

**2013. április 18 - 20.**

[WWW.TUDOGYOGYASZ.HU](http://WWW.TUDOGYOGYASZ.HU)



**Programfüzet és Absztraktkönyv**

**A Magyar Tüdőgyógyász Társaság  
Allergológiai és Légzéspathológiai, valamint a  
Légzésrehabilitációs Szekciója Tudományos Ülése  
és a Fialat Pulmonológusok Kazuisztikai Fóruma**



# Miért állna meg félúton?

- A legtöbb ICS főként a nagylégutakban deponálódik az alkalmazás során<sup>1,2,3</sup>
- Az Alvesco<sup>®</sup>, kis részecskeméretének köszönhetően, lejut mind a nagy-, mind a kislégutakba és magas, 52%-os teljes tüdő deposíciót ér el<sup>4,5</sup>

A teljes tüdő dózis  
55%-a  
a kislégutakban  
deponálódik<sup>4</sup>

Irodalom:  
1. Martin RJ. J Allergy Clin Immunol 2002;109 Suppl2:5447-460 2. Hirst PH et al. Respir Med 2001;95:720-727 3. Leach CL et al. Chest 2002;122:510-516 4. Newman S et al. Respir Med 2006;100:375-384 5. Leach CL et al. J Aerosol Med 2006;19:117-126

**Alvesco 160 mikrogramm túlnyomósos inhalációs oldat Minségi és mennyiségi összetétel** 1 kifűjt (a szájfeltélen keresztül leadott) adag 160 µg ciklozónidot tartalmaz. **Terápiás javallatok** Perzisztens asztma kezelése, kontroll alatt tartása felülről és serdülőkorú (12 éves és idősebb) betegekben. **Adagolás és alkalmazás** Kiszórólag inhalációra alkalmazható. Javasolt adagja felnőtteknek és serdülőknek napi 1x 160 µg, ami a betegek többségénél az asztmás tünetek javulásához vezet. Sülyos asztmáskoránál, egy 12-hetes klinikai vizsgálatban kimutatták, hogy napi 640 µg dózis (320 µg napi 2x) adásával az exacerbatiók gyakorisága anélkül csökken, hogy a tüdőfunkció javult volna. Az adag napi 1x 80 µg-ra csökkentésével a betegek egy részénél hatáson fenntartó dózis érhető el. Az adagolást egyedileg kell meghatározni és a megfelelő kontroll fenntartásához szükséges minimális adagra beállítani. Sülyos asztmában az akut rohamok veszélye miatt rendszeresen ellenőrzés (tüdőfunkción vizsgálat is) szükséges. A kontrolláltság gyöngülésekor a terápia újragondolása, gyulladáscsökkentővel történő kiegészítése javasolt. Nem szükséges az adag módosítása idős, valamint máj- vagy vesekárosodásban szenvedő betegek esetében. Jelenleg nem áll elegendő adat rendelkezésre 12 év alatti gyermekek kezeléséről. Az Alvescot lehetőleg szorint este kell használni (bár reggeli alkalmazása is hatásonnak bizonyult). Egyéni igény szerint AeroChamber Plus spacerrel együtt is alkalmazható. A beteget tájékoztatni kell az inhalátor megfelelő használatáról. **Ellenjavallatok** Tüdőerőcsökkentés a ciklozóniddal vagy bármely összetevővel szemben. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások** Nem gyakori (≥1/1000 – <1/100): hányinger, hányás\*, rossz szájíz, az alkalmazás helyén helyi reakciók, kiszáradás az alkalmazás helyén, szájtregi gömbös fertőzés\*, fejfájás\*, dispnoia, köhögés az inhalációt követően\*, paradox bronchospasmus\*, ekcéma és kiütések. **Ritka** (≥1/10 000 – <1/1000): palpitáció\*\*, hasi fájdalom\*\*, emésztési zavar\*\*, angiodéma, tüdőérzékenységi reakciók, hypertonia. **Ismeretlen:** pszichomotoros hiperaktivitás, alvászavar, szorongás, depresszió, agresszió, magatartás-változások (túlnyomóan gyermekkorban) \* Placebóval történő összehasonlítások hasonló vagy alacsonyabb incidenciával. \*\* Klinikai vizsgálatok során palpitációt leggyakrabban ismert szívbetegségek együttes kezelésekor (pl. teofilinnel vagy szalbutamol-lal) figyeltek meg. Paradox bronchospasmus (az inhalációs gyógyszerekre adott, nem specifikus, akut reakció, melyet kiválthat a ható- vagy a segédanyag, ill. adaptált dózisu inhalátoroknál a párolgás okozta hűtőhatás) bekövetkezhet közvetlenül az adagolás után. Sülyos esetekben meg kell a kezelést megszakítani. Az inhalált kortikoszteroidok: szisztémás hatásai (Cushing-szindróma, cushingoid jellegzetességek, mellékvese szuppresszió, növekedés visszamaradása gyermekeknl és serdülőknl), a csont ásványianyag-sűrűségének csökkenése, cataracta és glaukóma) is előfordulhatnak, különösen hosszabb periódusokra felírt nagy adagok esetén.

**A forgalomba hozatali engedély jogosultja**

Takeda GmbH, Byk Gulden Straße 2, D-78467 Konstanz, Németország.

**A forgalomba hozatali engedély jogosultjának helyi képviselője**

Takeda Pharma Kft. 1138 Budapest, Népfürdő u. 22.

A szöveg ellenőrzésének dátuma 2013. február 15.

A dokumentum lezárásának dátuma 2013. március 8.

Gyógyszer	Fogyasztói ár	TB-támogatás (normatív)	TB-támogatás (Eü90)	Beteg térítési díj (normatív)	Beteg térítési díj (Eü90)
Alvesco 160 µg*60	7 358 Ft	1 840 Ft	6 622 Ft	5 518 Ft	736 Ft
Alvesco 160 µg*120	13 676 Ft	3 419 Ft	12 308 Ft	10 257 Ft	1 368 Ft

www.oep.hu



Takeda Pharma Kft., 1138 Bp., Népfürdő u. 22., T.: 270-7030, F.: 239-0968

N A P I 1 X  
**Alvesco**  
ciclesonide

Ne álljon meg félúton!

# KÖSZÖNTŐ

Kedves Kollégák!

Nagy örömmre szolgál, hogy megrendezhetjük a Magyar Tüdőgyógyász Társaság Allergológiai és Légzéspathológiai-, illetve Légzésrehabilitációs Szekcióinak soron következő tudományos ülését, a Fialat Pulmonologusok Kazuisztikai Fórumával együtt. A konferencia helyszínéül ezúttal Debrecen városát választottuk.

Reméljük, hogy tudományos és szakmai-szociális programjaink, illetve az egyetemi város varázsa maradandó emléket jelentenek majd.

Kívánjuk, hogy szerezzenek sok hasznos új tudományos, szakmai információt és érezzék magukat jól!

Dr. Szilasi Mária  
az Allergológiai és Légzéspathológiai Szekció elnöke

## **A Kongresszus védnöke**

Kovács Gábor,  
*a Magyar Tüdőgyógyász Társaság elnöke*

## **A Szervező Bizottság**

Szilasi Mária  
*az Allergológiai és Légzéspathológiai Szekció elnöke*

Tamási Lilla  
*az Allergológiai és Légzéspathológiai Szekció titkára*

Bártfai Zoltán  
*MTT Elnökségi tag, Ifjúsági felelős*

*az Allergológiai és Légzéspathológiai Szekció vezetőségének tagjai:*

Fónay Károly  
Gálffy Gabriella  
Horváth Ildikó  
Márk Zsuzsa  
Müller Veronika  
Rónai Zoltán  
Szalai Zsuzsanna

*a Légzésrehabilitációs szekció vezetőségének tagjai:*

Lengyel László  
Varga János Tamás  
Medgyasszay Balázs  
Várdi-Visy Katalin  
Balogh Zsuzsanna

*Szakdolgozói Szekció*  
Laczó Erika

## **az MTT Tudományos Bizottsága**

Balikó Zoltán  
Losonczy György  
Somfay Attila  
Szilasi Mária

## **Konferencia Titkárság**

CHEMOL TRAVEL (Weco Travel Kft.)  
Beutazási és Kongresszusi Osztály  
H-1075 Budapest, Rumbach Sebestyén u. 19.  
Tel.: 266-7032, Fax: 266 7033  
E-mail: [mtt@chemoltravel.hu](mailto:mtt@chemoltravel.hu)  
[www.chemolcongress.hu](http://www.chemolcongress.hu)

## A LEGFONTOSABB TUDNIVALÓK

### A rendezvény helyszíne

Kölcsey Központ

(cím: 4026 Debrecen, Hunyadi út 1-3.)

### A regisztrációs iroda nyitvatartási ideje a konferencia helyszínén

2013. április 18. (csütörtök) 12.00-18.00

2013. április 19. (péntek) 08.00-18.00

2013. április 20. (szombat) 08.00-12.00

### Előadások

Kérjük az előadókat, hogy az előadások anyagát lehetőleg már reggel, de legkésőbb a szekciót megelőző kávé vagy ebédszünetben adják át a technikai személyzetnek.

Nyomatékosan kérjük az előadókat az előadások időtartamának betartására, a szekcióelnököket pedig a rendelkezésre álló időkeret szigorú betartására!

### Szakmai kiállítás

A kongresszus idején az érdekelt gyártó, forgalmazó cégek szakmai termékbemutatóra várják a résztvevőket a helyszínen.

### Akkreditálás

A kredit pontok igazolásához a jelenléti ív aláírása (pontos cím és orvosi pecsétszám feltüntetésével) szükséges.

### Absztraktok

Az absztraktok az előadó szerző nevek szerinti ABC sorrendben megtalálhatók a program-füzet absztraktokra vonatkozó részében

### Parkolás

Parkolásra térítés ellenében a Kölcsey Központ parkolójában van lehetőség (280 Ft/óra/autó, 2800 Ft/nap/autó)

Debrecenben a parkolásért fizetni kell hétfőtől péntekig, 280 Ft/óra.

### Taxi

City Taxi: 06 52 555 555

Főnix Taxi: 06 52 444 444

## TUDOMÁNYOS PROGRAM

<b>2013. április 18. (csütörtök)</b>		
13.00 – 14.30	<b>Magyar Tüdőgyógyász Társaság Közgyűlése</b> <i>Plenáris terem</i>	
14.30 – 14.45	<b>Megnyitó</b> <i>Plenáris terem</i>	
14.45 – 15.30	<b>MTT Allergológiai és Légzéspath. Szekció: Immunszuppresszió, Tüdőtranszplantáció</b> <i>Plenáris terem</i>	<b>Szakdolgozói Szekció I.</b> <i>Szekció terem</i>
15.30 – 15.45	<i>Kávészünet</i>	
15.45 – 16.45	<b>Berlin-Chemie Szimpózium</b> <i>Plenáris terem</i>	<b>Szakdolgozói Szekció II.</b> <i>Szekció terem</i>
16.45 – 17.00	<i>Szünet</i>	
17.00 – 18.00	<b>Novartis szimpózium</b> <i>Plenáris terem</i>	
18.00 – 19.00	<b>MTT Allergológiai és Légzéspath. Szekció: Alap kutatás, Obstruktív betegségek</b> <i>Plenáris terem</i>	<b>Szakdolgozói Szekció III.</b> <i>Szekció terem</i>
19.30 –től	<i>Nyitó fogadás</i>	
<b>2013. április 19 (péntek)</b>		
09.00 – 10.00	<b>MTT Allergológiai és Légzéspath. Szekció: Alap kutatás</b> <i>Plenáris terem</i>	<b>MTT Légzésrehabilitációs Szekció I.</b> <i>Szekció terem</i>
10.00 – 10.30	<i>Kávészünet</i>	
10.30 – 11.30	<b>Nycomed szimpózium</b>	<i>Plenáris terem</i>
11.30 – 11.45	<i>Szünet</i>	
11.45 – 13.00	<b>Spiroergometriás blokk, MTT Légzésrehab. szekció</b>	<i>Plenáris terem</i>
13.00 – 14.00	<i>Ebédészünet</i>	
14.00 – 15.00	<b>GSK Szimpózium</b>	<i>Plenáris terem</i>
15.00 – 15.15	<i>Kávészünet</i>	
15.15 – 16.15	<b>Chiesi szimpózium</b>	<i>Plenáris terem</i>
16.15 – 16.30	<i>Szünet</i>	
16.30 – 17.30	<b>MTT Allergológiai és Légzéspathológiai Szekció: Asztma-COPD</b> <i>Plenáris terem</i>	<b>MTT Légzésrehabilitációs Szekció II.</b> <i>Szekcióterem</i>
17.30 – 18.00	<b>AstraZeneca Szimpózium</b>	<i>Plenáris terem</i>
18.00 – 18.30	<b>Kéri Pharma szimpózium</b>	<i>Plenáris terem</i>
19.30 –től	<i>Záróvacsera</i>	
<b>2013. április 20 (szombat)</b>		
9.00 – 10.20	<b>Fiatal Pulmonológusok Kazuisztikai Fóruma I.</b> <i>Plenáris terem</i>	
10.20 – 10.35	<i>Kávészünet</i>	
10.35 – 11.45	<b>Fiatal Pulmonológusok Kazuisztikai Fóruma II.</b> <i>Plenáris terem</i>	
11.45 – 12.00	<i>Szünet</i>	
12.00 – 12.15	<b>A Fialat Pulmonológusok Kazuisztikai Fóruma eredményhirdetése</b> <i>Plenáris terem</i>	
12.15	<b>A Konferencia zárása</b> <i>Plenáris terem</i>	

## RÉSZLETES TUDOMÁNYOS PROGRAM

2013. április 18. (csütörtök)

13.00–14.30 **Magyar Tüdőgyógyász Társaság, Közgyűlés**  
**Kovács Gábor**  
*Plenáris terem*

14.30–14.45 **Megnyitó**  
**Kovács Gábor – Szilasi Mária – Tamási Lilla – Bártfai Zoltán- Varga János – Laczó Erika**  
*Plenáris terem*

14.45–15.30 **MTT Allergológiai és Légzésphysiológiai Szekció:  
Immunszuppresszió, Tüdőtranszplantáció**  
**Üléselnök: Tamási Lilla – Müller Veronika**  
*Plenáris terem*

[A01]

**Rögös az út hazáig tüdőtranszplantáció után**

<sup>1</sup>Csúcs Hajnalka;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;

[A02]

**Nem tisztás fibrosis (CF) talaján kialakult bronchiectasia: inhalációs antibiotikus kezelési lehetőségek P. aeruginosa infekcióban**

<sup>1</sup>Müller Veronika; <sup>1</sup>Bohács Anikó;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;

[A03]

**Pseudomonas aeruginosa okozta légúti infekciók immuszupprimált betegekben**

<sup>1</sup>Bohács Anikó; <sup>2</sup>Kristóf Katalin; <sup>1</sup>Müller Veronika;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, A osztály, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Laboratóriumi Medicina Intézet, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Laboratórium, Budapest;

15.30–15.45 *Kávészünet*



15.45–16.45 **Bretaris Genuair - Új LAMA, új eszközben - Berlin-Chemie Szimpózium**  
**Üléselnök: Kovács Gábor**  
*Plenáris terem*

### **Meglévő és új igények a COPD kezelésében**

Szilasi Mária

*Debreceni Egyetem, OEC, Pulmonológiai Klinika, Debrecen*

### **Aklidinium bromid - Klinikai vizsgálatok**

Medgyasszay Balázs

*Veszprém Megyei Tudógyógyintézet*

### **Klinikai vizsgálatok - következtetések a gyakorlatra**

Müller Veronika

*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest*

16.45–17.45 *Szünet*

17.00–18.00 **Mérlegelt terápiás döntés COPD-ben és asztmában – Novartis szimpózium**  
**Üléselnök: Kovács Gábor**  
*Plenáris terem*

### **17.00-17.15 A COPD fenotípusok jelentősége a terápiaválasztásban**

Sárosi Veronika

*Pécsi Tudományegyetem, KK, I. Belgyógyászati Klinika,  
Tüdőgyógyászati Osztály, Pécs*

### **17.15-17.30 Seebri© Breezhaler©: Új hatóanyag egy már bevált eszközzel**

Tamási Lilla

*Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pulmonológiai Klinika, Budapest*

### **17.30-17.45 Betegségkontroll és életminőség Xolair terápia mellett**

Brugós László

*Debreceni Egyetem, OEC, Pulmonológiai Klinika, Debrecen*

17.45-18.00 **Diszkusszió**



**18.00–19.00 MTT Allergológiai és Légzésphysiológiai Szekció:  
Alaputatás, Obstruktív betegségek  
Üléselnök: Szilasi Mária – Márk Zsuzsa  
Plenáris terem**

[A04]

**Köpet, lavage és kilégzett levegő kondenzátum eikozanoid szintjének vizsgálata stabil COPD-ben**

<sup>1</sup>Drozdovszky Orsolya; <sup>1</sup>Antus Balázs; <sup>1</sup>Barta Imre;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Kóréletteni Osztály, Budapest;*

[A05]

**Proszttaglandinok és leukotriének vizsgálata COPD exacerbációban**

<sup>1</sup>Antus Balázs; <sup>1</sup>Drozdovszky Orsolya; <sup>1</sup>Barta Imre;

<sup>1</sup>*Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Kóréletteni Osztály, Budapest;*

[A06]

**A bronchodilator reverzibilitás gyakorisága obstruktív tüdőbetegségekben - Hazai adatok**

<sup>1</sup>Tamási Lilla; <sup>1</sup>Gálffy Gabriella; <sup>1</sup>Orosz Márta; <sup>1</sup>Losonczy György; <sup>1</sup>Müller Veronika;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

[A07]

**Az inhalációs eszközök kompetenciája és a betegek elégedettsége a porinhalátorral-két való élet vizsgálat alapján (asztma és COPD)**

<sup>1</sup>Gálffy Gabriella; <sup>2</sup>Mezei Györgyi; <sup>3</sup>Németh Gyula; <sup>4</sup>Tamási Lilla; <sup>5</sup>Müller Veronika;

<sup>5</sup>Orosz Márta;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Onkológia, Budapest;* <sup>2</sup>*Semmelweis Egyetem, I-es Gyermekgyógyászati Klinika, Allergológia, Budapest;* <sup>3</sup>*BAZ Megyei Kórház, IV-es Gyermekgyógyászati Tanszék, Miskolc;* <sup>4</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Allergológia, Budapest;* <sup>5</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Allergológia, Budapest;*

19.30-tól

*Nyitó fogadás*

## PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ

### 14.45–15.30 Szakdolgozói Szekció I.

*Üléselnök: Imru Ibolya*

*Szekció terem*

[SZ01]

**Betegoktatás, az inhalációs eszközök pontos, és helyes használatának kulcsa.**

<sup>1</sup>Pencz Brigitta;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

[SZ02]

**Pompe-kórban alkalmazott gyógyszeres kezelés, rehabilitáció és kiegészítő kezelések a nővér szemével**

<sup>1</sup>Tóth Mónika;

<sup>1</sup>*Törökbálint Tüdőgyógyintézet, Légzésrehabilitációs Osztály, Törökbálint;*

[SZ03]

**A stressz, a szorongás és a konfliktuskerülés, mint katalizátorok a COPD és asthmával való megküzdés során**

<sup>1</sup>Szabó Kármén;

<sup>1</sup>*Törökbálint Tüdőgyógyintézet, Törökbálint;*

### 15.45–16.45 Szakdolgozói Szekció II.

*Üléselnök: Gyurcsáné Kondrát Ilona*

*Szekció terem*

[SZ04]

**COPD-s betegoktatás kapcsán felmerülő leggyakoribb kérdések**

<sup>1</sup>Schneider Zsolt;

<sup>1</sup>*Törökbálint Tüdőgyógyintézet, Légzésrehabilitációs Osztály, Törökbálint;*

[SZ05]

**A dohányzás étrendi összefüggései**

<sup>1</sup>Károlyiné Csicsely Katalin;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Dietetikai Szolgálat, Budapest;*

[SZ06]

**A gerinctorna és a körtréning, mint a légzésrehabilitáció kiegészítői**

<sup>1</sup>Kanczler Réka; <sup>1</sup>Szijártó Zsófia; <sup>1</sup>Várdi-Visy Katalin;

<sup>1</sup>*Törökbálint Tüdőintézet, Légzésrehabilitációs Osztály, Törökbálint;*

[SZ07]

**Légzésrehabilitációs osztályon folyó betegoktatásban szerzett kezdeti tapasztalataink**

<sup>1</sup>Horváth Tímea;

<sup>1</sup>*Margit Kórház Csorna, Légzésrehabilitáció, Csorna;*

[SZ08]

**Dohányzás az egészségügyi dolgozók körében: Okok, tények és a leszokás lehetőségei**

<sup>1</sup>Olajos Józsefné; <sup>1</sup>Szabó Péter; <sup>2</sup>Takács Péter; <sup>2</sup>Újváriné Siket Adrienn;

<sup>1</sup>*Jósa András Oktatókórház-Sóstó, Pulmonológia, Nyíregyháza;* <sup>2</sup>*Debreceni Egyetem, Egészségügyi Főiskola, Nyíregyháza;*

**18.00–19.00 Szakdolgozói Szekció III.**

**Üléseelnök: Vecsernyés Erzsébet**

*Szekció terem*

[SZ09]

**Alultáplált, diabéteszes, légzőszervi betegek étrendi kezelésének problémái**

<sup>1</sup>Gyurcsáné Kondrát Ilona;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Dietetikai Szolgálat, Budapest;*

[SZ10]

**A copd-s betegek inhalációs terápiájának oktatása osztályunkon**

<sup>1</sup>Zámor Katalin; <sup>1</sup>Molnár Borbála; <sup>1</sup>Olajos Józsefné; <sup>1</sup>Dr. Szabó Péter;

<sup>1</sup>*Jósa András Oktatókórház - Sóstó, Pulmonológia, Nyíregyháza;*

[SZ11]

**Pszichés támogatás a Neminvazív Légzési Osztályon**

<sup>1</sup>Kovács Péter Józsefné;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

[SZ12]

**Infekciókontroll a Neminvazív Légzési Osztályon**

<sup>1</sup>Dobos Ágnes;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

[SZ13]

**"Élj pont úgy, mint más"**

<sup>1</sup>Szabó Katalin; <sup>2</sup>Brugós László; <sup>3</sup>Szilasi Mária;

<sup>1</sup>*Debreceni Egyetem OEC Tüdőgyógyászati Klinika, Szakrendelő, Debrecen;*

<sup>2</sup>*Debreceni Egyetem OEC Tüdőgyógyászati Klinika, Allergológiai szakrendelő,*

*Debrecen;* <sup>3</sup>*Debreceni Egyetem OEC Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen;*

09.00–10.00 MTT Allergológiai és Légzéspathológiai Szekció:  
Alap kutatás

*Üléselnök: Horváth Gábor – Kovács Gábor*  
*Plenáris terem*

[A08]

**A vörös iszap por hatásának in vivo kísérletes vizsgálata a tüdőben**

<sup>1</sup>Kerényi Tibor; <sup>2</sup>Hargittai Péter; <sup>3</sup>Pállinger Éva; <sup>1</sup>Rác Zsuzsa; <sup>4</sup>Tófalvi József;  
<sup>1</sup>Schaff Zsuzsa;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK II. sz. Pathológiai Intézet, Budapest; <sup>2</sup>MTA EKK, Környezet- és Energiabiztonsági Kutatóint, Elektronmikroszkóp, Budapest;  
<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai, Flowcytometria, Budapest; <sup>4</sup>Országos Onkológiai és Sugárterápiás Intézet, Kísérletes Farmakológiai, Budapest;

[A09]

**A szolubilis urokináz plazminogén aktivátor receptor (suPAR) perifériás szintje és az asztma kontroll közötti összefüggés asztmában és asztmás terhességben**

<sup>1</sup>Ivancsó István; <sup>2</sup>Toldi Gergely; <sup>3</sup>Bohács Anikó; <sup>3</sup>Eszes Noémi; <sup>3</sup>Müller Veronika;

<sup>4</sup>Rigó János Jr.; <sup>5</sup>Vásárhelyi Barna; <sup>3</sup>Losonczy György; <sup>3</sup>Tamási Lilla;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, 1. sz. Gyermekklinika, Budapest; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; <sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, 1. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest; <sup>5</sup>Semmelweis Egyetem, Laboratóriumi Medicina Intézet, Budapest;

[A10]

**Az alveoláris oxigéntenzió változása krónikus obstruktív tüdőbetegekben (COPD) és változó oxigéntenzió hatása az alveoláris epithelsejt hypoxia indukálta faktor 1 $\alpha$  (HIF-1 $\alpha$ ) rendszerére**

<sup>1</sup>Odler Balázs; <sup>2</sup>Sziksz Erna; <sup>2</sup>Himer Leonóra; <sup>1</sup>Horváth Gábor; <sup>3</sup>Ónody Anna; <sup>2</sup>Vannay Ádám; <sup>1</sup>Losonczy György; <sup>3</sup>Szabó Attila J; <sup>1</sup>Müller Veronika;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Pulmonológiai Klinika, Budapest; <sup>2</sup>MTA Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Budapest; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest;

[A11]

**A „prodrug” kortikoszteroid ciklezonid akut hatása a légúti véráramlásra**

<sup>1</sup>Tóth Laura Andrea; <sup>1</sup>Goldstein Hila; <sup>1</sup>Kis Adrián; <sup>1</sup>Kunos László; <sup>1</sup>Varga Judit;  
<sup>1</sup>Losonczy György; <sup>2</sup>Vasas Szilvia; <sup>1</sup>Horváth Gábor;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; <sup>2</sup>Szent János Kórház és Észak-Budai Egyesített Kórházak, Tüdőgondozó Intézet és Szűrőállomás, Budapest;

10.00–10.30 *Kávészünet*

**10.30–11.30 Célzott, innovatív gyulladásgátlás az asztma és COPD kezelésében – Takeda szimpózium**  
**Üléselnök: Obbágy Veronika**  
*Plenáris terem*

**Már "prodrug" formában is előnyben: a ciklezonid szteroid receptortól független kedvező légúti hatásai**

Horváth Gábor

*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest*

**Újabb adatok a roflumilast (Daxas) klinikai hatékonyságáról**

Bártfai Zoltán

*Soproni Erzsébet Oktató Kórház, Sopron*

11.30–11.45 *Szünet*

**11.45–13.00 Spiroergometriás blokk, MTT Légzésrehabilitációs szekció**  
**Üléselnök: Varga János – Medgyasszay Balázs**  
*Plenáris terem*

[R01]

**Comprehensive functional assessment of patients enrolled in pulmonary rehabilitation programs.**

<sup>1</sup>Oancea K, Fira-Mladinescu O, Tudorache V.

<sup>1</sup>*Department of Pneumology, University of Medicine and Pharmacy Victor Babe, Timisoara, Romania*

[R02]

**Edzéshatások a légzőrendszerre**

<sup>1</sup>Petrekánits Máté;

<sup>1</sup>*Országos Sporttudományi Intézet, Terhelésélettani Laboratórium, Budapest;*

[R03]

**A spiroergometria és a fekvőkerékpáros echocardiográfia szerepe a légzésrehabilitációban**

<sup>1</sup>Varga János Tamás;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitációs osztály, Budapest;*

13.00–14.00 *Ebédészünet*

**14.00–15.00 GSK Szimpózium**

**Üléselnök: Böszörményi Nagy György**

*Plenáris terem*

**Mitől függ az inhalációs eszközök hatékonysága?**

Szilasi Mária

*Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen;*

**A társbetegségek jelentősége COPD-ben**

Csontos Zoltán

*Egészségügyi Járóbeteg Központ, Debrecen*

**A visszalépés kérdése az asztma és COPD kezelésében**

Böszörményi N. György

*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest;*

15.00–15.15 *Kávészünet*

**15.15–16.15 Kezeljük sikeresebben! De hogyan? - Chiesi szimpózium**

**Üléselnök: Böszörményi Nagy György**

*Plenáris terem*

**Kihívások az obstruktív betegek sikeres kezelésében**

Bártfai Zoltán

*Soproni Erzsébet Oktató Kórház, Sopron*

**Megoldások az evidenciák szintjén**

Szilasi Mária

*Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen*

**Megoldások a mindennapokban**

Tamási Lilla

*Semmelweis Egyetem ÁOK Pulmonológiai Klinika, Budapest*

16.15–16.30 *Szünet*

**16.30–17.30 MTT Allergológiai és Légzésphysiológiai Szekció:**  
**Asztma-COPD**  
*Üléselnök: Gálffy Gabriella – Balikó Zoltán*  
*Plenáris terem*

[A12]

**Az asztma korszerű kezelése, a személyre szabott terápia jelentősége napjainkban**

<sup>1</sup>Szilasi Mária;

<sup>1</sup>*Debreceni Egyetem OEC I. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen;*

[A13]

**A terhelés indukálta asztma: gyakoribb, mint ahogy gondolnánk? Mechanizmusok, diagnózis, differenciál diagnózis és kezelés**

<sup>1</sup>Brugós László;

<sup>1</sup>*Debreceni Egyetem Tüdőgyógyászati Klinika, Pulmonológia, Debrecen;*

[A14]

**A COPD kevéssé ismert komorbiditása: a pszoriázis**

<sup>1</sup>Berta Gyula;

<sup>1</sup>*Allergon Kkt. Orvosi Tanácsadó Iroda, Kaposvár;*

[A15]

**Fókuszban a COPD antibiotikum terápiaja**

<sup>1</sup>Varga János Tamás;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitációs osztály, Budapest;*

**17.30–18.00 AstraZeneca Szimpózium**  
*Üléselnök: Rónai Zoltán*  
*Plenáris terem*

**COPD és asthma bronchiale kezelésének befolyása a szénhidrát-háztartásra**

Balogh Zoltán

*Debreceni Egyetem OEC, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen;*

**Obstruktív tüdőbetegségekben előforduló társbetegségek fontossága a kórlefordulásban és a terápiában**

Brugós László

*Debreceni Egyetem OEC, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen;*



**18.00–18.30 „Újdonság és Praktikum – bemutatkozik az Elpenhaler® ”**  
**– Kéri Pharma Csoport Szimpózium**  
**Üléselnök: Obbágy Veronika**  
*Plenáris terem*

**„Dimenio® a klinikai vizsgálatok tükrében”**

Juhász Erzsébet

*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet*

**„Mit tud az Elpenhaler®? – a beteg szemszögéből nézve”**

Sótér Szabolcs

*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet*

19.30-tól      Záróvacsora

## PÁRHUZAMOS SZEKCIÓ

### 09.00–10.00 MTT Légzésrehabilitációs szekció I.

*Üléselnök: Várdi-Visy Katalin – Pesti Anna*

*Szekció terem*

[R04]

#### **Duchenne-kóros gyermekek és fiatalok pulmonológiai kivizsgálása és gondozása**

<sup>1</sup>Várdi Visy Katalin; <sup>2</sup>Gyűrűs Éva; <sup>2</sup>Lőwy Tamás; <sup>2</sup>Kádár László;

<sup>1</sup>Törökbálint Tudógyógyintézet, Légzésrehabilitációs Osztály, Törökbálint;

<sup>2</sup>Törökbálint Tudógyógyintézet, Gyermekpulmonológiai Osztály, Törökbálint;

[R05]

#### **Komplex pulmonológia rehabilitáció a Mátrai Gyógyintézetben**

<sup>1</sup>Pesti Anna;

<sup>1</sup>Mátrai Gyógyintézet, Pulmonológiai Rehabilitációs Osztály, Mátraháza;

[R06]

#### **Csoportos pszichés támogatás a légzésrehabilitáció során**

<sup>1</sup>Hodován Zsófia; <sup>2</sup>Gyimesi Zsófia;

<sup>1</sup>Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest; <sup>2</sup>Országos Korányi

TBC és Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitációs Osztály, Budapest;

[R07]

#### **Egy új légzésrehabilitációs osztály indulásának buktatói és felvirágoztatása**

<sup>1</sup>Unger Erika Ivett;

<sup>1</sup>Margit Kórház, Tüdő és Légzésrehabilitációs osztály, Csorna;

### 16.30–17.30 MTT Légzésrehabilitációs szekció II.

*Üléselnök: Lengyel László – Balogh Zsuzsanna*

*Szekció terem*

[R08]

#### **Az aktivitásmonitorozás szerepe a tüdődaganatos, COPD-s betegek perioperatív légzésrehabilitációjában**

<sup>1</sup>Kerti Mária; <sup>1</sup>Varga János Tamás;

<sup>1</sup>Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitáció, Budapest;

[R09]

**A PEP maszk és a Flutter összehasonlító vizsgálata a váladék ürítésben  
CF betegeknél**

<sup>1</sup>Borka Péter; <sup>2</sup>Gyurkovits Kálmán; <sup>3</sup>Bódis József;

<sup>1</sup>*Svábhegyi Gyógyintézet, Fizioterápia, Budapest*; <sup>2</sup>*Kaposi Mór Oktató Kórház, Gyermekosztály, Mosdós*; <sup>3</sup>*Baranya Megyei Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Pécs*;

[R10]

**A mellkastágulás szerepe a légzésrehabilitációban**

<sup>1</sup>Balogh Zsuzsanna; <sup>1</sup>Lengyel László; <sup>1</sup>Varga János;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitáció, Budapest*;

[R11]

**Egyéb mozgásterápiák közvetlen hatása illetve közvetett hatása a  
légzőrendszerre**

<sup>1</sup>Székely Zsuzsanna

<sup>1</sup>*Mátrai Gyógyintézet, Mátraháza*

9.00–10.20 **Fiatal Pulmonológusok Kazuisztikai Fóruma I.**

**Üléselnök: Balikó Zoltán – Bártfai Zoltán**

*Plenáris terem*

[K01]

**A video-lobectomy kezdeti tapasztalatai, a learning-curve eredményei**

<sup>1</sup>Farkas Attila; <sup>1</sup>Agócs László; <sup>1</sup>Kocsis Ákos; <sup>1</sup>Kostic Szilárd; <sup>1</sup>Török Klára; <sup>1</sup>Gieszer Balász; <sup>1</sup>Dorogi Bence; <sup>1</sup>Pukkansik Dávid; <sup>1</sup>Döme Balázs; <sup>1</sup>Kásler Miklós; <sup>1</sup>Rényi-Vámos Ferenc;

<sup>1</sup>Országos Onkológiai Intézet, Budapest;

[K02]

**A gefitinib és a szívbetegségek**

<sup>1</sup>Pinyáskó Szvetlána; <sup>1</sup>Kukuly Alla; <sup>1</sup>Farszki Éva; <sup>2</sup>Koncz Mária; <sup>3</sup>Francz Mónika; <sup>1</sup>Szabó Péter;

<sup>1</sup>Jósa András Oktató Kórház, Pulmonológia, Nyíregyháza; <sup>2</sup>Jósa András Oktatókórház, Légzésrehabilitációs Osztály, Nyíregyháza; <sup>3</sup>Jósa András Oktatókórház, Patológia Intézet, Nyíregyháza;

[K03]

**Egy ritka betegség ritka szövődménye, avagy a légútbiztosítás nehézségei mediastinalis propagatioval járó Madelung féle zsírnyak okozta tracheakompresszió esetén**

<sup>1</sup>Vass József; <sup>1</sup>Koncz András; <sup>1</sup>Szilasi Mária;

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem OEC Tüdőklinika, Debrecen;

[K04]

**Jó anamnézis- fél diagnózis**

<sup>1</sup>Fábián Katalin; <sup>2</sup>Pápay Judit; <sup>3</sup>Szűcs Miklós; <sup>1</sup>Moldvay Judit;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Pulmonológiai Klinika, Budapest; <sup>2</sup>I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Csont- és Lágyrész Patológia, Budapest; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Urológiai Klinika, Uro-Onkológia, Budapest;

[K05]

**A pulmonális embolia (PE) diagnosztikájának nehézsége**

<sup>1</sup>Kovács Ágnes; <sup>2</sup>Molnár Miklós; <sup>1</sup>Pénzes István; <sup>1</sup>Rozgonyi Zsolt Dezső;

<sup>1</sup>Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Budapest; <sup>2</sup>Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest;

[K06]

### **Egy vasárnapi ebéd endobronchialis hatása**

<sup>1</sup>Puskás Rita; <sup>2</sup>Markóczy Zsolt; <sup>1</sup>Moldvay Judit;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; <sup>2</sup>Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budapest;

[K07]

### **Diagnosztikai és terápiás lépéseink tüdődaganatos betegünkénél**

<sup>1</sup>Király Attila; <sup>1</sup>Benkő András; <sup>1</sup>Strausz János;

<sup>1</sup>Kaposi Mór Oktató Kórház, Pulmonológiai Kaposvár;

[K08]

### **Wegener-granulomatosisos fiatal nőbeteg esete**

<sup>1</sup>Szabó Imre;

<sup>1</sup>Kaposi Mór Oktató Kórház

10.20-10.35 *Kávészünet*

## **10.35-10.45 Fiatal Pulmonológusok Kazuisztikai Fóruma II.**

*Üléselnök: Balikó Zoltán – Bártfai Zoltán*

*Plenáris terem*

[K09]

### **Szubakut nekrotizáló aspergillózis- végső diagnózis? Az intervenció szerepe a pulmonológiában**

<sup>1</sup>Török Zsófia Laura; <sup>1</sup>Paraicz Gábor; <sup>1</sup>Ruzsics István; <sup>2</sup>Vékony Ildikó; <sup>3</sup>Viski Anna;

<sup>4</sup>Grmela Gábor; <sup>5</sup>Hüttl Kálmán; <sup>1</sup>Sárosi Veronika;

<sup>1</sup>Pécsi Tudományegyetem KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológia, Pécs;

<sup>2</sup>Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Pulmonológia, Kaposvár, <sup>3</sup>Somogy

Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Pathológia, Kaposvár, <sup>4</sup>Fejér Megyei Szent

György Kórház, Pulmonológia, Székesfehérvár, <sup>5</sup>Semmelweis Egyetem -

Kardiológiai Központ, Képző és Tanulmányi Osztály, Budapest;

[K10]

### **Solid tumornak indult korábbi betegség pulmonalis manifesztációja**

<sup>1</sup>Czaller Ibolya; <sup>2</sup>Csomor Judit; <sup>3</sup>Demeter Judit; <sup>1</sup>Losonczy György; <sup>1</sup>Gálffy

Gabriella;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem,

I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem,

I. sz. Belgyógyászati Klinika, Haematológiai Osztály, Budapest;

[K11]

### **Súlyos, légzésrokkant beteg perioperatív ellátása thoracalis behatolásból végzett nyelőcsőműtét során**

<sup>1</sup>Kovács Enikő; <sup>2</sup>Ondrejka Pál; <sup>1</sup>Hadjadj Leila; <sup>1</sup>Pénzes István;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, II. Sz. Sebészeti Klinika, Budapest;

[K12]

### **Megdöbentő bronchoscopos leletek**

<sup>1</sup>Szabó Emese;

<sup>1</sup>Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, VI. Tüdőosztály és Bronchológia Ambulancia, Budapest;

[K13]

### **Ingerköhögés szomorú befejezéssel - Egy ritka tracheatumor esete**

<sup>1</sup>Sólyom István; <sup>1</sup>Kukuly Alla; <sup>2</sup>Koncz Mária; <sup>3</sup>Kapin Marianna; <sup>4</sup>Takács István;

<sup>1</sup>Szabó Péter;

<sup>1</sup>Jósa András Oktatókórház - Sóstó, Pulmonológia, Nyíregyháza; <sup>2</sup>Jósa András Oktatókórház - Sóstó, Légzésrehabilitációs Osztály, Nyíregyháza; <sup>3</sup>Jósa András Oktatókórház, Patológiai Intézet, Nyíregyháza; <sup>4</sup>Debreceni Egyetem, OEC, Sebészeti Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Debrecen;

[K14]

### **Rosszul kooperáló haemoptoes beteg ritka kórképe**

<sup>1</sup>Böcskei Renáta; <sup>1</sup>Bohács Anikó; <sup>2</sup>Markóczy Zsolt; <sup>3</sup>Balázs György; <sup>4</sup>Lang György;

<sup>1</sup>Losonczy György; <sup>1</sup>Müller Veronika;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Tüdőgyógyászati klinika, Budapest; <sup>2</sup>Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budapest; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika, Budapest; <sup>4</sup>Allgemeines Krankenhaus, Mellkassebészet, Bécs, Ausztria;

[K15]

### **Ilyet még nem nagyon láttam**

<sup>1</sup>Sótér Szabolcs, <sup>1</sup>Juhász Erzsébet, <sup>1</sup>Markóczy Zsolt, <sup>1</sup>Németh Julianna, <sup>1</sup>Fillinger János

<sup>1</sup>Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest;

11.45–12.00 Szünet

**12.00 A Fiatal Pulmonológusok Kazuisztikai Fóruma  
eredményhirdetése**

**Üléselnök: Balikó Zoltán – Bártfai Zoltán**  
Plenáris terem

**12.15 A Konferencia zárása**

Plenáris terem





# ABSZTRAKTOK

[A05]

**Prostaglandinok és leukotriének vizsgálata COPD exacerbációban**<sup>1</sup>Antus Balázs; <sup>1</sup>Drozdovszky Orsolya; <sup>1</sup>Barta Imre;<sup>1</sup>*Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Kórélettani Osztály, Budapest;*

A prosztoglandinok (PG) és leukotriének (LT) közismert gyulladáso mediátorok a krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD) stabil állapotában, míg szerepük a betegség akut exacerbációja során kevésbé ismert. Munkánk során a köpet prosztoglandin E2 (PGE2), 8-izoprosztán, ciszteinil-leukotrién (cisz-LT) és leukotrién B4 (LTB4) szintjét vizsgáltuk exacerbáció miatt hospitalizált COPD-s betegekben. Vizsgálatunkba 25 stabil (életkor: 62.1±1.6 év, 48.8±4.8 dobozév, GOLD: I-III.) és 34 exacerbációban lévő, ex-dohányos COPD-s beteg (életkor: 64.6±2.2 év, 45.8±4.1 dobozév, GOLD: I-IV.) került bevonásra. A stabil betegetől indukált köpetet, az exacerbációban lévő betegetből kórházi felvételtkor, majd kezelés után (távozáskor) spontán köpetet gyűjtöttünk. A mediátorokat a köpetben EIA (Cayman) módszerével határoztuk meg. Az adatok medián (interquartilis tartomány) formában szerepelnek. Eredményeink szerint COPD exacerbációban a köpet PGE2, 8-izoprosztán és LTB4 szintje emelkedik a stabil állapothoz képest (PGE2: 36.3 [13.3-81.9] vs. 3.82 [1.77-6.63] pg/ml, p<0.001; 8-izoprosztán: 80.1 [36.4-155.4] vs. 29.7 [13.8-68.8] pg/ml, p<0.05; LTB4: 276.1 [105.4-594.7] vs. 581.7 [244.7-776.9] pg/ml, p<0.05). A kezelés után e markerek közül csak a PGE2 koncentrációja csökkent szignifikánsan (PGE2: 19.4 [4.6-52.5] pg/ml, p<0.01). A köpet cisz-LT koncentrációja a stabil és az exacerbációban lévő betegekben hasonló volt, és szintjét a kezelés sem befolyásolta. (cisz-LT: 211.9 [128.6-827.1] vs. 469.2 [169.2-858.9] pg/ml, p=NS). Szoros korrelációt mutattunk ki exacerbáció alatt a köpet neutrofilejtszáma és PGE2 koncentrációja között is (r=0.68, p<0.005). A köpet indukció önmagában nem befolyásolta a vizsgált lipid mediátorok szintjét. Eredményeink alapján a köpet PGE2 koncentrációja biomarkerként utalhat a légúti gyulladás mértékére COPD exacerbációban, míg a cisz-LT-ek szerepe a folyamatban nem meghatározó. A 8-izoprosztán és LTB4 mérésének értéke korlátozott.

[R10]

**A mellkastágulás szerepe a légzésrehabilitációban**<sup>1</sup>Balogh Zsuzsanna; <sup>1</sup>Lengyel László; <sup>1</sup>Varga János;<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitáció, Budapest;*

Bevezetés: A mellkas dinamikus hyperinflációja és a mellkasfal disztorziója hozzájárul a COPD-s betegek nehézlégzésének kialakulásához. A mellkas mobilitásának növelése a mellkas elemeit speciálisan nyújtó, lazító ill. erősítő gyakorlatokkal érhető el. A komplex légzésrehabilitáció magában foglalja a légzőizmok erősítését és nyújtását valamint az állóképességi tréninget.

Betegek és módszerek: 48 COPD-s beteg (FEV1: 43±17 ref%, életkor: 62±8 év) vett részt a vizsgálatban. A mellkas mobilizálása a következő gyakorlatokat

foglalta magában: a mellkas tágítása elongációval és a karok segítségével, manuális kilégzés támogatás a belégző izmok nyújtására, a törzs laterál flexiójának és rotációjának bekapcsolása. A betegek emellett egyénre szabott tréninget végeztek, amely napi 2-3 alkalommal 20-30 percig a maximális teljesítmény 60-80%-n végzett kerékpár- vagy futószőnyeg kondicionálást foglalt magában 6 hétig.

Eredmények: A rehabilitáció hatására nőtt a 6 perces sétatávolság (6MWD:  $312 \pm 42$  vs.  $407 \pm 35$ m,  $p < 0,05$ ), a mellkastágulás ( $3,9 \pm 1,2$  vs.  $5,9 \pm 0,7$ cm,  $p < 0,05$ ) és javult a módosított Borg teszt (Borg (D):  $7,6 \pm 2,3$  vs.  $4,8 \pm 1,3$ ,  $p < 0,05$ ). A FEV1 jelentősen nem változott ( $43 \pm 17$  vs.  $45 \pm 19$  %pred), és nem volt összefüggés a FEV1 változás és a mellkastágulás között. A belégzési- (IRV) és kilégzési rezerv térfogat (ERV) változása korrelációt mutatott a mellkastágulás mértékével (IRV:  $R^2 = 0,38$ ; ERV:  $R^2 = 0,30$ ,  $p < 0,05$ ).

Következtetés: A légzésrehabilitáció hatására javult a mellkasfal tágulása, a nehézlégzés, a hyperinfláció és a 6MWD. A mellkasfal tágulása korrelált az IRV és ERV változásával. A mellkastágulás mértéke értékes információt adhat a légzésrehabilitáció hatásosságának a megítélésében.

[A14]

### **A COPD kevéssé ismert komorbiditása: a pszoriázis**

<sup>1</sup>Berta Gyula;

<sup>1</sup>Allergon Kkt. Orvosi Tanácsadó Iroda, Kaposvár;

Az utóbbi években nyilvánvaló lett, hogy a COPD-s betegek között tekintélyes hányadot képvisel az a fenotípus, ahol a beteg több szervet érintő, alacsony intenzitású gyulladásban szenved. Ez a szisztémás gyulladás áll számos ismert komorbiditás hátterében. Ez a felismerés -talán pár év késéssel- a bőrgyógyászatban is megtörtént, nevezetesen a pszoriázisról mutatták ki, hogy számos társuló betegség "kockázati faktora". Ezek a komorbiditások sokban emlékeztetnek a COPD komorbiditásaira, és a háttérben levő gyulladásos mediátorok és gyulladásos indikátorok között is sok a hasonlóság. Az utóbbi években jelennek meg olyan közlemények amik nagyobb anyagon mutattak ki kapcsolatot a pszoriázis és a COPD között. Az előadásban több olyan tanulmányt ismertetek, amelyekben a COPD előfordulása, illetve kockázati aránya magasabb a pszoriázisos betegek között, mint a kontroll csoportban. Saját, rövid időtartamú (6 hónap) megfigyeléseim igazolni látszanak ezt az összefüggést. A két betegség kapcsolatának széleskörűbb ismerete, illetve a tüdőgyógyászok és bőrgyógyászok együttműködével történő további vizsgálata segíthetne a lappangó COPD-s betegek korábbi stádiumban történő felismerésében, másrészt jó modellként szolgálhatna arra, hogy a pszoriázisos betegek biológiai terápiájának van-e hatása a COPD lefolyására.

[A02]

## **Pseudomonas aeruginosa okozta légúti infekciók immuszupprimált betegekben**

<sup>1</sup>Bohács Anikó; <sup>2</sup>Kristóf Katalin ; <sup>1</sup>Müller Veronika;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, A osztály, Budapest;* <sup>2</sup>*Semmelweis Egyetem, Laboratóriumi Medicina Intézet, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Laboratórium, Budapest;*

Szervátültetett és autoimmun betegekben az immunszuppresszív kezelés fokozza a bakteriális, pulmonalis infekciók előfordulását. Amennyiben az alapbetegség tüdőérintettségeként bronchiectasia is jelen van, úgy gyakrabban igazolható a pseudomonas aeruginosa (PA) kóroki szerepe. Tüdőtranszplantáción átesett betegekben a postoperatív időszakban a preventív pseudomonas ellenes antibiotikumokat inhalációs formában is gyakran használjuk Klinikánkon. Kedvező tapasztalataink alapján más immuszupprimált betegeknél is többször alkalmaztuk. Esetismertetésekem keresztül a differenciál diagnosztikai és terápiás nehézségeket mutatjuk be. Az autoimmun betegségek sokszervi érintettségét a kezelés során mindvégig figyelembe kell vennünk, rendszeresen monitorizálnunk kell. Leggyakrabban a beszűkült vesefunkció okoz nehézséget az antibiotikus kezelés során. A clearance-hez igazított dozírozás mellett a pulmonalis infekciók megfelelően kezelhetők. Esetismertetéseink is alátámasztják a mikrobiológiai mintavétel, rezisztencia vizsgálatok kiemelt jelentőségét az immuszupprimált betegek alsó légúti infekcióinak kezelésében. Ebben a betegcsoportban számolnunk kell a multidrogrezisztens kórokozók gyakoribb előfordulásával. Súlyos, légzési elégtelenséggel járó multidrog rezisztens, in vitro colistin érzékenységet mutató Pseudomonas aeruginosa okozta pneumonia kezelésében hatékonyak bizonyult a kombinált parenterális és inhalatív colistin.

[R09]

## **A PEP maszk és a Flutter összehasonlító vizsgálata a váladék ürítésben CF betegeknél**

<sup>1</sup>Borka Péter; <sup>2</sup>Gyurkovits Kálmán; <sup>3</sup>Bódis József;

<sup>1</sup>*Svábhegyi Gyógyintézet, Fizioterápia, Budapest;* <sup>2</sup>*Kaposi Mór Oktató Kórház, Gyermekosztály, Mosdós;* <sup>3</sup>*Baranya Megyei Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Pécs;*

A vizsgálatban az állandó pozitív kilégzési nyomást biztosító PEP maszk és az oszcillációs pozitív kilégzési nyomást biztosító Flutter hatékonyságát hasonlítottuk össze cisztás fibrózisos betegek (CF) expectoratio kezelésé során. A 10 CF beteg (5 nő; 19,2 év; BMI: 18,1; 7 betegnél delta F508; 9 beteg Pseudomonas aeruginosa kolonizált; ERS, ATS besorolás szerint légzésfunkciós értékeik alapján 4 súlyos, 5 mérsékelt, 1 enyhe) összesen 260 kezelésen vett részt. Két kezelési menetrendet váltogattunk következetesen. Kezelés 1: Flutter, köpetmérés (g), PEP maszk, köpet mérés. Kezelés 2: PEP maszk, köpet mérés, Flutter, köpet

mérés. Mindkét eszköz használata során a betegek 5x10 erőltetett kilégzés végeztek, a sorozatok közt fél-egy perces pihenőkkel.

Eredmények: Kezelés 1: Flutter-ral 4,0 (+- 4,0) g váladék ürült, majd PEP maszkkal további 5,2 (+- 5,0) g, összesen 9,2 (+-8,2) g. Kezelés 2: PEP maszkkal 7,4 (+- 3,7) g ürült, majd a Flutter-ral további 0,8 (+- 1,4) g, összesen 8,2 (+- 4,1) g. Statisztika: 1 mintás 't' próba. Mindkét kezelési típusban PEP maszkkal ürült több váladék. Egy kezeléson belül a 2 eszköz között feltűnően kisebb volt a különbség a Kezelés 1-ben, mint a Kezelés 2-ben. Ha a két kezeléson belül hasonlítjuk össze az ürített mennyiségeket, akkor a PEP szignifikánsan hatékonyabbnak bizonyulna. Ebben az esetben: Kezelés 1: Flutter vs (Flutter + PEP) – Flutter, azaz Flutter: 4 g vs PEP: 5,2 g. Kezelés 2: PEP vs (PEP + Flutter) – PEP, azaz PEP: 7,4 g vs Flutter: 0,8 g. Bár klinikailag nyilvánvaló és releváns a különbség a két eszköz között, de a változók nem függetlenek egymástól, így a statisztika szabályai szerint ebből következtetés nem vonható le. Ha a két eszközt önmagában hasonlítjuk össze (csak a két első mérés: 4 vs 7,4) a PEP szignifikánsan hatékonyabb ( $p < 0,001$ ). Ha a két kezelési módszert hasonlítjuk össze (9,2 vs 8,2) nem találtunk szignifikáns különbséget.

Következtetés: A PEP maszk szignifikánsan hatékonyabb a váladékürítésben a Flutter-nél CF betegek expectoratiois kezelésében. A Flutter hasznos kiegészítő eszköz a terápiában.

[A13]

### **A terhelés indukálta asztma: gyakoribb, mint ahogy gondolnánk? Mechanizmusok, diagnózis, differenciál diagnózis és kezelés**

<sup>1</sup>Brugós László;

<sup>1</sup>*Debreceni Egyetem Tüdőgyógyászati Klinika, Pulmonológia, Debrecen;*

Irodalmi összefoglalást ismertetek a csúcsatlétáknál előforduló terhelés indukált asztmáról. Annak ellenére, hogy ezen a területen magasan kvalifikált szakorvosok látják el a sportolók egészségi állapotát, a tüdőgyógyásznak szüksége lehet és hasznos, ha bővebb ismeretei vannak ezen a téren is, mert nem ritkán fordul elő a gyakorlatban, hogy véleményt kérnek tőle. Az élsportolóknál az asztma diagnózis kettős problémát okozhat, hiszen jelentősen befolyásolhatja egyrészt egészségüket, másrészt sportteljesítményüket. Tekintettel arra, hogy a diagnózis bonyolult is lehet, fontosnak tartom a terhelés indukált bronchoconstrictió és asztma kialakulásának ismertetését, az edzéstervek és edzéskörülmények meghatározását, hiszen az asztma kialakulásának és romlásának tényezője lehet a környezeti expozíció, az időjárás körülményei és a sportcsarnokok minősége. A diagnózis és terápia fontossága mellett szeretném a tüdőgyógyász szakma figyelmét felkelteni és ismereteit növelni, hogy a sportolók asztmája felismerhető és kezelhető betegség, mely mellett a megfelelő kezelés nemcsak kontrollált állapotban tarthatja az érintetteket, hanem a tiltólistára került (gyógy)szereket is el lehet kerülni, növelve a győzelem esélyét. Hasznos lehet részletesebben

megismerni a terhelésre jelentkező tünetek igazolására alkalmazott provokációs tesztek, mint a bronchodilatációs tesztet, a methacholin, hypertoniás sóoldat, mannitol, fizikai terheléssel kiváltott provokációs vizsgálatok lehetőségeit és korlátait. A diagnózis felállítása során fontos a differenciáldiagnosztika ismerete is, ahol ki kell zárni a hangszálak dysfunkcióját, a terhelés indukált hypoxaemiát, az úszómedencében levő vegyi anyagok kiváltott tüdőödémát, terhelés indukált hyperventilációt és edzéshiányt. Végül és nem utolsósorban a terápiát és a kontrollhoz szükséges eljárások ismertetésével fejezem be az összefoglalást.

[A01]

### **Rögös az út hazáig tüdőtranszplantáció után**

<sup>1</sup>Csúcs Hajnalka;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

Előadásomban egy szív-tüdő transzplantáción átesett férfi útját kísérem végig Bécsből Pesten át, egészen az otthonáig, Csongrádig. Mivel mi „egészséges” emberek se vagyunk egyformák, így a műtéten átesett betegek gyógyulása sem zajlik le azonos módon, vannak gyorsabban és kicsit lassabban felépülő esetek. Bemutatásra szánt történetem ez utóbbi kategóriába tartozik. Betegünket 2012 júniusában transzplantálták Bécsben end stage fibrosis és dilatatív cardiomyopathia miatt. Zavartalan intenzív osztályos ellátás után a SOTE Pulmonológiai Klinikájára szállították át a rehabilitáció folytatásának céljából. Pár hét után gyomorvérzést állapítottak meg nála, aminek az ellátása után klinikánk intenzív osztályára került, ahol a különböző szövödmények miatt elhúzódó gépi lélegeztetésre szorult. Innen két hónap után került vissza a Transzplantációs osztályra, majd onnan otthonába távozott. Az előadás célja bemutatni a gyógytornász feladatait, kiemelni a nehézségeket, amikkel meg kellett birkóznunk, valamint összegezni az alkalmazott fizioterápiás módszereket az osztályos és az intenzív osztályon történő ellátásban.

[A04]

### **Köpet, lavage és kilégzett levegő kondenzátum eikozanoid szintjének vizsgálata stabil COPD-ben**

<sup>1</sup>Drozdovszky Orsolya; <sup>1</sup>Antus Balázs; <sup>1</sup>Barta Imre;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Kóréletlani Osztály, Budapest;*

Az eikozanoidok fontos mediátorai a légúti gyulladásnak a krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD). Az egyes prosztaglandin (PG) és leukotrién (LT) származékok mintázata a különböző légúti mintákban azonban eltérő lehet. Munkánk során a köpet, a bronchoalveolaris lavage (BAL) és a kilégzett levegő kondenzátum (EBC) prosztaglandin E2 (PGE<sub>2</sub>), 8-izoprosztán, ciszteinil-leukotrién (cisz-LT) és leukotrién B<sub>4</sub> (LTB<sub>4</sub>) szintjét vizsgáltuk COPD-s betegekben. Vizsgálatunkba 23 stabil állapotú, ex-dohányos COPD-s beteg (életkor: 63.1±1.8 év, 45.1±3.5 dobozév, GOLD: I-III) került bevonásra. A betegektől indukált

köpetet, BAL-t és EBC-t gyűjtöttünk klinikai vizitek során. Az eikozanoidok szintjét EIA (Cayman) módszerével határoztuk meg. Az adatok medián (interkvartilis tartomány) formában szerepelnek. Eredményeink szerint a cisz-LT szintje a köpetben (211.9 [128.6-827.1] pg/ml) magasabb volt mint a BAL-ban (122.5 [60.4-256.1] pg/ml) vagy az EBC-ben (33.8 [19.9-58.1] pg/ml,  $p < 0.01$ ). Hasonlóan, a 8-izoprosztán és a LTB4 szintje is a köpetben volt magasabb a BAL-hoz képest (8-izoprosztán: 29.7 [13.8-60.8] vs. 22.0 [12.7-57.7] pg/ml,  $p = \text{NS}$ ; LTB4: 276.1 (105.4-594.7] vs. 27.5 [10.7-84.3] pg/ml,  $p < 0.01$ ). A PGE2 koncentrációja a köpetben és a BAL-ban hasonló volt. Az EBC-ben a cisz-LT kivételével az eikozanoidok nem vagy csak nyomokban voltak kimutathatók. A köpet teljes- és neutrofilesejtszáma, illetve LTB4 és 8-izoprosztán koncentrációja között szoros pozitív korreláció mutatkozott (LTB4:  $r = 0.52$ ,  $p < 0.05$  és 8-izoprosztán:  $r = 0.61$ ,  $p < 0.01$ ). A BAL-ban vagy az EBC-ben mért mediátor szintek nem korreláltak a köpet egyetlen sejt típusával sem. Összefoglalva, az eikozanoidok szintje általában a köpetben a legmagasabb, míg az EBC-ben a legalacsonyabb. A köpet sejtprofilal való kapcsolata a 8-izoprosztán és a LTB4 esetében igazolható. A BAL-ban és/vagy az EBC-ben való lipid mediátor meghatározás relevanciája bizonytalan.

[A07]

### **Az inhalációs eszközök kompetenciája és a betegek elégedettsége a porinhalátorral-két való élet vizsgálat alapján (aszma és COPD)**

<sup>1</sup>Gálffy Gabriella; <sup>2</sup>Mezei Györgyi; <sup>3</sup>Németh Gyula; <sup>4</sup>Tamási Lilla; <sup>5</sup>Müller Veronika; <sup>5</sup>Orosz Márta;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Onkológia, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, I-es Gyermekgyógyászati Klinika, Allergológia, Budapest; <sup>3</sup>BAZ Megyei Kórház, IV-es Gyermekgyógyászati Tanszék, Miskolc; <sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Allergológia, Budapest; <sup>5</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Allergológia, Budapest;

Bevezetés: Azok az asztmás és COPD-s betegek, akik kontrollált klinikai vizsgálatban vesznek részt, általában jól képzettek a saját inhalációs eszközök használatára. Az inhalációs eszköz hibás használata egyik fontos oka lehet annak, hogy a betegség kontrol nem megfelelő. Való élet vizsgálatok szükségesek arra, hogy megnézzük a mindennapi élet körülményei között az inhalációs eszközök kompetenciáját és a betegek elégedettségét.

Cél: Célunk az volt, hogy a való élet körülményei között szerezzünk tapasztalatot az Easyhaler porinhalációs eszköz használatáról különböző korcsoportban asztma és COPD-ben szenvedő betegek között.

Betegek és módszerek: Az Easyhaler inhalációs eszközzel két multicentrikus nyílt karú vizsgálatot végeztünk 1017 asztmás és COPD-s beteg bevonásával. Az egyik vizsgálat 799 felnőtt asztmás és COPD-s beteg monitorozásával történt három hónapon át, akik naponta két alkalommal formoterol Easyhalert használtak, míg a



másik vizsgálat 138 gyerek ( 3-11 év) és 80 serdülő korú fiatal ( 12-17 év) asztmás beteg bevonásával zajlott egy éven át, akik rohamoldóként használták a salbutamol Easyhaler inhalátorban. A vizsgálati gyógyszer iránti túlérzékenységi reakción kívül nem volt egyéb kizárási kritérium a vizsgálatból. Az orvosok értékelték azt, hogy a betegek hogyan képesek helyesen használni az Easyhaler inhalátort. A betegek által kitöltött kérdőívben a saját tapasztalataikat kérdeztük meg az eszközzel kapcsolatban.

Eredmények: Az orvosok (n=52) 87%-a úgy találta, hogy az Easyhaler eszközt könnyű betanítani a betegeknek és csak 26%-nál kellett megismételni az eszköz használatának a bemutatását. Majdnem minden betegnél (98%) úgy találtuk, hogy az Easyhaler inhalációs eszköz könnyen megtanulható volt és a betegek 52%-a elégedett, 42% pedig nagyon elégedett volt a készülékkel. Összehasonlítva a korábban használt eszközzel 804 beteg közül 69%-a úgy nyilatkozott, hogy az Easyhaler könnyebben használható volt számára. Sem az életkor, sem az asztma és a COPD nem befolyásolta az szignifikánsan az eredményeket.

Következtetés: Az orvosok többsége úgy találta, hogy az Easyhaler inhalációs eszköz használatát könnyű megtanítani a betegeknek. A betegek nagy részének a véleménye alapján az Easyhaler inhalációs eszközt könnyű volt használni és nagyon elégedettek voltak vele.

[R06]

### **Csoportos pszichés támogatás a légzésrehabilitáció során**

<sup>1</sup>Hodován Zsófia; <sup>2</sup>Gyimesi Zsófia;

<sup>1</sup>Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Budapest; <sup>2</sup>Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitációs Osztály, Budapest;

szakaszban fontos a betegek teljes körű támogatása. A fizikai paraméterek javítása mellett a pszichés megerősödés is elengedhetetlen. Az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Légzésrehabilitációs osztályán két pszichológus vezetésével, február közepétől támogató csoport indult a bent fekvő tüdődaganatos betegek részére. A csoportterápiás elemeket tartalmazó foglalkozások során a résztvevők aktuális állapotukkal összefüggő tapasztalataikat és felmerülő problémáikat oszthatják meg egymással. Az együttesség élménye, a feszültségek ventillálásának lehetősége segíti a betegség feldolgozását, javítja az orvosi kezelésekkel való együttműködést. A foglalkozások során, a szupportivitás mellett, relaxációs technikák és stressz-kezelő módszerek megtanítását tervezzük, melyek alkalmazása nagy szerepet játszik a betegek komplex rehabilitációjában és a krónikus betegséghez való adaptációban. A csoport célja, hogy a résztvevők aktívan és minél eredményesebben küzdjenek meg betegségükkel, ami által javulhat hangulatuk és életminőségük, életüket a betegség terhe mellett is teljesnek és értelmesnek élik meg. Előadásunkban bemutatjuk a foglalkozások rendszerét és tematikáját, beszámolunk eddigi tapasztalatainkról és felvázoljuk

terveinket a pszichés támogatás hatékonyságának empirikus mérésére vonatkozóan. A betegségek bio-pszicho-szociális megközelítése képezi munkánk alapját. Fontos számunkra, hogy ez a szemlélet a gyakorlatban is az egészségügyi ellátás szerves részét képezze Intézetünkön belül.

[A09]

### **A szulibilis urokináz plazminogén aktivátor receptor (suPAR) perifériás szintje és az asztma kontroll közötti összefüggés asztmában és asztmás terhességben**

<sup>1</sup>Ivancsó István; <sup>2</sup>Toldi Gergely; <sup>3</sup>Bohács Anikó; <sup>3</sup>Eszes Noémi; <sup>3</sup>Müller Veronika; <sup>4</sup>Rigó János Jr.; <sup>5</sup>Vásárhelyi Barna; <sup>3</sup>Losonczy György; <sup>3</sup>Tamási Lilla;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; <sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, 1. sz. Gyermekklinika, Budapest; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; <sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, 1. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest; <sup>5</sup>Semmelweis Egyetem, Laboratóriumi Medicina Intézet, Budapest;

A várandós nők jelentős hányada asztmás, és a kontrollálatlan betegség a terhesség kimenetelének fontos rizikófaktora. A szulibilis urokináz plazminogén aktivátor receptor (suPAR) egy nemrég felfedezett gyulladáshoz kapcsolódó biomarker, melynek emelkedett plazmaszintje összefügg számos betegség (pl. infektív, autoimmun vagy terhességi kórképek) rosszabb prognózisával, azonban a suPAR értékét asztmában és asztmával szövődött terhességben korábban még nem vizsgálták. Kutatásunkban a suPAR, CRP és IL-6 koncentrációit mértük asztmások (asztmás nem terhes, ANT; N=38) és asztmás terhesek (AT; N=15) perifériás vérében, kontrollcsoportként egészséges nem terhes (ENT; N=29) és egészséges terhes (ET; N=58) nők szerepeltek. A suPAR szintje és az asztma kontroll közötti kapcsolatot is elemeztük. A suPAR diagnosztikai értékét az asztma kontroll meghatározásában ROC analízissel vizsgáltuk. Az IL-6 és CRP szintekben nem találtunk eltérést a csoportok között. A perifériás suPAR koncentráció alacsonyabb volt az ET és AT csoportokban, mint az ENT és ANT alanyokban (2.01 [1.81-2.38] és 2.39 [2.07-2.69] vs. 2.60 [1.82-3.49] és 2.84 [2.33-3.72] ng/mL, p=0.0001). Az ANT csoportban a suPAR és a légúti áramlási ellenállás között pozitív korrelációt mutattunk ki (p=0.004, r=0.47). A suPAR értékek ROC analízisével elvégezve az ANT csoportban kaptunk szignifikáns eredményeket. A 80% fölötti és alatti PEF értékekkel bíró ANT betegeket elkülönítve a suPAR ROC görbéje alatti terület (AUC) 0.75 volt (95% CI: 0.57-0.92, p=0.023), míg a 20 fölötti és alatti ACT összpontszámmal bíró ANT betegeket elkülönítve az AUC értéke 0.80 volt (95% CI: 0.64-0.95, p=0.006). A kontrollált és nem kontrollált betegeket elkülönítő suPAR vágópont 4.04 ng/mL volt. A suPAR az asztma kontroll ígéretes markere lehet, mivel korrelál a légúti áramlási ellenállással, és jó a szenzitivitása az elégtelen asztma kontroll kimutatásában. A suPAR egészséges és asztmás terhes nőkben mért alacsonyabb perifériás szintje a terhesség indukálta immuntoleranciára utalhat.

[A08]

### **A vörös iszap por hatásának in vivo kísérletes vizsgálata a tüdőben**

<sup>1</sup>Kerényi Tibor; <sup>2</sup>Hargittai Péter; <sup>3</sup>Pállinger Éva; <sup>1</sup>Rác Zsuzsa; <sup>4</sup>Tófalvi József; <sup>1</sup>Schaff Zsuzsa;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem ÁOK II. sz. Patológiai Intézet, Budapest*; <sup>2</sup>*MTA EKK, Környezet- és Energiabiztonsági Kutatóint, Elektronmikroszkóp, Budapest*; <sup>3</sup>*Semmelweis Egyetem, Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai, Flowcytometria, Budapest*; <sup>4</sup>*Országos Onkológiai és Sugárterápiás Intézet, Kísérletes Farmakológiai, Budapest*;

Cél: Az alumínium-gyártás mellékterméke, a vörös iszap, erősen lúgos vegyhatású és beszáradva az utcapornál 200-szor intenzívebb felporzási készséget mutat. A por akut és krónikus tüdőhatásainak kísérletes vizsgálatára irodalmi adatok nem ismertek.

Anyag és módszer: Állatok: 6 hónapos Wistar parkányok jobb tüdejébe, tracheostomán át, instillációval, 2mg, levegőből ülepitett PM10-es iszappor szuszpenzióját juttattuk. Az állatok leölése és vizsgálati anyag nyérése, a beadást követően 3 nap és 12. hónap között, 6 kísérleti csoportban (6-6 patkány) történt. A harmadik napon leölt állatok harmada permeabilitás-indikátort kapott a kapilláris sérülések kimutatására. Vizsgálati anyag: (a) ülepitett porminták frakciói pásztázó elektronmikroszkóppal, valamint energiadiszperzív röntgenspektrometriás módszerrel elemösszetétel vizsgálata (b) Paraffinba ágyazott tüdőszövet metszeteinek vizsgálata fénymikroszkóppal és energiadiszperzív röntgenspektrometriával. (c) Bronchusmosó folyadék: citológiai, áramlásos citometriás és citokin vizsgálatokra.

Eredmények: 3. nap: a vörös iszap por intenzív macrophag alveolitist okozott a portartalmú koniophagok jelentős felszaporodásával, enyhe perivasculáris gyulladással, a mikrocirkuláció permeabilitás zavarával, fehérjedús ödéma képződésével, az esetek harmadában protrahált shockra utaló szöveti jelekkel. A fenti hatás elsősorban a por lúgos vegyhatása következményeként értékelhető. A por elemösszetételének analízise heterogén képet mutatott, változó elemi összetétellel. Al, Si és Fe volt a domináló elem. 6.hónap: fokális perivasculáris granulomatózus gyulladás jelent meg, az interstitiumban, a koniofág sejtcsoportok jelentősen ritkultak, az alveoláris struktúra mindenütt megtartott. Az intracelluláris porszemcsék a fentiekhez hasonló elemösszetételt mutattak. 12. hónap: érfal-asszociált hegesedés jelent meg a korábbi granulomák helyének megfelelően. A pordepozitumok jelentős része a reakciómentes szövetközökben volt látható, és az állatok harmadában lipid pneumonia alakult ki.

Következtetés: A vörös iszap por az instillációt követően 1 év múlva is kimutatható a tüdőszövetben. Az akut gyulladás után krónikus granulomatózus gyulladás alakul ki, melyet végül hegesedés követ. A fibrózis kialakulása közvetlen összefüggésbe hozható a por bevitelével, elsősorban annak kvarc (Si) tartalmával magyarázható, és ez okozhatja a tüdő további károsodásait is.

[R08]

### **Az aktivitásmonitorozás szerepe a tüdődaganatos, COPD-s betegek perioperatív légzésrehabilitációjában**

<sup>1</sup>Kerti Mária; <sup>1</sup>Varga János Tamás;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitáció, Budapest;*

Bevezetés: Az aktivitásmonitorozás a maximális teljesítményhez képest többletinformációt ad a rehabilitáció hatásosságának megítélésében. A funkcionális kapacitás, beleértve a fizikai aktivitást segít a műtéti rizikó megbecslésében. A légzésrehabilitáció javítja a fizikai aktivitást.

Betegek és módszerek: 30 COPD-s, tüdődaganatos beteget COPD (FEV1:  $66 \pm 9$  ref%) 3 csoportba osztottunk. Preoperatív csoport (PE: a mellkasebészeti műtét előtti rehabilitáció): 10 beteg, posztoperatív csoport (PO: a mellkasebészeti műtét utáni rehabilitáció): 10 beteg, és pre- posztoperatív csoport (PEO: rehabilitáció a mellkasi műtét előtt és után): 10 beteg. A fizikai aktivitás mérésére Omron Walking Style Pro pedometer-t használtunk, a rehabilitáció kezdetén és végén 72 órás mérés történt. A 6-perces sétatesztet (6MWD) szintén megmértük a rehabilitációt megelőzően és ezt követően. A betegek napi 30 perces légzőtornában és fizioterápiában vettek részt, amely mellett a terheléses tréninget napi 2-3 alkalommal 20-30 percig a maximális teljesítmény 60-80%-n végezték 3 hétig.

Eredmények: A légzésfunkció jelentősen nem változott a rehabilitáció hatására. A napi lépésszám (PE:  $3503 \pm 2112$  vs.  $3875 \pm 2011$ ; PO:  $4160 \pm 1830$  vs.  $8176 \pm 1830$ ; PEO:  $3417 \pm 1418$  vs.  $4767 \pm 3303$  a mellkasebészeti műtét előtt- és  $2846 \pm 357$  vs.  $4882 \pm 244$  lépés után;  $p < 0,05$ ) javult. A 6MWD javulási tendenciát jelzett (PE:  $361 \pm 79$  vs.  $390 \pm 66$  m; PO:  $329 \pm 134$  vs.  $386 \pm 86$  m; PEO:  $369 \pm 93$  vs.  $423 \pm 74$  m a mellkasebészeti műtét előtt- és  $322 \pm 11$  vs.  $343 \pm 35$  m után). A napi lépésszám jelentősen nem korrelált a 6MWD-vel.

Következtetés: Az eredmények támogatják a hipotézist, hogy a légzésrehabilitáció egyaránt javítja a fizikai aktivitást és maximális teljesítőképességet. Az eredmények aláhúzzák a pre- és posztoperatív légzésrehabilitáció fontosságát, speciális esetekben komplex perioperatív rehabilitációra van szükség.

[A03]

### **Nem tisztás fibrosis (CF) talaján kialakult bronchiectasia: inhalációs antibiotikus kezelési lehetőségek P. aeruginosa infekcióban**

<sup>1</sup>Müller Veronika; <sup>1</sup>Bohács Anikó;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

A bronchiectasia diagnózisának felállítása, a kivizsgálás részletei nagy kihívást jelentenek a tüdőgyógyászati gyakorlatban. A tágult, tisztulásában sérült hörgőrendszerben nagyon gyakori a különböző kórokozók által történő kolonizáció, illetve a visszatérő infekciók. A nem CF-es bronchiectasia kezelésre vonatkozóan kevés a klinikai vizsgálatokon alapuló evidencia. Tekintve, hogy nagyon kevés

vizsgálat történt ezen tüdőbetegséggel kapcsolatban, így sem a kivizsgálásra, sem a kezelésre nem voltak jól meghatározott irányelvek. A nem CF-es bronchiectasiás betegekkel végzett klinikai vizsgálatok eredményeit összegezve született meg 2012-ben a Brit Tüdőgyógyász Társaság (BTS) ajánlása. A nem CF-es bronchiectasia klinikai ellátásának fő problémaköre a károsodott hörgőrendszerben kialakuló mikrobás kolonizációk, recidiváló infekciók. Az előadásban az új BTS irányelv fő pontjait, a diagnózis felállításának és elkülönítő kórisméjének jellegzetességeit, illetve az aktuálisan javasolt kezelést foglaljuk össze. A recidiváló infekciók egyik legfontosabb kórokozója ebben az esetben a *P. aeruginosa*. A *P. aeruginosa* okozta kolonizációra és recidiváló infekciókra a BTS által javasolt inhalációs anti-*Pseudomonas* kezelés colistinrel (Colomycin®) elért eredményeit szeretnénk bemutatni néhány betegünk kapcsán.

[R01]

### **Comprehensive functional assessment of patients enrolled in pulmonary rehabilitation programs.**

<sup>1</sup>Oancea K, Fira-Mladinescu O, Tudorache V.

<sup>1</sup>Department of Pneumology, University of Medicine and Pharmacy Victor Babe, Timisoara, Romania

[A10]

### **Az alveoláris oxigéntenzió változása krónikus obstruktív tüdőbetegekben (COPD) és változó oxigéntenzió hatása az alveoláris epithelsejt hypoxia indukálta faktor 1 $\alpha$ (HIF-1 $\alpha$ ) rendszerére**

<sup>1</sup>Odler Balázs; <sup>2</sup>Szicsz Erna; <sup>2</sup>Himer Leonóra; <sup>1</sup>Horváth Gábor; <sup>3</sup>Ónody Anna;

<sup>2</sup>Vannay Ádám; <sup>1</sup>Losonczy György; <sup>3</sup>Szabó Attila J; <sup>1</sup>Müller Veronika;

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem ÁOK, Pulmonológiai Klinika, Budapest; <sup>2</sup>Magyar Tudományos Akadémia - Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Budapest; <sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, I. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest;

Bevezetés, célkitűzés: A krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) súlyos légzőszervi elváltozás, melyben a légúti áramláskorlátozottság miatt alacsonyabb ventilációjú alveoláris területek alakulnak ki a tüdőben, amely alveoláris hypoxia kialakulásához vezethet. A hypoxia indukálta faktor (HIF) 1 $\alpha$ -nak kiemelt szerepe van a sejteket érő hypoxiás körülmények károsító hatásának kivédésében. Nem ismert, hogy az alveoláris oxigéntenzió változásának milyen szerepe van a COPD kialakulásában, illetve hogy a HIF-1 $\alpha$  milyen szerepet tölt be a celluláris károsodások kivédésében. Módszerek: Egészséges (K, n=5) és eltérő mértékben hypoxaemiás középsúlyos-súlyos COPD-s betegekben (n=9) tömegspektrométerrel meghatároztuk a kilégzett O<sub>2</sub> és CO<sub>2</sub> szintjét a nyugalmi kilégzés végén és a reziduális volumen (RV) szintjén. Minden alany esetében végtetünk légzésfunkciós vizsgálatot, rögzítésre került a részletes körelőzmény,

dohányzási státus és életminőségi adatok (CAT és mMRC betegség specifikus kérdőívekkel, Beck teszt) illetve a vérgáz vizsgálatok eredményei. A celluláris hatások vizsgálatára immortalizált alveolaris epithelsejtek (A549) HIF-1 $\alpha$  mRNS és fehérje expresszióját vizsgáltuk hypoxiás körülmények (FiO<sub>2</sub> 20,9%; 13 $\pm$ 1%; 6 $\pm$ 1%; 1 $\pm$ 1%) között RT-PCR és áramlási citometriás módszerekkel.

Eredmények: Nyugalmi kilégzés végi FiO<sub>2</sub> nem különbözött a két csoportban (K: 15.6 $\pm$ 1.2 vs. COPD: 15,8 $\pm$ 1.4 %). Ezzel szemben az RV szintjén szignifikánsan alacsonyabb volt a FiO<sub>2</sub> COPD-s betegekben (K: 13,6 $\pm$ 1,8 vs. COPD: 11.6 $\pm$ 2.1%,  $p < 0.05$ ) és az érték szoros korrelációt mutatott a pO<sub>2</sub>-vel ( $r = 0,59$ ) míg negatív összefüggést igazolt az RV értékével ( $r = 0,52$ ). Mérsékelt hypoxia hatására 24 órás expozíciót követően jelentősen nőtt a HIF-1 $\alpha$  mRNS és fehérje expresszió, míg extrém hypoxia mellett az mRNS expresszió emelkedése elmaradt. A hypoxia valamennyi csoportban szignifikánsan emelte a sejtszámot a kontroll csoporthoz képest (FiO<sub>2</sub> 13 $\pm$ 1%: 13,33x10<sup>5</sup>; FiO<sub>2</sub> 6 $\pm$ 1%: 13,2x10<sup>5</sup>; FiO<sub>2</sub> 1 $\pm$ 1%: 12,86x10<sup>5</sup> vs. kontroll FiO<sub>2</sub> 20,9%: 7,73x10<sup>5</sup>;  $p < 0.01$ ).

Következtetés: COPD-ben a hyperinfláció mértékével arányosan csökken a kilégzés végi FiO<sub>2</sub> mely igazolja, hogy COPD-ben az élettani értéknél súlyosabb hypoxiás alveoláris területek jelen. Celluláris méréseink eredménye szerint a mérsékelt hypoxia növeli az alveoláris sejtek HIF-1 $\alpha$  mRNS és fehérje expresszióját, míg extrém hypoxia mellett ez a hatás elmarad.

[R05]

### **Komplex pulmonológia rehabilitáció a Mátrai Gyógyintézetben**

<sup>1</sup>Pesti Anna;

<sup>1</sup>*Mátrai Gyógyintézet, Pulmonológiai Rehabilitációs Osztály, Mátraháza;*

Előadásomban a Mátrai Gyógyintézet pulmonológiai rehabilitációs osztályán folyó rehabilitációs munkát ismertetem. Témái: a komplex mozgásprogramok, oktatási területek, diétás tanácsadás, pszichológiai támogatás, minőségbiztosítási indikátorok.

[R02]

### **Edzéshatások a légzőrendszerre**

<sup>1</sup>Petrekánits Máté;

<sup>1</sup>*Országos Sporttudományi Intézet, Terhelésélettani Laboratórium, Budapest;*

Teljesítménysport jellemzésének egyik központi kérdése az edzettség meghatározása. Ezt a „tartós élettani állapot”-ot, melyet az edzésingerekhez való adaptáció alakít ki, különféle fiziológiai adatok mentén lehet leírni, melyhez élettani, pszichológiai jellemzőkre és fizikai teljesítményre van szükség. Sportélettanban általánosan elfogadottá váltak azok a módszerek, mérési eljárások, melyek eredményei felhasználhatók az edzettség jellemzésére.

Sportantropometria a biológiai fejlődés és érés nyomon követésére, a testméretekben bekövetkező spontán, vagy edzésekkel befolyásolt változások

leírására vannak elfogadott paraméterek – a genetikai háttér mellett a környezet, életmód, edzés hatásait is magukban foglaló adatok – amelyek megoldást kínálnak: a szomatotípus, testösszetétel, erősíthetőséget meghatározó alkat, csontozat alapján történő bemutatást.

Terhelhetőség minősítésére vérvkép, vérkémia, nyugalmi szív - keringés-légzésfunkció, relaxációs képesség vizsgálata, („alapjárat, a kiindulási élettani állapot minősítése”) majd futószalagon spiróergometriát végeztünk rendszeresen sportoló, naponta legalább egy edzést végző minősített fiatal sportolóknál.

Az élettani állapotot minősítettük a mért változók alapján, ami a napi edzőmunkához, a versenyteljesítmény fokozásához, az edzettség, nem utolsó sorban az egészség megőrzéséhez nyújt segítséget.

[R11]

### **Egyéb mozgásterápiák közvetlen hatása illetve közvetett hatása a légzőrendszerre**

<sup>1</sup>*Székely Zsuzsanna*

<sup>1</sup>*Mátrai Gyógyintézet, Mátraháza*

A kutatás célja: innovációs lehetőségek a légzési fizioterápia területén, az eltérő területeken használatos mozgásprogram alkalmazása, ebbe való szakmai betekintés biztosítása a szakszemélyzet számára

Innovációs lehetőségek: gerinc-, ér-, nyak-, váll és vállöv, intimitorna illetve cardio edzésprogram különböző nehézségi szintekre bontva

A kutatás módszerei: 1 év betegdokumentációjának változásai, statisztikai kiértékelése

A kutatás főbb eredményei: a mozgásterápia fajtájának függvényében várt eltérő pozitív hatás a krónikus légzőszervi betegségek rehabilitációja során főként terhelés élettani vonatkozásban

[A12]

### **Az asztma korszerű kezelése, a személyre szabott terápia jelentősége napjainkban**

<sup>1</sup>*Szilasi Mária;*

<sup>1</sup>*Debreceni Egyetem OEC I. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen;*

Az utóbbi években egyre több szó esik az európai és hazai kongresszusokon is a személyre szabott gyógyszerelés szerepéről. A betegek hatékonyabb fenotipizálása képes növelni az elérhető terápiák hatékonyságát és biztonságosságát, elősegíti új kezelések, gyógyszerek kifejlesztését és csökkenti a nem kívánatos társadalmi és biztosítási költségeket. Másrészt a már meglévő hatóanyagokat is igyekeznek a gyógyszerkutatók és fejlesztők a betegek igényeihez igazítani: pl. asztma esetében új gyógyszerbeviteli technológiák kifejlesztése és a magasabb tüdődepozíció elérésével igyekeznek csökkenteni a betegek ICS terhelését. A fenotipizálás azért fontos, hogy pontosan érthető



alcsoportokba osztályozzuk a betegeket, amik prognosztikus információt biztosítanak és lehetővé teszik, hogy meghatározzuk az egyénre szabott terápiákat, amik tovább javíthatják a klinikai eredményeket. Az elmúlt évtizedekben sokat vitatkoztak a kislégutak (belső átmérő <2mm) asztma patogenezisében és a fenotípusok meghatározásában betöltött szerepéről. Kevés a valódi adat a tüdő ezen területéről a nehéz elérhetőség és mérési standard hiánya miatt. Ebben segít egy szélesebb kitekintést nyújtani ez az előadás, ami a kislégutak szerepét tekinti át az asztma fenotípusok: a súlyos asztma, az időskori és/vagy régebben fennálló asztma, a fixált légúti obstrukcióval járó asztma és a dohányzó asztmás betegek szempontjából.

[A06]

## **A bronchodilator reverzibilitás gyakorisága obstruktív tüdőbetegségekben - Hazai adatok**

<sup>1</sup>Tamási Lilla; <sup>1</sup>Gálffy Gabriella; <sup>1</sup>Orosz Márta; <sup>1</sup>Losonczy György; <sup>1</sup>Müller Veronika; <sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

A farmakospirometriás vizsgálat az obstruktív légúti megbetegedések elkülönítő kórisméjének alapeleme. Kezeletlen, tünetes asztmában általában reverzibilis, krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD) részlegesen reverzibilis vagy irreverzibilis obstruktív ventilációs zavar várható. A reverzibilis betegek mindennapi gyakorlatban észlelhető arányáról azonban kevés nemzetközi adat áll rendelkezésre. A jelen keresztmetszeti vizsgálat célja a reverzibilis betegek arányának meghatározása volt, hazai obstruktív tüdőbetegségben szenvedő betegek között. Stabil, fenntartó kezelésben részesülő COPD-s (N=77, férfi/nő=43/57%, kor: 62,0±3,5 év) és asztmás (N=57, férfi/nő=33/67%, kor: 46,6±7,4 év) betegeknél vizsgáltuk a pre- és postbronchodilator légzésfunkciós értékeket (400ug salbutamol Easyhaler® alkalmazása előtt és azt követően 15-20 perccel). A demográfiai adatokat és a légzésfunkciós paramétereket elemeztük. Asztmában és COPD-ben egyaránt magas volt a dohányosok aránya (37% vs. 90%; p<0.05). A légúti obstrukció mértéke kifejezettebb volt COPD-ben, mint asztmában (FVC: 2,38±0,26 vs. 3,14±0,43 L; FVC%: 72,6±5,1 vs. 87,4±6,4; FEV1: 1,45±0,21 vs. 2,13±0,31 L; FEV1%: 53,5±5,2 vs. 70,3±5,5, p<0.05). Az obstrukció a COPD-ben szenvedők 26%-ában és az asztmások 36%-ában volt reverzibilis. A salbutamolra adott válasz mértéke hasonló volt a két csoportban az FVC tekintetében (FVC: 195±22 vs. 189±25 ml; FVC%: 6,34±0,71 vs. 5,89±0,77), míg alacsonyabb COPD-ben a FEV1 értéket vizsgálva (FEV1: 126±17 vs. 254±30 ml; FEV1%: 4,97±0,69 vs. 8,67±0,88; p<0,01). Az ATS/ERS kritériumoknak megfelelően végzett farmakospirometria során a COPD-s betegek jelentős részében igazolható reverzibilis légúti obstrukció. Asztmában a vártnál alacsonyabb reverzibilis betegarány hátterében részben a fenntartó terápia alkalmazása, részben az asztmás obstrukció variabilitása állhat.

[A11]

## **A „prodrug” kortikoszteroid ciklezonid akut hatása a légúti véráramlásra**

<sup>1</sup>Tóth Laura Andrea; <sup>1</sup>Goldstein Hila; <sup>1</sup>Kis Adrián; <sup>1</sup>Kunos László; <sup>1</sup>Varga Judit; <sup>1</sup>Losonczy György; <sup>2</sup>Vasas Szilvia; <sup>1</sup>Horváth Gábor;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest*; <sup>2</sup>*Szent János Kórház és Észak-Budai Egyesített Kórházak, Tüdőgondozó Intézet és Szűrőállomás, Budapest*;

Háttér: A krónikus légúti gyulladás fokozza a légúti nyálkahártya vaszkularizáltságát és véráramlását asztmában. Újabb adatok szerint az inhalációs kortikoszteroidok csökkentik a légúti véráramlást (Qaw), mely hatás már akután, az inhalációt követő 30-60 percen belül kimutatható. Nem ismert azonban, hogy a „klasszikus” szteroid gyulladáscsökkentő mechanizmus milyen szereppel bír a gyors légúti vaszkuláris hatás kialakulásában.

Célkitűzés: Vizsgálatunk célja az akut vaszkuláris kortikoszteroid hatás vizsgálata gyulladásmentes légutakban, illetve annak megállapítása, hogy a légutakban végbemenő metabolizmus során aktiválódó, de a belélegzés időpontjában „prodrug” kortikoszteroid ciklezonid kiváltja-e a kortikoszteroidok esetében megfigyelhető érhatást.

Módszer: Vizsgálatunkat 10 egészséges, nem dohányos önkéntes bevonásával végeztük. A vizsgálat során 320 g ciklezonid inhalációja előtt, majd az inhalációt követően 15, 30 és 60 perccel került sor a Qaw mérésre. A Qaw nem invazív módon, a konduktív légutak dimetil-éter (DME) abszorpciójának mérésén alapuló módszerrel került meghatározásra. A DME vízdékony, inert gáz, melynek kezdeti abszorpcióját elsősorban a légúti nyák mennyisége és a szövetek víztartalma, míg a későbbi, folyamatos abszorpcióját a Qaw mértéke határozza meg. A vizsgálat során a vizsgált egyén 10% DME-t lélegez be, majd 5 illetve 15 másodpercet követően a készülék szájrészén keresztül kilélegzi. A légúti DME abszorpció meghatározásához a be- és kilégzési gázkoncentrációkat tömegspektrométerrel mértük.

Eredmények: Az egészséges személyek Qaw mértéke  $56,1 \pm 4$   $\mu\text{l/ml/min}$  volt. Ciklezonid inhalációt követően 15, 30 és 60 perccel a Qaw mértéke a következő módon alakult:  $45,2 \pm 4,8$ ,  $38,3 \pm 8,3$  és  $34,1 \pm 4,7$   $\mu\text{l/ml/min}$  (mindhárom időpontban  $p < 0,05$  vs. kontroll). Kontroll vizsgálatban placebo inhalációja a Qaw mértékét szignifikánsan nem befolyásolta.

Megbeszélés: Eredményeink arra utalnak, hogy akut érhatás független a kortikoszteroidok gyulladáscsökkentő hatásától. A „prodrug” ciklezonid akut hatékonysága igazolja, hogy az érhatás mechanizmusa független a szteroidok klasszikus, transzkripció hatásmechanizmusától is. A kedvező légúti érrendszeri hatás mechanizmusának és klinikai jelentőségének tisztázására további vizsgálatok szükségesek. Támogatás: OTKA K-83499

[R07]

## **Egy új légzésrehabilitációs osztály indulásának buktatói és felvirágoztatása**

<sup>1</sup>Unger Erika Ivett;

<sup>1</sup>*Margit Kórház, Tüdő és Légzésrehabilitációs osztály, Csorna;*

Légzésrehabilitációs Osztályunk 2012. július 1-től 30 ágygal működik a csornai Margit Kórházban. A kezdeti nehézségek után az elmúlt majdnem egy év során sikerült kialakítani egy munkarendet, a betegek szervezett programját megvalósítani, valamint a dolgozók folyamatos továbbképzését biztosítani. Osztályunk a kórház felújított részlegén indult egy főállású rehabilitációs szakorvossal, 14 nővérrel, 1 gyógytornással. A lelkesedésem kívül gyakorlatilag semmink nem volt, részben lakossági illetve alapítványi és egyéb adományokból sikerült beszerezni kb. 3 hónap alatt az induláshoz szükséges eszközöket. Kialakítottunk egy tornatermet valamint sószobát, a közösségi programok és a betegoktatás az ebédelőben zajlik. A betegek napja reggeli után 9 órakor csoportos légzőtornával kezdődik, a délelőtti folyamán történnek a különböző vizsgálatok, a vizit, az egyéni gyógytornák és fizioterápiás kezelések. Délután betegoktatás, valamint szociális terápiák úgymint éneklés, felolvasás, filmnézés, társasjátékozás zajlik. Hetente egy alkalommal pszichológus és pap is részt vesz a rehabilitációs munkában, ilyenkor csoportos és egyéni foglalkozásra is lehetőség nyílik. Hetente egy alkalommal teammegbeszélést tartunk, melyen az osztály dolgozóin kívül részt vesz a pszichológus, szociális munkás és dietetikus is. A továbbiakban szeretnénk a kialakított munkát folytatni, a betegellátás színvonalát emelni, valamint a dolgozók folyamatos továbbképzését megvalósítani.

Következtetések: A spiroergometria és a fekvőkerékpáros echocardiográfia segítséget jelenthet a krónikus tüdőbetegek légzésrehabilitációs programjának optimalizációjához.

[A15]

## **Fókuszban a COPD antibiotikum terápia**

<sup>1</sup>Varga János Tamás;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitációs osztály, Budapest;*

Bevezetés: A COPD-s betegek acut exacerbációja ezen betegek életminőségét, és egyben túlélési esélyét is döntően befolyásolja.

Eredmények: Az exacerbációk 50-60 százalékát légúti infekciók (leginkább bakteriális és virális), 10 százalékát a levegőszennyeződés okozzák, és 30 százalék etiológiája nem ismert. A nem ismert etiológiájú COPD exacerbációk más betegségekhez kapcsolódhatnak, mint a miokardiális iszkémia, szívelégtelenség, aspiráció, vagy pulmonális embólia. A bakteriális fertőzés a COPD exacerbációk kiváltásának az 1/3-1/2-ért felelős. A *Haemophilus influenzae*, a *Moraxella catarrhalis*, és a *Streptococcus pneumoniae* a COPD exacerbáció során

bronchoscopiával leggyakrabban izolált kórokozók. A *Pseudomonas aeruginosa* és az *Enterobacteriaceae* család kórokozói is gyakoriak, különösen súlyos COPD-ben. Ellentmondó adatok állnak rendelkezésre az atípusos baktériumok incidenciájáról a COPD akut exacerbációjában, leggyakoribb incidenciával a *Clamidia pneumoniae* szerepel (3-5%). A koinfekciókat figyelembe véve vizsgálták a baktérium, vírus, vagy mindkét kórokozó kiváltotta exacerbációkat, az eredmények alapján egyenlő arányban súlyosbítják a COPD akut exacerbációját. A koinfekció több tünettől, súlyosabb FEV1 csökkenéssel, magasabb titerű bakteriális fertőzéssel, és megnövekedett szisztémás gyulladással járhat együtt. A *Pseudomonas aeruginosa* infekció rizikóját megnöveli a jelenlegi hospitalizáció (az elmúlt 90 napban  $\geq 2$  napot kórházban töltött), gyakori antibiotikum használat (az elmúlt évben  $\geq 4$  alkalommal), súlyos COPD (FEV1  $< 50$  ref%), az előző exacerbáció során izolált *P. aeruginosa*, és stabil állapotban a kolonizáció megléte. A GOLD ajánlás szerinti antibiotikum ajánlás: mechanikus ventiláció igénylő súlyos COPD exacerbáció esetén (non-invazív vagy invazív lélegeztetés), megnövekedett köpet purulenciával járó exacerbáció+fokozódó nehézlégzés, megnövekedett mennyiségű köpet. Az antibiotikum választásunk a stádiumtól, a társbetegségektől, a klinikai állapottól és a *Pseudomonas* infekció lehetőségétől kell hogy függjön. Az amoxicilin-clavulansav kombináció, a makrolidok és a fluorokinolonok egymáshoz viszonyított hatását több vizsgálat is elemezte. Következtetések: Kifejezett hangsúlyt kell helyezni az antibiotikum kezelés (sokszor empirikus terápia) megfelelő megválasztására, amely létfontosságú a COPD-s betegek akut exacerbációjának kezelésében. A kezelés időben való elkezdése javíthatja a betegek túlélési esélyét.

[R03]

### **A spiroergometria és a fekvőkerékpáros echocardiográfia szerepe a légzésrehabilitációban**

<sup>1</sup>Varga János Tamás;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitációs osztály, Budapest;*

Bevezetés: A krónikus tüdőbetegek légzésrehabilitációjának meghatározásához, a hatásos programok beállításához komplex mérőmódszerekre van szükség.

Megbeszélés: Az optimális légzésrehabilitációs program megadásához nem csak a komplex légzésfunkciós vizsgálatok, légzési izomerő mérése szükséges, hanem meg kell határozni a terheléselettani változókat is. A spiroergometria alkalmas a maximális teljesítőképesség, az oxigén- és széndioxid kinetika, a ventilációs válaszreakció, a szívfrekvencia válasz, a laktátküszöb, és a ventilációs-perfúziós aránytalanságot jelző légzési ekvivalensek mérésére. A deszturáció detektálásából az oxigén-szuplementáció szükségessége is megítélhető. A terhelés alatti áramlás-térfogat görbék analiziséből az áramláslimitáció, dinamikus légúti kompresszió megléte meghatározható. A terhelés alatti inspiratórikus kapacitás

(IC) manőverekből a dinamikus hyperinfláció detektálható, a légzésmechanikai viszonyokra lehet következtetni. A terhelés indukálta pulmonális artériás nyomásnövekedés 50 év felett egészségesekben is jelentős lehet, COPD-ben a betegek érdekében érdemes kiszelektálni a terhelés hatására jelentős pulmonális artériás nyomásnövekedést produkáló betegcsoportot. A pulmonális hypertóniás COPD-s betegek számára az intervallum tréning kedvező alternatívát jelenthet.

[R04]

### **Duchenne-kóros gyermekek és fiatalok pulmonológiai kivizsgálása és gondozása**

<sup>1</sup>Várdi Visy Katalin; <sup>2</sup>Gyűrűs Éva; <sup>2</sup>Lőwy Tamás; <sup>2</sup>Kádár László;

<sup>1</sup>Törökbálint Tüdőgyógyintézet, Légzésrehabilitációs Osztály, Törökbálint;

<sup>2</sup>Törökbálint Tüdőgyógyintézet, Gyermekpulmonológiai Osztály, Törökbálint;

2012-ben alakult meg hazánkban Duchenne-betegek ellátására kialakított hálózat, melyben részt vesz Intézetünk is. Feladatunk, hogy kidolgozzuk a fiúk légzési állapotfemérésének diagnosztikai és ellátási protokollját. Időről időre vizsgáljuk a gyerekeket és aktuális személyre szóló tanácsokkal látjuk el őket és családjukat. Magyarországon 356 Duchennes-kóros gyermeket és fiatal tartanak számon. A fiúk egy része bentlakásos intézetben él. A nemzetközi irodalom szerint a betegek életminőségét és élettartamát jelentős részben a légzőizomzat állapota szabja meg. A várható élettartam részben a mellkasi volument növelő gerincműtét, részben pedig az időben bevezetett non-invazív lélegeztetés mintegy 20 évvel növeli meg. Ennél csekélyebb mértékben járul hozzá az életminőség javulásához a korán bevezetett szteroid kezelés is, ami az esetek nagyon jelentős részében obesitashoz vezet, továbbrontva a légzésmechanikai viszonyokat. Mindeddig Intézetünkben 30 gyermeket vizsgáltunk meg korosztálytól függetlenül. Mindenkinél ülő, fekvő légzésfunkciót, köhögési légáramot, ülő-fekvő vérgázt és polysomnografiát végeztünk. Adatainkból kiderül, hogy amint a gyermekek toloszékbe kerülnek arra az időre nagy valószínűséggel megjelennek a légzőizomérintettség jelei. Ezen tünetek obes fiataloknál súlyosabbak, mint sovány vagy normál BMI-vel rendelkező társaiknál. A tünetek az éjszakai hypoventilatiótól, mely hypercapnia és/vagy hypoxia formájában jelentkezhet a köhögési képtelenségig terjednek. A terápiát a tünetek súlyossága függvényében határozzuk meg, ami a helyes bronchialis toilettól, a légzőizomtréningen át a non-invazív lélegeztetésig illetve az asszisztált köhögétségig terjed. Elsődleges célunk, hogy hazánkban a Duchenne-kóros fiatalok adekvát, nemzetközi standardok szerint elfogadott színvonalú pulmonológiai ellátáshoz jussanak. Fontosnak tartjuk, hogy mind a tüdőgyógyászok, mind a gyermekgyógyászok megtanulják a diagnosztika legegyszerűbb lépéseit.

[SZ12]

### **Infekciókontroll a Neminvazív Légzési Osztályon**

<sup>1</sup>Dobos Ágnes;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

A Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinikáján, a Neminvazív Légzési Osztály már két éve működik. Két fő pilléren nyugszik a kezelés: az egyik a noninvazív légzéstámogatás, a másik az intenzív légzési fizioterápia. A súlyos állapotú betegek morbiditását és mortalitását nagymértékben befolyásolják a nozokomiális infekciók. Munkánk során többféle légzésterápiás eszközt és noninvazív gépet használunk, melyek sterilizálása, fertőtlenítése kulcsfontosságú. A fertőzések megelőzésében kiemelkedő szerepe van a higiénés szabályok helyes alkalmazásának, megfelelő vegyszer használatnak és a pontos dokumentálásnak. Az osztály jellegéből adódóan igen nagy szerepe van a klinikai kollektíva szoros együttműködésének. Fontos azonban a hibalehetőségeket is feltárni minden oldalról. Célunk még: az elmúlt két éves tapasztalatok, statisztikák ismertetése. Hangsúlyos a szakmák együtt gondolkodása a hatékonyság növelése érdekében.

[SZ09]

### **Alultáplált, diabéteszes, légzőszervi betegek étrendi kezelésének problémái**

<sup>1</sup>Gyurcsáné Kondrát Ilona;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Dietetikai Szolgálat, Budapest;*

Cachexiás tüdőbetegek esetében problémát jelenthet a páciensek roborálása, mert a beteg lehet étvágytalan (pl. daganatos betegek), neheztett légzése akadályozhatja a táplálkozásban (COPD, CF). Ha étvágyuk javul is, összeszűkült gyomruk hamar telítődik, egyszerre csak kisebb mennyiségű ételt tudnak elfogyasztani. További odafigyelést ró mind a betegre, mind az egészségügyi személyzetre, ha a diabétesz miatt a napi és az étkezésenkénti szénhidrát mennyiségre is kell ügyelni. Ilyen esetekben célszerű a tápláltsági állapot és a fizikai igénybevétel alapján a napi ajánlott energia mennyiséget kiszámolni, és - szükség esetén diabetológus orvossal konzultálva - a napi és étkezésenkénti szénhidrátmennyiséget meghatározni. Inszulinterápia esetén praktikusabb a humán ICT beállítása, mivel így a közti étkezések esetén nem csak az alacsony GI-jú élelmiszerek adhatók, és az elfogyasztható szénhidrát mennyisége is kevésbé korlátozott. Gyakran előfordul, hogy a beteg a szénhidrátmennyiségek betartásában nem együttműködő, mivel emelkedett vércukorértékei nem okoznak különösebb tüneteket, nincsenek rosszulétei. Ugyanakkor, ha vércukorértékei meghaladják a veseküszöböt, a vizeletben kiürülő cukor nagy energiavesztéssel járhat (lásd. frissen diagnosztizált 1-es típusú betegek 5-10 kg/hó fogyása). Mindezek figyelembe vételével különös gondot kell fordítani a betegek dietetikai edukációjára (elméleti és gyakorlati oktatás), hogy az elfogyasztott étel megfelelően hasznosulhasson. Nehezíti a helyzetet, hogy az életmód terápian

belül sokszor kevésbé építhetünk a fizikai aktivitás kedvező hatására. Az étrend összeállításán belül ügyelni kell arra is, hogy míg diabétesz esetén az energiát adó tápanyagok aránya megegyezik az egészségeseknek ajánlottakkal, addig egyes légzőszervi betegségek esetén (COPD, CF) az étrenden belül magasabb a fehérje (20-25 energia%) és a zsírbevitel (35-40 energia%) aránya. Étvágytalan beteg esetén javasolt, hogy a folyadék egy része is energiát tartalmazó ital (tej, 100%-os gyümölcslé) legyen, a fogyasztható tejcukor és gyümölcscukor mennyiségén belül. Használhatók – fogyasztható mennyiségen belül – az energia tartalmú cukorpótlók is, és az ezzel készült élelmiszerek (diabetikus csokoládé, nápolyi), ha a betegnek nem okoznak GI tüneteket. Kiegészítő tápláláshoz alkalmazhatók a speciális – diabetikus – tápszerek.

[SZ07]

### **Légzésrehabilitációs osztályon folyó betegoktatásban szerzett kezdeti tapasztalataink**

<sup>1</sup>Horváth Tímea;

<sup>1</sup>*Margit Kórház Csorna, Légzésrehabilitáció, Csorna;*

2012. július 1-től működik Légzésrehabilitációs osztály a csornai Margit kórházban. Mivel a rehabilitáció egyik sarkalatos pontja a betegoktatás, ezért erre osztályunkon kezdettől fogva nagy hangsúlyt fektetünk. A leggyakrabban előforduló témáink a COPD és az asztma valamint az inhalációs eszközhasználat. Ezen kívül dietetikai, szociális témájú előadások is elhangzanak, valamint fontosnak tartjuk az életmódbeli tanácsadást. Saját kidolgozású dohányzás-leszoktató programunk a Szakmai Kollégium ajánlása alapján készült, de a helyi igényeknek és pácienseink habitusának megfelelően átalakítva. Tapasztalataink szerint betegeink szívesen vesznek részt a szervezett és egyéni betegoktatáson, ezáltal compliance-ük jelentősen javítható. A helyes eszközhasználat az ismételt egyéni és közös gyakorlás következtében megbízhatóbban elsajátítható. A későbbiekben tovább szeretnénk emelni a betegoktatás színvonalát, valamint az oktatott témaköröket is bővíteni kívánjuk. Az oktatásban a betegek interaktív részvételére és véleménynyilvánítására is építünk.

[SZ06]

### **A gerinctorna és a körtréning, mint a légzésrehabilitáció kiegészítői**

<sup>1</sup>Kanczler Réka; <sup>1</sup>Szjártó Zsófia; <sup>1</sup>Várdi-Visy Katalin;

<sup>1</sup>*Törökbálint Tüdőintézet, Légzésrehabilitációs Osztály, Törökbálint;*

A légzésrehabilitáció keretében zajló komplex terápia során célunk a betegek állóképességének javítása, a helyes légzéstechnika kialakítása, expectorációs technikák gyakorlása, valamint a légzőizmok erősítése illetve mindezekon keresztül az életminőség javítása. A légzést érintő kórképeknél a pulmonális rendszerrel szorosan együtt működő mozgás szervrendszere is érintetté válik. A légzés minőségét jelentősen befolyásolja a mellkas és a mellkassal



összeköttetésben álló gerinc állapota, mobilitása. Ezért a légzés rehabilitáció során a betegek naponta gerinctornán is részt vesznek, ahol gerinc és mellkas mobilizáló feladatokat végeznek, valamint gyakorolják a légzés és a mozgás összehangolását. A törzs izomzatának erősítésével javítjuk a testtartást, mely szintén pozitívan hat a légzés minőségére. A tüdőbetegségeknél a betegek aktivitásának csökkenése miatt gyakran alakul ki obesitas, mely a légzés minőségét tovább rontja, illetve kiváltója lehet alvási apnoe-nak is. Ezen csoportba sorolható betegeink számára alakítottuk ki a körtréninget, mely a törzsizomzat és a csípő körüli izomzat erősítése által elősegíti a betegek aktivitásának növelését.

[SZ05]

### **A dohányzás étrendi összefüggései**

<sup>1</sup>Károlyiné Csicsely Katalin:

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Dietetikai Szolgálat, Budapest;*  
A dohányzás az egész szervezetre kihatással van ( szív- érrendszeri megbetegedések, légzőszervi elváltozások, rákos elfajulások). Ez a káros szenvedély, az emésztőrendszer működésére is rányomja bélyegét. Az egyik probléma a hiányállapotok kialakulása, amelyeket nem szabad figyelmen kívül hagyni annak érdekében, hogy megelőzzük a súlyosabb egészségromlást. Ezért a dohányosok étrendje bővelkedjen antioxidánsokban: C- vitamin, E- vitamin, A- vitamin, szelén. Szükséges a B – vitaminok pótlása, a megfelelő folsav bevitel biztosítása is. Így csökkenthető az újabb betegségek kialakulásának a kockázata, amelyet a hiánytáplálkozás idézne elő pl: az immunrendszer csökkent működése, vas felszívódási zavar, nehezen gyógyuló sebek stb. A másik probléma a dohányzás és táplálkozás kapcsolatában, hogy a dohányzást elhagyó páciensek tartanak testsúlyuk növekedésüktől. A nikotin elhagyásakor valóban testsúlynövekedés következhet be. Ennek okai a következők: javul az íz érzés, javul az étvágy is, a táplálék felvétel fokozódik. Változatlan táplálkozás mellett is, nő a testsúly (2- 6 kg), a lecsökkenő alapanyagcsere következtében. Továbbá a rágyújtás mozdulata helyett gyakran alakul ki pótcselekvésként a nassolás és a rágcsálás. Azonban erre felkészülve a helyes étrend kialakításával ellensúlyozhatjuk a túlsúly kialakulását. Személyre szabott tanácsadás során készítsünk táplálkozási tervet! Nassolással naponta plusz 500 – 1000 Kcal észrevétlenül elfogyasztható. Étrendi, konyhatechnológiai ajánlással segítsük a leszokó félben lévő páciens. Hangsúlyozzuk a rendszeres fizikai aktivitás jelentőségét is. A mozgás fokozza az alapanyagcserét. Az éppen leszokónál ez nagyon lényeges szempont. A nikotin alapanyagcserét fokozó hatása a dohányzás elhagyása után megszűnik. Erre való hivatkozással és az elhízástól való félelem miatt sokan nem akarnak a leszokásba belekezdeni. A páciens számára adott kellő tájékoztatással, biztatással és egyéni tanácsadással a dietetikus is hozzájárul a team munkát igénylő dohányzásról való leszokás sikeréhez. Az előadásban



bemutatásra kerülnek azok az étrendi ismeretek, amelyeket ajánlott figyelembe venni a dohányzás és arról való leszokás folyamatában.

[SZ11]

### **Pszichés támogatás a Neminvazív Légzési Osztályon**

<sup>1</sup>Kovács Péter Józsefné;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

Mint tudjuk, krónikus betegségek esetében az életminőség minden esetben megváltozik. Az egyének biológiai, érzelmi, intellektuális, szociális és lelki működései csökkennek, károsodnak. Ezen funkciókon tudunk segíteni a pszichés vezetés során, hogy a beteg el tudja fogadni állapotát és képes legyen a testi állapotának megfelelő mértékben változtatni korábbi életvitelén. Ez függ az egyén megküzdő képességétől, énvédő mechanizmusától. A neminvazív kezelés hatékonyságát három fő pillér alkotja: a jól megválasztott gép, ill. egyénenként az optimális maszk, a megfelelő indikáció és beállítás, és a kezelésben résztvevő személyzet-ápoló, orvos, gyógytornász- (pszichés) támogatása. A mi szerepünk, hogy a támogatás alapjait lerakjuk. Az részletes felvilágosítás és tájékoztatás mellett az eszközök bemutatása, azok helyes használata, ill. működési mechanizmusának ismertetése kiemelkedő fontossággal bír. Folyamatos jelenlétünkkel elérhetőséget és biztonságot nyújtunk. A beteggel való konzultáció betegközpontú, partnerként kezeljük őket, ill. döntési lehetőséget kínálunk számukra. A kiépített bizalmat és társ kapcsolatot mi sem bizonyítja jobban, hogy a nálunk kezelt betegek sokszor meglátogatnak minket, beszámolnak életükről, ha tanácsra van szükségük megkeresnek és szívesen visszajönnek hozzánk kezelésre.

[SZ08]

### **Dohányzás az egészségügyi dolgozók körében: Okok, tények és a leszokás lehetőségei**

<sup>1</sup>Olajos Józsefné; <sup>1</sup>Szabó Péter; <sup>2</sup>Takács Péter; <sup>2</sup>Újváriné Siket Adrienn;

<sup>1</sup>*Jósa András Oktatókórház - Sóstó, Pulmonológia, Nyíregyháza;* <sup>2</sup>*Debreceni Egyetem, Egészségügyi Főiskola, Nyíregyháza;*

Szakmai tevékenységünk közben mintát mutatunk a betegek részére. Ez a minta abszolút hatástalanná válik, sőt hatásában ellentétes irányt mutat abban az esetben, ha ezt olyan embertől látják a betegek, aki maga is dohányzik. Tehát az egészségügyi dolgozók körében a dohányzás két szempontból is káros: nem csak saját egészségét károsítja, hanem napi gyógyító, ápoló, egészségnevelő tevékenysége ellen is hat. Célunk volt, hogy felmérjük a nyíregyházi Jósa András Oktatókórházban a dohányzó szakdolgozók arányát, dohányzási szokásait, és ezek hátterében megbújó okokat, a leszokáshoz való hozzáállásukat, nyitottságukat a leszokás elkezdésére és arra, hogy megtudjam, a felajánlott módszerek közül melyikhez kapcsolódnának. Kvantitatív típusú, kérdőíves

adatgyűjtési módszert alkalmaztunk. A jelen kutatáshoz szükséges 1600 fős mintát rétegzett mintavételi technikával választottuk ki. Az adatok a feldolgozása SPSS statisztikai programcsomag segítségével, leíró és keresztábrás statisztikai módszerek alkalmazásával történt. A felmérés legfontosabb tapasztalatait összesítve megállapítottuk, hogy a válaszadó szakdolgozók 1/3-a rendszeresen, aktívan dohányzik! Ők olyan szakemberek, akik minden nap a dohányosok egyre rosszabb egészségi állapotával, szenvedésével és halálával szembesülnek munkájuk során, s akik számára ez nem jelent elég elrettentő erőt, motivációt a leszokáshoz. Ismerik a dohányzás lassú, de biztosan érvényesülő negatív hatásait, látják és ápolják a köhögő, fuldokló, haldokló betegeket, közben (mindezek tudatában) ők maguk is ebbe az irányba tartanak! Hogy milyen következtetésre jutottunk, erről szól az előadásunk.

[SZ01]

### **Betegoktatás, az inhalációs eszközök pontos, és helyes használatának kulcsa.**

<sup>1</sup>Pencz Brigitta;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

Előadásomban az elmúlt 4 hónap inhalációs eszközökkel kapcsolatos betegoktatás folyamatát, tapasztalatait, valamint eredményeit szeretném ismertetni. A különböző inhalációs eszközök használata a részlépések megegyezésének lehetőségét figyelembe véve is lényegesen eltérőnek mondhatóak. Ezen eszközök helyes használatának előfeltétele a pontos, részletekre kitérő betegoktatás. Az inhalációs eszközök nem megfelelő használata akadályozhatja a kezelés tervezett menetét, így a kitűzött célok elérhetetlenné válhatnak, ez pedig senkinek sem érdeke. A Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinikán működő betegoktatási tevékenység célja, hogy amennyire csak lehet, csökkentjük azon betegek számát, akik nem megfelelően, vagy nem a kívánt hatékonysággal használják az inhalációs eszközeiket. Ezzel az oktatási folyamattal próbáljuk meg segíteni az orvosok munkáját, növelni a kezelés hatékonyságát, valamint javítani a betegek életminőségét.

[SZ04]

### **COPD-s betegoktatás kapcsán felmerülő leggyakoribb kérdések**

<sup>1</sup>Schneider Zsolt;

<sup>1</sup>*Törökbalint Tüdőgyógyintézet, Légzésrehabilitációs Osztály, Törökbalint;*

A betegoktatást klímakezelés során Intézetünk sóbarlangjában végezzük. Naponta két csoporttal, átlagosan 3 hét alatt 30-40 beteggel van mód foglalkozni. A betegoktatás első pontja a betegség megismertetése. Szabad beszélgetés kapcsán a betegség genetikájáról, kiváltó okairól, patológiájáról beszélünk és gondolkodunk a várható kimeneteléről. Nagy hangsúlyt fordítunk a belégzőkészülékek, az oxigén és a gyógyászati segédeszközök helyes

használatára és alkalmazásuk időzítésére. Különleges fontosságú a tévképzetek eloszlata az oxigén és az inhalatív szteroidokhoz való addikció káros hatásairól. Legfontosabb feladatnak az exacerbatiók és azon hirtelen eseményekhez való helyes hozzáállás feldolgozását és megtanítását tekintem, amikkel elkerülhetőek otthon az akut beavatkozást igénylő súlyos életet veszélyeztető állapot kialakulása. Elsődleges feladatnak tekintem az orvos és beteg közti kommunikáció megkönnyítését azzal, hogy az orvosi nyelvezetet mintegy lefordítom, kifejttem számukra, ezzel igyekszem a következő orvosi találkozás során felmerülő kérdéseket átgondolni, biztatom őket arra, hogy bátran merjenek kérdezni kezelőorvosuktól.

[SZ03]

### **A stressz, a szorongás és a konfliktuskerülés, mint katalizátorok a COPD és asthmával való megküzdés során**

<sup>1</sup>Szabó Kármén;

<sup>1</sup>*Törökbálint Tudógyógyintézet, Törökbálint*;

A légzésrehabilitációs osztályon COPD és asthma bronchiale miatt ápolt betegek esetében az exploráció során gyakran kimutatható volt a stressz, a szorongás és sok esetben a konfliktuskerülés jelenléte. Természetesen e jelenségek nem értelmezhetők kiváltó okként, azonban nagyon gyakran megjelennek, mint a betegséget súlyosbító tényezők, vagy a megfelelő compliance-t befolyásoló elemek. A légzésrehabilitáció során a betegeknek két féle módon van lehetősége tanácsadást igénybe venni. Egyrésztől egyéni foglalkozások és tanácsadások során nyílik mód arra, hogy feltárjuk a betegség okozta lelki jelenségeket, illetve a betegséghez vezető utat és ugyanakkor ezen az úton elindulva segítsünk azok legyőzésében. Másrésztől azonban csoportos meseterápiás együttlétek során erősítjük a betegség elfogadását, az azzal való együttélést és az életmódváltás szükségességét. A pszichológiai foglalkozások elsődleges célja nemcsak felmérni a betegek betegséghez való hozzáállását és segíteni az azzal való megküzdést, de ugyanakkor az is, mindezekeken keresztül növeljük a páciensek adherenciáját és compliance-t is, ami individualizált betegség megközelítéssel és a betegséghez való attitűd kialakításával lehetséges.

[SZ13]

### **"Élj pont úgy, mint más"**

<sup>1</sup>Szabó Katalin; <sup>2</sup>Brugós László; <sup>3</sup>Szilasi Mária;

<sup>1</sup>*Debreceni Egyetem OEC Tüdőgyógyászati Klinika, Szakrendelő, Debrecen*;

<sup>2</sup>*Debreceni Egyetem OEC Tüdőgyógyászati Klinika, Allergológiai szakrendelő, Debrecen*;

<sup>3</sup>*Debreceni Egyetem OEC Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen*;

Előzmény: Az utóbbi évtizedekben az asthma bronchialében szenvedő betegek száma folyamatosan nő. Kezelésük hosszadalmas, rendszeres követést és a beteg

állapotához folyamatos terápiás igazítást igényel. A Xolair kezelés igazi előrelépést jelent a Súlyos Allergiás Asthmás Nem Kontrollált (SAANK) betegek számára.

Céltűzés: A beteg jó életminőségének elérése és annak fenntartása. Módszerek: Klinikánkon évek óta sikeresen alkalmazzuk az anti IgE, azaz a Xolair kezelést. Az elmúlt években 18 asztmás beteg kezelését indítottuk el.

Eredmény: Az egyik legrégebben kezelt betegünket kiemelve ismertetjük a kezelés indikációját, annak lefolyását, a beteg tüneteit, az ACT és légzésfunkciós értékek javulása mellett utalunk a beteg által közölt életminőség javulására.

Következtetés: A kontroll vizsgálatok és beteg visszajelzések alapján elmondhatjuk, hogy a kezelés a tüneti javulás mellett megváltoztatja a beteg eddigi életét, javítja az életminőségét, azaz „pont úgy él, mint más” egészséges ember.

[SZ02]

### **Pompe-kórban alkalmazott gyógyszeres kezelés, rehabilitáció és kiegészítő kezelések a nővér szemével**

<sup>1</sup>Tóth Mónika;

<sup>1</sup>*Törökbálint Tudógyógyintézet, Légzésrehabilitációs Osztály, Törökbálint;*

A Pompe-kór, 2-es típusú glikogén tárolási betegség mely a törzs és a végtagok valamint a légzőizomzat sorvadásával járó autoszóm recesszív öröklődésű megbetegedés. Ma már az enzimpótlásra lehetőség nyílik, két hetente alkalmazott Myozyme (Sanofi-Genzyme) infúziós kezelés formjában. Intézetünkben az ismert magyar, kezelésben részt vevő beteg (12) mindegyikével foglalkozunk, évente két alkalommal rehabilitációs kezelésen vesznek részt Intézetünkben, ahol az enzimkezelést is megkapják. Az enzim adagolása során nagyon fontos a megfelelő szűrő használata. Rehabilitációs kezelésük felméréssel kezdődik, melynek során a légzőszervek alapos felmérése után az egyes izomcsoportok sérülésének megfelelően kerül beállításra a tréningprogram. Külön figyelmet fordítunk a személyre szabott diéta beállítására.

[SZ10]

### **A copd-s betegek inhalációs terápiájának oktatása osztályunkon**

<sup>1</sup>Zámbor Katalin; <sup>1</sup>Molnár Borbála; <sup>1</sup>Olajos Józsefné; <sup>1</sup>Szabó Péter;

<sup>1</sup>*Jósa András Oktatókórház - Sóstó, Pulmonológia, Nyíregyháza;*

Bevezetés: A COPD jelenleg a 4. leggyakoribb halálok, de néhány éven belül (2020) várhatóan a 3. leggyakoribb halálökká válik. Ez a krónikus légzőszervi megbetegedés a felnőtt lakosság népegészségügyi problémája, kb.: 4-7 százalékát érinti. Osztályunkon 2011-ben betegek száma az aktív ágyon: 3989 fő, ebből 1131 COPD- s, 811 exacerbatio, a krónikus ágyon: 682 főből 207 COPD-s, 119 exacerbatio. A COPD-s betegek ápolásánál kiemelt jelentőségű az inhalációs eszköz helyes használatának betanítása és beteg compliance növelése az inhalációs kezelés iránt.

Cél: COPD-ben szenvedő betegek életkörülményinek javítása. Olyan szakszerű inhalációs terápia oktatásával, mely a betegek igényeihez és jelenlegi tudásához alkalmazkodó, és egyben növeli a munkánk hatékonyságát is. Ezért, felmérést készítünk arról, hogy a betegek mennyire ismerik a betegségüket? Mit várnak el az ápolótól? Hogyan tudjuk rövidebb idő alatt, eredményesebben tanítani az inhalációs eszköz használatát?

Módszer: A betegek körében kiosztottunk kérdőíveket, melyek az inhalációs eszközök betanítására, oktatására vonatkoztak. Olyan kérdésekre kerestem választ, hogy, „ A betegtájékoztató alapján meg tudta-e tanulni az eszköz használatát? Igényelte-e volna további ápolói segítséget a betanuláshoz? „Egyáltalán mi erről a véleménye?”

Eredmények: Eddigi információink a felmérés első hónapjában, hogy a betegek jelentős többsége igényelte és hasznosnak tartotta a személyes betanítást. Igény mutatkozott az eszközhasználat ismételt megmutatására. Következtetések: Reményeink szerint segítségünkkel jelentősen javítható a betegek együttműködése és terápián tartása

[K14]

### **Rosszul kooperáló haemoptoes beteg ritka kórképe**

<sup>1</sup>Böcskei Renáta; <sup>1</sup>Bohács Anikó; <sup>2</sup>Markóczy Zsolt; <sup>3</sup>Balázs György; <sup>4</sup>Lang György; Losonczy György; <sup>1</sup>Müller Veronika;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Tüdőgyógyászati klinika, Budapest;*

<sup>2</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchologia, Budapest;*

<sup>3</sup>*Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika, Budapest;* <sup>4</sup>*Allgemeines Krankenhaus, Melkkassebészet, Bécs, Ausztria;*

[K10]

### **Solid tumornak indult korábbi betegség pulmonalis manifesztációja**

<sup>1</sup>Czaller Ibolya; <sup>2</sup>Csomor Judit; <sup>3</sup>Demeter Judit; <sup>1</sup>Losonczy György; <sup>1</sup>Gálffy Gabriella;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;* <sup>2</sup>*Semmelweis Egyetem,*

*I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest;* <sup>3</sup>*Semmelweis Egyetem,*

*I. sz. Belgyógyászati Klinika, Haematológiai Osztály, Budapest;*

A pulmonalis manifesztációval bíró Non-Hodgkin lymphomák, primer esetben rendkívül ritkák, de secunder esetben sem számíthatnak túl gyakori találatnak a pulmonológusok asztalán. Inkább idősebb 5. dekádjukat taposó férfi betegeket érintő betegség hematogén disszeminációval, hilaris vagy mediasztinális nodalis érintettség tüdőbe terjedésével illetve primer tüdő involvációval jelentkezhet. Az előbbi kettő általában ismert lymphomatosus betegség relapsusával hozható összefüggésbe, mégis gyakran okoznak differenciáldiagnosztikai problémát. 63 éves férfi betegünk esetét ismertetjük, akinél 12 évvel ezelőtt diagnosztizált splenikus lymphoma regresszióját majd diffúz nagy B-sejtes lymphomába történt transzformációját követő kemoterápiás kezelés mellett PET-CT-vel igazolt komplett remisszióba került. Az évekig tünet és panaszmentes hematológus által gondozott beteg bilaterális cavitatiót is mutató pulmonalis térfoglalással jelentkezett Klinikánkon. Kifejezett gyulladásra utaló laborparaméterei antibiotikumra nem mutattak javulást. Bronchoscopea során bal alsó lebenyi endobronchiális szűkületet okozó idegenszövet, jobb alsó lebenyben indirekt tumorjel mutatkozott. Rebiopsziát igénylő kórszövettani vizsgálat végül diffúz nagy B-sejtes lymphomát igazolt. Haematológiai gondozásba visszakerült betegnél csontvelői érintettség nem volt kimutatható, 2 ciklus R-DHAP kezelést követően részleges remisszió volt látható, és autológ SCT-re is elfogadták. A beteg anamnézisének és rendhagyó radiológiai eltéréseinek figyelembevételével mellett még egy solid tumornak imponáló esetben is gondoljunk egy régi alapbetegség ritkább pulmonalis manifesztációjára.

[K01]

**A video-lobectomy kezdeti tapasztalatai, a learning-curve eredményei**

<sup>1</sup>Farkas Attila; <sup>1</sup>Agócs László; <sup>1</sup>Kocsis Ákos; <sup>1</sup>Kostic Szilárd; <sup>1</sup>Török Klára; <sup>1</sup>Gieszer Balász; <sup>1</sup>Dorogi Bence; <sup>1</sup>Pukkancsik Dávid; <sup>1</sup>Döme Balázs; <sup>1</sup>Kásler Miklós; <sup>1</sup>Rényi-Vámos Ferenc;

<sup>1</sup>Országos Onkológiai Intézet, Budapest;

Bevezetés: Magyarországon 2011-ben 6205 újonnan felfedezett tüdőrákot diagnosztizáltak, ezek közül 1247 daganata I-II/a stádiumú volt. A korai stádiumú daganatok kezelésének alap pillére ma az idejében elvégzett sebészi terápia, lobectomy, szükség esetén pneumonectomy. Európában a lobectomy műtéti eljárások kb. 40%-a minimál invazív módon, VATS technikával történik. Hazánkban ez az arány finanszírozási, infrastrukturális szempontok miatt ma még nem teljesíthető. Az Országos Onkológiai Intézetben megalakult Daganatsebészeti Központ Mellkas Sebészeti Osztálya célul tűzte ki ennek a műtéti aránynak a megközelítését. Előadásunkban a VATS lobectomyk kezdeti ún. „learning-curve” időszakának tanulságait ismertetjük.

Anyag és módszer: Az elmúlt időben műtéteink 50%-a VATS módszerrel történt és 2012/04-től 2013/02-ig 30 VATS-lobectomyt végeztünk. A betegek 26-73 év közöttiek, az átlagéletkor 50,8 év volt. 16 esetben jobb felső, 12 esetben bal felső, 1-1 alkalommal jobb- illetve bal alsó lebeny eltávolítást végeztünk. 10 beteg T1aN0M0, 6 T1bN0M0, 3 T2aN0M0, 2 T2aN1M0, 2 T3N1M0 stádiumú, primer tüdő tumor, 2-2 beteget pedig vastagbél tumor-illetve, prosztata cc. metasztázis miatt operáltunk. Nem malignus elváltozás miatt 3 esetben végeztünk műtétet TBC, illetve sarcoidosis miatt.

Eredmények: Osztályunkon a korai tüdőrák VATS technikára nemzetközileg elfogadott irányelvei szerint feldolgozott paramétereket vizsgáltuk. Elemeztük a betegek fizikális paramétereit, a preoperatív vizsgálatokat, a műtéti időt, a mellkasi drain eltávolításának idejét, a postoperatív terápiát, a szövődményeket. Beteget nem veszítettünk el. 1 beteg esetén vérzés miatt konverzióra kényszerültünk 1 betegnél pedig késői haemothorax miatt 7 nap múlva nyílt műtét vált szükségessé. 1 betegnél teljes KP lebenyi bevérzés alakult ki, mely 6 hét alatt szívódott fel. 1 betegnek jelentős subcutan emphysemája volt.

Következtetés: Korai időszakban (learning-curve) végzett műtéteink feldolgozása alapján következtetésként levonható, hogy meghatározó szerepe van a pontos és részletes preoperatív állapotfelmérésnek, a betegszelekciónak, a preoperatív vizsgálatoknak, köztük a PET-CT-nek. Szövődménymentes eseteink: 1) fiatal, 2) nőnemű, 3) CT-n komplett réssel rendelkező, 4) megfelelő alkati felépítéssel rendelkező paciensek köréből kerültek ki. Gyakorlatban a felső lobectomyk könnyebben kivitelezhetőnek bizonyultak. A nyílt műtét során egyszerű bal alsó lobectomy, minimál invazív módon végezve tec

[K04]

### **Jó anamnézis- fél diagnózis**

<sup>1</sup>Fábián Katalin; <sup>2</sup>Pápay Judit; <sup>3</sup>Szűcs Miklós; <sup>1</sup>Moldvay Judit;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem ÁOK, Pulmonológiai Klinika, Budapest;* <sup>2</sup>*I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Csont- és Lágyrész Patológia, Budapest;* <sup>3</sup>*Semmelweis Egyetem ÁOK, Urológiai Klinika, Uro-Onkológia, Budapest;*

A 68 éves, nemdohányzó fogtechnikus anamnézisében szűrővizsgálat során felfedezett T2a-N0-M0, grade III vesesejtes carcinoma miatti jobb oldali transperitonealis nephrectomia szerepel. A műtét után egy hónappal később készült mellkas CT-n felső lebenyi túlsúllyal multiplex, néhány mm-es gócot, valamint mediastinalis és hilaris lymphadenopathiát írtak le. A mellkas RTG-en jobb felső lebenyi túlsúllyal aprógócós-köteges rajzolatfokozódás volt látható. Ennek alapján multiplex pulmonalis metastasist véleményeztek és felvetették lymphangitis carcinomatosa gyanúját. A beteg tünet- és panaszmentes volt, a légzésfunkciós és a diffúziós kapacitás vizsgálat 100% feletti értékeket jelzett. Pulmonológiai konzíliumot követően – különös tekintettel a beteg foglalkozására, a vesetumor patológiai stádiumára, valamint a tüdőben észlelt gócós elváltozások radiomorphológiájára – bronchoscopos tüdőbiopszia történt. A szövettani vizsgálat nem-nekrotizáló granulomatózus léziót igazolt. Az anamnézis ismeretében a szövettani elváltozás hátterében foglalkozási ártalom gyanúja merül fel, az erre vonatkozó elemáanalízis vizsgálatok folyamatban vannak. Esetünk jól példázza egyes disszeminált tüdőelváltozások szövettani verifikálásának szükségességét.

[K07]

### **Diagnosztikai és terápiás lépéseink tüdődaganatos betegünknel**

<sup>1</sup>Király Attila; <sup>1</sup>Benkő András; <sup>1</sup>Strausz János;

<sup>1</sup>*Kaposi Mór Oktató Kórház, Pulmonológia, Kaposvár;*

[K05]

### **A pulmonális embolia (PE) diagnosztikájának nehézsége**

<sup>1</sup>Kovács Ágnes; <sup>2</sup>Molnár Miklós; <sup>1</sup>Pénzes István; <sup>1</sup>Rozgonyi Zsolt Dezső;

<sup>1</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, Budapest;* <sup>2</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Budapest;*

33 éves férfi, pneumonia gyanújával került sürgősségi osztályra, ahol angio-CT vizsgálat alapján pneumóniát, különböző szubszegmentális ágakban embolizációt, ezen túlmenően nagy mennyiségű pleurális folyadékgyülemet véleményezett az ellátó orvos. Másik ellátó intézménybe került a beteg, ahol centrális vénás kanül szúrását és sikertelen mellkasi punctiót követően pleurális vérzés és a tüdő felső lebenyét körülölelő és azt komprimáló haematoma alakult ki. Ezt követően az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézetbe (OKTPI) küldték a beteget



intenzív és mellkassebészeti ellátás céljából. Az itt elvégzett két kontroll CT vizsgálat nem erősítette meg, de nem is zárta ki a pulmonális embólia lehetőségét. Embóliaforrást igazolni azonban nem tudtunk. Nehézséget jelentett, hogy a jelen lévő nagy haematoma miatt a laborvizsgálatok között nem volt értékelhető az LDH és D-dimer eredménye. A mellúri haematoma többszöri punkciós kísérlet (intenzív orvos és mellkassebész próbálkozás) ellenére sem volt lebecsálható, haemoptoe jelentkezett, mely miatt oldalszétválasztott módon intubáltuk, és lélegeztetést kezdtünk. Közös döntés alapján thoracotomiát indikáltunk. Műtét során 1200ml-nyi hematómát (placentát) távolítottunk el a mellüregből. A torakotómiát követően transzfúziót kapott a beteg, Intenzív Osztályos tartózkodása alatt terápiás antikoagulálását folytattunk (LMWH). Hosszabb terápiás antikoaguláns kezelés felmerült a CT diagnózisok alapján. Azonban az elvégzett képalkotó vizsgálatok egyértelműsíteni nem tudták az embóliát és embóliaforrást sem találtunk az egyebekben egészséges és családi anamnézisében is negatív betegnél. Távozása után speciális iteratív CT vizsgálatát kértük a SE Városmajori Tömb CT-ben, ennek eredménye nagy valószínűséggel kizárta a pulmonális embólia fennállását. A beteg további 4 hónapig napi 100 mg ASA terápiát kapott otthonában, rendszeres gyógytornász és intenzivista kontroll mellett zavartalanul gyógyult, féléves utánkövetés során a mellkasi CT leleten a bal oldali tüdőn észlelt összenyomtatást követően minimális heges maradványtünet volt értékelhető. A beteg familiáris alvadási zavar szűrésén átesett. Az eset kapcsán felmerül a pulmonális embólia (PE) gyógyulásának, a vaszkuláris rekanalizáció időablakának, a képalkotó vizsgálat diagnosztikus határainak kérdése és a kétséges esetekben alkalmazandó terápia megválasztása.

[K11]

### **Súlyos, légzésrokkant beteg perioperatív ellátása thoracalis behatolásból végzett nyelőcsőműtét során**

<sup>1</sup>Kovács Enikő; <sup>2</sup>Ondrejka Pál; <sup>1</sup>Hadjadj Leila; <sup>1</sup>Pénzes István;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem ÁOK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest;* <sup>2</sup>*Semmelweis Egyetem, II. Sz. Sebészeti Klinika, Budapest;*

A perioperatív légzési elégtelenség, mint azt eddigi ismereteink mutatják, jelentős mértékben növeli a mortalitást és morbiditást. Rizikótényezői között szerepel többek közt a műtét hossza, a beteg kora, ASA klasszifikációja és a COPD, mint kísérőbetegség. A thoracalis és hasi behatolásból végzett műtétek esetén szintén fokozódik kialakulásának veszélye. A rizikóbecslés alapján magas rizikójú csoportba sorolt betegek esetén különösen fontos, hogy korszerű, multidiszciplináris csapatmunkával a betegeket megfelelő perioperatív ellátásban részesítsük. Előadásunk során egy COPD-s, légzésrokkant beteg hatalmas nyelőcsődiverticulum miatt bal oldali thoracalis behatolásból végzett nyelőcsőműtétjének perioperatív ellátását mutatjuk be. Az ellátás fontos elemeit képezték a gondos preoperatív légzési előkészítés, az intraoperatív szak

anesztéziájának és analgézijájának vezetése, különös tekintettel az oldalszétválasztott lélegeztetés technikájára, valamint az ezt követő posztoperatív légzési fizioterápia és adekvát analgézia biztosítása. Az ellátás további fontos elemét képezte a műtét szövődményeként fellépő varratelégtelenség korai észlelése, melyet a 8. posztoperatív napon végzett nyeletéses vizsgálat igazolt. Utóbbi miatt a beteg rethoracotomián, nyelőcső reseción és csőgyomorral való pótláson esett át, mely során szintén oldalszétválasztott lélegeztetést alkalmaztunk. Ezt 14 napos intenzív osztályos kezelés követte, melynek oka nem posztoperatív légzési elégtelenség volt. Ezzel a beteg 8 napot töltött sebészeti osztályon, majd jó általános állapotban elhagyta a kórházat. A kórtörténet sok egyéb tanulsággal is szolgált, melyet előadásunk során részletesen bemutatunk.

[K02]

### **A gefitinib és a szívbetegségek**

<sup>1</sup>Pinyáskó Szvetlána; <sup>2</sup>Kukuly Alla; <sup>2</sup>Farszki Éva; <sup>3</sup>Koncz Mária; <sup>4</sup>Francz Mónika; <sup>2</sup>Szabó Péter;

<sup>1</sup>Jósa András Oktató Kórház, Pulmonológia, Nyíregyháza; <sup>2</sup>Jósa András Oktatókórház, Pulmonológia, Nyíregyháza; <sup>3</sup>Jósa András Oktatókórház, Légzésrehabilitációs Osztály, Nyíregyháza; <sup>4</sup>Jósa András Oktatókórház, Patológia Intézet, Nyíregyháza;

Két eset kapcsán szeretnénk a gefitinib kezelés és a kardiális megbetegedések lehetséges kapcsolatára felhívni a figyelmet. 67 éves férfi betegünk kórtörténetében COPD, AMI, ISZB, műbillentyű implantáció, CABG műtét, szívelégtelenség krónikus légzési elégtelenség szerepelt. 2012. szeptemberében MEF szűrés során bal oldali teljes atelektáziával emelték ki. Mellkas CT bal oldali centrális tüdőtumort írt le. Hörgőtükrözés során bal oldalon erősen vérzékeny nekrotikus szövetnövedék volt látható. A citológiai lelet adenokarcinómát igazolt. A molekuláris genetikai vizsgálat az EGFR gén 19-es exonjában talált aktiváló mutációt, a K-RAS vad típusú. Stádium: T4N2M0, ECOG:0. Az onkoteam gefitinib kezelést javasolt. 16. napi kezelés után ingerköhögése jelentkezett. A mellkas röntgenen bal oldali parciális PTX és tumor regresszió volt látható. 4 nap után kontroll RTG felvételen pedig a PTX regrediált, az atelektázia eltűnt. 4 havi kezelés után progressziót észleltünk. Másik esetünk egy 76 éves nőbeteg, anamnézisében COPD, Chr.resp.insuff., AMI, ISzB szerepelnek. 2012 nyarán agyi MRI felvételen bal oldali soliter agyi metasztázist igazolt. Mellkas CT nyirokcsomó, pulmonális és jobb mellékvese érintettséggel járó bal felső lebenyi 30 mm-s tüdőtumort igazolt.. Hörgőtükrözéses vizsgálata során külső kompressziós jelek és kistokus szűkület volt észlelhető a bal S1+2 medialis ágában. Hörgőkefés anyag citológiai vizsgálata kp. diff. adenokarcinómát igazolt. Bal oldali soliter agyi metasztázis (T2N2M1, ECOG:0) miatt gamma sugársebészeti kezelésben részesült. A molekuláris vizsgálatok alapján gefitinib kezelést indítottunk, melyre jó radiológiai regressziót észleltünk kontroll mellkas CT felvételen. A második

ciklus (60 napos kezelés) után akut miokardiális infarktus alakult ki a betegünknel. Első esetünkben egy kardiális jelentősen terhelt beteg biztonságos és sikeres kezelését mutattuk be, második esetünk alapján pedig felmerül a kapcsolat az akut szivbetegség és a gefitinib kezelés között.

[K06]

### **Egy vasárnapi ebéd endobronchialis hatása**

<sup>1</sup>Puskás Rita; <sup>2</sup>Markóczy Zsolt; <sup>1</sup>Moldvay Judit;

<sup>1</sup>*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;* <sup>2</sup>*Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budapest;*

A középkorú férfibetegnél mellkasfali érintettség miatt inoperábilis, jobb felső lebenyi, a jobb főhörgő lumenét teljesen elzáró planocelluláris carcinoma került felfedezésre. Mechanikus tumorextrakciót követően a jobb főhörgőbe Dumont-stent beültetés történt, majd a beteg radio-kemoterápiában részesült. A kontroll képalkotó vizsgálatok kifejezett radiológiai regressziót jeleztek, a jobb felső lebenyi légtartalma nagymértékben növekedett, a beteg panaszmentessé vált. Ambuláns kontroll vizitek során egy alkalommal meglepő jelenség mutatkozott a mellkas RTG felvételen...

[K13]

### **Ingerköhögés szomorú befejezéssel - Egy ritka tracheatumor esete**

<sup>1</sup>Sólyom István; <sup>1</sup>Kukuly Alla; <sup>2</sup>Koncz Mária; <sup>3</sup>Kapin Marianna; <sup>4</sup>Takács István; <sup>1</sup>Szabó Péter;

<sup>1</sup>*Jósa András Oktatókórház - Sóstó, Pulmonológia, Nyíregyháza;* <sup>2</sup>*Jósa András Oktatókórház - Sóstó, Légzésrehabilitációs Osztály, Nyíregyháza;* <sup>3</sup>*Jósa András Oktatókórház, Patológiai Intézet, Nyíregyháza;* <sup>4</sup>*Debreceni Egyetem, OEC, Sebészeti Intézet, Mellkassebészeti Osztály, Debrecen;*

Egy viszonylag ritka típusú tracheatumorban szenvedő fiatal férfi beteg kórtörténetét szeretném bemutatni. A beteget háziorvosa elhúzódó ingerköhögés miatt antibiotikum terápiában részesítette. Mivel a beteg ingerköhögése nem szűnt meg, Tüdőgondozóban folytatták további kivizsgálását. Mellkas rtg-n kóros eltérést nem írtak le, további kivizsgálás miatt osztályunkra utalták. Osztályunkra érkezéskor is ingerköhögésre, nehézlégzésre panaszkodott. Felvételkor fizikális vizsgálat során stridoros légzés volt kiemelhető. Légzésfunkciós vizsgálat során súlyos fokú obstruktív ventilációs zavar igazolódott, laborértékei normális tartományban voltak. Mellkas CT-n a thoracális II-es, III-as csigolyák magasságában a trachea lumenében, a ventrális fállal összefüggésben kb. 15 mm legnagyobb átmérőjű, a lument jelentősen szűkítő, jól körülírt fali növedék ábrázolódott. Többszöri bronchosopia során a szövetnövedék jelentős része eltávolításra került. Endoscoposan viszonylag hamar új növedék jelent meg, ami gyors progresszióra utal. Cytológiai vizsgálat során planocelluláris carcinoma igazolódott anaplasticus részletekkel. Kórszövettani lelet szerint a tumort a

trachea kisnyálmirigy eredetű carcinosarcomájának tartották. Egyéb vizsgálatok eltérést nem találtak. Onkoteam trachearesectiot javasolt, melyre DEOEC Mellkassebészeti Klinikán került sor. A beteg a műtétet követően infekciós szövődményben meghalt. Az eset bemutatása több szempontból is érdekesnek található, egyrészt a daganat szövettípusa másrészt a lokalizációja miatt. A beteg életkora viszonylag fiatalnak mondható, nem dohányzott. Következtetésként levonható hogy fiatal életkorban és dohányos anamnézis hiánya esetén is tartós ingerköhögés esetén a hörgők endoscopos vizsgálata elengedhetetlen.

[K15]

### **Ilyet még nem nagyon láttam**

<sup>1</sup>Sótér Szabolcs, <sup>1</sup>Juhász Erzsébet, <sup>1</sup>Markóczy Zsolt, <sup>1</sup>Németh Julianna, <sup>1</sup>Fillinger János

<sup>1</sup>*Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest;*

Az autoimmun betegségek ritka, de rendszeresen előkerülő és jelentős differenciáldiagnosztikai problémát jelentő kórképek a mindennapi pulmonológiai gyakorlatban. Mind a tünetek sokfélesége, mind az ehhez kapcsolódó speciális diagnosztikus eljárások félrevezethetik az embert.

Esetünk fiatal, egy évig asthmásként kezelt férfibetegről szól. Tüneteiben a nehézlégzés és visszatérő, zöldes-sárgás köpetürítés domináltak. Számos diagnosztikus alapvizsgálat (ismételt, negatív rtg, rutin laborok, negatív CT, obstrukciót mutató légzésfunkciók), a klasszikus antiasthmaticumok teljes hatástalansága után szokatlan endoscopos kép, majd ez alapján elvégzett autoimmun panel vezetett el a diagnózishoz.

[K12]

### **Megdöbentő bronchoscopos leletek**

<sup>1</sup>Szabó Emese;

<sup>1</sup>*Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, VI. Tüdőosztály és Bronchológia Ambulancia, Budapest;*

Bronchoscopos vizsgálataink során előfordul, hogy a vizsgálatkérő lapon szereplő adatok alapján várt endoscopos kép helyett meglepő, olykor súlyos kép tárul elénk.

[K08]

### **Wegener-granulomatosisos fiatal nőbeteg esete**

<sup>1</sup>Szabó Imre;

<sup>1</sup>*Kaposi Mór Oktató Kórház*

[K09]

**Szubakut nekrotizáló aspergillózis- végső diagnózis? Az intervenció szerepe a pulmonológiában**

<sup>1</sup>Török Zsófia Laura; <sup>1</sup>Paraicz Gábor; <sup>1</sup>Ruzsics István; <sup>2</sup>Vékony Ildikó; <sup>3</sup>Viski Anna;

<sup>4</sup>Grmela Gábor; <sup>5</sup>Hüttl Kálmán; <sup>1</sup>Sárosi Veronika;

<sup>1</sup>Pécsi Tudományegyetem KK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológia, Pécs;

<sup>2</sup>Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Pulmonológia, Kaposvár, <sup>3</sup>Somogy

Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Pathológia, Kaposvár, <sup>4</sup>Fejér Megyei Szent

György Kórház, Pulmonológia, Székesfehérvár, <sup>5</sup>Semmelweis Egyetem-

Kardiológiai Központ, Képzőképző Diagnosztikai Részleg, Budapest;

[K03]

**Egy ritka betegség ritka szövődménye, avagy a légútbiztosítás nehézségei mediastinalis propagatioval járó Madelung féle zsírnyak okozta tracheakompresszió esetén**

<sup>1</sup>Vass József; <sup>1</sup>Koncz András; <sup>1</sup>Szilasi Mária;

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem OEC Tüdőklinika, Debrecen;

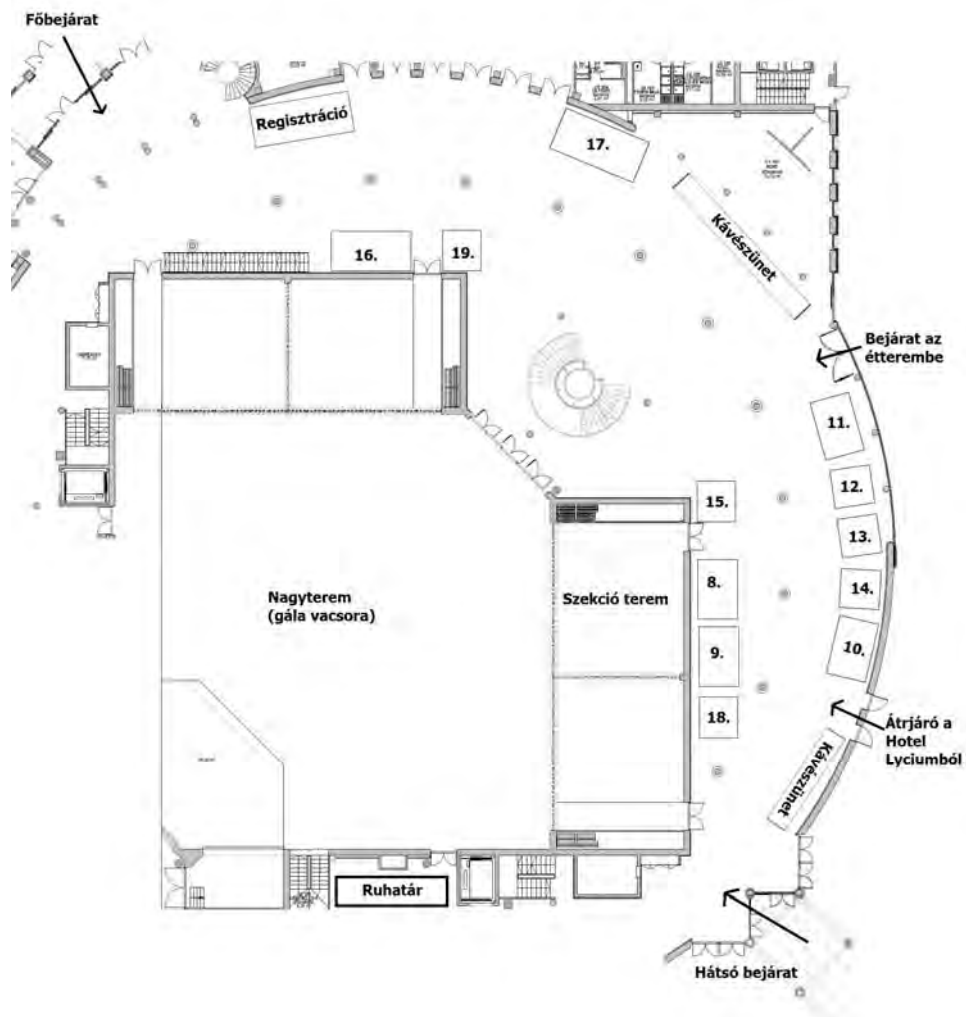
A Madelung betegség a benignus szimmetrikus lipomatosis egyik formája, melyben a zsír lokális lerakódása főként a nyakra korlátozódik. A betegség incidenciája az irodalmi adatok szerint 1/25 000/év, és a férfiak körében jóval gyakoribb. Mivel a betegség főleg alkoholisták férfiaknál jelentkezik, főbb szövődményei az anyagcsere folyamatokat érintik, illetve mentális és viselkedési zavarok formájában jelentkeznek. A betegek a kórkép jellege miatt bőrgyógyászati, sebészi vagy belgyógyászati gondozás alatt állnak. Az előadás azt mutatja be egy 56 éves férfi esete kapcsán, hogy milyen kihívások elé állítja a pulmonológust a kórkép ritka szövődményeként jelentkező mediastinalis propagatio, amennyiben az tracheakompressziót is okoz.

# JEGYZETEK

# JEGYZETEK

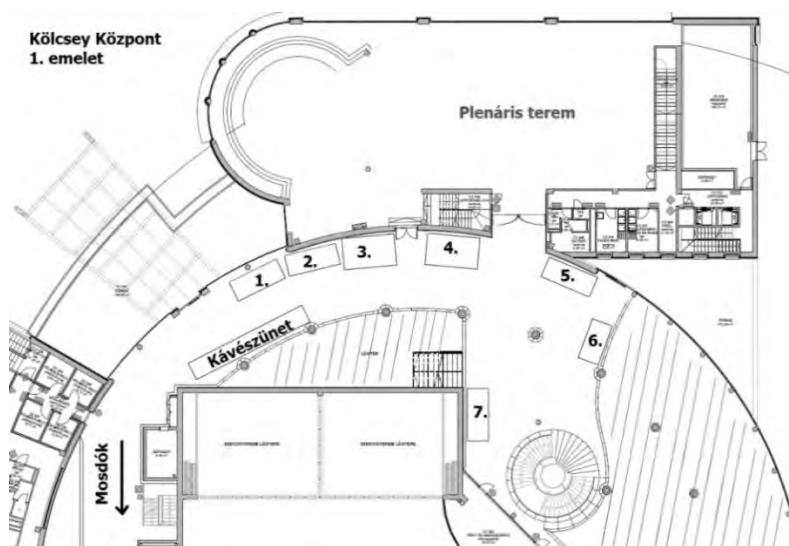
# KIÁLLÍTÓI ALAPRAJZ I.

## Kölcsey Központ földszint





## KIÁLLÍTÓI ALAPRAJZ II.



Nr.	CÉGNÉV:	m <sup>2</sup>	m x m
1	Teva Magyarország Kft.	10	2x5
2	Takeda Hungária Kft.	10	2x5
3	Novatis Hungária Kft.	15	3x5
4	Chiesi Hungária Kft.	15	3x5
5	GlaxoSmithKline Kft.	10	2x5
6	Pfizer Kft.	8	2x3
7	AstraZeneca Kft.	10	2x5
8	Kéri Pharma csoport	6	2x3
9	Sager Pharma Kft.	6	2x3
10	Elektro-Oxigén Orvosi Műszer- és Elektrotechnikai Kft.	6	2x3
11	Richter Gedeon NyRt.	6	2x3
12	Piston Kft.	4	2x2
13	Messer Hungarogáz Kft.	4	2x2
14	Ewopharma Magyarországi Kereskedelmi Képviselőte	4	2x2
15	Orion Pharma Kft.	4	2x2
16	MSD Pharma Kft.	8	2x4
17	Berlin-Chemie/A. Menarini Kft.	14	2,8x5
18	Bus-Oxy Kft.	4	2x2
19	Phytotec Hungaria	4	2x2

## **A KONFERENCIA TÁMOGATÓI**

A Szervező Bizottság ezúton mond köszönetet mindazon cégeknek, akik nagylelkű támogatásukkal biztosították a kongresszus anyagi hátterét

## **A RENDEZVÉNY FŐ TÁMOGATÓI**

AstraZeneca Kft.  
Berlin-Chemie/A. Menarini Kft.  
Chiesi Hungária Kft.  
GlaxoSmithKline Kft.  
Kéri Pharma csoport  
Novatis Hungária Kft.  
Takeda Hungária Kft.

## **KIÁLLÍTÓK**

AstraZeneca Kft.  
Bus-Oxy Kft.  
Chiesi Hungária Kft.  
Elektro-Oxigén Orvosi Műszer- és Elektrotechnikai Kft.  
Ewopharma Magyarországi Kereskedelmi Képviselete  
GlaxoSmithKline Kft.  
Kéri Pharma csoport  
Messer Hungarogáz Kft.  
Novatis Hungária Kft.  
Pfizer Kft.  
Phytotec Hungaria  
Piston Kft.  
Richter Gedeon NyRt.  
Sager Pharma Kft.  
Orion Pharma Kft.  
Takeda Hungária Kft.  
Teva Magyarország Kft.

# “Újdonság és Praktikum” című szimpóziumunkra szeretettel várjuk!

Időpont: 2013 április 19.  
Péntek, 18 óra



...és megnyílik  
egy új dimenzió!



**KÉRI PHARMA**<sup>®</sup>  
Csoport

# Harmadával kevesebb exacerbáció<sup>1</sup>

Napi egyszeri  
**onbrez®**  
**breezhaler®**  
indakaterol inhalációs por



## Látható Erő<sup>2</sup> A COPD kezelésére

**ONBREZ® BREEZHALER®** Fontos megjegyzés: a készítmény feloldása előtt olvassa el a felírására vonatkozó teljes alkalmazási előírását! Dátuma: 2012. július 26. Összetétel: inhalációs por kemény kapszulában, amely 150 mikrogramm indakaterolnak megfelelő indakaterol-maléolat, ill. 300 mikrogramm indakaterolnak megfelelő indakaterol-maléolatot tartalmaz. **Javallatok:** Az ONBREZ® BREEZHALER® a krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD) szenvedő felnőtt betegek légúti obstrukciójának fenntartó tüdőhigítógőztelésére javallt. **Adagolás és alkalmazás: Felnőttek:** A javasolt adag egy 150 mikrogrammos kapszula tartalmának napi egyszeri bevétele az ONBREZ® BREEZHALER® inhalátor segítségével. Az adagot csak orvosi tanácsra szabad emelni. **Kisgyermek:** vagy a 300 mikrogrammos kapszula tartalmának napi egyszeri bevétele az ONBREZ® BREEZHALER® inhalátor segítségével további kedvező klinikai hatást gyakorol a légzőszagra, különösen a súlyos COPD-ben szenvedő betegek esetén. A maximális adag naponta egyszer 300 mikrogramm. **Gyermekpopuláció (<18 év):** Az ONBREZ® BREEZHALER®-nek gyermekpopulációban (18 év alatti) nincs releváns alkalmazása. **Különböző betegpopulációk:** idős betegeknek, enyhén vagy közepes mértékben beszűkült májműködésű betegeknek, illetve beszűkült vese-működésű betegeknek nem szükséges a dózis módosítása súlyosan beszűkült máj- vagy vese-működésű betegeknek történő alkalmazást illetően nem állnak rendelkezésre adatok. **Az alkalmazás módja:** kizárólag inhalációra. Az ONBREZ® BREEZHALER® kapszulákat kizárólag az ONBREZ® BREEZHALER® inhalátorral szabad alkalmazni. Az ONBREZ® BREEZHALER® kapszulákat tilos lenyelni. Az ONBREZ® BREEZHALER® kapszulákat mindig a buboréksomagolásban kell tárolni, és csak közvetlenül az alkalmazás előtt szabad abból eltávolítani. **Előnyöik:** a készítmény hatányfőggel, laktóz- vagy tejsav-érzékenységre nem utaló, nem tartalmaz laktózt, és nem tartalmaz tejsav-érzékenységre utaló anyagokat. **Különböző figyelemfelhívások és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések:** • **asztma:** nem szabad asztma esetén alkalmazni. • **tüdőerőcsökkentés:** azonnali típusú tüdőerőcsökkentési reakciókriktól származhat be, ha allergiás reakcióra utaló tünetek jelentkeznek, akkor az alkalmazást azonnal abból kell hagyni, és más kezelést kell elkezdeni. • **paradox bronchospasmus:** más inhalációs készítményekkel szemben az ONBREZ® BREEZHALER® adása paradox bronchospasmusot eredményezhet, ami életveszélyes is lehet. Ha paradox bronchospasmus alakul ki, akkor az ONBREZ® BREEZHALER® alkalmazását azonnal abból kell hagyni, és más kezelést kell folytatni. • **szisztémás hatások:** más beta2-adrenerg agonistákkal hasonlóan az indakaterol erősen alkalmazható a cardiovascularis betegségekben ( koszorúér-betegség, akut myocardialis infarctus, szívritmuszavarok, hipertónia), convulsivál járó betegségekben vagy nyitrocerebrális szenvedő betegekkel, vala-

mint olyan betegeknek, akik a beta2-adrenerg agonistákra kifejezetten érzékenyen reagálnak. • **cardiovascularis hatások:** más beta2-adrenerg agonistákkal hasonlóan az indakaterol a betegek egy részénél kimutatható jelentős cardiovascularis hatásai miatt, ami a pulzusszám emelkedésében, a vérnyomás növekedésében és/vagy a tünetek fokozódásában, illetve EKG-n megfigyelhető változásokban mérhető. • **hypokalaemia:** a beta2-adrenerg agonisták a betegek egy részénél jelentős hypokalaemiát idézhetnek elő, ami potenciálisan cardiovascularis mellékhatásokhoz vezet. Súlyos COPD-ben szenvedő betegeknek hypokalaemiát válthat ki a hypoxia és az egyidejű kezelés, ami növelheti a szívritmuszavarok iránti hajlamát. • **hyperglykaemia:** a klinikai vizsgálatok alatt a vérzúcarosztékban bekövetkező klinikailag jelentős változások 1,2%-kal gyakoribbak voltak az ONBREZ® BREEZHALER® javasolt adagjai mellett, mint a placebo esetén. A kezelés kezdetén a plazma glükózszintet szorosabban kell ellenőrizni a diabeteses betegeknek. **Törhesség:** csak akkor alkalmazható törhesség alatt, ha a várható előny felülmúlja a lehetséges kockázatot. **Soptatás:** az anyatejtel táplált csecsemőre nézve a kockázatot nem lehet kizárni. Az Onbrez Breezhaler alkalmazása előtt el kell dönteni, hogy a soptatást felfüggesztse fel vagy megszüntesse a kezelés/tartózkodás a kezelés/figyelésben lévő a soptatás előnye a gyermekre nézve, valamint a tartózkodás előnye nézve. **Termékenységi:** nem tartják valósírtíntek, hogy az indakaterol emberneké befolyásolja a reprodukív vagy a fertilitási teljesítményt. **Interakciók:** • más sympathomimeticus szerek egyidejű adása potenciozhatja az ONBREZ® BREEZHALER® nemkívánatos hatásait; nem alkalmazható más, hosszú hatású beta2-adrenerg agonistákkal vagy olyan gyógyszerekkel egyidejűleg, amelyek hosszú hatású beta2-adrenerg agonisták tartalmának. • egyidejű kezelés metformin-származékokkal, sztimulánsokkal vagy káliumra nem mesztároló diuretikumokkal potenciozhatja a beta2-adrenerg agonisták esetleges hypokalaemiát kiváltó hatását. • nem szabad beta-adrenerg blokkolókkal együtt adni (beleértve a szemcseppeket is), hacsak nincs kényszerítő körülmény azok alkalmazására. • az indakaterol-clearance legfontosabb részétvekinde, a CYP3A4-nak és a P-gp-nek a gátlása akár kétértelmű is megemlíthető az indakaterol szisztémás expozícióját. Az ONBREZ® BREEZHALER®-rel egy évtől tartó, az ajánlott maximális tartós dózis kétféretvelet végzett kezelés során szertartó biztonságosság tapasztalatok alapján az expozíció interakciók miatti emelkedésének nagysága nem okoz semmilyen biztonságosság problémát. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások: Gyakori** ( $\geq 1/100$  -  $< 1/10$ ): felső légúti fertőzés, nasopharyngitis, sinusitis, fejfájás, szédülés köhögés, oropharyngolaryngitis/fájdalom, rhinorrhoea, izomszpaszmus, mellkasi fájdalom, perifériás ödéma. • **Nem gyakori** ( $\geq 1/1000$  -  $< 1/100$ ): tüdőerőcsökkentés, diabetes mellitus és hyperglykaemia, paraesthesia, ischaemias szívbetegség, pitavarritáció,

palpitáció, tachycardia, paradox bronchospasmus, visketés/bőrkiütés, myalgia, muskuloskeletalis fájdalom.  
A forgalomba hozatali engedély száma: EU/1/09/593/002; EU/1/09/593/007.  
**Összetétel:** Orvosi rendelvényhez kötött gyógyszer (V).  
Onbrez Breezhaler 150 mikrogramm inhalációs por kemény kapszulában 30 x 30 x 30 mm.  
**Ár és támogatás adatok:** Az Onbrez Breezhaler 90%-os támogatással rendelhető az EÚ90% 3/02 illetve 3/03 támogatási kategóriák szerint. Az elfogadható BNO kód J44, a szakorvos javaslattal érvényességig 1022 12 hónap.

Termék	Termelési ár	Bruttó forg. ár	TB támogatás	Törlesztési díj
ONBREZ® BREEZHALER® 150 µg inhalációs por kemény kapszulában	7 800 Ft	9 590 Ft	8 631 Ft	959 Ft
ONBREZ® BREEZHALER® 300 µg inhalációs por kemény kapszulában	7 800 Ft	9 590 Ft	8 631 Ft	959 Ft

**Forrás:** a [www.oep.hu](http://www.oep.hu) honlapon szakmai oldalak/gyógyszer/vélgéles publikus gyógyszertervezés.

**További információk:** a részletes alkalmazási előírás ill. a forgalomba hozatali engedély igazolási helyi képviselője, a Novartis Hungaria Kft. (Páma részlege) szolgálat.  
**Értékhelyek:** 1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47. Tel: 06-1-457-6500, Fax: 06-1-457-6600

- ONBREZ® BREEZHALER® alkalmazási előírása 2012. július 26.  
Egy 6 hónapon keresztül tartó kezelés összehasonlító analízise kimutatta, hogy a COPD exacerbációk aránya sztatistikailag szignifikánsan kisebb volt, mint a placebo esetén. A betegek összehasonlításának placeboval történő összevetéskor a 150 mikrogramm esetén az arányarányok hányadosa 0,68 (95%-os CI [0,47; 0,98]); p-érték 0,036), míg a 300 mikrogramm esetén 0,74 (95%-os CI [0,56; 0,98]); p-érték 0,026) volt.
- Onos M. Amega 2010. 17. évfolyam, 5. szám

**NOVARTIS**

Novartis Hungaria Kft.  
1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47.  
Telefon: 06-1-457-65 00 Fax: 06-1-457-66 00  
ONB25/12SEP  
Lezárás dátuma: 2012.09.26.