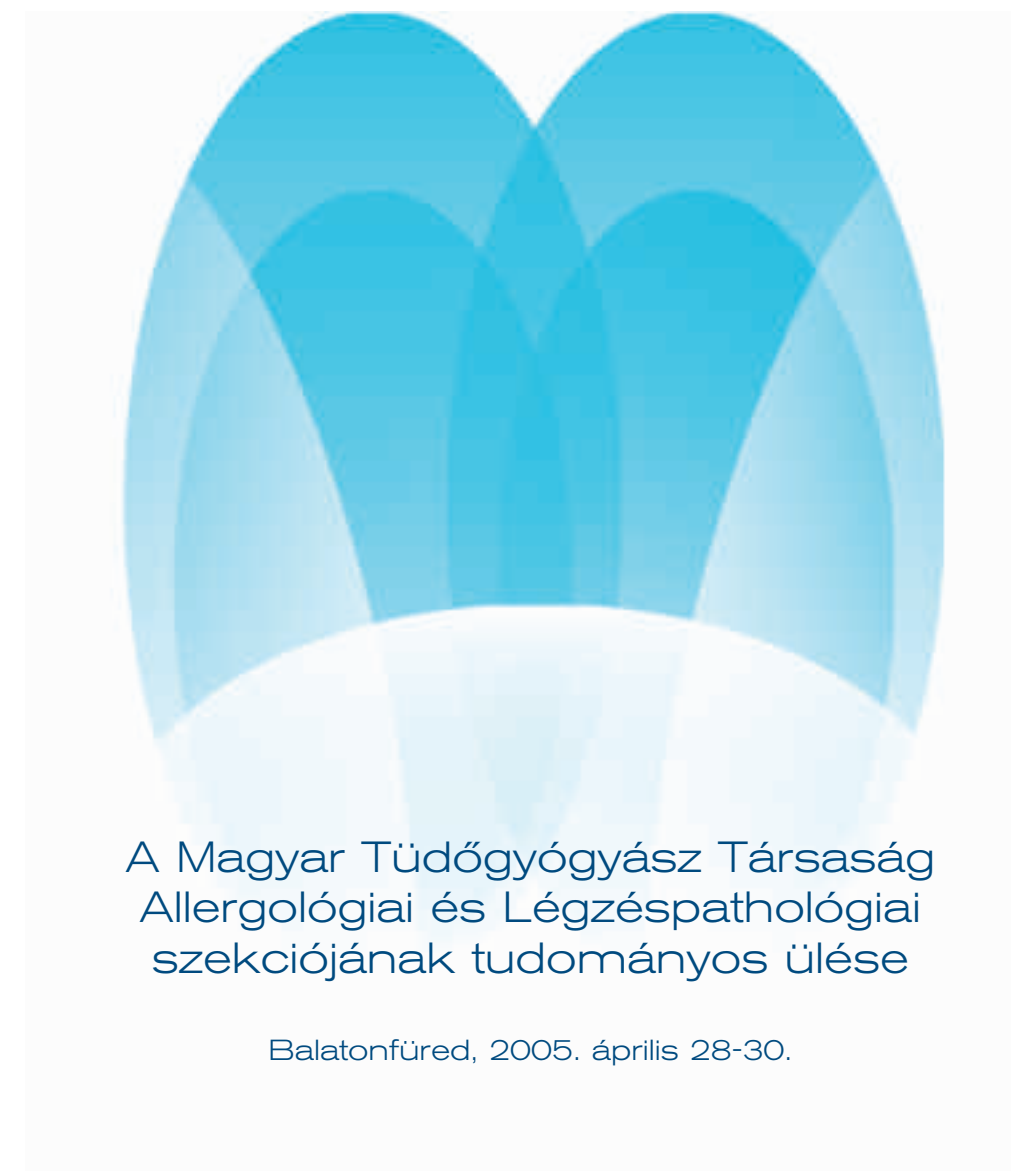




ABSZTRAKT FÜZET



A szervezőbizottság tagjai:

Dr. Fónay Károly, Dr. Gálffy Gabriella, Dr. Márk Zsuzsa

A Tudományos Bizottság elnöke:

Dr. Magyar Pál

A Tudományos Bizottság tagjai:

Dr. Fónay Károly, Dr. Gálffy Gabriella, Dr. Herjavec Irén,
Dr. Márk Zsuzsa, Dr. Somfay Attila, Dr. Uhereczky Gábor

A Kongresszus fő szponzorai:

AstraZeneca
GlaxoSmithKline

Kiemelt támogatók:

Boehringer Ingelheim és Pfizer
Schering Plough Central East AG
Sanofi Aventis

Akkreditált rendezvény, kreditpontértéke 32 pont.

Kiállítóink

- Air Wolf 2004 Kft.
- Alcon Hungária
- Altana Pharma
- AstraZeneca
- Boehringer Ingelheim és Pfizer
- BUS-OXY
- Elektro-Oxigén
- Frank diagnosztika
- GlaxoSmithKline
- Hungimpex
- Med-In-Art
- Medisan Hungary Kft.
- Merck
- Messer Hungarogáz Kft.
- Novartis Hungaria Kft.
- Rhinolight
- Sager Pharma
- Sanofi Aventis
- Schering Plough Central East AG
- UCB
- Ultramarketing Kft.

COPD szűrés egy dohányzásról való leszokást segítő ambulancián _____ 4

Dohányzási szokások felmérése tüdőgyógyintézetben dolgozók körében _____ 5

Hő sokk fehérje (HSP) 72 polymorphismus vizsgálata

chronicus obstruktív tüdőbetegekben _____ 6

Okoz-e légúti obstrukciót az alma evés fapollen érzékeny betegekben? _____ 7

Az immunstimuláns kezelés szerepe a légúti fertőzések megelőzésében _____ 9

Folyamatos (kontrollált vs. nem kontrollált) és intervallum dinamikus tréning

copd-s betegek rehabilitációjában _____ 10

Az aszpirin-indukált asztma áttekintése _____ 11

Refrakter (súlyos, terápia rezisztens) asztma _____ 13

Súlyos fiataalkori asztma (esetismertetés) _____ 14

Asthmás terhes asszonyok kezelésének hazai tapasztalatai _____ 15

Asztmás betegek belégzési csúcsáramlás értékei turbuhaleren és diskuson keresztül _____ 16

Kilégzett biomarkerek monitorozása asztmás gyerekekben

fix kombinált terápia során _____ 17

Asztma és társbetegségek – a terápia buktatói _____ 18

Asztmás betegek légzőszervi rehabilitációs kezelése sóbányában

- Kúra-túra Parajdon _____ 20

Anti-GM-CSF autoantitest hatására kialakuló tüdőbetegség:

idiopathiás alveolaris proteinosis _____ 21

A genetikai háttér és a környezeti tényezők összefüggésének szerepe az

obstruktív tüdőbetegségek patogenezisében _____ 22

A tüdőrák és az asthma együttes előfordulása _____ 23

A fokozott orális sóbevitel légúti gyulladásra kifejtett hatásai egérben _____ 24

Légzésfunkciós vizsgálatok szerepe a primer Sjörger szindróma okozta

tüdőfibrózis felderítésében _____ 26

A felső légutak hatása a kilégzett levegő kondenzátumának adenzin szintjére

allergiás rhinitises betegekben _____ 28

A leukotrién mérés korlátai kilégzett levegő kondenzátumban _____ 29

Nitrogén dioxid és ammónia aeroszokok légzőrendszeri kiülepedési

valószínűségének vizsgálata a sztochasztikus tüdőmodellel _____ 30

Kilégzett levegő kondenzátumok fizikai és biokémiai paramétereinek

összehasonlítása _____ 31

DiGeorge syndrome fatalis BCG sepsissel in vitro fertilizációval született

gyermekben _____ 32

COPD szűrés egy dohányzásról való leszokást segítő ambulancián

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórháza, Tüdőbelgyógyászati osztály

CÉL: Eddig nem ismert COPD-s betegek kiszűrése leszokni vágyó dohányosok közül.

BETEGANYAG ÉS MÓDSZER: 111 önként jelentkező kikérdezése panaszairól, spirometriás vizsgálata, a kilégzett levegő CO mérése

EREDMÉNYEK: 111 dohányos közül 46-nak volt légzésfunkciós eltéréssel igazolható COPD-je. Ebből 30 nem tudott betegségéről. A frissen felfedezettek közül 20-nak FEV1 értéke 60-80% között volt.

KÖVETKEZTETÉSEK: A dohányosok nagy része nem tud a már kialakult obstruktív tüdőbetegségéről, pedig az enyhe típusba sorolható COPD önmagában a dohányzás elhagyásával kezelhető lenne. Egy dohányzásról való leszokást segítő ambulancián egy egyszerű spirometriás vizsgálattal kiszűrhetővé és kezelhetővé válnak a pulmonológiai szakellátás számára felfedezetlen COPD-s betegek, akiknek felvilágosítása betegségükről a dohányzás elhagyásában is újabb motivációt jelenthet.

DiGeorge syndrome fatalis BCG sepsissel in vitro fertilizációval született gyermekben

¹ Magyarországi Református Egyház Mosdósi Tüdő- és Szívkórháza, Mosdós

² PTE ÁOK Orvosi Genetikai és Gyermekfejlődéstani Intézet, Pécs

³ Baranya Megyei Kórház “Kerpel-Fronius Ödön” Gyermekegészségügyi Központ, Pécs

⁴ DEOEC Infektológiai és Gyermekimmunológiai Tanszék, Debrecen

ÖSSZEFOGLALÁS: A komplett DiGeorge syndrome korai morbiditási és mortalitási tényezői a súlyos, perzisztáló fertőzésekben megnyilvánuló celluláris immundefectus és a különböző szívfejlődési rendellenességek. A betegek a későbbi életkorban is gyakran szorulnak a különböző szakterületeken jól szervezett együttműködést igénylő gondozásra. A szerzők egy ikerpár egyik tagjánál diagnosztizált, BCG sepsisben megnyilvánuló, súlyos immundefectussal járó DiGeorge syndrome esetét ismertetik.

KULCSSZAVAK: DiGeorge anomália, T-sejtes immundefectus, conotruncalis szívfejlődési rendellenesség, 22q11 deletio, intracytoplasmaticus sejt injectio.

Dohányzási szokások felmérése tüdőgyógyintézetben dolgozók körében

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika

CÉL: A dohányzás napjaink egyik legfontosabb népegészségügyi problémája. Számos magas incidenciájú és mortalitású pulmonológiai megbetegedés legfontosabb patogenetikai faktora a dohányfüst. Nem ismert, hogy a súlyos pulmonológiai megbetegedések miatt hospitalizált betegek kezelésében részt vállaló egészségügyi dolgozók körében hogyan alakulnak a dohányzási szokások.

BETEGANYAG ÉS MÓDSZER: Pulmonológiai fekvőbeteg intézet munkatársai (n=132) között önkéntes, anonim kérdőív segítségével a dohányzási szokásokat, valamint a dohányzással kapcsolatos egészségkárosító hatások szerepéről kialakult véleményeket vizsgáltuk.

EREDMÉNYEK: A megkérdezettek 72 %-a válaszolt, melyből 51% volt nem dohányzó, 33% aktív dohányos, 16% korábban dohányzó. Nők között az aktív dohányosok száma jelentősen magasabb volt, mint férfiakban (38 vs. 17%), ezzel szemben a sikeresen leszokottak között több volt a férfi (43 vs. 57%). A dohányzás szignifikáns negatív korrelációt mutatott az iskolai végzettséggel. Bár a dohányosok 75 %-a már próbálta abbahagyni a dohányzást, mégis 81 % jelezte, hogy szeret dohányozni. A nem dohányzókat (83%), valamint a már leszokott dolgozókat (87%) jelentősen zavarta a dohányfüst, szemben a dohányzókkal (0%).

KÖVETKEZTETÉSEK: Eredményeink szerint pulmonológiai betegeket ellátó intézmény munkatársai között a magyarországi felmérésekhez hasonló arányban találunk dohányosokat, mely azonban nők között magasabb, férfiak esetében szignifikánsan alacsonyabb, mint az átlagpopulációban. A dohányzásról kialakított vélemény jelentősen különbözik dohányzók és nem dohányzók között, mely mind az interpersonális kapcsolatokban, mind a betegellátásban különbséget jelenthet.

Kováts Zsuzsanna, Rusai Krisztina¹, Szabó Attila¹, Losonczy György, Magyar Pál, Müller Veronika

Hő sokk fehérje (HSP) 72 polymorphismus vizsgálata chronicus obstruktív tüdőbetegekben

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika és¹MTA Kutatólabor Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika

CÉL: Az indukálható HSP 72 a fehérjedegradáció szabályozója, cytoprotektív és immunreguláló hatású. Genetikai polymorphismusa befolyásolja a fehérje struktúráját, biológiai aktivitását és a külső noxákra kialakított immunválaszt. Chronicus obstruktív tüdőbetegekben (COPD) a gyulladásos folyamat miatt számos fehréje károsodik, ezért tanulmányunkban a HSP 72 polymorphismus hatását vizsgáltuk COPD-ben.

BETEGANYAG ÉS MÓDSZER: Klinikánkon kezelt COPD betegeknél (GOLD II-IV stádium, n=139), valamint egészséges véradóknál (kontroll, n=131) PCR és RFLP alkalmazásával meghatároztuk a HSP 72 (A1267G) polymorphismusát. Vizsgáltuk az allélfrekvenciát, valamint elemeztük a COPD-s csoportban az egyes genotípusokhoz tartozó klinikai adatokat.

EREDMÉNYEK: A HSP 72 allél frekvenciája és genotípus eloszlása nem különbözött a COPD-s (f(A):0.55) és a kontroll (f(A): 0.54) csoport között. A csökkent mRNS expresszióval járó G allélt hordozók, különösen a GG genotípusú betegek fiatalabbak voltak, kifejezettebb légúti obstrukciót mutattak. Nőkben a G allél frekvenciája magasabb volt, mint férfiakban (f(G) 0.485 vs 0.424, p=0.066), és szignifikánsan súlyosabb légúti obstrukcióval társult, mely különbség férfiak esetében nem volt kimutatható.

KÖVETKEZTETÉSEK: Eredményeink szerint a HSP 72 genotípus eloszlása nem különbözik COPD-s betegek és a kontroll csoport köhött. Nőkben azonban a csökkent HSP 72 működéssel járó G allél hordozás rizikófaktora lehet a betegség kialakulásának és progressziójának.

Barta Imre, Kullmann Tamás, Barát Erzsébet, Huszár Éva, Valyon Márta, Molnár-Világos Györgyi és Horváth Ildikó

Kilégzett levegő kondenzátumok fizikai és biokémiai paramétereinek összehasonlítása

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest

Háttér, cél: A kilégzett levegő kondenzátumának vizsgálata ígéretes módszer az alsó légúti betegségek diagnosztikájában. E módszer jelentősége elsősorban a nem invazív voltában rejlik, ellentétben az általánosan használt bronhoszkópiás és indukált köpetes vizsgálatokkal. Minden új módszer, így a kondenzátum vizsgálat klinikumban való elterjedésének előfeltétele azonban, hogy használható adatokkal szolgáljon a beteg állapotáról. Jelen pillanatban a különböző laboratóriumokból származó mérési adatok összehasonlítása nehézkes, időnként lehetetlen. A probléma egyik forrása lehet az a tény, hogy a klinikai minták más-más kondenzáló berendezéssel kerülnek gyűjtésre. Vizsgálatsorozatunk egyik célja az volt, hogy felmérjük, miként befolyásolja a minták paramétereit a kondenzáló berendezések minősége. Összehasonlításunkban a mintákat három, a kereskedelemben elérhető kondenzáló berendezéssel gyűjtöttük.

Módszer: A vizsgált minták 12 egészséges alanytól származtak. A minták gyűjtése normál légzéssel, orrcsipesz használata mellet történt úgy, hogy az alanyok készülékenként 10 percen keresztül lélegeztek a következő sorrendben: EcoScreen, (Jaeger, Németország); Rtube, (Respiratory Research Inc., USA) és Biostec (Spanyolország). Fagyasztva tárolás után történt a minták fizikai és biokémiai paramétereinek meghatározása (lásd táblázat).

Eredmények:

	Térfogat (ml)	Konduktivitás NaCl (mM)	pH	Fehérje (ug/ml)	Adenozin (nM)
EcoScreen	1.34 (± 0.41)	1.80 (± 0.67)	7.24 (± 0.20)	3.89 (± 2.03)	3.83 (± 1.75)
Rtube	1.00 (± 0.36)	1.21 (± 0.36)*	6.86 (± 0.49)*	2.65 (± 1.98)	3.82 (± 3.06)
Biostec	1.35 (± 0.69)	1.05 (± 0.41)*	6.73 (± 0.25)*	1.88 (± 1.99)*	2.91 (± 1.70)

*p<0.05 vs EcoSreen

A mért értékek nagy szórást mutattak és korreláció sem volt felfedezhető a különböző paraméterekhez tartozó értékek között. Ugyanakkor az Ecoscreen-nel gyűjtött minták statisztikailag szignifikáns mértékben magasabb értéket adtak a pH, vezetőképesség és fehérje tartalom tekintetében, szemben a másik két készülékkel gyűjtött mintákkal.

Összefoglalva azt állapítjuk meg, hogy bár a kondenzáló berendezések különbözősége jelentős mértékben befolyásolhatja a kilégzett levegőből mérhető biomarker szinteket, ez a tényező önmagában még nem ad magyarázatot a mért értékek jelentős szórására. Az alacsony biomarker koncentrációból adódó méréstechnikai problémákat számításba kell venni.

A project az OTKA T43396 által támogatott kutatás része.

Nitrogén dioxid és ammónia aeroszolok légzőrendszeri kiülepedési valószínűségének vizsgálata a sztochasztikus tüdőmodellel

¹ Magyarországi Református Egyház Mosdósi Tüdő és Szívkorháza

² MTA – Központi Fizikai Kutató Intézet – Budapest

³ Marosvásárhelyi IV. sz. Belgyógyászati Klinika

CÉL: Számítógépes szimuláció segítségével modellezni kívántuk a belélegzett NO₂ és NH₃ aeroszol légutakban megtett útját, vizsgálni a kiülepedés helyét és valószínűségét. Jelen esetben egészséges tüdőre modelleztünk, de célunk a modell olyan irányú továbbfejlesztése, amely figyelembe veszi az akut és krónikus légzőszervi megbetegedések és ez utóbbiak exacerbációjakor fellépő tüdőbeli morfofunkcionális változásokat (allergia, asztma, COPD).

BETEGANYAG ÉS MÓDSZER: Dolgozatunkban egy közel 3.000 alkalmazottat foglalkoztató vegyi üzem nitrogén dioxiddal és ammóniával leginkább szennyezett részlegének, és ezen részlegekben dolgozók egy reprezentatív csoportjának adatait dolgoztuk fel. A légzési térfogatot VT (tidal volume), az „ideális” funkcionális reziduális kapacitást (FRC), a légzésciklusok időtartamát, továbbá a belélegzett aeroszol részecskék sűrűségét és méretét figyelembe véve modelleztünk a két légszennyező anyagra a három nap légzési módnak megfelelően.

EREDMÉNYEK: Eredményeinknél megfigyeltük, hogy egymáshoz viszonyítva a két anyag tüdőbeli kiülepedésében nyugalomban és könnyű fizikai munkánál nincs jelentős különbség, nehéz fizikai munkánál is csak minimális. A részecskeméret növekedésével mind az acinális, mind a bronchiális régióban jelentősen csökken a kiülepedés, de mindvégig magasabb marad az acinárisban. Nehéz fizikai munka esetében a 0,3-1,2 feletti tartományban az 1,2 feletti tartományhoz viszonyítva megfigyelhetjük, hogy ez utóbbiban az extrathorakális régióban a kiülepedési értékek meredeken emelkednek és az előbbinél jóval magasabb értékek meredeken emelkednek és az előbbinél jóval magasabb értékeket mutatnak. Az acináris kiülepedés adott részecsketartományban megháromszorozódhat, ha a könnyű fizikai munkát nehéz fizikai munka váltja fel.

KÖVETKEZTETÉSEK: A sztochasztikus tüdőmodellel végzett szimulációk eredményeként megállapíthatjuk, hogy a belélegzett toxikus aeroszolok jelentős része eljut a bronchiolusok és az alveolusok területére, ahol részt vesznek ezen struktúrák károsításában. A molekulák légúti kiülepedése különböző értékeket mutat a tüdő egyes területein a különböző légzési módoknak megfelelően. A várható eredményeink között szerepel a vizsgált légszennyező anyagok támadási pontjainak pontosabb lokalizációja, az individualizálható számítások és hosszútávú prognózis megítélése, amely segíthet az akut és krónikus betegségek kialakulásának jobb megismerésében és a jövőben talán a hatékonyabb terápiás stratégia kidolgozásában is.

Okoz-e légúti obstrukciót az alma evés fapollen érzékeny betegekben?

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

Közismert, hogy a nyírfa és az alma allergiás keresztreakciót adó növények. Vizsgálatainkkal arra kerestünk választ, hogy fapollen érzékeny betegekben az alma fogyasztása okoz-e légúti obstrukciót, vagy egyéb tünetet.

A Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika ambuláns betegei közül 41 egyént vontunk be a vizsgálatba, akiknek bőrpróbájában fapollen pozitívítás igazolódott. 19 férfi és 22 nő vett részt a vizsgálatban, átlag életkoruk 36,0 év volt (10-74 év között). Mindegyiküknek allergiás náthája volt, 29 beteg asztmás panaszokról is beszámolt. 24 betegnek csak pollen-szezonban jelentkezett tünete, a többieknek egész éven át tartó panaszai voltak. A vizsgálatban résztvevőknél nyírfa pollen kivonattal (ALK-Abello) és almával bőrpróbát (Prick teszt) végeztünk, valamint légzésfunkciós vizsgálatok is történtek alma evés előtt és azt követően 15, 30, 60 illetve 120 perccel.

A bőrpróbában 24 esetben találtunk nyírfára, 6 esetben almára pozitív reakciót. Az alma elfogyasztása után 11 betegnek jelentkezett orális allergia szindrómára (OAS) jellemző tünete, de egyiküknél sem regisztráltunk FEV₁ méréssel kimutatható légúti obstrukciót a spirometria során. Csak a MEF₂₅ érték mutatott az alma fogyasztása után 1 és 2 órával szignifikáns (p<0,01) csökkenést.

Összefoglalva: Vizsgálatainkkal az ismert keresztreakció ellenére sem találtunk szoros összefüggést a nyírfa és alma bőrpróba pozitívítás között. A betegek közel 1-e mutatott OAS-t igazoló tüneteket alma fogyasztása után. Kislégúti áramlás-csökkenést 17 fapollen érzékeny betegnél észleltünk.

A felső légutak hatása a kilégzett levegő kondenzátumának adenzin szintjére allergiás rhinitises betegekben

¹Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Kórélettani Osztály, Budapest,

²Péterffy Sándor Kórház, Fül-Orr-Gégészeti Osztály, Budapest

CÉL: Allergiás rhinitises betegek alsó légutaiban tünetmentes gyulladás állhat fenn, melynek szűrése nem megoldott. Az sem tisztázott, hogy ezen betegekben gyulladásos mediátorok lekerülhetnek-e légzés útján a felső légutakból az alsókba. A kilégzett levegő kondenzátumának adenzin szintje emelkedett asthmás betegekben és összefüggést mutat a kilégzett nitrogén-monoxid (NO) szinttel. Tanulmányunk célja az volt, hogy megmérjük a kilégzett levegő kondenzátumának adenzin szintjét, a kilégzett és nazális NO szinteket nem-asthmás, rhinitises betegekben, és hogy megvizsgáljuk, vajon a gyulladt orrüregből származó adenzin hozzá adódhat-e a kondenzátum adenzin tartalmához.

BETEGANYAG ÉS MÓDSZEREK: 15 egészséges és 27 allergiás rhinitises betegen elemeztük a kilégzett és nazális NO szinteket ill. az orrcsipesz viselése közben gyűjtött kilégzett levegő kondenzátumát. 23, bizonyítottan gyulladt orrüregű rhinitises beteg esetében megismételtük a kondenzátum gyűjtését orrcsipesz viselése nélkül orron át való belégzés mellett, hogy tanulmányozzuk az adenzin orrüregből történő potenciális "belégzésének" hatásait a kondenzátum adenzin szintjére. Az adenzin HPLC módszerrel left megmérve. EREDMÉNYEK: Mind a kilégzett NO mind az adenzin szignifikánsan emelkedett volta betegekben az egészséges kontrollokhoz képest, a nazális NO szintekben nem volt különbség (kilégzett NO: 9.9 ± 1.5 ppb vs. 5.3 ± 0.5 ppb; nazális NO: 808 ± 73 ppb vs. 772 ± 77 ppb; adenzin: 11.2 ± 1.2 nM vs. 6.5 ± 0.7 nM). A kilégzett NO és adenzin szintek szignifikáns összefüggést mutattak. Rhinitises betegek kilégzett adenzin szintje magasabb volt, ha orrukon keresztül lélegeztek be a mintagyűjtés alatt, mint amikor szájon át vették a levegőt (17.7 ± 2.8 nM vs. 12 ± 1.4 nM, $p=0.006$).

KÖVETKEZTETÉSEK: Eredményeink azt mutatják, hogy nem-asthmás, allergiás rhinitises betegek kilégzett adenzin szintje emelkedett, ami tünetmentes gyulladást sejtet az alsó légutakban. Továbbá vizsgálatunk arra enged következtetni, hogy gyulladásos anyagok mint pl. az adenzin lekerülhetnek a felső légutakból az alsókba. Ez a jelenség közreműködhet az asthma kialakulásában allergiás rhinitises betegekben.

Az immunstimuláns kezelés szerepe a légúti fertőzések megelőzésében

Semmelweis Egyetem Budapest, Pulmonológiai Klinika

A bakteriális eredetű légúti infekciók kezelésében elsődleges szerepe az antibiotikumoknak van, azonban visszatérő esetekben fokozott hangsúlyt kapnak a megelőzés módszerei. Az előadás célja a Broncho-Vaxom kezeléssel kapcsolatosan szerzett hazai és nemzetközi tapasztalatokat leíró közlemények áttekintése, különös tekintettel a felnőttkorban népbetegségnek számító krónikus obstruktív tüdőbetegség akut exacerbációi megelőzésében betöltött szerepére.

Az áttekintett vizsgálatok eredményei alapján elmondható, hogy az összetett immunstimuláns hatásmechanizmussal bíró Broncho-Vaxom csökkentette a krónikus légúti betegségek talaján ismétlődően kialakuló légúti infekciós epizódok gyakoriságát, az infekció súlyosságát, fennállásának időtartamát, a hospitalisatio időtartamot, és az antibiotikum szedés időtartamát.

A Broncho-Vaxom terápia fő indikációs területét a felnőtt és gyermek betegek légúti infekcióinak, sinusitiseinek, akut- és krónikus bronchitiseinek, asthmához és COPD-hez társult fertőzéseinek megelőzése képezi. Az irodalmi adatok a COPD-ben való alkalmazásának költséghatékonyosságát alátámasztják.

Folyamatos (kontrollált vs. nem kontrollált) és intervallum dinamikus tréning copd-s betegek rehabilitációjában

Szegedi Tudományegyetem ÁOK Tüdőgyógyászati Tanszék

¹Orvosi Informatikai Intézet

A COPD komplex kezelésében a rehabilitáció szerepe előtérbe került (lásd GOLD ajánlás), melynek legfontosabb eleme a dinamikus alsóvégtagi tréning.

BETEGEK ÉS MÓDSZEREK: Három csoportot: gyógytornászok által kontrollált (K) (n=20) illetve nem kontrollált (NK) (n=21) folyamatos tréninget végző és intervallum (I) (n=7) csoportot hasonlítottunk össze. Mindhárom csoport homogén, azonos súlyosságú, hospitalizált COPD-s betegekől állt (átlag $\pm$ SD) (FEV₁: K: 49,7 $\pm$ 16,3 vs. NK: 51,5 $\pm$ 14,6 vs. I: 57,4 $\pm$ 16,3 ref%). A K csoport a Tüdőgondozóban heti 3-4 alkalommal 45 percig gyógytornászok által felügyelt kerékpár kondicionálást végzett, az NK csoport tagjai azonos heti periodicitással és időtartammal kerékpározás, lépcsőzés vagy dinamikus séta formájában otthonukban tréningeztek. Az I csoport a gyógytornászok felügyeletével 45 percig kerékpározott, melynek programja (10 perc maximális teljesítmény 50%-n bemelegítés, 10 alkalommal 2 perc 90%-os+1 perc 40%-os periódus váltakozása, majd 5 perc 50%-os levezetés) volt.

EREDMÉNYEK: Mindhárom csoportban jelentősen javult a betegek teljesítőképessége (K: 93 ± 34 vs. 106 ± 34 W, $p < 0,001$; NK: 96 ± 37 vs. 100 ± 35 W, $p < 0,05$; I: $104,2 \pm 19,9$ vs. $123,8 \pm 29,9$ W, $p < 0,001$) és az anaerob küszöb (AT (pred $\text{VO}_{2\text{max}}\%$)) (K: $36,6 \pm 9,8$ vs. $42,8 \pm 10,2\%$, $p < 0,001$; NK: $40,8 \pm 12,0$ vs. $44,6 \pm 11,6\%$, $p < 0,001$; I: $33,5 \pm 10,0$ vs. $42,4 \pm 6,4\%$, $p < 0,001$). A betegek csökkenő dyspnoe érzetről (Borg 0-10) (K: $6,4 \pm 2,5$ vs. $5,7 \pm 2,7$, $p < 0,05$; NK: $7,5 \pm 1,8$ vs. $6,9 \pm 2,2$, $p < 0,05$; I: $7,4 \pm 2,9$ vs. $5,6 \pm 2,4$, $p < 0,05$) és javuló életminőségről (0-24) (K: $11,5 \pm 0,7$ vs. $9,0 \pm 2,8$, $p < 0,005$; NK: $11,6 \pm 2,3$ vs. $7,0 \pm 1,9$, $p < 0,005$; I: $11,4 \pm 2,2$ vs. $8,0 \pm 0,7$, $p < 0,005$) számoltak be.

KÖVETKEZTETÉSEK: A tréning kedvező hatása mindhárom csoportban megmutatkozott a teljesítmőképesség növekedésében és az anaerob küszöb javulása által a csökkenő dyspnoe érzetben és javuló életminőségben. A hasonló kedvező eredmények igazolják a vizsgált kezelési alternatívák létjogosultságát a COPD komplex kezelésében.



Az asztma kezelésében a legmagasabb szintű kontroll elérésére kell törekednünk. Célunkat vagy elérjük, vagy nem. Egy új, mérőföldkőnek számító vizsgálat, a GOAL eredményei bebizonyították, hogy a Teljes Kontroll[®] megvalósítható.¹ Akár enyhe, akár súlyos esetről legyen szó, mostantól lehetőséget biztosíthat betegei számára a szabad életre – rohamoldó spray használata, tünetek, éjszakai felébredések és exacerbációk nélkül.¹



Légzésfunkciós vizsgálatok szerepe a primer Sjörngen szindróma okozta tüdőfibrózis felderítésében

¹SZTE Tüdőgyógyászati Tanszék ²SZTE Radiológiai Klinika ³SZTE Reumatológiai Tanszék

A Sjörngen szindróma olyan több szervrendszert érintő betegség, melyre leginkább a szem és a szárazsága hívja fel a figyelmet, valamint vese- és tüdőelváltozások alakulhatnak ki.

CÉLKITŰZÉS: A légzőszervi manifesztáció pontosabb megítélése igazolt primer Sjörngen szindrómás (pSS) betegeknél. Ennek a vizsgálatnak előzménye volt az 1999-ben 44 pSS- betegnél végzett nyugalmi légzésfunkciós vizsgálat sorozat, melynek során arra a megállapításra jutottunk, hogy elegendőek a pulmonális manifesztáció kimutatására. A diffúziós kapacitás (DLCO) és a spiroergometriás vizsgálat érzékenyebb módszer lehet a funkcionális állapot jellemzésére.

MÓDSZER: SZTE Reumatológia Tanszék által diagnosztizált és gondozott betegek körében végeztük a vizsgálatot, a képalkotó vizsgálatok a SZTE Radiológiai Klinikán történtek, a légzésfunkciós és terheléses vizsgálatokra a SZTE Tüdőgyógyászati Tanszék Légzésfunkciós Laboratóriumában került sor 2002/2003-ban.

BETEGANYAG: Előzetes beteglistáról levélben 45 beteget hívtunk be vizsgálatra, ebből 13 beteg jelent meg (13 nőbeteg – 29%). A korábbiak során: MRTG, HRCT pulmonológiai konzílium történt (spitometria, pletizmográfia). Jelenleg pletizmográfia, DLCO, terheléses vizsgálatokat végeztünk. Minden egyes beteg kitöltött egy kérdőívet a légzési panaszaira vonatkozóan (rekedtség, köhögés, dyspnoe). Átlagéletkor 61,2 (36-72) év volt. A betegség fennállásának átlagos ideje a vizsgálatok idejében 16,3 (1-31) év volt.

EREDMÉNYEK: A betegek légzőszervi panaszai az alábbiak szerint alakultak: 13 betegből: panaszmentes: 6, nyugalmi fulladás: 4, terhelésre fullad:5, éjszakai fulladás: 1, köhögés: 6, köpetürítés: 2.

A leggyakoribb panaszok a köhögés és a dyspnoe. Az átlagos diffúziós kapacitás (DLCO:18,3 ml/nim/Hgmm (84,46%)). DLCO/VA: 4,48 (74,92%) Átlagos teljesítmény Wmax: 91,4W (93,27%) Oxigénszaturáció a terhelés elején 96% +- 2,14, a végén 95%+-1,58.

MEGBESZÉLÉS: Megállapítottuk, hogy a vizsgált betegcsoportban a funkció-csökkenés enyhe fokú, ezért a nyugalmi légzésfunkciós vizsgálatok, noha alkalmasak az állapot nyomon követésére relative kevés információt hordoznak. A terheléses vizsgálatok során sem igazolódott súlyos funkcióvesztés, de állapot felmérésre illetve nyomon követésre a többlet információk miatt alkalmasabbak. Itt elsősorban a diffúzió zavarára kell felhívni a figyelmet. A terhelésre fellépő hypoxia az ILD korai jele lehet.

Az aszpirin-indukált asztma áttekintése

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet

Az aszpirin-indukált asztma (AIA) különálló betegség, amely aszpirin túlérzékenység, asztma és orrpolipózis együtteséből áll. A tünetek meghatározott sorrendben követik egymást. Prevalenciája felnőtt asztmások körében kb. 3-21%. Egy átfogó európai felmérés (AIA NE vizsgálat) szerint az AIA lényegesen gyakrabban fordul elő, mint ahányszor diagnosztizálják. A korrekt diagnózis csak aszpirin provokációs teszttel állítható fel. Az esetek 50%-ában súlyos, szteroid-dependens asztmát észlelnek; az orrpolipok pedig gyakran recidíválnak. A betegség patomechanizmusa még ma sem ismert, intenzív kutatások folynak. 1971-ben Szczeplik állította fel a ciklooxigenáz teóriát, mely szerint asztmás rohamot AIA-s betegeknél a ciklooxigenáz enzimet bénító szerek okoznak. Az arachidonsav kaszkád több metabolikus útja is módosult. Megbomlik a pro- és antiinflammatorikus mediátorok egyensúlya, nagy mennyiségben képződnek ciszteinil-leukotriének, a PGE2 termelődése viszont csökkent. Az AIA patogenezisében nem csak a gyulladásos, hanem a strukturális sejtek is szerepet játszanak. Saját vizsgálatunkban kimutattuk, hogy AIA-ban a bronchiális fibroblaszt sejt kultúrák pl. szignifikánsan kevesebb PGE2-t termelnek citokin stimulálta környezetben, mint az aszpirin-toleráns ill. egészséges egyénekből származók. Vizsgálataink eredménye hozzájárulhat az AIA többrétű patomechanizmusának pontosabb megértéséhez.

telitalálat

Kiválóan hat a területen szerzett légúti infekciók leggyakoribb kórokozói ellen: Gram-pozitív, Gram-negatív, atipikus baktériumok.¹

gyorsan hat

A szájon át adott levofloxacin gyorsan és majdnem teljes mértékben felszívódik, a plazma csúcskoncentráció 1 órán belül kialakul.³

célba ér

Magas, a szérumszintet meghaladó koncentrációt ér el a tüdőszövetben¹ és a sinus maxillaris nyálkahártyában.²



- **krónikus bronchitis akut exacerbációja**
- **közösségben szerzett pneumónia**
- **akut sinusitis**

Felhasználás előtt kérjük olvassa el a teljes alkalmazási előírást!

1. Almazan et al. OCV 24 (73/4/83) OCV 15 (88/4/90)
2. Fek DH, Chow KT, Oo H-mann-wei 1993 32/1/118

Supplemental digital content is available for this article. Direct URL citations appear in the text and in the right margin. For the complete text of this article, please visit the journal web site at www.jama.com.

[illegible]

AERIUS
Antiallergikum



1 éves kortól:



12 éves kortól:



A kép illusztráció, a forgalmazott termék címkéjéhez magyar

Apixia 0.5 mg/ml suspension

0,5 mg desloratadin mil-erhöht:

Terapias basillares

Az Aerius nyújt az állító betegségekkel társuló tünetek enyhítésére.

= allergic rhinitis (AR)

- krėtinys (chondritis urticaria) (KIU)

Adaptācijas es ar alkānmatās mēdija

Az Ásvány- és Természeti Erőforrások Minisztériuma

A gyógyászati rendelő orvosai tudnia kell, hogy 2 éves kor alatt a rhiniszis esetek többsége infekciós eredetű (lásd 4.4 pontban), és hogy az infekciós rhinisz Aemával történő kezelésére nem rendelkeznek adatok.

1-3 diaq. egermehke: 2,5 ml (1-25 ml) Aertus salınım naçarma egerster.

0-11 days embryonic: 5 ml (2.5 ml) Aorta vera; nascent aorta.

Felületek és (12 éves vagy idősebb) személyek: 10 m (5 m) Ágkor szerint: nátonál egyszer

Ellen Westcott

A készítmény hatóanyagával, hármaszárúval, ill. kristályos szorbens-tulajdonságúval

Nemlévénem hatások, mellékhatások

Osszességében a meningitiszes események incidenciája a 7 és 11 éves kor közötti gyermekekben hasonló volt az Aerius szirupot és a placebo-t szedő csoportokban. 6-23 hónapos csecsemőknél és kisgyermeknél a legrészletesebben, a placebo-csoportot megfigláló vizsgálatokban jelentett hemolitikus események a haemolízis (3,2%), a lúz (2,3%) és az almatartás (2,3%) voltak.

A FORGALOMBA HOZTARTAI ENGEDÉLY SZÁMA

FL21/00/146019

A FORGALOMBA HORIZONTÁLIS ENGEDÉLY ELSŐ KIADÁSÁNAK MEGJUTÁSÁNAK DATUMA

2001, January 15

A közelmúltban rendezett előadások, fórumok, kiállítások és a teljes állományos előadások.

Schering-Plough Central East AG Magyarország Kereskedelmi Képviselete, 1123 Budapest, Alkotás utca, 53. Telefon: 457-8500

...és kristálytiszta a légutak

Akcióban a hatékonyság

Dr. Kunos László, Dr. Komlósi Zsolt, Dr. Yang Dong, Prof. Dr. Magyar Pál, Prof. Dr. Losonczy György

A fokozott orális sóbevitel légúti gyulladásra kifejtett hatásai egérben

Semmelweis Egyetem Budapest, Pulmonológiai Klinika

CÉLKITŰZÉS: A fokozott orális sóbevitel befolyásolhatja egyes gyulladásos mediátorok expresszióját (Barta P. és tsai; J Hypertens. 2002, 20:1115-1120). Vizsgálatunk célja a fokozott orális sóbevitel légúti gyulladásra kifejtett hatásainak vizsgálata volt.

MÓDSZER: Kísérletünk során BALB/C egerek normál étrend mellett három héten át izotóniás sóoldatot, illetve csapvizet kaptak annak érdekében, hogy megfigyeljük a sóterhelés légúti gyulladásra és hiperreaktivásra (LHR) kifejtett hatását. Az egereket intranasalisán E.coli lipopolysacharide-dal (lps, 10 µg), vagy PBS-sel kezeltük. Ezt követően 24 óra elteltével megmértük az egyedek légúti ellenállását (i.v. methacholin adása mellett), majd bronchoalveolaris lavage-t (BAL) végeztünk. A mintákból meghatároztuk a BAL folyadék sejtes összetevőit, és a GM-CSF koncentrációját. A vizsgálati csoportokat PBS kezelt kontrollok (C), sóterhelt PBS kezelt egyedek (SC), lps kezelt (LPS), és sóterhelt lps kezelt (SLPS) egerek alkották (n=5-7). A kapott eredmények átlagát ($\pm$ SEM) adtuk meg, a sejtszámokat sejt/µl, a GM-CSF koncentrációját pg/ml-ben tüntettük fel.

EREDMÉNYEK: A C egerek BAL folyadékában kizárólag macrophagokat találtunk ($49,5 \pm 4,7$). A SC egyedekben emelkedett macrophag-számot mértünk ($85,6 \pm 4,2$; $p < 0,05$ vs. C), emellett megjelentek neutrophil ($6,2 \pm 2,2$; $p < 0,05$ vs. C) és eosinophil ($1,2 = 0,6$; $p < 0,05$ vs. C) sejtek is. A BAL GM-CSF koncentrációja mindkét csoportban alacsony maradt ($6,9 = 1$ és $6 \pm 0,9$). A LHR tekintetében a két csoport között nem találtunk különbséget. A LPS csoport BAL folyadékaiban jelentősen emelkedettnek bizonyult a neutrophil granulocyták száma ($1134,6 \pm 158,2$; $p < 0,01$ vs. C) és a GM-CSF koncentráció ($12,7 \pm 0,5$; $p < 0,05$ vs. C). A SLPS csoportban ugyanakkor a neutrophil sejtszám növekedése még kifejezettebb volt ($1606,8 \pm 166,1$; $p < 0,01$ vs. LPS) és a GM-CSF koncentráció ($17,2 \pm 2,5$; $p < 0,05$ vs. LPS). A LPS és SLPS csoportban a LHR egyaránt jelentősen emelkedett ($p < 0,05$ vs. C), a két csoport között azonban nem találtunk különbséget.

KÖVETKEZTETÉS: Az étrend magas sótartalma fokozhatja a lps kiváltotta neutrophil légúti gyulladást, és ezért részben a GM-CSF megnövekedett szintézise lehet felelős.

Dr. Csoma Zsuzsanna, Dr. Herjavec Irén

Refrakter (súlyos, terápia rezisztens) asztma

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

Az asztma az észak-amerikai, valamint európai lakosság mintegy 5-7%-át érinti és a betegség prevalenciája nő. A GINA súlyossági osztályozását alapul véve a legtöbb asztmás eset enyhe vagy közepes súlyosságú. Az asztmás betegek egy kisebb csoportját (valószínűleg az összes regisztrált asztmás kevesebb, mint 5%-a) képezik a súlyos esetek, ahol az asztma kontroll maximális adekvát gyógyszereléssel is csak nehezen, vagy egyáltalán nem érhető el.

Az American Thoracic Society (ATS) 2000-es ajánlásában ennek a betegcsoportnak a megjelölésére a refrakter asztma kifejezést javasolja, amely klinikailag heterogén csoport, magába foglalja a korábban súlyos, szteroid-dependens, nehezen kontrollálható, irreverzibilis asztmásként megjelölt, valamint az ún. labilis, vagy „brittle” asztmaként definiált csoportokat.

A refrakter asztmára jellemző klinikai kép patofiziológiai háttere jelenleg még nem pontosan ismert.

Nem teljesen tisztázott, hogy a refrakter asztmában zajló folyamatok felfoghatóak-e úgy, mint az enyhe és középsúlyos esetek patológiai jellegzetességeinek súlyosabb formája, vagy jellegében ettől eltérő folyamatokról van szó. Felmerül, hogy a refrakter asztma klinikai heterogenitása mögött eltérő patológiai jellegzetességek húzódnak.

Jelenlegi ismereteink alapján a refrakter asztma patológiájával kapcsolatosan 3 fő hipotézis létezik. Az egyik megközelítés szerint a refrakter asztma az enyhe, középsúlyos asztma patológiai folyamatainak súlyosabb formáját képviseli, és így az eozinofil sejtek jelenléte, a Th2 domináns gyulladásos folyamatok jellemzik. Egy másik megközelítés szerint a refrakter asztmában az enyhébb kórformáktól eltérő gyulladásos folyamat zajlik, amelyben elfogadott a neutrofil granulocyták szerepe. Az sem kizárt, hogy a refrakter asztma kialakulásában kulcsfontosságú a légutak stuktúrájának megváltozása, következményes irreverzibilis légúti obstrukció kialakulása.

A refrakter, súlyos asztmás betegek tehát az összes asztmás esetek viszonylag kis hányadát képviselik, ugyanakkor a kezeléssel, az „optimális” asztma kontroll biztosításával kapcsolatos nehézségek miatt klinikailag jelentős csoportot képviselnek.

Súlyos fiatalkori asztma (esetismertetés)

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet VIII.osztály

Bár az elmúlt évtizedekben az asztma kezelésének lehetőségei rendkívüli mértékben fejlődtek, a mortalitás mégis emelkedő tendenciát mutat párhuzamosan a prevalenciával. Az asztmás halálozást vizsgáló tanulmányok alapján ennek 2 leggyakoribb oka: a, a beteg helytelenül ítéli meg állapotának súlyosságát; b, az orvos késlekedik az adekvát kezelés bevezetésével. Saját beteganyagból jellegzetes esetek bemutatásával illusztrálják a szerzők a fenti problémakört. 3 fiatal asztmás beteg látszólag hirtelen fellépő légzés- és keringés-összeomlással járó akut asztmás krízisének hátterében (melyek között egy fatális volt, egy klinikai halált, majd súlyos hypoxiás agyi károsodást okozott, valamint egy mediastinalis ptx-t idézett elő) a kórtörténeti adatok elemzésével az irodalmi adatokhoz hasonlóan megállapítható volt, hogy a, a betegek és környezetük alulértékelték a tüneteket illetve b, nem kaptak időben állapotuk súlyosságának megfelelő kezelést. Az akut súlyos asztma, esetleg halállal végződése csaknem minden esetben elkerülhető lenne gondos betegvezetéssel, rendszeres ellenőrzéssel, betegoktatással.

A tüdőrák és az asthma együttes előfordulása

Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

BEVEZETÉS: Több, módszertanilag jó minőségű vizsgálat egybehangzó eredménye alapján ismeretes, hogy a COPD-s betegek esetében a tüdőrák incidencia (11,6/1000 manyears) 4-5-ször magasabb, mint a dohányosoknál illetve az egyszerű bronchitiseseknél észlelt. COPD-hez leggyakrabban a planocelluláris tüdőcarcinoma társul. Vizsgálatunkkal arra a kérdésre keresünk választ, hogy hasonlóképpen a COPD-hez az asthma jelenléte is növeli-e a tüdőrák megjelenésének kockázatát.

ANYAG ÉS MÓDSZER: 1999 és 2004 közötti időszakban vizsgáltuk asthmás betegeinknél a tüdőrák megjelenését. 1999-ben 2, 2000-ben 2, 2001-ben 7, 2002-ben 12, 2003-ban 16, 2004-ben 10 ismert asthmás beteg esetében diagnosztizáltunk pullmonális carcinomát. Vizsgáltuk és elemeztük az adatokat a nem, az életkor, az asthma diagnosis óta eltelt idő, az asthma grade, kimutatott allergia jelenléte vagy hiánya, dohányzási szokások, a daganat diagnosishoz vezető vizsgálati módszer, a daganat cytologiai illetve histologiai típusát figyelve. Eredményeinket összevetettük ugyanezen időszakban talált COPD és tüdőrák együttes előfordulását mutató eseteinkkel.

KÖVETKEZTETÉSEK: A vizsgált 6 év alatt az asthmas betegeinknél évenként növekvő számban diagnosztizáltunk tüdődaganatot. Összehasonlítva COPD-s eseteinkkel megállapítható, hogy asthmás betegeinknél a tüdőrák lényegesen kisebb számban jelenik meg.

A genetikai háttér és a környezeti tényezők összefüggésének szerepe az obstruktív tüdőbetegségek patogenezisében

Magyarországi Református Egyház Mosdósi Tüdő és Szívkorháza, Mosdós,

¹Allegro-Med Kft., Budapest

Általánosan elfogadott tény, hogy számos tüdőbetegség, mint például az asztma, vagy a COPD háttérében multigenetikus öröklődés áll. Ezen túlmenően felismerésre került, hogy számos tüdőbetegség etiológiájában összetett kapcsolat található a genetikai háttér és a nagyszámú környezeti hatás között. Az utóbbi időben azonban túl nagy hangsúlyt kaptak a környezeti tényezők. A genetikai faktorok szerepének jelentősége háttérben maradt. Ennek lehetséges oka a genetikai háttér hiányosabb ismerete. Az újabb kutatások felszínre hoztak olyan genetikai tényezőket, amelyeknek szerepe nem vitatható az említett tüdőbetegségek etiológiájában. A környezeti faktorok mellett a genetikai háttér szerepét támasztják alá a jelzett betegségek közötti ismert átfedések és pl. az a tény, hogy a betegek nem túl nagy, de nem elhanyagolható számában a ma legmarkánsabban felelőssé tett környezeti expozíciós tényező – a dohányzás – nem szerepel a beteg anamnézisében. Az előadás utal a kísérletes megközelítésekre és kihívásokra, az asztma, a COPD, és a foglalkozási tüdőbetegségek genetikai háttérének vonatkozásában. Kiemelten érvényes ez a CD14 glutathion S-transferase, és a tumor nekrosis faktor- tekintetében a génkörnyezet és asztma patogenezis vonatkozásában. Az említett interakció megismerése és megértése kiemelten fontos a tüdőbetegségek prevenciója és kezelése új stratégiájának kidolgozásában.

Asthmás terhes asszonyok kezelésének hazai tapasztalatai

¹Semmelweis Egyetem Budapest, Pulmonológiai Klinika

²Semmelweis Egyetem Budapest, Genetikai-, Sejt- és Immunbiológiai Intézet

³Semmelweis Egyetem Budapest, I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

Az asthma bronchiale prevalenciája – az átlag populációhoz hasonlóan – a terhes asszonyok között is emelkedik, gyakorisága a gravidák között 4-8%. Az asthmás nők terhességeiben az irodalmi adatok alapján gyakrabban fordul elő spontán abortus, terhességi hypertonia, diabetes mellitus, császármetszés, praeclampsia, alacsony születési súly. Vizsgálatunk célja a klinikánk asthmás terhes ambulanciáján 2000 és 2004 között kezelt betegek adatainak retrospektív elemzése volt.

2004 végéig 53, a szülésen már átesett, rendelésünkön a terhesség teljes ideje alatt gondozás alatt álló, perzisztáló atópiás asthmás terhes adatai kerültek feldolgozásra (20 enyhe, 28 középsúlyos, 5 súlyos). A betegek kezelése az Amerikai Allergológiai, Asthma és Immunológiai Társaság és az Amerikai Szülész-Nőgyógyász Társaság ajánlása alapján történt: inhalációs kortikoszteroidként minden betegnél budesonidot, elnyújtott hatású hörgőtágítóként salmeterolt vagy formoterolt alkalmaztunk, míg a 14 szénanáthás beteg budesonid orrspray kezelésben részesült, 8 esetben po. loratadinnal kiegészítve. A betegek átlagos PEF értéke a kívánt érték százalékában kifejezve $71 \pm 16\%$, az átlagos pO₂ 96 ± 9 Hgmm volt (átlag $\pm$ SE mindkét esetben). Az 53 terhes asszony közül 10 esetben történt császármetszés, praeclampsia 3, diabetes mellitus 1 betegben alakult ki. Az újszülöttek átlagos születési súlya 3132 ± 604 g volt, a terhesség átlagos időtartama $38,84 \pm 2,17$ hét (átlag $\pm$ SE mindkét esetben; az átlagpopulációra jellemző értékek 3300g, 40 hét). Az újszülött elhúzódó icterusa miatt hosszabb hospitalisatiora 3 esetben volt szükség. Congenitális malformatio, jelentett fejlődési rendellenesség vagy spontán abortus nem alakult ki.

Retrospektív elemzésünk eredményei alapján elmondható, hogy a kezelt asthmás terhesek esetében az újszülötteik súlya alacsonyabb volt az átlagpopulációban tapasztalható születési súlytól. A betegség megfelelő terhesség alatti kezelése mellett azonban a különböző szövődmények gyakorisága nem haladta meg az átlagpopulációra jellemző értéket. A fent említett gyógyszerek eddigi eredményeink alapján fejlődési rendellenességet nem okoztak.

Asztmás betegek belégzési csúcsáramlás értékei turbuhaleren és diskuson keresztül

Pest megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

CÉL: A vizsgálat arra irányult, hogy meghatározza, asztmás gyermekek és fiatal felnőttek képesek a megfelelő belégzési csúcsáramlást elérni két modern porinhalációs eszközön keresztül.

BETEGANYAG ÉS MÓDSZER: Szerző asztmás betegek belégzési csúcsáramlását határozta meg In-chek Dial segítségével. 85 beteget vizsgált, 46 fiút/férfit és 39 leányt/nőt. A betegek életkora 5-38 év, átlagéletkora 12 év volt. 73 gyermeket, és 12 felnőttét vont be a vizsgálatba.

EREDMÉNYEK: A betegek FEV₁ értéke 50-140% (átlagosan 99%), PEF értékük 49-152% (átlagosan 108%) volt. A betegek turbuhaleren keresztül 50-110 l/perc (átlagosan 84 l/perc) csúcsáramlást értek el. A diskuson keresztül elért értékeket szerző két csoportra osztotta. Ennek oka az volt, hogy az In-deck Dial legfeljebb 12 l/perc áramlást képes mérni, és 15 beteg belégzési csúcsáramlása meghaladta a 12 l/perc értéket. A fennmaradó 71 beteg diskuson keresztül 65-120 l/perc (átlagosan 97 l/perc) csúcsáramlást ért el.

KÖVETKEZTETÉSEK: Szerző megállapítja, hogy asztmás gyermekek és fiatal felnőttek mind diskuson, mind turbuhaleren keresztül képesek a megfelelő tüdődepozíció eléréséhez szükséges csúcsáramlás tartomány minimumát elérni. Felhívja a figyelmet arra, hogy turbuhaleren keresztül az összes vizsgálatban részt vett beteg csúcsáramlás értéke meghaladta a gyártók által megadott tartomány értékét.

Anti-GM-CSF autoantitest hatására kialakuló tüdőbetegség: idiopathiás alveolaris proteinosis

¹Pulmonológiai Klinika Semmweis Egyetem és ²Svábhegyi Gyermekgyógyintézet, Budapest

2004 tavaszán egy 44 éves, súlyos parciális légzési elégtelenségben szenvedő (artériás $pO_2=45$ Hgmm) férfibetegben alveolaris proteinosist diagnosztizáltunk. A diagnózist a transbronchialis tüdőbiopsiával nyert szövetminta vizsgálata biztosította. Ebben a kórképben az oxigénfelvétel zavarát a surfactant eltávolításának zavara és alveolaris felhalmozódása okozza. Az újabb ajánlásokat követve egésztüdő-mosást végeztünk, altatásban. A két tüdőt szelektíven intubáltuk (Robert-Shaw tubussal), az egyik oldalon lélegeztettünk, a másik oldali tüdőt mostuk, összesen 20 liter előmelegített Salsollal, mintegy 6 órán át. A tejszerű mosófolyadéknak sűrű homokszínű üledéke volt. Egy hét múlva a másik oldal mosására került sor. Az artériás pO_2 azonban csak 54 Hgmm-re emelkedett, és a javulás csak átmeneti volt. Ezért eddig három alkalommal ismételtük a kétoldali mosást. A legújabb irodalmi adatok szerint az alveolaris proteinosis leggyakoribb formájában, az un. idiopathiás formában anti-GM-CSF antitestek jelennek meg. Vérvképzési zavar nem lép fel, de kiesik a GM-CSF-nek az alveolaris macrophagokra gyakorolt azon hatása, mely a sejteket a surfactant eltávolítására serkenti. Betegünk sérülése magas titerben tartalmazza az anti-GM-CSF antitestet. Irodalmi adatok szerint a GM-CSF (Leukine) minimum 6 hetig, elegendően nagy dózisban (legalább 50%-os leukocytaszám növekedés), naponta, subcutan injectioban adagolva visszaállítja az alveolaris macrophagok surfactant eltávolító működését és tartósan javítja az alveolokapillaris gázcserét. Az OGYI előzetes engedélye után igazoltuk, hogy a Leukine két hetes adagolása nem ártalmas. Ennek nyomán az OGYI hozzájárult a hosszantartó, otthoni kezeléshez is. Tekintettel a Leukine szükséges mennyiségének jelentős költségére, az OEP-hez fordultunk egyedi méltányosság alapú finanszírozásért. A beteg jelenlegi artériás pO_2 -je 42 Hgmm, munkaképtelen, visszatérő lázas állapotai egyelőre ciprofloxacinnal kezelhetők voltak, de az ismételt tüdőmosásba nem egyezik bele.

Asztmás betegek légzőszervi rehabilitációs kezelése sóbányában Kúra-túra Parajdon

Uzsoki Kórház Tüdőgondozó Intézet

A TÁMASZTMA Zuglói Egyesület szervezésében 2004 májusában 20 beteget 2 héten át sóbarlang klímaterápiában részesítettük.

A program célja a krónikus légúti betegségben szenvedők korszerű gyógyszeres kezelése mellett a klímaterápia nyújtotta funkcionális és életminőségbeli várható javulásának elérése. A betegek kiválasztását részletes anamnézis, status felvétel egészítette ki. Kontraindikációk fennállása esetén a betegeket a sóterápiából kizártuk. Parajdon orvosi ügyelet, kórházi háttér megszervezése történt előzetes kapcsolatfelvétel alapján. A klímaterápián résztvevő betegek alkalmasságát a sóbánya szakorvosa ellenőrizte Parajdon. Napi 4 órát tartózkodtak a betegek a sóbányában. Ez alatt légzőtorna zajlott gyógytornász vezetésével, és szakorvosi előadások hangzottak el az asthma tünetei, diagnosztikája, lelki tényezők, időjárás-változások hatásai, asthmás rohamok megelőzésének lehetőségei, a társbetegségek és az időskori asthma témakörökben. Az előadások megtartásába pszichológust és természetgyógyászt is bevontunk. A kúra második felében asthmanővér tartott előadást inhalatív szerek helyes használatáról, adjuvans therapiás lehetőségekről, a krónikus légúti betegek önkontrolljáról. Szabadidőnket a környéken tett kirándulások tették emlékezetessé. Valamennyi beteg a kúra alatt asthma gyógyszereit végig használta. Szakmai értékelésünket a betegek által vezetett betegnapló, életminőség kérdőív, légzési és psyches állapot felmérésének adataira, légzésfunkciós paraméterek ellenőrzésére, és betegek szubjektív visszajelzéseire alapoztuk. Mellékhatást a kúra ideje alatt nem tapasztaltunk. A gyógyszeres kezelést kiegészítő sóbarlang terápia hatását a fentiek alapján pozitívan értékeltük.

Kilégzett biomarkerek monitozása asztmás gyerekekben fix kombinált terápia során

¹Országos Korányi TBC Intézet, Budapest,
²Svábhegyi Gyermekgyógyintézet, Bronchológiai Osztály, Budapest

A kilégzett biomarkerek mérése a légutakban zajló gyulladásos folyamatokba nyújthat betekintést. Asztmások kilégzett nitrogén-monoxid (eNO) szintjének mérése a klinikai gyakorlatban alkalmas a gyulladáscsökkentő terápia monitorozására, a kilégzett levegő kondenzátum (EBC) kémhatásának (pH) változása is érzékeny biomarker lehet a légúti gyulladás intenzitásának megítélésére. A kilégzett eNO-t és az EBC pH-értékének, valamint vezetőképessé-gének változását monitoroztuk stabil állapotú asztmás gyerekekben fix kombinált terápia során. Inhalációs szteroid és nyújtott hatású beta-2 agonista kezelésben részesülő, allergiás asztmás gyerekek (n=15, 6-16 éves, 7 lány) vettek részt a vizsgálatban. A vizsgálatokat egy hónap elteltével ismételtük meg. Mértük az eNO-t (Logan LR 2000), FEV1-et és EBC mintákat gyűjtöttünk (Ecoscreen, Jaeger),10 perc nyugalmi légzés mellett. Az EBC mintákat -70 fokon tároltuk a pH (Radiometer) és vezetőképesség (CF-analyzer, Sanasol) méréséig. Az eredményeket (átlag±SEM)–ben kifejezve adjuk meg, a csoportokat egymintás t-teszttel hasonlítottuk össze.

	eNO, ppb	FEV1, % pred.	EBC pH	EBC vezetőképesség (NaCl mM)
Vizit 1	7.77±1.09	109.8±4.7	6.64±0.08	2.31±0.23
Vizit 2	7.42±0.76	113.5 ±3.8	6.79±0.06	1.80±0.20

Nem volt szignifikáns különbség a vizsgált paraméterek között a két vizit során és nem találtunk korrelációt az eNO és pH érték között, valamint az eNO és pH érték változása között sem (r2=0.01302, ns). Eredményeink alapján azt mondhatjuk, hogy a vizsgált biomarkerek független változóknak tekinthetők allergiás asztmás állapotban. (OTKA, T43396)

Asztma és társbetegségek – a terápia buktatói

Mohács Város Kórháza Belgyógyászati Osztály¹
Egyesített Egészségügyi Intézmények Tüdőgondozó, Pécs²

A kardiovaszkuláris megbetegedések az asztmások között ugyanolyan gyakorisággal fordul elő, mint az átlag populációban. A terápia megválasztása külön figyelmet igényel, tekintettel a lehetséges gyógyszer mellékhatásokra. Ugyanakkor az asztma kezelésére alkalmazott gyógyszereknek is lehetnek kardiovaszkuláris mellékhatásai.

A szerzők célja a korszerű terápiás lehetőségek áttekintése az asztma, mint alapbetegség figyelembevételével. Taglalják a különböző gyógyszercsoportok, ACE gátlók, ARB-k, béta receptor blokkolók, Ca- antagonisták alkalmazási lehetőségeit, a választás szempontjait hipertónia, angina pectoris, szívelégtelenség esetén. Asztma kezelése során fellépő kardiovaszkuláris mellékhatásokat is figyelembe kell venni számos esetben, mivel a béta 2 agonisták nem megfelelő alkalmazása jelentősen emeli a kardiovaszkuláris történések lehetséges előfordulását. Napjainkban gyakran alkalmazott aszpirin és NSAID-k esetében is gondolni kell asztmás rohamot kiváltó mellékhatásra.

Asztmás beteg kezelésekor, kiváltképp társbetegségek előfordulása esetén, gyakran szoros szakmai együttműködés szükséges pulmonológus és belgyógyász között.

Boehringer Hirdetés