

# A MAGYAR BRONCHOLÓGUS EGYESÜLET KONGRESSZUSA

## A kongresszus helyszíne

HOTEL AZÚR

8600 Siófok, Vitorlás utca 11.

GPS: 46.907228/18.042969

## A kongresszus ideje

2011. október 13–15.

## A Tudományos Bizottság tagjai

Balikó Zoltán

Losonczy György

Somfay Attila

Strausz János

Szilasi Mária

Pápai-Székely Zsolt

Lantos Ákos

Kádár László

## A Szervező Bizottság tagjai

Tolnay Edina

Lantos Ákos

Kádár László

### **Fő témák**

**A bronchoszkópia komplikációi**

**A bronchoszkópia anesztéziája**

**Pulmopatológia**

**A bronchológus gyakorlati képzése, kompetenciája**

**A bronchoszkópia szerepe az onkológiai beteg ellátásában**

### **Információk előadóknak**

Az előadások Microsoft PowerPoint prezentáció formájában vetíthetők le. Kérjük az előadókat, hogy előadásukat lehetőség szerint már a regisztrációs pultnál töltsék fel

### **Akkreditáció**

A kongresszus orvosi és szakdolgozói akkreditációja folyamatban

### **Társasági program**

2011. október 14. péntek 19.30

Állófogadás a szálloda Toscana I. termében

### **Helyszíni regisztráció**

2011. október 13. 14.00–17.00

2011. október 14. 08.00–17.00

2011. október 15. 08.00–12.00

Rendezvényszervező: Confhotel Event

Mobil: 06 20 429 7944

Telefon: 06 1 365 1788 \* Fax: 06 1 209 0316

E-mail: kovacs.bea@confhotelevent.hu

www.confhotelevent.hu

Felelős kiadó: Cyber-Art Stúdió

Nyomdai munkák: Prospektus Nyomda, Veszprém

## **A kongresszus támogatói**

**SANDOZ HUNGÁRIA KFT.**

**ROCHE MAGYARORSZÁG KFT.**

**CHIESI HUNGARY KFT.**

**BOEHRINGER INGELHEIM**

**NOVARTIS HUNGÁRIA KFT.**

**MSD PHARMA HUNGARY KFT.**

**ANAMED KFT.**

**BUS-OXY KFT.**

**ELEKTRO-OXIGÉN KFT.**

**ENDOPLUS SERVICE KFT.**

**HUN-MED KFT.**

**LINDE GÁZ MAGYARORSZÁG ZRT.**

## Áttekintő program

### 2011. október 13. csütörtök

14.00-től	Érkezés, regisztráció
16.00–16.30	Megnyitó
16.30–18.30	<b>1. Szekció</b>
19.00-től	Vacsora

### 2011. október 14. péntek

09.00–10.30	<b>2. Szekció</b>
10.30–11.00	Kávészünet
11.00–12.30	<b>3. Szekció</b>
12.30–14.00	Ebéd
14.00–14.30	<b>Sandoz-szimpózium</b>
14.30–14.50	<b>Chiesi-szimpózium</b>
15.00–15.30	<b>Roche-szimpózium</b>
15.30–16.00	Kávészünet
16.00–17.00	<b>4. Szekció</b>
17.00–17.20	<b>Meghívott előadás</b>
17.20–18.00	<b>Kassay Dezső emlékérem átadás</b>
18.00–19.30	<b>Tisztújító közgyűlés</b>
19.30-tól	Gálavacsora

### 2011. október 15. szombat

09.00–11.00	<b>5. Szekció</b>
11.00–11.30	Kávészünet
11.30–13.30	<b>6. Szekció</b>
13.30	Kongresszus zárása, majd ebéd

## Részletes program

### 2011. október 13. csütörtök

14.00-től	Érkezés, regisztráció
16.00–16.30	Megnyitó
16.30–18.30	<b>1. Szekció</b>
Üléselnökök:	<i>Lantos Ákos, Kádár László</i>

#### **1. LÉGÚTI VÉRZÉS, MINT A BRONCHOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK INDIKÁCIÓJA, ILLETVE FELLÉPŐ SZÖVŐDMÉNY BRONCHOLÓGIAI BEVATKOZÁSOK SORÁN**

*Mayerné Pintér Andrea, Nádas Marianna, Kákai Andrea, Pápai-Székely Zsolt*  
Fejér Megyei Szent György Kórház, Bronchológia, Székesfehérvár

#### **2. BRONCHOFIBERSCOPOS KOMPLIKÁCIÓK**

*Lantos Ákos, Nagy Andrea, Lupkovics Gerely, Gyulai Márton, Korompay Réka, Paracski Ágnes, Kozma Zoltán*  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

#### **3. A PERTHORACALIS TŰBIOPSZIA SORÁN KIALAKULÓ ARTEFICIÁLIS PTX ÉS A LÉGZÉSFUNKCIÓS ÉRTÉKEK KAPCSOLATA**

*Borbély Tibor, Csiszár Krisztina, Márk Zsuzsa*  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

#### **4. AGYI LÉGEMBÓLIA TENZIÓS PTX PUNKCIÓJA ÉS VÉKONYTŰS TŰDŐBIOPSZIA SORÁN**

*Lantos Ákos, Várnai Zsuzsa<sup>(1)</sup>, Nagy Andrea, Major Tamás jr.<sup>(2)</sup>, Lupkovics Gergely, Gyulai Márton*  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint  
Szent László Kórház, Budapest<sup>(1)</sup>  
Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>(2)</sup>

**5. SÚLYOS, RECIDIV COPD EXACERBATIÓKHOZ VEZETŐ TRACHEAPROLAPSUS/  
DYSKINESIS MEGOLDÁSA LÉGZÉSTÁMOGATÁSI ÉS FIZOTERÁPIÁS MÓDSZEREKKEL**

*Lupkovics Gergely, Lantos Ákos, Szabó Mónika, Orbánné Rácz Erzsébet, Várdi Katalin*  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

**6. PULMONECTOMIA(K) MUKOVISZCIDÓZISBAN: SZÜKSÉGSZERŰSÉG  
ÉS LEHETŐSÉG**

*Laki István, Székely Gyöngyi, Pongrácz Kálmán, Kovács Lajos<sup>(1)</sup>, Kálmán Attila<sup>(1)</sup>*  
Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár  
Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika, Budapest<sup>(1)</sup>

**7. A GYERMEKBRONCHOLÓGIA HELYZETÉNEK ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON  
A 2006-2010-ES STATISZTIKAI ADATOK TÜKRÉBEN**

*Bánfi Andrea, Baktai György*  
Svábhgyei Országos Allergológiai, Immunológiai, Pulmonológiai  
Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest

**8. FELNŐTTKORI BRONCHOSZKÓPOS TEVÉKENYSÉG MAGYARORSZÁGON  
2007–2009-IG**

*Csada Edit*  
Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk

**9. BETEGELŐKÉSZÍTÉS HÖRGÖTÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATHOZ**

*Morauszkiné Nagy Éva, Bujdos Éva, Nagy Antalné, Rákos Józsefné, Szabó Péter*  
Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Nyíregyháza

**10. MEDIASTINALIS TÉRFOGLALÁS HÁROM HÓNAPOS CSECSEMŐNÉL**

*Bányai Zsuzsanna, Nagy Sándorné*  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

19.00-tól

Vacsora

## 2011. október 14. péntek

09.00–10.30

Üléseelnökök:

### 2. Szekció

*Strausz János, Csada Edit*

#### 1. ENDOBRONCHIÁLIS ULTRAHANG VIZSGÁLATTAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

*Markóczy Zsolt, Udud Katalin, Rojkó Lívía, Fülöp Andrea, Bokor Éva, Strausz János*  
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

#### 2. STENT IMPLANTÁCIÓ HATÁSA A TÚLÉLÉSRE MALIGNUS CENTRÁLIS LÉGÚTI OBSTRUKCIÓT OKOZÓ LOKÁLISAN ELŐREHALADOTT ÉS METASZTATIKUS NSCLC-BEN

*Illés Miklós Balázs, Grmela Gábor<sup>(1)</sup>, Sárosi Veronika, Pápai-Székely Zsolt<sup>(1)</sup>*  
Pécsi Tudományegyetem, ÁOK I. Belgyógyászati Klinika  
Fejér Megyei Szent György Kórház, Pulmonológia, Székesfehérvár<sup>(1)</sup>

#### 3. „KÉTKEDŐ KLINIKUS”

*Rózsavölgyi Zoltán, Somfay Attila, Csada Edit, Tizslavitz László<sup>(1)</sup>, Csörgő Erika<sup>(1)</sup>*  
Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi betegségek Szakkórháza, Deszk  
SZTE Patológia Intézet, Szeged<sup>(1)</sup>

#### 4. KÉTOLDALI PNEUMONIA HÁTTÉRÉBEN MEGHÚZÓDÓ TRACHEA TUMOR

*Jancsik Lyubomir, Furák József<sup>(1)</sup>, Grmela Gábor<sup>(2)</sup>, Tizslavicz László<sup>(3)</sup>*  
Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk  
SZTE Sebészeti Klinika Mellkassebészet, Szeged<sup>(1)</sup>  
Fejér Megyei Szent György Kórház, Pulmonológia, Székesfehérvár<sup>(2)</sup>  
SZTE ÁOK KK Patológiai Intézet, Szeged<sup>(3)</sup>

#### 5. TRACHEA ADENOID CYSTICUS CARCINOMA KEZELÉSÉBEN SZERZETT TAPASZTALATAINK

*Bokor Éva, Markóczy Zsolt, Rojkó Lívía, Szabó Emese, Udud Katalin, Strausz János*  
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

10.30–11.00

Kávészünet

11.00–12.30	<b>3. Szekció</b>
Kerekasztal:	<b>Képzés és kompetencia a felnőttkori bronchológiában</b>
Moderátorok:	<i>Strausz János, Pápai-Székely Zsolt</i>
12.30–14.00	Ebéd
14.00–14.30	<b>Sandoz-szimposium</b>

**1. ESA GUIDELINE – PALLIATÍV KEMOTERÁPIA OKOZTA ANÉMIÁK EPO KEZELÉSE**

*Gálffy Gabriella*

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

**2. PRIMER, SZEKUNDER GCSF PROFILAXIS A TÜDŐDAGANATOK KEZELÉSÉBEN**

*Tamási Lilla*

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

14.30–14.50 **Chiesi-szimposium**

**A MORTALITÁS ALAKULÁSA HOSSZÚ HATÁSÚ  $\beta$ -AGONISTÁVAL, VAGY TARTÓS HATÁSÚ ANTIKOLINERG SZERREL KEZELT COPD-S BETEGEK ESETÉN**

*Varga János*

Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi betegségek Szakkórháza, Deszk

15.00–15.30 **Roche-szimposium**

**1. A MINTAVÉTEL ÉS A MOLEKULÁRIS DIAGNOSZTIKA KONFRONTÁCIÓJA**

*Tímár József*

Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet, Budapest



**2. CITOLÓGIAI VIZSGÁLAT TÜDŐRÁKBAN A KLINIKUS SZEMSZÖGÉBŐL***Moldvay Judit*

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

15.30–16.00

Kávészünet

16.00–17.00

**4. Szekció  
Pulmopatológia**

Üléselnökök:

*Soltész Ibolya, Moldvay Judit***1. A TÜDŐCITOLÓGIA DIAGNOSZTIKAI ÉRTÉKE A TÜDŐDAGANATOK KEZELÉSÉNEK MEGTERVEZÉSÉBEN***Pápay Judit*

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

**2. SZÖVETTANI VIZSGÁLATRA KÜLDÖTT BRONCHOSZKÓPOS BIOPSIÁK DIAGNOSZTIKUS ÉRTÉKE***Soltész Ibolya, Fillinger János*

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

**3. SEJTBLOKK TECHNIKÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK***Fillinger János, Soltész Ibolya*

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

**4. TÜDŐ CITODIAGNOSZTIKA – ELVÁRÁSOK ÉS LEHETŐSÉGEK I. – ESETBEMUTATÁS II.***Szilágyi Anna, Kleizer Judit, Tilinger Edit*

Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár

17.00–17.20

**BRONCHOSZKÓPIA ALTATÁSBAN***Pénzes István*

SE Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest

17.20–18.00	<b>Kassay Dezső emlékérem átadás</b>
Díjazott:	<i>Nagy Gabriella</i>
Laudáció:	<i>Zsiray Miklós</i>
Díjazott:	<i>Márialigeti Tivadar</i>
Laudáció:	<i>Kádár László</i>
18.00–19.30	<b>Tisztújító közgyűlés</b>
19.30-tól	Gálavacsora

## 2011. október 15. szombat

9.00–11.00	<b>5. Szekció</b>
Üléselnökök:	<i>Szima Barna, Sárosi Veronika</i>

### 1. MEGLEPŐ DIAGNÓZIS MELLKASI ÁRNYÉKTÖBBLET HÁTTERÉBEN

*Bartha Levente, Borota Mirela, Vadász Pál<sup>(1)</sup>, Járay Géza, Jenei Judit, Böcskei Csaba*  
Szent Borbála Kórház, Tatabánya  
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest<sup>(1)</sup>

### 2. INTENZÍV TERÁPIÁS ELLÁTÁSOK KÉSŐI BRONCHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI

*Szabó Emese, Markóczy Zsolt, Rojkó Lívía, Bokor Éva, Udud Katalin, Strausz János*  
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

### 3. BETEGSZELEKCIÓS KRITÉRIUMOK TRACHEA REZEKCIÓ ESETÉN

*Rojkó Lívía, Szabó Emese, Bokor Éva, Fülöp Andrea, Udud Katalin, Markóczy Zsolt, Strausz János*  
Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest

### 4. TRACHEASTENOSIS HÁTTERÉBEN ÁLLÓ ACHALASIA

*Simon Noémi, Gyórfy Ágnes, Lőwy Tamás, Subicz Ágnes, Ujszászi Éva, Kádár László*  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

## 5. BIOLÓGIAI TERÁPIÁT KÖVETŐEN KIALAKULT INVAZÍV ASPERGILLOSIS ÉS ARDS ESETE

*Lupkovics Gergely, Lantos Ákos, Gyulai Márton*  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

## 6. METABOLIKUS INFORMÁCIÓVAL KIEGÉSZÍTETT VIRTUÁLIS BRONCHOSZKÓPIA VEZÉRELTE TRANSZBRONCHIALIS BIOPSZIA TERVEZÉSE

*Szabó Péter, Emri Miklós<sup>(1)</sup>, Galuska László<sup>(1)</sup>, Hascsi Zsolt<sup>(2)</sup>*  
Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft.,  
Pulmonológia Osztály, Nyíregyháza  
Nukleáris Medicina Intézet, Debreceni Egyetem<sup>(1)</sup>  
Scanomed Kft., Debreceni Központ<sup>(2)</sup>

## 7. BRONCHOGEN CYSTA 18 HÓNAPOS KISDEDNÉL

*Györfy Ágnes, Simon Noémi, Subicz Ágnes, Ujszászi Éva, Lőwy Tamás, Kádár László*  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

11.00–11.30 Kávészünet

11.30–13.30 **6. Szekció**  
Üléselnökök: *Frank Emil, Zsiray Miklós*

## 1. RAMEL TŰS PLEURA BIOPSZIA GYAKORLÁSA „MODELLEN”

*Lantos Ákos, Nagy Andrea, Pápay Judit<sup>(1)</sup>, Gyulai Márton, Lupkovics Gergely,*  
*Kozma Zoltán*  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint  
Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest<sup>(1)</sup>

## 2. LÉGÚTI INFANTILIS HAEMANGIOMA

*Subicz Ágnes, Rovó László<sup>(1)</sup>, Huri Anikó<sup>(2)</sup>, Kádár László*  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint  
SZTE ÁOK Fül-Orr-Gégészeti és Fej- Nyaksebészeti Klinika, Szegedi  
Tudományegyetem<sup>(1)</sup>  
Kiskunhalasi Semmelweis Kórház<sup>(2)</sup>

**3. AKUT ASPIRATIO, KRÓNKUS IDEGENTEST ELTÁVOLÍTÁS**

*Demeter Botond, Kádár László<sup>(1)</sup>, Ujszászi Éva<sup>(1)</sup>, Borsodi Klára*

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint<sup>(1)</sup>

**4. TUBERKULOTIKUS NYIROKCSOMÓBETÖRÉS RHEUMATOID ARTHRITIS BIOLÓGIAI TERÁPIÁJÁT KÖVETŐEN – ESETBEMUTATÁS**

*Gyulai Márton, Lupkovics Gergely, Fajt Erzsébet, Korompay Réka, Paracski Ágnes, Lantos Ákos*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

**5. SZÜKSÉG VAN-E PULMONOLÓGUS ÁLTAL VÉGZETT PLEUROSCÓPIÁRA ?**

*Grmela Gábor, Pápai Székely Zsolt*

Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár

**6. PULMONALIS HUROKKAL SZÖVŐDÖTT KRITIKUS CONGENITALIS TRACHEASTENOSIS 11 HETES CSECSEMŐNÉL**

*Kádár László, Huri Anikó<sup>(1)</sup>, Kiss Gabriella<sup>(2)</sup>, Györfy Ágnes, Löwy Tamás, Simon Noémi, Ujszászi Éva*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

Semmelweis Halasi Kórház, Kiskunhalas<sup>(1)</sup>

Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórháza, Budapest<sup>(2)</sup>

**7. HYPERINFEKTIV STRONGYLOIDOSIS PULMONÁLIS MANIFESZTÁCIÓVAL**

*Dulka Edit, Lohinai György<sup>(1)</sup>, Putz Zsuzsa, Csiszár Krisztina, Kucsera István<sup>(2)</sup>, Márk Zsuzsa*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

Bőrgyógyászati Szakrendelés, Törökbálint<sup>(1)</sup>

OEK Parazitológia SE, Budapest<sup>(2)</sup>

13.30

Kongresszus zárása  
Ebéd

## Előadás összefoglalók

### **LÉGÚTI VÉRZÉS, MINT A BRONCHOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK INDIKÁCIÓJA, ILLETVE FELLÉPŐ SZÖVŐDMÉNY BRONCHOLÓGIAI BEVATKOZÁSOK SORÁN**

*Mayerné Pintér Andrea, Nádas Marianna, Kákai Andrea, Pápai-Székely Zsolt*  
Fejér Megyei Szent György Kórház, Bronchológia

Súlyos légúti vérzés lehet diagnosztikus dilemma, illetve terápiás kihívás, de rutin bronchoszkópos vizsgálat, illetve mintavétel szövődménye is. Ellátása gyakorlott bronchoszkópos csapat (orvos, asszisztens) és megfelelően felszerelt vizsgálat igényel (merev bronchoszkóp, electocauter, cryoprobe, intubáció eszközei, szívó, hörgőtamponádhoz szükséges anyagok).

### **BONCHOFIBERSCOPOS KOMPLIKÁCIÓK**

*Lantos Ákos, Nagy Andrea, Lupkovics Gerely, Gyulai Márton, Korompay Réka*  
*Paracski Ágnes, Kozma Zoltán*  
Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

A diagnosztikus bronchofiberoszkópia összességében ritka, de számos leírt komplikációját összegyűjtöttük, kiemelve azokat, amelyeket az elmúlt húsz évben láttunk, vagy közvetlen forrásból hallottunk. Minél nagyobb a vizsgáló gyakorlata, annál ritkább az egy betegre jutó komplikációk aránya, de nő az esély az eddig még nem ismert komplikációkkal való találkozásra. Természetesen a vizsgáló kockázatvállalása is fontos tényező.

### **A PERTHORACALIS TÚBIOPSZIA SORÁN KIALAKULÓ AREFICIÁLIS PTX ÉS A LÉGZÉSFUNKCIÓS ÉRTÉKEK KAPCSOLATA**

*Dr. Borbély Tibor, Dr. Csiszár Krisztina, Dr. Márk Zsuzsa*  
Tüdőgyógyintézet Törökbálint

*Célkitűzés:* Jelen vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy az alacsonyabb FEV<sub>1</sub>-értékeknél végzett perthoracalis túbiopszia fokozza-e a PTX kialakulásának kockázatát.

*Módszer:* 2009 januárja és 2011 augusztusa között az osztályunkon elvégzett 316 túbiopszia szövődményeit értékeltük. A FEV<sub>1</sub>-értékek szerint három csoportot alakítottunk ki, ezekbe kerültek besorolásra a PTX-es betegek. A szövődményeket súlyosságuk és kezelésmódjuk szerint értékeltük.

*Eredmény:* 43 esetben (13%) alakult ki PTX. A PTX kialakulását 32 esetben (74%) normál FEV<sub>1</sub>-értékeknél észleltük. Az alacsonyabb FEV<sub>1</sub>-értékeknél végzett mintavétel nem növelte sem a parciális sem a komplett PTX kialakulásának kockázatát. A FEV<sub>1</sub>-érték alapján nem volt előre jelezhető a PTX kialakulása. Az 50% alatti FEV<sub>1</sub>-érték a PTX és a vele járó esetleges légzési elégtelenség kockázatát nem növelte.

### **AGYI LÉGEMBÓLIA TENZIÓS PTX PUNKCIÓJA ÉS VÉKONYTŰS TŰDŐBIOPSZIA SORÁN**

*Lantos Ákos, Dr. Várnai Zsuzsa<sup>(1)</sup>, Dr. Nagy Andrea, Dr. Major Tamás jr.<sup>(2)</sup>,*

*Lupkovics Gergely, Gyulai Márton*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

Szent László Kórház, Budapest<sup>(1)</sup>

Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár<sup>(2)</sup>

1. A 35 éves pyo-ptx miatt tartósan drenált férfi mellkasi drénjét kívántuk áthelyezni. A lefogott drén mellett a mellkasban pozitív nyomás és a tüdő collapsusa alakult ki. A felül letapadt tüdő alatt RTG alatti jelölés után kívántuk az új drént bevezetni. Az érzéstelenítés közben collapsus, majd bal oldali hemiparesis alakult ki. A neurológus a légembólia lehetőségét nem zárta ki, de más vascularis ok is felmerült. Ismételt agyi CT-vizsgálatok eltérést nem mutattak. Két nappal később GM-rohamok és átmeneti légzési elégtelenség alakult ki, ami pár órás lélegeztetés után megszűnt, a súlyos paresis nem változott. A hatodik napon reggel ébredés után az addig paretikus végtagjai mozogtak.

2. A 83 éves férfi másfél éve ismert jobb felsőlebenyi progrediáló üreges infiltratum miatt jött ambuláns Rotex tűs biopsziára. A hanyatt fekvő helyzetben történt punkció után fél perccel megszédült, jobb keze zibbadt. Maszkos oxigénbelégzés mellett 2–3 óra múlva panaszai megszűntek, és javaslatunk ellenére otthonába távozott. Öt óra múlva a kéz paresise ismét jelentkezett. Neurológia osztályon jelentkezett a légembóliának tartott állapotot nem ítélték hospitalizálандónak. Hazatérte után állapota pár óráig stagnált majd másnapra panaszai megszűntek. A szerzők eseteik ismertetése mellett tárgyalják a lehetséges patomechanizmust és áttekintik az aktuális irodalmi adatokat.

### **SÚLYOS, RECIDIV COPD EXACERBATIOKHOZ VEZETŐ TRACHEAPROLAPSUS/ DYSKINESIS MEGOLDÁSA LÉGZÉSTÁMOGATÁSI ÉS FIZOTERÁPIÁSI MÓDSZEREKKEL**

*Lupkovics Gergely, Lantos Ákos, Szabó Mónika, Orbánné Rácz Erzsébet, Várdi Katalin*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

49 éves nőbeteg számos alkalommal került osztályos, szubintenzív és intenzív osztályos felvételre súlyos hypoxiát okozó, elhúzódó akut exacerbatiók miatt. Rosszullétei kapcsán tüdőtranszplantáció gondolata is felmerült, amit azonban a beteg hártott. Életmódváltás céljából irányították sorozatos rekondicionáló légzésrehabilitációs kezelésekre, melyek során az első számú cél a szteroid igény leszorítása és a gyakori exacerbatiók csökkentése volt. A beteg komoly pszichoszociális támogatásban is részesült. A dohányzást elhagyta, rendszeresen tréningezett és hörgőtoiletet végzett. Ennek ellenére gyakorta előfordultak köhögéssel kezdődő mély hypoxiát okozó, halálfélelemmel járó rosszullétei, melyek során stridoros légzés és sípolás, valamint bronchiális szörtyzörejek voltak észlelhetők. Megfigyelésünk során a betegnél a vezényelt légzés mindig sokkal hamarabb vezetett javuláshoz, mint a soha ki nem hagyott parenteralis szteroid. Egy ilyen rosszullétet követően bronchoszkópia történt, melynek során súlyos trachea prolapsus volt látható. A felmerült stent behelyezésének lehetősége, melyet a beteg nagyon erős köhögési reflexe, valamint a trachea alsó szakaszának érintettsége miatt nem lehetett elvégezni. Ekkor arra törekedtünk, hogy a beteg számára leginkább és minden helyzetben átjárható légutakat biztosítsuk, ugyanakkor arra is manővert kerestünk, hogy ezek a nagy rosszullétek milyen, a beteg által alkalmazható technikával uralhatók, vagy előzhetők meg. Első lépésben cPAP-respiratiót vezettünk be, amit az érintett trachea szakasz kisínezésére alkalmaztunk. Kezdetben a beteg éjjel és nappal is használta a készüléket. Ezt követően a szokványos expectoratiót segítő fizioterápiás eljárások mellett speciális belégző- és kilégzőizmerősítő ún. Threshold-készüléket vezettünk be, ami mellett a beteg hatékony expectoratiós képessége jelentősen javult. Jelenleg a betegnek kilenc hónapja nem volt akut exacerbatioja (korábban évi 5–6 alkalommal) és hospitalizációja sem történt. Esetünk tanulsága, hogy a COPD-s betegek súlyos köhögésének hátterében nem mindig az alapbetegség áll. A nehezen kezelhető trachea dyskinesisek esetén hatékony lehet számos fizioterápiás eljárás és a felső légút keresztmetszetét tágító légsín kezelés.

### **PULMONECTOMIA(K) MUKOVISZCIDÓZISBAN: SZÜKSÉGSZERŰSÉG ÉS LEHETŐSÉG**

*Dr. Laki István, Dr. Székely Gyöngyi, Dr. Pongrácz Kálmán, Dr. Kovács Lajos<sup>(1)</sup>, Dr. Kálmán Attila<sup>(1)</sup>*

Kaposi Mór Oktató Kórház

Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika<sup>(1)</sup>

A mukoviszcidózis a leggyakoribb örökletes betegség, melyben a betegség progresszióját elsődlegesen a tüdőfolyamat határozza meg. Bár a betegség a tüdők diffúz bronchiectasiáját okozza, első esetünkben a bal tüdő bronchiectasiája konzervatív módon (antibiotikus és mucolyticus kezelés, hónapokon keresztül hetente kétszer alkalmazott bronchoszkópos

leszívások: összesen 18-szor!) nem volt kezelhető. A kórfolyamatban az alapbetegségen kívül jelentősége volt az ismert bal főhörgő stenosisnak is. Olyan végállapot alakult ki, amikor az egyik tüdő már nem végzett gázcserét, ugyanakkor empyemájával az ellenoldali inficiálódását fenntartotta, a ventiláció/perfúzió arányát rontotta. A risc/benefit mérlegelést követően klinikai döntés a féloldali pulmonectomia volt. A megtörtént pulmonectomia után a gyermek állapota lényegesen javult, fél éve nem volt exacerbációja, a korábbi oxigéndependencia megszűnt. A döntést annak figyelembevételével hoztuk meg, hogy a féloldali pulmonectomiát követően az esetleges tüdőtranszplantáció esetén is csak fél tüdő ültethető be. A másik betegünknel is várhatóan rövidesen megtörténik a pulmonectomia. Ebben az esetben a várakozást az teszi lehetővé, hogy bár kialakult a roncs tüdő, de a beteg krónikus tüdőfolyamatát kevésbé jellemzi az empyema, így az ellenoldal inficiálódásának esélye kisebb.

#### **A GYERMEKBRONCHOLÓGIA HELYZETÉNEK ALAKULÁSA MAGYARORSZÁGON A 2006–2010-ES STATISZTIKAI ADATOK TÜKRÉBEN**

*Dr. Bánfi Andrea, Dr. Baktai György*

Svábhegyi Országos Allergológiai, Immunológiai, Pulmonológiai Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft.

A gyermekbronchológiai vizsgálatok a gyermektüdőgyógyászati kivizsgálás szerves részét képezik. A szerzők ismertetik a jelenlegi magyarországi gyermekbronchológia helyzetét. A vizsgált időszakban kérdőíves módszer segítségével követik a gyermekbronchológiai munkahelyek forgalmi adatait, személyi és tárgyi feltételeinek alakulását. Öt év statisztikai adatai alapján kiemelik a változások fő jellemzőit, következtetéseket vonnak le az ellátás mennyiségi és minőségi mutatóira vonatkozóan.

#### **BETEGELŐKÉSZÍTÉS HÖRGŐTÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATHOZ**

*Morauszkiné Nagy Éva, Bujdos Éva, Nagy Antalné, Rákos Józsefné, Dr. Szabó Péter  
Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft.*

A hörgőtükrözés merev, vagy flexibilis eszközzel végezhető. Magyarországon a flexibilis eszközzel történő vizsgálatok az 1970-es években kezdődtek. A betegelőkészítés célja: a beavatkozás biztonságosabbá tétele, az időintervallum lerövidítése, a beteg számára minél tolerálhatóbb orvosi vizsgálat. A betegelőkészítés formái: szomatikus és pszichés. A premedikáció szükségességének megítélése az elmúlt évtizedben változott. Egy 1970-es cikk (*Wan-*



ner) az előkészítéshez Lidocain gélt javasolt és intubálás során 2 ml 2%-os Lidocaint a hangrés fölé. Egy 1978-as publikáció szerint az előkészítés során adott Atropin hörgőtágító nyáktermelés csökkentő hatású. Az Angol Tüdőgyógyász Társaság javaslata szerint elégséges a Lidocain a vizsgálathoz. A magyar 2005-ös ajánlás szerint „rutinszerűen” semmilyen gyógyszert nem kell adni. Ambulanciánkon alkalmazott premedikáció: ½ ampulla Atropin i. m., 15 csepp Dionin/os, Lidocain spray, Lidocain gél, Lidocain injekció. Helyi sajátosságként használható Lidocain oldatos inhalálás (szakrendelésünkön az eljárás hatékonyságának mérése folyamatban van). A beteg pszichés előkészítésének célja a széleskörű információnyújtás a beavatkozásról, az anamnézis felvétele, a szorongás csökkentése, és a megfelelő compliance kialakítása. A jelenlegi szemlélet szerint a beteg nem elszenvedője, hanem aktív résztvevője a vizsgálatnak. A beavatkozás előtt tájékoztatni kell a beteget a vizsgálat menetéről, az esetleges kellemetlenségekről, szövődményekről. Mindezt az aszisztenszi kompetencia szintjén belül kell megtenni. Lehetőséget kell adni a betegnek, hogy feltehesse kérdéseit, kibeszélhesse félelmeit az együttműködési készség fokozása érdekében. Fontos, hogy a beteg pszichés, és szomatikus szempontból megfelelően legyen előkészítve a vizsgálatra, hiszen ettől függ a beavatkozás biztonságossága, gyorsasága, eredményessége.

### **MEDIASTINALIS TÉRFOGLALÁS HÁROM HÓNAPOS CSECSEMŐNÉL**

*Bányai Zsuzsanna, Nagy Sándorné*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

Szerzők egy hat hónapos súlyos, kombinált szívfejlődési rendellenesség miatt kardiológiai gondozás alatt álló csecsemő esetét ismertetik. Két hónapos korától nehézlégzés, etetési nehezítettség, oxigénigény miatt többször kórházi kezelésben részesült. A jobb tüdő alsó lebenye felett hallott gyengült légzés háttérében felmerült légúti szűkület tisztázására került osztályunkra. Bronchológiai vizsgálata során a bal főhörgőn, a jobb felső lebenyhörgőn és a bronchus intermediuson benyomatot láttunk. Az endoszkópos kép alapján tbc gyanúja merült fel. Mellkas CT-vizsgálat lymphoma lehetőségét vetette fel. A tuberkulin-próba, a Quantiferon-teszt negatív eredményt adott, a csontvelő biopszia malignitást nem igazolt, a tumormarkerek mérsékelt emelkedést mutattak. Az elkezdett kezelés és a későbbi vizsgálatok hozták meg a végső, helyes diagnózist.

### ENDOBONCHIÁLIS ULTRAHANG VIZSGÁLATTAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

*Dr. Markóczy Zsolt, Dr. Udud Katalin, Dr. Rojkó Livia, Dr. Fülöp Andrea, Dr. Bokor Éva,  
Prof. Dr. Strausz János*

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

Az újonnan diagnosztizált tüdő tumoros betegek 26%-ának van mediastinalis érintettsége. A képalkotó vizsgálatok szenzitivitása és specificitása alacsony, ezért mediastinalis érintettség gyanúja esetén a nyirokcsomó státusz felméréséhez citológiai, vagy hisztológiai mintavétel szükséges. Az „arany standard” sokáig a mediastinoscopia volt. A transzbronchiális biopszia során, ha nincs indirekt jele a nyirokcsomó megnagyobbodásának (széttölt carina, bedomborodás) a képalkotó vizsgálatok alapján megtervezve, „vakon” történik a mintavétel.

Az endobronchiális ultrahang (EBUS) megjelenésével lehetőség nyílt a kóros nyirokcsomók légutak felőli lokalizálására és érkepletektől való elkülönítésére. Így a biopszia helye pontosabban kijelölhetővé vált, de még gondot jelentett azon hely megjelölése, megjegyzése, ahonnan mintát kell venni. Ezt küszöbölte ki a real time EBUS TBNA megjelenése. Az OKTPI Bronchológiai Ambulancián 2009. június 1. – 2011. augusztus 31. között 72 betegnél (33 nő és 39 férfi, átlagéletkor: 60,2 év) 74 EBUS-vizsgálat történt. 69 vizsgálat során vettünk mintát 81 régióból. Három esetben volt alkalmunk real time EBUS TBNA végzésére.

A fenti vizsgálatok során szerzett tapasztalatainkat, eredményeinket és további terveinket ismertetjük előadásunkban.

### STENT IMPLANTÁCIÓ HATÁSA A TÚLÉLÉSRE MALIGNUS CENTRÁLIS LÉGÚTI OBSTRUKCIÓT OKOZÓ LOKÁLISAN ELŐREHALADOTT ÉS METASZTATIKUS NSCLC-BEN

*Dr. Illés Miklós Balázs, Dr. Grmela Gábor<sup>(1)</sup>, Dr. Sárosi Veronika, Dr. Pápai-Székely Zsolt<sup>(1)</sup>*

Pécsi Tudományegyetem, ÁOK I. Belgyógyászati Klinika

Fejér Megyei Szent György Kórház, Pulmonológia<sup>(1)</sup>

2004 februárja és 2011 júliusa között 27, legalább három hónapos várható élettartammal rendelkező, malignus centrális légúti obstrukcióval diagnosztizált betegünk esett át bronchoszkópos intervención. A beavatkozások merev bronchoszkóppal történtek a Fejér Megyei Szent György Kórház Pulmonológiai Osztályán. A betegeket a stent típusa és lokalizációja, malignus alapbetegségük kórszövevénye és stádiuma, a stent beültetését megelőző és az azt követő onkológiai kezelés típusa szerint osztályoztuk. Az egyes betegcsoportok túlélési adatait, életminőségi mutatóit összehasonlítottuk a lokálisan előrehaladott és metasztatikus NSCLC standard terápiáját alkalmazó legfrissebb, nagy multicentrikus klinikai vizsgálatok eredményeivel.

**„KÉTKEDŐ KLINIKUS”**

*Dr. Rózsavölgyi Zoltán, Prof. Dr. Somfay Attila, Dr. Csada Edit, Dr. Tiszlavitz László<sup>(1)</sup>,  
Dr. Csörgő Erika<sup>(1)</sup>*

Mellkasi betegségek Szakkórháza, Deszk  
SZTE Patológia Intézet<sup>(1)</sup>

60 éves betegünk kivizsgálása 2010 júliusában indult kiterjedt jobb felső lebenyi elváltozással. Kórelőzményében hypertonia szerepelt, továbbá 40 csomagévnyi dohányzás. Családjában halmozódó kórképről, daganatrizikóról nem tudott. Panaszai osztályos felvételét megelőzően kb. két hónappal indultak nehézlégzéssel, száraz köhögéssel, ami a váltott antibiotikum kezelés ellenére sem változott. Osztályunkon a 2010 júliusában elvégzett bronchoszkópos mintavétel szövettani eredménye típusos COP (cryptogen organizáló pneumonia) képét jelezte, azonban a hozott mellkas CT alapján felvetett mellékvese, illetve ellenoldali szoliter pulmonalis metasztázis gyanú miatt a vizsgálatot megismételtük, fenntartva IV. stádiumú tüdő carcinoma alapos gyanúját. Az ismételt mintavétel továbbra is típusos COP-képet mutatott; a bal oldali mellékvese mintavételre alkalmatlannak bizonyult – így CT-vezérelte biopsziát tartottunk indokoltnak. Mivel malignitás továbbra sem igazolódott, a CT-vezérelte mintavételt megismételttük. A szövettani kép továbbra is COP-t támogatott, ezért a fentiek alapján szteroid kezelést kezdtünk. Szteroid melletti átmeneti szép radiológiai regresszió és szoros obszerváció mellett, nyomon követés kapcsán PET-CT történt (2010. december), ami a tumor lehetőségét egyértelműen nem tudta kizárni, így az onkoteam műtétet javasolt. Egyértelmű tumoros diagnózis hiányában a beteg a műtétet nem vállalta, így további ellenőrzését folytattuk. Kontroll mellkas CT-n észlelt ismételt progresszió miatt a bronchoszkópiát megismételtük. A szövettan ez esetben adenocarcinomát igazolt, mely a friss stádiumbeosztás alapján inoperábilisnak bizonyult. Továbbiakban a beteg egyetértésével angiogenesis gátló és platina alapú kombinált kemoterápiás kezelést indítottunk 2011 augusztusában.

**KÉTOLDALI PNEUMONIA HÁTTERÉBEN MEGHÚZÓDÓ TRACHEA TUMOR**

*Dr. Jancsikín Lyubomir, Dr. Furák József<sup>(1)</sup>, Dr. Grmela Gábor<sup>(2)</sup>, Dr. Tiszlavicz László<sup>(3)</sup>*

Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Deszk  
SZTE Sebészeti Klinika Mellkasebészet<sup>(1)</sup>  
Székesfehérvári Kórház Tüdőgyógyászat II.<sup>(2)</sup>  
SZTE ÁOK KK Patológiai Intézet<sup>(3)</sup>

Középkorú egészségügyi dolgozó, COPD-s nőbeteget egy hónap leforgása alatt két alkalommal észleltük osztályunkon jobb, illetve bal alsó lebenyi pneumonia miatt. Antibiotikus

terápia mellett hamar leléztalanodott. De sem radiológiai, sem labor paramétereit illetően a várt regresszió nem lépet fel. A nehezen expectorálható váladék miatt hörgő öblítést terveztünk. Bronchoszkópia során a trachea alsó szakaszán, a lument kb. 70%-ban obstruáló idegen szövetszaporulatot találtunk. Friss mellkas CT birtokában műtetre jegyeztük elő. Gyulladt trachea miatt a tervezett műtét helyett a Székesfehérvári Kórház Tüdőosztályán sürgős tumor endoszkópos palliatív reszekció történt. A gyulladással járó folyamat megszűnését követően a trachea reszekció megtörtént. Szövettana: canalicularis adenocarcinoma „low grade” tubularis carcinoma infiltrációja. A beteg utókezelése irradiáció formájában megtörtént. A legutóbbi kontroll során tünet- és panaszmentes volt. Olyan esetekben, amikor a kezelés hatására nem következik be a várt regresszió, célszerű a bronchoszkópia elvégzése.

#### **TRACHEA ADENOID CYSTICUS CARCINOMA KEZELÉSÉBEN SZERZETT TAPASZTALATAINK**

*Dr. Bokor Éva, Dr. Markóczy Zsolt, Dr. Rojkó Livia, Dr. Szabó Emese, Dr. Udud Katalin, Prof. Dr. Strausz János*

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet

A trachea adenoid cysticus carcinómája ritkán előforduló, lassan növekedő daganat, mely a nagylégutak szűkületét okozhatja. Lassan metasztatizáló, de lokálisan agresszív, recidiváló malignus tumor. A fő terápiás lehetőség a sebészi beavatkozás. Inoperabilis esetekben az endobronchiális palliatív lehetőségek és sugárterápia jut szerephez, melyek megfelelő kombinációjával többéves túlélés biztosítható. Előrehaladott betegségben effektív szisztémás kezelési lehetőség egyelőre nincs a kezünkben. Intézetünkben tíz évre visszamenőleg vizsgáltuk a trachea adenoid cysticus carcinómájának előfordulását. Célunk volt tapasztalatok gyűjtése a stagingben, kezelésben, a bronchoszkópia szerepének felmérése a prognózisban és intervencios lehetőségekben. Az elmúlt tíz évben az OKTPI-ben tíz beteget kezeltünk. Három betegnél sikerült trachearesectios műtétet végezni, egy esetben postoperatív sugárkezeléssel kiegészítve. Preoperatív stagingben 3D rekonstrukciós CT-, MR-, EBUS-vizsgálatok is szerepet kaptak. Inoperabilis betegeink bronchoszkópos, endobronchiális intervenció után palliatív irradiációban részesültek, egy esetben a beteg kemo-terápiát is kapott. A bronchoszkópia minden esetben fontos szerephez jut a betegség pontos diagnosztikájában, stagingjében, az operabilitás elbírálásában. A betegség lassú lefolyásából adódóan ezen betegeket a bronchológiai osztályon sok éven keresztül követjük és többszöri palliatív beavatkozásokat végzünk.

## **A TÜDŐCITOLÓGIA DIAGNOSZTIKAI ÉRTÉKE A TÜDŐDAGANATOK KEZELÉSÉNEK MEGTERVEZÉSÉBEN**

*Pápay Judit*

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

A tüdőelváltozások, így a tüdődaganatok diagnosztikájában a citológiai mintavétel kulcsszerepet tölt be. A különböző lokalizációjú elváltozásokból eltérő eszközös eljárásokkal nyerhető vizsgálati anyag, amely diagnosztikus értékén túl a daganatos állapot stádiumának megállapításában, a daganat primer, vagy áttéti voltának értékelésében is szerepet játszik.

A tüdőrák citológiai értékelésekor törekednünk kell arra, hogy a mintából a lehető legtöbb olyan információval szolgálhassunk, amely adott esetben az onco-team munkáját, a kezelés tervezését kiegészíti. A kissejtes és nem-kissejtes carcinoma elkülönítésén túl a nem-kissejtes csoport további lehetséges klasszifikációját segítik az immuncitokémiai vizsgálatok, s adott esetben a citológiai minta is alkalmas lehet akár molekulárisan célzott terápia tervezésére.

## **SZÖVETTANI VIZSGÁLATRA KÜLDÖTT BRONCHOSZKÓPOS BIOPSIÁK DIAGNOSZTIKUS ÉRTÉKE**

*Dr. Soltész Ibolya, Dr. Fillinger János*

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

A bronchoszkópos vizsgálat során nyert, hisztológiai vizsgálatra küldött minta mikroszkópos vizsgálata értékes információval szolgál a tüdőmegbetegedések diagnózisának pontosításában, értéke meghatározó jelentőségű a betegek kezelésében. Ezt az értéket ugyanakkor relatív, objektív és szubjektív tényezők egyaránt befolyásolják. A minél pontosabb – a beteg további sorsát, kezelését meghatározó diagnózis felállítása érdekében elengedhetetlen a bronchológus, a pathológus minél szorosabb együttműködése, a szakterületek egymással szemben támasztott elvárásainak ismerete, ezek betartása. A hisztológiai vizsgálatra kerülő bronchoszkópos tüdőbiopsziák és bronchus excisiók akkor bírnak a legnagyobb specificitással és sensitivitással, ha az indikációs kör adekvát, a minta mennyisége és minősége megfelelő, a klinikai és anamnesztikus adatok relevánsak, képkötött eljárások eredményei rendelkezésre állnak. A vizsgálati anyagok jelentős hányadát kitevő „daganat diagnosztika” még inkább kihívást jelent, hiszen a kis biopsziás minta értékelésének eredménye a beteg további sorsát meghatározó tényező, mivel a célzott terápia alkalmazásának alapját jelenti.

## SEJTBLOKK TECHNIKÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

*Dr. Fillinger János, Dr. Soltész Ibolya*

OKTPI

A tüdőelváltozások diagnosztikájában mindig fontos szerepet játszottak a cytodiagnosztika. Már az 1980-as évek elejétől felvetődött az igény olyan feldolgozási eljárás kidolgozása iránt, mely a korábban vett, kenetkészítésre alkalmas minta reprodukálhatóságát lehetővé teszi. Az egyszerűség és biztonságosság nemzetközi gyakorlatban már elfogadott követelményének a sejtblokk technika felel meg. Az eljárással az aspirátumból/folyadék citocentrifugátumából szokásos formalinos fixálás után paraffinba ágyazott szövettani metseteket készítenek, melyeket hagyományos H&E festéssel, valamint immunhisztokémiai reagensekkel is lehet vizsgálni. Intézetünkben 2010 második felétől került bevezetésre a sejtblokk technika. A feldolgozás párhuzamosan történik a cytológiai minták értékelésével. Igyekeztünk sejteket nyerni a különböző mintavételi eszközökből, illetve feldolgozni a punktátumok maradékát. Az egyes eszközöknél néztük az elérhető és kinyerhető sejtszámot, illetve a felállítható diagnózisok értékét. Az aspirációs tűkben/tűkön a kenetek elkészítése után ritkán találtunk értékelhető sejteket. A mellkasi folyadékok feldolgozása után azonban jelentős mennyiségű sejtet sikerült kinyerni, melyek feldolgozása az előzetes cytológiai diagnózist megerősítette, illetve pontosította. Vizsgálatainkkal a technikát biztonságosnak, a diagnosztikus munkában jól hasznosíthatónak találtuk.

## TÜDŐ CITODIAGNOSZTIKA – ELVÁRÁSOK ÉS LEHETŐSÉGEK I. – ESETBEMUTATÁS II.

*Dr. Szilágyi Anna, Dr. Kleizer Judit, Dr. Tilinger Edit*

Fejér Megyei Szent György Kórház

I. A Fejér Megyei Szent György Kórház Pulmonológia és Patológia Osztálya évek alatt szoros együttműködést alakított ki azért, hogy a tüdő citológiai minták minél gyorsabban, a klinikai elvárásoknak megfelelően, a diagnosztika lehetőségeit kihasználva kerüljenek értékelésre. Áttekintjük a kórházunkban használt mintavételi technikákat, az ebből nyert citológiai minták értékelhetőségét, a diagnózisok szövettani típus szerinti megoszlását, a cytodiagnosztika alapelveit. Foglalkozunk a citológiai diagnosztika értékének változásával és a korszerű citológiai lelet követelményeivel.

II. Az esetbemutató során négy, diagnosztikai problémát okozó beteg kórtörténetét mutatjuk be.

## **A STENT IMPLANTÁCIÓ SZEREPE A NAGYLÉGÚTI STENOSISOK KEZELÉSÉBEN, CSECSEMŐKORBAN**

*Márialigeti Tivadar*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet Gyermekosztály, Törökbálint

A szerző rövid áttekintést ad a stent implantáció nemzetközi és hazai előzményeiről, majd kitér a módszer csecsemőkori alkalmazásának lehetőségeire és nehézségeire. Ezt követően az 1999 óta munkatársaival légúti stenosisok palliációja céljából végzett implantációk eredményeit és tapasztalatait foglalja össze.

*Módszer:* A relaxációs narkózisban végzett implantációhoz – különféle gyártmányú – ballonnal tágítható, fedett, vagy fedetlen vasculáris stentet használnak.

*Eredmények:* A beavatkozásra tíz betegnél került sor, átlag életkor hat hónap (range: 6 hét–15 hónap). A légutakba összesen 19 db stentet helyeztek, mivel három esetben több stent alkalmazása volt szükséges (8 esetben Palmaz® fedetlen, 2 esetben Tentaur® fedetlen, 7 esetben Tentaur® fedett és 2 esetben Jostent® stent-graft). A stent implantáció 4 esetben reconstructio szív-műtétet követő nagyhörgő stenosis, 4 esetben tracheo-oesophageális fistulához csatlakozó tracheastenosis és 2 esetben vascular ring okozta trachea és főhörgő stenosis miatt történt. Öt beteg volt ventilator dependens. Hat beteg somatomentálisan intact, négy beteg károsodott volt a beavatkozás előtt.

Minden esetben klinikai javulást észleltek. A lélegeztetés a ventilator dependens betegeknél megszüntethető volt. A betegek közül heten otthonukban élnek, jó állapotban. Közülük öt gyermeknél a stentet eltávolították, de az eltávolítást követően egy esetben tracheostoma, egy esetben aortopexia volt szükséges. Két gyermek stent viselő. Három beteget veszítettek el az alapbetegsége miatt.

*Szövődmények:* minden esetben észleltek változó mértékű sarjszövetképződést, emiatt két fedetlen és egy fedett stentet el kellett távolítani. A stent elmozdulását a fedett eszközöknél látták, ezek eltávolítása volt szükséges. Perforációt nem észleltek. Légúti infekció kapcsán fellépő stenotikus tünetek uralhatók voltak.

*Következtetés:* A beavatkozás pontos indikáció esetén eredményes, technikai nehézséget nem okoz. Alkalmazására azonban csak kellő gyakorlat és konziliáriusi háttér megléte esetén kerülhet sor. Az utókezelés során legnagyobb nehézséget a sarjszövetképződés okozza, ami a tracheában kifejezettebb mint a nagyhörgőkben. A stent eltávolítása során szövődmények várhatók.

**MEGLEPŐ DIAGNÓZIS MELLKASI ÁRNYÉKTÖBBLET HÁTTERÉBEN**

*Dr. Bartha Levente, Dr. Borota Mirela, Dr. Vadász Pál, PhD<sup>(1)</sup>, Dr. Járay Géza, Dr. Jenei Judit, Dr. Böcskei Csaba, PhD*

Szent Borbála Kórház

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet<sup>(1)</sup>

Tüdőgondozónk panaszmentes 50 éves nőbeteg mellkas röntgen felvételén a jobb hilus magasságában laterálisan egy 3×2 cm átmérőjű kerekárnyékot igazolt. Mellkas CT a jobb IV. borda laterális ívén egy csontdestrukciót okozó 25×15 mm-es lágyrészképletet vélemlyezett. A csontizotóp vizsgálat negatív lett, bronchoszkóppal endobronchiális tumorjel nem volt látható. TTP-vel a csontkemény elváltozásból malignus sejteket nem igazoltunk. Három hónap múlva a CT-kontroll 33×19 mm-nek találta az elváltozást. A mellkassebészeti konzíliumot követően OKTPI-ben opus történt, a szövettan adenoc. muciparum metastasist igazolt. Primer tumorkutatás részeként gastroenterológiai, urológiai és nőgyógyászati vizsgálatok malignomat nem igazoltak. PET CT a pajzsmirigy jobb lebenyét jelölte meg lehetséges primer folyamatnak. Pajzsmirigy UH-vizsgálat ugyanitt a malignitás gyanúját megerősítette, aspirációs cytológia szabálytalan alakú és nagyságú sejteket igazolt. A pajzsmirigy izotóp vizsgálat a jobb lebeny kifejezetten csökkent aktivitását igazolta, opust javasolt. Thyroidectomy során a jobb lebenyben meggyini porckemény elváltozást igazoltak. Betegünket azért tartjuk bemutatásra érdemesnek, mert bár az első leletek alapján pulmonológiai esetnek indult, megoldása több szakterület együttműködését igényelte.

Külön köszönjük dr. Flinger Jánosnak (OKTPI) és dr. Schvarcz Tibor PhD-nek (Szent Borbála Kórház) a cytológiai és szövettani vizsgálatok kiértékelését.

**INTENZÍV TERÁPIÁS ELLÁTÁSOK KÉSŐI BRONCHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI**

*Dr. Szabó Emese, Dr. Markóczy Zsolt, Dr. Rojkó Livia, Dr. Bokor Éva, Dr. Udud Katalin, Prof. Dr. Strausz János*

Országos Korányi Tbc- és Pulmonológiai Intézet

Az intenzív osztályos kezelést, tartós gépi lélegeztetést, esetenként tracheostoma készítését követően kialakuló postintubatiós trachea stenosis a légcső benignus szűkületeinek jelentős hányadát teszi ki. A beteg felépülését követően néhány hónapon belül jelentkező stridoros légzés, dyspnoe észlelésekor a légcső szűkület oki szerepére gondolni kell, a mielőbbi diagnózis és esetenként akut bronchológiai intervenció életet menthet, illetve életminőséget javíthat. Intézetünkben az utóbbi öt évben 176 beteget láttunk el postintubatiós tracheastenosis diagnózisával. Ezen betegek dokumentációját áttekintve felmértük,



milyen intenzív terápiás ellátást, intubálást, tartós gépi lélegeztetést, illetve tracheostoma kialakítását igénylő betegség során alakult ki a légcső szűkülete. Az esetek mintegy 30%-ban a stenosis valamilyen kardialis esemény kapcsán szükségessé váló intenzív kezelést követően jelentkezett. Néhány eset kapcsán mutatjuk be a tracheastenosis kialakulásának pathomechanizmusát, tünettanát, a diagnózishoz vezető utat és a szűkület megoldásának bronchológiai intervenciós lehetőségeit.

### **BETEGSZELEKCIÓS KRITÉRIUMOK TRACHEA REZEKCIÓ ESETÉN**

*Rojkó L., Szabó E., Bokor É., Fülöp A, Udud K., Markóczy Zs., Strausz J.*

Az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet Bronchológiai Rendelőjében az elmúlt öt év során közel kétszáz beteget vizsgáltunk postintubatio tracheastenosis diagnózissal. A betegek egy részénél az első bronchoszkópos vizsgálat alkalmával döntés született a további bronchoszkópos intervenció mellőzéséről, vagy a tracheostoma kialakításáról. A fennmaradó esetekben mechanikus tágitás, mechanikus felszabádítás, kauterezés, stent beültetés, trachea rezekció történt.

Egy betegnél akár többféle beavatkozásra is sor kerülhetett, ezek időbeli alkalmazása elhúzódhatott. Trachea rezekció esetén az irreverzibilisen károsodott trachea szakasz sebészeti kiiktatásával definitív megoldást remélünk a betegség megoldására, de a beavatkozásra csak kevés beteg alkalmas. Tapasztalataink alapján a tracheastenosis kezelése betegenként egyéni elbírálást igényel. Gégész, mellkassebész és bronchológus összehangolt gondolkodását igényli, valamint szoros közreműködést kíván a beteg részéről. A kezelési mód kiválasztásakor mérlegeljük a beteg performance státuszát, testalkatát, társbetegségeit, kooperációs képességét, a beszűkült trachea szakasz helyét és hosszát, a nyálkahártya granulációs szövetképző hajlamát. Előadásunkban a trachea rezekción átesett betegeinkkel szerzett tapasztalatainkat összegezzük és elemezzük a betegszelekción kritériumok fontosságát.

### **TRACHESTENOSIS HÁTTERÉBEN ÁLLÓ ACHALASIA**

*Dr. Simon Noémi, Dr. Györfy Ágnes, Dr. Löwy Tamás, Dr. Subicz Ágnes, Dr. Ujszászi Éva,  
Dr. Kádár László*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

A szerzők előadásukban egy 12 éves leány esetét ismertetik, akinek elhúzódó köhögése háttérben egy késői életkorban diagnosztizált achalasia áll. A gyermek 7 éves koráig panasgmentes volt, ezután visszatérő elhúzódó köhögések jelentkeztek nála, melyek tüneti

terápia (inhalálás, sószoba) mellett többnyire javultak. Súlya éveken át stagnált, majd amikor 9 éves korában fogyni kezdett, osztályunkra került kivizsgálásra. A fizikális vizsgálattal astheniás küllemű, krónikus beteg benyomását keltő sápadt gyermeknél bronchitises zörejeket találtunk, a röntgenen változó lokalizációban durva kötegezettséget láttunk, légzésfunkciója kevert légzészavart mutatott (minden értéke 50% alatti volt), laborjaiban kóros eltérést nem találtunk. Bronchoszkópia során trachea középső harmadában a mellső fal jobbról hosszan és nagymértékben benyomott volt, itt 80%-os szűkület jött létre. A szűkületben és attól distalisan nagy mennyiségű purulens váladékot szívtunk le. Nyeletéses röntgenén rendkívül tágult nyelőcsövet és a cardia sphincter szűkületét láttuk. A látott kép és a mellkas CT achalasiát igazolt. Ezt követően a SE I. sz. Gyermekklinikára utaltuk a gyermeket, de édesanyja az itt felkínált műtétbe, vagy nyelőcsőtágításba nem egyezett bele és az alternatív medicina eszközeivel otthon gyógyítja a gyermeket. Az előadásban az eseten kívül ismertetésre kerül az achalasia diagnosztizálása és terápiás lehetőségei is.

### **BIOLÓGIAI TERÁPIÁT KÖVETŐEN KIALAKULT INVAZÍV ASPERGILLOSIS ÉS ARDS ESETE**

*Lupkovics Gergely, Lantos Ákos, Gyulai Márton*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

A biológiai terápiában (influximab) részesülő rheumatoid arthritises beteget kétoldali pneumónia miatt vettük fel Intézetünk II. Tüdőosztályára. Légzési elégtelenség miatt a Szt. Margit Kórház Intenzív osztályára helyeztük át, miután időrendi sorrendben amoxicillin/klavulánsav (területen), ceftriaxon, levofloxacin, piperacillin/tazobactam mellett további progressziót észleltünk, majd vancomycint kezdtünk. Intenzív áthelyezését közvetlenül megelőzően bronchoszkópia során levett mintából (védett kefe) *Aspergillus*-antigént mutattak ki (Platelia-teszt), ezért amphotericin B-t és fluconazol indítottak.

Gépi lélegeztetést igényelt, majd a beállított antimikotikumok mellett láztalanná vált, állapota javult. Visszahelyezését követően folytattuk a megkezdett terápiát. Köpetének, orr-, és torokváladékának baktérium tenyésztése során MRSA-t találtunk, és tekintettel az akut veseelégtelenségre teicoplanint kezdtünk vancomycin helyett. Antimikotikus kezelést per oralisan folytattuk vorikonazzal. Az alkalmazott antibiotikus és antimikotikus kezelés mellett állapota fokozatosan javult, vérgáz értékei fiziológiás tartományba kerültek, mellkas röntgen felvételén regressio ábrázolódott. Váladékainak ismételt leoltása során két hét után MRSA-t nem találtunk. A javulás megindulását követően elvégzett mellkasi CT-vizsgálattal kiterjedt kétoldali infiltratív árnyékok ábrázolódtak diffúz gócos eloszlásban, basalis túlsúllyal. 103 napos vorikonazol kezelést követően mellkas röntgen felvételen és mellkasi CT-vel is teljes regresszió következett be.

## **METABOLIKUS INFORMÁCIÓVAL KIEGÉSZÍTETT VIRTUÁLIS BRONCHOSZKÓPIA VEZÉRELTE TRANSZBRONCHIALIS BIOPSZIA TERVEZÉSE**

*Szabó Péter, Emri Miklós<sup>(1)</sup>, Galuska László<sup>(1)</sup>, Hascsi Zsolt<sup>(2)</sup>*

Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Pulmonológia Osztály  
Nukleáris Medicina Intézet, Debreceni Egyetem<sup>(1)</sup>  
Scanomed Kft., Debreceni Központ<sup>(2)</sup>

A malignus tüdőtumorerő stádium meghatározásának egyik fontos pontja a mediastinalis és hilusi nyirokcsomó státusz pontos meghatározása. Ma még döntően képalkotók alapján stadizáljuk a tüdődaganatokat, de egyre terjednek a különböző endoscopos úton végzett transzbronchialis citológiai mintavételek, melyekkel citológiai alapú stádium meghatározásra van mód. A kivizsgálás szinte már rutin része a PET/CT-vizsgálat, melynek utólagos feldolgozásával a valós endoscopos beavatkozások pontos tervezésére nyílik lehetőség. Számos ún. „guided” bronchofiberoscopos vizsgálati módszer létezik már, melyek igen költségesek, emiatt nem terjedt el a rutinszerű használatuk. Egy olyan komplex szoftverrendszer kifejlesztését tűztük ki célul, melynek segítségével tervezhetők a vizsgálatok. A fejlesztéshez a Nukleáris Medicina Intézetben kialakított MultiModal Medical Imaging szoftverrendszert használtuk. A képfeldolgozási folyamatban a beteg PET/CT és a diagnosztikus CT adatait illesztik. Az első munkafázisban a légcsőre optimalizált LD CT (low dose CT) és a diagnosztikai CT képanyagának illesztése történik meg. A PET 3D metabolikus információjából és a diagnosztikai CT érhálózatának sűrűségét jellemző információból a virtuális navigáció támogatásához és a célzott transbronchialis tüdőbiopszia helyének pontosításához felhasználható adatokat állítunk elő. Az időpontokat, az elkészült képanyagot interneten keresztül tudjuk megosztani egymással ([www.minipetct.hu](http://www.minipetct.hu)). A műtéti beavatkozás tervezésére a Jósa András Oktatókórház Pulmonológia Osztályán kerül sor. A képanyagot feldolgozva kialakítottunk egy könnyen kezelhető szoftvert, egy webes felületet az információ folyamatos és azonnali megosztására. A találati pontossággal kapcsolatos eredményeinket a közeljövőben tervezzük bemutatni.

## **BRONCHOGEN CYSTA 18 HÓNAPOS KISDEDNÉL**

*Dr. Gyórfy Ágnes, Dr. Simon Noémi, Dr. Subicz Ágnes, Dr. Ujszászi Éva, Dr. Lówy Tamás,  
Dr. Kádár László*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

A szerzők egy 18 hónapos kislány esetét ismertetik, akinek fél éve havonta hullámzóan jelentkezett obstructiv bronchitise, majd a korábbiaknál súlyosabb, fokozódó nehézlégzés

miatt kórházi felvételre került. Felvételnél a tüdők felett megnyúlt kilégzés, sípolások, búgások voltak észlelhetők. Vénás szteroid, inhalatív hörgőtágító használata mellett obstruktív bronchitise elhúzódóan gyógyult. Köhögésének stenotikus jellege felvetette hörgőszűkület lehetőségét. Bronchoszkópia során a gyulladt hörgőnyálkahártya-kép mellett a bifurcatios carina kiszélesedése, mindkét főhögőn medial felől ható, jelentős szűkületet okozó benyomat volt észlelhető. Bronchoadenitis tuberculosa diagnózisa a negatív tuberculin teszt és Quantiferon-vizsgálat alapján nem nyert megerősítést. Mellkas CT-vizsgálat bronchogen cysta lehetőségét vetette fel. A sebészi eltávolítást követő szövettani vizsgálat igazolta a felvetett diagnózist. A műtétet követően a gyermek stenotikus jellegű köhögése megszűnt, fejlődése felgyorsult. Szerzők ismertetik a mediastinalis fejlődési rendellenességek differenciáldiagnosztikáját, terápiás megoldásait.

#### **RAMEL TŰS PLEURA BIOPSZIA GYAKORLÁSA „MODELLEN”**

*Lantos Ákos, Dr. Nagy Andrea, Dr. Pápay Judit<sup>(1)</sup>, Gyulai Márton, Lupkovics Gergely, Dr. Kozma Zoltán*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint  
SE I. Patológiai Intézet Budapest<sup>(1)</sup>

Az immunhistokémia vizsgálatok révén a pleura túbiopszia diagnosztikus hatékonysága megnőtt. A módszer egyszerű, olcsó és veszélytelen, a beteg számára nem megterhelő.

Esetenként a kezdő vizsgáló nem érez rá a túbiopszia hatékonyságát biztosító apró részletekre, és a mintavétel során pleurát nem, csak mellkasfali szövetet nyer. Ez szabad szemmel gyakran nem látható, csak a szövettani leletből derül ki. A beavatkozást lehet nyitott mellkasú cadaveren gyakorolni, de ilyenkor is célszerű a fali pleurát metilénkékkel vagy filctollal megfesteni. A tű használatának egyszerűbb gyakorlására félkemény zárt cellás 3–4 cm vastag műanyag habdarabot vettünk, ennek egyik oldalára papír címkét ragasztva, vagy ezt a felszínt alkoholos filctollal beszínezve a műanyag a mellkasfalat modellezi, a címke, vagy színes felület a fali pleura. A megfelelő tűhasználat esetén a kivett műanyag habdarabban látható a tollal színezett rész, vagy papír. A módszer más típusú szövettani biopsziás tűk (Silvermann-Hauser, Tru-cut), illetve mellkasdrenáló szettek használatának (Pleuracan, Cystofix) gyakorlására is alkalmas.

#### **LÉGÚTI INFANTILIS HAEMANGIOMA**

*Dr. Subicz Ágnes, Prof. Dr. Rovó László<sup>(1)</sup>, Dr. Huri Anikó<sup>(2)</sup>, Dr. Kádár László*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

SZTE ÁOK Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika (Szegedi Tudományegyetem)<sup>(1)</sup>  
Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Kht.<sup>(2)</sup>

Szerzők egy hathetes csecsemő esetét ismertetik, aki nehézlégzés, kifejezett in- és expiratoricus stridor, oxigénigény miatt került felvételre. Bronchoszkópos vizsgálat a tünetek háttérében a gége jobb oldalán a gyűrűporc magasságában gömbölyded, erezett felszínű, haemangiómának megfelelő képletet igazolt, mely diagnózist a kontrasztanyag os nyaki CT-vizsgálat is megerősítette. A beállított Propranolol-kezelés mellett a csecsemő stridora néhány napon belül lényegesen csökkent. Fül-orr-gégészeti ellátása során tracheostoma képzésére már nem volt szükség, a haemangioma lézer-ablációra alkalmassá vált, és mára csaknem teljes regressziót mutat. Szerzők az eset kapcsán áttekintik az infantilis haemangiómák etiológiáját, patomechanizmusát, klinikumát, esetleges szövődményeit, valamint a kezelés sebészi és gyógyszeres lehetőségeit, kiemelve a nem-szelektív béta-blokkolók közelmúltban felismert jelentős szerepét.

### **AKUT ASPIRATIO, KRÓNKUS IDEGENTEST ELTÁVOLÍTÁS**

*Dr. Demeter Botond, Dr. Kádár László<sup>(1)</sup>, Dr. Ujszászi Éva<sup>(1)</sup>, Dr. Borsodi Klára*

B. A. Z. Megyei Kórház

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint<sup>(1)</sup>

A szerzők az aspirált idegentest eltávolításának buktatóit mutatják be egy hét hónapos csecsemő esete kapcsán. N. A. kínzó köhögés, húzó belégzés miatt került felvételre a miskolci GYEK-be, ahol panaszai háttérében az anamnesis, valamint a klinikai kép alapján aspiratio alapos gyanúja merült fel. Bronchoszkópos vizsgálattal idegentest nem volt látható, a jobb főhörgőből nagy mennyiségű gennyes váladékot távolítottak le, a basalis hörgők a nyálkahártya duzzanat következtében nem voltak vizsgálhatók. További bronchológiai vizsgálat céljából a Törökbálinti Tüdőgyógyintézet Gyermekosztályára került áthelyezésre. Az első alkalommal végzett hörgőtükrözés során körkörösön szűkebb intermedius hörgőt és a basalis hörgőket kitöltő szívással nem eltávolítható tapadós váladék volt látható, mely rövid vénás steroid kúra és intenzív váladékoldó kezelés ellenére öt nappal később változatlan képet mutatott. A basalis hörgőfalon tapadó sávokat alkotó váladékot eltávolítani továbbra sem sikerült, ennek alapján felmerült a basalis törzs nyálkahártyájába ékelődött idegentest gyanúja. Hathetes váladékoldó és inhalatív steroid terápiát követően a feltételezett idegentest proximalis vége felett körkörös sarjszövet látszott, mely az újabb egyhetes vénás steroid kezelést követően megkisebbedett, és a látótérbe került idegentest (apró művirág befogó műanyag tok) eltávolítható volt. Az esetet a típusos klinikai kép

ellenére nehezen beazonosítható idegentest, jelen esetben konzekvensen purulens váladékra emlékeztető kép, az ebből adódóan nehezen felállítható diagnózis miatt tartjuk érdemesnek.

### **TUBERKULOTIKUS NYIROKCSOMÓBETÖRÉS RHEUMATOID ARTHRITIS BIOLÓGIAI TERÁPIÁJÁT KÖVETŐEN. ESETBEMUTATÁS**

*Gyulai Márton, Lupkovics Gergely, Dr. Fajt Erzsébet, Dr. Korompay Réka,  
Dr. Paracski Ágnes, Lantos Ákos*  
Pest megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

A 31 éves férfi anamnézisében rheumatoid arthritis szerepelt. 2008 augusztusában anti-TNF-alpha kezelést (adalimumab) kezdtek (kísérő terápia: leflunomid, metilprednizolon). Fél év után lázas állapot, köhögés jelentkezett, mely antibiotikus kezelés mellett több alkalommal átmenetileg elmúlt, majd visszatért. 2009 augusztusában került intézetünkbe kivizsgálás céljából. Ekkor mellkas röntgen felvételén jobb oldalon a szív-rekesz szögletben felritkulásokat mutató infiltratum ábrázolódott. Endobronchialisán a br. intermedius alsó harmadában a medialis falon nyirokcsomóbetörésre jellemző képet láttunk, a szövettani minta ZN festése saválló pálcák jelenlétét igazolta. Antituberkulotikus kezelést állítottunk be, melyre láztalanná vált, panaszai megszűntek, gyulladáshoz paraméterei csökkentek. Otthonába bocsátását követően egy hónap múlva az OKTPI ITO-ra szállították akut légzési elégtelenség miatt. Mellkas CT-vizsgálat a jobb alsó lebenyben bronchiectasia talaján kialakult tályogot írt le. A terápiarezisztens folyamatra tekintettel jobb alsólebeny eltávolítást végeztek. A műtéti szövettan bronchiectasia talaján kialakult, tuberkulotikus, abszcedáló léziók mellett rheumatoid arthritisre jellemző elváltozásokat írt le. Állapotjavulást követően intézetünkbe helyezték át. Kezelése során újabb lázas állapot háttérben MRSA infekció igazolódott. Vancomycin kezelés mellett továbbra is lázas maradt, ezért infektológiai konzílium javaslata alapján a kezelést imipenemmel egészítettük ki, melyre subfebrilissé vált. Átmeneti javulást követően légzési elégtelenség miatt ismételt az OKTPI ITO-ra helyeztük, ahol gépi lélegeztetésre szorult. Visszahelyezését követően pár napos stabilnak tűnő állapot után, hirtelen kialakult légzési elégtelenségben elhunyt.

### **SZÜKSÉG VAN-E PULMONOLÓGUS ÁLTAL VÉGZETT PLEUROSCÓPIÁRA ?**

*Dr. Grmela Gábor, Dr. Pápai Székely Zsolt*  
Fejér Megyei Szent György Kórház

A thorascópia, pleuroscópia nem újkeletű – 2010-ben volt éppen 100 éve hogy *H. C. Jacobaeus* svéd belgyógyász elvégezte az első beavatkozást egy cystoscóppal.

A pulmonológiai praxis jelentős százalékát az teszi ki, hogy választ adjon az ismeretlen eredetű pleurális folyadékok (exudátum) aethyológiájára, valamint megoldást nyújtson mind a malignus exudatív, mind a benignus eredetű, visszatérő, konzervatív kezelésre nem reagáló, tüneteket okozó transsudatív mellkasi folyadékokra (szívelégtelenség, hepatikus hydrothorax, nephrózis sy.). Bizonyított exsudatum esetén, amennyiben a cytológiai vizsgálat ismételt thoracocentézisek során nem diagnosztikus, a következő lépés a mellhártya szövettani vizsgálata. Négy módon nyerhetünk szövettani mintát a pleurából: zárt pleura biopszia, UH- vagy CT-vezérelt biopszia, és pleuroscópia útján. A zárt, vak pleura biopszia mindössze 7%-kal növeli a thoracocentézis diagnosztikus képességét malignus tumorok esetén, így nem javasolt alkalmazása, viszont magas TBC prevalenciájú régiókban magas a diagnosztikus képessége, ezért van létjogosultsága. A CT-, ill. UH-vezérelt biopsziák diagnosztikus ereje >83%, ha jól látható eltérés észlelhető a CT-n, ill. az UH-on. A thorascópia diagnosztikus ereje pleurális folyadékok esetén >90%, és óriási előnye hogy egy ülésben terápiás beavatkozásra is alkalmas: a folyadék teljes leszívása, talcumos pleurodézis elvégzése, szállagok oldása, szövettörmelék eltávolítása (fibropurulens empyema), mellkasi drain pozíciójának optikus ellenőrzése stb. is elvégezhető. A pleuroscópia a bronchológiai rendelőben kivitelezhető, természetesen megfelelő sterilitási feltételekkel, ahol egyéb intervenciós bronchológiai beavatkozások is történnek. Statisztikai adatok bizonyítják, hogy rendkívül biztonságos eljárás, könnyen elsajátítható, helyi érzéstelenítésben, éber szedációval kiegészítve aneszteziológus jelenléte nélkül végezhető (költséghatékony). Néhány eset bemutatása, a saját tapasztalatunk és a nemzetközi társaságok (ERS, ACCP) véleménye alapján a feltett kérdésre a válasz: igen!

### **PULMONALIS HUROKKAL SZÖVŐDÖTT KRITIKUS CONGENITALIS TRACHEASTENOSIS 11 HETES CSECSEMŐNÉL**

*Dr. Kádár László, Dr. Huri Anikó<sup>(1)</sup>, Dr. Kiss Gabriella<sup>(2)</sup>, Dr. Györfy Ágnes, Dr. Lőwy Tamás,  
Dr. Simon Noémi*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

Semmelweis Halasi Kórház<sup>(1)</sup>

Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórháza<sup>(2)</sup>

A congenitalis tracheastenosis ritka fejlődési rendellenesség. A rövid segmentumot érintő szűkület megoldására a resectio és az „end to end” anastomosis képzés, míg hosszú segmentum stenosisa esetén a „slide” tracheaplasztika az optimális sebészeti beavatkozás. A

betegség mortalitása igen magas, főleg a korai tüneteket mutató és szív-érrendszeri fejlődési rendellenességekkel társult esetekben. A pulmonalis hurok a primitív aortaív fejlődési rendellenességeinek ritka formája. Lényege, hogy a bal arteria pulmonalis a pulmonalis törzs helyett a jobb arteria pulmonalisból ered és – típusos esetben – a légcső és nyelőcső közt húzódik a bal hilushoz, komprimálva a tracheát, a jobb főhörgőt, és – kisebb mértékben – a nyelőcsövet. Szerzők egy 11 hetes csecsemő esetét ismertetik, akinek stridora és légzési nehezítettsége háttérben bronchoszkópia során körkörös légcsőporcok okozta kritikus tracheastenosis igazolódott. Mellkas CT a légcső lumenét tovább szűkítő aberráns lefutású bal arteria pulmonalist ábrázolt. A csecsemő öt hónapos koráig jól fejlődött, gyarapodott, születési súlyát megkétszerezte. Öt hónapos kora után légúti fertőzés kapcsán enyhe állapotromlás alakult ki. Hat hónapos korban infekció kapcsán apnoe lépett fel, endotrachealis intubációra, gépi lélegeztetésre szorult. Két sikertelen extubálási kísérlet után sebészi konzílium slide tracheaplasztika mellett döntött. A tervezett műtét előtt két órával a csecsemő exitált.

### **HYPERINFEKTIV STRONGYLOIDOSIS PULMONÁLIS MANIFESZTÁCIÓVAL**

*Dr. Dulka Edit, Dr. Lohinai György<sup>(1)</sup>, Dr. Putz Zsuzsa, Dr. Csizsár Krisztina,*

*Dr. Kucsera István<sup>(2)</sup>, Dr. Márk Zsuzsa*

Pest Megyei Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

Bőrgyógyászati Szakrendelés, Törökbálint<sup>(1)</sup>

OEK Parazitológia SE, Budapest<sup>(2)</sup>

A strongyloidosis trópusi és subtrópusi területeken gyakori. Mérsékelt égövi területeken előfordulása sporadicus.

Az immunodeficiens kórképek és terápiák mellett azonban megjelenhetnek szerény és nem specifikus bevezető tünetek mellett, gyakran eosinofília nélkül, változatos radiomorfológiai képet okozva, kezelés hiányában multiplex szerve érintettséggel, nagy mortalitással. A strongyloidosis tüdő manifesztaiójáról néhány nemzetközi tanulmány számol be. Jelen összefoglalóban 71 éves COPD-s nőbeteg ismétlődő pneumoniájának háttérben bőrijelenséggel kísért sputum, bronchusmosó és széklet pozitivitással járó hyperinfectiv strongyloidosis igazoltunk.

Az elnyújtott Vermox kezelés nem volt hatásos, azonban az Ivermectin adása mellett tünetmentesség lépett fel, csökkentve az exacerbatiók és hospitalizációk számát. Az eset felhívja a figyelmet a szisztémás szteroid kezelés mellett fellépő pulmonológiai osztályon ritkán látott kórképre, a korai diagnózis és kezelés jelentőségére.