

TATA, OLD LAKE GOLF HOTEL

2017. OKTÓBER 5 – 7.

MBE 2017



A MAGYAR
TÜDŐGYÓGYÁSZ TÁRSASÁG
MAGYAR BRONCHOLÓGUS EGYESÜLETÉNEK
KONFERENCIÁJA ÉS TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAMA



WWW.TUDOGYOGYASZ.HU

PROGRAMFÜZET
ÉS ABSZTRAKTOK

A Konferencia fővédnöke

Lőke János

Tatabánya Szent Borbála Kórház főigazgató főorvosa

A Konferencia és a Szervező Bizottság elnökei

Böcskei Csaba

Szima Barna

Szervező Bizottság tagjai

Albert István

Bánfi Andrea

Csada Edit

Gálffy Gabriella

Grmela Gábor

Lantos Ákos

Markóczy Zsolt

Pápai-Székely Zsolt

Sárosi Veronika

Tudományos Bizottság tagjai

Balikó Zoltán

Böcskei Csaba

Gálffy Gabriella

Grmela Gábor

Losonczy György

Pápai-Székely Zsolt

Sárosi Veronika

Somfay Attila

Szilasi Mária

Szima Barna

Konferencia Titkársága

Weco Travel Kft.

Beutazási és Kongresszusi Osztály

tel.: 266 7032 fax: 266 7033

E-mail: mtt@wecotravel.hu

Iroda címe: H-1053 Budapest Szép. u. 2.

ELNÖKI KÖSZÖNTŐ

A Magyar Bronchológus Egyesület Vezetősége és a Szervező Bizottság nevében nagy szeretettel és tisztelettel köszöntjük a Magyar Tüdőgyógyász Társaság Bronchológus Szekciójának vendégeit, régi és új tagjait, valamint a kongresszus kedves résztvevőjét. Külön szeretettel invitáljuk az orvosi munkában nélkülözhetetlen szakdolgozókat és a bronchológia iránt érdeklődő fiatal kollégákat. A két évente megrendezésre kerülő konferenciának ezúttal a Tatabányai Tüdőgyógyászati Osztály szervezésében Tata városa ad helyet. A tudományos program rendkívül színesnek ígérkezik.

A hagyományokhoz híven most is lehetőség lesz a gyakorlati bronchológiai továbbképzésre a szakma elismert hazai szakembereinek segítségével. E mellett hallhatunk szakmánk friss tudományos eredményeiről is.

Érdeklődéssel és nagy figyelemmel hallgatjuk a kazuisztikai blokkot és a poszter szekciót, melyek során az előadók rendszerint érdekes fordulatokról és nem várt meglepetésekkel tarkított esetekről számolnak be. Azt reméljük, hogy szakmánk néhány fontos kérdéskörét az interdiszciplinaritás jegyében, gyakorlati kérdésekre koncentrálnak részletesen tudjuk megvitatni.

A továbbképzés akkreditált mind az orvosok, mind a szakdolgozók számára.

Szeretettel várjuk a kongresszus résztvevőit Tatra. A város régi és újkori történelme, vizei, az árnyas parkok, a felújított épületek, múzeumok, a nemzetközi hírű olimpiai felkészülésnek is helyet adó város remélhetően méltó környezetet biztosít a neves szakmai továbbképzéshez.

Baráti üdvözléssel:

Böcskei Csaba
A Szervező Bizottság Elnöke

Szima Barna
A Magyar Bronchológus Egyesület Elnöke

LEGFONTOSABB TUDNIVALÓK

A rendezvény helyszíne

OLD LAKE Golf Hotel, Tata
2890 Tata, Remeteségpusztá

Regisztrációs iroda nyitvatartási ideje

2017. október 5. (csütörtök) 12.00 – 19.00
2017. október 6. (péntek) 08.00 – 19.00
2017. október 7. (szombat) 08.00 – 13.00

Kredit pont

A kreditpontok jóváírásához kérjük írja alá a jelenléti ívet a regisztrációnál.

Névkitűző

Kérjük, hogy névkitűzőjét a kongresszus teljes időtartama alatt viselje, mivel a kongresszus szakmai és társasági programjai csak névkitűzővel látogathatók.

Hivatalos nyelv: magyar és angol

Előadások feltöltése, technika

A prezentációkhoz magyar nyelvű Microsoft Power Point szoftverrel ellátott számítógép és projektor áll rendelkezésre. Kérjük az előadókat, hogy az előadásokat tartalmazó fájlokat (illetve adathordozókat) legkésőbb az adott szekció előtti kávé vagy ebédszünetben adják át a konferenciateremben található technikusnak.

Poszterek

A poszterek a kongresszus teljes időtartama alatt megtekinthetők.

A programfüzet részletes tudományos programjában a poszterek mellett szereplő számok a poszterek és poszterállványok számait jelölik.

Közönségszavazás

Az MBE kongresszuson a közönség szavazatai alapján kerül kiválasztásra a két legjobbnak tartott kazuisztikai előadás, valamint a legjobbnak tartott poszter! A szavazatok leadására szombaton, október 7-én 11.00-11.15 óra között a kávészünetben kerül sor a regisztrációs pultnál. Köszönjük, hogy szavazatával hozzájárul a kongresszus sikeréhez!

Szakmai kiállítás

A kongresszus teljes időtartama alatt a bronchológiához kapcsolódó gyártó- és forgalmazó cégek, képviseletek állítanak ki.

A kiállítás nyitvatartási ideje

2017. október 5. (csütörtök) 13.00 – 19.00

2017. október 6. (péntek) 09.00 – 19.00

2017. október 7. (szombat) 09.00 – 13.00

Parkolás

A parkolás az OLD LAKE Golf Hotel parkolójában ingyenes

A parkolás a Hotel Gottwald parkolójában ingyenes

A parkolás a Kristály Hotel Imperial parkolójában díjköteles:

Felelősségvállalás, biztosítás

A kongresszus részvételi és egyéb díjai biztosítást nem tartalmaznak, így az esetleges balesetekért, betegségekért vagy poggyászkárokért a kongresszus szervezői kártérítési felelősséget nem vállalnak.

Lokálisan előrehaladott
és metasztatikus
EGFR T790M mutáció
pozitív nem-kissejtes
tüdőcarcinómában
(NSCLC)



TAGRISSO™ ▼
ozimertinib

EGYRE JOBBAN ÉRTJÜK A TUMOROK MŰKÖDÉSÉT



▼ Ez a gyógyszer fokozott felügyelet alatt áll, ami lehetővé teszi az új gyógyszerbiztonsági információk gyors azonosítását. Az egészségügyi szakembereket arra kérjük, hogy jelentsenek bármilyen feltételezett mellékhatást. A mellékhatások jelentésének módjairól az alkalmazási előírás 4.8 pontjában kaphatnak további tájékoztatást.

TAGRISSO (ozimertinib) 40 mg filmtabletta, TAGRISSO (ozimertinib) 80 mg filmtabletta
Ósztályozás: Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött, szakorvosi/kórházi diagnózist követően folyamatos szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszerek (Sz). Bővebb információért kérjük, olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! (2017. április 24.) EU/1/16/1086/001, EU/1/16/1086/002, EU/1/16/1086/003, EU/1/16/1086/004. Társadalombiztosítási támogatással nem rendelkező készítmény. **Ajánlott bruttó fogyasztói ár:** 2.056.415 Ft. Az aktuális árak tekintetében kérjük, ellenőrizze a www.neak.gov.hu honlapon található információkat.
A gyógyszerrel részletes információ az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) internetes honlapján (<http://www.ema.europa.eu/>) található.

HU-0267, Lezárás dátuma: 2017.08.07.

AstraZeneca 
AstraZeneca Kft.
1113 Budapest, Bocskai út 134-146.
Tel.: +36 1 883 6500, Fax: +36 1 883 3336
www.astrazeneca.hu

PROGRAM ÁTTEKINTŐ

2017. október 5. (csütörtök)		
12.00 –	Érkezés, regisztráció	
12:30 – 14:00	Hands on Workshop 1. Konvencionális - EBUS TBNA – Anatómia, technika. Elmélet és Gyakorlat	Plenáris terem.
14:00 – 15:30	Hands on Workshop 2. Merev és flexibilis bronchoscopos idegentest eltávolítás. Elmélet és Gyakorlat	Tanács terem
15.30 – 16.00	Kávészünet	
16:00 – 16:15	Megnyitó, Köszöntés	Plenáris terem
16:15 – 17:15	Bejelentett előadások	
17:15 – 18:00	MBE közgyűlés	
18:00-18:30	Boehringer Ingelheim Szimpózium	
19:00 –	Ünnepélyes Megnyitó, Köszöntések	
20:00	Nyitó fogadás	
2017. október 6. (péntek)		
09:00 – 10:00	Bronchológia – State of the Art	
10.00 – 10.30	Kávészünet	
10:30 – 12:15	Bejelentett előadások	
12:15 – 13:15	Roche Szimpózium	
13:15 – 14:15	Ebéd	
14:15 – 15:30	Bejelentett előadások	
15:30 – 16:30	MSD Szimpózium	
16.30 – 17.00	Kávészünet	
17:00 – 18:30	Bejelentett előadások	
18:30 – 19:15	Poszterséta	
20:00	Bankett Vacsora	
2017. október 7. (szombat)		
08:15 – 08:50	MBE Elnökségi Ülés	Tanács terem
09:00 – 10:10	Kazuisztikai fórum 1.	
10:15 – 11:15	Sandoz szimpózium	
11.15 – 11.45	Kávészünet (poszter szavazatok leadása)	
11:45 – 13:00	Kazuisztikai fórum 2.	
13:00 – 13:30	Szünet, Kazuisztika, szavazatok leadása	
13:30 –	A konferencia zárása, díjátadás	
13:45 –	Ebéd	

RÉSZLETES TUDOMÁNYOS PROGRAM

2017. október 5. (csütörtök)

12.00 – **Érkezés, regisztráció**

12:30 – 14:00 Hands on Workshop 1. Plenáris terem.
Konvencionális - EBUS TBNA – Anatómia, technika. Elmélet és Gyakorlat
Moderátorok: *Grmela Gábor, Pápai-Székely Zsolt*
Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár

14:00 – 15:30	Hands on Workshop 2. Tanács terem Merev és flexibilis bronchosopos idegentest eltávolítás. Elmélet és Gyakorlat Moderátorok: Markóczy Zsolt, Szima Barna <i>Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest; Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely</i>
----------------------	--

15:30 – 16:00 Kávészünet

16:00 – 16:15	Megnyitó, Köszöntés	Plenáris terem
	Köszöntések	
	<u>Böcskei Csaba</u> és <u>Szima Barna</u> <i>a Konferencia és a Szervező Bizottság elnökei</i>	
	Pápai-Székely Zsolt <i>a WABIP elnöke</i>	

16:15 – 17:15 Bejelentett előadások
Üléselnök: Pápai-Székely Zsolt, Sárosi Veronika

B01

Digitalis képrögzítés, továbbítás és alkalmazás az osztályunk napi gyakorlatában

Böcskei Csaba, Walcz Erzsébet, Borota Mirela, Viczián Magdolna,
Manna Abdul Nasser
Szent Borbála Kórház, Tüdőgyógyászati Osztály, Tatabánya

B02

WABIP – Magyar Bronchológia

Pápai-Székely Zsolt a WABIP elnöke

Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár

B03

Mintavételi technikák és eredmények a pulmonalis elváltozások kivizsgálásában

Szász Zoltán¹, Szabó Albert², Szalai Zsuzsanna¹

¹Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Pulmonológia, Győr; ²Petz Aladár Megyei Oktató kórház, Radiológiai Osztály, Győr

B04

Bronchológiai ambulanciák statisztikai adatai. Hol? Miből? Mennyit?

Csada Edit

Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Szegedi Tudományegyetem, Tüdőgyógyászati Tanszék, Deszk

17:15 – 18:00 **MBE közgyűlés**

18:00-18:30 **Boehringer Ingelheim Szimpózium**

Tüdő adenocarcinoma: Mit? Mikor? Kinek?

Üléseelnök: Moldvay Judit

EGFR-mutáció-pozitív tüdő adenocarcinómás betegek: A személyre szabott terápia lehetőségei

Tamási Lilla

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

Döntések másodvonalban

Szalai Zsuzsanna

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Pulmonológia, Győr

19:00 – **Ünnepélyes Megnyitó, Köszöntések**

Böcskei Csaba, a Szervező Bizottság elnöke

Grmela Gábor, az MBE titkára

Kovács Gábor, az MTT elnöke

Lőke János, a Szent Borbála Kórház, Tatabánya, főigazgatója

Harsányiné Dr. Patkó Enikő, Komárom-Esztergom megye tisztí főorvosa

Popovics György a Komárom-Esztergom Megyei Közgyűlés elnöke

20:00 **Nyitó fogadás**

09:00 – 10:00 **Bronchológia – State of the Art**
Üléselnök: Szima Barna, Grmela Gábor

EUS, EBUS helye a mediasztinum betegségeinek diagnosztikájában, stagingben

EUS
Szepes Attila
Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét

EBUS
Szima Barna
Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

Bronchológiai és képalkotó vizsgálatok (CT, PET-CT) alapján tervezett mellkassebészeti beavatkozások

VATS
Agócs László
Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Mediastinoscopia
Kecskés László
Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

10.00 – 10.30 Kávészünet

10:30 – 12:15 **Bejelentett előadások**
Üléselnök: Albert István, Markóczy Zsolt

B05
Transthoracalis mintavétel osztályunkon.
Böcskei Csaba¹, Walcz Erzsébet¹, Borota Mirela¹, Viczián Magdolna¹,
Manna Abdul Nasser¹, Fillinger János²
¹Szent Borbála Kórház, Tüdőgyógyászati Osztály, Tatabánya; ²Szent Borbála Kórház, Patológia, Tatabánya

B06
Core biopszia alkalmazás a pulmonológiában
Lantos Ákos
Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

B07

TBNA: mindegy, hogy mivel szúrunk? Mintavételi eszközök összehasonlítása saját tapasztalataink és irodalmi adatok alapján

Markóczy Zsolt

Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest

B08

Preoperatív kivizsgálás pontosságának emelése nem várt előnyökkel

Medgyasszay Balázs, Mészégető Gabriella

Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet

B09

Tüdődaganatos betegek kezelése intratumorálisan beadott szerekkel

Szima Barna

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

B10

Intersticiális tüdőbetegségek és bronchosopia a differenciál diagnosztikában

Bohács Anikó

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

B11

Cryobiopszia jelentősége, előnye, lehetséges szövődmények. Én hogyan csinálom!

Grmela Gábor

Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár

12:15 – 13:15

Roche Szimpózium

Hogyan működünk együtt az IPF-es betegeink ellátásában?

Üléselnökök: Müller Veronika, Böcskei Csaba

Az IPF diagnosztikai kihívásai

Balikó Zoltán

Pécsi Tudományegyetem KK, I. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológiai Tanszék,

Az ILD Team működése a gyakorlatban

Müller Veronika

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

Esetbemutatás - betegbeküldés és konzultáció az IPF centrum és a szakrendelő között

Szalai Zsuzsanna

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Pulmonológia, Győr

Diszkusszió: Kérdések az ILD Team tagjaihoz, visszajelzések az eddigi tapasztalatokról

moderátor: Müller Veronika

13:15 – 14:15 Ebéd

14:15 – 15:30 Bejelentett előadások

Üléselnök: Losonczy György, Somfay Attila

B12

Perioperatív légzésrehabilitáció a mellkasrezekciós műtétek és a tüdőtranszplantáció segítségével

Varga János¹, Szilasi Mária²

¹Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest; ²Debreceni Egyetem, Tüdőgyógyászati Klinika

B13

Onkológiai rehabilitáció a tüdőrák ellátásában

Szilasi Mária¹, Varga János²

¹Debreceni Tudományegyetem Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen;

²Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest

B14

Új terápiás lehetőségeink a mucoid impactatio kezelésében

Egerszegi Sándor

Fővárosi Uzsoki Kórház, Tüdőgyógyászat, Budapest

B15

A nem-CF bronchiectasia gyermekkorban

Bánfi Andrea¹, Lovász Anett²

¹Szegedi Tudományegyetem, Gyermekklinika; ²Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Szeged

B16

A jobb és bal felső lebenyhörgő oszlási rendellenességei

Székely Edgár

Svábhegyi Gyermekgyógyintézet, Budapest

15:30 – 16:30

MSD Szimpózium

PD-L1 teszt – ami előtte, és ami mögötte van

Üléselnök: Szima Barna

Nem-sebészi mintavételi lehetőségeink mellkasi daganatokban
Pápai-Székely Zsolt
Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár

PD-L1 IHC teszt elvégzése – elmélet és gyakorlat
Kovalszky Ilona
Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai Intézet, Budapest

Új eredmények az NSCLC immunterápiájában – a PD-L1 prognosztikus és prediktív szerepe az evidenciák tükrében
Gálffy Gabriella
Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

16.30 – 17.00 Kávészünet

17:00 – 18:30 Bejelentett előadások
Üléselnök: Csada Edit, Gálffy Gabriella

B17
Bronchológiai újdonságok a szakirodalomban
Szima Barna
Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

B18
Bronchialis thermoplasztika, új intervenció a súlyos asztma kezelésében
Böcskei Csaba
Szent Borbála Kórház, Tüdőgyógyászati Osztály, Tatabánya

B19
Korai tapasztalatok kémiai dezificens nélkül, NaCl oldat hidrolizissal működő, 12 perces névleges ciklusidejű fiberoszkóp mosó géppel
Lantos Ákos, Gyulai Márton, Bánki Adrienn, Petri Dominik, Lupkovics Gergely
Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

B20
Hörgőamyloidosis-avagy egyszer láttad soha nem felejtetd
Sárosi Veronika
Pécsi Tudományegyetem KK, I. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológiai Tanszék

B21

Indokolt-e a bronchoszkópia tüdőáttét műtete előtt?

Kas József, Csekeő Attila, Fehér Csaba, Heiler Zoltán, Karskó Luca, Kecskés Lóránt, Kostic Szilárd, Molnár Miklós, Vágvölgyi Attila, Vadász Pál

Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest

B22

Bronchoszkópia újszülöttkorban

Kovács Lajos, Krikovszky Dóra

Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekklinika, Budapest

18:30 – 19:15

Poszterséta

Üléselnök: Tehenes Sándor, Balikó Zoltán

P01

Hagyományos kiöltött vékonydrén+ Inciziós műteti fólia fedés krónikus malignus folyadékgyülemében

Lantos Ákos, Nagy Andrea, Bánki Adrienn, Gyulai Márton, Lupkovics Gergely, Bánki Adrienn

Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

P02

Gyógyszer indukálta organizáló pneumónia és pneumomediastinum szívtranszplantált betegnél

Böcskei Renáta¹, Eszes Noémi¹, Pápay Judit², Balázs György³, Sax Balázs³, Bohács Anikó¹

¹*Semmelweis Egyetem, Tüdőgyógyászati Klinika, Budapest;*

²*Semmelweis Egyetem I. sz. Kísérleti és Rákkutató Intézet, Budapest;*

³*Városmajori Szív- és Érszabályozó Klinika, Budapest*

P03

Cryobiopszia alkalmazhatósága endobronchiális tumor esetén

Eszes Noémi¹, Pápay Judit², Lörx András³, Bohács Anikó⁴

¹*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

²*Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest;*

³*Semmelweis Egyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest;*

⁴*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest*

P04

Nagy körülírt elváltozás hátterében ritka szövettani megjelenésű kórkép

Böcskei Csaba¹, Walcz Erzsébet¹, Vágvölgyi Attila², Vadász Pál²,
Fillinger János³, Béndek Mátyás⁴, Sági Zoltán⁵

¹Tatabánya Szent Borbála Kórház, Pulmonológia; ²Országos Korányi
Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest; ³Szent Borbála
Kórház, Patológia, Tatabánya; ⁴Országos Korányi Pulmonológiai
Intézet, Patológia, Budapest; ⁵Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológia,
Budapest

P05

Lidocain allergiát jelző beteg érzéstelenítése bronchoszkópiához

Lantos Ákos¹, Bánki Adrién¹, Lupkovics Geregely¹, Gyulai Márton¹,
Pataki Simon Dororottya¹, Petri Dominik²

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint; ²Semmelweis Egyetem, ÁOK,
Budapest

P06

Ismét aspirált vastabletta , avagy

Egerszegi Sándor

Uzsoki utcai Kórház, Budapest

P07

Minden lymphoma ami annak látszik ?

Albert István¹, Holhós Nóra², Jóni Natalia³, Takács Szabolcs⁴, Kozma
Mihály⁵

¹Mátrai Gyógyintézet, Mátraháza; ²Mátrai Gyógyintézet,
Bronchologia; ³Markhot Ferenc Kórház, Belgyógyászat, Eger;
⁴Medserv Eü. KFT, Pathologia, Budapest; ⁵Bugáth Pál Kórház,
Pathologia, Gyöngyös

20:00

Bankett Vacsora

08:15 – 08:50 MBE Elnökségi Ülés Tanács terem

09:00 – 10:10 Kazuisztikai fórum 1.
Üléseelnök: Szilasi Mária, Lantos Ákos

Adenoid cysticus carcinoma-terápiás modalitások egy eset kapcsán

Rojkó Livia, Markóczy Zsolt

Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Bronchológia

BHL syndroma formájában felfedezett ovarium carcinoma

Lantos Ákos, Bánki Adrienn, Lupkovics Gergely, Gyulai Nóra

Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

Diagnózis U.M.O.

Király Zsolt

Veszprém Megyei Önkormányzat Tüdőgyógyintézete

Tüdő Wegener granulomatosisa mellett 4 év után kialakult metasztatizáló adenocarcinoma

Bánki Adrienn, Lantos Ákos, Lupkovics Gergely, Gyulai Nóra

Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

Váratlan fordulat

Rózsavölgyi Zoltán¹, Szima Barna¹

¹Vas Megyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Tüdőgyógyászat, Szombathely

Nil nocere!

Varga Judit Kata¹, Grmela Gábor¹, Agócs László², Pápai-Székely Zsolt¹, Manna Abdul Nasser³, Böcskei Csaba³

¹Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár; ²Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Klinika, Budapest; ³Szent Borbála Kórház, Tüdőgyógyászat, Tatabánya

10:15 – 11:15 Sandoz szimpózium
Üléseelnök: Kovács Gábor

A daganatos megbetegedésekkel együttjáró anémia

Bogos Krisztina

Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest

A tüdődaganatok kemoterápia okozta anémiájának kezelése

Gálffy Gabriella

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

GCSF profilaxis alkalmazása az onkológiai gyakorlatban

Tamási Lilla

Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest

11.15 – 11.45

Kávészünet (poszter szavazatok leadása)

11:45 – 13:00

Kazuisztikai fórum 2.

Üléselnök: Bánfi Andrea, Laki István

Asztmától az idiopátiás hipereozinofil szindrómáig

Laki István, Gyórfy Ágnes, Gyűrűs Éva, Horváth Bernadett, Lőwy Tamás, Simon Noémi, Subicz Ágnes, Ujszászi Éva

Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

Garattumor melletti jobb felsőlebenyi abscessus megoldása

Bíró Hajnalka, Lantos Ákos, Bánki Adrienn, Lupkovics Gergely, Gyulai Márton

Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

Ritka autoimmun kórkép-amikor a beteg ismét talpra áll

Papp Emőke

Pécsi Tudományegyetem, I. Belgyógyászat-Pulmonológia, Pécs

Ritka kórkép szokványos megjelenéssel: vocal cord dysfunkció a bronchológiai laborban

Szalai Zsuzsanna, Szász Zoltán

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Pulmonológia, Győr

A Pulmonalis Langerhans-sejtes histiocytosisról eseteink kapcsán

Gyórfy Ágnes, Gyűrűs É., Lőwy T., Horváth B., Subicz Á., Simon N., Ujszászi É., Laki I.

Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

Primer tuberkulózis csecsemőkorban

Subicz Ágnes, Gyórfy Ágnes, Laki István

Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

Tüdőátültetés utáni hörgőszűkület („vanishing bronchus” szindróma)

Nagy Attila¹, Lang György², Kis Adrián¹, Müller Veronika¹, Süttő Zoltán¹

¹*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;*

²*Semmelweis Egyetem, Mellkassebészeti Klinika, Budapest*

13:00 – 13:30 Szünet, Kazuisztika szavazatok leadása

13:30 – A konferencia zárása, díjátadás

13:45 – Ebéd

Bincrit®

alfa-epoetin

30 000 NE/0,75 ml oldatos injekció előretöltött fecskendőben
40 000 NE/1ml oldatos injekció előretöltött fecskendőben



ÁRAD JON AZ ENERGIA

Rövidített alkalmazási előírás • Bincrit® 10000 NE/1 ml, 30000 NE/0,75 ml és 40000 NE/1 ml oldatos injekció előretöltött fecskendőben

Összetétel: Alfa-epoetin kiszerelésenként változó mennyiségben és koncentrációban. **Javallatok:** Krónikus veseelégtelenséghez társuló anémia kezelése hemodialízis felvételénél és 1-18 éves gyermekeknél, továbbá peritoneális dialízissel kezelt felvételénél. Klinikai tünetekkel járó súlyos renalis anémia kezelése még nem dializált, veseelégtelenségben szenvedő felvételénél. Anémia kezelése és a transzfúziós igények csökkentése szolid tumorok, malignus lymphoma, illetve myeloma multiplex miatt kemoterápiában részesülő és az általános egészségi állapot alapján a transzfúzió kockázatának kitett felvétel esetén. A predonációs programban részt vevő felvétel autológ vérmennyiségének növelése. Ha nem, vagy nem megfelelő mértékben áll rendelkezésre vérművel eljárás egy tervezett, súlyos vérmennyiségű igényű nagyobb elektív sebészeti beavatkozás során, csakis közepesen súlyos anemiában (haemoglobín-koncentráció 10-13 g/dl [5,2-8,1mmol/l], nem vashiányos) javallott. Nem vashiányos, a transzfúzió szövődésményei miatt előreláthatólag jelentős kockázatok kétéves felvétel esetén az aligott transzfúziós igény csökkentése jelentősebb elektív ortopédiai sebészeti beavatkozások előtt. A készítmény csak olyan, közepesen súlyos anemiában alkalmazható, amikor a beteg nem vesz részt autológ véradási programban, és akinél a várható közepesen súlyos vérvézés 900-1800 ml. **Adagolás és alkalmazás:** A Bincrit-kezelést csak olyan orvos felügyelete mellett szabad megkezdeni, aki gyakorlott a fenti indikációkú bíró betegek kezelésében. Alkalmazás előtt a szobahőmérsékletű alkalmazás érdekében kb. 15-30 percig szobahőmérsékleten tartandó. Intravénás infúzióban vagy más gyógyszeroldatokkal együtt nem adható be. Az egyes indikációhoz tartozó adagolási sémák és alkalmazási módok részletes leírást lásd az Alkalmazási előírás 4.2 pontja alatt. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatásanyagával, vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. Akinél bármely enteropoin készítménnyel végzett kezelést követően ismétlődő vörösvértest aplasia (PRCA) alakult ki, nem kaphatnak sem Bincritot, sem semmilyen egyéb enteropoint készítményt. Nem beállított hypertonia. Az autológ véradási programmal kapcsolatos minden ellenjavallat figyelembe kell venni a Bincrittel kezelt betegek vonatkozásában. Jelentősebb elektív ortopédiai sebészeti beavatkozás előtt álló és autológ véradási programban részt nem vevő, súlyos koszorúér-betegségben, perifériás vérkeringésetekben, artériás carotis betegségekben vagy cerebrovasculáris betegségekben szenvedő betegek, ideértve a nemrég lezajlott myocardialis infarktust és cerebrovasculáris eseményeket is. Olyan, műtéten átesett betegek, akik valamilyen okból nem részesülhetnek megfelelő antitrombotikus profilaxisban. **Figyelmeztetések:** A vérművel szorosan ellenőrizni kell, és szükség szerint be kell állítani. Korlátozottan kell alkalmazni epilepszia, a központi idegrendszeri gáncsok, görcsrohamra hajlamosító állapotok, krónikus májelégtelenség, vagy trombotikus vasculáris események riskofaktorainak fennállása esetén is. Fontos, hogy minden beteg hemoglobinszintjét alaposan ellenőrizzék, mert ha az elemi kívántnál magasabb hemoglobín-koncentráció tartományban kezelik a betegeket a javított adagolást, megindul a thromboembóliázis és a halálos következményű események kockázata. A kezelés első 8 hetében a vérművelszám rendszeres ellenőrzése ajánlott. A kezelés megkezdése előtt az anémia minden más okát mérlegelni és kezelni kell. Az optimális terápia választás érdekében megfelelő vaskéntárakat és szükség esetén vaspótlást kell biztosítani. Porphyria betegeknek az alfa-epoetin elővigyázatossággal alkalmazandó. Az erythropoiesis stimuláló szerek (ESA) nyomán következtetéseknek jutása érdekében az alkalmazott ESA kereskedelmi nevét, világosan rögzíteni kell (vagy fel kell tüntetni) a beteg dokumentációjában. Antitest-megkötés PRCA-ról hónapok-névtől át végezett subcutan enteropoint-kezelés után számoltak be. Azon betegeknek, akinél a kezelés hirtelen hatást veszít, meg kell határozni a retikulocitázámot, és ki kell vizsgálni a terápiaaszencia tipikus okait. Amennyiben a hemoglobinszint paradox módon csökken, és alacsony retikulocitázámmal jár, súlyos anémia alakul ki, akkor az alfa-epoetin alkalmazását azonnal fel kell függeszteni, és anti-enteropoint ellenantitestvizsgálatot kell végezni. A PRCA diagnosztizálásához a csontvelővizsgálatot is meg kell fontolni. Más ESA-val történő kezelést a Bincrittel való kockázata miatt nem szabad megkezdeni. Az egyes indikációkra vonatkozó figyelmeztetések és óvintézkedések részletes leírást lásd az Alkalmazási

előírás 4.4 pontja alatt! **Gyógyszerkölcsönhatások:** Az erythropoiesis csökkentő gyógyszerek csökkenthetik az alfa-epoetinre adott választ. Az alfa-epoetin és ciklosporin egyidejű alkalmazása esetén monitorozni kell a ciklosporin vérszintjét, és a hematokrit-érték emelkedésekor módosítani kell a ciklosporin dózist. **Termékenység, terhesség, szoptatás:** Csak akkor adható terhesség esetén, ha a lehetséges előnyök meghaladják a lehetséges magzati kockázatokat. Autológ predonációs programban részt vevő terhes vagy szoptató sebészeti betegnek nem javasolt az alfa-epoetin alkalmazása. Szoptató nőknél elővigyázatossággal alkalmazandó. Az alfa-epoetin alkalmazása előtt el kell dönteni, hogy a szoptatást függesztik fel, vagy folytatják/megszakítják a kezelést. Az alfa-epoetin alkalmazása nem javasolt autológ predonációs programban részt vevő szoptató sebészeti betegek esetén. A termékenységre kifejtett hatással kapcsolatban nem végeztek vizsgálatokat. **Mellékhatások:** Nagyon gyakori: hasmenés, émelygés, hányás, láz. Gyakori: fejfájás, vénás és artériás thrombosis, hypertonia, köhögés, kiütés, arthralgia, csontfájdalom, myalgia, végtagfájdalom, hidegrázás, influenzaszerű betegség, reakció az injekció beadási helyén, perifériás oedema. A nem gyakori, ritka, nagyon ritka és nem ismert gyakorisággal előforduló mellékhatások részletes leírást lásd az Alkalmazási előírás 4.8 pontja alatt! A gyógyszer engedélyezését követően lényeges a felleltelt mellékhatások bejelentése, mert ez fontos eszköze annak, hogy a gyógyszer előny/kockázat profilját folyamatosan figyelemmel lehessen kísérni. Az egészségügyi szakemberek kérjük, hogy jelezzék be a felleltelt mellékhatásokat a hatóság részére az alábbi címen: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet, Postafiók 450, H-1372 Budapest. Honlap: www.ogyei.gov.hu. **Ösztályozás:** Korlátozott érvényű orvosi rendelvényhez kötött, szakorvosi/kórközi diagnózist követően folytatott szakorvosi ellenőrzés mellett alkalmazható gyógyszer (Sz). **A forgalomba hozatallal engedély jogosultja:** Sandoz GmbH, Ausztria. **A forgalomba hozatallal engedély száma(l):** 10000 NE/1 ml [EU/1/07/410/015, 016, 045, 046], 30000 NE/0,75 ml [EU/1/07/410/023, 024, 049, 050, 054], 40000 NE/1 ml [EU/1/07/410/025, 026, 051, 052, 055]. **A szöveg frissítésének dátuma:** 2016.10.13. **Bővebb információért olvassa el a gyógyszer teljes alkalmazási előírását!** (www.ogyei.gov.hu)

Árak 2017. augusztus 1-től*	Bruttó fogyasztói ár (Ft)	Kiemelt támogatási összeg (Ft)	Térítési díj kiemelt támogatás esetén (Ft)
Bincrit 30 000 NE/0,75 ml oldatos injekció előretöltött fecskendőben, 1x0,75 ml előretölt. fecsk. + bizt. tövével	29 283	28 983	300
Bincrit 40 000 NE/1 ml oldatos injekció előretöltött fecskendőben, 1x1 ml előretölt. fecsk. + bizt. tövével	39 043	38 743	300
Bincrit 40 000 NE/0,1 ml oldatos injekció előretöltött fecskendő, 4x1 ml előretölt. fecsk. + bizt. tövével	156 176	155 696	480

*Az árak illetve a támogatások időközi változása a www.neak.gov.hu honlapon követhető nyomon.

A dokumentum lezárásának időpontja: 2017. augusztus 17. • SBN421/CB.17

SANDOZ A Novartis Division

Közérdeklődő egészségügyi szakembereknek szóló kommunikáció. Kérjük, ne tegyék a fogyasztók részére elérhetővé vagy láthatóvá! Szándék Hungária Kft. • 1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47. • Tel.: 430-2890 • Fax: 430-2899 • web: www.sandoz.hu

BINOCRIT®
alfa-epoetin

**30 millió E/0,5 ml és 48 millió E/0,5 ml
oldatos injekció vagy infúzió előretöltött fecskendőben**

VÉDELEMBEN ÉS
TÁMOGATÁSSAL

Rövidített alkalmazási előírás • Zarzio 30 millió E/0,5 ml és 48 millió E/0,5 ml oldatos injekció vagy infúzió előretöltött fecskendőben

[illegible][illegible]

2017. augusztus 1-től érvényes árak*	Kiszárolás	Bruttó fogyasztói ár (Ft)	Tárgyalási összege (Ft)	Ténylegesi díj (Ft)
Zárzó 30 millió E/0,5 m oldatos injekció vagy infúzió előretöltött fecskendőben	5 x 0,5 m előretöltött fecskendőben	28 136	27 836	300
Zárzó 48 millió E/0,5 m oldatos injekció vagy infúzió előretöltött fecskendőben	5 x 0,5 m előretöltött fecskendőben	45 016	44 716	300

*Az árak illetve a támogatások időközi változása a www.neak.gov.hu honlapon követhetők nyomon.
A dokumentum lezárásának időpontja: 2017. augusztus 22. • SZRZ420/08.17

B01

Digitális képrögzítés, továbbítás és alkalmazás osztályunk napi gyakorlatában

Böcskei Csaba¹, Walcz Erzsébet¹, Borota Mirela¹, Viczián Magdolna¹, Manna Abdul Nasser¹

¹Szent Borbála Kórház, Pulmonológia, Tatabánya

Röviden bemutatjuk osztályunk múltját, valamint a Szanatóriumból a Központi telephelyre való leköltöztést követő változásokat. Az interdiszciplinális környezetben, a sürgősségi és a társosztályokkal való együttműködés keretében a képalkotó vizsgálatok közös központi rendszerben való működése mindkét irányú konzíliumok lebonyolítását jelentősen megkönnyíti és lerövidíti. PTX ellátás. A citológiai és szövettani minták intézetek közötti képtovábbítási lehetősége is rendelkezésre áll. A megye kórházai közötti digitális felvételek, RTG, CT, MR, PET on-line elérhetősége is megvalósult, és megvalósulás alatt áll. A Bronchológiai rendelőben történt fejlesztés során üzembe helyezett digitális C-íves képerősítő és digitális mobil RTG berendezés mind a személyzet, mind a betegek számára sok előnnyel jár. A medicai-rendszer és a digitális központi radiológia képalkotás WiFi-n való elérhetőségének előnyeit demonstráljuk.

B03

Mintavételi technikák és eredmények a pulmonalis elváltozások kivizsgálásában

Szász Zoltán¹, Szabó Albert², Szalai Zsuzsanna¹

¹Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr; ²Petz Aladár Megyei Oktató kórház, Radiológiai Osztály, Győr

A szerzők a győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban az elmúlt egy évben előforduló különböző pulmonális elváltozások kapcsán végzett invazív mintavételi eljárásokat és ezek eredményeit foglalták össze

B05

Transthoracalis mintavétel osztályunkon

Böcskei Csaba¹, Walcz Erzsébet¹, Borota Mirela¹, Viczián Magdolna¹, Fillinger János²

¹Szent Borbála Kórház, Tüdőgyógyászati Osztály, Tatabánya, ²Szent Borbála Kórház, Patológia, Tatabánya

Áttekintettük bronchológiai ambulanciánkon az elmúlt egy év alatt elvégzett transthoracalis mintavételeket. Mind perifériás, mind centrális elváltozások során alkalmaztuk az eljárásokat. Értékeltek a hatékonyságát, eredményességét, ismételt vizsgálatok elvégzésének szükségességét a verifikációhoz, valamint molekuláris vizsgálatok elvégzése miatti ismétlések számát. Biztonságosságát, a bekövetkezett szövödményeket és annak ellátásának szükségességét.

B07

TBNA: mindegy, hogy mivel szúrunk? Mintavételi eszközök összehasonlítása saját tapasztalataink és az irodalmi adatok alapján.

Markóczy Zsolt¹

¹Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Budapest

Előadásomban a saját tapasztalataim és az irodalmi adatok alapján foglalom össze a különféle méretű és anyagú TBNA-s tűk tulajdonságait.

B08

Preoperatív kivizsgálás pontosságának emelése nem várt előnyökkel

Medgyasszay Balázs¹, Mészégető Gabriella²

¹Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet, Veszprém; ²Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet, III. Pulmonológia, Farkasgyepű

Staging vizsgálatok pontosságának emelése kiemelt szereppel bír a korai stádiumú daganatoknál. A hagyományos kivizsgálás során műtetre küldött betegek esetében relatíve magas arányban észleltünk recidív tumor vagy metastasis felléptét a műtéti időszak korai szakaszában.

A műtét előtti PET CT jelentős többlet információt nyújt a hagyományos CT-hez képest, különösen fontos ez a nyirokcsomó státusz meghatározásában. A megnagyobbodott nyirokcsomók - PET pozitív vagy negatív esetben-, célzott mintavétele tovább emeli a staging vizsgálatok pontosságát. Az EBUS TBNA találati aránya és "cytológiai értéke" is magasabb a hagyományos TBNA-hoz képest.

Különös helyzet, hogy a kivizsgálás gyorsasága ill. a preoperatív cytológiai minták számának emelése még egyéb előnyökkel is járhat.

B09

Tüdődaganatos betegek kezelése intratumorálisan beadott szerekkel

Szima Barna¹

¹Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely

Sawa endobronchialisán látható tumorokba adott 99%-os etanol, Celikoglu 2008-ban számolt be az endobronchialis, intratumorális kemoterápia (EITC) előnyeiről, alkalmazási területéről. A módszert a brachyterápiához, fotodinámias terápiához hasonlította, kiemelte a lokálisan elérhető magasabb hatóanyag koncentrációt, a szisztémás mellékhatások hiányát, és a látható lézió teljes infiltrálásának lehetőségét. A beavatkozás ennek ellenére mégsem terjedt el a mindennapi gyakorlatban. A diagnosztikus módszerek, eszközök fejlődése lehetővé teszi az intratumorális hatóanyag célzott beadását, akár hörgőfalon kívüli targetekbe is. HJ Mehta EBUS vezérelten juttatott be irradiációt követő mediastinális és hilusi, recidív léziókba cisplatint, 69%-ban találtak CR-t és PR-t a 35 betegnél, OS: 8 hónap volt. A perifériás kerekárnyékoknál alkalmazott standard jelenleg a műtéti eltávolítás, funkcionális inoperabilitás esetén alternatív módszerek, radiofrekvenciás beavatkozás, forró gőz tumor ablatios célú használata is elterjedhet, válogatott esetekben akár a transztorakális mintavételre használatos tűvel is beadható a malignus kerekárnyékba citosztatikum vagy más hatóanyag. Bevacizumabot eredményesen használnak lokálisan a szemészeti gyakorlatban, de a korszerű immunterápiás szerek intratumorális alkalmazása is izgalmas téma, jelenleg melanoma esetén vannak tapasztalatok. A tumor környezetében kialakuló immunszuppresszió leküzdése a cél, onkolitikus vírusokat, plazmid DNS-t, citokineket, checkpoint inhibitorokat, immunmoduláns szereket, patogén vektorokat próbáltak ki. Emellett melanománál új, lokális gyógyszerbeviteli módszereket, eszközöket is bevezettek. A melanoma kezelés a targeted terápia, az immunterápia alkalmazásával is paradigma váltónak bizonyult, ez várható a malignomák intratumorális terápiája vonatkozásában is. Számos hatóanyagot, vívíanyagot tesztelnek, remélhetően a tüdődaganatok esetén eljuttathatjuk a primer daganatba vagy az áttétes nyirokcsomókba, tüdőmetastasisba a fejlesztés alatt álló szereket. Válogatott betegeknél most is indokolt lehet a bronchosopos alkalmazás intrabronchialisán vagy a hörgőfalon keresztül, EBUS kontroll mellett.

B12

Perioperatív légzésrehabilitáció a mellkasrezekciós műtétek és a tüdőtranszplantáció segítségével **Varga János Tamás¹, Szilasi Mária²**

¹Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitációs osztály, Budapest; ²Debreceni Egyetem, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen

Bevezetés: A légzésfunkciós, beleértve a mellkasi hyperinflációs értékek, a légzőizomerő, a kardiovaszkuláris rendszer, a perifériás izmok és a metabolizmus optimalizálására, és a fizikai aktivitás fokozására van szükség a tüdőrezekciós és a tüdőtranszplantációs műtétek kapcsán egyaránt. Ezen tevékenységek indikáláshoz figyelembe kell vennünk a funkcionális állapotot és a társbetegségeket.

Módszerek: Jelen összefoglalóban saját tapasztalatok és szakirodalmi áttekintés alapján a spirometria, az inspiratorikus kapacitás, a mellkaskitéréssel meghatározott paraméterekkel jellemeztük. A légzőizom mérésére kiválóan alkalmas a maximális belégzési generált nyomás (MIP) és a perifériás izmok állapotának felmérésére a kézzszorító erő mérése. A kardiovaszkuláris választ és a metabolizmus változását terheléses vizsgálat során követjük nyomon. A légzésrehabilitációs program tekintetében a reggeli légzőtorna, kontrollált légzési technikák megtanulása, mellkasmobilizáció mellett a beszűkült légzési rezerv, a dyspnoe javítására az erőfejlesztő légzőizom tréning nélkülözhetetlen. A fizikai aktivitás és a metabolizmus javítására a tréningprogramok széles köre áll rendelkezésre, beleértve a folyamatos, az intervallum tréninget és eszközként a kerékpár, futópad, fekvőkerékpáros lehetőségeket egyaránt.

Eredmények: Generálisan elmondható, hogy a mellkassebészeti műtétek, mint a tüdőrezekciós és tüdőtranszplantációs műtétek kapcsán a légzésrehabilitációs tevékenység javítja ezen betegek fizikai aktivitását, a mellkasi hyperinfláció csökkentéséhez mind nyugalomban, mind terhelés alatt hozzájárul. A mellkasfal tágulékonyági képessége is egyértelműen javul. Kiemelendő a légzőizom erőkifejtő képesség javulása, amely eddig nem kapta meg az őt illető hangsúlyt. A felső – és alsóvégtagi tréning az izom erőkifejtő és állóképességi mutatóiban is egyaránt kedvező hatású.

Következtetés: A légzésrehabilitációs tevékenységre a funkcionális állapot és társbetegségek függvényében szükség van.

B13

Onkológiai rehabilitáció a tüdőrák ellátásában.

Szilasi Mária¹, Varga János Tamás²

¹Debreceni Egyetem KK, Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen; ²Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitációs osztály, Budapest

Bevezetés: Az aktív onkológiai kezelések megterhelhetik a kardiovaszkuláris rendszert, a fizikai aktivitás csökkenése, sok esetben jelentős ágyban fekvés a légzőizomerőre, a perif. izmokra és a szervezet metabolizmusára egyaránt negatív hatással lehetnek. Célul tűztük ki az onkológiai kezelés időzítésének és programjának a vizsgálatát. **Módszerek:** Jelen összefoglalóban saját tapasztalatok és szakirodalmi áttekintés alapján a légúti obstrukció fokát spirometriával, a mellkasi hyperinflációt inspiratórikus kapacitással jellemeztük. A légzőizom mérésére kiválóan alkalmas a maximális belégzési generált nyomás (MIP) és a perifériás izmok állapotának felmérésére a kézzszorító erő mérése. A kardiovaszkuláris választ és a metabolizmus változását terhelés során követjük nyomon. A légzésrehabilitációs program tekintetében a reggeli légzőtorna, kontrollált légzési technikák megtanulása, mellkasmobilizáció mellett a beszűkült légzési rezerv, a dyspnoe javítására az erőfejlesztő légzőizom tréning nélkülözhetetlen. A fizikai aktivitás és a metabolizmus javítására különböző tréningprogramokat alkalmazhatunk a folyamatos, az intervallum tréninget és eszközként a kerékpár, futópad, fekvőkerékpáros lehetőségeket egyaránt. **Eredmények:** Generálisan elmondható, hogy az onkológiai rehabilitáció javítja ezen betegek fizikai aktivitását,

kardiovaszkuláris válaszreakciójukat, a mellkasi hyperinfláció csökkentéséhez mind nyugalomban, mind terhelés alatt hozzájárul. Kiemelendő a légzőizom erőfejlesztő képesség javulása, amely eddig nem kapta meg az őt illető hangsúlyt. A felső –és alsóvégtagi tréning az izom erőfejlesztő és állóképességi mutatóiban is egyaránt kedvező hatású. Az onkológiai rehabilitáció megkezdése az aktív kemoterápiás kezelés befejezését követően 4-6 héttel mérlegelendő. Következtetés: Az onkológiai rehabilitációval a funkcionális paraméterek és a klinikai állapot jelentősen javítható. Az időzítés megkeresés lényeges szempont, hogy megtaláljuk a maximális hatásra az időpontot.

B14

Új terápiás lehetőségeink a mucoid impactatio kezelésében

Egerszegi Sándor¹

¹Uzsoki utcai Kórház, Tüdőbelgyógyászati Osztály, Budapest

Egy 1930-ban született, extrinsic asthma bronchiále-ban szenvedő nőbeteget a 90-es években jobb felsőlebenyi (S3) mucoid impactatio miatt többször bronchoszkóppal kezeltek, részleges eredménnyel. A beteg 2016 szeptemberében erős köhögési rohamok, zöldessárga köpetürítés miatt érkezett ambulanciánkra (Uzsoki utcai Kórház, Tüdő- Belgyógyászati Osztály, Tüdőgyógyászati Ambulancia). A mellkasröntgen felvételen progrediáló, bal csúcsi, kb. tojás nagyságú, üregre gyanús árnyékot írtak le. A klinikai tünetek, a radiológiai és laboratóriumi eltérések együttesen mucoid impactatio kialakulására utaltak, azonban a korábbi eredménytelen bronchoszkópiás beavatkozások miatt az intervenció eljárástól eltekintettünk. A beteg kezelése konzervatív gyógyszeres terápiával (expektoráns, antihisztamin, ICS/LABA inhalációs gyógyszer), és az azt kiegészítő, váladékürítést elősegítő, vibrációt keltő inhalációs készülék használatával történt a beteg otthonában. A négy hetes kezelés során a betegnek eleinte nagy, majd csökkenő mennyiségű köpete ürült, ezzel párhuzamosan köhögése fokozatosan mérséklődött. A mellkasröntgensen jelentős regresszió mutatkozott, az üreg-gyanú már nem ábrázolódott.

Bemutatott esetünkkel egy olyan vibrációs segédeszköz hatékonyságát és terápiás hatásait szeretnénk ismertetni, amely a bronchoszkópiánál eredményesebben és kényelmesebben alkalmazható asthmához társuló mucoid impactatio kezelésére.

Bemutatott esetünkkel az asthmás betegnél a korábbi beavatkozások részleges sikere, és kellemetlen volta helyett a már rendelkezésre álló expectorációt segítő, vibrációs segédeszköz effektivitását, jótékony terápiás hatását emeljük ki amely a bronchoszkópiánál eredményesebben és kényelmesebben alkalmazható asthmához társuló mucoid impactatio kezelésére.

B15

A nem-CF bronchiectasia gyermekkorban

Bánfi Andrea¹, Lovász Anett²

¹Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szeged; ²Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, VI. évfolyam, Szeged

A nem-CF bronchiectasia incidenciája a 0-14 éves korosztályban 0,5-4,2 százaléklek között változik a világ országaiban. A fejlődő országok egy részében a betegség gyakori, az irodalmi adatok 15 ezrelékes prevalenciáról számolnak be. A gyermekkori nem-CF bronchiectasia összességében csökkenő tendenciát mutat világszerte, a pontos, kiváltó ok megismerése pedig alapvetően meghatározza a betegség sikeres kezelését. Magyarországi gyermekkori adatok nem ismeretesek.

Előadásunkban áttekintjük a gyermekkori nem-CF bronchiectasia etiológiáját, fókuszálva a primer ciliáris dyskinesia (PCD). A diagnosztika terén érintjük a bronchológiai vonatkozásokat, a HRC szerepét. Áttekintjük a betegség terápiáját, prognózist.

Munkánkban ismertetjük azt a kérdőíves felmérésen alapuló tervezetet, mely a gyermekkori nem-CF bronchiectasia magyarországi feltérképezése érdekében készítettünk. Elképzeléseink szerint gyermekpulmonológiai centrumoktól adatokat nyerve lehetőség nyílik a magyarországi nem-CF bronchiectasiában szenvedő gyermekpopuláció feltérképezésére. Az etiológián túl a centrumok kivizsgálási és terápiás algoritmusaira is kíváncsiak vagyunk.

Hipotézisünk, hogy ezek között a betegek között olyan PCD-ben szenvedő gyermekeket is találunk, akik még az Országos PCD Regiszterben nem szerepelnek. Ezen túlmenően a magyarországi gyermekkori nem-CF bronchiectasia felmérése alkalmat adhat hazai diagnosztikus és terápiás ajánlás elkészítésére is.

B16

A jobb és bal felső lebenyhörgő oszlási rendellenességei

Székely Edgár

Svábhegyi Gyermekgyógyintézet, Budapest

Igen ritka rendellenességekről van szó, az irodalomban összefoglaló közleményt nem találtunk.

2x10 év alatt 2x 10.000, csecsemőkön és gyermekeken végzett bronchoscopy és bronchographia alapján kísérletet tettünk, ezen rendellenességek rendszerbe foglalására. A tárgyalt fejlődési rendellenességek a következők: jobb és bal felső lebenyhörgő (flh) hasadása, jobb és bal flh kettőződése, trachalis flh kettőződés, számfeletti trachealis hörgő, a jobb felső lebeny kettőződése, trachealis hármassozás. Bemutatunk bilaterális oszlási rendellenességeket, melyek példázják, hogy trachealis hörgő csak a jobb oldalon fordul elő, mert hosszú bal főhörgő miatt az aberrans hörgő nem jut fel a tracheába. Az egyes rendellenességeket endoscopos színes felvételeken és broncogramokon mutatjuk be.

B18

Bronchialis thermoplasztika, új intervenció a súlyos asztma kezelésében

Böcskei Csaba¹

¹Szent Borbála Kórház, Pulmonológia, Tatabánya

Áttekintjük a bronchialis thermoplasztika helyét a súlyos asztma kezelésében. Röviden ismertetjük az eljárás kivitelezésének módját, valamint a módszer hatásait az asztmás hörgőrendszerre, a hörgő struktúra változásának követésére alkalmas módszereket, a bekövetkezett patofiziológiai és immunológiai változásokat. Elemezzük az eddigi klinikai vizsgálatok eredményeit.

B19

Korai tapasztalatok kémiai dezinficiens nélkül NaCl oldat hidrolizissal működő, 12 perces ciklus idejű fiberoszkóp mosó géppel

Lantos Ákos¹, Gyulai Márton¹, Bánki Adrienn¹, Petri Dominik¹, Lupkovics Gergely¹

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, II. Tüdőgyógyászati Osztály, Brochologiai Rendelő, Törökbálint

Néhány hónapja használjuk a japán Kaigen cég Cleastop WM-S fiberoszkóp mosó automatáját. A készülék 12 perces ciklusidővel, két fiberoszkópot mos, el. Használata nem igényel kémiai dezinficienszt, csak a szokásos mechanikai tisztítást. A dezinfálás a gépben egyenárammal hidrolizált NaCl oldattal történik. Egy műszer mosás költsége kevesebb mint harmada a hagyományos mosógépekének. A személyzetet és a környezetet kíméli. A mikrobiológiai eredmények meggyőzőek. A készülék kicsi, csendes, gyors és megfizethető.

B20

Hörgőamyloidosis-avagy egyszer láttad soha nem felejtéd

Sárosi Veronika¹

¹Pécsi Tudományegyetem KK, I. Belgyógyászati Klinika, Pulmonológiai Tanszék, Pécs

64 éves nőbeteg a progrediáló perifériás kerekárnyék bronchológiai vizsgálatába csak intubációs narkózisban egyezett bele. Szövődmény nélkül intubált betegnél jelentős trachea vérzés találtunk, melynek sikeres ellátása után az elénk tárult kép a 20 évvel korábban már látott endobronchialis amyloidosisra emlékeztetett.

A differenciál diagnosztikáról ill. a kivizsgálás lépéseiről és a lehetséges terápiákról tartunk összefoglalót az eset kapcsán.

B21

Indokolt-e a bronchoszkópia tüdőáttét műtete előtt?

Kas József¹, Csekeő Attila¹, Fehér Csaba¹, Heiler Zoltán¹, Karskó Luca¹, Kecskés Lóránt¹, Kostic Szilárd¹, Molnár Miklós¹, Vágvölgyi Attila¹, Vadász Pál¹

¹Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest

A tüdő malignus tumoraiban végzett műtétek többsége primer tüdőrák miatt történik, de mintegy 5-10 %-ban áttéti daganat is lehet a javallat. Az előbbi esetben a bronchoszkópia protokoll szerint része a kivizsgálásnak, míg áttét esetében ez nem érvényes.

1 éves műtési adatok elemzésével vizsgáljuk primer és áttéti tüdődaganatok és 14 év alatt a leggyakoribb áttéti daganat, a colorectalis karcinóma (CRC) esetén a bronchológiai diagnosztika eredményességét.

2011-ben 666 primer malignus tüdőtumor szövettani diagnózisa 44 %-ban nem volt igazolt a műtét előtt. A 69 tüdőáttét műtete előtt csak 3 esetben (tűbiopsziával) igazolódott a metasztázis. 14 éves összesítő adat: 183 CRC áttét műtete előtt 55 esetben történt bronchoszkópia (15+/40-), 38 esetben vékonytű biopszia (30+/8-). A műtétek felében történt valamelyik verifikációs kísérlet, összesen 50 %-os találati aránnyal.

Az adatok arra utalnak, hogy tüdőáttét műtete előtt nem szükséges rutinszerűen bronchoskópiát végezni. Mérlegelendő a beavatkozás elvégzése differenciál diagnosztika szükségessége esetén, és javasolható endobronchialis megjelenés gyanúja vagy tervezett anatómiai reszekció előtt.

B22

Bronchoszkópia újszülöttkorban

Kovács Lajos¹, Krikovszky Dóra¹

¹Semmelweis Egyetem, I. sz. Gyermekklinika, Budapest

A Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika korszerűsített gégeszeti-bronchológiai vizsgálatában 2002 szeptembere óta végzünk hörgővizsgálatokat. Mobilis eszközpark kialakításával lehetőséget teremtettünk a klinika különböző osztályain beavatkozások végzésére. A vizsgálatokat Storz merev csöves készlettel, (4- ill. 2,2 mm-es Hopkins optikákkal), valamint 2,2, és 3,5 mm-es Storz, 4,5 mm-es Olympus, bronchofiberszkóppal végezzük. 2002. szeptember 1. és 2016. december 31. között 883 gyermeknél 1220 bronchológiai beavatkozás történt. A Perinatális Intenzív Központban (PIC) 183 újszülöttnél, fiatal csecsemőnél végeztünk 212 hörgővizsgálatot, ami a betegszám közel 20 %-a. Újszülöttkori nagylégúti szűkület gyanújának kivizsgálásában és műtégi megoldásában klinikánk országos központtá vált.

A PIC-ben végzett bronchológiai vizsgálatok leggyakoribb indikációja (86 esetben), a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően a stridor volt. Hangos légzés hátterében choana atresia vagy szűkület,

nagy nyelv, laza tartású garat, gége, glottikus-, szubglottikus-, illetve trachea szűkület állhat. Extubációs nehézség, tubusfüggőség miatt 43 betegnél végeztünk vizsgálatot, az esetek jelentős részében súlyos glottikus-, szubglottikus-, vagy légcső szűkületet találtunk. Kisebb, vagy jelentős atelectasia, dystelectasia 22 újszülött esetében indikált bronchoszkópos intervenciót. Hörgőszűkület és/vagy váladék okozott a tüdőben a légtelen területeket. A tracheo-esophagealis sipoly gyanúja miatt 25 újszülöttnél végeztünk hörgőtükrözést, a rendszeres aspirációk háttérében ritka anatómiai malformációkat is felderítettünk. Az 5 esetben észlelt, lokalizáltan fokozottan légtartó tüdőterületek lebeny-, szegmentumhörgő szűkültre, oszlási rendellenességekre hívhatják fel a figyelmet. Nagylégúti sérülés gyanúja két esetben merült fel.

Az újszülötteken végzett bronchoszkópia feltárja az észlelt kórállapot pontos hátterét, és sokszor maga a hörgővizsgálat terápiás effektust biztosít.

K01

Adenoid cysticus carcinoma-terápiás modalitások egy eset kapcsán

Rojkó Livia¹, Markóczy Zsolt²

¹Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Bronchológia, Budapest; ²Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, VI. Osztály, Budapest

Az adenoid cysticus carcinoma a nyálmirigyekből kiinduló, ritka előfordulását rosszindulatú daganat, amellyel a tüdőgyógyászati gyakorlatban döntően a nagylégutakban találkozunk. A daganat infiltratív terjed és kezelése sebészi, de műtetre csak a korai stádiumban felfedezett esetek alkalmasak. Amennyiben a sebszélben daganatos sejtek maradnak vissza, úgy a daganat kiújulása és lassú infiltratív terjedése várható. A betegség lefolyása elhúzódó, de folyamatos követést igényel. A bemutatásra szánt 63 éves férfi beteget 2010. óta kezeljük, előadásunkra áttekintjük mindazokat a terápiás modalitásokat, amelyeket a beteg kezelése során alkalmaztunk.

K02

BHL syndroma formájában felfedezett ovarium carcinoma

Lantos Ákos¹, Bánki Adrienn², Lupkovics Gergely¹, Gyulai Nóra²

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint; ²Tüdőgyógyintézet Törökbálint, II. Tüdőosztály, Törökbálint

A 46 éves panaszmentes nőbeteget bilaterális hiliaris lymphadenomegalia, és subcarinalis nyirokcsomó miatt vettük fel osztályunkra. Bronchosopia során a subcarinalis nyirokcsomóból vett perbronchialis punctio során nyert mintából adenocarcinoma igazolódott, további tipizálás nem volt lehetséges, mediastinoscopia történt, és gyomor eredet merült fel a biopsziás anyagból, de a primertumor az ovariumban volt. A tüdőparenchymában és a májban metastasis nem volt, a páciens 2 hónapon belül elhunyt.

K03

Diagnózis U.M.O.

Király Zsolt¹

¹Veszprém Megyei Önkormányzat Tüdőgyógyintézete, Farkasgyepű

68 éves nő beteg esetét ismertetem. Anamnesisében Sjögren szindróma szerepel, immunológia gondozza. Tartós improduktív köhögés okán indikált mrtg-n észlelt eltérés miatt CT történt, mely interstiális tüdőbetegséget véleményezett. Transzbronchiális biopszia során nyert minta szövettani vizsgálata hám eredetű malignus tumort igazolt. Tu kutatás indult, majd negatív nőgyógyászati és gastroenterológiai vizsgálatot követően PET CT-n bal tonsilla palatina npl és bal oldali nyaki nyirokcsomó áttét igazolódott a már ismert pulmonális gócek mellett. Fül orr gégésztere irányítottuk, műtétet tervezetek, melyen nem jelent meg. Hónapokkal később kereste fel a fül-orrgégészt, aki nem talált elváltozást, így műtét nem történt. A betegnél kontroll PET CT, ismételt mintavétel (transztorakális biopszia) majd szövettani revízió történt, ezek eredményei a diagnózis újra gondolásához, illetve a terápiás stratégia teljes megváltoztatásához vezettek.

K04

Tüdő Wegener granulomatosisa mellett 4 év után kialakult metasztatizáló adenocarcinoma

Bánki Adrienn¹, Lantos Ákos², Lupkovics Gergely², Petri Dominik³

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Budapest; ²Tüdőgyógyintézet Törökbálint, II. Tüdőbelosztály, Törökbálint; ³Semmelweis Egyetem, Budapest

A 48 éves nőbetegünknel multiplex üregárnyékok miatti bronchosopia során történt biopsziával és ANCA vizsgálattal Wegener granulomatosiszt igazoltunk. Per os steroid és cyclophosphamid mellett remisszióban volt, bár a mellkas röntgen kép nem lett negatív. Következő osztályos kezelése derékfájás miatt történt, multiplex csigolyaáttétek igazolódtak. A mellkas rgt. felvételén progresszió volt látható, mely a Wegener recidívájának megfeleltethető volt. A bronchoscopos mintavétel tüdő adenocarcinomat igazolt.

K05

Váratlan fordulat

Rózsavölgyi Zoltán¹, Szima Barna¹

¹Vas Megyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Tüdőgyógyászat, Szombathely

Középkorú férfi betegünk vizsgálatát tüdőgondozós kolléga kérte mellkas CT lelet birtokában. A jelenetős dohányos előzménnyel bíró egykori vízszelrelő mesternél a mellkasi CT igen kiterjed jobb oldali térfoglaló folyamatot igazolt. Panasza köhögés és mellkasi fájdalom voltak. A bronchosopia kezdetekor az "ép" oldal áttekintése során váratlan -oda nem illő- képlet tűnt szembe, ami diagnosztikus tevékenységünket felborította.

K06

Nil nocere!

Varga Judit Kata¹, Grmela Gábor¹, Agócs László², Pápai-Székely Zsolt¹, Nasser Manna Abdul³, Böcskei Csaba³

¹Fejér Megyei Szent György Kórház, Budapest; ²Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Klinika, Budapest; ³Szent Borbála Kórház, Tüdőgyógyászati Osztály, Tatabánya

46 éves nőbeteget más intézményből vettük át osztályunkra, ahova egy napos sebészeti, laparoscopos beavatkozást követően nyomó mellkasi fájdalom, dyspnoe, haemoptoe miatt került. Acutan elkészített mellkas angio-CT vizsgálat pulmonális embóliát nem igazolt, nyaki subcutan, és mediastinalis emphysemát, valamint kevés szabad hasi levegőt ábrázolt. A látott kép tracheasérülés lehetőségét vetette fel. Bronchoscopos vizsgálat során tracheo-oesophagealis fistula lehetősége merült fel.

Osztályunkra érkezésekor elvégzett bronchoscopos vizsgálat során a trachea felső harmadának disztális részétől kezdődően a pars membranacea területén kb. 7 cm hosszú sérülést észleltünk, mely kb. 5 cm hosszú szakaszon a teljes falvastagságot érintette, itt az oesophagus, nem kritikus szűkületet okozva, a lumenbe boltosult. Fistula nem ábrázolódtott

Kezdeti 4 napos intenzív osztályos szoros obszervációnk során panaszai nem fokozódtak, subcutan emphysemája csökkent. Kontroll bronchosopia során a látott kép progressziót nem mutatott. Felmerült mellkas-sebészeti beavatkozás lehetősége, melyet konzílium értelmében aktuálisan elvetettünk. További konzervatív terápia mellett döntöttünk. Többszöri ismételt bronchosopia során fokozatos javulás volt észlelhető. Felmerült az érintett szakasz stentelésének lehetősége is, melyet a várható haszon-kockázat mérlegelését követően szintén elvetettünk. Betegünket 27 napos obszervációt követően, jelentősen javult klinikum és bronchoscopos kép mellett emittáltuk. Sokszor nehéz semmit sem tenni, és még nehezebb eldönteni, mikor válik valóban a beteg hasznára a semmittevés.

K07

Asztmától az idiopátiás hipereozinofil szindrómáig

Laki István¹, Györfy Ágnes¹, Gyűrűs Éva¹, Horváth Bernadett¹, Lőwy Tamás¹, Simon Noémi¹, Subicz Ágnes¹, Ujszászi Éva¹

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

A 16 éves ifjú birkózót 10 hónapja láttuk először ambulanciánkon mivel az addigi gondozása során a fokozatosan emelt adagú antiasztmatikumok mellett is terhelésre nehézlégzése volt, reggelente köpetet ürített. Az elvégzett bronchológiai vizsgálat során a gyulladt hörgőrendszerből jelentős mennyiségű váladékot szívtunk le. Az antiasztmatikus terápiát mucolízissel kiegészítve állapota, terhelhetősége javult, de váladékképződése változatlan maradt. Fél éve infekciós tünetek kíséretében kialakult eszméletvesztést követő vizsgálattal pericardialis tamponadot vélelményeztek és a GOKI-ba került, ahol pericarditis-myocarditis igazolódott, de aetiológiai tényezőt a szívizom biopszia segítségével sem sikerült igazolni. Az ezt követően elvégzett mellkas CT vizsgálat bronchiektáziát nem, de migráló, inkább vasculitisre jellemző infiltrátumokat észlelt. A kialakult hypereosinophylia és magas IgE titer miatt végzett immunológiai és haematológiai vizsgálatok szintén nem vittek közelebb a diagnózishoz, a parazitológiai, HIV és IGRA vizsgálatok negatívak voltak. Mivel más szervrendszeri tünetek nem kísérték a kardiopulmonalis elváltozásokat, a klinikai kép alapján idiopátiás hipereozinofil szindrómát valószínűsítve 0.5 mg/tskg/nap steroid adását kezdtük mely mellett állapota drámaian javult, légzésfunkciója és terhelhetősége normalizálódott, a hörgőrendszer gyulladása, váladékképződése megszűnt. Állapota a szteroid adag felezése mellett is továbbra is jó így bízhatunk gyógyulásában. Az eset kapcsán elemezzük az eozinofiliával járó kórképek differenciadiagnosztikáját.

K08

Garattumor melletti jobb felsőlebenyi abscessus megoldása

Bíró Hajnalka¹, Lantos Ákos¹, Bánki Adrienn¹, Lupkovics Gergely², Gyulai Márton³

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, II. Tüdőosztály, Törökbálint; ²Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint; ³Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Intenzív Terápiás Részleg, Törökbálint

50 éves férfibetegünknel garattumor besugárzása közben jobb felsőlebenyi tüdőabscessus alakult ki bűzös köpettel. Parenteralis amoxicillin-klavulánsav mellett klinikailag javult, azonban a tályog helyén kétenyérnyi cavum alakult ki. Bronchoscopy során vett bronchusváladékból *Acinetobacter* és *Pseudomonas* tenyésztett ki. A nagyméretű és mellkasfalat elérő tályogüreget drenáltuk és 6 hétig szívtuk antibiotikum kezeléssel mellett. A beteg javult és a jobb felsőlebenyi tályog, cavum helyén vékonyfalú cysta alakult ki. A csövének eltávolítását követően gyógyultan otthonába távozott.

K09

Ritka autoimmun kórkép-amikor a beteg ismét talpra áll

Papp Emőke^{1m}

¹Pécsi Tudományegyetem, I. Belgyógyászat-Pulmonológia, Pécs

Nem ritka, hogy egy gyógyszer alkalmazásakor mellékhatások lépnek fel, de mindannyiunknak résen kell lenni, hogy a progrediáló tüneteket már ne csak egy statisztikailag 100 betegből egynél fellépő mellékhatásnak tudjuk be. 69 éves nőbetegünk HMG-CoA redukáz enzim ellenes kezelése megkezdése után 2 nappal izomgyengeséget tapasztalt. A gyógyszert röviddel ezután elhagyta, de alsó végtagi izomgyengesége tovább rosszabbodott. Az okok és még sok más kiderítése otthonától 102km-re következett. Neurológiai panaszai miatt a Pécsi Tudományegyetem Neurológiai Klinikájára került, ahol kivizsgálása során EMG-vel igazolt Lambert Eaton Szindrómára derült fény. A két klinika közötti kooperáció folytatásaként a mellkas CT vizsgálat történt, ezen mediastinalis térfoglalás igazolódott. Az addigra már ágyhoz kötött beteg kálváriája igazán csak ekkor indult, kellemetlen kivizsgálással, kiszolgáltatottsággal, megrázó diagnózissal, alig javuló állapottal, hajhullással, vérzésekkel, fertőzésekkel, és persze sok fárasztó utazással. Esetismertetésünk jelentőségét az egyre gyakoribbá váló paraneoplasias szindrómák, a személyzeti és eszköz hiánnyal küzdő szakma nehézségei és persze a jó kollegiális kooperációból származó sikeres betegellátás adja.

K10

Ritka kórkép szokványos megjelenéssel: vocal cord dysfunkció a bronchológiai laborban

Szalai Zsuzsanna¹, Szász Zoltán²

¹Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr; ²Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Pulmonológia, Győr
A szerzők egy 1 éve asztmával kezelt 14 éves jó tanuló, szinkronuszó diáklány esetét mutatják be, akit intermittáló stridoros rohamok miatt gégecszűken is vizsgáltak és kétoldali hangszalag bénulást véleményeztek. Esetleges centrális eredet miatt agyi MR és elektrofiziológiai kivizsgálás is történt, negatív eredménnyel.

2017. áprilisban gyerekosztályos felvétel történt súlyos fulladásos roham, stridor és aphonia miatt. Légzésfunkciós vizsgálatnál súlyos restriktív és obstruktív légzészavart mértek, mrtg és labor vizsgálatnál kóros nem volt. Nyaki és mellkas CT történt, a trachea felső harmadában nyálkahártya bedomborodást írtak le, ezért bronchoscopiát kértek. A beteg fizikális vizsgálata során hangos stridort hallottunk, ami felvetette a vocal cord dysfunctio (VCD) gyanúját. A roham alatt végzett bronchoscopus vizsgálat során a hangszalagok paramedián állásban voltak, belégzéskor csaknem összeértek, paradox lebegést mutattak, ami gyanúkat igazolta.

A VCD a hangszalagok organikus ok nélkül, paroxysmálisan fellépő paradox mozgása, ami belégzés alatti abnormális addukcióval jár, következményes nagylégúti obstrukció tüneteit kiváltva. A betegeket gyakran évekig asztmával kezelik, becslések szerint a terápiarezisztens asztma 10%-nak hátterében ez áll. Fiatal nőknél gyakoribb, hátterében irritánsok belégzését, lelki okokat, refluxot feltételeznek. A diagnózis a hangszalagok roham alatti vizualizációjával, egyszerű gégecszűke vagy bronchoscopus vizsgálatnál könnyen felállítható. Kezelése beszédterápia és pszichoterápia, a rohamot heliox belélegeztetésével lehet enyhíteni.

Betegünknel pszichológiai vizsgálat történt, az exploráció során szerelmi bánatra derült fény, a szakemberrel történt beszélgetés után a légzési zavar többet nem lépett fel, logopédusra már nem volt szükség.

Esetünket azért tartjuk bemutatásra alkalmasnak, mivel a ritka kórkép szokványos megjelenését mind hangfelvétellel, mind a bronchológiai vizsgálat videófelvételével sikerült dokumentálni.

K11

A Pulmonalis Langerhans-sejtes histiocytosisról eseteink kapcsán

Györfy Ágnes¹, Gyűrűs Éva¹, Lőwy Tamás¹, Horváth Bernadett¹, Subicz Ágnes¹, Simon Noémi¹, Ujszászi Éva¹, Laki István¹

¹Törökbálinti Tüdőgyógyintézet, Törökbálint

A pulmonalis Langerhans-sejtes histiocytosis külön entitást képvisel a histiocytosisként említett nagy betegségcsoporton belül. A szövettan alapján Langerhans-sejtes histiocytosisnak elfogadott betegségeket az érintett szervek, szervrendszerek alapján több kategóriába sorolják, és nagy különbség lelhető fel mind tüneteiben, mind terápiájában a csecsemő, kisgyermekkorban jelentkező, általában több szervet érintő, inkább tumoros betegségnek imponáló, valamint a fiatal felnőttkori, többnyire a tüdőre lokalizálódó, etiológiájában egyértelműen a dohányzás szerepét hangsúlyozó morbiditások között. Előadásunkban bemutatjuk az osztályunkon pulmonalis histiocytosis miatt kivizsgált és kezelt eseteinket, melyekkel felhívjuk a figyelmet a fiatalkori dohányzás ártalmaira, a betegség alattomos, lassan kialakuló jellegére, mely enyhe fáradékonysággal vagy akár léggellettel is felhívhatja a vizsgáló figyelmét, de a mellkas röntgen az első jel, melyen a jellegzetes reticulonoduláris rajzolat jelenléte indíthatja el a további kivizsgálás szükségességét. A mellkas CT megerősíti, a tüdőbiopszia eredménye igazolja a histiocytosis diagnózisát. Kezelésében a dohányzás elhagyása alapvető, valamint a gyulladáscsökkentő szteroid, valamint kemoterápia jön szóba.

K12

Primer tuberkulózis csecsemőkorban

Subicz Ágnes¹, Gyórfy Ágnes¹, Laki István¹

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, Törökbálint

Csecsemők és kisdedek primer tuberkulózisa során 90-95%-ban fordul elő nyirokcsomó érintettség, mely elsősorban a mediastinalis, tracheobronchialis és/vagy bronchopulmonalis nyirokcsomók betegsége. Megjelenhet a lokalizációra jellemző kompressziós tünetekkel, beoltosulhat a hörgő lumenébe, sőt be is törhet oda bronchogen szórást eredményezve, de a (jellemzően kontaktszűrés során kiemelt) csecsemő teljesen tünetmentes is lehet. A klinikai lefolyás változatos, korrekt kezelés mellett is számíthatunk az első hetekben a folyamat jelentős progressziójára. A nagylégutakat obstruáló, vagy a hörgőbe törő nyirokcsomó esetén bronchoszkópos beavatkozás indikált a légutak felszabadítására.

Szerzők előadásukban két esetet ismertetnek.

A 8 hónapos, eleinte teljesen tünetmentes csecsemőnél a négyes kombinációban adott gátlószeres kezelés hatodik hete után alakult ki hallgatózási eltérés, tachydyspnoe, táplálási nehezítettség, háttérében a bal főhörgő teljes lezáródása, majd hörgöbetörés. A 3 hónapos, jelentős radiológiai eltéréssel, kifejezett légzési nehezítettséggel, oxigénigénnyel érkező csecsemőnél szerencsére hiába vártuk kezdetektől a hörgöbetörést. A csecsemőkori tuberkulózis kezelése soha nem lehet „rutinszerű”, az életkori sajátosságokból adódóan könnyen kialakulhat fenyegető légzési elégtelenség, fontos a szoros követés, mert érhetik az embert akkor is meglepetések, amikor (már) nem is számít rá.

K13

Tüdőátültetés utáni hörgőszűkület („vanishing bronchus” szindróma)

Nagy Attila¹, Lang György², Kis Adrián¹, Müller Veronika¹, Süttő Zoltán¹

¹Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest; ²Semmelweis Egyetem Mellkassebészeti Klinika, Budapest

A 19 éves lány cisztás fibrózis miatt kétoldali tüdőátültetésen esett át. A műtét után két hónappal végzett kontroll bronchoszkópia során észleltük kezdődő intermedius-hörgő szűkületét, ami a 3 héttel későbbi kontroll során már ceruzabélyi volt; emellett a jobb felső lebeny bemenetében membrán-szerű szűkület jelent meg, amit kauterrel eltávolítottunk. Az intermedius-hörgőt számos alkalommal tágtottuk ballonnal, azonban ez mindig csak átmeneti eredményt hozott, így 5 és fél hónappal a tüdőátültetés után 8 mm-es Polyflex sztentet helyeztünk be, amit két hónappal később a sztenttől proximális szűkület miatt 10 mm-es Polyflex sztentre cseréltünk. Utóbbi sztentet is két hónapig tartottuk bent, majd eltávolítottuk, mivel a 6. szegmentum bemenetét szűkítette. Néhány további ballonos tágtást követően, két hónappal a második sztent eltávolítása után az intermedius-hörgő szűkülete csaknem teljesen megszűnt, re-sztenózist nem észleltünk.

P01

Hagyományos kiöltött vékonydrén+ Inciziós műtéti fólia fedés krónikus malignus folyadékgyülemében

Lantos Ákos¹, Nagy Andrea¹, Bánki Adrienn¹, Gyulai Márton¹, Lupkovics Gergely¹, Bánki Adrienn¹

¹*Tüdőgyógyintézet Törökbálint, II. Tüdőgyógyászati Osztály, Brochologiai Rendelő, Törökbálint*

A más módon kezelhetetlen, pleurodesisre alkalmatlan mellkasi folyadék tunelizált drénnel történő palliációja MO-n nem reális alternatíva az ár miatt. Helyette tunelizált peritonealis dialízis katéter betehető, ez 30000 Ft körül van. Az utóbbi 2 évben hagyományos vékony mellkasi drénre kapcsolt vizeletgyűjtő zsákkal voltak jó tapasztalataink 10-nél több betegnél

A punkciós helyet ill varrást vízálló flexibilis operációs inciziós fóliával fedtük. A 15ch-s drének 3-14 hetet működtek.

Az eldugult, kicsúszott drén cserélhető

P02

Gyógyszer indukálta organizáló pneumónia és pneumomediastinum szívtranszplantált betegnél.

Böcskei Renáta¹, Eszes Noémi¹, Pápay Judit², Balázs György³, Sax Balázs³, Bohács Anikó¹

¹*Semmelweis Egyetem, Tüdőgyógyászati Klinika, Budapest;* ²*Semmelweis Egyetem, I. sz. Kísérleti és Rákkutató Intézet, Budapest;* ³*Városmajori Szív- és Érbetegségek Klinika, Budapest*

Az ischemiás cardiomyopathia miatt 2016-ban szív transzplantált betegnél fél éves surveillance szív biopszia kapcsán készült coronaria és mellkas CT-n basalis dominanciájú fibrotikus rajzolat és konszolidáció ábrázolódott. Ennek hátterében idiopathiás vagy immunszuppresszív szer indukálta pneumonitis, fibrosis merült fel. Légzésfunkció restriktív ventilációs zavart igazolt, diffúziós kapacitás jelentős csökkenése mellett. Transzbronchialis biopszia (TTB) történt, mely organizáló pneumóniát igazolt. A beavatkozást követő kontroll mellkas röntgenen ptx nem ábrázolódott. Egy héttel a beavatkozást követően panaszmentes állapotban a kardiológiai kontroll kapcsán végzett mellkas CT pneumomediastinumot, valamint subcután emphysemát igazolt, mely miatt ismételt pulmonológiai konzílium történt. Konzervatív terápiára a pneumomediastinum regrediált. Szövettani vizsgálat organizáló pneumóniát igazolt, mely hátterében az immunszuppresszív szer (tacrolimus) szerepe merült fel. A gyógyszer elhagyása, immunszuppresszió módosítása és szteroid terápia mellett radiológiai regresszió és a funkcionális paraméterek normalizálódása volt észlelhető. A pneumomediastinum hátterében, mind a TTB ritka szövődménye, mind a fibrotizáló pulmonális folyamat szerepe egyaránt felmerül.

P03

Cryobiopszia alkalmazhatósága endobronchiális tumor esetén

Eszes Noémi¹, Pápay Judit², Lörx András³, Bohács Anikó⁴

¹*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest;* ²*Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest;* ³*Semmelweis Egyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest;* ⁴*Semmelweis Egyetem, Pulmonológiai Klinika, Budapest*

Endobronchiálisan látható tumoros elváltozások esetén a hagyományos diagnosztikus eljárás az endobronchiális biopsziás mintavétel excisor segítségével. Újabban azonban egy másik diagnosztikus lehetőség is elérhetővé vált, mely az endobronchiális tumorkisebbités mellett az endobronchiális idegenszövetből a hagyományos biopsziás eljárásnál jóval nagyobb minta vételére is lehetőséget ad. Idős férfibetegünk esetében a jobb felsőlebeny elzáró idegenszövetből hagyományos excisorral vett nagyszámú mintából is csak nekrotikus szövet volt kimutatható. Ismételt bronchosopia során

cryobiopsziás mintavétel történt, melynek vizsgálata egyértelmű szövettani diagnózist adott, így a beteg kezelését megkezdhattuk.

A cryobiopsztum nagyobb mérete miatt endobronchiálisan látható tüdőtumor esetén megkönnyítheti a diagnosztikus folyamatot.

P04

Nagy körülírt elváltozás hátterében ritka szövettani megjelenésű kórkép

Böcskei Csaba¹, Walcz Erzsébet¹, Vágvolgyi Attila², Vadász Pál², Fillinger János³, Béndek Mátyás⁴, Sági Zoltán⁵

¹Szent Borbála Kórház, Pulmonológia, Tatabánya; ²Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest; ³Szent Borbála Kórház, Patológia, Tatabánya; ⁴Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Patológia, Budapest; ⁵Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológia, Budapest
20 éves fiatal férfi magas láz miatt antibiotikus kezelésben részesült. Ezt követően ernyőszűrésre irányították, ahol bal alsólebenyi tüdőárnyékot észleltek. Mellkas CT történt, mely 100x60x140 mm-es körülírt elváltozást mutatott. Bronchoscopy, transthoracalis tűbiopszia, mellkasi aspiráció történt, mely során ismételve is kevés kocsonyás anyagot nyertünk. Műtéti eltávolítás történt, mely után többszörös patológiai konzilium, immunhisztokémiai vizsgálatok alapján igazolódott a ritka szövettani megjelenésű kórkép.

P05

Lidocain allergiát jelező beteg érzéstelenítése bronchoszkópiához

Lantos Ákos¹, Bánki Adrién¹, Lupkovics Geregely¹, Gyulai Márton¹, Pataki Simon Dororottya¹, Petri Dominik²

¹Tüdőgyógyintézet Törökbálint, II. Tüdőgyógyászati Osztály, Brochologiai Rendelő, Törökbálint;
²Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest

A lidocain allergiát (fogorvosnál megélt rosszullét alapján vélelmezett) jelző beteg nyálkahártya érzéstelenítése, többnyire ultracainnal történik, mely ugyancsak a csoportba tartozó érzéstelenítő, keresztallergia van, és nyálkahártya érzéstelenítésre nem jó szer.

A probléma elméleti hátterét és megoldási javaslatokat ismertet a prezentáció

P06

Ismét aspirált vastabletta, avagy

Egerszegi Sándor¹

¹Uzsoki utcai Kórház, Tüdőbelgyógyászati Osztály, Budapest

Egy 82 éves férfibeteg esetéről számolunk be, aki 2016. júliusában vashiányos anaemia miatt szedett vastartalmú tablettát (Ferrofol gamma) aspirált. Erős köhögéssel a tablettát egy részét kiköhögte, de továbbra is panaszos maradt. Bronchoszkópos vizsgálattal a jobb felső lebeny szájadékában láttunk kicsiny granulációt, és a nyálkahártyán elszíneződést. Ismételt endoszkópos vizsgálatok történtek, a granulációs szövet excizióival, de fokozatos progresszió látszott, és végül a jobb felső lebeny szájadékának szubtotális elzártsága miatt az OKTPI Bronchológiáján altatásos, merev csöves beavatkozással szabadították fel a szájadékot.

Az esettel a vastartamú készítmények; tabletták lokális endobronchiális hatását kívánjuk bemutatni, valamint összehasonlítani egy korábbi esettel, melynek lefolyása a mostantól eltérő volt.

P07

Minden lymphoma ami annak látszik?

Albert István¹, Holhós Nóra², Jóni Natalia³, Takács Szabolcs⁴, Kozma Mihály⁵

¹Mátrai Gyógyintézet, Mátraháza; ²Mátrai Gyógyintézet, Bronchologia, Mátraháza; ³Markhot Ferenc Kórház, Belgyógyászat, Eger; ⁴Medserv Eü. KFT., Pathologia, Budapest; ⁵Bugáth Pál Kórház, Pathologia, Gyöngyös

Betegünk kivizsgálása jelentős axillaris, supraclavicularis és mediastinalis lymphadenopathia miatt kezdődött. Véréképe és a külvilág felé megnyílt, tályogos axillaris metastaticus nyirokcsomóból nyert elsődleges szövettani vizsgálat felvetette NHL lehetőségét. Mellkas CT felvételén látott multiplex metastasisok jelenléte alapján mégis primer pulmonalis tumor gyanúja állt fenn. Transzbronchialis biopsia során vett szövettani minta hám eredetű tumort véleményezett. A felvételekor még kielégítő általános állapotban lévő beteg – jelentős vena cava sup compressio miatt- hirtelen exitált. Postmortem szövettani feldolgozás alapján derült fény a tényleges histológiai diagnózisra.

AFFIDEA AKADÉMIA 2017-BEN IS

Akkreditált képzés, szerezhető pontszám: 16

Az Affidea Diagnosztika tudományos rendezvénye 2017-ben is megrendezésre kerül!

TÉMA:

**TÜDŐRÁK - KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKA, SZŰRŐVIZSGÁLATOK
EREDMÉNYEI ÉS TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK**

HELYSZÍN: MŰVÉSZETEK PALOTÁJA

IDŐPONT 2017. NOVEMBER 9., 9:30

Részvételi szándékát Illés Mónikának jelezze a monika.illes@affidea.hu e-mail címen!

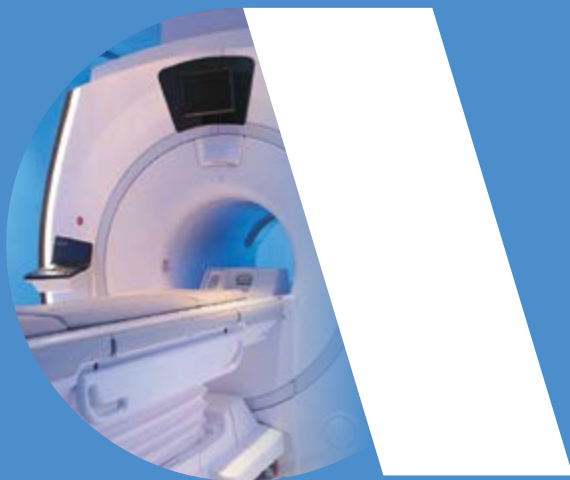
Jelentkezési határidő: 2017. október 30.

Előadók:

Prof. Dr. Lorenzo Bonomo | Dr. Furák József | Prof. Dr. Fergus Gleeson

Prof. Dr. Horváth Ildikó | Dr. Kerpel-Fronius Anna | Prof. Dr. Palkó András | Dr. Szalontai Klára

A rendezvény moderátora Dr. Kovács Gábor



 **affidea**
Diagnosztika

További részletek hamarosan a honlapunkon: www.affidea.hu

—az egészségnél semmi sem fontosabb



PÁCIENSE ELMÚLT 50 ÉVES? ERŐS DOHÁNYOS, VAGY COPD-S?

KÜLDJE BEUTALÓ NÉLKÜL AZ **INGYENES** ALACSONY SUGÁRTERHELÉSŰ **MELLKAS CT-VIZSGÁLATRA** AZ **AFFIDEA KÖZPONTOKBA**, VAGY A **ORSZÁGOS KORÁNYI PULMONOLÓGIAI INTÉZETBE**.

Az **Affidea Diagnosztika** csatlakozott az **Országos Korányi Pulmonológiai Intézet HUNCHEST** tüdőrákszűrő programjához, amely keretén belül 5000 alacsony sugárterhelésű mellkas CT-vizsgálatot INGYEN végez el a programban résztvevők számára.

Amennyiben páciense az **50-79 éves korosztályba** tartozik, valamint:

- **erős dohányos, vagy**
- **erős dohányos és krónikus obstruktív tüdőbeteg (COPD-s), vagy**
- **nem dohányzik, de COPD-je van,**

jelentkezzen az **Affidea Diagnosztika** budapesti, szegedi, debreceni vagy győri központjában, vagy az **Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben**, hogy a HUNCHEST programban részt vegyen.

Budapest - Korányi Intézet: +36-1-391-3200/3198-as mellék

Budapest - Szent Margit Kórház: +36-1- 803-6463

Budapest - Nyírő Gyula Kórház: +36-1- 803-6463

Debrecen: +36-30-944-69-20

Szeged: +36-30-944-69-50

Győr: +36-30-944-68-55

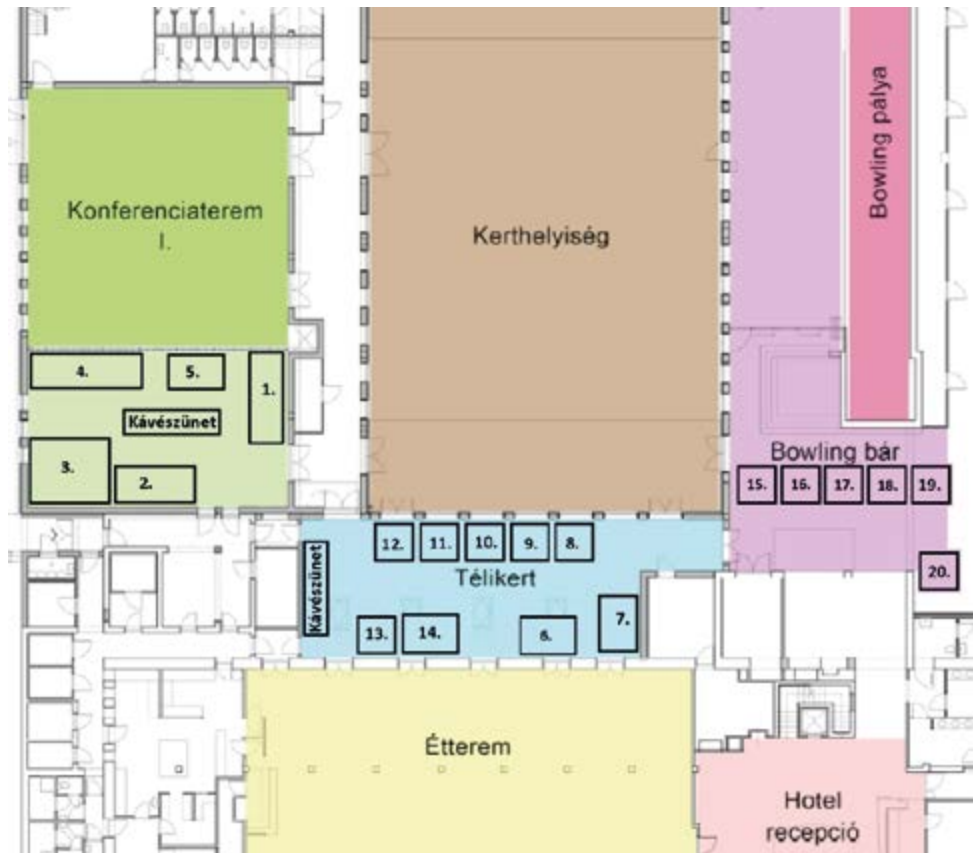
A jelentkezés további feltételeiről és menetéről a fenti telefonszámokon kaphat bővebb tájékoztatást, illetve a www.affidea.hu/hunchest oldalon talál további információkat.

www.affidea.hu



JEGYZETEK

KIÁLLÍTÓI ALAPRAJZ



Nr.	Név
1.	Roche Kft.
2.	MSD Pharma Kft.
3.	Boehringer Ingelheim
4.	Sandoz Hungária Kft.
5.	Richter Gedeon NyRt.
6.	Novartis Hungária Kft.
7.	Linde Gáz Magyarország Kft.
8.	Electro-Oxigén Kft.
9.	GlaxoSmithKline Kft.
10.	AstraZeneca Kft.

Nr.	Név
11.	Sager Pharma Kft.
12.	Anamed Kft.
13.	Bus-Oxy Kft.
14.	Berlin-Chemie / A. Menarini Kft.
15.	Aim-Medical Kft.
16.	Apex Pharma Kft.
17.	Medirex Zrt.
18.	Medinst Plusz Kft.
19.	Hun-Med Kft.
20.	Endo Plus Service Kft.

A KONFERENCIA TÁMOGATÓI

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

A RENDEZVÉNY FŐ TÁMOGATÓI

MSD Pharma Hungary Kft.

Roche (Magyarország) KFT.

Sandoz Hungária Kft.

Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG Magyarországi Fióktelepe

KIÁLLÍTÓK

AIM-Medical Kft.

Anamed Kft.

Apex Pharma Kft.

AstraZeneca Kft.

Berlin Chemie / A . Menarini Kft.

Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG Magyarországi Fióktelepe

Bus-Oxy Kft.

Elektro-Oxigén Kft.

Endo Plus Service Kft.

GlaxoSmithKline Kft.

Hun-Med Kft.

Linde Gáz Magyarország Zrt.

Medinst Plusz Kft.

Medirex Zrt.

MSD Pharma Hungary Kft.

Novartis Hungária Kft.

Richter Gedeon Nyrt.

Roche (Magyarország) KFT.

Sager Pharma Kft.

Sandoz Hungária Kft.

TOVÁBBI TÁMOGATÓK

Affidea Diagnosztika Kft.

Chiesi Hungary Kft.